

Kolorektální karcinom – staging a chirurgická léčba

Blažej S., Kudla M.

Klinika transplantační chirurgie IKEM

9. Kongres mladých Onkologů

17.6.2006



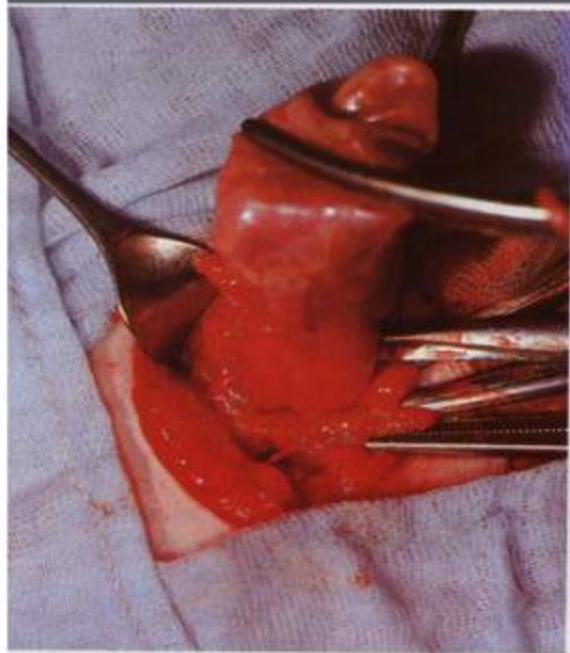
Zásady rekonstrukce tračníku po resekčním výkonu pro malignitu

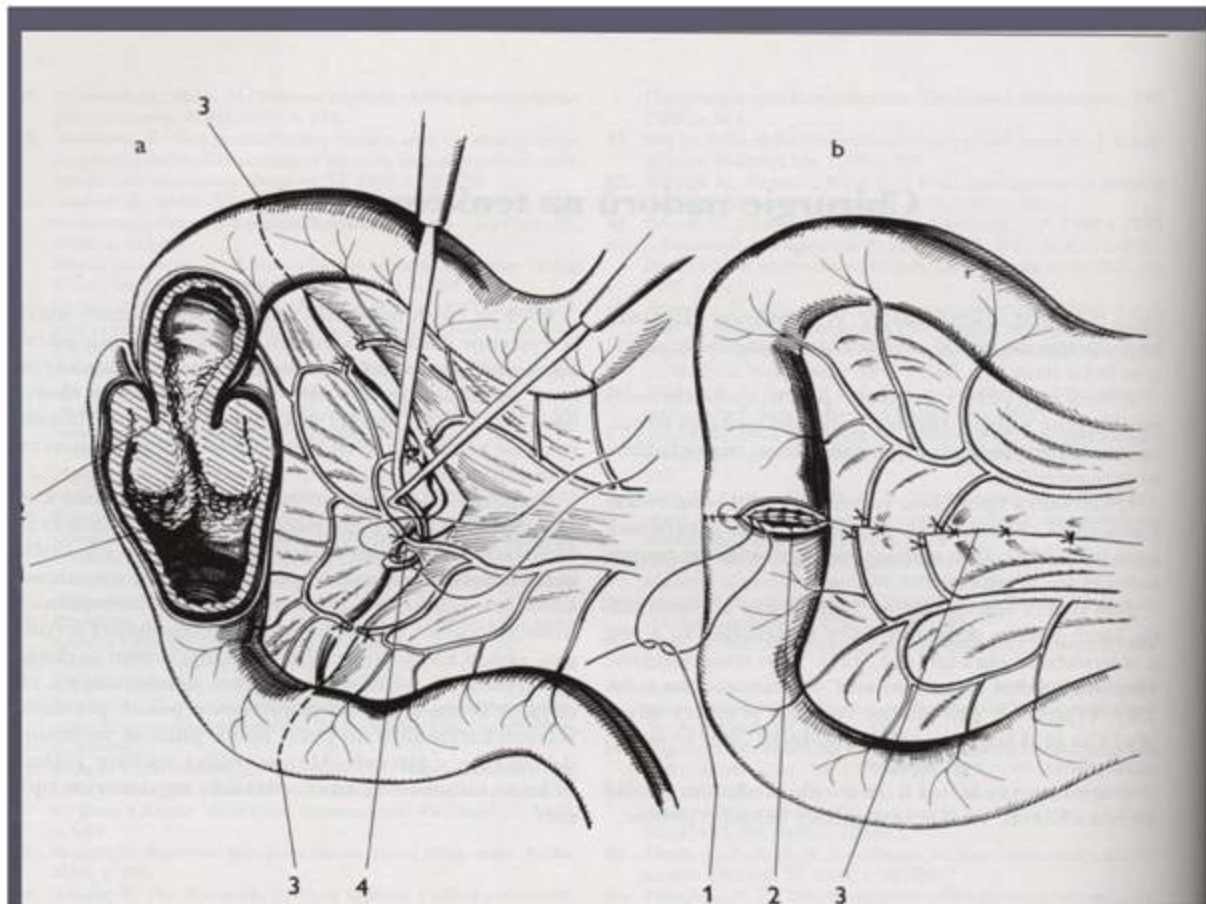
- ▶ Kontinentní resekce vždy, pokud je to možné
- ▶ Stomie - řešení přechodné: ochrana anastomózy ohrožené tahem nebo horší výživou konstrukcí protektivní ileostomie
- řešení trvalé: kdykoliv není možné provést anastomózu (nízce uložený tumor v rektu), paliativní chir. výkon –
 - převážně axiální stomie

