

ГЛАВА 12

РАК АНАЛЬНОГО КАНАЛА (С 21)

Анальный канал расположен между прямой кишкой и кожей перианальной области (до соединения с покрытой волосом кожей). Он выстлан слизистой оболочкой, которая покрывает внутренний сфинктер, включая переходный эпителий и зубчатую линию.

Плоскоклеточный рак края заднего прохода, располагающийся дистальнее его и поражающий зону роста волос, классифицируются как рак кожи.

В течение последних десяти лет в Республике Беларусь число ежегодно регистрируемых случаев заболевания раком ануса и анального канала увеличилось более чем в два раза: с 26 в 2001 году до 71 в 2010г.

В 2010 году раком этой локализации заболело 20 мужчин и 51 женщина. У 6 больных (8,5%) установлена I стадия заболевания, у 45 (63,4%) – II, у 14 (19,7%) – III стадия, у 5 (7,0%) – IV стадия заболевания.

Грубый интенсивный показатель заболеваемости населения республики раком ануса и анального канала составил $0,7^{0/0000}$ для всего населения, для мужчин – $0,4^{0/0000}$, для женщин – $1,0^{0/0000}$, а Стандартизованные показатели заболеваемости – $0,5^{0/0000}$, $0,3^{0/0000}$, $0,6^{0/0000}$ соответственно.

На конец года в онкологических учреждениях республики состояло на учете 232 больных (68 мужчин и 164 женщины). Болезненность в целом по республике составила $2,4^{0/0000}$, $1,5^{0/0000}$ – у мужчин и $3,2^{0/0000}$ – у женщин.

В 2010 году умерло 26 больных (7 мужчин и 19 женщин). Грубый интенсивный показатель смертности составил $0,3^{0/0000}$ для всего населения, для мужчин – $0,2^{0/0000}$, для женщин – $0,4^{0/0000}$, а стандартизованные показатели заболеваемости – $0,2^{0/0000}$, $0,1^{0/0000}$, $0,2^{0/0000}$ соответственно.

Одногодичная летальность для всего населения была 25,0%, у мужчин – 45,5%, у женщин – 17,2%.

Соотношение смертности и заболеваемости раком этой локализации выглядело следующим образом: 0,37 – среди всего населения и у женщин и 0,35 – у мужчин.

108. Гистологическая классификация

108.1. эпителиальные опухоли:

108.1.1. Доброкачественные.

108.1.2. Злокачественные:

плоскоклеточный рак;

рак, напоминающий базально-клеточный (базалоидный) рак;

мукоэпидермоидный рак;

аденокарцинома:

а) аденокарцинома ректального типа;

б) аденокарцинома анальных желез;

в) аденокарцинома в прямокишечном свище.

- 108.2. неэпителиальные опухоли.
- 108.3. злокачественная меланома.
- 108.4. неклассифицируемые опухоли.
- 108.5. вторичные опухоли.

Среди опухолей анального канала плоскоклеточный рак составляет более 80%.

109. Классификация TNM (7-е издание, 2009 год)

109.1. T – первичная опухоль.

TX – недостаточно данных для оценки первичной опухоли

T0 – первичная опухоль не определяется

Tis – рак in situ, болезнь Боуэна, сквамозное интраэпителиальное поражение высокой степени (HSIL) инвазия, анальная интраэпителиальная неоплазия II – III (AIN II-III)

T1 – опухоль до 2-х см в наибольшем измерении.

T2 – опухоль более 2-х см, но не больше 5см в наибольшем измерении.

T3 – опухоль более 5см в наибольшем измерении.

T4 – опухоль любого размера поражает прилегающий(е) орган(ы), напр., влагалище, уретру, мочевого пузыря.

Примечание: опухоль с непосредственным распространением только на ректальную стенку, кожу перианальной области, подкожную ткань или мышцу(ы) сфинктера не классифицируется как T4.

109.2. N – регионарные лимфатические узлы.

К регионарным лимфоузлам относятся периректальные, внутренние подвздошные и паховые.

Nx недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов.

N0 – нет признаков метастатического поражения регионарных лимфоузлов.

N1 – метастазы в периректальном лимфатическом узле(ах).

