

Miejscowe wycięcie nowotworów odbytnicy (LE) – alternatywa dla rozległych operacji brzusznych (LAR, APR)

Jacek Śmigieński¹, Piotr Ziemiński¹, Masoud Hedayati¹,
Konrad Janowski¹, Krzysztof Kołomecki¹, Adam Dziński²

Wstęp. Nowotwory jelita grubego stanowią poważny problem zarówno medyczny, jak i społeczno-ekonomiczny. Nadal są częstą przyczyną zgonów.

Materiał i metody. Na Oddziale Chirurgii Ogólnej Szpitala MSWiA w Łodzi oraz w Klinice Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej UM w Łodzi w okresie od 1 stycznia 1994 r. do 31 grudnia 2003 r. zoperowano z powodu guza jelita grubego łącznie 359 osób. Analizie poddano 268 pacjentów, u których rozpoznano guza jelita grubego w odległości do 20 cm od linii zwieraczy odbytu.

Wyniki. Powikłania pooperacyjne po APR i LAR w trakcie hospitalizacji, tj. do 7 dni odnotowano w 19,9% przypadków, natomiast po zakończeniu hospitalizacji powikłania zaobserwowano w 32,7%. Łącznie powikłania zanotowano w 52,6% przypadków. Analogicznie po LE odnotowano 42,4%, w większości czasowo przemijających, powikłań. Czas hospitalizacji był zmiennie krótszy w przypadku LE 6,3 dnia vs 9,2 dnia po LAR i 9,8 dnia po APR.

Wnioski. Miejscowe wycięcie nowotworów odbytnicy jest skuteczną, w pełni radykalną i bezpieczną metodą leczenia chorych z wczesną T1, dobrze zróżnicowaną G1 i nisko zlokalizowaną zmianą. W porównaniu z LAR i APR miejscowe wycięcie odbytnicy jest metodą mniej obciążającą, z mniejszą ilością powikłań pooperacyjnych. Miejscowe wycięcie nowotworów odbytnicy wymaga krótszego, w porównaniu z LAR i APR, czasu hospitalizacji i pozwala na szybsze włączenie żywienia dojelitowego.

Local excision of rectum tumors – an alternative for extensive abdominal operations (LAR, APR)

Background. Colorectal tumors present as a serious medical as well as social and economic problem and remain a frequent cause of death.

Material and methods. The study was performed on 359 patients with colorectal neoplasms. They were operated at the Colorectal and General Surgery Clinic of The Medical University of Lodz and at the Department of Surgery of the Hospital of the Ministry of Internal Affairs and Administration in Lodz, Poland, between January 1st 1994 and December 31st 2003. The analysis was performed on a group of 268 patients with rectal tumors identified within a distance of 20 cm from the sphincterline.

Results. Complications after APR and LAR observed in the course of hospitalization (over 7 days) occurred in 19.9% of cases, however, after discharge they were observed in a some further 27.1% of patients, thus accounting for a total of 52.6% cases. In case of LE we observed complications in 42.4% of cases; a majority of these were time-reversible. The period of hospitalization was significantly shorter after LE (6-3 days), as compared to 9.2 days after LAR and 9.8 days after APR.

Conclusions. Local excision of rectal tumours is an effective, radical and safe method of treatment of early tumours characterized as T1 and G1 and with a low localization. When compared to LAR and APR LE is less traumatic and is associated with a lesser number of complications. It also requires shorter hospitalization and allows for an earlier return to intestinal nutrition.

Słowa kluczowe: rak jelita grubego, wycięcie miejscowe, przednia resekcja, amputacja odbytnicy

Key words: colorectal cancer, local excision, LAR, APR

¹ Oddział Chirurgii Ogólnej
Szpital MSWiA w Łodzi

² Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej
UM w Łodzi

Wstęp

Nowotwory jelita grubego stanowią poważny problem zarówno medyczny, jak i społeczno-ekonomiczny. Mimo prowadzonych badań przesiewowych oraz ciągłego poszerzania wprowadzania nowych badań diagnostycznych nie odnotowuje się znaczącej poprawy w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego. Dane z piśmiennictwa oraz własne obserwacje wskazują, że znaczna część chorych wciąż zgłasza się do lekarza zbyt późno, tzn. w okresie znacznego zaawansowania choroby. Wynika to z wielu uwarunkowań. Nowotwory jelita grubego we wczesnym okresie rozwoju dają dyskretne objawy, które nie zawsze budzą niepokój chorego, a małe uświadomienie społeczeństwa dotyczące chorób nowotworowych i niechęć do profilaktycznych badań lekarskich dopełniają swego. Niekorzystny wpływ mają również częste obawy przed poddaniem się poważnemu, okaleczającemu zabiegowi operacyjnemu z wytworzeniem sztucznego odbytu. Tymczasem wczesne rozpoznanie guza daje możliwość leczenia nowotworu w jego niezaawansowanej postaci przez miejscowe usunięcie zmiany [1, 2].