Konstrukce stomie II.

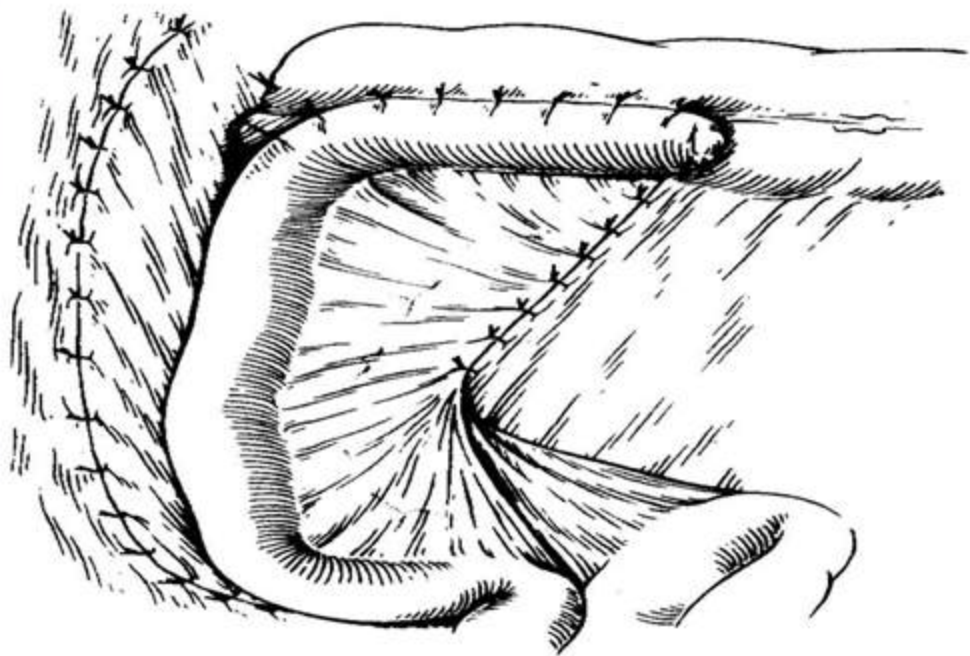


Konstrukce stomie I.

