

Dr. Lakatos László

A családorvos teendői a colorectalis carcinoma műtéti ellátása után

A colorectalis rák incidenciája és halálozása hazánkban az elmúlt 30 évben több mint két és félszeresére nőtt. 2000-ben várhatóan több mint ötezren fognak meghalni vastagbélrákban. Az 5 éves túlélés esélye 25% körül van, míg a nyugat-európai illetve az észak-amerikai országokban 50-60% körül.

A halálozás csökkentése, a túlélés javítása az egészségügy különböző területein dolgozóktól sokirányú, komplex teendőket igényel. Ennek része a primer és szekunder prevenció, a minél korábbi, korrekciós diagnosztika, a korszerű sebészeti ellátás, a kemoterápia és a betegek gondos követése.

A colorectalis rák gyógyításában a legfontosabb az időben végzett, korrekt műtét. Korszerű, az onkológiai szempontokat figyelembe vevő műtéttel az ötéves túlélés mintegy 10%-kal javítható.

Fontos a korrekt szövettani feldolgozás, a „staging”, mivel ezen alapul a későbbi kezelés és a prognózis. Nálunk nagyjából a módosított Dukes (Astler-Coller) osztályozást használják (1. táblázat), nyugaton inkább a TNM beosztást.

A hagyományos szövettani feldolgozás korlátait mutatja egy német munkacsoport munkája, akik B stádiumú colorectalis rákos betegek nyirokcsomójában vizsgálták a carcinoembrionális antigént (CEA) PCR módszerrel. A betegek felénél mutattak ki így mikrometastasiszt. A mikrometastasisos csoportban a túlélés 50%- volt, anélkül 91%.

A módosított Dukes A és B1 stádiumban egyéb kezelésre nincs is szükség. C1-2 stádiumban egyértelmű a postoperatív adjuváns kemoterápia indikációja, a túlélés esélyét 30-35%-kal növeli. A cytostaticus kezelés B 2 stádiumban is ajánlható, bár „evidence based” adatok ezt egyértelműen nem bizonyítják. Ennek többek között az a magyarázata, hogy a B2 stádiumban kemoterápia nélkül is

magas a gyógyulási arány, és bár az adjuváns kezelés átlag 5-10%-kal növeli az ötéves túlélést, statisztikailag ez nem szignifikáns.

A metastatisáló esetekben is jelentősen javítható a túlélés a korszerű kemoterápiával, válogatott esetekben az áttétek sebészeti kezelésével.

A postoperatív ellenőrzés

A családorvos vastagbélrák műtét utáni teendői vonatkoznak a betegre és a hozzátartozókra. Szét kell választani a korai postoperatív szak teendőit, a tágabb értelemben vett postoperatív ellenőrzéstől. A feladatok nagymértékben függenek attól, hogy milyen stádiumban történt a műtét, palliatív, vagy kuratív műtét történt-e, és hogy sor került-e stoma kialakítására, vagy sem.

A korai postoperatív szakban a beteggel kapcsolatos teendők elsősorban sebészeti jellegűek, illetve a klinikai onkológusé, amennyiben adjuváns kemoterápia is történik. A háziorvos fő feladata ebben az időszakban a beteg számára a szükséges kezelések (kötzések, cytostaticus kúrák) megszervezése, és a gyakran lélektanilag is krízishelyzetben levő beteg pszichés vezetése.

A postoperatív követés szempontjából a legfontosabb időszak a műtétet követő első három év. Ekkor kö-

vetkezik be a recidívák 85-90%-a. A vastagbélrákok aránylag lassan növekednek, és viszonylag későn adnak metastasisokat. A metastasisok közül a nem kiterjedt máj-, sőt a tüdőmetastasisok gyógyítására is van esély. Ugyanakkor a colorectalis rákos beteg a kuratív műtét után is fokozott rizikójúnak számít, azaz nagyobb az esélye újabb, metachron rákok kialakulására.

