

TRATAMENTUL ACTUAL ÎN CHIRURGIA TUMORILOR COLORECTALE

T. Georgescu

Clinica de Chirurgie nr. 2
U.M.F. Târgu-Mureș

Nu credem că se poate vorbi de actualitate în chirurgia colorectală, ci doar de unele îmbunătățiri diagnostice și eventual terapeutice. Această idee se referă la un diagnostic precoce și un tratament competent efectuat în fazele foarte timpurii ale bolii. Cancerul rectal, între cancerele digestive, poate fi ușor abordabil și depistat prin screening-uri repetate. Acestea se impun datorită creșterii incidenței și mortalității prin boală, anual. În SUA, țară cu incidență crescută a cancerului rectal, se înregistrează 110000 noi cazuri, cu o mortalitate de 50000 cazuri în 1987. Tot în SUA, se constată o creștere a numărului de noi cazuri la 145000, cu o mortalitate anuală de 60000 cazuri (Mastromarino, 1987, citat de Lazar, 1992).

Alături de introducerea screening-urilor, un loc deosebit în depistarea precoce a cancerului colorectal îl ocupă educația sanitară a populației și nu în ultimul rând, creșterea nivelului de conștiințiozitate a consultului medical. Este regretabil că o boală ca și cancerul rectal, care poate fi diagnosticată în 50% din cazuri printr-un examen digital, este de fapt descoperită cu o întârziere de 6 luni, pentru că cel care a făcut prima examinare nu a practicat tușeul rectal. Sindromul rectal (scaun neterminat, corp străin în rect, scurgerile patologice anale, în care hemoragia este pe primul loc "glere sangiant"), ne atrage atenția asupra posibilității ambelor localizări, ceea ce impune o examinare amănunțită a colonului și rectului.

Marele public trebuie să știe că boala canceroasă și în special cea rectală poate fi prevenită în mare măsură, iar în multe cazuri se poate obține o supraviețuire de lungă durată, dacă este tratată în fazele de început. Există uneori o teamă de neconceput de a fi purtătorul unei colostomii sau a unui anus iliac definitiv. Cei care îngrijesc astfel de bolnavi, trebuie să le explice că metodele de igienă locală sunt simple și bolnavul poate fi ușor integrat în societate.

De amintit că tratamentul bolii canceroase este pluridisciplinar, chirurgical sau tratamentul chirurgical singur, oricât de radical ar fi, nu poate controla în totalitate boala. Se impune astfel ca atât diagnosticul, cât și tratamentul să fie conduse de un grup de specialiști antrenați în probleme oncologice: medicul de medicină generală, specialistul din polielină, chirurgul oncolog, anatomo-patologul, radioterapeutul, chimio- și imunoterapeutul.

Între tumorile maligne colonice și rectale (ale regiunii anale), intră în discuție, cu o frecvență variabilă, carcinomul bazal celular, boala Paget extramamară, boala Bowen (carcinomul epidermoid in situ), melanomul malign și carcinomul epidermoid invaziv.

Carcinomul bazal celular sau "ulcus rodens" al marginii anusului, este o tumoră bine conturată, cu o ulcerare centrală, fără a interesa structurile profunde și fără să producă metastaze. Este indicată excizia simplă.

Boala Paget perianală, descrisă de *Foraker* în 1949, apare ca o crustă palidă, gri, având caracter cartonos la atingere. Diagnosticul se confirmă histologic, invazia ganglionară inghinală fiind frecventă. Boala poate să nu fie însoțită de un cancer sub crusta respectivă. Tratamentul este fie o simplă excizie, fie o amputație tip Miles, când este prezent carcinomul invaziv al regiunii, situație în care rezultatul este slab, chiar și cu tratament asociat.

Boala Bowen este un cancer cronic scuamos intraepidermoid, având aspectul unei plăci de nuanță roșiatică, cu caracter exematiform. Tratamentul este excizia largă și înghețarea marginilor leziunii rezultată după excizie. Aplicarea locală de 5-fluorouracil dă rezultate bune.

Melanomul malign este cea mai malignă tumoră a regiunii anale din toate cancerele digestive inferioare. Semnul dominant al afecțiunii este corp străin anal. Tumoarea are caracter invaziv, se ulcerează și se pigmentează, ea poate să închidă orificiul anal. Într-un stadiu precoce, tumoră are aspect lamelar. Forma nodoasă aparține unui stadiu avansat. Culoarea tumorii melanice este de la gri la violet puternic. Diagnosticul cert se face histologic. Tratamentul poate fi excizia simplă sau operații radicale cu evidări ganglionare (operația Miles).

