

Leczenie chirurgiczne raka odbytnicy u chorego po przebytych 2 miesiące wcześniej zawale mięśnia sercowego – opis przypadku i przegląd piśmiennictwa

*Konrad Wroński^{1,2}, Maciej Żechowicz^{1,3}, Tadeusz Żechowicz⁴

¹Katedra Onkologii, Wydział Nauk Medycznych, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Olsztyn
Kierownik Katedry: prof. dr hab. n. med. Sergiusz Nawrocki

²Oddział Chirurgii Onkologicznej, Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii, Olsztyn
Ordynator Oddziału: lek. Andrzej Lachowski

³Klinika Chorób Wewnętrznych, Gastroenterologii i Hepatologii z Pododdziałem Kardiologicznym i Ośrodkiem Leczenia Niewydolności Serca i Kardiologii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny, Olsztyn
Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Piotr Zaborowski

⁴Katedra Chorób Wewnętrznych, Gastroenterologii, Kardiologii i Infekcjologii, Wydział Nauk Medycznych, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Olsztyn
Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Piotr Zaborowski

SURGICAL TREATMENT RECTAL CARCINOMA PATIENT AFTER 2 MONTHS EARLIER HISTORY OF MYOCARDIAL INFARCTION – CASE REPORT AND REVIEW OF LITERATURE

S u m m a r y

Malignant neoplasms of the large intestine are now an important issue in Polish oncology. Analysis of epidemiological trends indicate that the number of new cases due to the rectum and colon cancer will tend to increase. Because of the occurrence the colorectal cancer in patients with various internal diseases, a close cooperation between surgeon and doctors in other specialties is necessary.

In this article, the authors describe the surgically treated 77-year-old Caucasian race man diagnosed with rectal cancer in the two months before diagnosed myocardial infarction. The authors discuss strategies for dealing with such patients and reviewed the literature on this problem.

Key words: rectal carcinoma, myocardial infarction, treatment

WSTĘP

Nowotwory złośliwe jelita grubego są obecnie istotnym problemem onkologicznym w Polsce (1, 2). Analiza danych epidemiologicznych wskazuje, że liczba nowych zachorowań na raka odbytnicy i okrężnicy będzie miała tendencję wzrostową. W 2011 roku w Polsce rozpoznano 5708 nowych zachorowań na raka odbytnicy (3). W populacji mężczyzn rozpoznano 3461 nowe przypadki zachorowań, a w populacji kobiet 2247 nowe przypadki (3).

Ze względu na występowanie nowotworów jelita grubego u osób z chorobami internistycznymi konieczna jest ścisła współpraca chirurga z lekarzami innych specjalności.

W niniejszym artykule autorzy opisali leczonego chirurgicznie 77-letniego mężczyzny rasy kaukaskiej

z rozpoznaniem rakiem odbytnicy, u którego 2 miesiące wcześniej rozpoznano zawał mięśnia sercowego. Autorzy artykułu omówili strategię postępowania z takimi chorymi i dokonali przeglądu piśmiennictwa dotyczącego powyższego problemu.

OPIS PRZYPADKU

Mężczyzna rasy kaukaskiej, lat 77 został przyjęty do Oddziału Chirurgii Onkologicznej Szpitala Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie z powodu objawów krwawienia i podniekroźności spowodowanych rozpoznaniem rakiem odbytnicy w celu leczenia chirurgicznego.

Pacjent został przyjęty 8 tygodni wcześniej do Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala Powiatowego

