

Pacient s lokálně pokročilým adenokarcinomem rektosigmatu v urologické ambulanci

MUDr. Monika Žižlavská, MUDr. Martin Drábek, MUDr. Zdeněk Lavička

Urologické oddělení, Nemocnice Jihlava

Kolorektální karcinom představuje civilizační onemocnění. Jeho celosvětová incidence závisí na rozvoji dané země. Z dosavadních studií jednoznačně vyplývá výrazně vyšší výskyt tohoto onemocnění ve vyspělých státech. Diagnóza onemocnění bývá často opožděná, časná stadia nemoci jsou obvykle asymptomatická. Z toho důvodu je asi 25 % případů diagnostikováno již jako pokročilé onemocnění. V případě lokálně pokročilého nádoru v malé pánvi bez průkazu metastatického postižení je indikována en bloc pelvická exenterace. Samotný výkon a především pooperační období představují závažnou zátěž pro organismus, proto je významnou podmínkou pro indikaci operace celkový dobrý stav pacienta a jeho informovaný souhlas.

Klíčová slova: kolorektální karcinom, pánevní exenterace, lokálně pokročilý nádor.

Patient with locally advanced adenocarcinoma of the rectosigmoid in the urology clinic

Colorectal cancer is a disease of civilization. Its worldwide incidence depends on the development of the country. The current studies clearly show a significantly higher incidence of the disease in the developed countries. Diagnosis is often delayed, early stages of the disease are usually asymptomatic. Therefore, about 25 % of cases are diagnosed as an already advanced disease. In the case of locally advanced pelvic tumors without evidence of metastatic disease is indicated by en bloc pelvic exenteration. The surgery and postoperative period are especially severe burden on the organism. Good condition and the patient's informed consent is an important condition for the indication of the surgery.

Key words: colorectal cancer, pelvic exenteration, locally advanced tumor.

Urol. praxi, 2014; 15(4): 177–179

Úvod

Kolorektální karcinom představuje civilizační onemocnění. Jeho celosvětová incidence závisí na rozvoji dané země. Z dosavadních studií jednoznačně vyplývá výrazně vyšší výskyt tohoto onemocnění ve vyspělých státech. V České republice je kolorektální karcinom, který je až ve 40 % lokalizován v oblasti rekta a rektosigmoidea, druhým nejčastějším maligním onemocněním a incidence tohoto onemocnění se neustále zvyšuje. V roce 2010 incidence dosáhla téměř 80 případů na 100 000

obyvatel, tedy přes 8 000 nově diagnostikovaných pacientů (1, 2, 3).

Ze všech demografických faktorů se v incidenci kolorektálního karcinomu nejvíce projevuje věk. Sporadický výskyt onemocnění dramaticky narůstá po 45.–50. roce věku a ve většině zemí je v jednotlivých věkových skupinách nižší u žen. V České republice onemocnění postihuje nejvíce populaci nad 50 let, a to s mírnou převahou u mužů (tabulka 1) (2, 3, 4).