Informacja na temat miejscowego wycięcia guzów odbytnicy po raz pierwszy pojawiła się w literaturze fachowej w 1977 roku, kiedy to ukazała się praca Morsona i wsp. ze Szpitala Świętego Marka w Londynie [3]. Publikacja ta wskazała, że w przypadku nowotworu ograniczonego do błony śluzowej odbytnicy bądź w niewielkim stopniu naciekającego poza błonę śluzową możliwe jest onkologicznie radykalne miejscowe wycięcie. Od tego czasu ukazało się wiele prac, których autorzy kwalifikowali pacjentów do miejscowego usunięcia zmiany nowotworowej zlokalizowanej w odbytnicy. Doniesienia te jednak wskazują, iż liczba chorych operowanych w ten sposób ciągle stanowi niewielki odsetek ogółu zabiegów resekcyjnych wykonywanych z powodu raka jelita grubego. Wynika to z trudności we właściwym doborze chorych, tym większych, że wskazania do *local excision* (LE) są nadal słabo rozpowszechnione, zaś popularność przedniego niskiego wycięcia odbytnicy (LAR) i brzuszno-kroczonego odjęcia odbytnicy (APR) jest wśród chirurgów duża [4-6].

Materiał i metodyka

Na Oddziale Chirurgii Ogólnej Szpitala MSWiA w Łodzi oraz w Klinice Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej UM w Łodzi w okresie od 1 stycznia 1994 r. do 31 grudnia 2003 r. zoperowano z powodu guza jelita grubego łącznie 359 osób. Analizie poddano 268 pacjentów, u których rozpoznano guza jelita grubego w odległości do 20 cm od linii zwieraczy odbytu.

Celem pracy jest analiza wyników leczenia chorych po miejscowym, z założenia radykalnym, wycięciu guzów odbytnicy (LE) i porównanie ich z wynikami leczenia chorych po przednim niskim wycięciu odbytnicy (LAR) oraz po brzuszno-kroczonej amputacji odbytnicy (APR).

Postępowanie kwalifikujące chorych do LE obejmowało następujące badania:

- szczegółowy wywiad,
- badanie fizykalne (*per rectum*, badanie jamy brzusznej),
- anoskopia, badanie rektosigmoidoskopyczne lub kolonoskopyczne z pobraniem wycinków,

- wlew kontrastowy doodbytniczy,
- USG transrektalne,
- CT jamy brzusznej,
- badanie histopatologiczne pobranego materiału,
- RTG klatki piersiowej (w poszukiwaniu ewentualnych przerzutów odległych),
- USG jamy brzusznej.

Na podstawie przeprowadzonej diagnostyki przedoperacyjnej (badanie rektosigmoidoskopyczne i kolonoskopyczne oraz wlew doodbytniczy) umiejscowienie guza pokazuje Tabela I.

Tab. I. Umiejscowienie guza w zależności od odległości od linii zwieraczy odbytu

Odległość od linii zwieraczy odbytu (cm)	Liczba osób (n)	Odsetek (%)
do 5	64	17,8
od 5 do 10	128	35,6
od 10 do 20	76	21,2
powyżej 20	91	25,4

Średnia wieku wszystkich operowanych wynosiła 63,7 roku. Do LE zakwalifikowano 33 chorych z ogółu 268 – 12,3% (w tym 14 kobiet i 19 mężczyzn). Odległość guzów od linii zwieraczy odbytu wynosiła od 0 do 8 cm, a średnica samego guza nie przekraczała 4 cm. U 24 chorych w badaniu histopatologicznym przedoperacyjnym rozpoznano gruczolaka, w 8 przypadkach był to gruczolakorak, u jednego chorego zdiagnozowano czerniaka. Według klasyfikacji TNM nowotwory te określono jako zmiany T1N0 M0. Nie kwalifikowano do LE pacjentów z guzem przekraczającym błonę podstawną >T2 i/lub przerzutami do okolicznych i odległych węzłów chłonnych oraz z podejrzeniem bądź stwierdzeniem przerzutów odległych. Nie kwalifikowano także chorych z guzami nisko zróżnicowanymi >G2 w badaniu histopatologicznym [7]. Wszyscy chorzy operowani byli z dostępu przez odbyt. Ani przed leczeniem chirurgicznym, ani po nim nie stosowano uzupełniającej chemio- i radioterapii.

