

Sledenje bolnikov z rakom debelega črevesa in danke po radikalnem zdravljenju

Irena Oblak

Po končanem zdravljenju, tako kirurškem ali kombiniranem zdravljenju karcinoma debelega črevesa in danke (DČD), je potrebno redno sledenje bolnikov po priporočenem protokolu. Namen sledenja je zgodnje odkritje ponovitve bolezni, prekancerov ali eventualnih metahronih (novo nastalih) tumorjev, ki jih v zgodnji obliki lahko uspešno zdravimo. Sledenje je pomembno tudi za zdravljenje kasnih zapletov zdravljenja, omogoča psihološko podporo bolniku in na koncu lahko ob tem sledimo ter ovrednotimo tudi uspešnost našega dela.

Znano je, da se rak DČD ponovi pri 30 do 50 % bolnikov (1). Kar 70 % ponovitev odkrijemo v prvih dveh letih, 80 % v prvih treh letih in 90 % in več ponovitev bolezni v petih letih po operaciji primarnega tumorja (2). Dokazano je, da redno sledenje bolnikov po zdravljenju izboljša izid bolezni (1, 3, 4, 5, 6), saj zmanjša smrtnost bolnikov zaradi raka za 9 do 13 % (1).

Prilagoditi ga moramo posameznemu bolniku, tako njegovi starosti kot splošnemu stanju, stadiju njegove bolezni, sočasnim boleznim ter možnostim nadaljnjega zdravljenja v primeru ponovitve bolezni.

Postopki sledenja so pri raku debelega črevesa podobni kot pri sledenju raka danke. Pri zadnjem je potrebno še skrbno kontrolirati anastomozo (po nizki sprednji resekciji) z rednimi rektoskopijami. Namen je odkriti eventualno zgodnjo ponovitev bolezni na anastomozi, ki je prognostično ugodnejša, kot so ostale ponovitve bolezni v mali medenici (7).

Prve dve leti po zdravljenju bolnike vsake tri mesece klinično pregledamo in odvezamo kri za tumorski označevalec CEA (karcinoembrionalni antigen). Po dveh letih interval podaljšamo na šest mesecev. Kolonoskopija se svetuje v prvem letu po zdravljenju oz. 3 do 6 mesecih po zdravljenju, če ni bila uspešno opravljena v času zamejitvenih preiskav pred

pričetkom zdravljenja. Ponovila naj bi jo treh letih in kasneje po petih letih, če ni bilo najti posebnih najdb. V nasprotnem primeru je interval do naslednje kontrolne kolonoskopije odvisen od patohistološkega izvida. Slikovna diagnostika, kot sta računalniška tomografija (CT) pljuč in CT trebuha se svetujejo enkrat letno. Pomembno je poudariti, da rentgensko slikanje pljuč in ultrazvok trebuha ne zadoščajo za sledenje, predvsem ne pri bolnikih z višjim stadijem bolezni oz. prisotnimi negativnimi prognostičnimi dejavniki, kot so prisotnost angio- in limfangioinvazije, ter pri slabo diferenciranih tumorjih.

Rektoskopija pri bolnikih s karcinomom danke naj bi se opravljala na vsakih šest mesecev, do skupne dobe pet let, magnetna resonanca (MRI) male medenice pa enkrat letno. Zavedati se moramo, da pozitronska emisijska tomografija z računalniško tomografijo (PET-CT) ni rutinska preiskava pri sledenju bolnikov z rakom DČD (8) (Tabela 1).

Praviloma bolnike s karcinomom debelega črevesa po operaciji ali pa zaključku adjuvantne kemoterapije sledijo kirurgi. Bolnike s karcinomom danke, ki so bili le operirani, sledijo kirurgi, v kolikor pa so bili zdravljeni kombinirano s predoperativnim obsevanjem s/brez kemoterapije ali pooperativno radiokemoterapijo pa izmenično kirurgi in radioterapevti onkologi do pet let po zdravljenju. Kasneje sledenje prevzame osebni zdravnik, saj se zaradi možnosti pojava kasnih ponovitev bolezni svetuje sledenje od 7 do 10 let po zdravljenju.