Diagnóza onemocnění bývá často opožděná, časná stadia nemoci jsou obvykle asym-

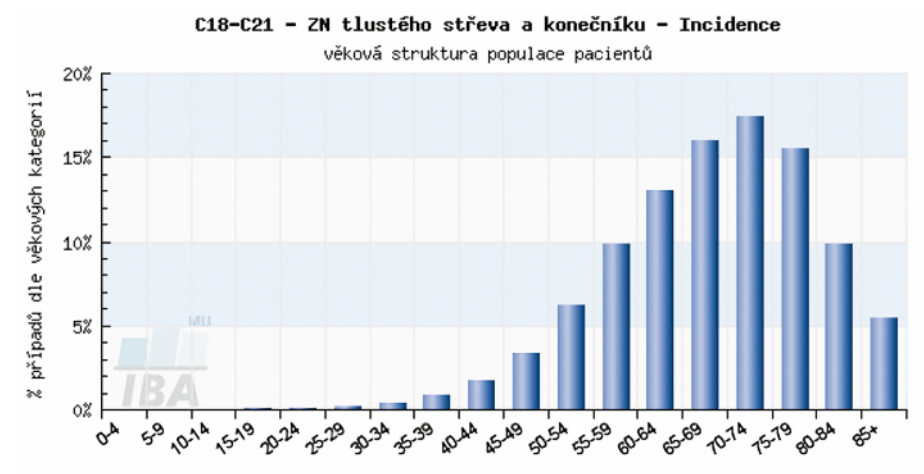
ptomatická. Z toho důvodu je asi 25 % případů diagnostikováno již jako pokročilé onemocnění s metastázami; u 40–50 % nově diagnostikovaných pacientů v časnějším stadiu dojde v průběhu onemocnění ke vzniku metastáz (tabulka 2). Pětileté přežívání je u pacientů s metastatickým onemocněním nízké, asi 3 % (3, 4, 5).

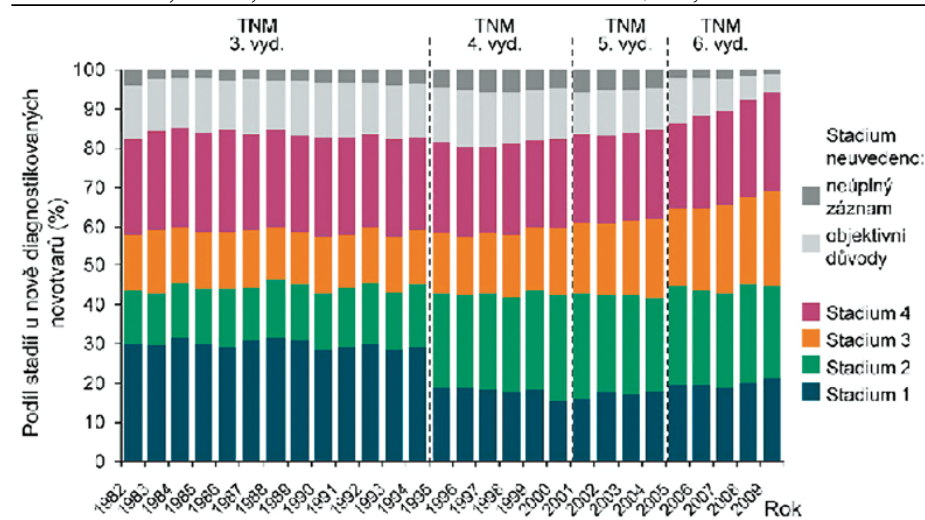
Prorůstání do přilehlých nitrobršních orgánů či struktur je popisováno u 15 % pacientů s kolorektálním karcinomem. Tento typ tumoru je charakterizován agresivním lokálním růstem a invazí či adhezí k přilehlým strukturám a nízkou schopností ke tvorbě vzdálených metastáz. Lokálně pokročilý kolorektální karcinom nejčastěji postihuje dělohu, adnexa, vaginu, močový měchýř a prostatu a křížovou kost (1, 2, 6).

V případě pokročilého nádoru v malé pánvi je indikována en bloc pelvická exenterace, nevyjímaje ani resekci části křížové kosti. Výsledky po radikální R0 resekci jsou srovnatelné s výsledky dosahovanými u pacientů, kde tumor neinvaduje okolní orgány. Výsledky jsou však daleko nepříznivější po resekci s porušením hranic tumoru, kdy 5leté přežití je pouze kolem 15 % (6, 7, 8).

Pooperační komplikace se objevují v 11,5 %, mortalita je 3,6 % a je srovnatelná s klasickými resekčními výkony (7).

Tabulka 1. Incidence zhoubných nádorů tlustého střeva a konečníku v závislosti na věku, analyzovaná data, zdroj dat: NOR



Tabulka 2. Záchyt klinických stadií u kolorektálního karcinomu v ČR, zdroj dat: NOR

Pánevní exenterace

Pánevní exenterace či pánevní clearance znamená odstranění orgánů malé pánve: rekta, dělohy, adnexa, močového měchýře, prostaty a semenných váčků, včetně peritonea dna pánevního, event. vaginy a vulvy.

