

Σύγχρονα καρκινώματα παχέος εντέρου

Λέξεις ευρετηρίου

Παχύ έντερο
Σύγχρονα καρκινώματα

Ασθενείς με πρωτοπαθές καρκίνωμα παχέος εντέρου είναι δυνατόν να εμφανίζουν κατά τη διάγνωση περισσότερους από έναν κακοήθεις όγκους κόλου ή ορθού. Αυτά τα πολλαπλά πρωτοπαθή καρκινώματα του παχέος εντέρου αποκαλούνται σύγχρονα. Πρόκειται δηλαδή για περιπτώσεις δύο ή περισσότερων πρωτοπαθών καρκινωμάτων που ανιχνεύονται ταυτόχρονα στο ίδιο άτομο.

Ήδη από το 1958, οι Moertel et al πρότειναν συγκεκριμένα κριτήρια για τη διάγνωση των σύγχρονων καρκινωμάτων του παχέος εντέρου. Καθένας από τους όγκους που χαρακτηρίζονται ως σύγχρονοι θα πρέπει παθολογοανατομικά να είναι κακοήθεις, ενώ θα πρέπει να έχει αποκλειστεί η περίπτωση μετάστασης ή υποτροπής από άλλο καρκίνωμα παχέος εντέρου. Όλα τα σύγχρονα καρκινώματα θα πρέπει να έχουν διαγνωστεί κατά τον ίδιο ενδοσκοπικό έλεγχο ή εντός 6 μηνών από την ανίχνευση του πρώτου, διαφορετικά πρόκειται για μετάχρονα καρκινώματα. Επιπλέον, θα πρέπει να διαχωρίζονται σαφώς μεταξύ τους με τουλάχιστον 5 cm ανέπαφου φυσιολογικού εντερικού βλεννογόνου. Πολλαπλά πρωτοπαθή καρκινώματα παχέος εντέρου αναπτυσσόμενα επί εδάφους ελκώδους κολίτιδας ή οικογενούς πολυποδίασης συνήθως δεν περιλαμβάνονται στα σύγχρονα καρκινώματα.¹

Αν και τα σύγχρονα καρκινώματα του παχέος εντέρου έχουν περιγραφεί ως ξεχωριστή κλινική οντότητα,

Κ. Φωτιάδης,¹
Μ. Γενετζάκης,²
Δ.Κ. Τσεκούρας,²
Γ. Ζωγράφος²

¹3η Πανεπιστημιακή Χειρουργική
Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών,
«Αττικό» Νοσοκομείο, Χαϊδάρι
²1η Πανεπιστημιακή Χειρουργική
Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών,
«Ιπποκράτειο» Νοσοκομείο Αθηνών,
Αθήνα

Synchronous colorectal carcinoma.
A review article

Abstract at the end of the article

Υποβλήθηκε 27.1.2005
Εγκρίθηκε 18.2.2005

τα κλινικά και παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά τους, καθώς και η πρόγνωσή τους, παραμένουν αντικείμενο προβληματισμού.²⁻⁴

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ

Η αναφερόμενη συχνότητα σύγχρονων καρκινωμάτων στις διάφορες σειρές πρωτοπαθών καρκίνων παχέος εντέρου κυμαίνεται μεταξύ 2,3-12,4% των περιπτώσεων.^{5,6}

Οι Kiefer et al έδειξαν ότι τα πρώιμα μετάχρονα καρκινώματα, όσα δηλαδή ανιχνεύθηκαν εντός των πρώτων 2 ετών μετά από την εκτομή του αρχικού όγκου, είναι ιδιαίτερα συχνά, με συχνότητα που ανέρχεται στο 40%, σε σειρές περιστατικών με πολλαπλά καρκινώματα του παχέος. Πολλές όμως από αυτές τις περιπτώσεις πρώιμων μετάχρονων καρκινωμάτων είναι σύγχρονα, τα οποία είχαν διαφύγει της διάγνωσης κατά την πρώτη εκτομή.⁷

Οι Chen et al αναφέρουν ότι δεν υπάρχει διαφορά στην ηλικιακή κατανομή των ασθενών με σύγχρονα και αυτών με μονήρη καρκινώματα του παχέος εντέρου.⁴

