

**ד"ר איאן וייט: "ההתאוששות מניתוח פאז' בשיטה הלפרסקופית קלה ומהירה יותר, התוצאות האסתטיות טובות יותר והחולים חווים פחות כאבים וסיבוכים"**

פגמים משפחתי (תסמונת גנטית של פוליפיס רבים במעי הגס). "מחלות אלה אופייניות לעשורים הראשונים של החיים, ומכאן שהטיפול הכירורגי בהן מתבצע בגיל צעיר יחסית", מסביר ד"ר וייט. "בקוליטיס כיבית ניתן לטפל באופן תרופתי, אך שיעור גבוה של החולים יודק בסופו של דבר לניתוח בשל חוסר תגובה לתרופות או שינויים פרה-ממאירים ברירית המעי הגס. בפוליפוזיס משפחתי כל החולים נזקקים לניתוח, שכן הסיכוי שלהם לפתח סרטן אלים במעי הגס הוא 100%. לכן, ברגע שהתסמונת מאובחנת יש צורך בכריתת שלמה של המעי הגס והרקטום. "עד שנות ה-80 הטיפול הכירורגי במחלות אלה היה כריתת של המעי ויצירת רת טטומה קבועה. בשנות ה-80 פותח באנגליה ניתוח הפאז' שתואר לעיל – שיטה שאפשרה לראשונה לחולים אלה לעבור את הניתוח בלי להישאר עם טטומה קבועה. מדובר בניתוח מורכב מאד, ארוך ועם פוטנציאל לסיבוכים, אך תוצאותיו מעודדות ומאפשרות איכות חיים טובה לחולים צעירים". במקרים רבים, בגלל הקושי הכרוך בגישה הלפרוסקופית בניתוח הפאז', נמנעים מנתחים רבים מלאמץ את השיטה ובוחרים בניתוח בשיטה הפתוחה הרגילה או בגישה ה"היברידית" (שילוב של לפרוסקופיה ופתיחה). ד"ר וייט, שעבר הכשרה בניתוחי פאז' בשיטה הלפרוסקופית באחד מבתי החולים המובילים בעולם בתחום (סנט. מרקס באנגליה) ומוכיל את הגישה הזעיר-פולשנית בניתוח זה במרכז הרפואי מאיר, אומר: "מהניסיון שהצטבר בעולם מתברר שמגיעים לתוצאות טובות בשיטה הזעיר-פולשנית בניתוח הפאז'. לפי מחקרים מהשנים האחרונות, ההתאוששות מניתוח פאז' בשיטה הלפרוסקופית קלה ומהירה יותר, האש פוז קצר יותר, התוצאות האסתטיות הרבה יותר טובות, והחולים חווים פחות כאבים וסיבוכים. בטוח הארוך החולים טובלים פחות מבקעים, פיתוח חסימות מעי וצורך באשפוזים. "בנוסף, מתברר במחקרים שלניתוחי הפאז' הלפרוסקופיים יתרון משמעותי על ניתוחים פתוחים אצל נשים צעירות בגיל הפרייון. בעוד שהיכולת להיכנס להיריון באופן טבעי נפגעת לאחר ניי-תוחי פאז' פתוחים, אין כמעט פגיעה כזו כשהניתוח מתבצע בגישה הלפרוסקופית".

סיבוכים, כולל זיהומי פצע. ולא פחות חשוב: החולים יכולים לקום, ללכת, לשתות ולאכול יותר מהר אחרי הניתוח והמעיי חוזר לתפקוד לאחר זמן קצר יותר. מעבר להחלמה המהירה יותר, העובדה שהניתוח אינו כרוך בחתך גדול ובצללקות בצטן בהחלט פועלת לטובת החולים צעירים, שאצלם הנר שא האסתטי חשוב".

מאחר שמחלות אלה הן כרוניות ומלוות את החולה לאורך שנים, מעבר להיבטים הרפואיים ישנם היבטים פסיכולוגיים שרורשים התייחסות של הצוות המטפל. "לאחרונה הנהגנו מרפאה משולבת כירורגית-גסטרואנטרולוגית למטופלים אלה", אומר ד"ר וייט, "ואנחנו מתכננים גם להקים קבוצת תמיכה לחולים במחלות מעי דלקתיות, לפני או אחרי ניתוח".

**הדובדבן: ניתוח הפאז'**

במרכז הרפואי מאיר מבצעים בגישה לפרוסקופית ניתוח ייחודי ומורכב, שבו מסירים את כל המעי הגס ואת הרקטום עד לאזור פי הטבעת ובונים מעין נרתיק - פאז' (POUCH) - מהמעיי הרק, המשמש תחליף לחלק האחרון של המעי הגס (הרקטום). שתי המחלות העיקריות ה"דורשות" ניתוח כזה הן קוליטיס כיבית ופולי-

יש סיכוי טוב מאוד לריפוי. "ההערכה כיום היא שכל הגידולים הממאירים של המעי מתחילים מפרליפים שפירים, שעם הזמן עוברים התמרה ממאירה. כריתת של פוליפים הוכחה כמורידה את שכחות הופעת סרטן מעי גס בהמשך".

