

Karcinom jícnu **staging a chirurgická léčba**

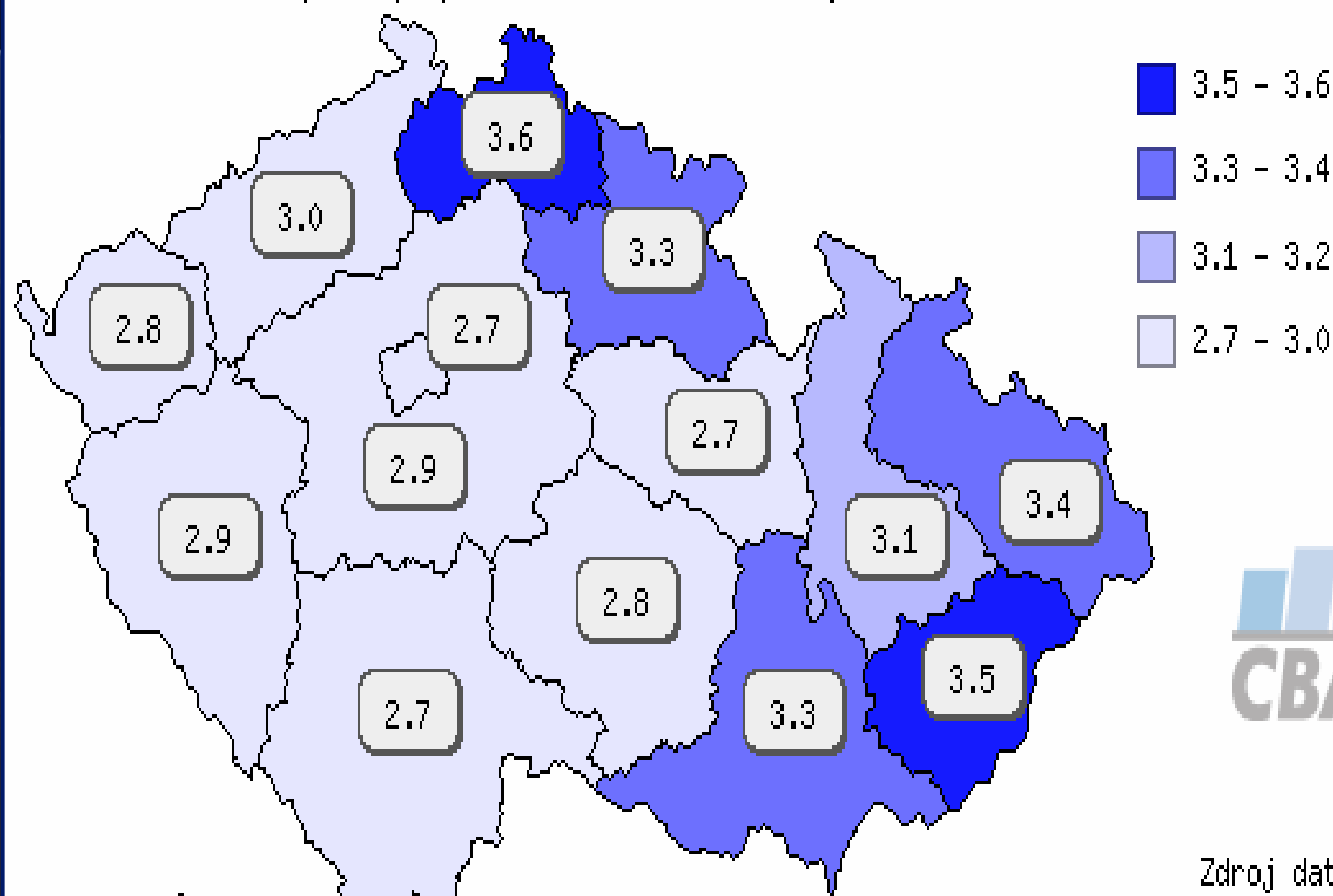
**IX. setkání Klubu mladých
onkologů**
16.-18. června 2006