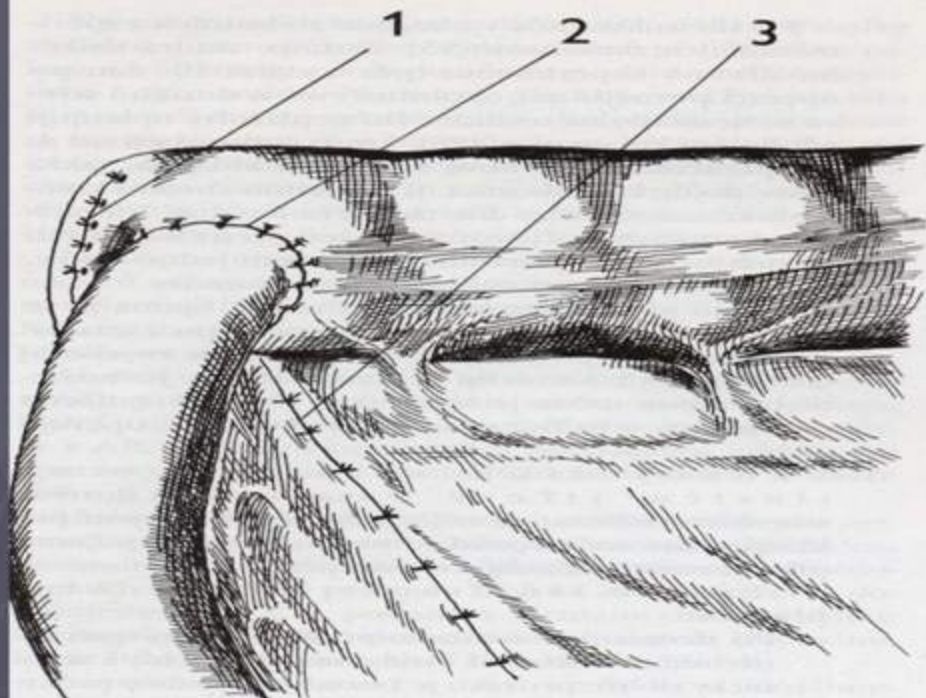




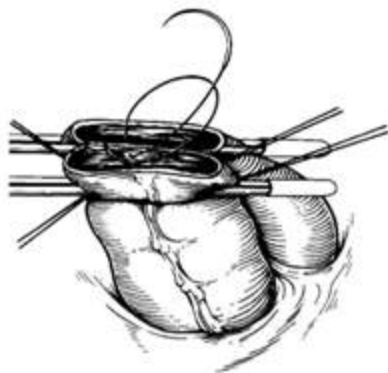
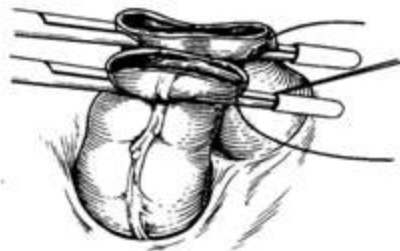
Side – to - side



