

199 Rozhodovací proces a strategie léčby u karcinomu rekta z pohledu chirurga.

Jandík P.

Chirurgická klinika, FN Hradec Králové

Karcinom kolon a rekta (KRK) je problémem vyspělých zemí v celém světě. Má vysokou incidenci a v mortalitě malignit zaujímá 3. místo.

V ČR je situace u KRK neutěšená. Každý 20. občan ČR je touto chorobou postižen a cca 4000 lidí pod touto diagnózou u nás ročně umírá. Asi 23% (tj. cca 1700 případů) je diagnostikováno ve 4. stádiu s metastatickým rozsevem základní choroby. Do 2 let má 60 – 70% pacientů metachronní metastázy jater. Tato nepříznivá situace a trend celkového vývoje dg C20 vyžaduje koncepční řešení.

Současné trendy péče u C20

1. Mobilizace rezerv v managementu C20
 - mezioborová kooperace (dg, staging)
 - rozhodovací multidisciplinární proces
2. Dodržování standardů ČCHS, ČOS
 - respekt / realizace nových poznatků („evidence base of medicine“) např. v otázce totální mezorektální excize, MR-staging
3. Zavádění nových operačních technik a technologií
4. Kontrola kvality poskytované péče (standardizace postupů, sběr dat, dokumentace)
5. Aktivní podíl na dispenzarizaci
 - chir. sledování pac. → včasná dg recidivy/ metastázy

Rozhodovací proces

- předpoklad : max.množství objektivních dat o diagnóze, stagingu a fenotypu nádoru
- „u jednoho stolu“ : chirurg, gastroenterolog, onkolog, RTG-diagnostik, patolog
- určení pořadí léčebných modalit (operace, neoadjuvance, adjuvance, paliace)
- „LÉČBA ŠITÁ NA MÍRU“

Lokální recidiva – kritérium úspěšnosti léčby

- % lokální recidivy je průkazným výsledkem kvality a radikality chirurgické léčby
- je základním kritériem úspěšnosti léčby i pro ostatní modalit
- rezerva je v této oblasti u všech modalit

Onkochirurgické zásady u C20

- volba správného chirurgického výkonu, snaha o Ro (resekce, Milesova operace, lok. excize stěny rekta s nádorem)
- vysoký podvaz AMI

KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM

- TME (totální mezorektální excize)
- vyhodnocení stavu mezorekta a mezorektální fascie
- resekční linie – „tumor free margins“
- distální linie 1 cm pod tumorem

Laparoskopický vs. klasický operační výkon

- indikace jsou identické pro oba operační způsoby
- stejná onkologická radikalita
- není rozdíl v % recidiv, DFI, OS
- určité výhody pro laparoskopickou metodu (t.č. cca 15% operativy KRK v ČR)

Radikální chirurgický výkon vs. následná recidiva / meta

Příčiny: a/ dormantní buňky

b/ mikrometastázy

c/ subklinické / nedetekovatelné meta

- odlišná biologická charakteristika a, b
- kontroverzní 2. stadium C 20 – T3-4, N0, M0
- nutné vyhodnotit rizika recidivy / meta

→ Nepochybná rizika u 2. stadia C20

- T4, neznámý stav N, G3
- spontánní perforace nádoru
- peroperační (iatrogenní) perforace střeva / nádoru
- těsný / pozitivní resekční linie
- porušení mezorekta

Lokálně pokročilý C20 → neoadjuvance

- uvolnění tumoru
- downstaging (cCR, pCR)
- ↓ % recidivy
- ↑ DFI
- ↑ OS

Zajištění další onkologické léčby

- zpětná vazba na mezioborovou komisi
- ordinář pro onkologii na chir. pracovištích
- prezentace pacienta v onkologické poradně chirurgického pracoviště jako pojistka zajištění včasné návazné onkologické léčby a dlouhodobé sledování pacienta s C20.