

# Zmienna lokalizacja gruczolaka odbytnicy: wpływ opisu badania na wybór zabiegu operacyjnego

## Variable localisation of rectal tumor: the influence of the tumor's location on the choice of optimal surgical procedure

Radosław Tarkowski<sup>1,3</sup>, Jolanta Szelachowska<sup>2</sup>, Marek Bębenek<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Katedra Onkologii, Zakład Chirurgii Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, pl. Hirszfelda 12, 53-413 Wrocław, PL,

<sup>2</sup> Katedra Onkologii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, pl. Hirszfelda 12, 53-413 Wrocław, PL,

<sup>3</sup> Oddział Chirurgii Onkologicznej I, Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu, pl. Hirszfelda 12, 53-413 Wrocław, PL

### Streszczenie

**Wstęp:** Chirurgia jest niezastąpionym elementem skojarzonego leczenia osób chorych na gruczolaka odbytnicy. W zależności od lokalizacji ma postać przedniej resekcji (AR) lub amputacji (ASAR, ew. APR): ten drugi rodzaj zabiegu wykonywanego u chorych z nisko położonymi zmianami wiąże się z okaleczeniem w postaci wyłonienia stałej przetoki kałowej. Decyzja o wyborze zabiegu opiera się na analizie badań określających m.in. stan miejscowy.

**Opis przypadku:** Wątpliwości dotyczące odległości guza od odbytu u mężczyzny chorego na raka odbytnicy spowodowały wystąpienie problemu w wyborze optymalnej metody operacyjnej i nasilenie stresu emocjonalnego u chorego. Przyczyną rozbieżności była postać morfologiczna uszypułowanego i przemieszczającego się w świetle narządu guza. Wątpliwości wyjaśniono wykonując dodatkowe badania (wziernikowanie sztywnym rektoskopem i śródoperacyjne badanie *per rectum*)

**Wnioski:** Nietypowa postać morfologiczna guza może być przyczyną wykonania okaleczającego zabiegu, niepotrzebnego w przypadkach podobnych do opisanego. Decyzja o rodzaju operacji powinna być podejmowana przez operatora w oparciu o zweryfikowane wyniki badań. Położenie zmian odbytnicy należy w każdym przypadku zweryfikować w badaniu *per rectum*. W przypadku rozbieżności warto rozważyć wykonanie badania sztywnym rektoskopem.

**Słowa kluczowe:** rak odbytnicy, uszypułowany guz, brzuszno-krzyżowa amputacja odbytnicy, stomia

### Abstract

**Background:** Surgery is a crucial component of the treatment of rectal cancer. Patients with low-lying tumors undergo abdomino-sacral amputation of the rectum with permanent stoma formation. The decision to propose a potentially mutilating surgery is based on the localization of the tumor.

**Case Report:** A 67-years old male with rectal cancer underwent colonoscopy, TRUS, and digital examination with localized the tumor to different locations. Doubts concerning the choice of the optimal operation (AR vs ASAR) caused serious emotional distress to the patient. The differing results of the tests was caused by a rare morphologic form of the pedunculated and thus mobile tumor. Further verification included preoperative rectoscopy with a rigid endoscope and intraoperative digital per rectum examination.

**Conclusions:** Decisions concerning the optimal operation should be undertaken by operating surgeons based on verified reports of examinations. Digital per rectum examination should be performed by the operating surgeon in each case of rectal cancer. In case of doubts of the location exist, rectoscopy with a rigid endoscope should be considered.

**key words:** rectal cancer, pedunculated tumor, abdomino-sacral amputation of rectum, stoma

Otrzymano: 22-09-2013 → Zaakceptowano: 10-02-2014 → Opublikowano: 5-04-2014

✉ Radosław Tarkowski, e-mail: radoslaw.tarkowski@umed.wroc.pl, tel 713689302, fax 713689309



Rysunek 1: Abstrakt graficzny. Zastosowane skróty: AR – przednia resekcja (odbytnicy), APR – brzuszno-kroczoowa amputacja (odbytnicy), ASAR - brzuszno-krzyżowa amputacja odbytnicy, MRI – tomografia rezonansu magnetycznego, TME – całkowite usunięcie mezorektum, TRUS - przezodbytowe badanie ultrasonograficzne odbytnicy