W tym samym okresie 133 osoby (49,7%) zakwalifikowano do brzuszno-kroczonej amputacji odbytnicy (APR), a 102 chorych (38%) do przedniego niskiego wycięcia odbytnicy (LAR) z jednoczesnym zespoleniem szwem mechanicznym lub ręcznym.

Wszyscy pacjenci w ramach przygotowania do zabiegu zostali poddani profilaktycznej antybiotykoterapii (cefalosporyny I lub II generacji) i profilaktyce przeciwzakrzepowej (heparyna drobnocząsteczkowa). U chorych zakwalifikowanych do LE jelito przygotowywano przed zabiegiem jedynie dwukrotną enemą, a u chorych kwalifikowanych do APR i LAR przed zabiegiem wykonywano mechaniczne oczyszczenie jelita z doustną, skojarzoną antybiotykoterapią. Wszystkie operacje wykonano w znieczuleniu ogólnym. Każdorazowo pacjentów układano do zabiegu w pozycji ginekologicznej z rozchylonymi pośladkami. W przypadku LE zastosowano metodę przezodbytniczą z wycięciem zmiany przy użyciu noża elektrycznego z całą grubością ściany. Ubytek zamykano poprzecznie ciągłym szwem wchłaniальnym.

U pacjentów zakwalifikowanych do przedniego, niskiego wycięcia odbytnicy posłużono się metodą Dixona z zastosowaniem techniki całkowitego wycięcia tkanek *mesorectum* (TME) [8]. Natomiast u chorych z nisko umiejscowionym guzem, a tym samym brakiem możliwości wykonania pewnego i „czystego onkologicznie” zespolenia, zapewniającego odpowiedni standard życia pooperacyjnego, zastosowano brzuszno-kroczone odjęcie odbytnicy sposobem Milesa z wytworzeniem ostatecznego odbytu sztucznego [9].

Do wszystkich 268 operowanych pacjentów rozesłano ankiety. Uzyskane odpowiedzi oraz dokumentacja medyczna pooperacyjnych badań kontrolnych pozwoliły na przeanalizowanie wyników leczenia łącznie 162 osób (60,4%).

U 138 pacjentów nie stwierdzono wznowy procesu nowotworowego, a u 24 osób rozpoznano nawrót choroby. Los 106 pacjentów po zabiegu resekcyjnym odbytnicy jest nieznan – chorzy ci nie odpowiedzieli na ankietę, ani nie zgłosili się na żadne badanie kontrolne.

Wyniki

W każdym przypadku wykonywano pooperacyjne badania histopatologiczne. U wszystkich chorych po LE rozpoznano raka gruczołowego, a wyniki potwierdziły zarówno rozpoznanie przedoperacyjne, jak i radykalność zabiegu. W przypadku pacjentów po APR lub LAR w pooperacyjnym badaniu histopatologicznym uzyskano wyniki przedstawione w Tabeli II.

Tab. II. Badania histopatologiczne po operacjach LAR i APR

Typ histopatologiczny guza	Liczba osób (n)	Odsetek (%)
Rak gruczołowy	220	93,3
Rak płaskonabłonkowy	5	2,3
Guz zapalny	5	2,3
Rak anaplastyczny	4	1,7
<i>Carcinoid</i>	1	0,5

U pacjentów po LE obserwowano krótkotrwałe (ograniczone do czasu hospitalizacji – do 7 dni) wczesne powikłania pooperacyjne. Zaburzenia oddawania moczu wystąpiły u 4 chorych, okresowe dolegliwości bólowe w okolicy odbytu, utrzymujące się do 5 dni po zabiegu u 6 chorych. W 3 przypadkach odnotowano czasowe zaburzenia oddawania stolca, które ustąpiły samoistnie. U nikogo z operowanych miejscowo chorych nie stwierdzono powikłań po zakończonej hospitalizacji. U chorych prowadzono badania kontrolne (*follow up*). W jednym przypadku (3%) po 2 latach od zabiegu (powikłanie

Tab. III. Powikłania pooperacyjne po LE (wczesne i późne)

Powikłanie	Liczba osób (n)	Odsetek (%)
Zaburzenia oddawania moczu	4	12,1
Zaburzenia oddawania stolca	3	9,1
Ból w okolicy odbytu	6	18,2
Wznowa miejscowa	1	3,0
Zgon	0	0
Razem	15	42,4

późne) zdiagnozowano miejscową wznowę raka – wykonano APR (Tabela III).

