

Љубомир Рашовић и Михајло Митровић

Савремени ставови у лечењу карцинома колона

Последњих десет година много је писано о лечењу карцинома колона. Према подацима Националне здравствене организације у САД, број случајева овог обољења расте. Сопствена искуства такође нам говоре о изузетној учесталости ове болести, само у периоду од 1957 — 1973. год. имали смо 456 болесника оперисаних од карцинома колона. Савремена хирургија, анестезија и одговарајућа реанимација оствариле су могућности за извођење опсежних и проширених ресекција колона и других органа те су удаљени резултати бољи. Међутим, критичке анализе последњих година указују да је још недовољно учињено на продуживању оне границе од пет година.

Извесни, веома значајни принципи у лечењу овог обољења прихваћени су и спроводе се углавном на једном широком плану. То су рана дијагноза, откривање преканцероза, широко уклањање колона са мезоколоном, укључујући некада и друге органе захваћене малигним процесом, као и спречавање дисеминације у току операције и на крају хемиотерапија и радио-терапија.

У погледу старости све анализе указују да специјалну пажњу у превенцији и раној дијагностици треба посветити људима између пете и осме деценије живота. Истина, болест се јавља и у млађим узрастима, тада је малигни потенцијал тумора већи и по правили ови болесници имају лошију прогнозу.

Пол изгледа нема велики значај, углавном је проценат заступљености сличан, мада постоји лака преминација преживљавања од пет година у корист женског пола.

Трајање болести упућује на интересантна размишљања. Брзина размножавања канцерских ћелија, биолошка вируленција тумора и отпорност домаћина имају огроман значај у одређивању дужине егзистирања тумора у телу домаћина. Ово је потврђено и чињеницом што су резултати некада бољи у болесника који имају дужу анамнезу. Ово, можда, изгледа нелогично али кратка анамнеза и буран клинич-

ки ток веома често интраоперативно потврђују широку дисеминацију малигног процеса.

Симптоми су доста везани за локализацију процеса. Уобичајено је да леви колон постаје раније клинички манифестан пре свега због својих анатомских карактеристика а затим због саме форме малигног тумора. Карфиоласти — улцерозни облик тумора колоидног карактера на десном колону може такође да мења хабитус пражњења дебелог црева. Столице су често течне, слузаве, са видљивим крвављењем или без њега, међутим, оклузивне тегобе, уколико се појаве, наступају касно. Ипак, није увек тако. Welch и сар. (1974) у једној анализи 1 630 болесника оперисаних од карцинома колона, дају податке да је време од почетка болести до почетка лечења за десни колон износило просјечно око 3,5 месеца а за леви око 4,5 месеца. Ово указује да трајање болести представља само један податак који увек не одређује тачну локализацију процеса.

Док је бол један од честих симптома левог колона, дотле су анемија, крвављење и палпабилна туморска маса више својствени десном колону. Ректосигмоидни предео захваћен неопластичним процесом у 60% случајева праћен је крвавом столицом.

Локализација је углавном позната, процентуална заступљеност у свету и код нас слична је, те се нећемо на њу посебно освртати. Петогодишње преживљавање десног и левог колона по вертикали веома је слично, попречни колон даје најбоље резултате ако је радикалност у правом смислу заступљена.

Судбина болесника зависи од неколико фактора: 1. Они који се могу контролисати и, 2. Они који се не могу контролисати.

У прве спадају старост болесника, сама лезија и придружене болести. Чиниоци који се могу контролисати јесу трајање, преоперативно и постоперативно лечење, анестезија, оперативни поступак и компликације.

Ретки су органи на којима хируршко уклањање тумора у раној фази болести пружа тако добре резултате као код дебелог црева. На жалост, мало је оних који се у тој фази обрете за интервенцију (таб. 1).

Таб. 1. — Интраоперативни налаз по Dukes-у у периоду 1957—1973. год.

Intraoperative finding according to Dukes in the period between 1957—1973.