## Wstęp

Zabieg operacyjny jest niezastąpionym i fundamentalnym elementem skojarzonego leczenia chorych na gruczolakoraka odbytnicy. W zależności od lokalizacji guza może mieć postać przedniej resekcji odbytnicy (AR, ang. *anterior resection*), pozwalającej na zaoszczędzenie zwieraczy odbytu i utrzymanie ciągłości przewodu pokarmowego) lub brzuszno-krzyżowej amputacji odbytnicy (ASAR – ang. *abdomino-sacral amputation of rectum*), polegającej na wycięciu odbytnicy z guzem wraz z odbytem i wyłonieniu stałej, jednolufowej przetoki kałowej [1]. W wielu ośrodkach nadal wykonuje się brzuszno-kroczoową amputację odbytnicy (APR, ang. *abdomino-peroinal amputation*), pomimo mniejszej radykalności onkologicznej i większego odsetka powikłań tego zabiegu [2]. W niektórych przypadkach wykonywany jest zabieg Hartmanna, polegający na resekcji (a więc wycięciu części) jelita zajętego przez guz i wyłonieniu stałej, jednolufowej przetoki kałowej. Operacja ta jest uzasadnio-

na w przypadku wskazań pilnych (np. niedrożności przewodu pokarmowego, zapalenia otrzewnej w wyniku perforacji jelita przez guz) trudnych warunków anatomicznych lub niewydolności zwieraczy odbytu, stwierdzanej niejednokrotnie u starszych chorych w przedoperacyjnej sfinkteromanometrii lub też w przypadku operacji ze wskazań pilnych. Wszystkie wyżej wymienione zabiegi powinny być wykonane wg zasad TME (ang. *Total Mesorectal Excision*), metody polegającej na wycięciu wymienionych wyżej struktur wraz z zawierającą drogi chłonne tkanką tłuszczową otaczającą odbytnicę. Metoda TME pozwala na uzyskanie odpowiedniej radykalności onkologicznej i jednocześnie na uniknięcie kłopotliwych, niepożądanych następstw zabiegu, jak zaburzenia erekcji czy atonia pęcherza moczowego (dzięki zaoszczędzeniu widocznych w polu operacyjnym nerwów podbrzusznym) [3]. Wybór rodzaju operacji zależy przede wszystkim od odległości guza od zwieraczy odbytu.

Wykonanie przedniej resekcji nie jest możliwe w przypadku położenia guza w odległości niższej niż około 5 cm od

zewnątrznego brzegu zwieraczy. Wynika to z braku możliwości technicznych wykonania zespolenia w tak niskim położeniu, braku radykalności onkologicznej tak wykonanego zabiegu oraz wysoce prawdopodobnym zaburzeniem funkcji zwieraczy odbytu, obserwowanych po ultraniskich zespoleniach. Jakkolwiek jest okaleczająca, brzuszno-krzyżowa amputacja odbytnicy pozostaje najbadziej optymalną metodą postępowania u chorych z gruczolakorakami odbytnicy położonymi w sąsiedztwie odbytu. Lokalizacja zmiany nowotworowej odbytnicy ma również wpływ na kwalifikowanie chorych do przedoperacyjnej radioterapii w przypadku widocznego w badaniach obrazowych naciekania przez nowotwór okołoodbytnicznej tkanki tłuszczowej lub zajęcia okolicznych węzłów chłonnych. Do radioterapii kwalifikuje się chorych ze zmianami położonymi w odległości do 12 cm od brzegu zewnętrznego odbytu.