III.chirurgická klinika FN Motol
A. Pazdro

Zpracováno s podporou VZ FNM 000062203/6707

C15 - ZN jícnu - Incidence

počet případů na 100000 osob v krajích za období 1977-2002

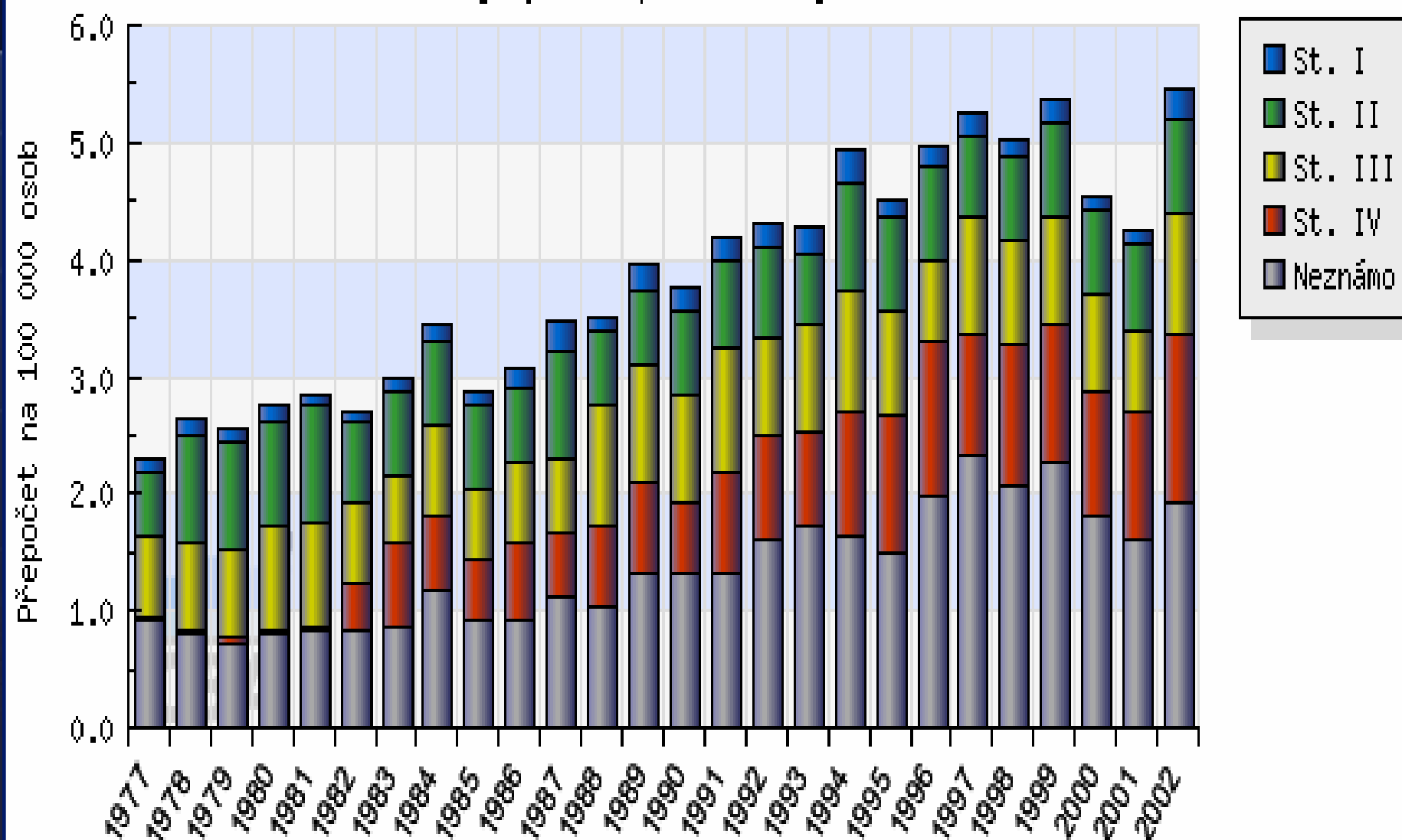


Analýzovaná data: N=8222

Zdroj dat: ÚZIS ČR
<http://www.svod.cz>

C15 - ZN jícnu, 20-79 let

vývoj zastoupení klinických stadií



Analýzovaná data: N=7240

Zdroj dat: ÚZIS ČR

<http://www.svod.cz>

Karcinom jícnu - statistika

- Více než 50% pacientů s lokálně pokročilým či generalizovaným onemocněním v době dg
- Do jednoho roku po operaci umírá 40 - 50% nemocných
- Celkové 5-tileté přežívání po radikálních operacích nedosahuje 15 %

Klasifikace maligních nádorů jícnu

Epiteliální

- Spinocelulární karcinom
- Adenokarcinom

Mezenchymální

- Leiomyosarkom, melanom, lymfom

Klinický obraz

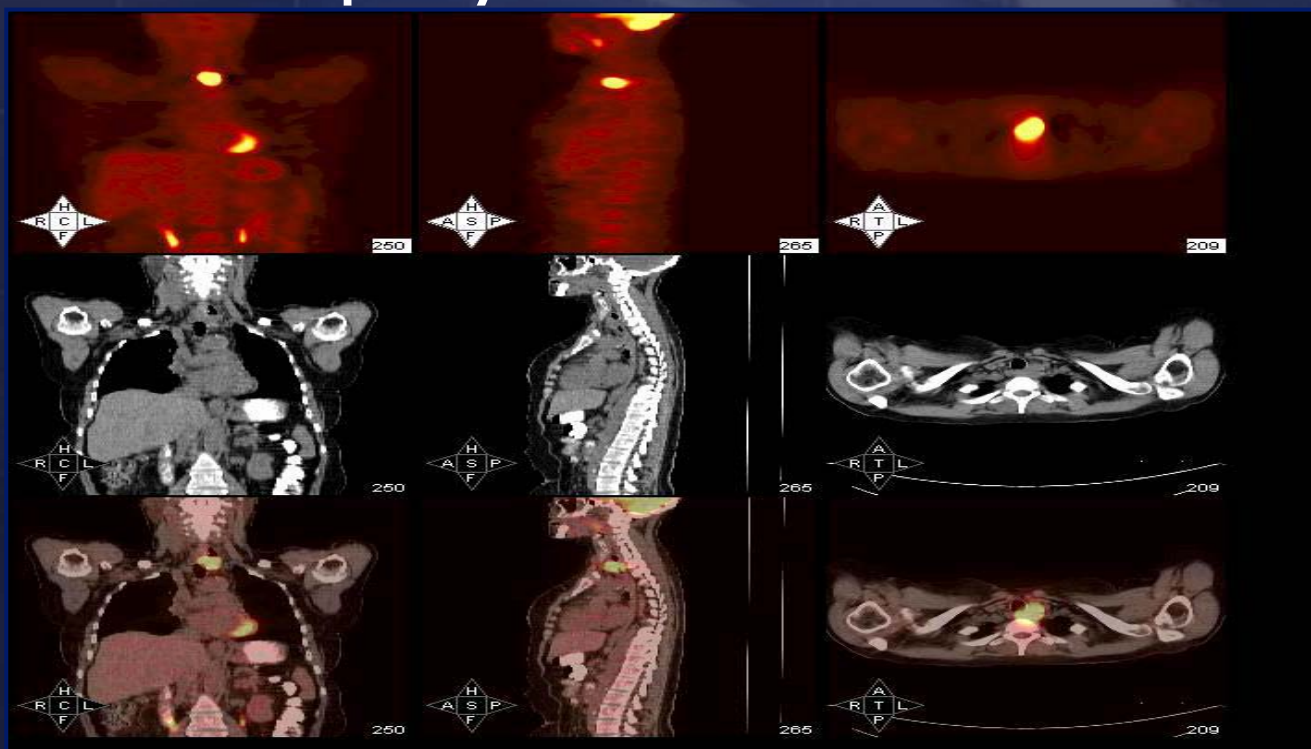
- Maximum výskytu je mezi 50 – 60 lety
 - Více ohroženi jsou kuřáci
 - 70 – 80% metastázy v uzlinách
 - Resekabilních je 35 – 40 % nádorů
 - 8% nádorů GIT
 - dysfagie
 - úbytek hmotnosti
 - delší anamnéza
 - paréza rekurentu
 - bolesti v zádech
 - bronchiální symptomatologie
-

Předoperační zajištění nutrice

- Dilatace stenozy
- NG či enterální nutriční sonda
- Nutriční jenunostomie
- Nutriční gastrostomie se nedoporučuje pro pozdější problémy při použití žaludku

