

Endaparmskrabbamein

Krabbamein í endaparmi er um 2-3% allra illkynja æxla á Íslandi. Það er algengara meðal karla en kvenna. Aldursstaðlað nýgengi var 9,4 af 100.000 hjá körlum á tímabilinu 2002-2006, en 6,6 af 100.000 hjá konum. Þetta krabbamein hefur ekki verið eins algengt á Íslandi og annars staðar á Norðurlöndunum. Skýring þess er ekki ljós. Nýgengi hefur verið að hækka en meðferð hefur orðið markvissari. Það sem gerir meðferðina markvissari eru nákvæmari aðferðir til að greina útbreiðslu sjúkdómsins fyrir aðgerð. Hægt er að gefa viðbótarmæðferð með geislum eða lyffum allt eftir því á hvaða stigi sjúkdómurinn greinist. Sjálf skurðaðgerðin hefur líka breyst og hefur aðgerðartæknin orðið miklu nákvæmari, sem hefur leitt til minni áhættu á því að fá staðbundna endurkomu sjúkdómsins. Einnig hefur fylgikvillum aðgerðar fækkað svo sem tauga-sköðum í gríndarbotni. Meðalaldur sjúklunga sem greinast með krabbamein í endaparmi á Íslandi er um 68 ár.

Endaparmurinn (rectum) er um það bil 15cm að lengd og er neðsti hluti þarmanna. Hann tengir saman ristilinn (colon) og endaparmsopið (anus). Endaparmsopið hefur hringvöðva með flókinni uppbyggingu; innra sléttvöðvalag, sem lýtur ekki viljastjórn, og ytra þverrákótt vöðvalag, sem unnt er að stjórna og koma þannig í veg fyrir ótímabæra losun hægða. Meginhlutverk endaparmsins er að geyma hægðir milli tæminga. Þegar þrýstingur eykst í endaparminum slaknar á innri hringvöðvanum og hægðirnar færast neðar í ganginn á endaparmsopinum. Þegar hægðirnar færast neðar vekja þær viðbragð í ytri hringvöðvanum, sem er viljastýrður, og heldur hann aftur af tæmingu þar til heppilegar aðstæður hafa skapast til að losa hægðirnar.

Orsakir og áhættuþættir

Áhættuþættir fyrir krabbamein í endaparmi eru í stórum dráttum þeir sömu og fyrir ristilkrabbamein. Langvarandi bólgusjúkdómar í ristli og endaparmi, sérstaklega sáraristilbólga (procto-colitis ulcerosa) eru taldir áhættuþættir. Einnig virðast lífshættir skipta máli. Talið er að mataræði skipti miklu máli varðandi áhættuna á endaparmskrabbameini, en ekki er ljóst á hvern hátt. Svo virðist sem hærra hlutfall kjötmetis á kostnað grænmetis í fæðu auki áhættu. Regluleg líkamleg hreyfing virðist draga úr áhættu á að fá endaparmskrabbamein, en offita og mikil áfengisneysla geta aukið áhættuna.

Langflest illkynja æxli í endaparmi eru kirtilmyndandi krabbamein og eru þau talin myndast í æxlissepum í sílmhúð endaparmsins.