Το οικογενειακό ιστορικό ίσως αποτελεί σημαντικό παράγοντα κατά τη μελέτη των σύγχρονων καρκινωμάτων. Εντούτοις, η σχέση του οικογενειακού ιστορικού καρκινώματος παχέος και της επίπτωσης των σύγχρο-

νων καρκινωμάτων μελετήθηκε από τους Kimura et al, χωρίς να βρεθεί σημαντική συσχέτιση μεταξύ τους.²

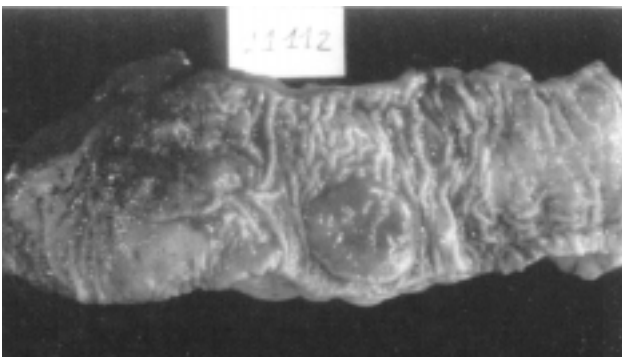
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η κλινική εικόνα των σύγχρονων καρκινωμάτων του παχέος εντέρου ποικίλλει. Περιλαμβάνει συμπτώματα, όπως κοιλιακό άλγος, παρουσία αιματηρών προσμίξεων στις κενώσεις, διάρροιες, αναιμία και παρουσία ψηλαφητής κοιλιακής μάζας. Η οριστική διάγνωση τίθεται με κολονοσκοπικό έλεγχο ή και βαριούχο υποκλυσμό.

Η προεγχειρητική ή η διεγχειρητική διάγνωση της παρουσίας σύγχρονων καρκινωμάτων του παχέος εντέρου είναι πολύ σημαντική, επειδή, εάν διαφύγουν της προσοχής, εκδηλώνονται ως πρώιμα μετάχρονα καρκινώματα προχωρημένου σταδίου απαιτώντας επανεπέμβαση. Σε μια τέτοια περίπτωση, η πρόγνωσή τους είναι δυσμενέστερη. Εάν τα σύγχρονα καρκινώματα ανιχνευτούν διεγχειρητικά, η έκταση της εκτομής θα πρέπει να τροποποιηθεί αναλόγως.

Η προεγχειρητική ανίχνευση των σύγχρονων καρκινωμάτων επιτρέπει την αναλόγου εύρους εγχειρητική αντιμετώπιση. Επιπλέον, οδηγεί στο σχεδιασμό της αναγκαίας μετεγχειρητικής παρακολούθησης.

Ο διαγνωστικός έλεγχος περιλαμβάνει κολονοσκόπηση ή και βαριούχο υποκλυσμό. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος, η αξονική τομογραφία κοιλίας, η ανίχνευση αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα (Mayer κοπράνων) και η μέτρηση στο αίμα του αντιγόνου CEA βελτιώνουν τη διαγνωστική ακρίβεια, ιδίως προεγχειρητικά. Η ευαισθησία του συνδυασμού κολονοσκόπησης και βαριούχου υποκλυσμού κυμαίνεται, στις διάφορες σειρές, από 66–87%.⁸ Πιθανή αιτία μη ανίχνευσης του συνόλου των όγκων, που απαρτίζουν μια περίπτωση σύγχρονων καρκινωμάτων, είναι το γεγονός ότι οι άπω όγκοι ενδέχε-



Εικόνα 1. Γειτνιάζοντα σύγχρονα καρκινώματα παχέος εντέρου.