End – to - side



End-to-end



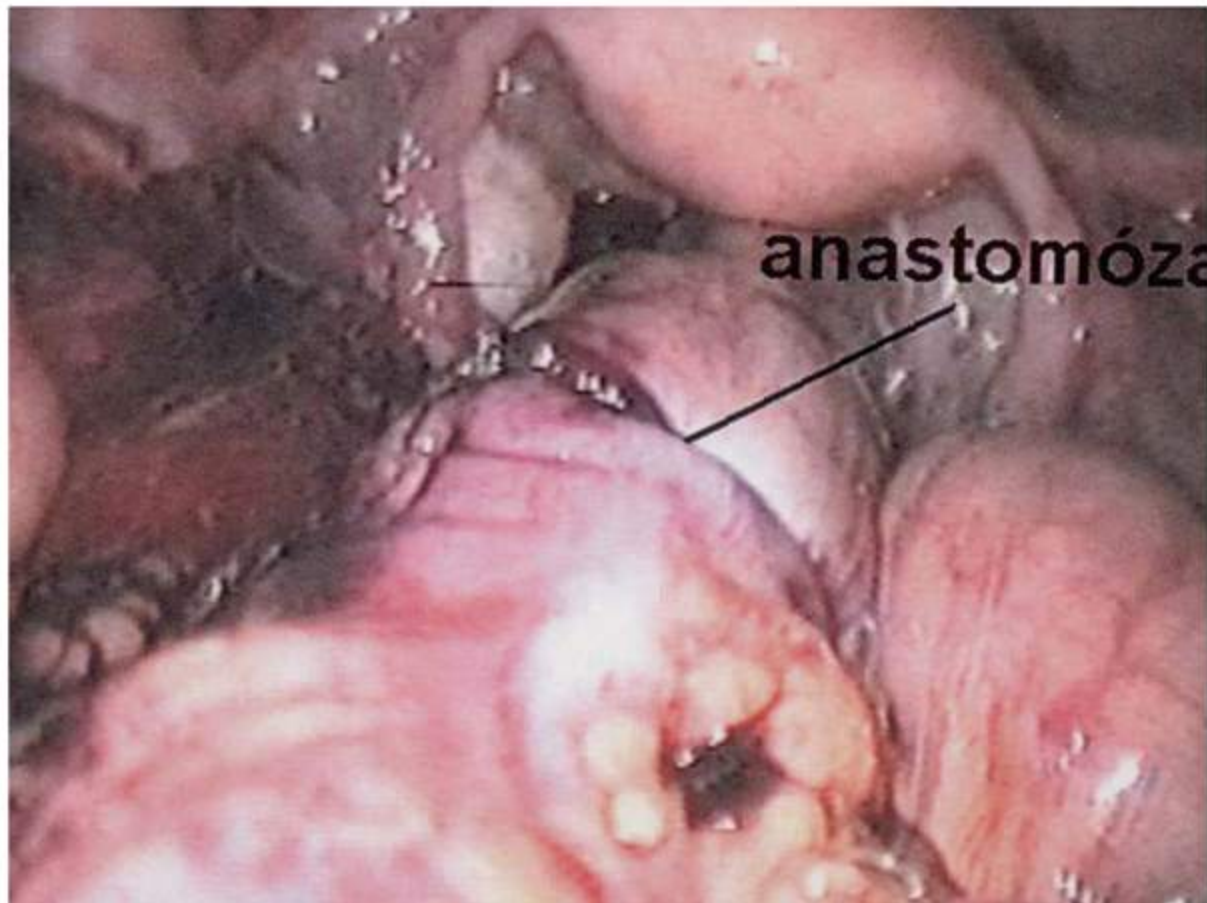
Anastomóza

- ▶ Z hlediska postavení střevních pahýlů:
 1. end-to-end
 2. end-to-side
 3. side-to-side
- ▶ Z hlediska techniky konstrukce:
 1. Ručně konstruovaná anastomóza
 2. Staplovaná anastomóza