Ред. бр.	Стадијум Phase	Број №	%
1	2	3	4
1.	А (Ограничени тумор) (Limited tumor)	23	5,04
2.	В (Захваћени сви слојеви зида) (All the layers of the walls have been seized)	37	8,11
3.	С (Регионалне метастазе) (Regional metastases)	263	57,68
4.	Д (Удаљене метастазе) (Distant metastases)	133	29,17
Укупно — Total		456	100

Највећи проценат отпада на болеснике у С и D (позном) стадијуму по D u k e s - у. Ако се узме у обзир и то да се код великог броја болесника радило о акутним (ургентним) хируршким стањима, не могу се очекивати добри резултати. Зато раној дијагнози треба посветити пуну пажњу. Она у себи садржи детаљно узету анамнезу, физикални преглед, дигиталну експлорацију ректума, колоноскопију и рендгенграфију. За разлику од рендгенграфије, која је већ дуго од непроцењиве важности за дијагнозу малигнух тумора на сигми и изнад ње, савремена колоскопија (флексибилне сонде) тек од скоро добија свој широки и пуни значај.

Цитолошко испитивање које има велику улогу код карцинома плућа и материце скоро уопште није заступљено код обољења колона. Могло би се користити рутински код свих болесника који имају било какве тегобе од стране колона. Ако желимо рану дијагнозу рака, не треба да је тражимо код болесника већ код здравих између пете и осме деценије живота.

Велику обазривост налажу такозване преканцерозе и то полипи, од којих су најзначајнији фамилијарна полипоза и вилозна полипоза. Улцерозни колитиси увек побуђују нашу сумњу, специјално када се ради о младим људима, где је канцерска алтерација много чешћа.

У погледу оперативне тактике лечења стојимо на становишту да једино радикални хируршки захвати пружају озбиљне шансе оваквим болесницима за вишегодишње преживљавање. У радикалне хируршке захвате убрајамо само хемиколектомије (конвенционалне или проширене) и колектомије. Оваквим ставом омогућена је не само ресекција колона далеко у здраво него и широко уклањање мезоколона, те се на тај начин врши евакуација лимфних ганглиона сва три реда. Некада смо принуђени да ресецирамо истовремено читаве друге органе или њихове делове.

Спречавање дисеминације малигнух ћелија у току операције представља један од услова превенције рецидива. Кад год је то могуће пре било какве манипулације тумором, подвезујемо лимфо-васкуларну петелјку. Основно је прво подвезати вену, ако то није могуће, онда васкуларну петелјку у целини. На жалост, ми бар, још нисмо у стању да микроскопски региструјемо венску инвазију малигним ћелијама, која се ради у посебним лабораторијама. Исто тако је важно спречити директну имплантацију у перитонеум као и каналикуларну дисеминацију. Питање биолошке вредности дисеминираних малигнух ћелија још није решено али не треба заборавити да се имплантација овде врши на болесном човеку, где не знамо у ком су стадијуму његови имунолошки потенцијали.

Анализа нашег оперативног материјала показује пораст агресивности хируршког става у односу на радикалност. (Таб. 2)

Т а б. 2. — Хируршке интервенције
Operations

Ред. бр.	Врста Kinds	Период — Period					
		1957—1970.		1971—1973.		1957—1973.	
		Број №	%	Број №	%	Број №	%
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Десна хемиколектомија Right chemicolecotomy	98	27,61	32	31,68	130	28,50
2.	Лева хемиколектомија Left chemicolecotomy	32	9,01	17	16,83	49	10,75
3.	Сегменталне ресекције Segmental resections	84	23,66	10	9,90	94	20,61
4.	Унутрашње деривације Internal derivations	62	17,46	19	18,81	81	17,76
5.	Спољне деривације External derivations	62	17,46	21	20,79	83	18,20
6.	Експлорација Explorations	17	4,80	2	1,99	19	4,18
Укупно — Total		355	100	101	100	456	100

Ако се узме у обзир чињеница да је у А и В стадијуму било свега 60 (13,1%) болесника од 456 оперисаних, а да број радикалних хируршких интервенција износи 179 (37,06%), онда је јасно да је борба за живот сваког болесника била изузетна.