ται να αποφράσσουν τον αυλό του εντέρου, εμποδίζοντας την ανίχνευση τυχόν, εγγύς της απόφραξης, όγκων. Συνεπώς, απαραίτητη είναι πάντα η λεπτομερής διερεύνηση ολόκληρου του παχέος εντέρου. Είναι σημαντική η διεγχειρητική διερεύνηση του παχέος εντέρου ψηλαφητικά, χωρίς να αποκλείεται η διενέργεια διεγχειρητικής κολονοσκόπησης. Επιπλέον, η μετεγχειρητική παρακολούθηση των ασθενών θα πρέπει να περιλαμβάνει τον περιοδικό έλεγχο του απομένοντος εντέρου κολονοσκοπικά, καθώς και με βαριούχο υποκλυσμό, προκειμένου να ανιχνευτεί πρώιμα τυχόν μετάχρονο καρκίνωμα ή σύγχρονο, το οποίο ενδεχομένως διέφυγε της αρχικής διάγνωσης. Προτείνεται ο ανά έτος κολονοσκοπικός έλεγχος την πρώτη 5ετία μετά από την επέμβαση. Στη συνέχεια, συστήνεται η ανά 3ετία κολονοσκόπηση.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΑ ΜΟΝΗΡΗ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΑ

Κατά τη συγκριτική μελέτη μεταξύ σύγχρονων και μονήρων καρκινωμάτων παρουσιάζεται παρόμοια ηλικιακή κατανομή. Εντούτοις, τα σύγχρονα καρκινώματα βρέθηκαν συχνότερα στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες. Ο λόγος συχνότητας ανδρών-γυναικών για τα σύγχρονα καρκινώματα υπολογίζεται στο 3,67:1, ενώ για τα μονήρη στο 1,44:1.

Ως προς την ανατομική κατανομή, στις περισσότερες από τις μελέτες τα σύγχρονα καρκινώματα εντοπίζονται συχνότερα στο δεξιό κόλον. Εντούτοις, η μελέτη κάποιων σειρών ασθενών τα εντοπίζει συνηθέστερα στο αριστερό κόλον.

Τα σύγχρονα καρκινώματα του παχέος εντέρου, συγκριτικά προς τα μονήρη, εκδηλώνονται σε λιγότερο προχωρημένο στάδιο. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώθηκε από τη μελέτη των Passman et al, σύμφωνα με την οποία 21 από τα 48 σύγχρονα καρκινώματα διαγνώστηκαν κατά το στάδιο T1.³

Οι Oya et al βρήκαν ότι δεν υπάρχει διαφορά στην ηλικία, το μέγεθος, τη διαφοροποίηση και την εντόπιση μεταξύ των όγκων των σύγχρονων καρκινωμάτων και των μονήρων.⁹ Εντούτοις, ο λόγος ανδρών/γυναικών ήταν μεγαλύτερος και οι απομακρυσμένες μεταστάσεις συνηθέστερες στις σύγχρονες σε σχέση με τις μονήρεις περιπτώσεις.

Ο κύριος όγκος στις περιπτώσεις σύγχρονων καρκινωμάτων δεν παρουσιάζει διαφορετικά χαρακτηριστικά ως προς το μέγεθος, τη διαφοροποίηση, την εντόπιση και το βαθμό διήθησης, σε σχέση με τα μονήρη καρκι-

νώματα. Συνεπώς, η πρόβλεψη παρουσίας σύγχρονων καρκινωμάτων από τα κλινικά και παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά ενός καρκινώματος του παχέος εντέρου θεωρείται αδύνατη.

Οι απομακρυσμένες σπλαγχνικές μεταστάσεις εμφανίζονται συνθεότερα στις περιπτώσεις σύγχρονων καρκινωμάτων. Αυτό ίσως εν μέρει οφείλεται στη σχετικά συχνότερη αιματογενή διασπορά, που παρατηρείται στους κύριους όγκους σύγχρονων καρκινωμάτων. Το γεγονός αυτό δεν έχει επαρκώς διερευνηθεί. Επιπρόσθετα, ασθενείς με πολλαπλά προχωρημένου σταδίου καρκινώματα εμφανίζουν συνεργικά μεγαλύτερη πιθανότητα σπλαγχνικών μεταστάσεων.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των σύγχρονων καρκινωμάτων του παχέος εντέρου δεν διαφέρει από αυτή των μονήρων. Κολεκτομή, έκτασης ανάλογης της εντόπισης των όγκων, και αφαίρεση των αντίστοιχων περιοχικών λεμφαδένων αποτελεί τη θεραπεία εκλογής. Για ασθενείς με σύγχρονα καρκινώματα σε μεγάλη έκταση και πολλαπλούς αδενωματώδεις πολύποδες ή κληρονομικό ιστορικό, προτείνεται ως αντιμετώπιση η υφολική κολεκτομή με ειλεοορθική αναστόμωση. Πολλοί συγγραφείς θεωρούν δικαιολογημένη την υφολική κολεκτομή ακόμα και σε περιπτώσεις σύγχρονων καρκινωμάτων με εντοπίσεις διαφορετικής λεμφικής αποχέτευσης.¹⁵ Η υφολική κολεκτομή προϋποθέτει τον περιοδικό ορθοσκοπικό μετεγχειρητικό έλεγχο.¹¹⁻¹³

