



MALIGNI TUMORI DEBELOG CRIJEVA

DR.MED. IVA MIŠIĆ

KOLOREKTALNI KARCINOM (C18.9)



LINIJA RAZGRANIČENJA IZMEDJU KARCINOMA REKTUMA I KARCINOMA KOLONA VRIJEDI 16 CM IZMEDJU ABORALNOG RUBA TUMORA I ANOKUTANE LINIJE.

DRUGI JE NAJČEŠĆI RAK UNUTARNJIH ORGANA I KOD MUŠKARACA (NAKON CA BRONHA) I KOD ŽENA (NAKON CA DOJKE).

INCIDENCIJA SE DRAMATIČNO POVEĆAVA U DOBI IZNAD 50.GODINE ŽIVOTA KOD OBA SPOLA.

RIZIK NASTANKA CA COLONA

1. NORMALNO STANOVNIŠTVO STARIJE OD 40 GOD BEZ ČIMBENIKA RIZIKA (75%) - 6%
2. RIZIČNE SKUPINE (25%)
 - BOLESNICI SA KOLOREKTALNIM ADENOMIMA
 - SRODNICI 1. STUPNJA BOLESNIKA SA CA COLONA (STARIJI OD 60 GOD) 10 %
 - BOLESNICI SA ULCEROZNIM KOLITISOM KOJI TRAJE DUŽE OD 15 GOD - 15 %
 - SRODNICI 1. STUPNJA BOLESNIKA SA CA COLONA (MLADJI OD 60 GOD) - 30 %
 - BOLESNICI SA HEREDITARNIM POLIPOIDNIM SINDROMOM 75%
 - BOLESNICI SA OBITELJSKOM ADENOMATOZNOM POLIPOZOM - 100%

PATOLOGIJA



GOTOVO SU UVIJEK ADENOKARCINOMI : U 75% SLUČAJEVA SMJEŠTENI SU DISTALNO OD LIJENALNE FLEKSURE.

TUMOR MOŽE BITI :

- POLIPOIDAN
- SESILAN
- TUBULOVILOZAN
- GLJIVAST
- KONSTRIKTIVAN

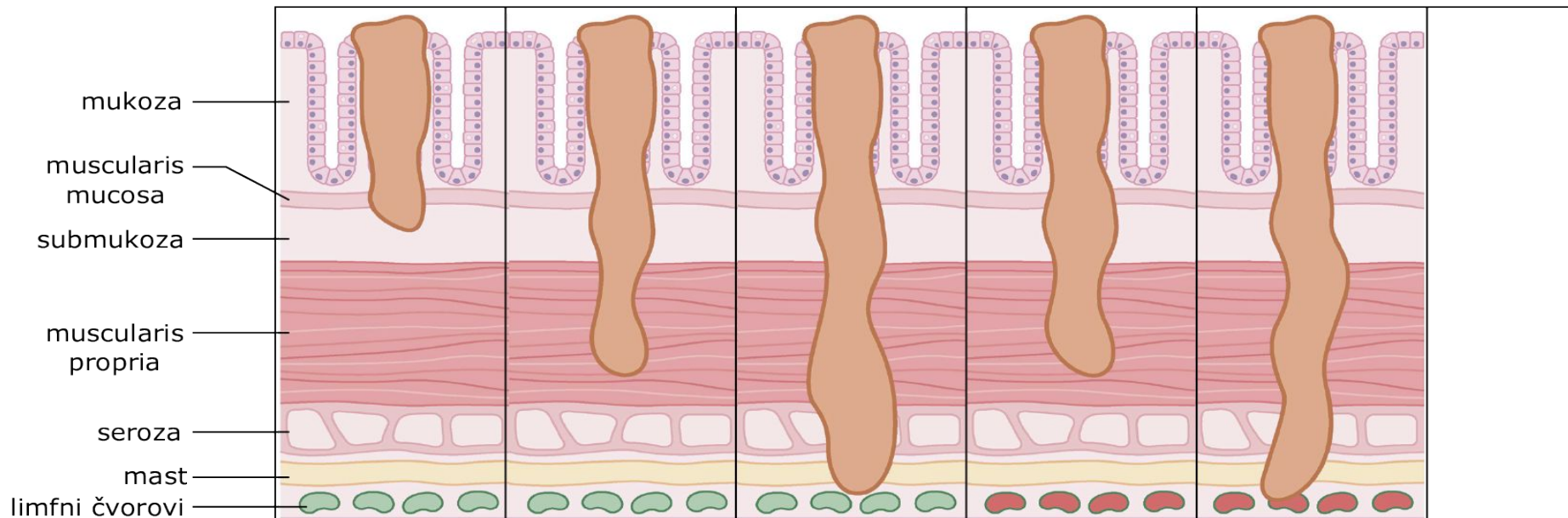
STUPNJEVANJE :