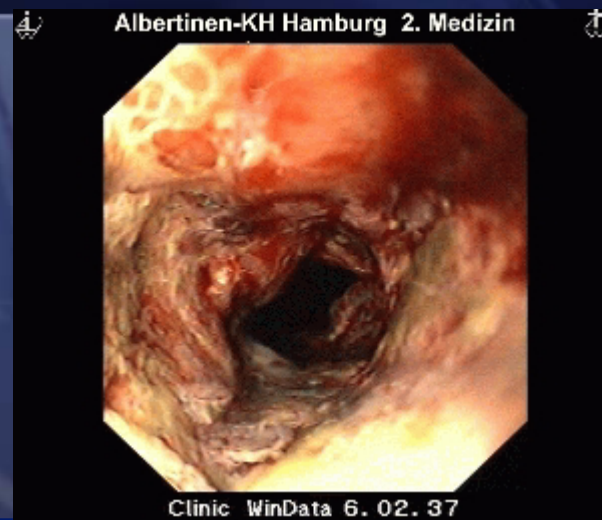
Posouzení operability

- Lokoregionální rozsah
- Systémové onemocnění
- Interní polymorbidita



Základní vyšetření

- Lokální operabilita
 - GFS a biopsie
 - RTG jícnu s k.l
- RTG S+P
- UZ jater



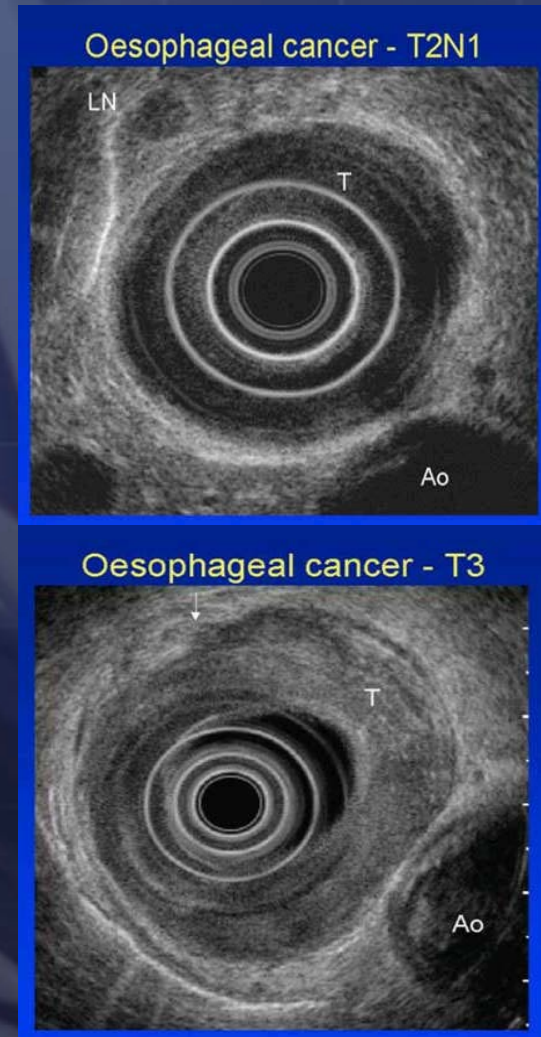
CT – první volba

- Podhodnocení T u 40%, senzitivita 55-63%
- T1-2 stěna 5-15 mm
- T3 stěna nad 15 mm, nepravidelné okraje
- T4 invaze do okolních struktur – přesnost až 90 %
- Lymfatické uzliny celkově 45 – 60 %
- Přesnost se mění s lokalizací uzlin (intrabdominální)



EUS

- Nejpresnější informace o T stadiu (85 – 90%)
- Uzlinové postižení (65 – 86%)
- Jaterní metastázy (levý a část pravého laloku)
- Limitace vyšetření
 - Zkušenost vyšetřujícího
 - Nепrostupná stenóza
 - Dostupnost ? ! !
- Nepřesnost u restagingu po neoadjuvantní terapii
- Vhodné pro málo pokročilé stadia



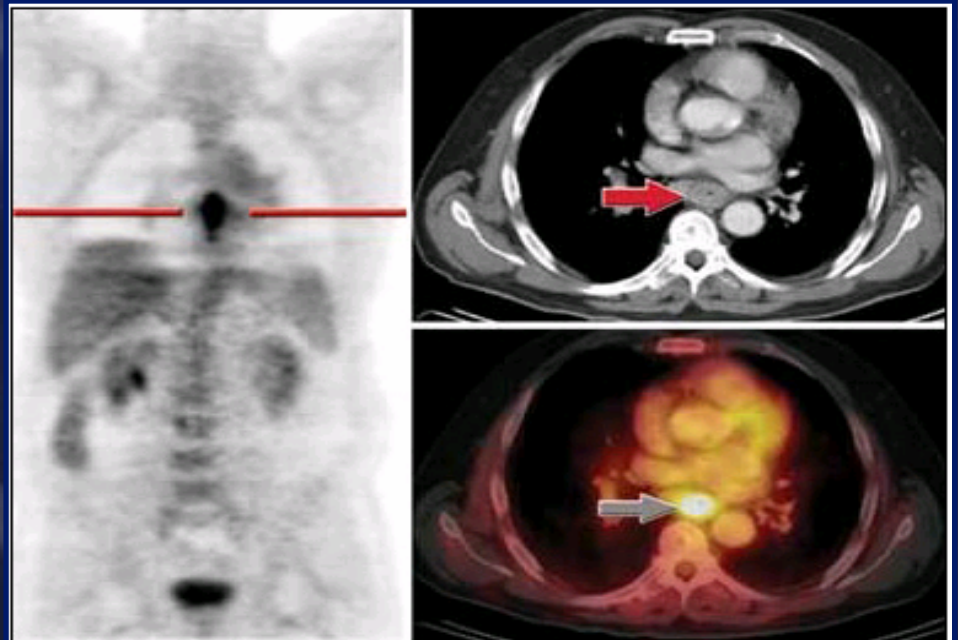
MRI

- Vhodné k rozlišení infiltrace mediastinálních struktur
- Použití není běžně rozšířeno
- Nenabídne zřetelnou výhodu stagingu při použití CT a endosonografie



