

Společné interview k problematice metastázujícího kolorektálního karcinomu za spolupráce chirurga s onkologem

MUDr. Martin Oliverius, IKEM Praha
MUDr. Martin Šafanda, Nemocnice na Homolce, Praha

Jaké jsou příčiny faktu, že někteří pacienti nevěnují pozornost časným příznakům kolorektálních nádorů?

Důvod spatřujeme zejména v tom, že časná stádia kolorektálního karcinomu jsou bezpříznaková a objevili se příznaky jako např. krev ve stolici, změna frekvence vyprazdňování, průjmy nebo naopak zácpa, úbytek na váze, nechutenství, subfebrilie, únava apod., jedná se již o známky pokročilejšího onemocnění. Uvážíme-li, že tlusté střevo člověka je dlouhé cca 2 m a anatomicky se dělí na několik úseků, sehrává svou roli také lokalizace nádoru. Ve vzestupném tračnicku je stolice ještě tekutá, a tak nádor vyskytující se v této části, i když představuje zúžení lumenu střeva, nepůsobí obstrukci a nemocného nijak neobtěžuje. Naproti tomu stolice v sestupném tračnicku a v rektosigmoideálním ohbí je již zahuštěná a karcinom obvykle zapříčiňuje poruchy pasáže stolice a plynů a projevuje se krvácením. Lze tedy říci, že diagnózu kolorektálního karcinomu nelze stoprocentně vyloučit jen na základě absence příznaků.

Nesmírně důležité je připomenout, že tento typ nádorů patří k preventabilním onemocněním. Sporadický kolorektální karcinom nevzniká ze dne na den, ale

vyvíjí se několik let. Jedinou spolehlivou metodou včasného záchytu je preventivní koloskopie, jejíž provedení se doporučuje lidem nad 55 let jedenkrát za 8 – 10 let. U pacientů s rodinnou zátěží, případně nemocných některými chorobami (např. familiární polypóza) je přístup odlišný a koloskopické vyšetření je nezbytné provádět častěji.

U jak velké skupiny nemocných jsou již přítomny metastázy?

A ve kterých orgánech nejčastěji?

Až u poloviny nemocných s kolorektálním karcinomem vzniknou v průběhu choroby metastázy, nejčastěji lokalizované do jater. Pokud jsou přítomny již v době diagnózy nádoru, hovoříme o *synchronních metastázách*, pokud se objeví v pozdějším období, jde o *metachronní metastázy*. Dalším orgánem nejčastěji napadeným metastázami kolorektálního karcinomu jsou plíce.

Jaká je šance na operativní léčbu metastáz? A kdo ji indikuje?

Otázku operativního řešení jaterních metastáz pokládáme za klíčovou. Je to zatím jediná známá léčebná metoda, která pacientům dává naději na vyléčení, případně významné prodloužení života. Každý rok je v ČR diagnostikováno téměř 8000 nových případů rakoviny tlustého střeva a konečníku. Z toho jsou u 1200 – 4000 pacientů na počátku nebo během léčby zjištěny metastázy v játrech. Operabilních je jen 20 – 40 %, ale podáním preoperační chemoterapie zbývajícím 60 – 80 % nemocných je umožněno dalším 15 – 30 procentům z nich podstoupit resekci jater. Načasování chirurgického odstranění jaterních metastáz závisí na mnoha faktorech. Někdy je lze provést zároveň s odstraněním nádoru tračnicku, jindy se indikují k operaci v druhé době. Obojí by mělo být

plně v kompetenci chirurga s erudicí a zkušenostmi s výkony v hepatobiliární oblasti. Ačkoli operativní odstranění metastázy je jedinou metodou, která nemocné může uzdravit, je smutnou skutečností, že resekabilita, tj. počet pacientů, kteří zákrok podstoupí, v České republice nedosahuje ani jedné čtvrtiny v porovnání se zahraničím. Přitom pokrytí chirurgickými pracovišti, která jsou schopná výkon provést, je dostatečné.

Má význam podání předoperační chemoterapie? Jak dlouho se aplikuje?

U jakých nemocných a kdy aplikovat před operací onkologickou léčbu musí být zváženo velmi pečlivě. Většinu metastáz lze vyjmout bez předchozí chemoterapie. Předoperační léčba se týká především pacientů, kteří spadají do skupiny primárně neoperovatelných nemocných. Máme k dispozici data z několika klinických studií, kdy podávaná chemoterapie nebo chemoterapie v kombinaci s cílenou léčbou v předoperačním podání, prodlužuje dobu do progresu onemocnění a zlepšuje operabilitu primárně neoperovatelného onemocnění. Délka aplikace chemoterapie není vyjasněna, zdá se, že nemocní nemají profit z dlouhodobého podání, ale pouze z krátkodobého chemoterapeutického režimu nepřesahujícího 3 měsíce.

To je nepochybně obrovský pokrok dosažený v posledních letech.

Jaké dopady má chirurgická léčba na kvalitu života nemocného?

Po resekcích jater je celosvětově udávána 1 - 5% mortalita (IKEM 4,1 % při 300 resekcích jater za posledních 5 let). Komplikace se vyskytují u cca 20 % operovaných. Dopad odstranění metastáz z jater na kvalitu života nemocných je jednoznačně pozitiv-

ní – pacienti jsou schopni vrátit se do zaměstnání, sportovat apod.

Co rozhoduje o stanovení rozsahu operačního výkonu?

Rozsah výkonu není limitován velikostí ani počtem ložisek metastáz; spíše spolurozhoduje jaké množství nedotčené a funkční jaterní tkáně nemocnému zbývá.

Jak je chirurgickým výkonem a podáváním chemoterapie ovlivněna délka přežívání nemocných?

Úzká spolupráce obou týmů je dnes základní podmínkou úspěchu. Základním principem je vytipovat pacienty, kterým lze nabídnout naději na úplné uzdravení, tj. ty, kterým lze ložiska radikálně odstranit. V opačném případě bychom se měli snažit udělat vše, abychom se tomuto cíli přiblížili. Vždy ale zůstane skupina nemocných, kterým chirurgickou léčbu nebudeme moci nabídnout nikdy. I v těchto případech moderní onkologická léčba zaznamenává významné úspěchy v prodloužení přežívání.

V čem vidíte pozitiva vzájemné spolupráce onkologa s chirurgem?

Tato spolupráce nepochybně přináší benefity – ať už ve smyslu racionalizace péče o pacienty s nádory tlustého střeva a konečníku nebo, jak již bylo zmíněno v předchozí odpovědi, zachování přiměřené kvality života a naděje na uzdravení či prodloužení života.

Co byste řekli na závěr?

Česká republika v incidenci kolorektálního karcinomu drží smutný primát, proto bychom si upřímně přáli, kdyby obyvatelé naší země dosáhli raději prvenství v jiných oblastech, jako je např. umění či sport.

Rozhovor vedl Robert Jirásek