

LEK CHIRURGIA

Dr hab. n med. Mariusz Gryko

Częstość zachorowań na nowotwory pp w Polsce

Jelito grube

Żołądek

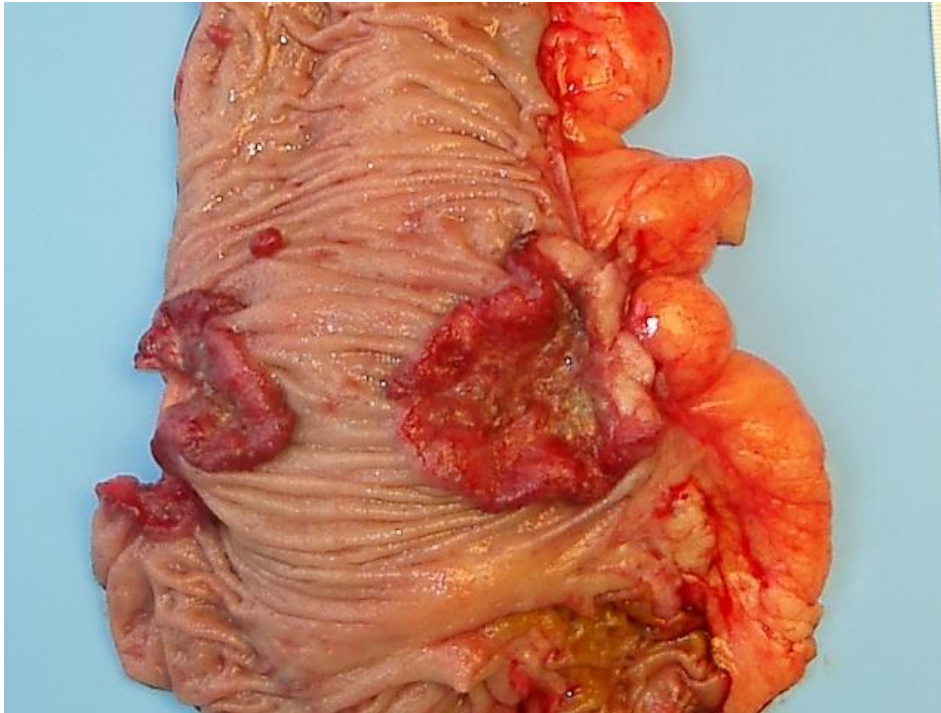
Trzustka

Pęcherzyk żółciowy (K), Przełyk (M)

RJG

- **65-85% - sporadyczne/reszta rodzinne**
- **Większość RJG powstaje na bazie gruczolaka uszypułowanego/rzadziej nieuszypułowanego**
- **4 Kategorie czynników ryzyka:**
 - Epidemiologiczne /wiek, otyłość, rasa biała itd./
 - Jelitowe /u krewnych 1 st, zespoły genetyczne/
 - Dietetyczne /tłuszcze, alkohol, witaminy/
 - Inne – mieszane /przebyte: cholecystectomy, ureterosigmoidostomia, RTG terapia/

Rak kątnicy i esicy



Wzrost egzofityczny raka



Wzrost mezofityczny raka

Rak odbytnicy



Inne objawy:

- Raka bańki odbytnicy (uczucie niepełnego wypróżnienia)
- Raka odbytu (ból podczas oddawania stolca)

Inna histologia

Leczenie RJG i odbytnicy

- Możliwe neoadjuwantowe – raka odbytnicy
 - dwa rodzaje rtg terapii, ChT-rzadko
- RJG bez leczenia neoadjuwantowego
- Leczenie operacyjne (w zależności od lokalizacji raka)
 - z zachowaniem zasad chirurgii onkologicznej

EPIDEMIOLOGIA (kamicy żółciowej)

- Częstość występowania: 4 - 6%
- stosunek liczby przypadków kobiet i mężczyzn - 4:1
- zwiększenie częstości występowania:
 - u Indian
 - w otyłości
 - w cukrzycy
 - w chorobach jelit lub po resekcji jelit
 - estrogeny i doustne środki antykoncepcyjne, ciąża
 - hiperlipidemia (typ IV)
 - kwasy tłuszczowe nienasycone
 - marskość wątroby
 - mukowiscydoza

PATOFIZJOLOGIA

- **KAMIENIE BILIRUBINOWE (BARWNIKOWE)**

gładkie, zielony lub czarny kolor

- **zaburzenia hemolityczna**

- niedokrwistość sierpowata
- sferocytoza

KAMIENIE WAPNIOWO-BILIRUBINOWE

powstają w następstwie procesów zapalnych lub zakażenia dróg żółciowych

- **wzrost stężenia wapnia w żółci**
- **wzrost stężenia beta-glukuronidazy (przekształca żółć związaną do wolnej postaci)**
- **wapń wiąże się z wolną bilirubiną i zostaje wytrącony w postaci kamieni**