PET

- Dostupnost, finanční zátěž
- Základní indikace - detekce vzdálených metastáz
- Nepoužívá se v rutinní diagnostice CaE
- Výrazně nižší senzitivita uzlinového postižení při srovnání s EUS (33% × 81%)



Chirurgický staging

- Diagnostická laparoskopie a torakoskopie
 - Invazivní, CA, hospitalizace
 - Implantační metastázy v portech
 - Přínos není jednoznačný – kontroverzní výsledky (10-15%)
 - Izolovaná lymfadenopatie (např. uzliny coeliacké) = ?? inkurabilní nález
 - může ovlivnit rozhodnutí o dalším postupu???
 - Indikováno u suspekce na generalizaci či lokálně pokročilé onemocnění

Algoritmus vyšetření

- GFS s biopsií
- RTG jícnu a žaludku
- CT krku, mediastina a epigastria
- EUS jícnu
- PET scan
- Diagnostická laparoskopie či torakoskopie

TNM klasifikace

T - Primární nádor

- karcinom horního hrudního jícnu ?
- karcinom intraabdominální ?
- N 2, 3, 4 ????

T1	nádor postihuje lamina propria mucosae nebo submukózu
T2	nádor postihuje muscularis propria (tunica muscularis)
T3	nádor postihuje adventicii
T4	nádor postihuje okolní struktury

N - Regionální mízní uzliny

NX	regionální mízní uzliny nelze hodnotit
N0	v regionálních mízních uzlinách nejsou metastázy
N1	metastázy v regionálních mízních uzlinách

M - Vzdálené metastázy

MX	vzdálené metastázy nelze hodnotit
M0	nejsou vzdálené metastázy
M1	vzdálené metastázy
M1a	u horního hrudního jícnu – postižení krčních uzlin
M1a	u dolního hrudního jícnu – postižení ceoliakálních uzlin

**Pro zhodnocení pN nutno odebrat 6 uzlin mediastinálních
15 uzlin intraabdominálních !**

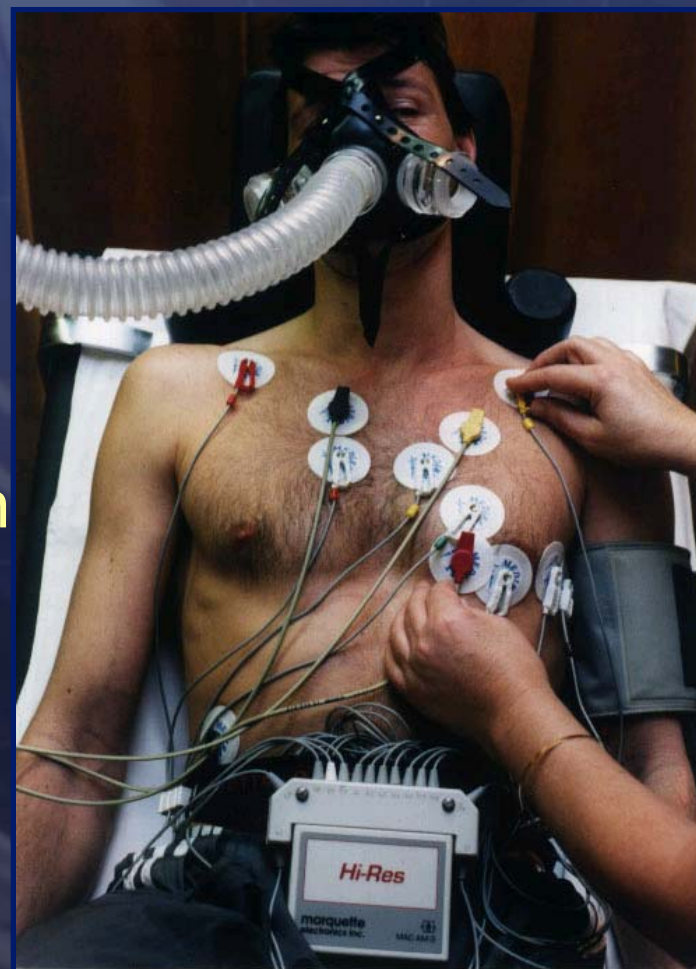
Postižení uzlin u spinocelulárního caE

Authors	Upper (%)	Middle (%)	Lower (%)	Total(%)
Isono (1990)4)	42	28	19	33
Kato (1991)5)	47	41	23	37
Akiyama (1994)6)	46	29	27	31
Nishimaki (1994)7)	44	14	15	16
Fujita (1994)*24)	40	22	4	19
Lerut (1999)†11)	—	31	30	30
Ando (2000)25)	39	26	24	28
Altorki (2002)‡12)	13	59	33	36

Three-field Dissection for Squamous Cell Carcinoma in the Thoracic Esophagus, Hiromasa Fujita, MD, Susumu Sueyoshi, MD, Toshiaki Tanaka, MD and Kazuo Shirouzu, MD, Ann Thorac Cardiovasc Surg Vol 8., No 6 (2002) p. 328-335

Interní vyšetření – posouzení operability

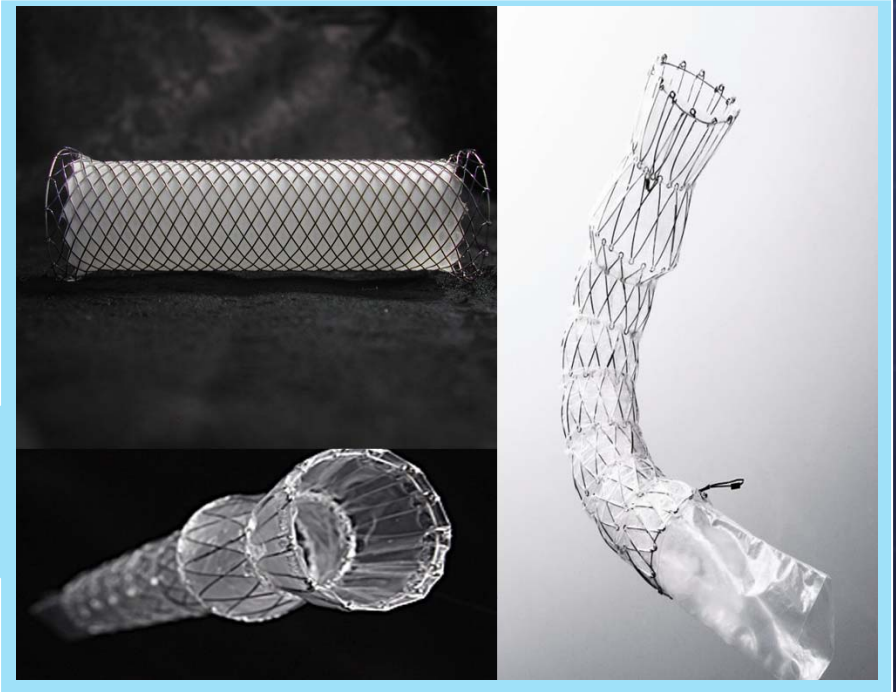
- Spirometrie
- Echokardiografie (nad 60 let a u hypertoniků)
- Spiroergometrie (nad 65 let a u kardiálně kompromitovaných nemocných)
- Zhodnocení internistou



