

Ορθοκολικός Καρκίνος

Σωτήρης Μπαράτσης χειρουργός

Ο ορθοκολικός καρκίνος είναι ο 3ος από πλευράς συχνότητας Ca και αποτελεί την δεύτερη αιτία θανάτων από καρκίνο.

Η πλειονότης αυτών αναπτύσσεται σε προϋπάρχοντες πολύποδες. Αυτό δεν γίνεται σε μία νύχτα, αλλά απαιτείται η παρέλευση 4-16 ετών. Η συχνότης είναι μεγαλύτερη στις ηλικίες 70-80 ετών. Μπορεί κανείς να διακρίνει από άποψης κινδύνου δύο ομάδες.

1) Ομάδα συνήθους κινδύνου: Αφορά ασθενείς με ηλικία >50 έτη χωρίς ιστορικό (ατομικό ή οικογενειακό) ορθοκολικού καρκίνου, χωρίς ιστορικό Ι.Φ.Ν.Ε.

2) Ομάδα υψηλού κινδύνου: Υπάρχει ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό ορθοκολικού καρκίνου, πολύχρονη νόσηση, από ελκώδη κολίτιδα ή γενετική προδιάθεση (FAP, LYNCH κ.λ.π)

Η προσέγγιση στην διάγνωση του ορθοκολικού καρκίνου πρέπει να εξατομικεύεται. Τα συμπτώματα, ηλικία, το ιστορικό, Ι.Φ.Ν.Ε, οι πολύποδες παχέος εντέρου ή ο καρκίνος, το οικογενειακό ιστορικό ή προδιαθεσικά οικογενή σύνδρομα (FAP, LYNCH κ.λ.π) δίνουν την δυνατότητα αποτελεσματικής διαγνωστικής αξιολόγησης.

Ο καρκίνος του ορθού διαφέρει από τον καρκίνου του παχέος εντέρου ως προς την διάγνωση, την αντιμετώπιση και την πρόγνωση.

Όταν λέμε ορθό ως προς την αντιμετώπιση του καρκίνου εννοούμε τα δύο τελευταία τριτημόρια αυτών, δηλαδή μέχρι τα 12cm. Για το άνω τριτημόριο ισχύουν ότι ισχύει για το υπόλοιπο παχύ έντερο. Στα κατώτερα 12cm η έλλειψη ορογόνου οδηγεί σε υψηλότερο κίνδυνο τοπικής επέκτασης και επομένως σε αυξημένο κίνδυνο τοπικής υποτροπής στην πύελο.

Οι προεγχειρητικές διαγνωστικές εξετάσεις και σταδιοποίησης περιλαμβάνουν α/α θώρακος, ορθοσιγμοειδοσκόπηση και βιοψία, κολονοσκόπηση, βαριούχο υποκλυσμό, κολονογραφία, υπέρηχους, CT και MRI.

Η εντόπιση στο παχύ έχει ως εξής: ανίον 18%, εγκάρσιο 9%, κατιόν 5%, σιγμοειδές 25% και ορθό 43%.

Προεγχειρητικά πρέπει να γίνεται η εξέταση του αντιγόνου CEA.

Η αξία του συνίσταται στα εξής:

- 1) Μετεγχειρητική υποχώρηση στα φυσιολογικά επίπεδα δείχνει την ριζική εκτομή του όγκου, αντίθετα ή παραμονή σε υψηλά επίπεδα δείχνει ατελή επέμβαση.
- 2) Μετεγχειρητική αύξηση σημαίνει υποτροπή της νόσου οπότε με την αξιολόγηση του CEA πετυχαίνουμε πρώιμη ανίχνευση των υποτροπών .
- 3) Το αυξημένο CEA προεγχειρητικά αποτελεί ένα ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα. Ένα αυξημένο CEA συνδέεται με πιθανές μελλοντικές μεταστάσεις στο 37% των ασθενών στα 5 έτη, σε αντίθεση με το 7,5% σε ασθενείς με φυσιολογικό CEA.