(prawidłowa żółć zawiera glukuro-1,4 -laktony, które hamują przemianę bilirubiny związanej do niezwiązanej)

PATOFIZJOLOGIA

- **KAMIENIE CHOLESTEROLOWE**

duże, gładkie, żółte, koralowe

- **żółć litogenna (przesycona)**

- **przyczyny:**

- **zwiększenie wydzielania cholesterolu z żółcią**
- **zwiększenie syntezy cholesterolu w wątrobie**
- **zmniejszenie syntezy lecytyny i kwasów żółciowych**
- **zmniejszenie krążenia kwasów żółciowych między wątrobą i jelitem**
- **upośledzenie wchłaniania kwasów żółciowych**
- **zastój żółci**
- **zaburzenia czynności pęcherzyka żółciowego**

CHIRURGICZNE CHOROBY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO

- ◆ 1. KAMICA ŻÓŁCIOWA (CHOLELITHIASIS)
 - ◆ objawy kliniczne:
 - a) kamica żółciowa bezobjawowa
 - b) przewlekłe zapalenie pęcherzyka żółciowego
 - c) ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego
 - d) powikłania zapalenia pęcherzyka żółciowego
 - kamica przewodu żółciowego wspólnego (choledocholithiasis)
 - ◆ bezobjawowa kamica żółciowa
- ◆ 2. BEZKAMICZE ZAPALENIE PĘCHERZYKA
ŻÓŁCIOWEGO
- ◆ 3. RAK PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO

OSTRE KAMICZE ZAPALENIE PĘCHARZYKA ŻÓŁCIOWEGO (*Cholecystitis calculosa acuta*)

- **LECZENIE**

- chirurgiczne - wycięcie pęcherzyka żółciowego *cholecystectomy*
- zabieg operacyjny może być wykonany:
 - doraźnie - w ciągu 72 godz. Od wystąpienia objawów
 - w późniejszym terminie - po ustąpieniu objawów ostrego napadu leczonego dożylnym podawaniem płynów i antybiotyków, operacja - 6 tyg. po ustąpieniu objawów okzpż
 - pogorszenie stanu ogólnego lub brak reakcji na wdrożone leczenie zachowawcze jest wskazaniem do zabiegu operacyjnego

większość chirurgów preferuje wczesną interwencję chirurgiczną !

KAMICA DRÓG ŻÓŁCIOWYCH

- ZAPALENIE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH

(*Cholagitis*)

- etiologia

- łagodne pooperacyjne zwężenia i kamica reszkowa
- nowotwory
- stwardniające zapalenie dróg żółciowych (Cholangitis sclerosans)
- niedrożność drenu
- badania kontrastowe dróg żółciowych

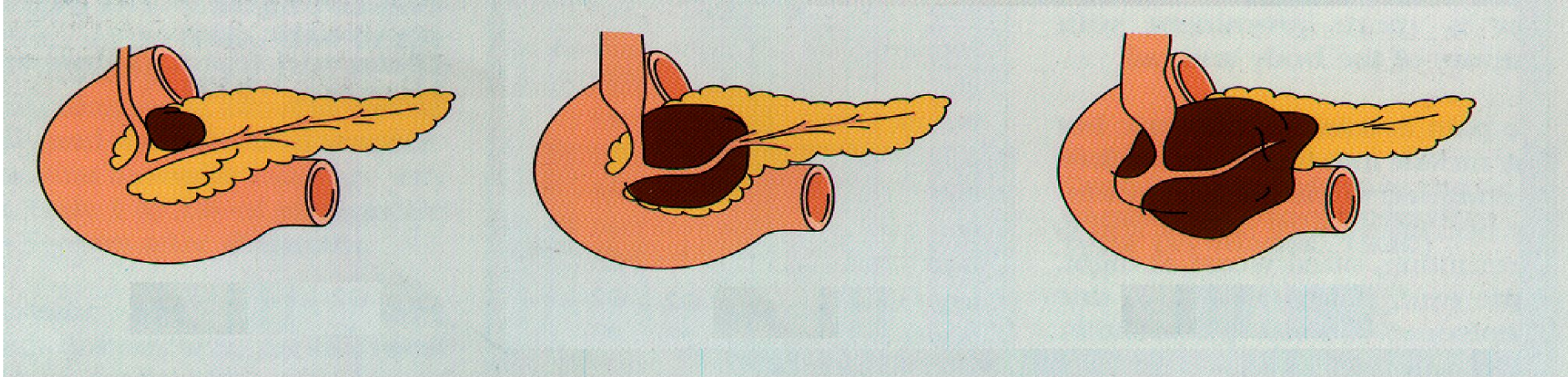
- objawy kliniczne

- triada Charcota / *gorączka, dreszcze, bóle w prawym nadbrzuszu lub pentalogia Reynoldsa + wstrząs , zaburzenia świadomości/*