Na podstawie obserwacji pacjentów po operacjach brzusznych APR i LAR, podzielono zanotowane u nich powikłania na te, które wystąpiły jeszcze podczas hospitalizacji (do 7 dni), oraz te, które pojawiły się po jej zakończeniu (Tabele IV i V).

Tab. IV. Powikłania pooperacyjne po APR i LAR w trakcie hospitalizacji

Powikłanie	Liczba osób (n)	Odsetek (%)
Ropienie rany pooperacyjnej	32	13,6
Rozejście rany z wytrzewieniem	7	2,9
Nieszczelność zespolenia	4	1,7
Krwotok pooperacyjny	2	0,85
Zapadnięcie i/lub martwica stomii	2	0,85
Razem	47	19,9

Tab. V. Powikłania pooperacyjne po APR i LAR po zakończeniu hospitalizacji

Powikłanie	Liczba osób (n)	Odsetek (%)
Zaburzenia oddawania stolca	22	9,3
Zaburzenia oddawania moczu	13	5,5
Przepuklina w bliźnie poop.	17	7,2
Przepuklina okołostomijna	12	5,1
Wznowa procesu nowotworowego	8	3,8
Zgon	3	1,8
Razem	75	32,7

Śmiertelność okołoperacyjna wyniosła 0 po zabiegach miejscowego wycięcia. Natomiast w przypadku chorych po rozległych zabiegach na odbytnicy – w okresie pooperacyjnym, tj. do 30 dni od zabiegu, zmarło 3 pacjentów (1,8%). W każdym przypadku przyczyną śmierci była niewydolność krążeniowo-oddechowa, a chorzy byli w podeszłym wieku. Całkowita liczba powikłań po dużych operacjach brzusznych, łącznie ze wznowami i śmiertelnością, wyniosła 52,6%.

W okresie pooperacyjnym w związku ze spadkiem wartości morfotycznych krwi obwodowej zaistniała potrzeba przetoczenia Koncentratu Krwinek Czerwonych (KKCz) u 27 pacjentów, tj. u 11,5% ogółu operowanych po APR i LAR. U 23 osób przetoczono 2 jednostki, u 4 osób po 4 jednostki KKCz. U chorych po LE nie przetaczano preparatów krwi.

U chorych po zabiegach miejscowego wycięcia guza standardowo wprowadzano żywienie dojelitowe już

Tab. VI. Średni czas pobytu w szpitalu chorych po APR i LAR w porównaniu z chorymi leczonymi miejscowym wycięciem

Średni czas pobytu chorych ze względu na rodzaj operacji (liczba dni)	
Przednie niskie wycięcie odbytnicy (LAR)	9,2
Brzuszo-kroczone odjęcie odbytnicy (APR)	
– z zeszcieniem rany krocza	9,8
– z zasetonowaniem rany krocza	26,9
Miejscowe wycięcie guza (LE)	6,3

w 2. dobie po operacji (średnio 2,4 dnia), natomiast po LAR i APR w 3. lub 4. (średnio 4,2 doby). W przebiegu pooperacyjnym nie stosowano metody żywieniowej „fast track”.

Średni czas pobytu chorych po APR i LAR w porównaniu z chorymi leczonymi miejscowym wycięciem ilustruje Tabela VI.

Omówienie

Miejscowe wycięcie nowotworów odbytnicy pierwotnie stosowano jako metodę operacyjną u osób, u których występowały obiektywne i subiektywne przeciwwskazania do rozległych zabiegów operacyjnych, to znaczy u pacjentów w podeszłym wieku lub charakteryzujących się złym stanem ogólnym. Stosowano i nadal stosuje się LE jako metodę z wyboru w przypadku chorych nie wyrażających zgody na rozległy zabieg operacyjny [10].