Στον καρκίνο του παχέος η θεραπεία είναι κολεκτομή. Πρέπει να αφαιρείται η αρδεύουσα το τμήμα κυρία τροφοφόρος αρτηρία με τα συνοδά λεμφαγγεία.

Το μήκος της εκτομής εξαρτάται από την αγγείωση του τμήματος. Το όριο της εκτομής πρέπει να απέχει τουλάχιστον 5 cm από τον όγκο.

Απολίνωση της κυρίας αρτηρίας άρδευσης του τμήματος με τον καρκίνο εξασφαλίζει την σύγχρονη αφαίρεση των κορυφαίων λεμφαδένων.

Η ύπαρξη διήθησης σ' αυτούς αυξάνει κατά 2,5 φορές τη θνητότητα σε σχέση με ασθενείς χωρίς διήθηση αυτών.

Η αξία της «non touch» τεχνικής δεν έχει αποδειχθεί.

Σύγχρονα νεοπλάσματα μπορούν να αντιμετωπισθούν με δύο ξεχωριστές εκτομές ή με υφολική κολεκτομή. Τα ποσοστά διαφυγής και η θνητότητα είναι η ίδια και στις 2 μεθόδους.

Σε περίπτωση διήθησης γειτονικών οργάνων πρέπει να γίνεται αφαίρεση en-block και όχι διήθηση των συμφύσεων.

Η 5ετής επιβίωση είναι 61% στην en-block εκτομή συγκρινόμενη με 23% όταν οι συμφύσεις παρασκευάζονται χειρουργικά.

Η προφυλακτική ωοθηκτομή δεν προσφέρει κανένα πλεονέκτημα.

Η λαπαροσκοπική κολεκτομή έχει αποτελέσματα συγκρίσιμα από ογκολογικής πλευράς με την ανοιχτή χειρ/κή και πλεονέκτημα αυτής με τη διατήρηση της ανοσολογικής αντίδρασης. Πρέπει όμως να υπάρχει η αντίστοιχη εμπειρία.

Αποφρακτικός Ειλεός

Για όγκους στο δεξιό κόλον που αποφράσσουν πρέπει να εκτελείται δεξιά κολεκτομή και η ειλεοκολική αναστόμωση.

Για όγκους στο αριστερό κόλον που προκαλεί απο-

φρακτικό ειλεό, η πιο συνηθισμένη αντιμετώπιση είναι η εκτομή με τελική κολοστομία και Hartmann, επίσης δυνατή είναι η εκτομή, η έκπλυση του εντέρου στο χειρουργικό τραπέζι και η αναστόμωση.

Επίσης δυνατή είναι η υφολική κολεκτομή και ειλεοορθική αναστόμωση. Δεν φαίνεται από την βιβλιογραφία καμία από αυτή να υπερτερεί της άλλης.

Σε περίπτωση διατήρησης του παχέος και περιτονιτιδας πρέπει να γίνεται εκτομή με στομία και σύγκλιση του περιφερικού τμήματος.

Η παθολογοανατομική σταδιοποίηση γίνεται με το σύστημα T.N.M ή σύστημα I,II,III.

Για την ακρίβεια της σταδιοποίησης πρέπει να εξετάζονται τουλάχιστον 15 λεμφαδένες.

Μετεγχειρητικά στο στάδιο III πρέπει να γίνεται συμπληρωματική χημειοθεραπεία και πιθανά να χρειάζεται και στο στάδιο II, όταν υπάρχει υψηλός κίνδυνος.

Καρκίνος του Ορθού

Το ορθό έχει μήκος 16-18cm. Το έξωπεριτοναϊκό τμήμα του ορθού περικλείεται από την οστέϊνη λεκάνη και αποτελεί τα 12 περιφερικά cm του ορθού από ογκολογικής άποψης.