Ezek a szempontok szabnak irányt a betegek postoperatív felügyeletének, melynek a fő célja:

1. A kezelés eredményének megítélése.

2. A recidív tumor korai stádiumban való felismerése.

3. A beteg monitorozása metachron tumor kialakulása irányában.

A kuratív műtét utáni standard ellenőrzés: 2 évig 3 havonta, majd félévente körtörténet, fizikális vizsgálat, vérvép, We, májfunkciós enzim, CEA, széklet occult vér teszt, mellkas rtg. A colonoscopia külön megítélést igényel.

Az intenzív ellenőrzés ezeken kívül évente hasi és mellkas CT-t jelent, de nincs bizonyíték arra, hogy ez a túlélés esélyeit javítaná, ezért ez utóbbi vizsgálatok csak szakorvos megítélés alapján, célzottan ajánlhatók.

A Mayo Klinika munkacsoportja 168 colorectalis rák miatt beteg postoperatív szoros követését végez-

1. táblázat

COLORECTALIS RÁK STAGING

Dukes osztályozás

Dukes A: a tumor a colon falra lokalizálódik

Dukes B: a tumor túlterjed a bél falon, nyirokcsomó érintettség nélkül

Dukes C: nyirokcsomó metastasis

(Dukes D stádium: távoli metastasis)

Astler-Coller osztályozás

A stádium: mucosa érintettség

B1 stádium: a muscularis propriae-ba betérjed, de nem töri át

B2 stádium: túlterjed a muscularis proprián, nyirokcsomó érintettség nélkül

C1 stádium: B1 + nyirokcsomó metastasis

C2 stádium: B2 + nyirokcsomó metastasis

D stádium: távoli metastasis

Dr. Lakatos László,
Cholnoky Ferenc Kórház
I. Belosztály
8200 Veszprém, Kórház utca 1.

2. táblázat

KEMOTERÁPIA COLORECTALIS CARCINOMÁBAN

Postoperatív adjuváns kemoterápia colon carcinomában

Dukes B2, C stádium

5-fluorouracil + levamisol

5-fluorouracil + leucovorin

5-fluorouracil + leucovorin + levamisol

Adjuváns terápia rectum carcinomában (Dukes B, C stádium)

Pre/postoperatív radioterápia + 5-FU

Kemoterápia metastatisáló (D stádiumú) colorectalis carcinomában

5-fluorouracil + leucovorin

irinotecan/CAMPTO

te. 5 év alatt 48 betegnél (29%) mutattak ki recidívát, ezek 75%-a tünetmentes volt.

Nem ilyen egyértelműek a túlélésre való vizsgálatok tapasztalatai. Egy olasz munkacsoport azt vizsgálta, hogy javítja-e a szoros ellenőrzés a prognózist. 325 colorectalis rák miatt kuratíván operált beteget követtek 5 évig. Az intenzív ellenőrzés csupán egy-egy tünetmentes metachron colon tumort, tüdő, illetve metastasist tárt fel. Az 5 éves túlélés a „standard” csoportban 63% volt, az „intenzívben” 73%.

Célszerű a postoperatív vizsgálatok indikációját, pontos ütemezését a gasztroenterológus, sebész és onkológus szakorvosokkal egyeztetni. Helyileg változó, hogy a fentiek közül elsősorban ki irányítja a betegek ellenőrzését, a fontos, hogy szakmailag felkészült gazdája legyen a betegeknek.

A colonoscopus ellenőrzés feladata a helyi recidíva kimutatása (a resectio a tumorhoz közel történt), ami ritka, később a metachron polypok, tumorok felismerése. Amennyiben műtét előtt a vastagbél teljes átvizsgálása nem történt meg, a postoperatív időszakban 3-6 hónapon belül indokolt ennek elvégzése (szinkron tumorok lehetősége), a későbbi colonoscopus ellenőrzések egy, majd ezután háromévente ajánlottak.