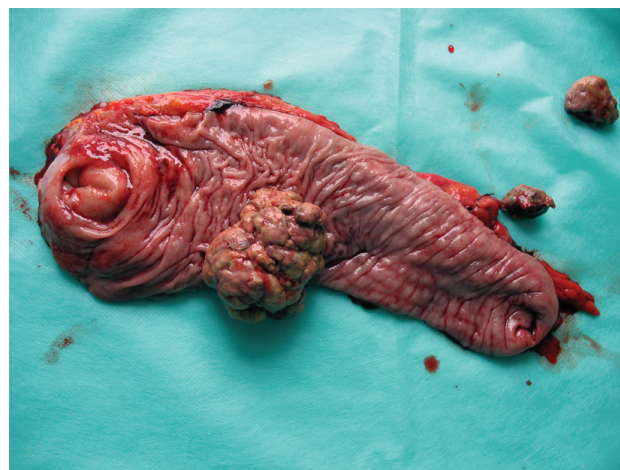
Informacje dotyczące położenia zmiany są uzyskiwane zazwyczaj podczas przedoperacyjnego badania endoskopowego (kolonoskopii, która powinna zostać wykonana w każdym przypadku raka odbytnicy: ocena proksymalnej części jelita grubego jest konieczna z uwagi na ryzyko obecności kolejnej, synchronicznej zmiany, sięgające około 4%). W każdym przypadku chory na raka odbytnicy powinien zostać zbadany palcem *per rectum*. W badaniu tym jest możliwe zweryfikowanie lokalizacji zmiany oraz określenie jej ruchomości. Stwierdzenie nieruchomego guza jest przeciwwskazaniem do zabiegu, pacjenci z tak zaawansowanymi zmianami są wówczas leczeni przedoperacyjną radio-chemioterapią.

Zaniechanie weryfikacji badań spowodowane pośpiechem, stresem, dużą liczbą obowiązków – okolicznościami występującymi w codziennej pracy lekarza, oraz nieznaną pacjenta (kto inny kwalifikuje, kto inny operuje połączone z zaniechaniem przedoperacyjnego badania i rozmowy z chorym) może spowodować wykonanie nieoptymalnej i nieodwracalnie okaleczającej operacji. Praca wskazuje sposób uniknięcia pomyłki w kwalifikacji chorego do operacji, szczególnie w przypadku rzadko występującej postaci morfologicznej guza.

## Opis przypadku

67-letni pacjent został skierowany do przychodni onkologicznej z powodu rozpoznania gruczolakoraka odbytnicy. Pacjent skarżył się na występujące okresowo zaparcia, ponadto zauważył obecność krwi w stolcu. W kolonoskopii wykonanej w rejonowej pracowni endoskopowej stwierdzono obecność guza, którego położenie określono jako 7 cm od zwieraczy odbytu. Pobrano wycinki ze zmiany, którą w badaniu histopatologicznym zweryfikowano jako adenocarcinoma. Podczas pierwszej wizyty w gabinecie konsultacyjnym, podczas badania palcem *per rectum* stwierdzono obecność ruchomego guza, którego dolny brzeg był położony 2 cm od zwieraczy odbytu. Tak też opisano stan miejscowy w karcie choroby, podkreślając różnice w podawanych miejscach lokalizacji zmiany. Następnie wykonano przedodbytnicze badanie

USG (pacjent był operowany w 2006 roku). W celu oceny stanu miejscowego w ośrodku, w którym był leczony wykonywano wówczas badanie ultrasonograficzne za pomocą głowicy wprowadzanej przez odbyt (TRUS). Obecnie określanie zaawansowania miejscowego guzów odbytnicy wykonuje się w tomografii rezonansu magnetycznego - MRI). W badaniu transrektalnym sondę wprowadzono do głębokości ok. 8 cm. Ze względu na silny opór nie udało się jej przeprowadzić głębiej. Do tej odległości w zakresie odbytnicy nie stwierdzono obecności zmiany. Nie wykazano również powiększenia okolicznych węzłów chłonnych. Pacjentowi udzielono informacji na temat planowanego leczenia. Wobec niskiego zaawansowania miejscowego guza optymalną metodą leczenia była w przypadku chorego chirurgia. Ze względu na położenie zmiany w pobliżu zwieraczy odbytu (według opisu badania *per rectum*) zaproponowano brzuszno-krzyżową amputację odbytnicy połączoną z wyłonieniem stałej kolostomii. Zaskoczony pacjent przytoczył słowa chirurga wykonującego uprzednio kolonoskopię, według którego (słusznie zresztą), wobec położenia guza 7 cm od odbytu optymalnym rozwiązaniem była resekcja odbytnicy z odtworzeniem ciągłości przewodu pokarmowego. Wobec niejasności, po przyjęciu chorego na oddział chirurgii onkologicznej wykonano rektoskopię, w której stwierdzono obecność guza położonego 9 cm od zwieraczy, ponadto powyżej niego, na głębokości 18 cm od zwieraczy była widoczna druga, kulista zmiana.