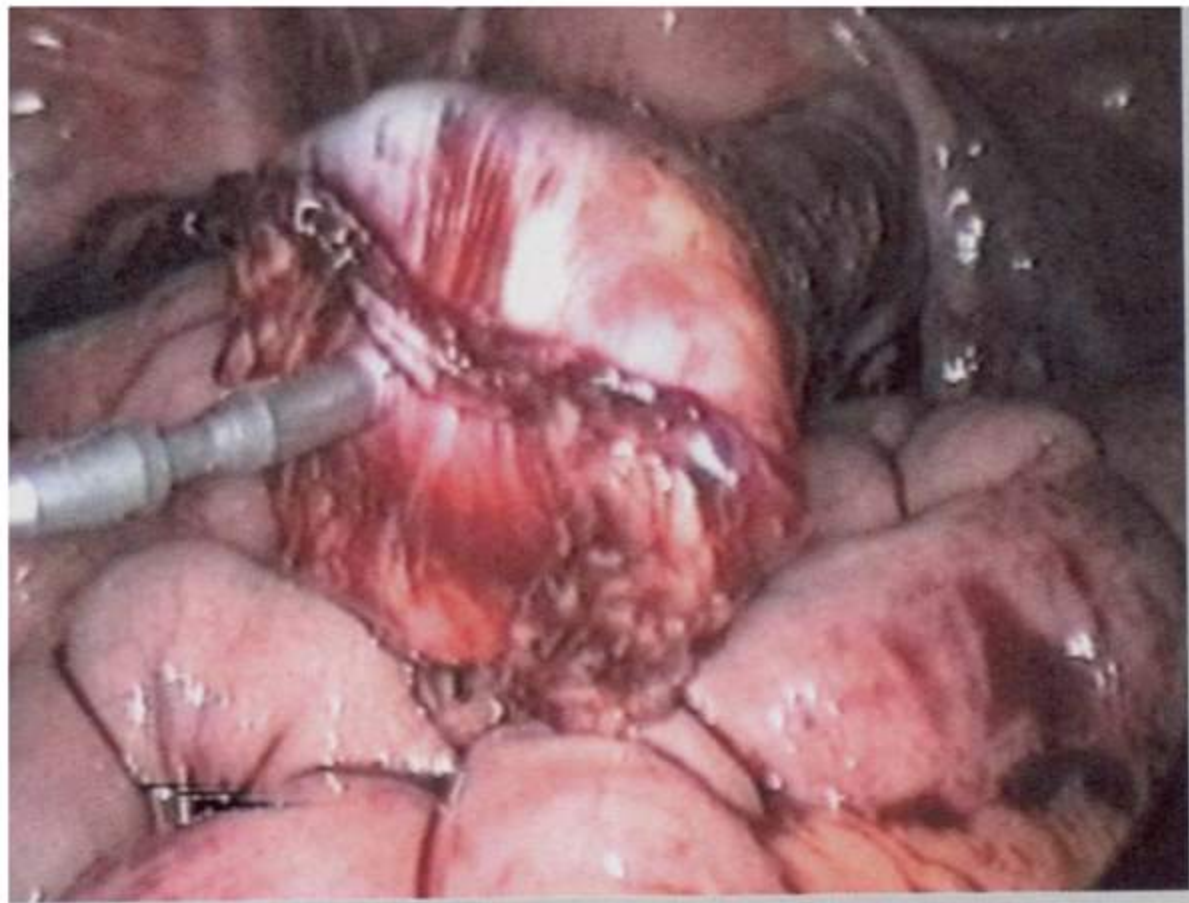
Klasický přístup při léčbě KRK

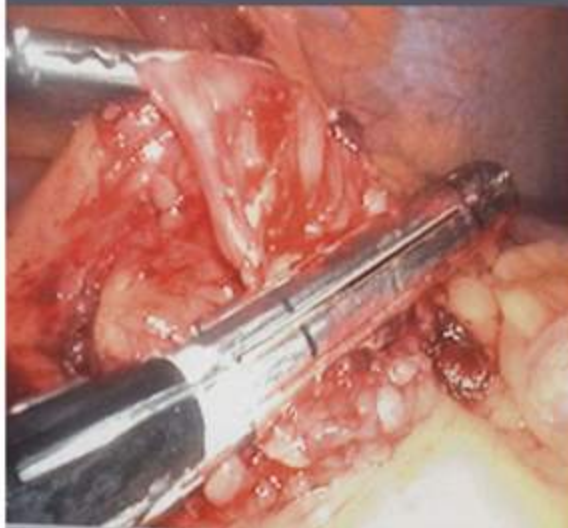
- ▶ Indikace: Všechna stadia onemocnění KRK
- ▶ Výhoda oproti laparoskopii – HMAT
- ▶ Nevýhoda – velká operační rána s možností její infekce a dehiscence
- ▶ Radikalita – vyrovnané postavení
- ▶ Rekonvalescence a rehabilitace ve prospěch L-výkonů
- ▶ Spektrum výkonů – shodné, u resekce synchronních MTS jater – klasický přístup výhodou



anastomóza







L-Abdominoperineální amputace

- ▶ Indikace: Nízko uložené tumorózní léze rekta
- ▶ Stomie vyšita z drobné incize v levém mesogastriu (v místě zavedeného trokaru)

