

Tumori debelog crijeva

Doc. dr. sc. Nikica Šutalo

Tumori kolona

- Benigni
 - Adenom – polip, najčešći, na peteljci
 - Papilom – polip, široka baza (sesilni), češće maligno alterira
 - Lipom
 - Neurofibrom
 - Hemangiom
 - limfangiom
- Maligni
 - Karcinom

- **Obiteljska polipoza kolona**

- Nasljedna autosomno dominantna bolest
- Po čitavom kolonu i rektumu se javljaju brojni polipi
- Premaligno stanje
- Maligna alteracija najčešće nastaje između 20.i40.godine
- **Simptomi:**
 - Proljev, krvarenje, abdominalni grčevi
- **Dijagnoza**
 - Irigografija, kolonoskopija, biopsija
- **Liječenje:**
 - Kirurški – totoalna proktokolektomija i ileorektalna anastomoza
 - Polipi se mogu odstraniti kolonoskopski

- **Karcinom kolona**

- Drugi karcinom po učestalosti
- Najčešći je karcinom rektuma (1/3 kolorektalnih Ca)
- Javlja se najčešće nakon 60.godine života

- **Faktori rizika:**

- **Prehrana** – mast (žučne soli), dimljena hrana. Hrana bogata vlaknima smanjuje vjerojatnos nastanka Ca.
- **Naslijeđe**
- **Upalne bolesti crijeva**
- **Kolorektalni polipi**

- **Karcinom kolona (nastavak)**

- **Makroskopski** – može se javiti u 5 oblika:

- Polipoidni, anularni, egzulcerirani, koloidni i difuzno infiltrativni

- **Mikroskopski** – najčešće je adenoCa,

- Dobro i srednje diferencirani čine 80%
 - Slabo diferencirani čine 20%

- **Klasifikacija**

- Prema **Dukes-u**

- Stadij A (prodor do muskularis proprije)
 - Stadij B (prodor kroz cijelu debljinu stijenke, nema metastaza u limfnim čvorovima)
 - Stadij C1 (metastaze u regionalnim L.Č.)
 - Stadij C2 (metastaze u mezenterijalnim L.Č.)

- **Karcinom kolona (nastavak)**

- **Širenje:**

- Direktno u svim smjerovima
 - Transperitonealno – peritoneum, omentum majus
 - Limfogeno – u *a.mesentericu sup.*, *aortu*, *a.iliacu internu*.
 - Hematogeno – u jetru i pluća
 - Implantacijom – operacijski zahvat

- **Karcinom kolona (nastavak)**
 - **Simptomi desnog kolona**
 - Opća slabost, mršavljenje, anemija, abdominalni bolovi, okultno krvarenje
 - **Simptomi lijevog kolona**
 - Opstipacija, proljev, krv i sluz u stolici, grčeviti abdominalni bolovi
 - **Simptomi sigme i rektuma**
 - Svijetlo crvena krv i sluz, jutarnji proljev, kasnije se javlja duboka rektalna bol

- **Karcinom kolona (nastavak)**

- **Dijagnoza**

- Klinička slika, anamneza
 - Digitorektalni pregled
 - Kolonoskopija
 - Irigografija
 - CT, MRI
 - CEA – nalazi se u fetalnom i embrionalnom tkivu, ali i u karcinomu kolona, dojek, pluća, želuca, u pušača, u jetrenih bolesnika, i ulkusnih bolesnika
 - Važan je za praćenje liječenja tumora
 - CT, MR, scintigrafija i UZV jetre radi metastaza

- **Karcinom kolona (nastavak)**
 - **Liječenje**
 - Radikalni kirurški zahvat
 - Odstranjenje tumora sa limfnim čvorovima

– Kirurški zahvati:

- Desna hemikolektomija s ileotransverzostomom
- Transverzokolektomija
- Lijeva hemikolektomija uz spajanje C.transversuma sa sigmom
- Sigmoidna kolektomija i visoka anteriorna resekcija uz spajanje C.descedensa i rektuma
- Laparoskopska resekcija kolona (najčešće desna hemikolektomija i sigmoidektomija – ostali su zahvati teži)