N2 – метастазы во внутренних подвздошных и/или паховых лимфоузлах на стороне поражения.

N3 – метастазы в периректальных, паховых лимфоузлах и/или во внутренних подвздошных, и/или паховых лимфоузлах с обеих сторон.

109.2. M – отдаленные метастазы.

M0 – нет отдаленных метастазов.

M1 – имеются отделенные метастазы.

109.3. Патологическая классификация pTNM.

Категории pT и pN соответствуют категориям T и N.

pN0 – гистологическое заключение о состоянии регионарных лимфоузлов должно быть основано на исследовании 6 или более лимфатических узлов. Если в исследованных лимфатических узлах нет метастазов, но их количество менее 6 – случай классифицируется как pN0.

10.4. Группировка по стадиям (таблица 32).

Таблица 32

Стадия 0	Tis	N0	M0
Стадия I	T1	N0	M0
Стадия II	T2, T3	N0	M0
Стадия IIIA	T1, T2, T3	N1	M0
	T4	N0	M0
Стадия IIIB	T4	N1	M0
	Любая T	N2, N3	M0
Стадия IV	Любая T	Любой N	M1

109.5. Резюме (таблица 33)

Таблица 33

T1	≤2см
T2	>2см до 5см
T3	>5см
T4	Прилегающий(е) орган(ы)
N1	Периректальные лимфоузлы
N2	Внутренние подвздошные/ паховые лимфоузлы на стороне поражения
N3	Периректальные и паховые, внутренние подвздошные / паховые лимфоузлы с обеих сторон.

110. Диагностические мероприятия

110.1. Лабораторные исследования:

группа крови и резус-фактор;

серореакция на сифилис;

общий анализ крови;

общий анализ мочи;

биохимическое исследование крови (общий белок, мочеви́на, креатинин, билирубин, глюкоза, электролиты – K,Na,Cl по показаниям);

опухолевые маркеры (РЭА);

коагулограмма (АЧТВ, ПВ, ТВ, фибриноген) – на этапе предоперационной подготовки.

110.2. Другие исследования:

ЭКГ;

рентгенография органов грудной клетки;

пальцевое исследование прямой кишки;

ректоскопия (аноскопия) с биопсией опухоли;

ультразвуковое исследование брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза, трансректальное, паховых областей;

компьютерная томография таза по показаниям;

пункционная (или эксцизионная) биопсия паховых лимфоузлов (при подозрении на метастатическое их поражение);

другие исследования (колоноскопия, гастроскопия и т.д.) и консультации специалистов (гинеколог, уролог и т.д.) по показаниям.

111. Общие принципы лечения

При лечении плоскоклеточного рака анального канала лечебным стандартом является химиолучевая терапия с использованием комбинации цисплатина и флуороурацила. При наличии противопоказаний к проведению химиотерапии проводится лучевая терапия.

Хирургическое лечение применяется при лечении начальных форм рака анального канала, при наличии противопоказаний к химиолучевому лечению, а также в случаях наличия остаточной опухоли или рецидива заболевания (подтвержденной гистологически).

Лечение опухолей, соответствующих T2-4N0-3 и T1N1-3, начинают с двух-трех курсов полихимиотерапии (цисплатин, флуороурацил). В случае регрессии опухоли менее 50% после 2-х курсов дальнейшее лекарственное лечение нецелесообразно и показана лучевая терапия. Не позднее 3-х недель после окончания курсов химиотерапии проводится лучевая терапия в СОД не менее 50 Гр.

При наличии резидуальной опухоли (подтвержденной гистологически) после окончания полного курса химиолучевого лечения предлагается операция, вопрос об объеме которой решается индивидуально (местное иссечение опухоли, экстирпация прямой кишки, паховая лимфаденэктомия).

При раке анального канала, соответствующем Tis N0 и T1 N0 лечение следует начинать с хирургического – иссечение опухоли.

111.1. Химиотерапия

Химиотерапия состоит из двух – либо трех идентичных курсов с трехнедельными перерывами между ними.

Каждый блок включает:

1-й день: цисплатин в дозе 75мг/м² внутривенная инфузия со скоростью не более 1 мг/мин с пред- и постгидратацией.

