Diagnostika kolorektálního karcinomu

Diagnostika kolorektálního karcinomu se v principu neliší od ostatních tumorů trávící trubice.

Anamnéza a fyzikální vyšetření

Kromě detailního zjištění konkrétních obtíží je nutno zjistit výskyt střevních a jakýchkoliv nádorových onemocnění v rodinné anamnéze, informovat se o osobní anamnéze vyšetřovaného včetně užívaných léků, o stravě, fyzické aktivitě, užívání alkoholu a kouření.

Fyzikální vyšetření je většinou nepřínosné, u pokročilých tumorů lze pohmatem břicha zjistit nádorovou masu, ascites nebo játra zvětšená metastázami. Vzácně bývá podobně jako u adenokarcinomu žaludku přítomen příznak sestry Josefy (hmatná metastáza v oblasti pupku). Součástí vyšetření musí být i vyšetření konečníku prstem – tumory anorekta do cca 10 cm mohou být přímo nahmatány prstem, méně často může být přítomna krev na rukavici.

Krevní náběry

V krevních náběrech nemusí být přítomna výrazná patologie, varovným znamením je vždy sideropenická anemie s poklesem hemoglobinu a menším objemem červených krvinek. Neexistuje zcela typický tumor marker kolorektálního karcinomu, většinou se odebírá CEA a CA 19-9 (ten je typičtější pro tumory slinivky, ale může být zvýšen i zde).

Endoskopie

Kolonoskopie je základem diagnostiky kolorektálního karcinomu. Pomůže ho lokalizovat, určit přibližnou velikost a zhodnotit, zda výrazně zužuje dutinu střeva. Z tumoru je nutné odebrat vícečetné biopsie k histologickému zhodnocení.

Endoskopie má velký význam v nálezu časných tumorů a premaligních lézí jako jsou adenomové polypy a některé serrated (pilovité) léze. Z toho důvodu je důležitou součástí depistážního programu (screeningu) a základem dispenzárních programů kolorektálního karcinomu. Kolonoskopické zhodnocení sliznice lze vylepšit používáním možnosti zoom, NBI (Narrow Band Imaging) a chromendoskopických metod.

Pozn: Je-li tumor kolorekta zjištěn irigograficky, či při sigmoideoskopii, je velmi vhodné před operačním zákrokem provést kompletní kolonoskopii k vyloučení synchronního (současného) výskytu více tumorů. Není-li kompletní kolonoskopie provedena před chirurgickým zákrokem, měla by být provedena cca za 6 měsíců po zákroku.

Zobrazovací metody

Přínosné může být kontrastní vyšetření střeva (**irigografie**). Ultrazvuk břicha není příliš přesný, může ovšem určit rozměrnou masu tumoru a jaterní metastázy. K vyloučení metastatického procesu obvykle provedeme CT břicha a plic, možnou eventualitou je magnetická rezonance. K lokálnímu stagingu karcinomů rekta může být využita endosonografie.

Další metody

Nelze opomenout test na okultní krvácení (TOKS). Dříve se používaly kvalitativní guajakové testy, metodou volby jsou však moderní imunochemické testy. Vzhledem k relativně nízké ceně a schopnosti odhalit časné tumory a krvácející premaligní léze se TOKS stal základem depistážního programu karcinomu kolorekta.

V diagnostice kolorektálního tumoru se ve studiích zkouší i **endoskopická kapsle**. Výsledky zatím nejsou k dispozici, nicméně za neoddiskutovatelnou nevýhodu lze již nyní označit horší přehlednost a nemožnost odběru biopsie.

TNM klasifikace

Opět se v zásadě neliší od jiných tumorů trávící trubice. T vyjadřuje hloubku pronikání tumoru, N postižení lokálních lymfatických uzlin a M přítomnost vzdálených metastáz.

Tis – tumor in situ, je lokalizován ve sliznici nad lamina propria mucosae

T1 – tumor zasahuje do submukózy, ale **nedosahuje muscularis propria**

T2 – tumor zasahuje do muscularis propria

T3 – tumor zasahuje do subserózy nebo serózy

T4 – tumor zasahuje do okolních tkání nebo orgánů

N1 – napadeny 1-3 lokální lymfatické uzliny

N2 – napadeno 4 a více lymfatických uzlin

M1 – vzdálené metastázy