Некада смо, можда и свесно, улазили у ризик желећи да повећамо шансу преживљавања овако оболелих пошто је највећи број наших болесника био у С стадијуму, 236 (57,6%). Сигурно је да се оваквој схематској подели болести може приговорити, јер еволутивност једне малигне болести није могуће са апсолутном јасноћом и сигурношћу пратити у свим фазама развоја. Хоћемо да кажемо да се ни на самој операцији не може сасвим тачно одредити фаза болести.

Оправданост оваквог става показују и показатељи удаљени резултати, односно проценат преживљавања преко пет година. У периоду од 1957—1970. год. анкетирали смо 73 болесника, колико је то било могуће из техничких разлога. Њих 35 у којих је извршена радикална хируршка интервенција живи преко пет година, што износи 47,8%. Овакви резултати охрабрују и поред морталитета од 12,5%, с обзиром на то што више од половине болесника припада онима са ургентним хируршким стањима. Свако ургентно стање указује обично на поодмаклу фазу болести. Друго, не можемо заборавити да и најегзактније индикована радикалност повећава оперативни ризик, а број радикалних хируршких интервенција у нас је порастао 12%.

У погледу постоперативне хемиотерапије мишљења смо да треба давати неки од цитостатика (5 флуороурацил) и да они имају много већи значај у раној фази болести. Сведоци смо да коришћење цитостатика у иноперабилним — инкурабилним случајевима још више погоршава стање. Свака хемиотерапија уједно је и веома токсична, те се онда може претпоставити шта се дешава у организму где су природне одбрамбено-имунолошке снаге скоро потпуно исцрпене.

Прогностички чиниоци у односу на патолошке карактеристике тумора

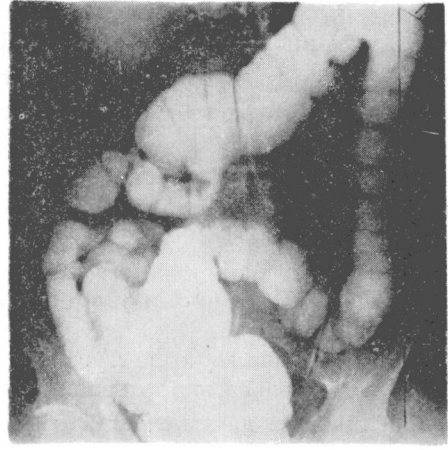
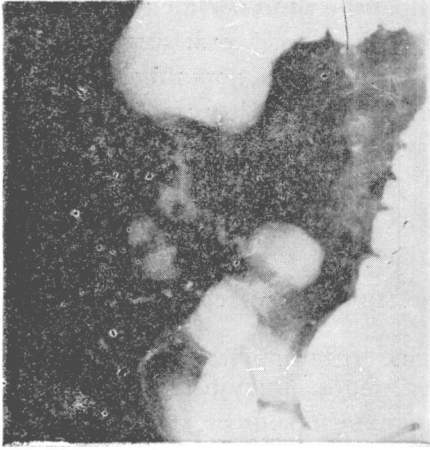
Веома значајно за прогнозу оболелих јесте одређивање патолошких својстава самог тумора. Оно што се често описује, величина тумора, изгледа да има малу или скоро никакву вредност у прогностичком смислу. Тако, малигни тумори на ректуму промера 3—5 cm у преко 20% случајева већ имају лимфогену дисеминацију. Међутим, екстензивност у односу на зид црева има прворазредни значај.

Посебна важност придаје се метастазама у лимфним чворићима, хистолошком прегледу зида црева где је учињена ресекција, као и степену малигнитета, односно диференцираности самих малигнућ ћелија. У 90% случајева хистолошка дијагноза је аденокарцином. Према статистици проценат преживљавања од пет година смањује се читавих десет посто ако је у питању колоидни или недиференцирани карцином. Објашњење сопствених бољих резултата на десном колону можемо тражити у томе што су већ раније прихваћени радикални ставови у односу на леви колон.

Перинеурална лимфатична инвазија, као и дисеминација крвним путем, веома лоше утичу на прогнозу.