1–5-й день: флуороурацил в дозе 750 мг/м² /сут в виде непрерывной 24-часовой инфузии.

111.2. Методика лучевого лечения

Всем пациентам с первичной опухолью анального канала показана лучевая терапия, которая проводится в СОД не менее 45 Гр за 25 фракций, РОД 1,8 Гр в течение 5 недель в условиях 3D планирования.

Лучевая терапия проводится на весь таз с верхней границей L5/S1, РОД 1,8 Гр СОД 30,6 Гр за 17 фракций при отсутствии поражения паховых лимфоузлов, при поражении паховых лимфоузлов – СОД 36 Гр. Затем верхняя граница переносится до крестцово-подвздошного сочленения (с уменьшением объема облучения) и подводится СОД до 45 Гр.

Для пациентов с T3-4, с метастатически пораженными лимфоузлами или для пациентов с T2 и наличием резидуальной опухоли после подведения СОД 45 Гр рекомендуется подведение boost в СОД 9-14 Гр РОД 1,8-2 Гр за фракцию. За весь курс лечения общая СОД на первичную опухоль составляет

54-60 Гр за 30-32 фракции в течение 6-7,5 недель, а на пораженные паховые лимфоузлы – до СОД 50-60 Гр:

Вторая схема лечения:

I этап – облучение малого таза дистанционным методом до СОД 45 Гр и РОД 1,8 – 2 Гр, II этап – локальное облучение методом брахитерапии (при брахитерапии высокой мощности дозы до СОД 5 – 10 Гр, РОД не должна превышать 4 Гр, при использовании брахитерапии низкой мощности дозы (или пульсирующей) СОД должна составлять 15-20 Гр). Рекомендуется ежедневное фракционирование дозы с интервалом между фракциями не менее 6 часов. Перерыв между этапами не должен быть более 3 недель.

Облучение малого таза проводится на ускорителях тормозным фотонным излучением энергией 15–18 МВ. Используются многопольные методики облучения (3-х, 4-х и т.д.) обязательно с применением клиновидных фильтров. Верхняя граница полей – L5/S1, нижняя граница определяется в зависимости от распространенности опухоли. В объем облучения по данным КТ включаются GTV (опухоль на момент постановки диагноза) + 2см окружающих тканей и периректальные, внутренние подвздошные и пресакральные лимфатические узлы. Облучаются паховые лимфатические коллекторы, особенно при наличии неблагоприятных прогностических факторов (метастатическое поражение паховых лимфатических узлов или стадия T3, T4) до СОД не менее 50 Гр РОД 1,8 Гр.

Объем локального облучения должен включать GTV (опухоль на момент постановки диагноза) + 3см окружающих тканей.

Предпочтительно использовать конформную лучевую терапию с использованием 3D планирования, т.к. частота возникновения острой и отсроченной токсичности снижается при использовании современной техники лучевой терапии.

На этапе симуляции условий облучения на всех этапах лучевой терапии обязательно контрастирование анального канала, прямой кишки (+метки на анальном кольце). Обязательным условием для симуляции, планирования и проведения лучевой терапии является наполненный мочевого пузырь.

112. Схемы лечения больных плоскоклеточным раком анального канала в зависимости от стадии заболевания.

112.1. 0 стадия

Хирургическое лечение – иссечение опухоли.

Наблюдение.

112.2. I стадия

Хирургическое лечение – иссечение опухоли.

Наблюдение.

112.3. II стадия, III стадия

Химиолучевое лечение.

Операция (при неэффективности химиолучевого лечения).

Наблюдение.

112.4. IV стадия

Химиолучевое лечение

По показаниям – колостомия.

Симптоматическое лечение.

113. Наблюдение, сроки и объем обследования

113.1. Режим наблюдения:

первый год – 1 раз в 3 мес.;

второй год – 1 раз в 6 мес.;

в последующем, пожизненно 1 раз в год.

113.2. Объем обследования:

клинические;

лабораторное (по показаниям);

ректоскопия, аноскопия;

ультразвуковое исследование брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза, трансректальное, паховых областей;

рентгенологическое исследование легких;

другие методы исследования (ирригоскопия, колоноскопия, компьютерная томография и др.) и консультации смежных специалистов (гинеколог, уролог и др.) по показаниям.