

## 7. Streszczenie

Rak jelita grubego jest trzecim najczęściej rozpoznawanym i drugim najbardziej śmiertelnym nowotworem złośliwym na świecie. Analiza zachorowalności na RJG w Polsce wykazuje stały wzrost zachorowań. Obecny trend współczynnika umieralności na RJG w Polsce jest jednym z najwyższych w Europie co jednoznacznie wskazuje jak istotnym problemem jest ta jednostka chorobowa w Naszej populacji.

Pomimo prowadzonych od kilku lat programów badań przesiewowych w kierunku wykrywania RJG choroba ta jest najczęściej rozpoznawana w wysokim stopniu zaawansowania, kiedy poza pierwotnym ogniskiem nowotworu występują też zmiany o charakterze przerzutowym. Mimo to wielu pacjentów udaje się zdiagnozować w czasie, gdy nowotwór złośliwy występuje tylko miejscowo (*non metastatic CRC*) - ta grupa chorych jest klasyfikowana w I i II stopniu zaawansowania klinicznego choroby nowotworowej. Niestety około 10% chorych w I stopniu zaawansowania i około 20% chorych w II stopniu zaawansowania nie przeżywa 5 lat po operacji RJG, pomimo tego, że choroba była zlokalizowana i nie wykazano zmian o charakterze przerzutowym. Wydaje się więc, że konieczne jest dokładne poznanie czynników mogących wpływać na rokowanie i przeżywalność w tej grupie pacjentów.

Za podstawowe cele przedstawionego badania przyjęto analizę: czynników socjodemograficznych, parametrów laboratoryjnych, danych morfotycznych guza z badania histopatologicznego, najczęściej występujących przewlekłych chorób współistniejących, zdarzeń okołoperacyjnych oraz ocenę 5-letnich przeżywalności całkowitych w badanej grupie pacjentów zoperowanych z powodu RJG w I i II stopniu zaawansowania klinicznego.

Badaniem o charakterze retrospektywnym objęto grupę 307 pacjentów hospitalizowanych i leczonych operacyjnie w Klinice Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oraz Oddziale Chirurgicznym Powiatowego Centrum Zdrowia w Brzezinach w latach 2012-2014. Kryterium włączającym do badania było rozpoznanie raka jelita grubego w I lub II stopniu zaawansowania klinicznego na podstawie pooperacyjnego badania histopatologicznego oraz wyników badań obrazowych. W badaniu analizie poddano dokumentację medyczną wszystkich pacjentów zakwalifikowanych do badania. Brakujące dane uzupełniono poprzez kontakt telefoniczny z pacjentami i rodzinami pacjentów.

Analiza statystyczna została wykonana przy użyciu pakietu Statistica. Wszystkie wykorzystywane testy były dwustronne, a za poziom istotności statystycznej przyjęto  $p=0,05$ . Zmienne jakościowe przedstawiono jako liczby z odpowiednim procentem, a w ich analizie wykorzystano test chi-kwadrat, test chi-kwadrat z poprawką Yatesa lub dokładny test Fishera. Normalność rozkładu weryfikowano testem W Shapiro-Wilka. Różnice między grupami w zakresie zmiennych ciągłych zostały ocenione z wykorzystaniem nieparametrycznego testu U Manna-Whitneya. W jednoczynnikowej analizie przeżycia wykorzystano metodę Kaplana-Meiera. Wpływ zmiennych na przeżycie oszacowano z wykorzystaniem metody proporcjonalnego hazardu Coxa.

Na podstawie uzyskanych wyników badań oraz przeprowadzonej analizy danych wyciągnięto następujące wnioski:

1. Płeć męska oraz wiek powyżej 75 lat są niezależnymi czynnikami, które istotnie statystycznie pogarszają rokowanie pacjentów operowanych z powodu RJG w I i II stopniu zaawansowania klinicznego.
2. Anemia przedoperacyjna częściej dotyczy pacjentów z rakiem okrężnicy niż z rakiem odbytnicy operowanych z powodu RJG w I i II stopniu zaawansowania klinicznego. Analiza badań laboratoryjnych, które są wykonywane standardowo u pacjentów przygotowywanych do operacji z powodu RJG, nie wskazała czynnika mającego wartość rokowniczą w badanej grupie chorych. Należy rozważyć poszerzenie zakresu wykonywanych przedoperacyjnie badań laboratoryjnych, w szczególności dotyczących monitorowania leczenia chorób przewlekłych, które mogą mieć wpływ na przeżycia całkowite wśród pacjentów z RJG.
3. Analiza przeprowadzonych zabiegów operacyjnych i zdarzeń okołoperacyjnych wykazała statystycznie istotne gorsze rokowanie pacjentów bez zespolenia jelitowego oraz poddanych reoperacji po pierwotnej operacji z powodu RJG w I i II stopniu zaawansowania klinicznego. Kwalifikacja do wyłonienia ileostomii/kolostomii końcowej powinna dotyczyć tylko wyselekcjonowanej grupy pacjentów o wysokim ryzyku

nieszczelności zespolenia jelitowego lub w przypadku, gdy technika zabiegu operacyjnego nie pozostawia innej możliwości.

4. 5-letnia przeżywalność całkowita pacjentów po operacji z powodu raka okrężnicy nie różniła się w sposób statystycznie istotny od przeżywalności całkowitej pacjentów po operacji z powodu raka odbytnicy w I i II stopniu zaawansowania klinicznego.
5. Pacjenci z RJG w I i II stopniu zaawansowania klinicznego operowani z powodu raka okrężnicy mieli istotnie statystycznie więcej usuniętych węzłów chłonnych niż pacjenci zoperowani z powodu raka odbytnicy. Ilość usuniętych węzłów chłonnych, stopień miejscowego zaawansowania nowotworu (cecha T wg TNM) i stopień złośliwości histologicznej (*grading*) nie wpływają na rokowanie pacjentów zoperowanych z powodu RJG w I i II stopniu zaawansowania klinicznego, jednak nawet w przypadku niskiego zaawansowania klinicznego choroby nowotworowej należy wykonać radykalną onkologicznie resekcję z odpowiednią limfadenektomią.
6. Rokowanie pacjentów zoperowanych z powodu RJG w I i II stopniu zaawansowania klinicznego jest gorsze w przypadku współwystępowania chorób układu sercowo-naczyniowego. Wskaźnik 5-letnich przeżyć całkowitych jest niższy u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym i chorobą niedokrwienną serca, co, w połączeniu z wynikami analizy przyczyn zgonów, wskazuje na potrzebę prawidłowego monitorowania terapii chorób przewlekłych, aby zapobiec ich zaostrzeniu i wystąpieniu powikłań mogących prowadzić do zgonu chorego.
7. Pacjenci zoperowani z powodu RJG w I i II stopniu zaawansowania klinicznego sklasyfikowani w okresie okołoperacyjnym według skali ASA w stopniu III i IV cechowali się istotnie statystycznie gorszą 5-letnią przeżywalnością całkowitą. Chorzy obarczeni wysokim ryzykiem powikłań lub zgonu okołoperacyjnego ocenionego na stopień III lub IV w skali ASA wymagają większego nadzoru w okresie operacji z powodu RJG,

a ich leczenie powinno odbywać się w ośrodkach z dużym doświadczeniem chirurgicznym i odpowiednim zabezpieczeniem anestezyjologicznym.