Aktualnie miejscowe wycięcie nowotworów odbytnicy traktowane jest jako próba z założenia radykalnego leczenia pacjentów z wczesnym, nisko zlokalizowanym guzem jelita grubego [11].

Obserwowanym pozytywnym zjawiskiem jest stałe zwiększanie się liczby wykonywanych zabiegów miejscowego wycięcia guzów odbytnicy. Jednakże należy podkreślić, iż LAR i APR nadal nie tracą popularności i mają wierne grono zwolenników wśród lekarzy chirurgów.

Decyzja o wyborze metody operacyjnej jest trudna i uwarunkowana wieloma czynnikami. Lekarz kwalifikujący chorego do LE lub APR czy LAR powinien posiadać informację na temat wielkości, umiejscowienia i zaawansowania zmiany [5].

Aktualnie ujednolicone wskazania do LE na podstawie najnowszego piśmiennictwa to:

- średnica guza poniżej 4 cm (usuwanie guzów większych, pamiętając o 1-cm marginesie czystości onkologicznej może doprowadzić do zwężenia odbytu [12]),
- wzrost polipowaty,
- nacieki zajmujący poniżej 40% obwodu odbytnicy,
- odległość bliższego brzegu guza od linii grzebieniastej nieprzekraczająca 10 cm (nie dotyczy techniki TEM [13]),
- brak cech przerzutów w węzłach chłonnych (USG transrektalne, CT miednicy mniejszej, badanie fizykalne),
- w badaniu fizykalnym guz ruchomy względem struktur miednicy (zaawansowanie kliniczne Mason I i II,

T1-2N0 M0, Dukes A [5, 14-16], T2 nadal pozostaje dyskusyjne.

Określenie stopnia zaawansowania nowotworu wymaga wykonania wielu specjalistycznych badań diagnostycznych, takich jak:

- USG transrektalne – metoda z wyboru (czułość 97%, swoistość 87%),
- kolonoskopia (przed zabiegiem pozwala wykluczyć istnienie zmian synchronicznych) [17],
- tomografia komputerowa i/lub rezonans magnetyczny (ocena rozprzestrzenienia się nowotworu w *mesorectum*).

Powyższy pakiet badań nie jest, niestety, aktualnie możliwy do wykonania we wszystkich ośrodkach medycznych w Polsce, zajmujących się leczeniem nowotworów jelit (głównie ze względu na ograniczenia sprzętowe), a bez dokładnej przedoperacyjnej diagnostyki trudno jest im osiągać dobre wyniki leczenia guzów odbytnicy przez miejscowe wycięcie.

Miejscowe wycięcie nowotworów odbytnicy polega na usunięciu guza w całości z marginesem około 1 cm zdrowych tkanek [10, 12]. Zabieg można wykonać z trzech dostępów:

1. przez odbyt (technika stosowana najczęściej),
2. przez usunięcie kości guzicznej sposobem Kraskego [5],
3. z dostępu przezzwieraczowego sposobem Yorka, Masona (bardzo rzadko stosowany) [5],
4. przez pochwę [18, 19].

Sposób 2 i 3 są obarczone znacznym ryzykiem pooperacyjnych powikłań miejscowych. W przypadku metody Kraskego istnieje ryzyko przetoki kałowej nawet u 5-20% pacjentów, natomiast po zabiegu metodą Masona występuje ryzyko uszkodzenia zwieraczy i nietrzymania stolca [20-22]. Poza wyżej wymienionymi technikami od kilku lat istnieje nowa metoda miejscowego usuwania guzów odbytnicy nazwana przezodbytniczą mikrochirurgią endoskopową (*Transanal Endoscopic Microsurgery* – TEM). Jest ona minimalnie inwazyjną techniką operacyjną, pozwalającą na usuwanie zmian w obrębie całej odbytnicy, przy wykorzystaniu specjalnie skonstruowanego wziernika endoskopowego oraz endoskopowych narzędzi chirurgicznych. Technika tą można usunąć zmiany w odbytnicy oraz początkowym odcinku esicy na głębokości do 25 cm od linii zwieraczy odbytu [23-25]. Wraz z rozwojem endoskopii opracowano niedawno technikę wideoskopowego usuwania *mesorectum* tylnego przedziału. Metoda daje możliwość usunięcia 5-20 węzłów chłonnych z bezpośredniego otoczenia odbytnicy [2].