Terapie karcinomu jícnu

Jedinou nadějí na dlouhodobé přežití je resekční výkon.
5 let po resekci žije pouze 15 – 25% operovaných

- Radikální
 - primární chirurgická léčba
 - neoadjuvantní terapie s radikální léčbou
 - primární chirurgická léčba s neoadjuvantní léčbou
- Paliativní
 - stent
 - jejunostomie, gastrostomie
 - by-passové operace
 - rekanalizace laserem



Indikace k resekci

- Indikace k resekci
 - T1, T2, T3, T4, N1,
- Hraniční indikace
 - Barrettův jícen s HGD
 - T1 u polymorbidních nemocných
 - Uzlinové postižení mimo regionální uzliny??
 - Solitární ložisko – metastáza??

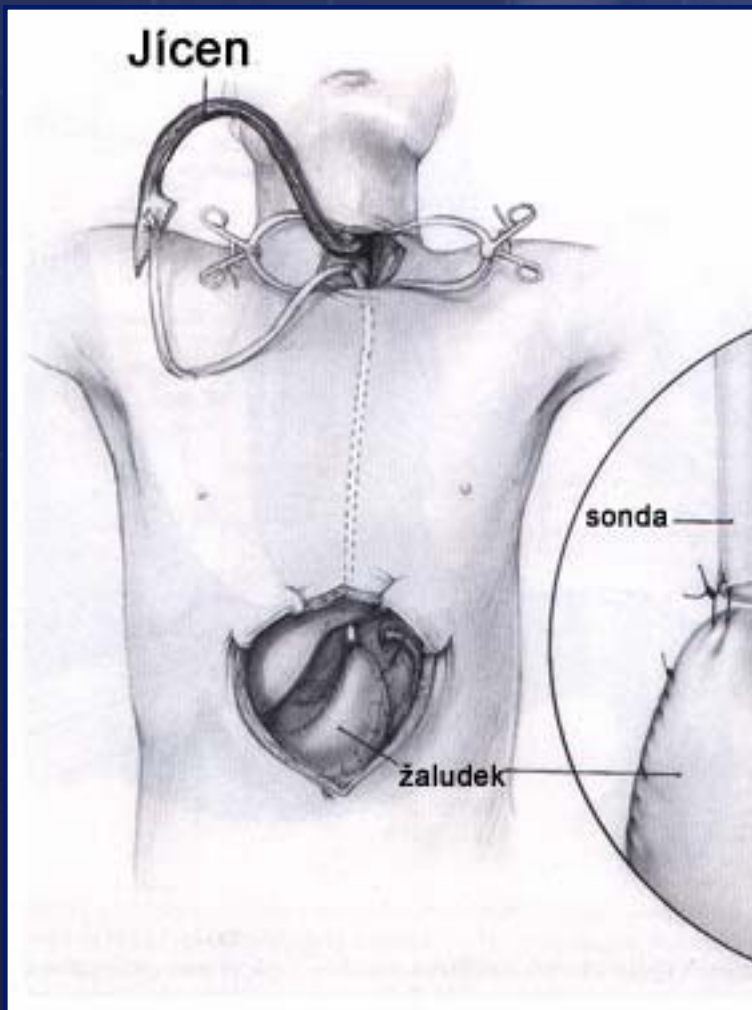
Chirurgická technika

- Ivor Lewisova operace
- Transhiátová resekce (bez torakotomie)
- Miniinvazivní operace
- Endoskopické výkony