V primeru, da med sledenjem bolnika najdemo povišano vrednost tumorskega označevalca CEA, moramo ponoviti preiskave, ki jih uporabljamo za zamejitev bolezni - kolonoskopija, CT prsnega koša, CT trebuha, MRI male medenice pri sumu na ponovitev v mali medenici oz. pri raku danke. V kolikor te preiskave ne pojasnijo povišanega CEA, opravimo še PET-CT. V kolikor je tudi ta

preiskava negativna, ponavljamo slikovno diagnostiko na tri mesece, do razjasnitve. Zavedati pa se moramo, da je lahko tumorski označevalec CEA povišan (< 10 ng/ml) tudi pri kadičih, bolnikih s KOPB, Chronovo boleznijo in pri ostalih vnetnih črevesnih obolenjih, pri jetrni cirozi, peptičnem ulkusu, zastoju v žolčevodih, ledvični odpovedi ali je lahko celo lažno povišan v 16 % (9, 10). Pri ponovitvi raka DČD ga najdemo povišanega pri 75 % bolnikov. V kolikor je njegova vrednost > 5 ng/ml, je njegova senzitivnost 34 % in specifičnost 84 % (9). Pogosteje je povišan pri jetrnih in

Tabela 1. Sledenje bolnikov po zdravljenju raka debelega črevesa in danke stadija I-III, brez ostanka bolezni

Vrsta preiskav	Sledenje (mesece)													
	3	6	9	12	15	18	21	24	30	36	42	48	54	60
Anamneza, klinični pregled	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
CEA	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Rektoskopija (rak danke po NSR)		+		+		+		+	+	+	+	+	+	+
Kolonoskopija		+*		+									+	
CT pljuč				+				+		+		+		
CT abdomna				+				+		+		+		+
MRI medenice (pri raku danke)				+				+		+				

retroperitonealnih zasevkih in manjkrat pri področni ponovitvi ali peritonealnih in pljučnih zasevkih. Poraste pa lahko celo 4 do 8 mesecev pred pojavom simptomov in znakov ponovitve bolezni (9).

S skrbnim sledenjem bolnikov po končanem radikalnem zdravljenju raka DČD lahko zmanjšamo njihovo smrtnost za 9 do 13 %. Zgodnje odkritje in zdravljenje ponovitve bolezni, prekanceroz ali metahronih tumorjev omogoča namreč bolnikovo ozdravitev.

Literatura

1. Renehan AG, Egger M, Saunders MP, O'Dwyer ST. Impact on survival of intensive follow up after curative resection for colorectal cancer: systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ* 2002; 324: 813.
2. Sargent DJ, Wieand HS, Haller DG, Gray R, Banedetti JK, Buyse M, et al. Disease-free survival versus overall survival as a primary end point for adjuvant colon cancer studies: individual patient data from 20,898 patients on 18 randomized trials. *J Clin Oncol* 2005; 23 (34): 8664-70.
3. Tiandra JJ, Chan MK. Follow-up after curative resection of colorectal cancer: a meta-analysis. *Dis Colon Rectum* 2007; 50 (11): 1783-99.
4. Pietra N, Sarli L, Costi R, Ouchemi C, Grattarola M, Peracchia A. Role of follow-up in management of local recurrences of colorectal cancer: a prospective, randomized study. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 1127-33.
5. Figueredo A, Rumble RB, Maroun J, Earle CC, Cummings B, McLeod R, et al. Follow-up of patients with curatively resected colorectal cancer: a practice guideline. *BMC Cancer* 2003; 3: 26.
6. Jeffery M, Hickey BE, Hider PN. Follow-up strategies for patients treated for non-metastatic colorectal cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2007: CD002200.
7. Lowy AM, Rich TA, Skibber JM, Dubrow RA, Curley SA. Preoperative infusional chemoradiation, selective intraoperative radiation, and resection for locally advanced pelvic recurrence of colorectal adenocarcinoma. *Ann Surg* 1996, 223: 177-85.
8. NCCN Guidelines in Oncology NCCN - Verzija. 2013
9. Moertel CG, Fleming TR, McDonald JS, Haller DG, Laurie JA, Tangen C. An evaluation of the carcinoembryonic antigen (CEA) test for monitoring patients with resected colon cancer. *JAMA* 1993; 270: 943-7.
10. Riubal Morell A. CEA serum levels in non-neoplastic disease. *Int J Biol Markers* 1992; 7 (3): 160-6.