z powodu stopniowo pogarszającej się tolerancji wysiłku, duszności wysiłkowej, narastających obrzęków podudzi i stóp. Przez ostatnie dwa tygodnie przed hospitalizacją występowały u chorego dolegliwości bólowe w klatce piersiowej. W wywiadzie chory przeżył udar niedokrwieny mózgu i leczył się na nadciśnienie tętnicze. Przy przyjęciu do Oddziału Chorób Wewnętrznych stan ogólny chorego był średni, występowały: obrzęki kończyn dolnych, ściszony szmer płucny, pojedyncze rżenia u podstawy płuc. W badaniach laboratoryjnych występowała podwyższona wartość troponiny T wynosząca 0.030 µg/l (norma < 0.012 µg/l) i niski poziom HGB 5,7 g/dl (niedokrwistość mikrocytarna). W zapisie EKG stwierdzono blok prawej odnogi pęczka Hisa, ujemne załamki T w V4-6, płytkie ujemne załamki T w III, aVF. Po rozszerzeniu leczenia krążeniowego uzyskano wzrost diurezy, przetoczono 6 jednostek KKCz. W wyniku zastosowanego leczenia uzyskano u chorego poprawę stanu ogólnego. W 4 dniu hospitalizacji u chorego wystąpiło krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego. W badaniu per rectum stwierdzono wtedy smolisty stolec i powiększone guzki krwawnicze odbytu. U chorego ze względu na obraz zawału mięśnia sercowego w EKG wykonano echo serca. W badaniu echo serca stwierdzono hipokinezę koniuszka i koniuszkowych segmentów ścian obejmującą także środkowy segment ściany przedniej, małą falę zwrotną mitralną, upośledzoną relaksację lewej komory, ślad płynu w worku osierdziowym i EF – 40%. W badaniu gastroscopowym śluzówka okolicy przedodźwiernikowej była plackowato zaczerwieniona z pojedynczymi aftami. Z uwagi na przeżyty zawał mięśnia sercowego NSTEMI odstąpiono od wykonania kolonoskopii – wyznaczono późniejszy termin badania za 3 tygodnie. Pacjenta wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym, ale odstąpiono od podwójnej terapii przeciwplatekcyjnej z powodu zwiększonego ryzyka krwawienia. Chory został wypisany do domu z zaleceniami przyjmowania leków moczopędnych, statyn, karwedilolu, ramiprilu i kwasu acetylosalicylowego.

Po 4 tygodniach pacjent został ponownie przyjęty do Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala Powiatowego w celu dokończenia diagnostyki niedokrwistości i utrzymujących się od ponad trzech tygodni luźnych stolców (2-4 dziennie), okresowo z domieszką krwi. Przy przyjęciu do oddziału chory był w stanie ogólnym dość dobrym, bez zastoju w krążeniu płucnym i bez obrzęków podudzi. W oddziale wykonano u chorego kolonoskopię, podczas której w odległości około 18 centymetrów od zwieraczy odbytu stwierdzono masywny guz z rozpadem i cechami przebytego krwawienia, zwężający światło jelita i nieprzepuszczający aparatu. Pobrano wycinki do badania histopatologicznego, w których stwierdzono komórki gruczolakoraka.

Pacjent po 2 tygodniach zgłosił się do Poradni Chirurgii Onkologicznej z wynikami badań. Chory zgłaszał osłabienie, duszność wysiłkową i krwawienie z odbytu. W badaniu per rectum stwierdzono świeże krwawienie z odbytu, wobec tego pacjent został od razu przyjęty do Oddziału Chirurgii Onkologicznej Szpitala Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie. U chorego wykonano badania

laboratoryjne, w których stwierdzono anemizację – Hgb 6,0 g/dL. W związku z tym przetoczono 4 j. KKCz. Wykonano ponownie echo serca, w którym stwierdzono odcinkowe zaburzenia kurczliwości i upośledzenia relaksacji mięśnia komory lewej, niewielki przerost przegrody międzykomorowej, niewielkie niedomykalności zastawki mitralnej, aortalnej i trójdzielnej. EF wynosiło 59%. Chory był konsultowany i przygotowany do zabiegu operacyjnego przez lekarza kardiologa.

Ze względu na objawy podniedrożności i aktywne krwawienie z guza, chorego zakwalifikowano do zabiegu operacyjnego w trybie pilnym. Pacjenta poinformowano przed zabiegiem operacyjnym o ryzyku powikłań zarówno śród-, jak i pooperacyjnych.

Dzień przed zabiegiem operacyjnym u chorego zastosowano profilaktykę przeciwzakrzepową heparyną drobnocząsteczkową. Pół godziny przed zabiegiem operacyjnym u chorego włączono profilaktykę antybiotykową. Chory był operowany, w znieczuleniu ogólnym cięciem pośrodkowym poniżej i powyżej pępka otwarto jamę otrzewnej. Stwierdzono guz zlokalizowany w górnej części odbytnicy o średnicy około 4 cm. Guz naciekał na fragment jelita cienkiego. Płaty wątroby były gładkie, a pozostałe narządy jamy brzusznej bez patologii. Wobec powyższego zdecydowano o wykonaniu przedniej resekcji odbytnicy w sposób typowy z wycięciem fragmentu jelita cienkiego, które było wciągnięte przez naciek nowotworowy. W trakcie operacji wykorzystano staplery i LigaSure, dzięki czemu skrócono czas operacji, a także zmniejszono krwawienie podczas operacji. Wycięty guz przesłano do rutynowego badania histopatologicznego. Wykonano drenaż miednicy. Założono szwy na powłoki. Czas trwania zabiegu operacyjnego wynosił 120 minut.

