
Intrarektalni ultrazvok rektuma pri določanju lokalne zamejitve rektalnega karcinoma

Intrarectal ultrasound examination of rectum used to determine the local extent of rectal carcinoma

Mirjana Brvar, dr. med., Splošna bolnišnica Maribor,
Radiološki oddelek Ljubljanska ul. 5, 2000 Maribor

Članek je povzetek predavanja s sekcije radioloških inženirjev v Mariboru aprila 2002.

Izvleček

Tako pri nas kot v razvitem svetu je rektalni karcinom vse pogostejši. Za izbiro najustreznejše vrste zdravljenja je potrebna čimbolj natančna določitev lokalne razširjenosti bolezni. Ob tem uporabljamo različne diagnostične metode, katerih natančnost primerjamo s histopatološko določenim stadijem.

V prispevku predstavljamo intrarektalni ultrazvok rektuma kot najnatančnejšo, relativno poceni in v rokah izkušenega preiskovalca enostavno metodo, ki smo jo ponovno začeli rutinsko uporabljati na našem oddelku pri diagnostični obravnavi bolnikov z rektalnim karcinomom.

Ključne besede: rektalni karcinom, intrarektalni ultrazvok

Abstract

In Slovenia, just like in all developed countries the rectal cancer is spreading. To be able to choose the most appropriate therapy, it is necessary determine the exact extent of illness. Various diagnostic methods are being used and their accuracy is compared with the stage of illness determined histopathologically.

The article introduces intrarectal ultrasound examination of rectum as the most exact and relatively cheap method, which is also very simple, when used by an experienced examiner. The method is being used routinely in our department by diagnostics of patients with rectal cancer.

Key words: rectal cancer, intrarectal ultrasound examination

1. Uvod

Rektalni karcinom predstavlja skoraj polovico primerov kolorektalnega karcinoma, ki je v zadnjem času druga najpogostejša lokalizacija karcinoma v razvitem svetu, njegova incidenca pa je tudi pri nas v porastu. Nekoliko pogostejši je pri moških.

Na odločitev o izbiri najprimernejše terapije oziroma vrsti kirurškega posega vpliva čimbolj natančna določitev lokalne razširjenosti bolezni.

Sodobne kirurške tehnike omogočajo ohranitev rektalne oziroma analne funkcije; glede na lokalno razširjenost karcinoma se odločijo bodisi za lokalno ekscizijo, abdominoperinealno ekscizijo ali anteriorno resekcijo, kar je pomembno za bolnika in tudi vpliva na višjo stopnjo preživetja.

2. Metode in preiskovanci

Diagnostične metode, ki jih uporabljamo pri določanju predoperativnega lokalnega stadija rektalnega karcinoma (staging), imajo različno natančnost:

- digitorektalni pregled (68 – 82%) za tumorje na dosegu preiskovalčevega prsta,
- računalniška tomografija (52 – 97%), ki ne loči med sabo posameznih plasti črevesne stene,

- intrarektalni ultrazvok (76 – 97%) kot edina metoda, ki razloči plasti črevesne stene,
- magnetna resonanca (77%), ki bolje loči fibrozo od začetnega lokalnega recidiva.

Histopatološki stadij temelji na zajetosti posameznih slojev stene črevesa s tumorjem in sicer gre pri stadiju T1 za omejitev tumorja na mukozo in submukozo, pri stadiju T2 tumor prerašča muskularis proprijo, pri stadiju T3 perirektalno maščevje in pri stadiju T4 okolne organe.

Z intraluminalnim ultrazvokom določeni stadij temelji na ultrazvočnem videzu črevesne stene, ki ima 5 slojev, in sicer 3 hiperehogene in 2 hipoehogena, pri čemer naštetih sloji ne predstavljajo preprosto histoloških plasti, ampak mesta prehoda ultrazvoka skozi tkiva z različno akustično impedanco.