Εκτός των άλλων εξετάσεων, που εκτελούνται και για το υπόλοιπο κόλον, η CT, το διορθικό υπερηχογράφημα και η MRI πρέπει να εκτελούνται σε όλους τους προς χειρουργική αντιμετώπιση ασθενείς,

Η αξονική τομογραφία παρέχει σημαντικές πληροφορίες για απομακρυσμένες μεταστάσεις, αλλά και για επέκταση σε γειτονικά όργανα. Ο ρόλος της όμως για την τοπική σταδιοποίηση του καρκίνου είναι περιορισμένος.

Η μαγνητική τομογραφία είναι πιο ακριβής στην σταδιοποίηση των T3 και T4 όγκων, ενώ το διορθικό υπερηχογράφημα είναι πιο ακριβές για την ανίχνευση πρώιμων βλαβών T1 και T2.

Η μαγνητική έχει το πλεονέκτημα της σκιαγράφησης της περιορθικής περιτονίας (Mesorectal Fascia) και επομένως την πρόβλεψη για την ύπαρξη ελεύθερων διήθησης των περιμετρικών ορίων.

Ο καρκίνος του ορθού έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να συνοδεύεται από πνευμονικές μεταστάσεις από ότι ο κολικός καρκίνος.

Ο χειρουργός είναι ο κριτικός παράγοντας σε σχέση με τη νοσηρότητα, τα ποσοστά διατήρησης του σφικτήρα και τις τοπικές υποτροπές.

Η καλύτερη, τα τελευταία χρόνια, αντιμετώπιση του καρκίνου του ορθού ωφείλεται:

- 1) Στην τοπική σταδιοποίηση με MRI και επομένως αυτό βοηθά στο σχεδιασμό της αντιμετώπισης.
- 2) Στην προεγχειρητική άκτινο-χημειο (neoadjuvant) θεραπεία.
- 3) Στην ολική αφαίρεση του μέσο ορθού (Total

Mesorectal Excision)

- 4) Στην αναγνώριση της σημασίας διήθησης ή μη της περιορθικής περιτονίας (Mesorectal Fascia).

Σε μια εργασία (Philips) βρέθηκε ότι η τοπική υποτροπή ποικίλει από <5 έως 15% (μεταξύ διαφορετικών χειρουργών), η θνησιμότητα από 0 έως 20% και η δεκαετής επιβίωση από 20 έως 63%.

Η επαρκής εκπαίδευση του χειρουργού και ο ετήσιος όγκος των περιστατικών αποτελούν σημαντικούς παράγοντες.

Χειρουργική Θεραπεία

Ορια εκτομής: περιφερικά τα 2 cm από τον όγκο θεωρούνται επαρκή.

Σε μικρούς καρκίνους και σε όγκους με υψηλή διαφοροποίηση το 1 cm περιφερικού ορίου είναι επαρκές. Σε περίπτωση μεγάλων όγκων με χαμηλή διαφοροποίηση τα περιφερικά όρια θα πρέπει να είναι μεγαλύτερα του 1 cm.

Κεντρικά: Κεντρική λεμφαγγειακή απολίνωση στην έκφυση της κάτω μεσεντερίου αρτηρίας δεν προσφέρει πλεονεκτήματα έναντι απολίνωσης μετά την έκφυση της αριστερής κολικής αρτηρίας.

Σε περίπτωση διηθημένων λεμφαδένων στην έκφυση της κάτω μεσεντερίου η απολίνωση πρέπει να γίνεται στην έκφυση της.

Απολίνωση στην έκφυση της βοηθά και στην καλύτερη κινητοποίηση του αριστερού κόλου για χαμηλή κολορθική αναστόμωση και για κολονικό j rouch.

Περιμετρικά όρια (Circumferential): Το μεσοορθό είναι ιστός με λιπώδη υφή και λεμφαγγειακά στοιχεία.

Η χειρουργική αφαίρεση γίνεται με οξεία παρασκευή μεταξύ της προϊεράς και της περιορθικής περιτονίας.

Ακτινωτός καθαρισμός του μεσοορθού καθιστά δυνατή την en-block αφαίρεση της πρωτοπαθούς εστίας και των συνοδών, λεμφαγγείων, αγγείων και περινευρδιακές εντοπίσεις.