- leczenie

- antybiotykoterapia

Rak trzustki - objawy



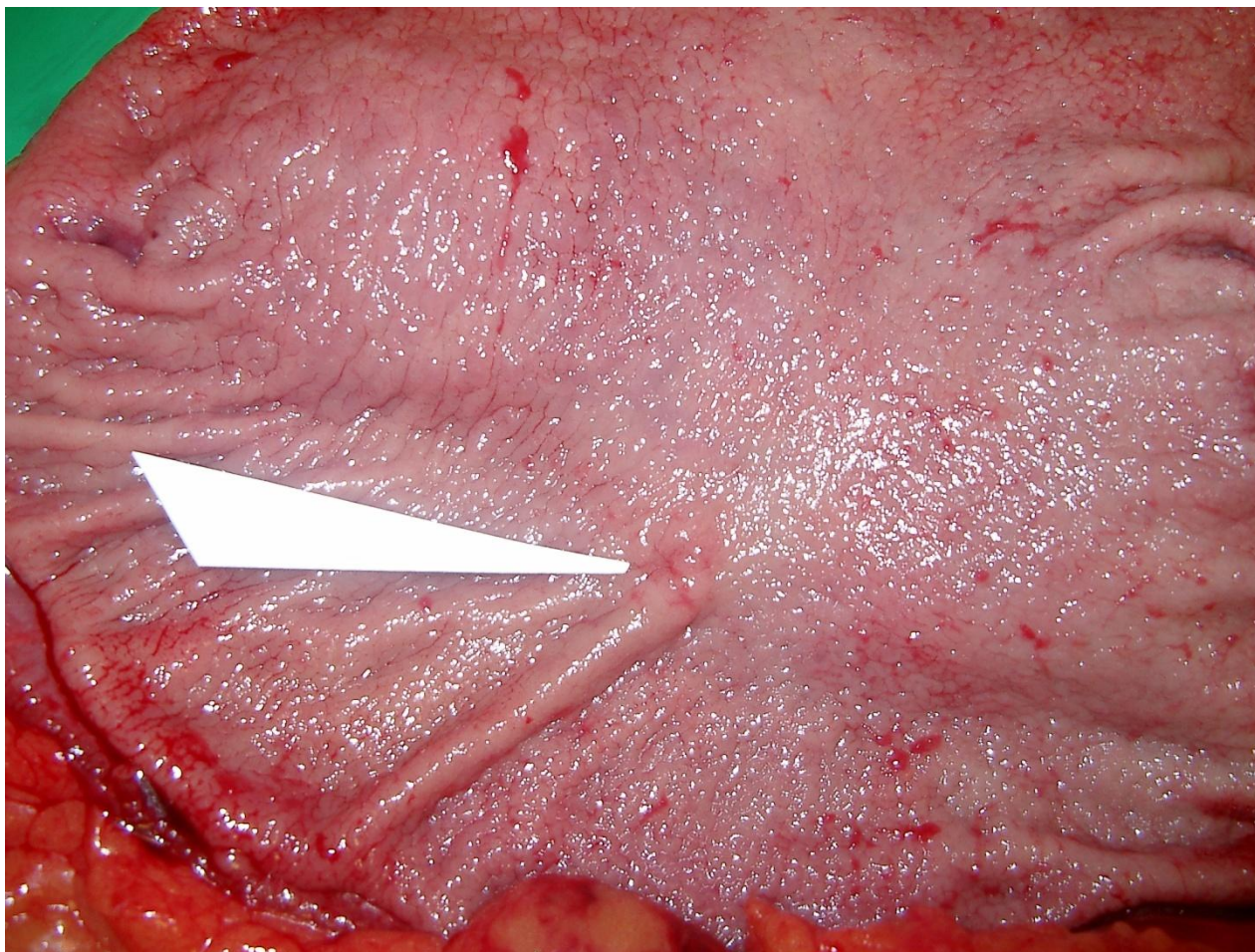
Inne w guzach głowy, trzonu i ogona

Wywodzi się w większości 95% z nabłonka przewodów trzustkowych

Epidemiologia raka żołądka w Polsce

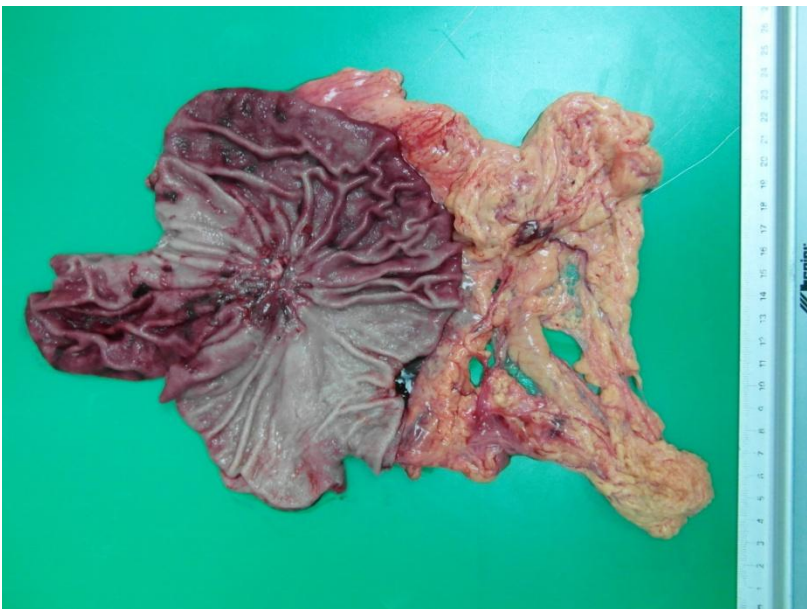
	mężczyźni	kobiety
Zachorowalność	22,6 / 100 000	11,7% /100 000
Umieralność	19,7/ 100 000	7,0% / 100 000

Wczesny rak żołądka



Inne objawy niż raka zaawansowanego

Zaawansowany rak żołądka



Rak żołądka

- Objawy miejscowe (zależne od lokalizacji w żołądku)
- Objawy ogólne
- Objawy rozsiewu nowotworowego

- Klasyfikacje: pTNM, Kliniczna, Lauren, Bormanna, Goseki, endoskopowa wczesnego raka

Leczenie

- T1N0G1 (bez owrzodzenia) – resekcja endoskopowa błony śluzowej + obserwacja (klasyfikacja endoskopowa wczesnego RŻ)
- \geq T2N0-3
 - Potencjalnie resekcyjny resekcja żołądka + D2 (do rozważenia przedoperacyjna CHT)
 - Potencjalnie nieresekcyjny – CHT (lub CHT+RTG terapia) – i ocena operacyjności
- Całkowite (lub prawie całkowite) wycięcie żołądka + limfadenektomia D2
 - zależnie od cechy Lauren i zaawansowania
 - można z resekcją sąsiednich narządów jeśli uzyskamy R0

Odtworzenie ciągłości PP różne.

Rak piersi

Klasyfikacja **TNM**

- T1-2, T2-5, T3->5 cm), T4 – naciekający skórę lub ścianę KP
- N1 – ruchome pachowe, N2 – nieruchome pachowe lub klinicznie piersiowe wewnętrzne N3 – pod/nadobojczykowe
- M