Εάν οι σύγχρονοι όγκοι διαφύγουν της προσοχής κατά την εκτομή του κυρίως καρκινώματος που πρώτο διαγνώστηκε, ίσως ο ασθενής χρειαστεί να υποβληθεί σύντομα σε συμπληρωματική εκτομή, εξαιτίας πρώιμων μετάχρονων καρκινωμάτων. Τέτοιοι όγκοι όμως είναι δυστυχώς προχωρημένου σταδίου και συνεπώς πτωχής

πρόγνωσης. Επομένως, σε όλους τους ασθενείς με καρκίνωμα του παχέος εντέρου θα πρέπει να διενεργείται προεγχειρητικά πλήρης κολονοσκόπηση και διεγχειρητικά προσεκτική ψηλάφηση ολόκληρου του κόλου και διερεύνηση του χειρουργικού παρασκευάσματος, προκειμένου να ανιχνευθούν τυχόν σύγχρονα καρκινώματα.^{14,15}

ΕΠΙΒΙΩΣΗ

Σχετικά με τη μετεγχειρητική επιβίωση, οι Kimura et al αναφέρουν χειρότερη πρόγνωση στις περιπτώσεις σύγχρονων καρκινωμάτων παχέος εντέρου, παρά το γεγονός ότι η διαφορά δεν ήταν σημαντική.² Άλλες μελέτες δεν αναδεικνύουν αξιόλογη διαφορά στην επιβίωση.^{3,4}

Γενικά, η πρόγνωση δεν φαίνεται να επηρεάζεται από τον αριθμό των καρκινωμάτων, εφόσον αναγνωριστούν εγκαίρως και αντιμετωπιστούν κατάλληλα. Εάν όμως διαφύγουν της προσοχής, οι απομείναντες όγκοι εκδηλώνονται ως πρώιμα μετάχρονα καρκινώματα, η σταδιοποίησή τους είναι περισσότερο προχωρημένη και η πρόγνωση χειρότερη.⁸

Συμπερασματικά, σύγχρονα καρκινώματα παρατηρούνται σε ποσοστό 4,8% περίπου των ασθενών με καρκίνωμα παχέος εντέρου. Αν και οι περιπτώσεις σύγχρονων καρκινωμάτων σχετίζονται συχνότερα με παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων κατά τη διάγνωση, η πρόγνωσή τους σε σχέση με τις περιπτώσεις μονήρων καρκινωμάτων δεν διαφέρει, όταν η σταδιοποίηση των συγκρινόμενων περιπτώσεων είναι ίδια και η εκτομή σε όλες τις περιπτώσεις θεραπευτική.

Οι Chen et al, καθώς και άλλοι, αναφέρουν ότι η 5ετής επιβίωση των ασθενών μετά από τη ριζική εκτομή πολλαπλών πρωτοπαθών καρκινωμάτων του παχέος εντέρου δεν διαφέρει από αυτή των μονήρων καρκινωμάτων (54% έναντι 60%).⁴

ABSTRACT

Synchronous colorectal carcinoma. A review article

C. FOTIADIS,¹ M. GENETZAKIS,² D.K. TSEKOURAS,² G. ZOGRAFOS²

¹3rd University Department of General Surgery, University of Athens, School of Medicine, "Attikon" Hospital, Chaidari, ²1st University Department of General Surgery, University of Athens, School of Medicine, "Ippokration" Hospital, Athens, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2005, 22(6):571-574

