Колоректальный рак

Онконастороженность и ранняя диагностика

Лечение, прогноз

к.м.н., врач онколог Егоров В.И.

Статистические показатели на 2018 год

- Состоит на учете с ЗНО – 3 млн.762 тыс. 218 человек
- Зарегистрировано ЗНО – 593 тыс. 348 человек
- III-IV стадии – 38,5%, на первом году погибло 22,2%
- Выявлено активно – 148 тыс.139 случаев, из них 1-2 стадия – 77,9%

Статистические показатели на 2018 год

69783 случаев КРР

40127
(рак ободочной кишки)

I-II ст. 48,4%

III-IV ст. 49,6%

Одногодичная летальность 25,3%

29656
(рак прямой кишки)

I-II ст. 52,1%

III-IV ст. 46,4%

Одногодичная летальность 21,6%

Колоректальный рак

- Рак аппендикса
- Рак слепой кишки
- Рак восходящей ободочной кишки
- Рак печеночного изгиба
- Рак поперечной ободочной кишки
- Рак селезеночного изгиба ободочной кишки
- Рак нисходящей ободочной кишки
- Рак сигмовидной кишки
- Рак прямой кишки
- Рак анального канала

Факторы риска КРР

1. Наследственность и семейный анамнез:
   - КРР у родственников 1 линии родства (ОР-2,2)
   - КРР более чем у одного родственника (ОР-4,0)
   - КРР у родственников моложе 45 лет (ОР-3,9)
2. Воспалительные заболевания кишечника:
   - Болезнь Крона (ОР – 2,6)
   - Язвенный колит с поражением ОК (ОР – 2,8)
   - Язвенный колит с поражением ПК (ОР – 1,9)
3. Поведенческие факторы:
   - Злоупотреблением алкоголем (ОР – 1,6)
   - Ожирение, малоподвижный образ жизни (ОР-1,2)
   - Избыточное употребление мяса (красного) (ОР – 1,2)
   - Курение (ОР – 1,2)

Факторы риска КРР

Характер питания:

-Избыточное употребление животных жиров

-Недостаточное употребление растительной клетчатки

Наследственные синдромы:

-семейный диффузный полипоз толстой кишки

-синдром Пейтца-Егерса

-синдром Гарднера

-Неполипозный КРР (Синдром Линча)

Предраковые заболевания

- Облигатные заболевания (высокий риск малигнизации, до 100%)
- Факультативные заболевания (есть риск малигнизации)

Факультативные заболевания

ВЗК– риск малигнизации через 8-10 лет, возрастает до 15% через 30 лет

Полипы толстой кишки

От чего зависит риск малигнизации?

1.Гистологическая структура:

- Аденома (тубулярные, тубулярно-ворсинчатые, ворсинчатые) – 95% всех КРР
- Гиперпластические - маленькие, на вершине складок, по цвету не отличаются от слизистой
- Ювенильные – гиперваскулярный полип, проявляется в детстве в виде кишечных кровотечений
- Фиброзные полипы – чаще в анальном канале

2. Размеры:

Более 2 см – риск малигнизации более 40%

Скрининг КРР

Рак толстой кишки на ранних стадиях протекает бессимптомно!

Выявление КРР в доклинической стадии:

1. Выявление скрытой крови в кале – снижение смертности на 15-33% в общей популяции

   Проба Вебера (gFOBT) – 2 раза в год / или ежегодно

   Иммунохимический анализ (FIT)(не требует соблюдения диеты)

Группы риска КРР

Средний уровень риска – пациенты старше 50 лет без отягощенного семейного анамнеза

ФКС каждые 10 лет

На первом этапе тест на скрытую кровь ФКС в случае положительного теста.

Группы риска КРР

Высокий уровень риска – пациенты с отягощенным семейным анамнезом (доля КРР – 5-33%)

- Скрининг с 40 лет и каждые 5 лет, в случае КРР и аденомы у родственника первой линии младше 60 лет
- Скрининг с 40 лет и каждые 10 лет, в случае КРР и аденомы у родственника первой линии старше 60 лет
- Семейный аденоматозный полипоз – сигмоскопия с 10-12 лет
- Неполипозный колоректальный рак – колоноскопия с 20 лет и каждые 1-2 года или на 10 лет раньше самого молодого возраста родственника, у которого КРР.