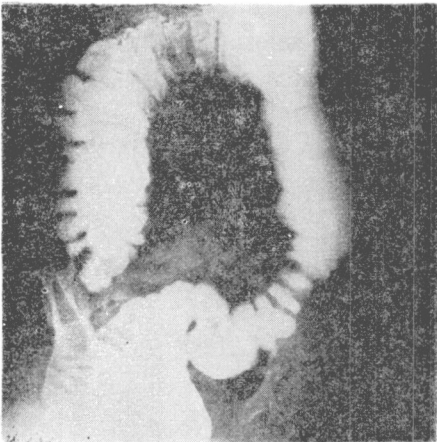
Ако наш оперативни протокол садржи следеће податке, можемо нешто ближе казати о прогнози оваквих болесника:

1. Лимфне жлезде
 - а. захваћене
 - б. незахваћене
2. Локална инвазија
 - а. захваћен мускуларни слој
 - б. захваћена сероза
 - ц. захваћено периколично масно ткиво
3. Хистолошки налаз
 - а. аденокарцином
 - б. колоид
 - ц. недиференциране ћелије



Сл. 1. и 2. — Случај карцинома цекума решен десном хемиколектомијом, контролисан иригографски 6 година после операције.
The case of the cancer of the caecum solved by the right chemicolectomy, controlled irrigographically 6 years after the operation.

На слици 1 и 2 приказан је случај карцинома цекума решен десном хемиколектомијом, контролисан иригографски 6 година после операције. Хистолошки се радило о аденокарциному, тумор је пробио серозу али у лимфним жлездама није било метастаза.



Сл. 3. — Иригографска контрола, 10 година после леве хемиколектомије због карцинома сигме.

Irrigographical control, 10 years after the left chemicolectomy because of the cancer of the sigma.

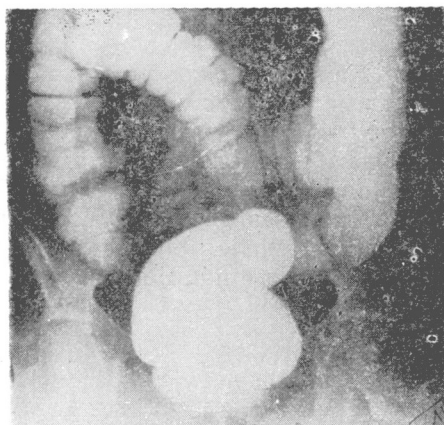
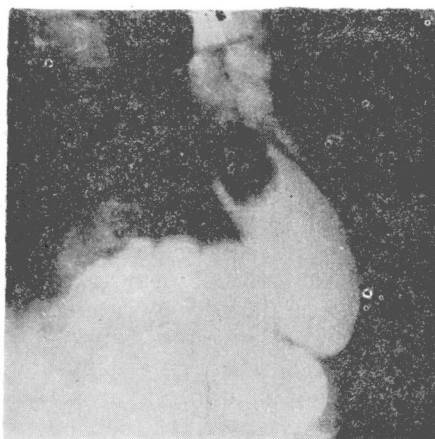
На слици 3 приказана је иригографска контрола, 10 година после леве хемиколектомије због карцинома сигме. У питању је био скирус и већ су постојале метастазе у мезоколону! Међутим, радикална хируршка интервенција довела је практично до излечења овог болесника.

Читавих педесет посто петогодишње преживљавање може се смањити у односу на уобичајене и најчешће процентуалне вредности ако постоји лимфогено метастазирање или је тумор пробио серозу. На жалост како у других тако и у нас, велики проценат болесника до-

лази у овом стадијуму. Но, без обзира на све тешкоће, морамо поново нагласити да карцином колона од свих малигних тумора дигестивног тракта има најспорију еволуцију и најбенигнији ток.

Компликације карцинома колона

Најчешће су: акутна интестинална обструкција, перфорација у слободну трбушну дупљу, пенетрација и перфорација у суседне шупљине и органе, стварање абсцеса и крвављење. Посебно лошу прогнозу имају пацијенти, изузимајући остале факторе, где постоје две или више компликација, као на пример, акутна обструкција и перфорација. Сигурно је најидеалније уклонити основну болест и компликацију истовремено, тј. у једном акту.



Сл. 4, 5. и 6. — Карцином сигме у илеусу решен парцијалном ресекцијом сигме са термино-терминалном анастомозом и контролна иригографија.