- ADENOM I <1CM TUBULARAN
- ADENOM II 1-2 CM
- ADENOM III > 2CM VILOZAN

STADIJ INVAZIVNOSTI UTVRDŽEN PRI KIRURŠKOM ZAHVATU (DUKESOVA KLAS) NAJBOLJI JE SAMOSTALNI PROGNOŠTIČKI POKAZATELJ.

Stadiji kolorektalnog karcinoma

Stadij	I		II	III		IV
	T1	T2	T3	N1	N2	M
Proširenost tumora	Do submukoze	Bez zahvaćanja muscularisa	Zahvaćen muscularis	Zahvaćena 1-3 limfna čvora	Zahvaćena ≥ 4 limfna čvora	Udaljene metastaze
5-godišnje preživljenje	>95%	>90%	70-85%	50-70%	25-60%	<5%
Početni stadij	kolona	23%	31%	26%		20%
	rektalni	34%	25%	26%		15%



TNM KLASIFIKACIJA TUMORA :



T is- ca in situ

T1-4 : opseg tumorske infiltracije

N 0-2: opseg metastaziranja u limfne čvorove

M 0-1 : postojanje ili nepostojanje udaljenih metastaza

X: ne može se procijeniti

UICC STADIJ	DEFINICIJA	TNM SUSTAV	DUKES
0.	CA IN SITU	Tis N0 M0	
I.	I.a ograničen na mukozu i submukozu I.b. infiltrira muscukaris propria (ne izvan nje)	T1 N0 M0 T2 N0 M0	A
II.	INFILTRACIJA SVIH DIJELOVA ZIDA, ŠIRENJE VAN ZIDA CRIJEVA	T3 N0 M0 T4 N0 M0	B
III.	ZAHVAĆANJE REG. LIMF. ČVOROVA ILI INFILTRACIJA OKOLINE	TX N1-2 M0	C
IV.	UDALJENE METASTAZE	TX NX M1	D

KLINIČKA SLIKA:

NA ŽALOST SIMPTOMI SU NESPECIFIČNI , NE POSTOJI RANI
POUZDANI SIMPOTOM.

LIJEVOSTRANI CA KOLONA OBIČNO SE OČITUJE : REKTALNIM
KRVARENJEM, TANKOM STOLICOM, OPSTIPACIJOM, POVREMENOM
DIJAREJOM, TENEZMIMA, BOLOVIMA U TRBUHU.

RAK UZLAZNOG DIJELA KOLONA OČITUJE SE : ANEMIJA, SKRIVENO
KRVARENJE , MRŠAVLJENJE.

DIJAGNOSTIKA

1. DIGITOREKTALNI PREGLED
2. KOLONOSKOPIJA SA HISTOLOGIJOM
3. TUMORSKI MARKER CEA (UVEĆAN 10% KOD DUKESA A , 40% KOD DUKESA B , 60% KOD DUKESA C , > 90 % KOD DUKESA D) ,
napomena CEA nije tumor spec. marker i nema podobnosti korištenja u ranom otkivanju bolesti medjutim pogodan je u postop skrbi!
4. DOKAZ NA mRNK TUMOROM UZROKOVAN ANTIGEN HL-6
5. DIJAGNOSTIKA LOKALNIH RECIDIVA NAKON OP (PET CT)

TERAPIJA

Lokalna bolest: Kirurška resekcija segmenta kolona u kojem se tumor nalazi.