Carcinomul epidermoid este cea mai frecventă tumoră malignă anală. Ea are aspectul unei excrescențe verucoase a marginii anusului ce evoluează spre indurare și ulcerare putând deveni anulară în orificiul anal. Metastazele sunt nodulare, pe pielea scrotului și în regiunile inghinale. Tratamentul se rezumă, când tumoră este mică, la excizie largă. Când tumoră este infiltrativă se efectuează operația Miles. Rezultatele la distanță sunt slabe când este infiltrat și vaginul care trebuie excizat.

Cancerele colonice sau colorectale se pot prezenta cu localizări plurifocale, acestea sunt cancerele simultane (sincrone), care apar concomitent, cu evoluție paralelă, care impun o responsabilitate aparte, legată de atitudinea terapeutică de urmat.

O altă formă de apariție sunt cancerele multiple succesive (metacrone), care trebuie să apară la cel puțin 2 ani de la operație și la distanță de gura de anastomoză.

Warren, Gate și Borgen stabilesc trei principii care definesc tumorile multiple ale colonului:

- fiecare tumoră să prezinte caractere de malignitate stabilite histopatologic;

- fiecare tumoră să aibă creștere și topografie distinctă față de alta;

- să se elimine posibilitatea ca una din tumori să fie metastaza alteia.

Tumorile rectocolonice nu se prezintă numai cu evoluția lor obișnuită, cronică, ci, destul de frecvent, sunt bolnavi care se internează de urgență pentru o complicație a tumorii, unii fiind la primul consult și prima internare. În această situație, diagnosticul etiologic s-a precizat intraoperator, iar soluția terapeutică a trebuit să rezolve atât complicația cât și afecțiunea de bază. Complicațiile întâlnite au fost: ocluzia intestinală, peritonita generalizată, hemoragia digestivă inferioară. Cauzele peritonitelor au fost perforațiile diastatice sau a celor de la nivelul tumorilor.

O ultimă problemă de discutat este aceea a polipozei difuze malignizate (4 cazuri în statistica noastră), care au necesitat colectomii totale (procto-colectomii totale) cu anastomoză ileorectală sau prin intermediul unui rezervor în "J", "U" sau "S".

În vederea tratamentului chirurgical care trebuie efectuat este necesară pregătirea intestinului care s-a făcut diferit de-a lungul anilor (purgative uleioase, saline, clisme evacuatorii). În 1973, *Hewitt* introduce curățirea mecanică (wash-out) cu lichid izotonic 7/15 l cantitate totală cu 12-14 ore preoperator. *Juvara* și colab. în 1979, utilizează soluția de manitol 10% cu 36-48 de ore preoperator într-un ritm de 150 ml în 10-15 minute până la 1500 ml în 90 de minute. Pentru scăderea septicității colonului se administrează în prezența operației Metronidazol și Micerină, câte un gram

Tratamentul chirurgical în cancerul colonului respectă principiile oncologice. Explorarea cavității peritoneale se face fără atingerea tumorii, după principiul enunțat de *Turnbull*, 1967, de "no touch isolation".

Pentru cancerul cecului sau a ceco-ascendentului, operația de elecție este hemicolectomia dreaptă (se rezecă 20 cm din ileonul terminal pentru îndepărtarea limfaticelor, urmând vasele ileocecale, se leagă apoi artera ileocolică și ramul drept al arterei colice medii).

Cancerul flexurii hepatice presupune extinderea rezecției cu ligatura arterei colice medii la origine cu îndepărtarea întregului teritoriu limfatic drept și mediu.

Pentru cancerul situat la mijlocul colonului transvers se va lega artera colică medie la origine și arcada Riolan la nivelul unghiului splenic.

Tumorile pe flexura splenică și 1/2 stângă a colonului transvers au o mare tendință de invazie, ceea ce impune de regulă rezecții pluriviscerale ca, în cazul nostru, hemicolectomie stângă cu nefrectomie stângă, pancreatetectomie corporeo-caudală cu anastomoză transverso-sigmoidiană termino-terminală. Alteori, operația de elecție este hemicolectomia stângă, propusă de Roux.

Pentru cazurile inoperabile, ca și în urgențe, se pot face derivații interne, colostomii etc.

În prezent se practică mai multe tipuri de intervenții, astfel:

- în cancerele până la 7 cm, operația Miles;

- în cancerele la 7-8 cm, Chiricuță;

-în cancerele de peste 8 cm, rezecția anterioară Dixon.

Există tendința în ultimul timp, de a se face rezecții rectale unde tumorile sunt situate sub 5,5 cm de orificiul anal (Park's).

-rezecția urmată de telescoparea colonului prin rectul inferior fără suturi:

a) proctosigmoidectomie abdominaloperianală Babcock-Bacon-Mandache, fără jupuirea mucoasei canalului anal;

b) rezecția anterioară cu telescoparea colonului prin canalul anal, rectul rezecându-se deasupra ridicătorilor anali (operația Chiricută).