– **Hartmannova operacija**

- Resekcija sigme i oralnog dijela rektuma uz očuvanje terminalnog rektuma i anusa i oblikovanjem terminalne kolostomije.
- **Indikacije:**
 - Ako nije moguće učiniti kolorektalnu anastomozu nakon prednje resekcije rektuma
 - Kod bolenika u teškom općem stanju : ako je stvaranje kolorektalne anastomoze prevelik rizik, ekstirpacija rektuma je kontraindicirana
 - U nekim slučajevima ileusa
 - Kod perforacije Ca sigme ili rupture sigmoidnog divertikula
- U nekih bolesnika je moguća kasnija kolorektalna anastomoza

- **Komplikacije:**

- **Opstrukcija desne polovice kolona:**

- Resekcija i primarna anastomoza bez kolostomije
 - Nekad je potrebna ileostoma kao prvi stadij operacija ili kao zaštita ileotransverzostomije nakon resekcije

- **Opstrukcija lijeve polovice kolona**

- Resekcija, anastomoza i kolostoma kao proksimalna zaštita
 - Kod težeg stupnja resekcija je kontraindicirana i učini se samo kolostoma na C.transversumu, a nakon 10-14 dana resekcija i anastomoza
 - Kolostoma se zatvara nakon 6 tjedana

- **Perforacija**

- Ekscizija perforiranog dijela crijeva s tumorom,
 - Anastomoza s oralno postavljenom kolostomom ili ileostomom

- **Adjuvantna terapija**

- Iradijacija

- Preoperativna (smanjenje broja vitalnih malignih st.koje mogu diseminirati)
 - Postoperativna (smanjenje učestalosti recidiva)

- Kemoterapija

- Postoperativno
 - Ca kolona je vrlo rezistentan na kemoTh
 - Daje se *5-fluorouracil i kapecitubin*

- Imunoterapija

- Uz pomoć:
 - BCG
 - *Corinebacterium parvum*

- **Palijativno liječenje**

- Odstraniti ili smanjiti primarni tumor
- Ako nije moguće odstraniti primarni tumor radi se zaobilazna anastomoza (ileotransverzostomija, transverzosigmoidostomija i sl.)
- Kolostoma se postavlja samo ako postoji opstrukcija
- Opstrukcija se može spriječiti laserskom fotokoagulacijom, kriodestrukcijom, elektrofulguracijom i sl.

Karcinom rektuma

- Rektum se dijeli u 3 dijela:
 - Donji – od anusa prema oralno 7 cm
 - Liječenje Ca abdominoperinealnom resekcijom
 - Srednji – 7-11 cm od anusa
 - Obje metode liječenja
 - Gornji – 11-15 cm od anusa
 - Liječenje Ca resekcijom s očuvanjem sfinktera

- **Abdominoperinealna operacija:**
 - Transabdominalnim putem se mobilizira sigme što niže u malu zdjelicu
 - Sigma se prsječe i učini definitivna terminalna kolostoma u lijevoj ilijačnoj jami
 - Perinealnim putem se mobilizira i odstrani anus, rektum i preostali dio sigme

- **Resekcije s očuvanjem sfinktera**
 - Abdominalna *pull-through* resekcija
 - Abdominosakralna resekcija
 - Transanalna ekscizija
 - Transsakralna ekscizija
 - Transsfikterična ekscizija
 - **Visoka anteriorna resekcija** – kod tumora gornje trećine rektuma i sigmoida
 - **Niska anteriorna resekcija** – primjenjuje se kod tumora srednjeg rektuma, teže se izvodi ako je tumor ispod 7 cm od anusa., ali je moguće uz pomoć staplera.
 - Rektum se potpuno odvoji od sakruma, presijeku se lateralni ligamenti i srednje hemeroidne krvne žile.
 - Anastomoza rektuma i kolona je ispod peritonealnog nabora

- **Prognoza**

- Stadij A-petogodišnje preživljenje – 67-100%
- Stadij B- petogodišnje preživljenje – 45-65%
- Stadij C- petogodišnje preživljenje – 22-44%