3. táblázat

POSTOPERATÍV KÖVETÉS

Standard ellenőrzés:

2 évig 3 havonta, majd további 3 évig félévente:

kórtörténet, fizikális vizsgálat, vércék, We, májfunkciós enzimek, CEA, széklet occult vér test

évente: mellkas rtg

colonoscopia: egy éven belül, majd 3 évente

Intenzív ellenőrzés: ezeken kívül évente hasi és mellkas CT

Hereditár és familiáris rákok

A vastagbélrákok egyre nagyobb hányadáról derül ki, hogy genetikailag többé vagy kevésbé meghatározottak. Az öröklődő kórképeket (elsősorban a familiáris adenomatosus polyposist és a hereditár nem-polyposus colorectalis rákokat) nem számítva is a vastagbélrákos beteg családtagjai fokozottan veszélyeztetettek. Minél több családtagnál és minél fiatalabb korban alakult ki a rák, annál inkább növekszik ez a rizikó. Ezekben az esetekben a közvetlen hozzátartozók vastagbélrák szűrése (elsősorban colonoscopuson) ajánlott, ennek kezdetét, gyakoriságát illetően gasztroenterológus szakemberrel indokolt konzultálni. Általános elv, hogy a családtagok (colonoscopus) szűrését a familiáris rákokban 5-10 évvel korábban kell kezdeni, mint a legfiatalabb colorectalis rák volt a családban. A hereditár tumorokra külön genetikai és colonoscopus szűrést, valamint terápiás szabályok érvényesek.

Fontos szakmai és emberiességi feladat az inkurábilis betegek ellátása, a testi, lelki életminőség lehető legtovább való fenntartása, a betegek szenvedésének enyhítése és a tüneti kezelések biztosítása.

A beteg elsődleges gazdája a háziorvos. Ő ismeri legjobban a családi, munkahelyi, szociális környezetét, a

lélektani körülményeket. Leghamarabb észlelheti a korai tüneteket, a beteg állapotában bekövetkező változást, és központi szerepe lehet a gondozás, többek között a korrek postoperatív gondozás megvalósulásában.

**A közeljövő feladatai
a colorectalis rákos halálozás
csökkentésében**

A colorectalis rákos halálozás csökkentése csak az egységes, korszerű, komplex elvek kidolgozásától és betartásától remélhető. Ide tartozik a primer és szekunder prevenció, az egészségügyi alapismeretek fejlesztése, lakossági szűrések szervezése, a korai és korrekt diagnosztika, a korszerű műtéti technika alkalmazása valamennyi kórházban, az indokolt adjuváns illetve palliatív kemo/radioterápia általánossá tétele és nem utolsósorban a postoperatív gondozás.

Ma még be kell látnunk, hogy ezek a szakmai elvek a gyakorlatban csak esetlegesen érvényesülnek. Nagyok a területi aránytalanságok. Az onkológiai hálózat nem képes átfogni és irányítani a daganatos betegségek komplex ellátását.

Szükséges, hogy a szakma illetékes testületei (kollégiumok, szakmai társaságok) dolgozzák ki a nemzetközi standardok alapján a hazai irányelveket, konkrét feladatokat. Az egészségügy adminisztratív testületei gondoskodjanak a szakmai irányelvek gyakorlati megvalósításáról, a szervezeti keretek megteremtéséről és az ellenőrzésről. Mindennek biztosítani kell a pénzügyi háttérét.

Összefoglalás

A colorectális daganatok – sajnálatos módon – korunk egyik legfelgyegetőbb „népbetegségévé” váltak. A közeli jövőben reménykedhetünk abban, hogy a gasztroenterológiai onkológia diagnosztikus és terápiás fegyvertára egyre megbízhatóbb, egyre korábbi kórismézést lehetővé tevő módszerekkel és eszközökkel gyarapodik. Ez azonban önmagában semmit sem ér akkor, ha a hazánkban is korszerűen egyre nagyobb intézkedési területtel bíró alapellátás nem kap megfelelő támogatást ahhoz, hogy a már meglévő szakmai tudását és morális indíttatását a vastagbél-daganat megelőzésében és a már kialakult betegség korszerű kezelésében kamatoztatni tudja.