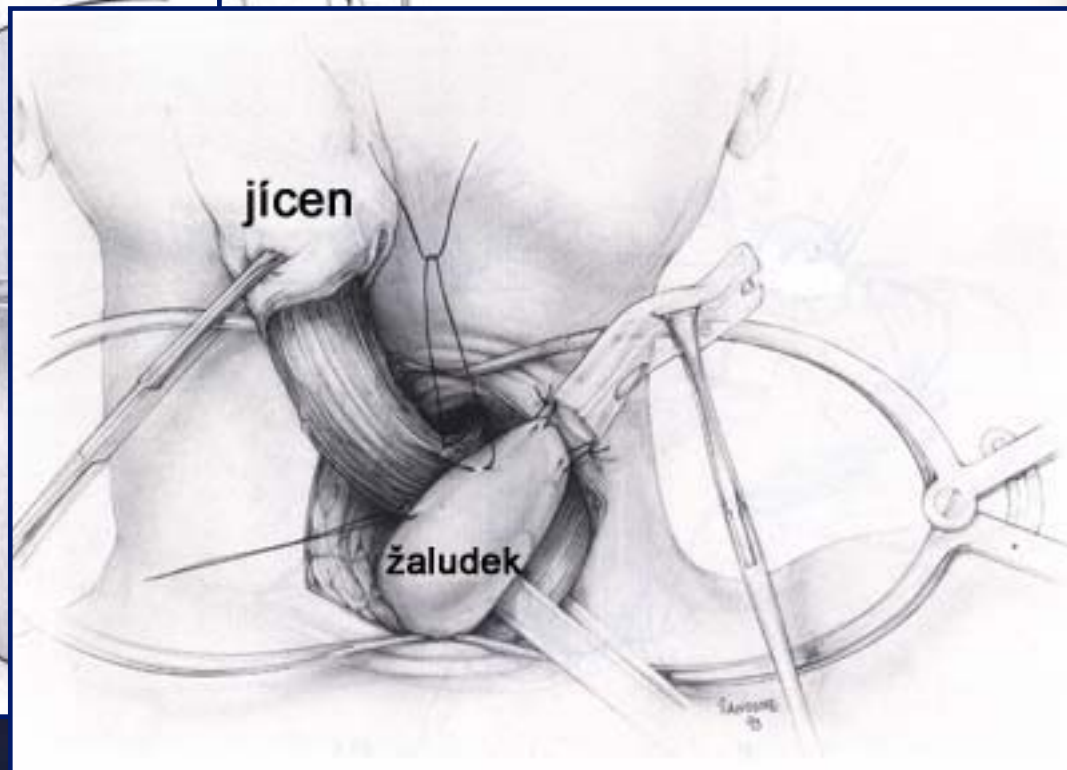
Ivor Lewisova operace

- Leden 1946
- Dvoudobá operace
- Nyní modifikace – laparotomie a torakotomie s primární anastomózou v pravém hemithoraxu (při tumoru distálního a středního jícnu)
- Levá torakotomie pouze při postižení distálního jícnu
- Nutná změna polohy nemocného
- Pooperační dysfagie, refluxní obtíže, dumping syndrom

Transhiátální resekcce



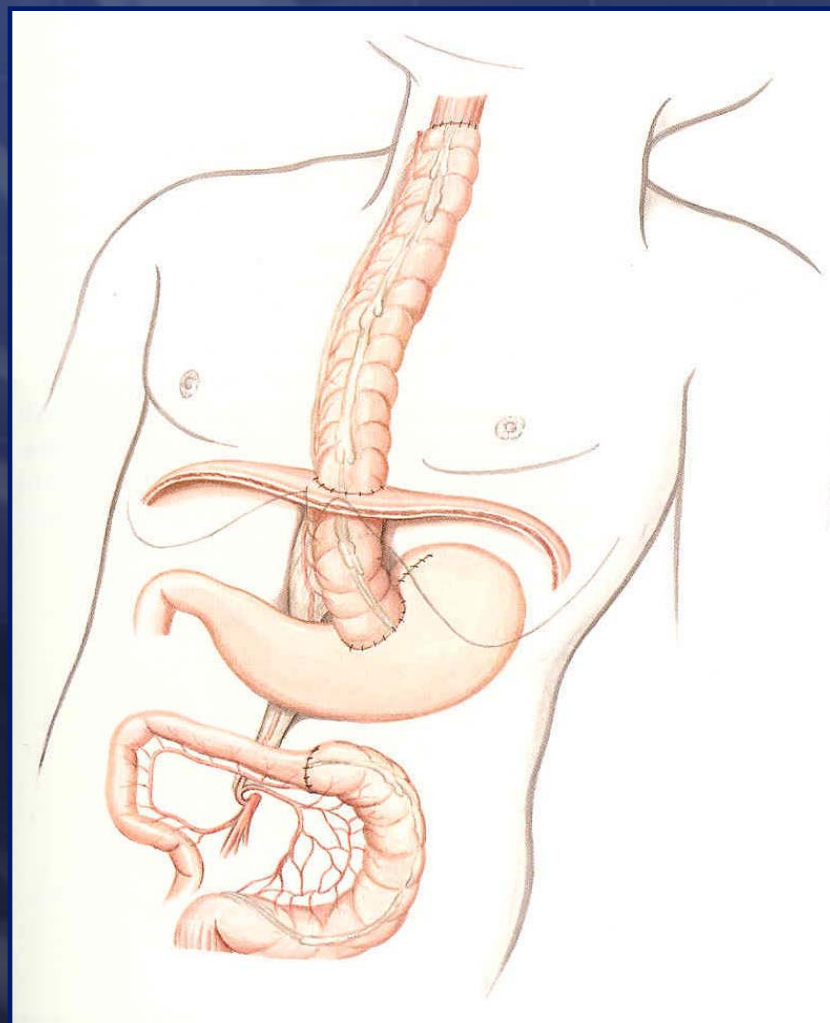
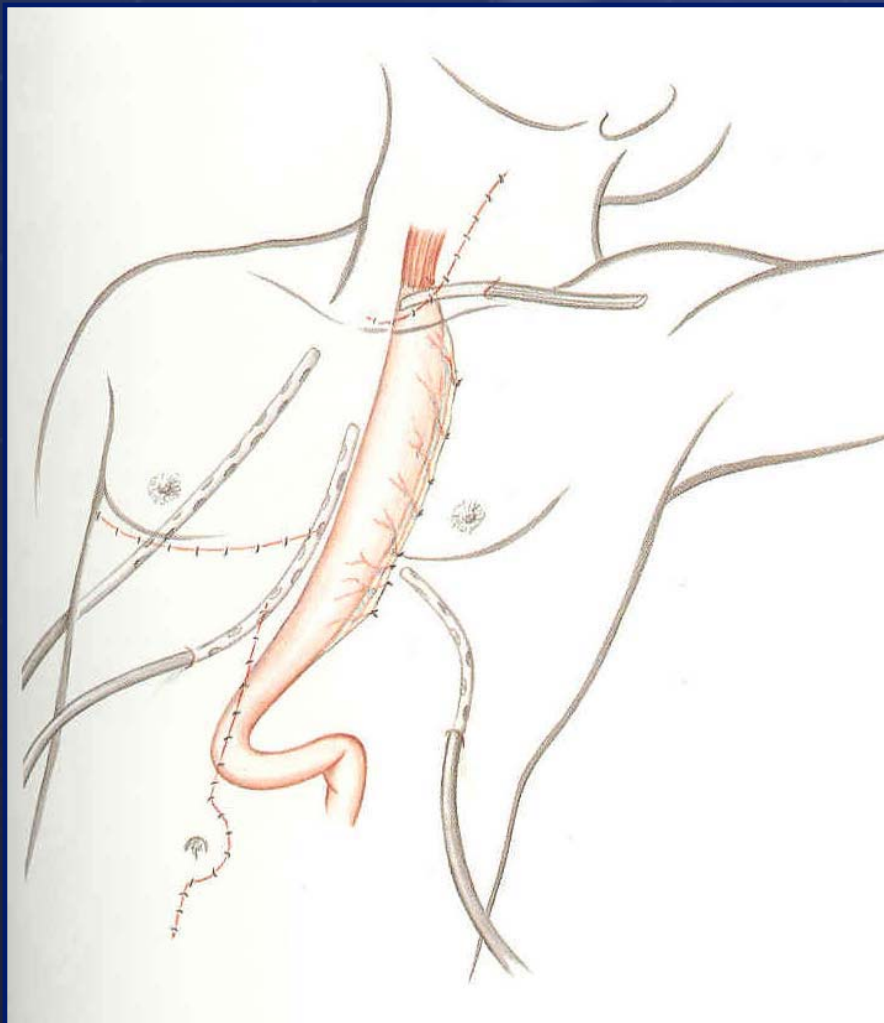
Tubulizovaný
žaludek