První zprávu o 22 provedených pánevních exenteracích publikoval v roce 1948 Brunschwig. Operace byly indikovány jako paliativní výkony u lokálně pokročilých karcinomů děložního hrdla, pochvy, vulvy, dělohy a tlustého střeva. V průběhu 50 let se podařilo snížit mortalitu i morbiditu výkonu. Rozvinula se rekonstrukční technika a původní paliativní význam operace je dnes užíván spíše sporadicky. Většina operací je prováděna s primárně kurativním záměrem (7, 8).

Z hlediska rozsahu lze výkon rozdělit na přední, zadní a totální exenteraci. Přední či zadní exenterace umožňuje zachovat fyziologickou derivaci moči či stolice. Každý z těchto typů lze navíc provádět v rozsahu supra- či infralevatorického.

Supralevatorická exenterace je indikována u tumorů lokalizovaných nad úrovní mm. levatorů ani. Při výkonu jsou zachovány svaly dna pánevního, distální část rekta se svěračem, distální 1/3 pochvy, uretra, eventuálně část krčku močového měchýře a prostata u muže. Zachovaná část rekta je využita k provedení nízké kolorektální anastomózy v jedné době, rozsah výkonu připouští i volbu ortotopické náhrady močového měchýře, kde je kontinence zajištěna svěračem ponechané uretry. Důsledkem supralevatorického výkonu tak nemusí být provedena stomie.

Naopak infralevatorický rozsah exenterace neumožňuje ponechat žádný z výše jmenovaných orgánů a rozsah výkonu musí na prvním místě zajistit dostatečnou onkologickou radikální výkonu (7, 8).

K pánevní exenteraci jsou indikovány primární či sekundární stavy tumorózního postižení orgánů malé pánve s prokázaným či předpokládaným prorůstáním do okolních orgánů či struktur. Nejčastěji jde o tumorózní stavy chirurgické (nádory rekta a rektosigmoidea), gynekologické (nádory hrdla děložního, endometria či nádory vaginy) a urologické (nádory močového měchýře, nádory prostaty, semenných váčků či uretry) (7, 8).

Z velkých souborů pacientů po exenteračních výkonech v pánvi je zřejmé, že více než 50 % operací je provedeno pro karcinom děložního hrdla, dalších 30 % indikací tvoří karcinomy vulvy, pochvy a endometria, dalších 20 % karcinomy močového měchýře, rekta a vzácně prostaty.

Absolutní kontraindikací provedení pánevní exenterace jsou tumorózní postižení skeletu, tumorózní prorůstání do velkých cév či nervů, vzdálené metastázy, vyjma metastáz do jater, extraperitoneální lymfatické postižení, extenzivní postižení kliček tenkého střeva ve smyslu maligních adhezí, infiltrace svalů dna pánevního. Relativními kontraindikacemi pak jsou obezita a malnutrice (2, 6, 7, 8).

Klinický případ – kazuistika

Pacient, 76 let, byl 2 roky sledován na jiném urologickém pracovišti pro mikční potíže, anamnesticky byla provedena 3 krát biopsie prostaty pro elevaci PSA 6–8, vždy s benigním nálezem, na UZ močového měchýře i ledvin byl vždy nález v normě, odpovídající věku. Při vyšetření na naší ambulanci byla zjištěna při UZ močového měchýře expanze na zadní stěně. Provedli jsme flexibilní uretrocystoskopii, kde jsme potvrdili nález přisedlého tumoru zadní stěny močového měchýře s nekrotickými hmo-

tami na povrchu. Pacient byl indikován k transuretrální resekci tumoru.