Prijeoperativna obrada radi procjene prognoze i kirurškog pristupa uključuje:

kompletnu kolonoskopiju

RTG prsnog koša

biokemijske jetrene testove

razinu CEA u plazmi i

po potrebi CT abdomena.

U pojedinim je slučajevima moguća resekcija izoliranih jetrenih metastaza.

Adjuvantna iradijacija zdjelice (sa ili bez konkomitantne kemoterapije 5-fluorouracilom) smanjuje postotak lokalnog recidiva karcinoma rektuma (bez jasnog učinka na preživljavanje).

Radioterapija nije od koristi za tumore kolona.

Prijeoperativna radioterapija može poboljšati resektabilnost i lokalnu kontrolu u bolesnika s karcinomom rektuma.

Totalna mezorektalna ekscizija je učinkovitija od standardne anteroposteriorne resekcije kod karcinoma rektuma.

Adjuvantna kemoterapija (5-FU/leukovorin + oksaliplatina ili FOLFOX + bevacizumab, ili 5FU/leukovorin plus irinotekan, ili FOLFIRI) smanjuje postotak recidiva i poboljšava preživljavanje kod stadija C (III), vjerojatno i kod stadija B (II).

Periodično određivanje **razine serumskog CEA** služi za praćenje terapijskog odgovora i otkrivanje recidiva.

Uznapredovali tumor (lokalno neresektabilni ili metastatski):
sistemska kemoterapija (5 FU/leukovorin + oksaliplatina + bevacizumab),
irinotekan se obično koristi kao II. linija liječenja;
anti-EGFR protutijela (cetuximab, panitumumab) za koja se čini da
poboljšavaju učinak kemoterapije, ali nisu djelotvorna u tumora s RAS
mutacijom;
nadalje intraarterijska kemoterapija [floksuridin (FUDR)] i/ili
radioterapija mogu ublažiti simptome jetrenih metastaza.

Solitarne jetrene metastaze se mogu resecirati parcijalnom
hepatektomijom sa 25% 5-godišnjim preživljavanjem.

PROGNOZA I PROFILAKSA

~~5-~~ GODIŠNJA STOPA PREŽIVLJENJA :

KARCINOM COLONA (I.-IV. STADIJ): DO
95% - DO 90%- DO 65%- DO 5%.

Rano otkrivanje karcinoma kolona može se pospješiti rutinskim pretraživanjem stolice na okultno krvarenje (Hemocult II, ColonCare, Hemosure, itd.).

Međutim, osjetljivost iznosi ~50% za karcinom; specifičnost za tumor ili polip iznosi ~25-40%.

Noviji testovi će uključivati detekciju krvi i mutacije gena, s većom osjetljivošću i specifičnošću.

Lažno pozitivni: konzumiranje crvenog mesa, željeza, ASK, krvarenje iz gornjeg GI trakta.

Lažno negativni: uzimanje C vitamina, povremeno krvarenje.

Godišnji digitorektalni pregled i pregled stolice na skriveno krvarenje preporučuje se bolesnicima iznad 40. godine života, pretraživanje fleksibilnom sigmoidoskopijom svake 3 godine nakon 50. godine života, ranije u bolesnika s

ANALNI KARCINOM

Na njega otpada 1-2% tumora debelog crijeva, 7210 novih i 1100 smrtnih slučajeva u 2015. godini.

Povezuje se s kroničnom iritacijom, npr. condyloma accuminata, perianalne fisure/fistule, kronični hemeroidi, leukoplakija, trauma nastala analnim snošajem.

Etiologija je HPV (90% SVIH ANALNIH CA)

Obično češće pogađa žene nego muškarce. Homoseksualci imaju veći rizik.

Očituje se krvarenjem, bolovima, perianalnom tvorбом.

Radioterapija i kemoterapija (5-FU i mitomicin) dovode do potpunog terapijskog odgovora u 80% slučajeva kad je primarna lezija <3 cm. Abdominoperinealna resekcija s trajnom kolostomom rezervirana je za one s velikom lezijom i za one s recidivom bolesti nakon kemoradioterapije.

PROGNOZA : KOD NEPOSTOJANJA METASTAZA U INGV L.Č. 5-GODIŠNJA STOPA PREŽIVLJENJA JE 80%