Wszyscy chorzy zakwalifikowani do LE operowani byli sposobem przez odbyt. Każdy zabieg traktowany był z założenia jako potencjalnie radykalny (co zostało potwierdzone przez pooperacyjne badanie histopatologiczne). Z analizy wyłączono chorych zakwalifikowanych do LE jako zabiegu paliatywnego. Operacje miejscowego wycięcia są dużo mniej obciążającym stresem dla chorych niż operacje brzuszne. Pacjenci nadal różnią się pojęciami: zabieg – kojarzony z czymś małym i operacja – w zna-

czeniu rozległej ingerencji chirurgicznej. Wydaje się, że wpływ psychiki chorego ma też znaczenie przy powrocie do prawidłowych funkcji układu pokarmowego. Szybciej wdrożona pełnokaloryczna dieta doustna ma duże znaczenie dla prawidłowego gojenia.

W badaniu nie stosowano leczenia uzupełniającego przed- i pooperacyjnego.

Część autorów uznaje, że w przypadku nowotworów o zaawansowaniu T1N0 M0 (według klasyfikacji TNM) można pominąć leczenie adiuwantowe [7, 26, 27].

Ostatnio jednak coraz częściej można spotkać opinie, iż radioterapia przedoperacyjna powinna być stosowana przed każdą radykalną resekcją guza jelita grubego, nawet w przypadku guzów T1. W wielu ośrodkach w prowadzonych randomizowanych badaniach klinicznych, stosując radioterapię przedoperacyjną, uzyskano znaczne statystycznie zmniejszenie liczby niepowodzeń miejscowych wycięć oraz wydłużenie przeżyć bez czynnego procesu chorobowego po resekcjach nowotworów jelita grubego [12, 21].

Odnotowana przez nas wznowa u chorego w dwa lata od zabiegu może być potwierdzeniem tezy mówiącej o istnieniu mikroprzerzutów w okolicznych węzłach chłonnych, nie wykrywanych aktualnie dostępnymi badaniami diagnostycznymi [5, 28].

W tym miejscu należy zadać pytanie, czy zasadne jest stosowanie radioterapii przedoperacyjnej w przypadku zmian T1N0 M0 [27, 29, 30]. Dowiedziono przecież, że nie wpływa ona na zwiększenie szansy oszczędzenia zwieraczy przy operacji brzusznej. Nadal trwa dyskusja co do guzów określanych jako T2, gdzie ryzyko wystąpienia przerzutów w węzłach jest znacznie większe niż dla guzów T1. W przypadku zmian o tym i wyższych stopniach zaawansowania zaleca się dzisiaj stosowanie skojarzonej radio- i chemioterapii przed- lub pooperacyjnej. W wielu ośrodkach takie postępowanie jest kolejnym etapem leczenia. Nie jest to jednak powszechnie obowiązujący standard na całym świecie [12].

Analiza przedstawionych przez nas wyników dotyczących LE sugeruje, że jest to bezpieczna i skuteczna metoda leczenia wczesnych, nisko zlokalizowanych guzów odbytnicy. Metoda dająca możliwość radykalnego usunięcia zmiany bez rozległego zabiegu operacyjnego, z zaoszczędzeniem mięśni zwieraczy, bez konieczności wytworzenia kolostomii, ze zminimalizowaną liczbą powikłań i śmiertelności pooperacyjnej [10, 17]. Za wyborem LE przemawia również fakt, że metoda ta w razie wznowy stwarza możliwość poszerzenia zabiegu do LAR lub APR. Za każdym razem podejmując decyzję o wykonaniu LE, należy zadać sobie pytanie, czy po operacji będzie prowadzona systematyczna obserwacja pacjenta pozwalająca na wczesne zdiagnozowanie ewentualnej wznowy [4, 31]. Prowadzone w państwach zachodnich badania *follow-up* dowodzą, że 5-letnie przeżycia po powtórnej operacji u pacjentów z wznową po LE, a zakwalifikowanych do APR wynoszą około 42% [1, 2].

Kolejnym czynnikiem, który przemawia za wykonywaniem miejscowego wycięcia jest stosunkowo duże bezpieczeństwo wykonania zabiegu u kobiet ciężarnych i/lub

karmiących. Brak ingerencji w bezpośrednie sąsiedztwo płodu oraz stosowanie do znieczulenia tych pacjentek preparatu Fentanyl jest sprawdzoną, nieobciążającą metodą anestezyjologiczną [32].