Przebieg pooperacyjny był niepowikłany, pacjent w 8 dobie po zabiegu operacyjnym został wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym. Pacjentowi zalecono utrzymanie stabilnej terapii karwedilolem, ramipilem, furosemidem oraz kwasem acetylosalicylowym. Chory znajduje się pod kontrolą Poradni Chirurgii Onkologicznej i Kardiologicznej.

OMÓWIENIE

W artykule przedstawiono przypadek kliniczny pacjenta, u którego stwierdzono obciążenia ze strony układu sercowo-naczyniowego: przewlekłą niewydolność serca NYHA II/III, przeżyty zawał mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI) w okresie ostatnich 8 tygodni, wieloletnie nadciśnienie tętnicze dobrze kontrolowane w ciągu ostatnich 8 tygodni, przeżyty udar niedokrwieny mózgu przed trzema laty, zaburzenia lipidowe oraz upośledzoną tolerancję glukozy. Ze względu na potwierdzone histopatologicznie rozpoznanie zaawansowanego raka odbytnicy z objawami nawracającego krwawienia i podniedrożnością przewodu pokarmowego w obrazie klinicznym oraz rentgenowskim, pacjent pomimo istotnego obciążenia naczyniowo-sercowego musiał zostać zakwalifikowany do leczenia operacyjnego w trybie pilnym.

Opierając się na wytycznych dotyczących przedoperacyjnej oceny ryzyka sercowego oraz okołoperacyjnego postępowania kardiologicznego u pacjentów

poddawanych zabiegom niekardiologicznym, w kwalifikacji pacjenta należy uwzględnić nie tylko współistniejące kardiologiczne czynniki obciążające ryzyko zabiegu operacyjnego, ale także rodzaj i okoliczności wykonywanej operacji (4, 5). W omawianym przypadku u pacjenta wykonano przednią resekcję odbytnicy i częściową resekcję jelita cienkiego. Według Boersmy i wsp. operacja chirurgiczna w obrębie jamy brzusznej należy do grupy zabiegów umiarkowanego ryzyka (1-5%) wystąpienia zgonu z powodów sercowych lub zawału mięśnia sercowego w ciągu 30 dni (6). Ryzyko w grupie zabiegów umiarkowanego ryzyka zależy od pilności, rozległości, czasu trwania procedury, lokalizacji, utraty krwi oraz przemieszczania się płynów, które mogą doprowadzić do niedokrwienia mięśnia sercowego oraz zaostrzenia niewydolności krążenia (7). Dodatkowo w stratyfikacji ryzyka kardiologicznego może posłużyć uważany obecnie za najlepszy zarówno przez badaczy, jak i klinicystów wskaźnik Lee, według którego ryzyko wystąpienia poważnego incydentu sercowego u omawianego pacjenta wynosi co najmniej 11% (zawał mięśnia sercowego, stan po udarze niedokrwienym OUN, niewydolność serca) (8). Ponieważ operacja dotyczy przewodu pokarmowego, a nie zabiegu torakochirurgicznego, można w tym przypadku pominąć ocenę wydolności pacjenta mierzoną obiektywnie w METs testem wysiłkowym bądź na podstawie zdolności do wykonywania codziennych czynności. Wg Biccarda niska wydolność fizyczna nie była związana z podwyższoną śmiertelnością w przebiegu niekardiologicznych zabiegów chirurgicznych (względne ryzyko 0,47%, 95% CI 0,09-2,5) w przeciwieństwie do zabiegów torakochirurgicznych (względne ryzyko 18,7%, 95% CI 0,09-2,5) (9).

W rozważanym przypadku obiektywna ocena wydolności byłaby utrudniona ze względu na współwystępowanie niedokrwistości oraz choroby nowotworowej. Można również zastanowić się, czy na podstawie całego obrazu klinicznego nie należałoby rozpoznać u chorego zawału serca typu 2 w przebiegu ciężkiej niedokrwistości, ponieważ zaburzenia kurczliwości i LVEF ok. 40% w badaniu echokardiograficznym przy przyjęciu do Szpitala Powiatowego w marcu (pacjentowi przetoczono łącznie 6 j. KKCz zgodnych grupowo), nie były ponownie obserwowane w echo serca przed oceną pacjenta do pilnego zabiegu chirurgicznego 6 tygodni później (10).