This paper investigates the clinical features, diagnosis, treatment and prognosis of synchronous colorectal carcinomas, with an up-to-date review of the relevant literature. Patients with primary colorectal carcinomas

may have more than one malignant lesion within the colon and rectum at the time of initial presentation (synchronous carcinomas). In 1958, specific diagnostic criteria for synchronous carcinomas of the large intestine were proposed. The reported incidence ranges between 2.3% and 12.4%, in different series of primary colorectal carcinomas. Although synchronous carcinoma has been recognized as a significant clinical entity, its clinical and pathological features and its prognosis are still controversial. Definitive diagnosis is made on colonoscopic and barium enema evidence. Preoperative or intraoperative diagnosis of the presence of synchronous colorectal carcinomas is very important because when they are overlooked, they present as early metachronous carcinomas at an advanced stage and usually require re-operation, in which case the prognosis is worse. In general, the prognosis of synchronous colorectal carcinomas appears to be not affected by the number of carcinomas, provided that they are detected at initial diagnosis and properly resected.

Key words: Colorectal carcinoma, Synchronous

Βιβλιογραφία

1. MOERTAL CG, BARGEN JA, DOCKERTY MB. Multiple carcinomas of the large intestine. A review of the literature and a study of 261 cases. *Gastroenterology* 1958, 34:85–98
2. KIMURA T, IWAGAKI H, FUCHIMOTO S, HIZUTA A, ORITA K. Synchronous colorectal carcinomas. *Hepatogastroenterology* 1994, 41:409–412
3. PASSMAN MA, POMMIER RF, VETTO JT. Synchronous colon primaries have the same prognosis as solitary colon cancers. *Dis Colon Rectum* 1996, 39:329–334
4. CHEN HS, SHEEN-CHEN SM. Synchronous and “early” metachronous colorectal adenocarcinoma: Analysis of prognosis and current trends. *Dis Colon Rectum* 2000, 43:1093–1099
5. WELCH JP. Multiple colorectal tumors. An appraisal of natural history and therapeutic options. *Am J Surg* 1981, 142:274–280
6. CUNLIFFE WJ, HASLETON PS, TWEEDLE DE, SCHOFIELD PF. Incidence of synchronous and metachronous colorectal carcinoma. *Br J Surg* 1984, 71:941–943
7. KIEFER PJ, THORSON AG, CHRISTENSEN MA. Metachronous colorectal cancer. Time interval to presentation of a metachronous cancer. *Dis Colon Rectum* 1986, 29:378–382
8. HONG-ZHI WANG, XIN-FU HUANG, YI WANG, JIA-FU JI, JIN GU. Clinical features, diagnosis, treatment and prognosis of multiple primary colorectal carcinoma. *World J Gastroenterol* 2004, 10:2136–2139
9. OYA M, TAKAHASHI S, OKUYAMA T, YAMAGUCHI M, UEDA Y. Synchronous colorectal carcinoma: Clinico-pathological features and prognosis. *Jpn J Clin Oncol* 2003, 33:38–43
10. FAJOBI O, YIU CY, SEN-GUPTA SB, BOULOS PB. Metachronous colorectal cancers. *Br J Surg* 1998, 85:897–901
11. ADLOFF M, ARNAUD JP, BERGAMASHI R, SCHLOEGEL M. Synchronous carcinoma of the colon and rectum: Prognostic and therapeutic implications. *Am J Surg* 1989, 157:299–302
12. SLATER G, AUFSES AH Jr, SZPORN A. Synchronous carcinoma of the colon and rectum. *Surg Gynecol Obstet* 1990, 171:283–287
13. ARENAS RB, FICHERA A, MHOON D, MICHELASSI F. Incidence and therapeutic implications of synchronous colonic pathology in colorectal adenocarcinoma. *Surgery* 1997, 122:706–709
14. PAGANA TJ, LEDESMA EJ, MITTELMAN A, NAVA HR. The use of colonoscopy in the study of synchronous colorectal neoplasms. *Cancer* 1984, 53:356–359
15. TATE JJ, RAWLINSON J, ROYLE GT, BRUNTON FJ, TAYLOR I. Pre-operative or postoperative colonic examination for synchronous lesions in colorectal cancer. *Br J Surg* 1988, 75:1016–1018

Corresponding author:

C. Fotiadis, 3rd University Department of General Surgery, University of Athens, School of Medicine, 12 Deliyanni street, GR-145 61 Kifissia, Greece
e-mail: costfot@b_online.gr