

Karcinom tlustého střeva a konečníku

Česká republika patří mezi země, kde se rakovina tlustého střeva a konečníku, vyskytuje velmi často. Každý rok je u nás zhoubný nádor tlustého střeva či konečníku zjištěn asi u 7800 osob a je tak druhým nejčastějším nádorovým onemocněním u mužů i u žen (při vynechání některých nádorů kožních). Při srovnání s jinými státy je u nás dokonce nejvyšší výskyt tohoto onemocnění vůbec.

Naprostou většinu nádorů tlustého střeva tvoří **adenokarcinomy**. Jsou to nádory vznikající ze žláznatých buněk střevní sliznice. V tlustém střevu se mohou vzácně vyskytovat i jiné zhoubné nádory, např. lymfom nebo karcinoid. Tyto nádory se léčí jiným způsobem než adenokarcinomy, často mají také jiné příznaky.

U většiny nemocných je přesná příčina vzniku kolorektálního karcinomu neznámá. Jsou ale rizikové faktory, které možnost vzniku onemocnění zvyšují. **Věk** je jedním z těchto faktorů. Onemocnění vzniká ve věku nad 50 let, výjimkou ale nejsou ani mladší pacienti. Dalším rizikovým faktorem jsou některé druhy **polypů**. **Dědičné vlivy** mají také význam pro vznik kolorektálního karcinomu. Vyšší riziko je v případě výskytu kolorektálního karcinomu v pokrevním příbuzenstvu 1. stupně, tedy u rodičů, sourozenců nebo dětí. V některých případech je genetická porucha takového charakteru, že je vznik karcinomu téměř jistý. Patří sem například **familiární adenomatózní polypóza** nebo **hereditární nepolypózní kolorektální karcinom**. **Chronická zánětlivá onemocnění střeva** (ulcerózní kolitida a Crohnova nemoc) také zvyšují riziko onemocnění kolorektálním karcinomem. Velmi důležitým rizikovým faktorem, který můžeme ovlivnit, je **složení potravy**. Jednoznačně negativní vliv má nadměrný příjem živočišných tuků, červeného masa a uzenin. Dalším rizikovým faktorem je nízký příjem vlákniny v zelenině, ovoci, celozrnném pečivu a luštěninách a **nedostatek pohybu**.

V časných stádiích onemocnění nemusí být potíže nijak výrazné, ale postupně může docházet k jejich zhoršení. Nejčastěji se jedná o zácpu, někdy střídanou s průjmem, pocit nedokonalého vyprázdnění nebo obtížné vyprazdňování. Nádor konečníku může způsobovat stužkovité zúžení stolice. Varovným znamením je krvácení z konečníku nebo příměs krve ve stolici a to jak jasně červené, tak krve tmavé. Dále jsou to nespecifické projevy, jako je únava, slabost, nechutenství, úbytek na váze. Projevem nádoru střeva nebo konečníku může být neurčitá břišní nepohoda s pocitem plnosti, bolesti břicha, větší plynatost, horší odchod plynů. Nádor může svým růstem vyvolat střevní neprůchodnost. Kolorektální karcinom ale může dlouho probíhat bez jakýchkoliv příznaků a projeví se až v pokročilém stádiu onemocnění.

V případě, že je karcinom ve střevě nebo v konečniku prokázán, je nutné zjistit rozsah onemocnění, tedy jeho **stádium**. Podle rozsahu onemocnění je teprve možné volit vhodnou léčbu. Ve velmi časném stádiu je nádor omezen jen na sliznici střeva, postupně pak může pronikat celou stěnou střeva. V dalším stádiu se nádorové buňky mohou dostat do okolních lymfatických uzlin. V nejvyšším stádiu onemocnění pak dochází ke vzniku vzdálených metastáz. Ty se objevují nejčastěji v játrech a plicích.

V diagnostice karcinomu tlustého střeva a konečniku je používána celá paleta různých vyšetřovacích metod. Důležité je endoskopické vyšetření, nejčastěji koloskopie. Při tomto vyšetření je tenkým ohebným přístrojem s optikou prohlédnuta sliznice celého tlusté střevo. Při koloskopii lze odstranit polypy a odebrat vzorek (**biopsii**) z každého podezřelého útvaru. Pro zjištění rozsahu onemocnění používáme **ultrazvuk břicha, RTG plic, CT břicha a hrudník, endosonografii rekta, eventuelně PET (pozitronová emisní tomografie) nebo MRI**. Při pozitronové emisní tomografii je podána do žíly radioaktivně označená glukóza (forma cukru). Tato glukóza je vychytávána nádorem, který je pak zobrazen pomocí speciální kamery. Metoda se používá v pátrání po případných metastázách. Dále je nutné provést **laboratorní vyšetření krve** včetně **nádorových markerů**. Vyšetření markerů má význam u pacientů s již prokázaným nádorem. Kolorektální karcinom může provázet vyšší hodnota CEA a Ca 19-9. Pokles markerů ukazuje na úspěšnost protinádorové léčby, jejich vzestup může být prvním znamením návratu choroby.

V léčbě kolorektálního karcinomu se uplatňuje **léčba chirurgická, systémová chemoterapie, léčba ozařováním**, své místo má i **cílená léčba tzv. monoklonálními protilátkami**. Často je nutná kombinace těchto léčebných metod. Před rozhodnutím o léčbě je nutná znalost rozsahu nádorového onemocnění, je tedy nutné absolvovat potřebná vyšetření. O načasování jednotlivých léčebných modalit rozhoduje multidisciplinární tým složený z radiologa, patologa, chirurga, klinického onkologa a radioterapeuta.

Před zahájením léčby by měl být pacient informován o léčebném plánu a o případných různých léčebných možnostech. Měl by mít také možnost získat dostatek informací o možných rizicích a případných vedlejších účincích protinádorové léčby. Pacient si může přát zkonzultovat léčbu svého onemocnění ještě na jiném pracovišti a získat tzv. druhý názor.