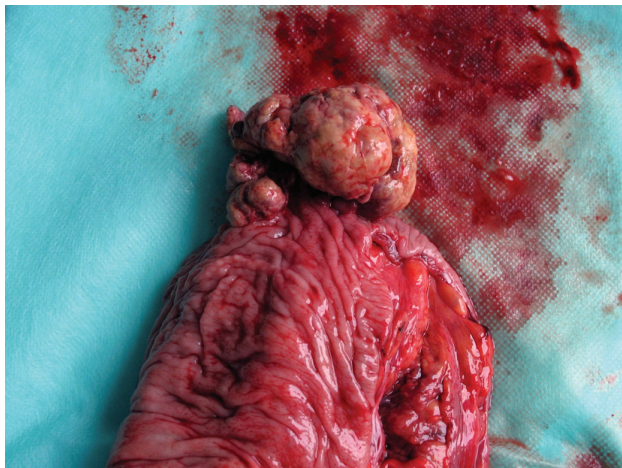


Rysunek 2: Preparat pooperacyjny po przecięciu: odbytnica z uszypułowanym guzem widocznym w części centralnej preparatu. W górnej prawej części widoczne kolejne dwie zmiany

Pacjenta przygotowano do przedniej resekcji odbytnicy, uprzedzając go o możliwej konieczności wykonania amputacji i wyłonienia przetoki w przypadku śródoperacyjnego stwierdzenia warunków niepozwalających na zaoszczędzenie zwieraczy.

Podczas zabiegu podwiązano i przecięto naczynia krętkowe dolne na wysokości odejścia tętnicy krętkowej dolnej od aorty; jelito przecięto proksymalnie od opisanej wyżej, drugiej zmiany. Odbytnicę wypreparowano wraz z mezorektum pod kontrolą wzroku, wg zasad TME. Podczas zabiegu ponownie skontrolowano położenie guza za pomocą badania palcem *per rectum*, następnie poniżej zmiany założono sta-

pler liniowy. Jelito przecięto dystalnie od zasadniczego guza. Odtworzono ciągłość przewodu pokarmowego wykonując zespolenie esicy z kikutem odbytnicy (pozwalała na to jego długość), bok do końca, za pomocą staplera okrężnego.



Rysunek 3: Preparat pooperacyjny po przecięciu: odbytnica z uszypułowanym w części centralnej preparatu guzem

Preparat przecięto uwidaczniając kulisty, uszypułowany guz, któremu towarzyszyła kolejna, mniejsza zmiana rys. 2, 3. Balotowanie guza i zmiany jego lokalizacji były przyczyną rozbieżności opisów jego lokalizacji w kolejnych badaniach. Opis badania histopatologicznego preparatu przedstawiał się następująco: Odbytnica z guzem: *Adenocarcinoma exulcerans et necroticans G2 membranae muscularis parietis recti infiltrans /diam tu 6,0cm/. Lineae resectionis chirurgicis sine infiltrationis carcinomatis /marginis radialis 2,0cm/. Lymphonodulitis chronica reactiva reg. 10/10. Guzy znalezione w świetle odbytnicy /wolne/: Adenocarcinoma, partim necroticans G2.*

## Dyskusja

W przypadku, w którym operator nie zweryfikowałby położenia guza w badaniu *per rectum*, opierając się na opisie badania zamieszczonym w karcie konsultacyjnej w ambulatorium, istniałoby ryzyko podjęcia decyzji o wykonaniu okaleczającego, nieuzasadnionego w opisywanym przypadku zabiegu (wyłonienia stomii). Jakkolwiek jakość życia chorych ze stomią jest niekiedy wyższa niż w przypadkach przebiegających z zaburzoną funkcją zwieraczy odbytu, zaoszczędzonych podczas przednich resekcji narządu z nisko położonym guzem, dla większości chorych wyłonienie sztucznego odbytu jest dramatem i bywa odbierane jako potencjalna przyczyna wykluczenia (z życia zawodowego, towarzyskiego, seksualnego etc.). Decyzja o wykonaniu tak okaleczającego zabiegu musi być oparta na wynikach wiarygodnych badań. W praktyce klinicznej dość często obserwujemy