Στην περίπτωση αρνητικών περιμετρικών ορίων στο παρασκεύασμα με άθικτο το μεσοορθό έχουμε χαμηλότερα ποσοστά υποτροπής σε σχέση με τραυματισμένο κατά την παρασκευή μεσοορθό.

Η πλατιά υσθέτηση από τους χειρουργούς της O.A.M (TME) για όγκους των 2 κατωτέρων τριτημορίων του ορθού επέφερε ελάττωση των υποτροπών κατά >50% και βελτίωση της θνησιμότητας.

Δεν υπάρχουν επαρκείς ενδείξεις ότι η εκτεταμένη πλάγια λεμφαδενεκτομή πρέπει να γίνεται ως ρουτίνα.

Υπενθυμίζεται ότι σε περίπτωση διήθησης γειτονικών οργάνων η en block εκτομή είναι η προτιμητέα μέθοδος.

Η διάτρηση κατά την παρασκευή του ορθού συνο-

δεύεται από στατιστικά σημαντική μείωση της 5ετούς επιβίωσης και από αύξηση των τοπικών υποτροπών.

Δεν υπάρχουν επαρκείς ενδείξεις για τη σύσταση να γίνονται διορθικές πλύσεις κατά την διάρκεια της εγχείρησης.

Θεραπευτική τοπική εκτομή είναι αποδεκτή για επιλεγμένους T1 όγκους του ορθού.

Τα κριτήρια για τοπική εκτομή αφορούν τα στάδια T1, καλώς διαφοροποιημένα, δια μέτρου <3 cm, που κατέχουν <40% της περιμέτρου του ορθού.

Επίσης το ίδιο αποτέλεσμα επιτυγχάνεται με το TEM, το οποίο είναι σχεδιασμένο για αφαίρεση όγκων μέχρι και 20 cm από το πρωκτικό χείλος.

Εκτός από την Χ.Π.Ε σε περιπτώσεις που η αναστόμωση είναι δυσχερής, π.χ. όγκοι στα 5 cm, μπορεί να γίνει εκτομή του πρωκτικού βλεννογόνου και κολοπρωκτική αναστόμωση.

Στην χαμηλή προσθία εκτομή μετεγχειρητικά παρατηρείται το σύνδρομο της ΧΠΕ παρατηρείται όπου συνοδεύεται από:

- 1) Αύξηση αριθμού κενώσεων
- 2) Τεινεσμός
- 3) Μικρά σκληρά κόπρανα
- 4) Ακράτεια
- 5) Υψηλά ποσοστά διαφυγών.

Καλύτερα αποτελέσματα ως προς τον αριθμό των κενώσεων έχουμε αν προστεθεί ένα j rouch ή γίνει κολοπλαστική.

Η κοιλιοπερινεϊκή εκτομή ενδείκνυται σε χαμηλούς μεγάλους όγκους με εκτεταμένη διήθηση των σφιγκτήρων, εκτεταμένη διήθηση λεμφαδένων, αδυναμία εκτομής πολύ χαμηλών όγκων λόγω σωματικής κατασκευής.

Τα ποσοστά και περιβάλλονται από τους σφιγκτήρες και το λίπος του ευθυϊσχιακού βόθρου. Ενας άλλος λόγος είναι η τεχνική που οι περισσότεροι χειρουργοί ακολουθούν και εκτάμουν ένα κωνικό παρασκεύασμα, ενώ το σωστό είναι η παρασκευή ενός ορθογωνίου παρασκευάσματος.

Συμπληρωματική άκτινο-χημειοθεραπεία πρέπει να προσφέρεται στα στάδια II και III λόγω του ότι είναι υψηλού κινδύνου για τοπική και περιφερική υποτροπή της νόσου.

Η προεγχειρητική (neoadjuvant) υπερτερεί της μετεγχειρητικής ως προς τη μείωση των τοπικών υποτροπών και της 5ετούς επιβίωσης.