

**REKOMENDACJE
KONSULTANTA KRAJOWEGO
W DZIEDZINIE CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ
ORAZ
POLSKIEGO TOWARZYSTWA CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ
W ZAKRESIE DIAGNOSTYKI I LECZENIA CHORYCH
NA RAKA JELITA GRUBEGO**

REKOMENDACJE OGÓLNE

Zaleca się , aby planowe operacje chorych na raka jelita grubego odbywały się w specjalistycznych ośrodkach referencyjnych lub w jednostkach z dużym doświadczeniem w leczeniu chorych z tym nowotworem. Wyjątek stanowią operacje w trybie pilnym.

W zespole wykonującym operacje planową powinno uczestniczyć minimum 3 lekarzy , w tym 2 lekarzy specjalistów chirurgów, w tym jeden z chirurgii onkologicznej oraz jeden lekarz lub dwóch lekarzy szkolących się w dziedzinie chirurgii.

Jeżeli ośrodek nie spełnia kryteriów ilościowych i jakościowych określonych w rekomendacjach ogólnych, to zabieg planowy może zostać wykonany w takim ośrodku, przez zespół chirurgiczny , w którym uczestniczy specjalista chirurg onkolog zatrudniony w systemie konsultanckim.

Leczenie chorych na raka jelita grubego ma charakter wielodyscyplinarny.

Ośrodki medyczne wykonujące procedury diagnostyczno-terapeutyczne powinny mieć następujące możliwości:

KRYTERIA ORGANIZACYJNE

1. Możliwość wielodyscyplinarnych konsultacji z udziałem lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii/chirurgii onkologicznej, onkologii klinicznej, radioterapii.
2. Możliwość wykonania śródoperacyjnego badania histopatologicznego w miejscu.
3. Możliwość wykonania śródoperacyjnej kolonoskopii w miejscu
4. Możliwość wykonania USG (z możliwością badania śródoperacyjnego), TK w miejscu.
5. Możliwość przeprowadzenia leczenia uzupełniającego (chemioterapia, radioterapia) w miejscu lub na podstawie umowy z ośrodkiem zewnętrznym.
6. Możliwość przeprowadzenia resekcji laparoskopowych .

7. Przy ocenie preparatu po operacjach trzustki wskazana jest właściwa, określona stosownym protokołem, współpraca chirurga i patomorfologa;
8. Konieczna jest możliwość prospektywnego monitorowania wskaźników w następujących aspektach: - odsetek powikłań chirurgicznych,
 - wskaźnik śmiertelności okołoperacyjnej
 - odsetek miejscowych nawrotów
 - odsetek nieszczelności zespołań

KRYTERIA MERYTORYCZNE

W zakresie diagnostyki

W przypadku podejrzenia raka jelita grubego każdy chory powinien mieć wykonane:

1. Kolonoskopię (do kątnicy) z pobraniem wycinków z guza i/lub usunięciem polipa/polipów;
2. TK jamy brzusznej i miednicy;
3. Rtg klatki piersiowej (lub TK klatki piersiowej);
4. Oznaczenie CEA.

W przypadku zmiany zlokalizowanej w odbytnicy wskazane jest ponadto wykonanie:

1. rektoskopii lub fiberosigmoideoskopii
2. TRUS lub MR (MR miednicy lub MR z cewką wewnątrzodbytniczą).

W zakresie leczenia

Rak okrężnicy

Postępowanie zależy od klinicznej oceny zaawansowania (cTNM):

- W I, II i III stopniu należy wykonać resekcję odcinkową jelita grubego wraz z guzem oraz regionalnym układem chłonnym odpowiedniej części okrężnicy.
 - w III stopniu pTNM należy zastosować pooperacyjną chemioterapię;
 - w II stopniu pTNM przy obecności dodatkowych czynników ryzyka (T4, mniej niż 12 usuniętych węzłów chłonnych, perforacja na guzie, niedrożność) należy także rozważyć zastosowanie uzupełniającego leczenia systemowego.
- W IV stopniu postępowanie i jego kolejność (leczenie objawowe, chemioterapia-chirurgia-chemioterapia, chirurgia-chemioterapia, wyłącznie chemioterapia) należy

indywidualizować w zależności od stanu ogólnego chorego i możliwych do osiągnięcia korzyści terapeutycznych.

- W przypadku obecności przerzutów w wątrobie należy rozważyć możliwość ich wycięcia w sekwencji z przed- lub pooperacyjną chemioterapią.
- Ablację przerzutów w wątrobie można wykonać w przypadku dyskwalifikacji od wycięcia, o ile ich liczba i wielkość jest ograniczona. Możliwe jest leczenie złożone przerzutów w wątrobie obejmujące anatomiczne i nieanatomiczne resekcje wątroby oraz metody ablacyjne (np. resekcja segmentu II i III oraz ablacja ogniska w segmencie VII).
- W szczególnych przypadkach można rozważyć resekcje lub ablację pojedynczych ognisk przerzutowych raka jelita grubego w innych narządach (np. w płucu), o ile ognisko pierwotne w jelicie grubym i ewentualne ogniska wtórne (np. w wątrobie) można doszczętnie wyciąć lub poddać skutecznej ablacji.
- Chorych z obecnością *carcinomatosis peritonei* (o ile *peritoneal carcinomatosis index* [PCI] Sugarbakera wynosi <20 pkt, M0) należy kwalifikować do operacji cytoredukcyjnej w połączeniu z chemioterapią dootrzewnową w hipertermii (HIPEC).