Cancer of the sigma in the ileus solved by partial resection of the sigma with termino-terminal anastomosis and the control by irrigography.

На сликама 4, 5 и 6 приказан је случај болесника који је примљен због карцинома сигме у илеусу. Одмах је учињена парцијална ресекција сигме са термино-терминалном анастомозом. На контролној иригографији нема знакова рецидива, нити код пацијента постоје било какве субјективне тегобе. Ово показује да некада постоје добри резултати и у палијативним хируршким интервенцијама, као што је парцијална ресекција. Они су, по нама, пре одраз ране фазе болести или нижег малигног потенцијала, него саме хируршке интервенције. У сваком случају, треба бити веома критичан како у погледу сопствених способности, тако и способности болесника да издржи оно што смо замислили.

На контролној иригографији на сл. 6 практично се и не види да је учињена парцијална ресекција сигме.

Хируршке компликације на колону и данас су доста честе. Најчешће се среће сепса, било као последица инфекције ране или инфекције у трбушној дупљи. Најозбиљније су компликације црвена фистула, интестинална обструкција и перитонитис. Неретко се среће дехисценција ране на трбушном зиду, тромбоемболија, плућне компликације и уринарне инфекције.

Колон је орган доста оскудне васкуларизације, танког фрагилног зида, нарочито у условима акутног патолошког процеса, док му је флора веома патогена. Јасно је да у оваквим условима без суптилне хируршке технике нема ни добрих резултата.

На крају, мишљења смо да ће у будућности, осим ране дијагнозе, радикалног хируршког става, модерне хемио- и радио-терапије, вирусологија, имунологија, као и мерење серумских канцерских антитела и антигена, добити свој прави значај.

З а к љ у ч а к

Карциноми колона спадају у малигне туморе дигестивног тракта који имају најбољу прогнозу, под условом да се рано открију и радикално уклоне. Најчешће се срећу између пете и осме деценије живота. Велики број болесника примљен у поодмаклој фази болести или у акутним хируршким стањима битно утичу на проценат преживљавања преко пет година. Добри резултати оперисаних могу се очекивати само ако је примењена одговарајућа хируршка техника, уз превенцију дисеминације за време саме операције.

Б и б л и о г р а ф и ј а

1. Allgöwer M., Hasse J. und Harzog B. (1971): Colonresection
2. Cole W. C. (1965): Arc. Surg. 91, 547—557.
3. Dubarry и сар. (1963): Casetta medicale 70, 3195—3202.
4. Ginzbur и сар. (1965): Ann. Surg. 147, 117.
5. Moertel и сар. (1958): Gastroenterology 34, 85.
6. Peltokallio Рекка: Ac. chir. Scand. Supl. 350, 1965.
7. Рашовић Љ. (1962): Карцином дебелог црева, 90—9, 819, Српски Архив.

8. Рашовић Јб. и сар. (1968): Мултипне локализације карцинома колоне. 96—18, 1057, Српски Архив.
9. Рашовић Јб. Герзић З. (1971): Превенција рецидива у хируршком лечењу карцинома колоне. III конгрес канцеролога Југославије, 855.
10. Рашовић Јб., Митровић М. (1973): Хируршке методе лечења обољења колоне. III научни састанак хирурга Србије.
11. Rosi P. A. (1970): Sur. clin. of North Amer. 1:50, 81—92.
12. Turnbull R. B. и сар. (1967): Ann. Surg. 3:166, 420,436.
13. Wangensteen O. H. (1968): Amer. J. of Surg. 1:155, 7—16.
14. Welch J. P. и сар. (1974): Amer. J. of Surg. 258.

Ljubomir Rašović and Mihajlo Mitrović

CONTEMPORARY ATTITUDES IN TREATING COLON CARCINOMA

S u m m a r y

The colon carcinomas belong to malignant tumours of the digestive tract with the best prognosis providing they are early discovered and radically removed. They appear most frequently between the fifth and the eight decade of life. A great percentage of patients admitted with the progressive phase of the disease or acute surgical condition have an essential influence on the percentage of survival exceeding five years. Good results of the operated cases may be expected only if adequate surgical technique with the prevention of dissemination is applied.