Pacjentowi również ze względu na niedokrwistość nie zalecono przyjmować kłopidogrelu bądź tikagreloru, a jedynie kwas acetylosalicylowy. Dwa najczęściej wykonywane nieinwazyjne badania oceniające przedoperacyjne ryzyko sercowo-naczyniowe, czyli EKG oraz echokardiografię, znalazły swoje miejsce w zaleceniach. EKG znajduje się w klasie I B z zaleceniem wykonania przed zabiegami chirurgicznymi umiarkowanego i wysokiego ryzyka u pacjentów z czynnikami ryzyka, natomiast spoczynkowe badanie echokardiograficzne w klasie IIa C należy rozważyć w celu oceny LV u pacjentów poddawanych zabiegom wysokiego ryzyka (11). Nie zaleca się wykonywania tego badania w celu oceny pacjentów bezobjawowych (III B) (11). W omawianym przypadku zostało ono

wykonane z powodu wcześniejszych objawów oraz w celu wykluczenia LVEF < 35%, wiążącego się z gorszym rokowaniem około- i pooperacyjnym (czułość tego badania 50%, a swoistość 91%) (12). Biorąc pod uwagę fakt przebycia przez pacjenta zawału NSTEMI przed 6-7 tygodniami, należy zawsze brać pod uwagę wykonanie angiografii naczyń wieńcowych przed zabiegiem operacyjnym, jednakże jest ona wskazana, gdy niekardiologiczne zabiegi chirurgiczne mogą być odsunięte w czasie, a także można ją rozważyć u pacjentów stabilnych przed zabiegami umiarkowanego ryzyka (IIb C). Wykonanie angiografii naczyń wieńcowych zaleca się w klasie I A, gdy objawowa choroba wieńcowa nie jest kontrolowana za pomocą prawidłowej terapii farmakologicznej.

Biorąc pod uwagę wszystkie dane kliniczne, wydaje się, że w opisanym przypadku ocena kardiologiczna – ze względu na pilność zabiegu spowodowana krwawieniem oraz cechami podniedrożności przewodu pokarmowego – powinna jedynie wpłynąć na postępowanie okołoperacyjne i wybór rodzaju zabiegu, a nie na decyzję o wykonaniu bądź nie samego zabiegu.

Opracowane strategie redukcji ryzyka okołoperacyjnego opierają się głównie na farmakologii i dotyczą stosowania m.in. beta-adrenolityków, statyn, ACE-inhibitorów, diuretyków, kwasu acetylosalicylowego i leczenia przeciwzakrzepowego. Stosowanie beta-blokera wiąże się ze znaczącym zmniejszeniem śmiertelności, gdy wskaźnik Lee wynosi co najmniej 3 (jak w przypadku omawianego pacjenta), co znajduje swoje odzwierciedlenie w klasie zaleceń I B (zaleca się stosowanie u pacjentów z chorobą niedokrwinną serca). Optymalnie terapię należy rozpocząć 30 dni, a minimalnie tydzień przed zabiegiem chirurgicznym z docelową czynnością serca 60-70/min i RR skurczowym > 100 mmHg (13). Zaleca się kontynuowanie terapii statynami w okresie okołoperacyjnym (I C), ze względu na liczne próby kliniczne oraz badania obserwacyjne udowadniające ich korzystne działanie w tym okresie (14). Stosowanie inhibitorów ACE (np. ramipril w omawianym przypadku) powinno mieć korzystny wpływ na przebieg operacyjny niezależnie od efektu obniżania ciśnienia tętniczego, ponieważ leki z tej grupy służą zachowaniu prawidłowej czynności narządów i zaleca się ich podawanie podczas niekardiologicznych zabiegów chirurgicznych u stabilnych pacjentów ze skurczową dysfunkcją LV (I C) (4). Diuretyki, które są często stosowaną grupą w terapii niewydolności serca (omawianemu pacjentowi zalecono furosemid z torasemidem przy wypisie ze Szpitala Powiatowego), są zalecane do dnia zabiegu, a następnie ich podawanie dożylne w okresie okołoperacyjnym oraz powrót do terapii doustnej, gdy tylko będzie to możliwe (I C). Zaleca się również korekcję zaburzeń elektrolitowych przed zabiegiem chirurgicznym (I C) (1). Ostatnim problemem klinicznym w przypadku rozważanego pacjenta jest leczenie przeciwplatekcyjne kwasem acetylosalicylowym w trakcie i po zabiegu. Wydaje się, że słuszne jest utrzymanie leczenia kwasem acetylosalicylowym w przypadku niestwierdzenia problemów z kontrolą hemostazy, gdyż u pacjentów z chorobą niedokrwinną serca odstawienie leku może wiązać

się z 3-krotnym wzrostem poważnych incydentów sercowych (15), a ryzyko krwawienia po ASA jest ok. 1,5 razy większe, ale ASA nie powoduje zwiększenia stopnia ciężkości krwawienia (16).

