

79

Nespecifické záněty střevní jsou významnou a podceňovanou prekancerózou.

Šerclová Z., Antoš F.

Chirurgická klinika, FN Na Bulovce, Praha, přednosta: prof. MUDr F. Antoš, CSc

Kasuistická sdělení o možnosti vzniku střevního karcinomu v terénu nespecifického střevního zánětu (IBD) se v literatuře objevují více než 80 let. V roce 1925 byl poprvé popsán B.B. Crohnem karcinom rekta u nemocného s ulcerózní kolitidou. Dlouholeté trvání chronického střevního zánětu je obecně považováno za zvýšené riziko vzniku střevních malignit. Na závažnost tohoto rizika a přístup zejména k prevenci rozvoje pokročilých malignit u IBD se však názory chirurgické a především gastroenterologické mění.

Stejně jako u jiných střevních karcinomů je i u IBD primární terapií radikální chirurgická resekce a frekvence dlouhodobého přežití je závislá na stadiu maligního onemocnění. Střevní karcinom, včetně pokročilých stadií, se však u nemocných s IBD vyskytuje v mnohem mladším věku než v běžné populaci. Pro malignitu jsou indikováni k operaci pouze 2% nemocných, většina malignit u IBD je náhodným operačním nálezem.

Karcinom tenkého střeva u Crohnovy nemoci se vyskytuje vzácně, nicméně 17-27 x častěji než u nemocných bez IBD (Jess, 2005). Většinou se však jedná o velmi rozsáhlé nádorové onemocnění, pooperačně přežívá 5 let méně než 5% nemocných. Tuto špatnou prognózu nelze příliš ovlivnit preventivními vyšetřeními. Doporučuje se však odebírat histologické vzorky peroperačně z míst strikturoplastik, neponechávat z pasáže vyražené zánětlivé úseky střeva a především v případě nejasného nálezu včas indikovat operační revizi i z diferenciálně diagnostických důvodů.

Velmi vzácně vychází karcinom z chronických píštělí při Crohnově nemoci. Též se většinou jedná o velmi pokročilé a pozdně zachycené inoperabilní onemocnění. Z těchto důvodů se doporučuje pravidelný odběr biopsií z traktů chronických píštělí v celkové anestezii, což má opět význam i diferenciálně diagnostický (Ficari, 2005).

Frekvence výskytu kolorektálního karcinomu (KRK) v kolitidě ulcerózní či Crohnova typu je průměrně asi 2- 3x vyšší než u nemocných bez IBD a vzrůstá u pacientů s pankolitidou, stenózou tračníku, PSC a s délkou trvání choroby. U nemocných s anamnézou UC do 30 let je výskyt KRK 18% (Eaden, 2006). Předpokládá se, že KRK vzniká přímo z dysplazie, kterou je třeba považovat za premaligní či lokální maligní stav. Dysplazie však není možné dobře posoudit v terénu floridního zánětu, což ztěžuje bezpečnou dispenzarizaci. Extenzivní dispenzární programy s odběrem mnohočetných etážových biopsií se v praxi neosvědčily, více se očekává od cílené endoskopické diagnostiky pomocí moderních metod.

Není tedy novinkou, že nemocní s IBD mají zřetelně zvýšené riziko vzniku střevního karcinomu, čemuž odpovídají pravidla dispenzarizace s cílem včasného zachytu. Přesto se chirurg, věnující se IBD, relativně často setkává s malignitami u těchto nemocných.

Na našem pracovišti bylo od roku 2003 do konce roku 2006 operováno celkem 6 nemocných s karcinomem v terénu IBD, z nichž pouze jeden byl starší 60 let a u 3 nemocných byl nález již inoperabilní s infaustní prognózou. Všichni tito pacienti byli před doporučením k chirurgické konzultaci pravidelně sledováni a kontinuálně konzervativně léčeni (2-16 let), přesto byli většinou odesláni k chirurgické terapii opožděně s fatálními důsledky. 3x se jednalo o kolorektální karcinom, 1x o karcinom v perinálních píštělích, 1x o karcinom anální.

Ve stejném období byli na naše pracoviště doporučení 4 nemocní s IBD, též delší dobu sledováni a léčeni, u nichž jsme zjistili, že se nejedná o zánět střevní, ale o karcinom primárně. 1x se jednalo o karcinom anu s metastatickou nemocí, 1x o verukózní karcinom perinea, u další pacientky perineální fistule způsobil rozsáhlý karcinom děložního čípku, 1x se jednalo o karcinom tenkého střeva.

Střevní karcinom je u nemocných s IBD druhou nejčastější příčinou zvýšené mortality. Vyskytuje multifokálně, má mucinózní charakter a nádorové onemocnění se objevuje u mladších nemocných, kteří jsou nezdědka indikováni k operaci ve velmi pokročilém stadiu choroby. Domníváme se, že je třeba se v mnoha případech více obávat vzniku karcinomu a chirurgické řešení indikovat včas. Dále je nutné z diferenciálně diagnostických důvodů na nádorové onemocnění pomyšlet a kde to lokalizace umožňuje provádět histopatologická vyšetření.