Přistoupili jsme k transuretrální resekci tumoru v močovém měchýři, peroperační cystoskopický nález popisuje objemný tumor na spodině močového měchýře, který zaujímá cca 1/3 trigona vpravo, pravé ureterální ústí je patrné v oblasti tumoru. Dle plánu tedy byla provedena resekce tumoru močového měchýře, následně pak spodiny a TUR biopsie z prostatické uretry. Materiál byl odeslán na histologický rozbor.

Po výkonu byla na 24 hodin ponechána derivace moči permanentním močovým katétre. Následující den jsme provedli kontrolní sono pravé ledviny, kde byl nález v normě, extrahovali jsme močový katétr a propustili pacienta do domácí péče v dobrém a stabilizovaném stavu, s močením bez subj. potíží. Pacienta jsme pozvali ke kontrole a pro výsledek histologie.

Při kontrole byl pacient bez potíží a byl seznámen s výsledkem histologie – ve většině resekátu jak z tumoru, tak jeho spodiny je popsán nekrotický středně diferencovaný hlenotvorný tubulopapilární adenokarcinom intestinálního typu. Nález nebylo možno jednoznačně histologicky určit. Mohlo by se jednat o vzácný primární adenokarcinom močového měchýře, nebo i o prorůstání intestinálního karcinomu, zejména z oblasti rekta. Imunohistochemicky byla prokázána v karcinomu negativita PSA, což svědčilo proti karcinomu prostaty. Biopsický vzorek z prostatické uretry byl bez prokázaného karcinomu.

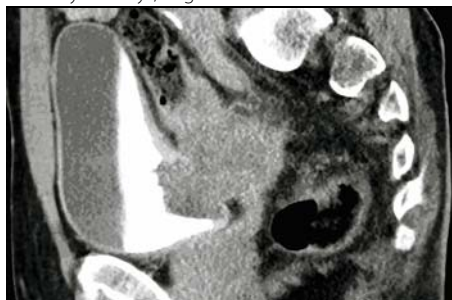
Pacientovi jsme doporučili provedení kolonoskopie a CT břicha s kontrastní látkou za hospitalizace na našem oddělení a dle nálezu pak domluvu na dalším postupu. Pacient se dostavil k další plánované hospitalizaci 6 týdnů po TURT. Interní předoperační vyšetření bylo v normě, na rtg plic bez patologického nálezu. Při přijetí jsme se pacienta již cíleně dotazovali nejen na močení, ale i na stolici. Subj. bolesti neměl, chuť k jídlu byla dobrá, nezvracel, močil s občasnou retardací, normálním a nepřerušovaným proudem, v noci 1–2 krát, krev v moči nepozoroval, stolice asi půl roku byla 2 krát denně, někdy formovaná, někdy kašovitá, občas s hleny, někdy i s příměsí červené krve. Kolonoskopii zatím nikdy dříve neabsolvoval.

V den přijetí jsem provedli plánovanou 3fázovou CT břicha s kontrastní látkou a kolonoskopii a scintigrafii skeletu a rtg plic. Při scintigrafii skeletu a rtg plic bez průkazu jednoznačného metastatického rozsevu. Na CT nebyly v mezenteriu ani v retroperitoneu nalezeny patologicky zvětšené lymfatické uzliny, byl popsán

Obrázek 1. Tumor rektosigmoidea infiltrující močový měchýř, axiální CT scan



Obrázek 2. Tumor rektosigmoidea infiltrující močový měchýř, sagitální CT scan



nehomogenní infiltrát malé pánve vycházející z rektosigmoidea a infiltrující močový měchýř (obrázky 1 a 2). Při kolonoskopii byl popsán nález tumorózní stenózy rektosigmoidea cca 18 cm od anu, hodnoceno jako primární tumor rektosigmoidea, a dále pak další polypózní tumor rekta asi 10 cm od anu hodnocený jako suspektní metastáza.

Nálezy jsme projednali v onko-chirurgické komisi. Pacient byl diagnosticky uzavřen jako karcinom rektosigmoidea s penetrací do močového měchýře T4 N0 M0. Pacienta jsme seznámili podrobně s výsledky a navrhli jsme pacientovi radikální operační řešení, tedy provedení pánevní exenterace. Pacient s navrženým postupem souhlasil, k výkonu si vybral naše pracoviště.