Prowadzone obserwacje wskazują, że zbyt mała liczba zoperowanych chorych (60%) w naszym ośrodku decyduje się na systematyczne prowadzenie wyżej wymienionych badań kontrolnych. Fakt ten znacznie utrudnia ścisły nadzór pooperacyjny.

Mała liczba pacjentów operowanych przez LE oraz dysproporcja pomiędzy liczbą chorych po APR i LAR nie pozwala nam obecnie na bezpośrednie porównanie tych metod i konstruowanie wniosków znamienych statystycznie. Wydaje się, że sposobem na zwiększenie liczby pacjentów operowanych miejscowo są prowadzone na szeroka skalę badania przesiewowe. Tylko one mogą zapewnić wykrycie zmian nowotworowych w ich wczesnym stadium [1, 33]. W większości przypadków jedynym i wystarczającym badaniem, pozwalającym na postawienie wstępnego rozpoznania, jest badanie *per rectum*.

Wycięcie miejscowe nowotworów odbytnicy (LE) jest bezpieczną, poprawiającą wczesne wyniki leczenia metodą. Jej rolę w chirurgii odbytnicy określają odległe rezultaty badań prowadzonych w kilku ośrodkach na dużych grupach chorych.

Wnioski

1. Miejscowe wycięcie nowotworów odbytnicy jest skuteczną i bezpieczną metodą leczenia chorych z wczesną (T1N0 M0), dobrze zróżnicowaną (G1) i nisko zlokalizowaną zmianą.
2. W porównaniu z LAR i APR miejscowe wycięcie odbytnicy jest metodą mniej obciążającą dla chorego, z mniejszą ilością powikłań pooperacyjnych, możliwą do wykonania, bez dodatkowych obciążeń, u kobiet ciężarnych i/lub karmiących.
3. Po zabiegach miejscowego wycięcia guzów odbytnicy nie ma potrzeby przetaczania pacjentom krwi ani preparatów krwiopochodnych.
4. Miejscowe wycięcie nowotworów odbytnicy pozwala na szybsze wdrożenie żywienia dojelitowego oraz skraca czas hospitalizacji w porównaniu z rozległymi zabiegami typu LAR i APR.
5. Po operacjach miejscowego wycięcia nowotworów odbytnicy nie wystąpiły powikłania pod postacią śmiertelności okołoperacyjnej.

Dr n. med. Jacek Śmigieński
Oddział Chirurgii Ogólnej Szpitala MSWiA
ul. Północna 42, 91-425 Łódź
email: jaceksmigieński@tlen.pl