Na tej podstawie klasyfikacja **Kliniczna** zaawansowania RP
(0, I, IIA, IIB, IIIA, IIIB, IIIC, IV)

Klasyfikacja patomorfologiczna:

- raki nienaciekające (przewodowy – DCIS, zrazikowy -LCIS)
- raki naciekające (przewodowy, zrazikowy, rdzeniasty, śluzotwórczy, cewkowy, inne)

Leczenie raków przedinwazyjnych:

- DCIS: Tumorektomia (index Van Nuysa – gdy ponad 11 pkt – amputacja prosta + biopsja węzła wartowniczego)
- LCIS: obserwacja

Leczenie raków inwazyjnych:

IA, IIA, IIB – gdy guz do 3 cm - **leczenie oszczędzające** (szerokie wycięcie guza, kwadrantektomia, stożkowe wycięcie kompleksu brodawka – otoczka) + zabieg w obrębie węzłów chłonnych (limfadenektomia pachowa lub biopsja węzła wartowniczego)

+ leczenie uzupełniające (RTG, CHT, hormonoterapia)

Pozostali chorzy IA, IIA, IIB – amputacja piersi + zabieg w obrębie węzłów chłonnych (limfadenektomia pachowa lub biopsja węzła wartowniczego)

+ leczenie uzupełniające (RTG, CHT, hormonoterapia)

IIIA, IIIB – przeciwwskazania do leczenia operacyjnego – CHT, hormonoterapia

IV – paliatywne leczenie sysytemowe + ew mastektomia kosmetyczna

Rodzaje amputacji piersi

- Amputacja prosta – usuwamy całą pierś z powięzią mięśnia piersiowego większego (amputacja podskórna – skóra pozostaje)
- Zmodyfikowana amputacja radykalna sp Maddena, jak wyżej +węzły chłonne pachowe w jednym bloku
- Amputacja radykalna Halsteda – wraz z mięśniem piersiowym większym (gdy występuje jego naciekania)