Transhiátální resekce

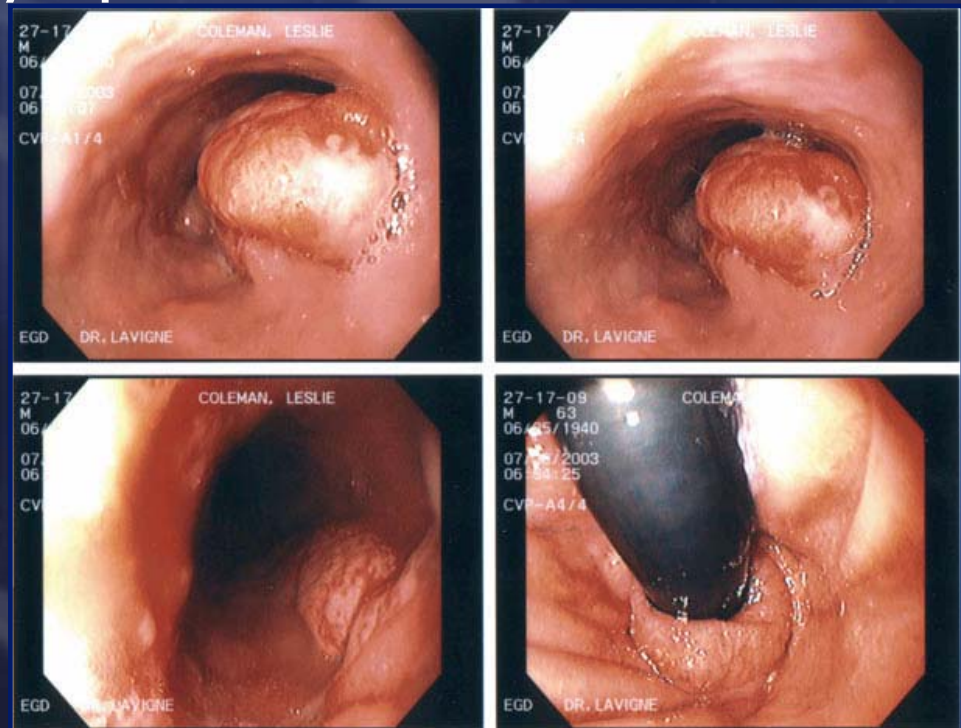
- Limitem je infiltrace mediastina
- Nelze vyloučit nutnost torakotomie
- Riziko plicních komplikací nižší, ale ne nulové
- Mortalita srovnatelná
- Vyšší % dehiscencí (krční anastomozy jsou zatíženy větším procentem komplikací)

...náhrada tračníkem



Endoskopické techniky

- Tumory nepřesahující submukózu
 - benefit x risk není plně ověřen
 - nemělo by jich být používáno mimo klinické studie.
- odmítnutí operace
- není únosný k dvoudutinové operaci



Co očekáváme od LE 3 polí?

- Přesnou informaci o stagingu
- Přesnější plánování následné terapie
- Předcházení lokální recidivě
- Prodloužení dlouhodobého přežívání ??
(u nedefinovaných podskupin)

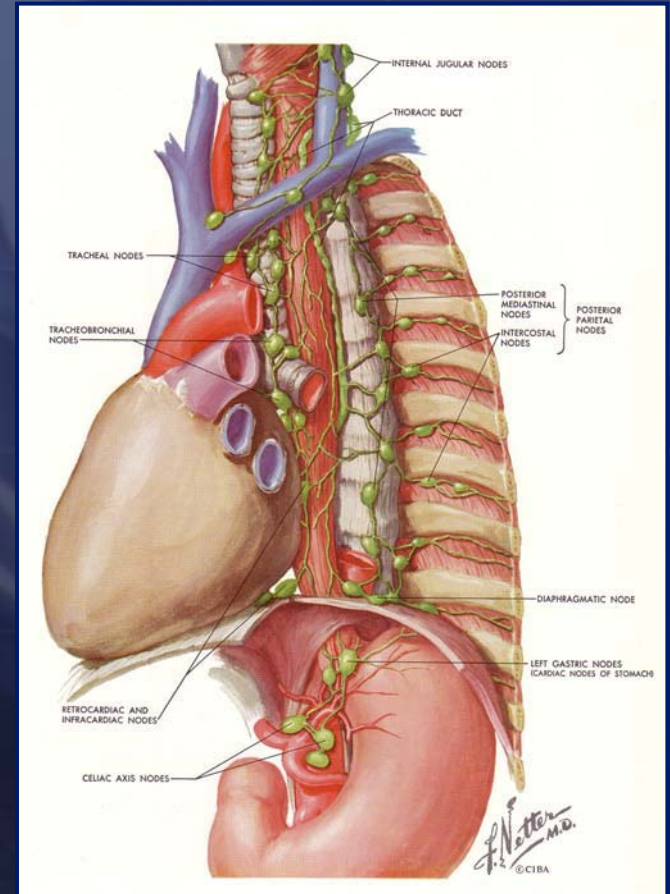
Srovnání přežití

Autor	LE 2 polí (%)	LE 3 polí (%)	poznámka
Isono (1991)	27 (n=2,671)	34 (n=1,740)	p<0.001, 96 hospitals, 1983-86
Kato (1991)	34 (n=73)	49 (n=77)	p<0.01, RCT*, 85-89
Takegawa (1991)	36 (n=159)	40 (n=705)	ns, 10 hospitals, 1985-89
Iizuka (1992)	45 (n=521)†	47 (n=459)†	ns, 32 hospitals, 1988-89
Fujita (1993)	33 (n=49)‡	49 (n=38)‡	p<0.10, 2 hospitals, 1985-89
Akiyama (1994)6)	23 (n=67)§ 38 (n=283)	53 (n=261)	p<0.05 p<0.001, historical, 1973-93
Watanabe (2000)15)	55 (n=98)	48 (n=141)	ns, 1988-94
Altorki (2002)12)	—	51 (n=80)	1994-2000

