

Diagnostika kolorektálního karcinomu

Diagnostika kolorektálního karcinomu se v principu neliší od ostatních tumorů trávicí trubice.

Anamnéza a fyzikální vyšetření

Kromě detailního zjištění konkrétních obtíží je nutno zjistit výskyt střevních a jakýchkoliv nádorových onemocnění v rodinné anamnéze, informovat se o osobní anamnéze vyšetřovaného včetně užívaných léků, o stravě, fyzické aktivitě, užívání alkoholu a kouření.

Fyzikální vyšetření je většinou nepřínosné, u pokročilých tumorů lze pohmatem břicha zjistit nádorovou masu, ascites nebo játra zvětšená metastázami. Vzácně bývá podobně jako u [adenokarcinomu žaludku](#) přítomen příznak sestry Josefy (hmatná metastáza v oblasti pupku). Součástí vyšetření musí být i vyšetření konečníku prstem – tumory anorekta do cca 10 cm mohou být přímo nahmatány prstem, méně často může být přítomna krev na rukavici.

Krevní náběry

V krevních náběrech nemusí být přítomna výrazná patologie, varovným znamením je vždy sideropenická anemie s poklesem hemoglobinu a menším objemem červených krvinek. Neexistuje zcela typický tumor marker kolorektálního karcinomu, většinou se odebírá CEA a CA 19-9 (ten je typičtější pro tumory slinivky, ale může být zvýšen i zde).

Endoskopie

[Kolonoskopie](#) je základem diagnostiky kolorektálního karcinomu. Pomůže ho lokalizovat, určit přibližnou velikost a zhodnotit, zda výrazně zužuje dutinu střeva. Z tumoru je nutné odebrat vícečetné biopsie k histologickému zhodnocení.

Endoskopie má velký význam v nálezů časných tumorů a premaligních lézí jako jsou adenomové polypy a některé serrated (pilovité) léze. Z toho důvodu je důležitou součástí [depistážního programu](#) (screeningu) a základem [dispenzárních programů](#) kolorektálního karcinomu. Kolonoskopické zhodnocení sliznice lze vylepšit používáním možnosti zoom, NBI (Narrow Band Imaging) a chromendoskopických metod.

Pozn: Je-li tumor kolorekta zjištěn irigograficky, či při sigmoideoskopii, je velmi vhodné před operačním zákrokem provést kompletní kolonoskopii k vyloučení synchronního (současného) výskytu více tumorů. Není-li kompletní kolonoskopie provedena před chirurgickým zákrokem, měla by být provedena cca za 6 měsíců po zákroku.

Zobrazovací metody

Přínosné může být kontrastní vyšetření střeva (**irigografie**). Ultrazvuk břicha není příliš přesný, může ovšem určit rozměrnou masu tumoru a jaterní metastázy. K vyloučení metastatického procesu obvykle provedeme CT břicha a plic, možnou eventualitou je magnetická rezonance. K lokálnímu stagingu karcinomů rekta může být využita endosonografie.

Další metody

Nelze opomenout [test na okultní krvácení \(TOKS\)](#). Dříve se používaly kvalitativní guajakové testy, metodou volby jsou však moderní imunochemické testy. Vzhledem k relativně nízké ceně a schopnosti odhalit časně tumory a krvácející premaligní léze se TOKS stal základem [depistážního programu](#) karcinomu kolorekta.

V diagnostice kolorektálního tumoru se ve studiích zkouší i **endoskopická kapsle**. Výsledky zatím nejsou k dispozici, nicméně za neoddiskutovatelnou nevýhodu lze již nyní označit horší přehlednost a nemožnost odběru biopsie.

TNM klasifikace

Opět se v zásadě neliší od jiných tumorů trávicí trubice. T vyjadřuje hloubku pronikání tumoru, N postižení lokálních lymfatických uzlin a M přítomnost vzdálených metastáz.

Tis – tumor in situ, je lokalizován ve sliznici nad lamina propria mucosae

T1 – tumor zasahuje do submukózy, ale **nedosahuje muscularis propria**

T2 – tumor zasahuje do muscularis propria

T3 – tumor zasahuje do subserózy nebo serózy

T4 – tumor zasahuje do okolních tkání nebo orgánů

N1 – napadeny 1-3 lokální lymfatické uzliny

N2 – napadeno 4 a více lymfatických uzlin

M1 – vzdálené metastázy