Celkem 10 týdnů po TURT byl pacient opět plánovaně přijat na urologické oddělení k provedení exenterace malé pánve. Následně byla pacientovi po náležité předoperační přípravě provedena urologickým týmem ve spolupráci s chirurgem totální exenterace malé pánve – tedy radikální cystoprostatektomie s derivací moči ileostomií, appendektomie, amputace rektosigmatu dle Milese a lymfadenektomie. Po výkonu se pacient zotavil bez komplikací, postupně se obnovila střevní peristaltika, zátěž stravou pacient zvládal bez potíží, stejně jako rehabilitaci a chůzi. Stolice odcházela sigmoideostomií a moč odcházela ileostomií. Pacienta i rodinu jsme poučili o pooperační dietě, seznámili jsme je s péčí o stomie. Pacient byl 17 dní po operaci propuštěn do domácí péče v dobrém a stabilizovaném stavu.

Definitivní histologický nález potvrdil adenokarcinom rektosigmoidea s penetrací do močového měchýře pT4b pN0/19 M0.

Závěr

V moderní léčbě lokálně pokročilého kolorektálního karcinomu by měly být využívány všechny dostupné terapeutické modality, jejichž správnou indikací by měl určit multidisciplinární tým s konečným přihlédnutím jak k celkovému fyzickému a zdravotnímu stavu, tak i přání pacienta. Primárním cílem by mělo být odstranění tumoru radikálním chirurgickým výkonem, event. doprovázeným i další onkologickou léčbou. Zásadní podmínkou pro provedení rozsáhlých radikálních operačních výkonů, v tomto případě pánevní exenterace, je absence vzdálených metastáz.

Před přistoupením k tomuto výkonu je také nutné vzít na vědomí skutečnost mortality a morbidit. Celkové 5leté přežití pacientů po

pánevní exenteraci pro lokálně pokročilý tumor malé pánve dosahuje ve velkých souborech 50–70%. Zásadní význam pro výsledky exenteračního výkonu má včasné zjištění progresu či recidivy nádoru a včasné provedení výkonu (7, 8).

Dobré výsledky lze očekávat při dobré mezioborové spolupráci. Důležitá je připravenost celého týmu nejen na rozsáhlý operační výkon, ale i na řešení častých a závažných komplikací.

Literatura

1. Becker HD, Hohenberger W, Junginger T, Seltag PM. Chirurgická onkologie. Vydavatelství Grada, 2005: 457–545.
2. Vyzula R. Kolorektální karcinom. Copyright 2010–2013, on-line verze.
3. Národní onkologický registr (NOR), Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, © ÚZIS ČR 2010–2013, na <http://www.uzis.cz> a <http://www.svod.cz>
4. Brunschwig A. Complete excision of pelvis, viscera for advanced carcinoma. Cancer 1948: 177–183.
5. Winaver S, Fletcher RH, et al. Colorectal cancer screening. 1997: 594–642.
6. Pelikán A. Rakovina hrubého čreva a konečníka. 1985: 30–52.
7. Cibula D, Babjuk M, Mareš P, Svárovský J, Gurlich R, Ungár I, Pešková M, Freitag P, Dundr P, Martan A. Exenterace pánve. Klinická Onkologie. 2005; 5: 184–186.
8. Cibula D, Freitag P, Fischeorová D, Jančárková N, Pavlišta D, Živný J. Možnosti zvýšené radikality u exenterace pánve. Česká gynekologie, 2005: 50–53.

Článek přijat redakcí: 15. 10. 2013

Článek přijat k publikaci: 22. 10. 2013

Autorka prohlašuje, že zpracování článku nebylo podpořeno farmaceutickou firmou.

MUDr. Monika Žižlavská

Urologické oddělení,

Nemocnice Jihlava, s. r. o.

Vrchlického 59, 586 01 Jihlava

monika.zizlavska@seznam.cz