Ponadto:

- W zmianach nieresekcyjnych należy rozważyć założenie stomii odbarczającej (ileostomii lub kolostomii) albo wykonanie zespolenia omijającego.
- W niedrożności zabieg może mieć charakter resekcyjny (z zespoleniem i/lub założeniem stomii) lub wyłącznie odbarczający.
- Decyzja o konkretnym postępowaniu zależy od stanu ogólnego chorego oraz od zaawansowania onkologicznego.
- Resekcyjny zabieg laparoskopowy dopuszczalny jest tylko w ośrodkach o odpowiednio dużym doświadczeniu.

Rak odbytnicy

Postępowanie zależy od klinicznej oceny zaawansowania (cTNM), zawsze obejmującej ocenę *per rectum* przeprowadzoną przez doświadczonego chirurga/operatora:

- W stopniu I zaleca się pierwotne oszczędzające leczenie chirurgiczne (wycięcie miejscowe lub resekcję przednią).
- W stopniu II zaleca się wykonanie resekcji przedniej lub resekcji brzuszno-kroczonej/krzyżowej z całkowitym wycięciem *mesorectum* (TME).
 - W przypadku guza w górnej i środkowej części odbytnicy można wykonać częściowe wycięcie *mesorectum*, a obwodowy margines wycięcia *mesorectum* winien wynosić 5 cm. Dla niżej położonych guzów margines niezmiennego jelita winien wynosić nie mniej niż 1 cm.

- Wskazane jest usunięcie powiększonych, podejrzanych węzłów chłonnych położonych poza obszarem tętnicy odbytniczej górnej, ale rutynowa rozszerzona limfadenektomia miedniczna/zaotrzewnowa nie jest wskazana.
- Należy dążyć do odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego z założeniem minimalizacji ryzyka wystąpienia zespołu „przedniej resekcji”. W przypadkach niskich zespołów albo obecności innych czynników zwiększonego czynnika nieszczelności zespolenia należy rozważyć założenie protekcyjnej ileostomii.
- W przypadku znacznego miejscowego zaawansowania raka w II stopniu (guz „nieruchomy”, T4b, IIC) należy rozważyć przedoperacyjną radioterapię lub radiochemioterapię.
- W stopniu III zaleca się radiochemioterapię lub radioterapię przedoperacyjną z następowym leczeniem chirurgicznym (resekcja przednia lub resekcja brzuszno-kroczoza/krzyżowa na zasadach j.w.) i pooperacyjną chemioterapią.
 - W przypadku nacieku ocenionego podczas badania *per rectum* przeprowadzonego przez doświadczonego chirurga (operatora) jako „nieruchomy” wskazane jest przedoperacyjne „długie” napromienianie skojarzone z chemioterapią i operacja po co najmniej 4-6 tygodniach od zakończenia leczenia. W pozostałych przypadkach (guz „ruchomy”) właściwa jest przedoperacyjna radioterapia (5 dni leczenia, operacja do 5 dni)
- W IV stopniu postępowanie i jego kolejność (leczenie objawowe, chemioterapia-chirurgia-chemioterapia, chirurgia-chemioterapia, wyłącznie chemioterapia) należy indywidualizować w zależności od zaawansowania nowotworu i stanu ogólnego chorego.
 - W przypadku obecności przerzutów w wątrobie należy rozważyć możliwość ich wycięcia w sekwencji z przed- lub pooperacyjną chemioterapią.
 - Ablację przerzutów w wątrobie można wykonać w przypadku dyskwalifikacji od wycięcia, o ile ich liczba i wielkość jest ograniczona.
 - Możliwe jest leczenie złożone przerzutów w wątrobie obejmujące anatomiczne i nieanatomiczne resekcje wątroby oraz metody ablacyjne.
 - W szczególnych przypadkach można rozważyć resekcje lub ablację pojedynczych ognisk przerzutowych raka jelita grubego w innych narządach (np. w płucu), o ile ognisko pierwotne w jelicie grubym i ewentualne ogniska wtórne w wątrobie można doszczętnie wyciąć lub poddać skutecznej ablacji.
 - U chorych z obecnością *carcinomatosis peritonei* (o ile *peritoneal carcinomatosis index* [PCI] Sugarbakera wynosi <20 pkt, M0) należy rozważyć kwalifikację do operacji cytoredukcyjnej w połączeniu z chemioterapią dootrzewnową w hipertermii (HIPEC).

Ponadto:

- W zmianach nieresekcyjnych należy rozważyć założenie stomii odbarczającej (ileostomii lub kolostomii).

- W niedrożności zabieg może mieć charakter resekcyjny (z założeniem stomii np. sposobem Hartmana) lub wyłącznie odbarczający.
- Decyzja o konkretnym postępowaniu zależy od stanu ogólnego chorego oraz zaawansowania onkologicznego.

Resekcyjny zabieg laparoskopowy dopuszczalny jest tylko w ośrodkach o odpowiednio dużym doświadczeniu w wykonywaniu operacji małoinwazyjnych.