Piśmiennictwo

1. Kuwada SK. Rak jelita grubego. Edukacja pacjentów i badania przesiewowe mają podstawowe znaczenie dla poprawy wyników leczenia. *Med Dopl* 2001; 10: 34-42.
2. Austoker J. Badania przesiewowe w wykrywaniu nowotworów jelita grubego, B.M.J., VII Kongres PTG, 12-14.09.1996, Poznań.
3. Morson BC, Bussey HJ, Samoorian S. Policy of local excision for early cancer of the colorectum. *GUT* 1977; 18: 1045-50.
4. Chakravarti A, Compton CC, Shellito PC i wsp. Long-term follow-up of patients with rectal cancer managed by local excision with and without adjuvant irradiation. *Ann Surg* 1999; 230: 49-54.
5. Wibe A, Syse A, Anderson E i wsp. Oncological outcomes after total mesorectal excision for cure for cancer of the lower rectum: anterior vs abdominoperineal resection. *Dis Colon Rectum* 2004; 47: 48-58.
6. Nowacki MP. Standardy leczenia chirurgicznego nowotworów jelita grubego. *Proktologia* 2001; 2: 75-83.
7. Lamont JP, McCarty TM, Digan RD i wsp. Should locally excised T1 rectal cancer receive adjuvant chemoradiation. *Am J Surg Dec* 2000; 180: 402-6.
8. Cepowicz D, Dadan H, Okulczyk B i wsp. Kliniczno-morfologiczna ocena wyników leczenia raka odbytnicy metodą Dixona. *Wiad Lek* 1997; L, supl.1, cz. 1.
9. Zaheer S, Pemberton JH, Farouk R i wsp. Surgical treatment of adenocarcinoma of the rectum. *Ann Surg* 2000; 227: 800-11.
10. Balani A, Turollo A, Braini A i wsp. Local excision for rectal cancer. *J Surg Oncol* 2000; 74: 158-62.
11. Bentrem DJ, Okabe S, Wong WD i wsp. T1 adenocarcinoma of the rectum: transanal excision or radical surgery? *Ann Surg* 2005; 242: 472-7; discussion 477-9.
12. Balch GC, De Meo A, Guillem JG. Modern management of rectal cancer: a 2006 update. *World J Gastroenterol* 2006; 12: 3186-95.
13. Gopaul D, Belliveau P, Vuong T i wsp. Outcome of local excision of rectal carcinoma. *Dis Colon Rectum* 2004; 47: 1780-8.
14. Nascimbeni R, Nivatvongs S, Larson DR i wsp. Long-term survival after local excision for T1 carcinoma of the rectum. *Dis Colon Rectum* 2004; 47: 1773-9. Erratum in: *Dis Colon Rectum*. 2005; 48: 1325-6.
15. Skibber JM. Local excision for rectal cancer. *J Natl Compr Canc Netw* 2005; 3: 531-9.
16. Lezoche E, Guerrieri M, Paganini AM i wsp. Long-term results in patients with T2-3 N0 distal rectal cancer undergoing radiotherapy before transanal endoscopic microsurgery. *Br J Surg* 2005; 92: 1546-52.
17. Heriot AG, Grundy A, Kumar D. Preoperative staging of rectal carcinoma. *Br J Surg* 1999; 86: 17-28.
18. Fu T, Liu B, Zhang S i wsp. Transvaginal local excision of rectal carcinoma. *Curr Surg* 2003; 60: 538-41; discussion 541-2.
19. Hellan M, Maker VK. Transvaginal excision of a large rectal stromal tumor: an alternative. *Am J Surg* 2006; 191: 121-3.
20. Lopez-Kostner F, Fazio VW, Vignali A i wsp. Locally recurrent rectal cancer. Predictors and success of salvage surgery. *Dis Colon Rectum* 2001; 44: 173-8.
21. Chen CC, Leu SY, Liu MC i wsp. Transanal local wide excision for rectal adenocarcinoma. *Hepatogastroenterology* 2005; 52: 460-3.
22. Killingback M. Local excision of carcinoma of the rectum: indications. *W J Surg* 1992; 16: 437-44.
23. Drews M, Malinger S, Krokowicz P i wsp. Doświadczenia własne w leczeniu guzów odbytnicy techniką TEM. *Wiad Lek* 1997; 50, supl. 1: 122-6.
24. Zert A, Muller-Stich BP, Beck J i wsp. Endoscopic posterior mesorectal resection after transanal local excision of T1 carcinomas of the lower third of the rectum. *Dis Colon Rectum* 2006; 49: 919-24.
25. Lev-Chelouche D, Margel D, Goldman G i wsp. Transanal endoscopic microsurgery. Experience with 75 rectal neoplasms. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 662-8.
26. Mellgren A, Sirivongs P, Rothenberger DA i wsp. Is local excision adequate therapy for early rectal cancer? *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 1064-71; discussion 1071-4.
27. Garcia-Aguilar J, Mellgren A, Sirivongs P i wsp. Local excision of rectal cancer without adjuvant therapy. *Ann Surg* 2000; 231: 345-51.
28. Blumberg D, Paty PB, Guillem JG i wsp. All patients with small intramural rectal cancers are at risk for lymph node metastasis. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 881-5.
29. Wheeler JMD, Warren BF, Jones AC i wsp. Preoperative radiotherapy for rectal cancer: implications for surgeons, pathologists and radiologists. *Br J Surg* 1998; 86: 1108-20.
30. Bujko K, Nowacki MP, Nasierowska-Guttmejer A i wsp. Sphincter preservation following preoperative radiotherapy for rectal cancer: report of randomised trial comparing short-term radiotherapy vs. conventionally fractionated radiochemotherapy. *Rad Onc* 2004; 72: 15-24.
31. Temple KF, Naimark D, McLeod RS. Decision analysis as an aid to determining the management of early low rectal cancer for the individual patient. *J Clin Oncol* 1999; 17: 312-8.
32. ASGE guideline: guidelines for endoscopy in pregnant and lactating women. *Gastrointest Endosc* 2005; 61: 357-62.
33. Waliszewski P, Waliszewski W. Perspektywy terapii raka jelita grubego. *Gastroenterologia Polska* 1995; 2: 243-7.

Otrzymano: 24 maja 2006 r.

Przyjęto do druku: 12 października 2006 r.