
Marija Nikolić¹, Nemanja Trifunović, Damir Jašarović,
Tanja Abazović, Milica Radivojević, Nebojša Mitrović

TRANSANALNA EKSCIZIJA KOD RANOG KARCINOMA REKTUMA

UVOD

Primarni cilj lečenja karcinoma rektuma je postizanje potpunog uklanjanja tumora uz očuvanje rektuma, što značajno poboljšava kvalitet života pacijenta. Totalna mezo-rektalna ekscizija (TME) i dalje ostaje zlatni standard za lečenje karcinoma rektuma, posebno u slučajevima kada je tumor uznapredovalog stadijuma. Ipak, transanalna ekscizija (TAE) postala je adekvatna alternativna procedura za pacijente sa tumorima u ranim fazama, naročito onima koji se nalaze u donjem i srednjem delu rektuma. Ova tehnika, procedura koja prezervira rektum, privukla je pažnju kao manje invazivna opcija za odgovarajuće, pravilno selektovane pacijente. (1, 2, 3)

TAE se tradicionalno koristi za benigne lezije, kao što su adenomi i rani stadijumi karcinoma, gde su tumori ograničeni na mukozu ili submukozu i nemaju znakove uznapredovalog širenja. Za tumore u distalnom delu rektuma (do 4 cm od analnog prstena) TAE može pružiti minimalno invazivno rešenje sa niskim morbiditetom. Uprkos svojim prednostima, odluka o izvođenju TAE treba da bude zasnovana na pažljivoj proceni kliničkih i dijagnostičkih nalaza, karakteristika tumora, kao i na proceni proceduralnog rizika, posebno kod pacijenata kod kojih bi veći hirurški zahvati predstavljali značajan rizik. (3, 4)

Ovaj prikaz prezentuje tri slučaja ranih tumora rektuma, inicijalno suspektnih na malignitet, i stavlja akcenat na ulogu TAE kao dijagnostičkog i terapijskog postupka za lečenje ovih tumora.

PRIKAZ SLUČAJEVA

Tri pacijenta su se javila sa simptomima u vidu rektalnog krvarenja, prisustva sluzi u stolici i otežane defekacije. Tokom dijagnostičkog ispitivanja, identifikovani

¹ KBC Zemun

su tumori u distalnom delu rektuma, locirani na maksimalno 4 cm od anokutane linije. Kliničkim pregledom verifikovani su tumori nepravilnih kontura, na širokoj osnovi, što je pobudilo sumnju na malignitet. Zbog sumnjivih karakteristika tumora, iako su rezultati ponovljenih biopsija u više navrata bili negativni na malignitet (tubulovilozni adenomi sa visokim stepenom displazije), sprovedena je dodatna dijagnostička evaluacija.

Kako bi se procenio opseg lezija i rešila dijagnostička neizvesnost urađena je MRI karlice svim pacijentima. MRI nalazi su govorili u prilog malignih lezija, te je odlučeno da se kod sva tri slučaja uradi transanalna ekscizija (TAE). Histopatološki nalaz ekscidiranih uzoraka potvrdio je rani stadijum adenokarcinoma rektuma, sa čistim marginama resektata (R0).

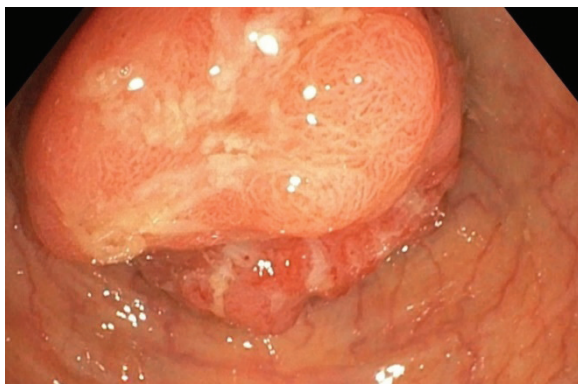


Figure 1. MR image of rectal tumor lesion

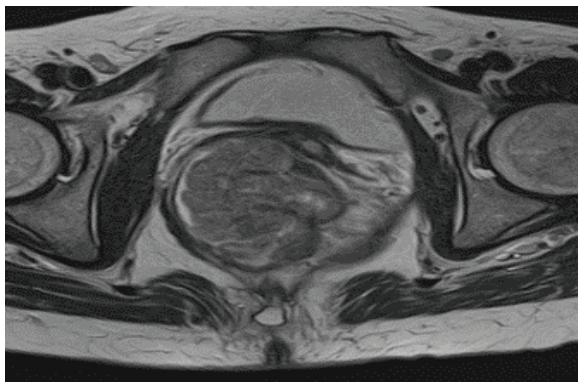


Figure 2. Colonoscopy: Image of rectal tumor

Postoperativno, svi pacijenti su prikazani Onkološkom konzilijumu, koji je preporučio dalje kontinuirano praćenje kroz redovne kontrolne preglede prema protokolu.