Three-field Dissection for Squamous Cell Carcinoma in the Thoracic Esophagus, Hiromasa Fujita, MD, Susumu Sueyoshi, MD, Toshiaki Tanaka, MD and Kazuo Shirouzu, MD, Ann Thorac Cardiovasc Surg Vol 8., No 6 (2002) p. 328-335

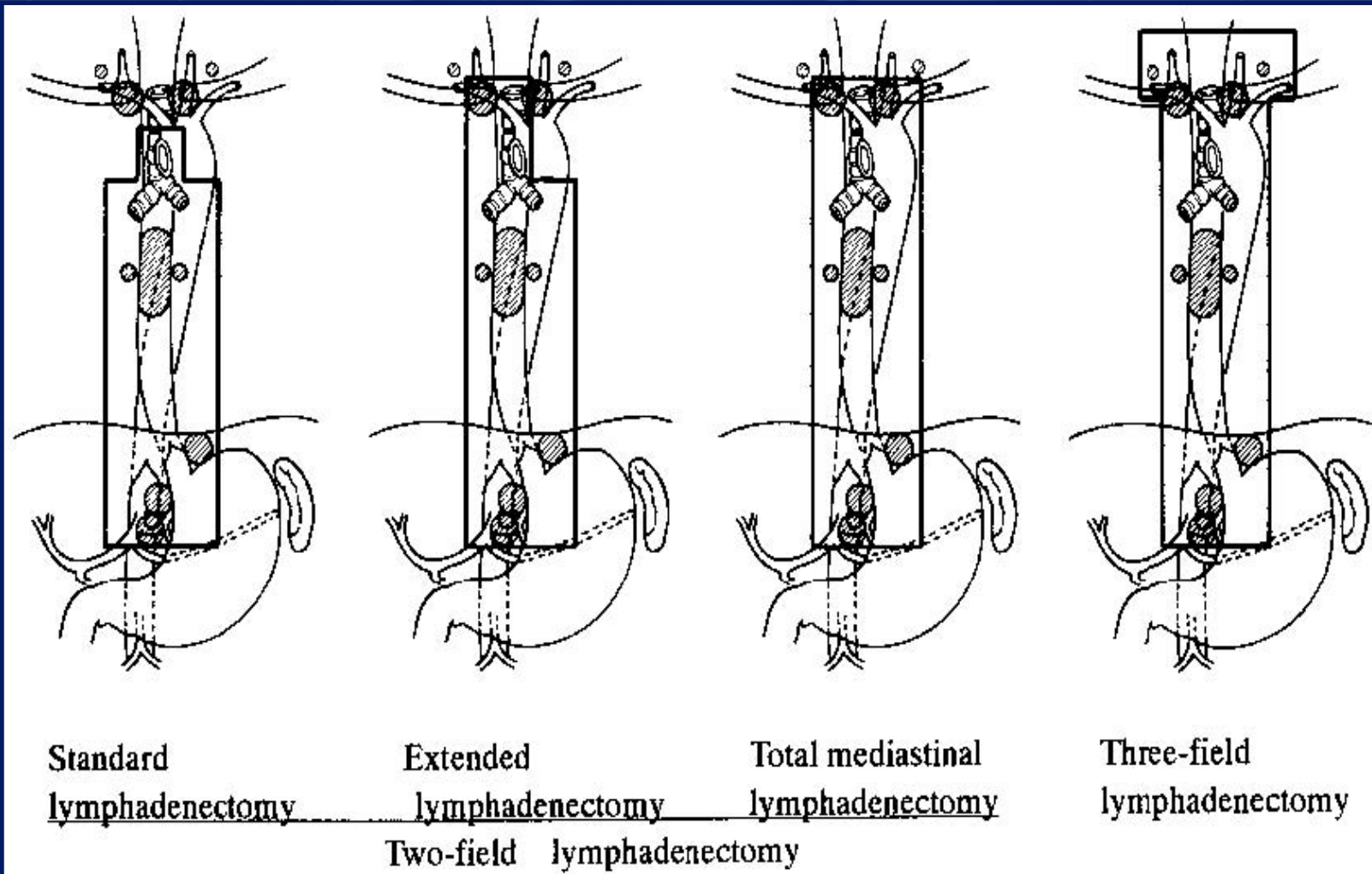
Lymfadenektomie

- Lymfadenektomie 1 pole disekce uzlin v okolí kardie, podél malé křivatury, a.gastrica sin., a.hepatica, a.lienalis.
- Lymfadenektomie 2 polí + hrudní lymfadenektomie paraaortální uzliny, včetně ductus thoracicus, paraezofageální uzliny, uzliny pravého a levého hilu plicního a uzliny z okolí bifurkace trachey.
- Lymfadenektomie 3 polí, + lymfadenektomie krční brachiocefalických, hlubokých laterálních a předních krčních uzlin přiléhajících k n.laryngeus recurrens.



Mnoho studií dokazuje, že lymfadenektomii dvou polí je možné provádět bez významného zvýšení mortality a morbidit. Japonské studie ukazují že téměř 1/4 pacientů se spinocelulárním karcinomem má postižené krční uzliny

Lymfadenektomie 2, 3 polí



Výsledky operací

- Dehiscence anastomóz by neměla překročit 5% (problém definice)
- Kurativní resekce **R0** by měly převyšovat 30%
- Celková mortalita akceptovatelná do 8%
- Pooperační komplikace až 60%
- Plicní komplikace do 40%

Hulscher Jan B.F., Tijssen Jan G.P., Hugo Obertop et al: Transthoracic versus Transhiatal resection for carcinoma of the Esophagus: A meta analysis. Ann Thorac Surg 2001, 72:306-313

- *5-ti leté přežívání 15 – 22%*

Závěrem

- Hypotéza 1 (optimistická)
 - Volbou terapie můžeme ovlivnit výsledek, který může být i kurabilní
- Hypotéza 2 (pesimistická)
 - Výsledek je limitován vstupními faktory a kombinovanou terapií (chirurgie-onkologie) můžeme zajistit kontrolu onemocnění

- Rozsah chirurgické resekce má malý vliv na systémové (pokročilé) onemocnění, ale může výrazně ovlivnit přežívání u izolovaného lokálního onemocnění