L- Nízká přední resekce

- ▶ Indikace: Tu rektosigmoidea a rekta
- ▶ Anastomóza intrakorporálně

L- Resekce sigmoidea

- ▶ Indikace: Tu nebo divertikulóza sigmoidea
- ▶ Postup podobný jako u levostranné hemikolektomie

L - Levostranná hemikolektomie

► Indikace:

Tu v obl. lienální flexury

colon descendens

colon sigmoideum

► Anastomóza intrakorporálně

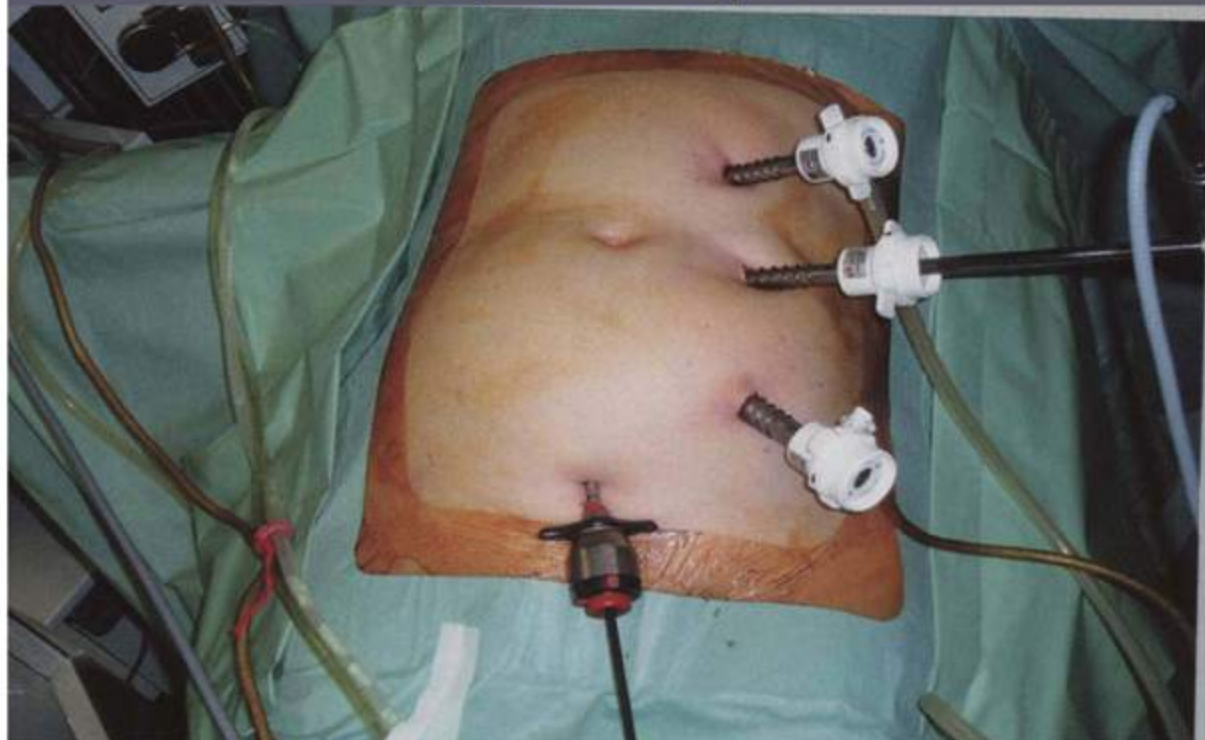
L-Pravostranná hemikolektomie

- ▶ Indikace: tumory céka, kolon ascendens, hepatální flexura
- ▶ Anastomóza extrakorporálně

Laparoskopie – spektrum pro KRK

- ▶ Pravostranná hemikolektomie
- ▶ Levostranná hemikolektomie
- ▶ Resekce sigmoidea
- ▶ Nízká přední resekce
- ▶ Abdominoperineální amputace rekta
- ▶ Kolostomie
- ▶ Méně časté výkony: totální kolektomie, rektopexe, operace rektokély, operace rekto-vaginální píštěle, paliativní anastomózy