różnice między lokalizacją guza podana w opisie kolonoskopii i położeniem określonym podczas badania sztywnym rektoskopem lub palcem. Wytłumaczeniem może być zagięcie giętkiego wziernika (kolonoskopu), naciągnięcie elastycznej ściany odbytnicy i "przesunięcie guza" w kierunku proksymalnym, brak jednoznacznego punktu odniesienia (podawanie odległości zmiany od anodermi, bliższego końca kanału odbytu itd.) [4]. Podobnie wygląda sytuacja w opisach badań obrazowych [5]. U pacjenta stwierdzono rzadko występującą postać morfologiczną gruczolakoraka odbytnicy. Jakkolwiek stanem przednowotworowym raka opisywanego narządu jest polip, guzy, które stwierdzamy u chorych na raka odbytnicy mają zwykle postać twardego nacieku o wałowatym brzegu lub egzofitycznego, przysadzistego guza. Wystąpienie uszypułowanej, kulistej i ruchomej zmiany jest wyjątkiem. Morfologia guza tłumaczy rozbieżności w ocenie jego położenia u opisywanego pacjenta.

## Wnioski

Nietypowa postać morfologiczna guza może być przyczyną wykonania okaleczającego zabiegu, niepotrzebnego w przypadkach podobnych do opisanego w pracy. Decyzja o wykonaniu okaleczającego zabiegu u osoby chorej na raka odbytnicy powinna być podejmowana przez operatora (lub operatrix, jeśli chirurg jest kobietą) w oparciu o sprawdzone przez zespół leczący wyniki badań. Położenie zmian odbytnicy powinno być w każdym przypadku weryfikowane za pomocą badania *per rectum*. W przypadku rozbieżności wyników badań warto rozważyć wykonanie kolejnego wziernikowania odbytnicy za pomocą sztywnego rektoskopu.

## Bibliografia

1. Tupikowski W., Bębenek M. and, Cisarz E. et al. Preoperative treatment does not improve the therapeutic results of abdominocranal amputation of the rectum. *World J.Surg.*, 36(7):1686–92, 2012.
2. Heald R.J., Smedh R.K., Kald A. et al. Abdominoperineal excision of the rectum — An endangered operation. *Dis Colon Rect.*, 40(7):747–51, 1997.
3. Heald R.J., Ryall R.D.H. Recurrence and Survival After Total Mesorectal Excision for Rectal Cancer. *The Lancet*, 327:1479–82, 1986.
4. Tarkowski R., Bębenek M., Tupikowski W. et al. Przedoperacyjna weryfikacja lokalizacji guza odbytnicy: palec chirurga jest niezastąpiony. *Nowotwory*, wolumen 62 serii *poz.30*, strony 52–3, Warszawa, 24-26 maja 2012. XVIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej. supl. 1.
5. Baatrup G., Bolstad M., Mortensen J.H. Rigid sigmoidoscopy and MRI are not interchangeable in determining the position of rectal cancers. *Eur J Surg Oncol*, 35:1169–73, 2009.

**Wkład autorów/authors' contribution:** Radosław Tarkowski – główny autor, zebranie materiału, wstęp, opis przypadku, dyskusja, wnioski, edycja tekstu; Jolanta Szelachowska – wstęp, dyskusja, wnioski; Marek Bębenek – wstęp, dyskusja, wnioski, nadzór merytoryczny

## Komentarz:

Powyższy artykuł potwierdza nie zawsze przestrzeganą zasadę mówiącą o konieczności badania pacjenta przez operatora. Dotyczy to zwłaszcza guzów odbytnicy, gdzie badanie „per rectum” z oceną zmiany a tzw. skali Masona (ocena ruchomości guza) jest badaniem podstawowym i komplementarnym dla innych zalecanych współcześnie badań diagnostycznych.

*prof. dr hab. n. med. Michał Drews*