Онконастороженность при КРР

Симптомы,которые должны насторожить:

- изменение характера стула: появление запоров, постоянный жидкий стул или чередование запоров с поносами
- патологические выделения из прямой кишки: слизь, гной, кровь
- частые ложные позывы на акт дефекации
- чувство не полного опорожнения после акта дефекации
- анемия в общем анализе крови (признаки нарушения обмена железа при субнормальных уровнях железа)
- вздутие живота
- наличие пальпируемой опухоли

Классификация КРР

1) Клинико-анатомические формы:
   - токсико-анемическая (характерна для правой половины ОК)
   - обтурационная (характерна для левой половины ОК)
   - псевдовоспалительная (имитация воспалительной патологии в брюшной полости)
   - опухолевая (определяемая пальпаторно опухоль без иных симптомов)
   - диспепсическая
   - энтероколитическая (выделения со стулом, имитация ОКИ)
2) Форма роста:
   - эндофитная (инфильтративный) - левая половина
   - экзофитная (в виде узла) – при распаде – блюдцеобразный рак
3) Гистологический тип:
   - аденокарцинома (железистый)
   - муционозный рак
   - перстневидно-клеточный
   - плоскоклеточный

Метастазирование КРР

- Лимфогенный – основной путь – в регионарные и отдаленные лимфоузлы
- Гематогенный – печень, легкие, в другие органы значительно реже
- Имплантационный – канцероматоз (появление асцита)

Тактика при подозрении на КРР

- Клинический осмотр (ректальное исследование – эффективна более 70% случаев опухолей прямой кишки)
- Ректороманоскопия
- Ирригоскопия
- Колоноскопия
- Гистологическое и цитологическое исследования
- Определение РЭА в сыворотке крови
- УЗИ ОБП
- Rg ОГК
- Консультация онколога

Лечение КРР

- Хирургический метод – основной метод лечения при раке ОК и ампулярного отдела прямой кишки – соблюдение онкологических принципов с адекватной лимфодиссекцией
- Лекарственное лечение – применяется при наличии регионарных или отдаленных метастазом, также при местнораспространенных опухолях – химиотерапия, таргентная терапия
- Лучевая терапия – ведущий метод лечения при анальном раке и дополнительный при раке средне-нижнеампулярного отделов прямой кишки (cT3c и более по данным МРТ), при рецидивных опухолях.

Осложнения КРР

- Нарушения кишечной непроходимости –

1) компенсированная - периодически возникающие запоры, сопровождающиеся задержкой стула и затруднением отхождения газов; на Rg ОБП - пневматизация ободочной кишки

2) субкомпенсированная - задержка стула и газов менее 3-х суток, на Rg ОБП определяются тонкокишечные арки, пневматоз и чаши Клойбера в правой половине живота; отсутствуют признаки полиорганных дисфункций

3) декомпенсированная - задержка стула и газов более 3-х суток; Rg толсто-, так и тонкокишечной непроходимости с локализацией тонкокишечных уровней и арок во всех отделах брюшной полости; рвота; наличие органных дисфункций

- Параканкрозное воспаления/абсцесс – симптомы интоксикации, боли в животе
- Кишечное кровотечение – острая / хроническая постгеморрагическая анемия
- Перфорация опухоли – клиника перитонита

Тактика при осложненных формах КРР

Кишечная непроходимость:

- компенсированные формы – консервативная подготовка толстой кишки к плановой операции

- субкомпенсированные формы – консерватиная терапия в течении 6-12 часов, в случае неэффективности операция. Применение стентирования или реканализации.

- декомпенсированные формы - операция после короткой предоперационной подготовки

Объем операции при кишечной непроходимости

1. Операция на фоне неэффективной консервативной терапии и при декомпенсированной форме – формирование разгрузочной кишечной стомы. Выполнение местной радикальной операции допустимо в условиях специализированного стационара и наличии квалифицированного колоректального хирурга и анестезиолога-реаниматолога.
2. В случаях перфорации, абсцесса, кровотечения удаление первичной опухоли
3. Наличие отдаленных метастазов не является противопоказанием для удаления первичной опухоли.

Наблюдение после лечения КРР

Сбор жалоб, осмотр, УЗИ, кровь на РЭА – каждые 3-6 месяцев в первые 2 года

ФКС – через год и 3 года, затем каждые 5 лет

Rg ОГК – 1 раз в год

КТ ОБП и ОГК – через 12-16 месяцев после лечения

Сроки и объем обследований могут быть изменены в каждом случае, в зависимости от риска рецидивирования и метастазирования!

Прогноз при КРР

Пятилетняя выживаемость:

1 стадия – TisNoMo, T1NoMo, T2NoMo – 90-100%

2 стадия - T3NoMo (80-85%), T4NoMo (70-75%)

3 стадия - T1-4N1Mo – 50-65%

3 стадия - $T_{1-4}N_{2-3}Mo$ – 35-45%

4 стадия - $T_{1-4}N_{0-3}M1$ – 5%

Спасибо за внимание!