Laparoskopie



Radikální terapie - přístup

► Laparoskopie

Indikace - všechna stadia KRK jsou indikována k laparoskopickému řešení (Dostalík, 2004)

Kontraindikace - celkový stav pacienta
- ileozní stav
- nesouhlas pacienta

Terapie

- ▶ **Radikální** – resekce tumoru s radikální lymfadenektomií event. resekcí synchronních MTS
 - Přístup laparoskopický i klasický
- ▶ **Paliativní** – zlepšení kvality života u onkologického nemocného s inoperabilním nálezem
 - Přístup laparoskopický i klasický



IKE
M

Diagnostika

- ▶ Anamnéza a klinické vyšetření
- ▶ Endoskopie (histologie)
- ▶ Rádiodiagnostické vyš. – irrigografie s dvojitým kontrastem
- ▶ USG břicha – Tu, MTS jater
- ▶ EndoUSG – CA rekta – TNM staging
- ▶ CT
- ▶ Lab. Vyšetření – Onkomarkry (kontrola průběhu)
- ▶ Imunitní scintigrafie – značené CEA, MAb B72.3

Klinika

- ▶ Změna v defekačních zvyklostech po 40. roce života – podezřelé z CA!
(průjem, obstipace)
- ▶ Krev nebo hlen ve stolici (objasnit každé krvácení!)
- ▶ Bolesti břicha, pokles hmotnosti, hmatný Tu
- ▶ Hypochromní anémie – zvýšená únavnost!

Epidemiologie

- ▶ Incidence: 25 / 100 000 obyvatel
- ▶ Druhý nejčastější karcinom u lidí
- ▶ Věkové kategorie : 50-80. rok života

(T)NM

- ▶ N1 – 1-3 perikolické LU (reg.)
- ▶ N2 - > 4 perikolické LU
- ▶ N3 - LU podél cévních kmenů

- ▶ M1 – vzdálené MTS (většinou do jater, vzácněji do plic a kostí)

T(NM)

- ▶ Tis - jen mukóza, nemetastazuje
- ▶ T1 - mukóza i submukóza
- ▶ T2 - muscularis propria
- ▶ T3 - seróza + okolná tuková tkáň
- ▶ T4 - přestup přes viscerální peritoneum do susedních orgánů

Histologické dělení

- ▶ Adenokarcinom - 70%
- ▶ Mucinózní karcinom (prstenčité bb)
- ▶ Nediferencovatelný karcinom
- ▶ Adenoakantom, dlaždicovobunečný karcinom (vzácně)

Metastazování

- ▶ Unipolární (v jednom směru)
- ▶ Lymfatické povodí v průběhu
 - AMS pro colon ascendens a transversum
 - AMI pro colon descendens
 - Oběma směry – nádory vyskytující se v povodí obou tepen MTS, 5-6x rychlejší růst MTS než u primárního nádoru

Cesty šíření nádoru

- ▶ Lymfatickou cestou: epikolické - parakolické – paraaortální LU
- ▶ Hematogenní: v. portae – játra
- ▶ Per continuitatem – stěnou – pěstěle do okolních orgánů: tenké střevo, žaludek, MM
- ▶ Implantační MTS: peritoneum

Patologická anatomie

- ▶ Cirkulární růst (levé kolon, sigma, rektum) - stenóza – obstrukce a paradoxní průjmy (tzv. zácpový průjem)
- ▶ Rychlost růstu – nízká u malých nádorů (zdvojnásobení nádorové hmoty: 4 měsíce až 3 roky – dle histol. typu)
- ▶ Distribuce: 60% rektum
 - 15-20% colon sigmoideum
 - 10% caecum a colon ascendens
 - 10-15% ve zbylém tračníku
 - 2-7% mnohočetný výskyt

Etiologie

- ▶ Adenom – maligní zvrát – velikost
- ▶ Stravovací návyky
- ▶ Hereditární onemocnění
- ▶ Další: Zánětlivá onemocnění

Dyzentérie

Lymfogranuloma inguinale

3x vyšší riziko u pozitivní rod.anamn.

Děkuji za pozornost



IKE
M