Period praćenja trajao je od 18 do 30 meseci i uključivao kombinaciju laboratorijskih testova, endoskopskih evaluacija i imaging metoda (CT, NMR). Tokom ovog perioda nije bilo simptoma. niti znakova recidiva bolesti, što je potvrdilo uspeh TAE kao efikasnog dijagnostičkog i terapijskog postupka za rani adenokarcinom rektuma.

DISKUSIJA

Odluka o izvođenju transanalne ekscizije (TAE) zahteva multidisciplinarnu procenu, uzimajući u obzir različite faktore kao što su lokalizacija tumora, veličina, histološki stepen i opšte zdravstveno stanje pacijenta. Individualni pristup je ključan, jer je TAE posebno korisna za pacijente koji nisu pogodni kandidati za obimnije hirurške intervencije, uključujući one sa značajnim komorbiditetima ili u poodmaklim godinama. U slučajevima ranog karcinoma rektuma, naročito T1 tumora, TAE predstavlja manje invazivnu, rektum prezervirajuću alternativu radikalnijim hirurškim pristupima i može pružiti zadovoljavajuće rezultate kod pravilno odabranih pacijenata (5, 6, 7).

Indikacije za TAE u ranoj fazi karcinoma rektuma uključuju tumore manje od 3 cm, ograničene na mukozu ili submukozni sloj, koji zahvataju manje od jedne trećine cirkumference rektuma. Takođe, tumori sa niskim histološkim gradusom, kao i odsustvo limfovaskularne ili perineuralne invazije imaju indikaciju za TAE. Za pacijente sa tumorima u ranoj fazi koji ne ispunjavaju ove stroge kriterijume TAE se ipak može razmotriti, naročito ako klinički nalaz i imaging metode sugerišu na malignitet, dok histopatološki nalazi nisu konkluzivni. U ovakvim slučajevima TAE ima dvostruku ulogu, omogućavajući i dijagnostičke i terapijske benefite (6, 8, 9).

Ova procedura je pokazala efikasnost kod pacijenata sa značajnim komorbiditetima ili u poodmaklim godinama, za koje tradicionalne, invazivnije hirurške procedure mogu predstavljati veće rizike. U takvim slučajevima TAE nudi manje invazivnu opciju koja čuva funkciju rektuma, dok omogućava uklanjanje tumora. Ovo je adekvatna alternativa za pacijente koji nisu kandidati za radikalnije pristupe, naročito kada su rizici povezani sa velikim hirurškim zahvatima veći od potencijalnih koristi (5, 7, 10, 11).

Međutim, važno je naglasiti da TAE nije pogodna za sve tumore rektuma. Tumori koji su previše veliki, zahvataju značajan deo rektalne cirkumference ili pokazuju znakove limfovaskularnog širenja predstavljaju kontraindikaciju za TAE. Takođe, tehnika zahteva visok nivo hirurške stručnosti kako bi se obezbedile čiste ivice resekcije (R0) i smanjio rizik od lokalnog recidiva. U slučajevima prikazanim u ovom izveštaju tumori su pravilno procenjeni za TAE, a procedura je dala izuzetne rezultate, uključujući period bez recidiva tokom daljeg praćenja (12, 13, 14).

U slučajevima kada TAE nije pogodna, kao što su lokalno uznapredovali karcinom rektuma ili tumori sa nepovoljnim karakteristikama, totalna mezorektalna ekscizija (TME) ostaje zlatni standard. TME podrazumeva potpuno uklanjanje rektuma i okolnog mezorektalnog tkiva, čime se obezbeđuju jasne resekcione margine i smanjuje rizik od lokalnog recidiva. Ovakav pristup je od suštinskog značaja za pacijente u uznapredovalim stadijumima bolesti i povezan je sa boljim ishodima preživljavanja. Iako je TME invazivnija, predstavlja metodu izbora za lečenje karcinoma rektuma u kasnijim fazama, kao i za tumore sa nepovoljnim histološkim karakteristikama (10, 15).