Tako vidimo pri stadiju T1 zamejitev tumorja na prvi hipoehogeni sloj, pri T2 na prvi in drugi hipoehogeni sloj s porušeno arhitektoniko stene, pri T3 pa je prekinjen zunanji hiperehogeni sloj.

Lokalni stadij N določamo glede na lego in število metastatsko spremenjenih bezgavk, ki so ultrazvočno vidne kot ovalne ali okrogle omejene hipoehogene spremembe v perirektalnem maščevju. Glede na ultrazvočni videz bezgavk pa žal med sabo ne moremo ločiti metastatskih od reaktivno vneto

spremenjenih. Normalne bezgavke navadno niso vidne.

Možnost t.i. under- in overstaginga obstaja tudi pri mikroskopski tumorski infiltraciji oziroma pri peritumorski vnetni ali fibrozni reakciji.

Omejitve pri preiskavi z intrarektalnim ultrazvokom predstavljajo priprava na preiskavo in njen potek, višina lezije in stopnja stenoze, ki je včasih za instrument neprehodna, med zaplete pa lahko štejemo bolečine, krvavitve in možnost perforacije.

Pri nas opravljamo preiskavo z biplanarno endorektalno ultrazvočno sondo s frekvenco 7,5 MHz, ki je dolga približno 15 cm in ima premer 22 mm. Zaščitimo jo s plastično prevleko in premažemo s kontaktnim gelom.

Bolnik med preiskavo leži na preiskovalni mizi na levem boku s pritegnjenimi koleni. Pol ure prej dobi nizko klizmo. Rektum anesteziramo z anestetičnim gelom.

Med preiskavo glede na znano lokalno anatomijo in odkrito patologijo sondo obračamo v različne smeri in pregledamo, če je le to izvedljivo, celotno dolžino lezije in celotno cirkumferenco zajetega dela črevesne stene. Ob tem pazimo na dober stik med sondo in steno.

3. Rezultati

Na našem oddelku smo po več letih ponovno začeli opravljati opisano preiskavo lani junija in smo do sedaj pregledali okoli 20 bolnikov, ki smo jim tako želeli določiti lokalni stadij rektalnega karcinoma. Približno polovica preiskav je bila uspešno izvedenih, četrtnina je bila delno uspeh z nepopolnimi izvidi, pri ostalih pa preiskava večinoma zaradi bolečin in krvavitve ni bila izvedljiva.

Večinoma smo ugotavljali stadija T2 in T3, v manjši meri T4. Nekaj bolnikov je bilo pregledanih večkrat; našli smo benigno stenozo na anastomozi, fibrozo po radioterapiji ter recidivni tumor po resekciji.

Patološko spremenjene bezgavke smo odkrili pri približno tretjini bolnikov.

Da bi izboljšali kakovost izvedene preiskave in si pridobili izkušnje, smo začeli tudi s posameznimi ultrazvočnimi pregledi resektatov takoj po operaciji, ko je bilo to izvedljivo, ter primerjali rezultate z izvidom prej opravljene preiskave.

4. Zaključek

Trenutno natančnosti staginga z intrarektalnim ultrazvokom na našem oddelku še ne moremo natančneje vrednotiti, ker smo opravili premalo preiskav. Poleg tega nismo mogli vedno

primerjati izvidov s histološkim stagingom po operaciji, ker vsi bolniki niso bili operirani ali pa operacije niso bile opravljene kmalu po preiskavi.

Opisano metodo ocenjujemo kot najboljšo diagnostično za ugotavljanje lokalnega stadija rektalnega karcinoma, ker je razmeroma enostavna, poceni in omogoča tudi ugotavljanje lokalnega recidiva po operaciji in je uporabna tudi pri diagnostiki ostalih bolezni perirektalnega področja.

LITERATURA

1. *Tepeš B. Štiriletne izkušnje z endoluminalno ultrazvočno preiskavo pri določanju lokalnega stadija raka rektuma. Zdravniški vestnik 1996; 65:335-340.*
2. *Joosten FBM. Aspects of imaging benign and malignant rectal and perirectal diseases. Toshiba Medical Systems, 1995.*