Léčba kolorektálního kar

U kolorektálního karcinomu tvoří základ kurativní léčby chirurgie, chemoterapie a radioterapie, stále se však zvyšuje význam biologické léčby. Časný karcinom kolorekta je řešitelný endoskopicky.

Endoskopie

Endoskopie je vyhrazena pro časný kolorektální karcinom, který je ve fázi karcinoma in situ, nebo T1, který nedosahuje do vrstvy muscularis propria. Charakter zákroku závisí na podobě tumoru – tumor v polypu je možno odstranit polypektomií, přisedlé léze odstranit endoskopickou mukozální resekcí (EMR) nebo endoskopickou submukózní disekcí (ESD).

Chirurgie

Chirurgie je tradičně základní kurativní modalitou. Principem je odstranění masy tumoru s lemem zdravé tkáně a lokální lymfadenektomie. Lem odstraněné zdravé tkáně má být minimálně 5 cm.

Konkrétní operační zákroky závisí na lokalizaci tumoru. **Tumory pravého tračníku** vyžadují pravostrannou hemikolektomii, **proximální tumory příčného tračníku** rozšířenou pravostrannou hemikolektomií caecum – lienální flexura. **U distálních tumorů příčného tračníku** se volí rozšíření levostranná hemikolektomie, u **tumorů sestupného tračníku** se volí levostranná hemikolektomie a u **tumorů sigmatu** se kolektomie omezuje na sigmoideum.

Totální kolektomie s- nebo bez zachování rekta je nejčastěji prováděna u pacientů s **ulcerózní kolitidou** a familiární adenomatózní polypózou.

Paliativní chirurgické zákroky mají vést zejména k zachování střevní průchodnosti, provádí se resekční operace a eventuálně tvorba bypassu.

Pooperační kolonoskopická surveillance

Po kurativních zákrocích by měla být provedena kompletní kolonoskopie za 1 rok, při negativním nálezu poté za

3 roky a následně v 3-5 letých intervalech. Nebyla-li před operací provedena kompletní kolonoskopie, měla by být první pooperační provedena již za 6 měsíců.

Chemoterapie

Užívá se zejména v adjuvantním režimu (po chirurgickém zákroku), obvykle v kombinovaném podání (5-FU, oxaliplatina, leuvocorin). U generalizovaného procesu bez možnosti operačního odstranění metastáz je nutno chápat chemoterapii jako paliativní léčbu k prodloužení a zkvalitnění života.

Biologická léčba

Od roku 2004 se využívá sloučenina **bevacizumab** (**Avastin**), monoklonální protilátka proti endoteliálnímu růstovému faktoru (VEGF) k inhibici nádorové angiogeneze. Další sloučeninou je **cetuximab** (**Erbitux**), monoklonální protilátka proti receptorům epiteliálního růstového faktoru. U pacientů s K-RAS mutací nemá cetuximab významný účinek, z toho důvodu jsou před nasazením léčby pacienti na přítomnost K-RAS mutace vyšetřováni.

Speciální problematika

Karcinom rekta

Kombinuje se chirurgie, chemoterapie a radioterapie. **Tumory horního třetiny rekta** se odstraňují dolní přední resekcí se zachováním svěračů a následně se provádí end-to end anastomóza. **Tumory středního rekta** se většinou odstraní taktéž dolní přední resekcí, často s fází dočasné kolostomie. **Tumory distální třetiny rekta** obvykle vyžadují odstranění rektosigmatu s vytvořením trvalé kolostomie, je-li ovšem možné zajistit lem zdravé tkáně šíře alespoň 2 cm, pak lze uvažovat o zachování svěračů a end-to-end anastomóze. Součástí operačních zákroků bývá **excize mesorekta**, což je struktura v okolí rekta s lymfatiky a krevními cévami, snižuje se tak riziko lokální recidivy.

Z dalších terapuetických modalit se užívá lokální radioterapie s- nebo bez celkové chemoterapie neoadjuvantně nebo adjuvantně.

Jaterní metastázy

Velký význam má chirurgická terapie jaterních metastáz, tradičními kritérii je 3 a méně ložisek v jednom jaterním laloku s velikostí největšího ložiska pod 5 cm.

Není-li chirurgická terapie možná, preferují se ablační terapie – arteriální chemoembolizace, kryoterapie a radiofrekvenční ablace. Možná je i lokální chemoterapie katétrem umístěným do jaterní tepny.