ZAKLJUČAK

Transanalna ekscizija ostaje vredna, rektum prezervirajuća procedura za odabrane pacijente sa ranim karcinomom rektuma ili benignim lezijama, naročito kod tumora lokalizovanih u distalnom delu rektuma. Kao što je prikazano u slučajevima razmatranim u ovom izveštaju, TAE može efikasno lečiti tumore sa povoljnim histološkim karakteristikama i obezbediti čiste resekcione margine, što vodi ka uspešnim dugoročnim ishodima. Redovno praćenje je ključno za detekciju potencijalnih recidiva, a TAE nudi manje invazivnu alternativu obimnijim hirurškim procedurama kod odgovarajuće odabranih pacijenata. Ipak, onkološka sigurnost transanalne ekscizije ostaje predmet daljih istraživanja, te će buduće studije, zajedno sa produženim praćenjem naših pacijenata, doprineti preciznijoj proceni njene kliničke opravdanosti i dugoročne onkološke efikasnosti.

Literatura

1. Benson AB, Venook AP, Al-Hawary MM, Azad N, Chen YJ, et al. Rectal cancer, version 2.2022, NCCN clinical practice guidelines in oncology. *J Natl Compr Canc Netw.* 2022;20:1139–1167. doi: 10.6004/jnccn.2022.0051.
2. Farid A, Tutton M, Thambi P, Gill TS, Khan J, et al. Local excision of early rectal cancer: a multi-centre experience of transanal endoscopic microsurgery from the United Kingdom. *World J Gastrointest Surg.* 2024 Oct 27;16(10):3114–3122. doi: 10.4240/wjgs.v16.i10.3114.
3. Smits LJH, van Lieshout AS, Grüter AAJ, Horsthuis K, Tuynman JB, et al. Multidisciplinary management of early rectal cancer - the role of surgical local excision in current and future clinical practice. *Surg Oncol.* 2022 Mar;40:101687. doi: 10.1016/j.suronc.2021.101687. Epub 2021 Nov 29.
4. Šemanjski K, Lužaić K, Brkić J. Current surgical methods in local rectal excision. *Gastrointest Tumors.* 2024 Apr 17;10(1):44–56. doi: 10.1159/000538958. PMID: 39015761; PMCID: PMC11249472.

5. Nastro P, Beral D, Hartley J, Monson JRT. Local excision of rectal cancer: review of literature. *Dig Surg*. 2005;22(1–2):6–15.
6. Garcia-Aguilar J, Renfro LA, Chow OS, Shi Q, Carrero XW, et al. Organ preservation for clinical T2N0 distal rectal cancer using neoadjuvant chemoradiotherapy and local excision (ACOSOG Z6041): results of an open-label, single-arm, multi-institutional, phase 2 trial. *Lancet Oncol*. 2015;16:1537–1546. doi: 10.1016/S1470-2015(15)00215-6.
7. Saraste D, Gunnarsson U, Janson M. Predicting lymph node metastases in early rectal cancer. *Eur J Cancer*. 2013;49:1104–1108. doi: 10.1016/j.ejca.2012.10.005.
8. Kosinski L, Habr-Gama A, Ludwig K, Perez R. Shifting concepts in rectal cancer management: a review of contemporary primary rectal cancer treatment strategies. *CA Cancer J Clin*. 2012;62(3):173–202.
9. Maggiori L, Panis Y. Transanal endoscopic microsurgery (TEM) for T1 rectal cancer. *Acta Chir Iugosl*. 2012;59(2):87–90.
10. Rouleau-Fournier F, Brown CJ. Can less be more? Organ preservation strategies in the management of rectal cancer. *Curr Oncol*. 2019;26(Suppl 1):S16–23.
11. Wlodarczyk JR, Lee SW. New frontiers in management of early and advanced rectal cancer. *Cancers*. 2022;14(4):938.
12. Neilson LJ, Rutter MD, Saunders BP, Plumb A, Rees CJ, et al. Assessment and management of the malignant colorectal polyp. *Frontline Gastroenterol*. 2015;6(2):117–26.
13. Read M, Felder S. Transanal approaches to rectal neoplasia. *Semin Colon Rectal Surg*. 2022;33(3):100899.
14. Binda C, Secco M, Tuccillo L, Coluccio C, Liverani E, et al. Early rectal cancer and local excision: a narrative review. *J Clin Med*. 2024 Apr 16;13(8):2292. doi: 10.3390/jcm13082292.
15. Hwang Y, Yoon YS, Bong JW, Choi HY, Song IH, et al. Long-term transanal excision outcomes in patients with T1 rectal cancer: comparative analysis of radical resection. *Ann Coloproctol*. 2019 Aug;35(4):194–201. doi: 10.3393/ac.2018.10.18.2. Epub 2019 Aug 31.