PODSUMOWANIE

W leczeniu okołoperacyjnym pacjentów po zawale mięśnia sercowego w okresie krótszym niż 6 miesięcy, którzy wymagają pilnego leczenia chirurgicznego ze wskazań życiowych, należałoby utrzymać stabilną terapię karwedilolem, ramiprilem, furosemidem oraz kwasem acetylosalicylowym w okresie zarówno przed-, jak i pooperacyjnym. Wykonanie zabiegu w trybie pilnym ze wskazań życiowych jest również nadrzędną decyzją w stosunku do diagnostyki kardiologicznej mającą ocenić ryzyko ciężkich zdarzeń sercowych, która nie powinna jednak opóźnić właściwego leczenia chirurgicznego. □

Piśmiennictwo

1. Wroński K, Lachowski A, Frąckowiak L: Synchronous anterior resection rectal cancer, radical left nephrectomy and right cyst ovary – an unusual case report. *Med Rodz* 2014; 1: 31-33. 2. Wroński K: Spożycie czosnku wśród chorych z rozpoznany rakiem jelita grubego. *Nowa Med* 2013; 2: 43-47. 3. Jeziorski A: Kompendium chirurgii onkologicznej. *Via Medica*, Gdańsk 2014. 4. Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) do spraw oceny ryzyka sercowego oraz okołoperacyjnego postępowania kardiologicznego u pacjentów poddawanych zabiegom niekardiologicznym, we współpracy z Europejskim Towarzystwem Anestezjologicznym (ESA): Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczące przedoperacyjnej oceny ryzyka sercowego oraz okołoperacyjnego postępowania kardiologicznego u pacjentów

poddawanych zabiegom niekardiologicznym. *Kard Pol* 2010; tom 68, supl. 2. 5. Wirthlin DJ, Cambria RP: Surgery-specific considerations in the cardiac patient undergoing noncardiac surgery. *Prog Cardiovasc Dis* 1998; 40: 453-468. 6. Boersma E, Kertai MD, Schouten O et al.: Perioperative cardiovascular mortality in noncardiac surgery: validation of the Lee cardiac risk index. *Am J Med* 2005; 118: 1134-1141. 7. Mangano DT: Perioperative medicine: NHLBI working group deliberations and recommendations. *J Cardiothorac Vasc Anesth* 2004; 18: 1-6. 8. Lee TH, Marcantonio ER, Mangione CM et al.: Derivation and prospective validation of a simple index for prediction of cardiac risk of major noncardiac surgery. *Circulation* 1999; 100: 1043-1049. 9. Biccari BM: Relationship between the inability to climb two flights of stairs and outcome after major non-cardiac surgery: implications for the pre-operative assessment of functional capacity. *Anaesthesia* 2005; 60: 588-593. 10. Thygesen K, Alpert JA, Jaffe AS et al.: Trzecia uniwersalna definicja zawału serca. *Kard Pol* 2012; 70, supl. V: 235-254. 11. Jeger RV, Probst C, Arsenic R et al.: Long-term prognostic value of the preoperative 12-lead electrocardiogram before major noncardiac surgery in coronary artery disease. *Am Heart J* 2006; 151: 508-513. 12. Kertai MD, Boersma E, Bax JJ et al.: A meta-analysis comparing the prognostic accuracy of six diagnostic tests for predicting perioperative cardiac risk in patients undergoing major vascular surgery. *Heart* 2003; 89: 1327-1334. 13. Lindenauer PK, Pekow P, Wang K et al.: Perioperative beta-blocker therapy and mortality after major noncardiac surgery. *N Engl J Med* 2005; 35. 14. Williams TM, Harken AH: Statins for surgical patients. *Ann Surg* 2008; 247: 30-37. 15. Biondi-Zoccai GG, Lotrionte M, Agostoni P et al.: A systematic review and meta-analysis on the hazards of discontinuing or not adhering to aspirin among 50,279 patients at risk for coronary artery disease. *Eur Heart J* 2006; 27: 2667-2674. 16. Burger W, Chemnitz JM, Kneissl GD, Rucker G: Low-dose aspirin for secondary cardiovascular prevention – cardiovascular risks after its perioperative withdrawal versus bleeding risks with its continuation – review and meta-analysis. *J Intern Med* 2005; 257: 399-414.

nadesłano: 21.05.2014

zaakceptowano do druku: 21.06.2014

Adres do korespondencji:

*Konrad Wroński

Katedra Onkologii

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski

ul. Aleja Wojska Polskiego 37, 10-228 Olsztyn

tel.: +48 (89) 539-85-42

e-mail: konradwronski@wp.pl