**מחלות מעי דלקתיות**

במחלות מעי דלקתיות מערכת החיסון של החולה "תוקפת" את המעי ומייצרת דלקת כרונית. שתי המחלות העיקריות בקטגוריה זו הן אולצרטיו קוליטיס, שתוקפת רק את המעי הגס, ומחלת קרון הנפוצה יותר ומתפרצת בדרך כלל בעשור השני או השלישי לחיים, שבמהלכה צינור העיכול יכול להיפגע בכל אחד מחלקיו ולא רק במעי הגס. ברוב החולים האיבר הנפגע הוא המעי הדק, ובעיקר אזור החיבור שבין המעי הדק למעי הגס.

"הטיפול הראשוני במחלת קרון הוא תרופתי, אך שיעור גבוה של החולים יגיע לניתוח מסיבות שונות, כגון היצרות או התנבבויות של המעי, מורסות או חוסר תגובה לתרופות", אומר ד"ר אביטל. "הניתוח בחולים אלה כולל הסרת מקטע המעי הנגוע במחלה, והוא מקל את הסיבוכים ויכול לתת 'שקט' לחולה למספר שנים. עם זאת, הוא אינו מרפא את המחלה, שעלולה לחזור באזורי מעי נוספים שהיו בריאים בזמן הניתוח".

"במקרים האלה יש הרבה יתרונות לניתוח הלפרוסקופי", מוסיף ד"ר וייט. "חתך הרבה יותר קטן, פחות כאבים אחרי הניתוח, פחות ימי אשפוז ופחות

הגישה הלפרוסקופית מאפשרת תהליך ההחלמה מהיר יותר, פחות כאבים, פחות ימי אשפוז, וכמובן תוצאות אסתטיות טובות יותר. בנוסף, נמנעים מסיבוכי פצע ניתוח שעשויים להתפתח אחרי ניתוח פתוח. (ויהומי פצע ובקעים).

**טיפול כירורגי בסרטן המעי**

סרטן המעי הגס הוא הסרטן השלישי בשכיחותו בעולם המערבי, כולל ישראל. באזורים אחרים, כגון מערב אפריקה, השכיחות נמוכה בהרבה. ההסבר לכך קשור ככל הנראה בתזונה של האוכלוסייה המערבית, המבוססת על מזונות דלים בסיבים ועשירים בשומנים.

לדברי ד"ר אביטל, סרטן המעי הגס עולה בשכיחותו עם הגיל, ורוב המטופלים מאובחנים מעל גיל 50-40. גורמי סיכון נוספים הם: סיפור משפחתי של סרטן או פוליפיס, סינדרום מים משפחתיים ספציפיים, גידולים ממאירים באיברים אחרים ומחלות מעי דלקתיות של המעי הגס.

"כל טיפול המטרת ריפוי במקרה של סרטן המעי הגס והרקטום מצריך תערובת ניתוחית, והוא כמעט תמיד כולל כריתת של מקטע המעי הנגוע, כשלרוב ניתן לחבר את שני קצוות המעי. לעיתים, כאשר הסרטן ממוקם קרוב לפי הטבעת, אין אפשרות לחבר את המעי ואז יש צורך ביצירת פתח חלופי בצטן התחתונה (סטומה - שקית שנצמדת לדופן הבטן ואלה יוצא תוכן המעי). טיפולים משלימים לניתוח יכולו לעיתים כימותרפיה וקרניה. כאשר האבחנה נעשית בשלב מוקדם,



# ניתוח גדול בשיטה זעירה

בלי חתך גדול בבטן ובלי סטומה: ד"ר שמואל אביטל וד"ר איאן וייט מהמרכז הרפואי מאיר מקדמים בהצלחה את הגישה הזעיר-פולשנית בניתוחים המחייבים כריתה חלקית או מלאה של המעי הגס והרקטום • המחלקה שלהם מובילה גם בביצוע ניתוחי פאז' לפרוסקופיים • כתבה שכל חולה בסרטן או במחלות דלקתיות במעי חייב לקרוא

ריו למעי הגס שאורכו כ-1.20 מטר עד לפי הטבעת (3-4 ס"מ אחרונים של צינור העיכול). המעי הגס מחולק למספר מקטעים עיקריים - מעי ימני, מעי רוחבי, מעי ירוד והרקטום (15 ס"מ אחרונים) המתחבר לפי הטבעת. "בשיטה הלפרוסקופית נעשים נקבים קטנים בדופן הבטן, שדרכם מכניסים הזעיר-פולשנית. המעי הגס הוא "איבר מטרה" למחלות רבות שהפתרון להן עשוי להיות כירורגי. כלומר, כריתת מקטע המעי הנגוע במחלה. מדובר בחלק האחרון של צינור מערכת העיכול, שמתחיל בפה, עובר דרך הוושט לקיבה, משם למעי הדק שאורכו כ-5 מטר ואחרי

המהפכה הכירורגית של 20 השנים האחרונות בניתוחי קולון (ניתוחים באזור המעי הגס והרקטום) היא המעבר מניתוחים בשיטה הפתוחה, שבה יוצרים חתך בצטן בגודל של כ-20 ס"מ בממוצע, לניתוחים בשיטה



ד"ר אביטל וד"ר וייט במהלך ניתוח לפרוסקופי לכריתת מעי גס במסגרת קורס הכשרה לכירורגים מחו"ל