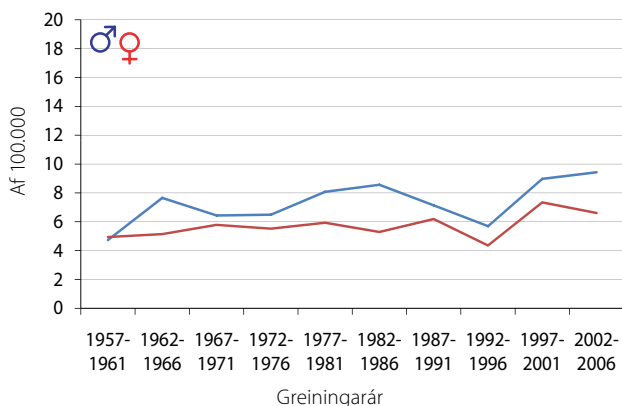
Landfræðilegur munur

Endaparmskrabbamein er mun algengara á Vesturlöndum, svo sem í Norður-Evrópu og Norður-Ameríku, en í Suður-Ameríku, Asíu og Afríku. Nýgengi á Norðurlöndum er talið um tuttugu sinnum hærra en í Mið-Afríku. Þessi landfræðilegi munur er talinn stafa fyrst og fremst af mismunandi lífsháttum, einkum mismunandi matarvenjum. Á Norðurlöndum er nýgengi hæst meðal Norðmanna og Dana og á þetta við bæði um karla og konur. Er það samsvarandi nýgengi ristilkrabbameins. Nýgengi hjá Íslendingum er sýnu lægra en meðal hinna Norðurlandþjóðanna en skýring þess er ekki ljós.

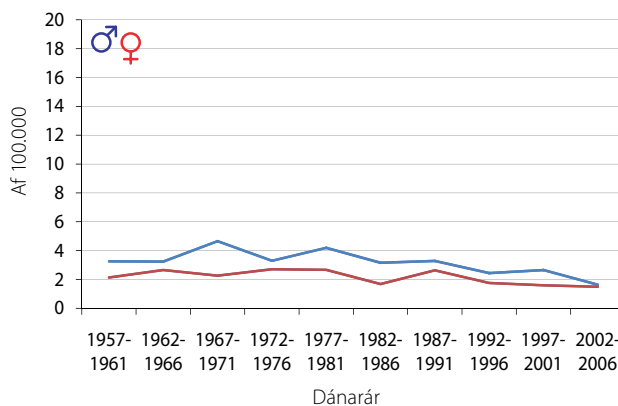
Einkenni

Einkenni endaparmskrabbameins eru fyrst og fremst blóð í hægðum og breytingar á hægðavenjum. Nýtilkomið harðlífi og/eða niðurgangur, ásamt fersku blóði utan á hægðum eru algeng fyrstu einkennum sjúkdómsins. Þessi einkenni eru þó alls ekki alltaf og í raun sjaldnast vegna krabbameins. Blóð í hægðum er oftast af öðrum orsökum, t.d. vegna gyllinæðar

Árlegt aldursstaðlað nýgengi



Árleg aldursstöðluð dánartíðni



eða sára (afrika) í endaparmi en slíkt þarf þó að athuga. Verkir geta einnig verið einkenni, ásamt fleiru svo sem líttli matarlyst, þreytu, slappleika og þyngdartapi.

Greining

Þegar einkenni, svo sem blóð á hægðum eða breytingar á hægðavenjum koma fram er rétt að fara í læknisrannsókn. Hluti af venjulegri læknisfræðilegri líkamsskoðun er þreifing í endaparm (rectal exploratio) og við slíka skoðun getur fundist æxlisvöxtur eða fyrirferð sem þarf að rannsaka nánar. Með stuttri endaparmsspeglun (proctoscopy) er unnt að skoða endaparmsslímhúðina og greina óeðlilegan vöxt. Hægt er að taka vefjasýni til að komast að því hvort um krabbamein sé að ræða. Einnig er unnt við slíka speglun að fjarlægja sepa, sem geta verið forstíg endaparmskrabbameins. Með ómskoðun og segulómrannsóknnum má leitast við að kanna hversu djúpt æxli er vaxið í endaparmsvegginn og er mjög gagnlegt að gera slíka forrannsókn áður en til skurðaðgerðar kemur.

Meðferð

Endaparmskrabbamein er fyrst og fremst meðhöndlað með skurðaðgerð. Ef æxlið hefur ekki vaxið út fyrir þarmavegginn eru miklar líkur á fullri lækningu. Sé æxlið staðsett í neðsta hluta endaparmsins getur þurft að fjarlægja allan endaparminn, svo og endaparmsopið. Þá þarf að leiða þarminn út á kviðvegginn (colostomia) svo þarmainnihaldið komist út, þar sem það kemst ekki lengur rétta leið út um endaparmsopið. Ef æxlið er hærra uppi í endaparminum er oft möguleiki á að fjarlægja aðeins hluta endaparmsins og tengja aftur saman þarmaendana svo að sjúklingur geti haldið endaparmsopi og vöðvum þess og tæmt endaparminn á venjubundinn hátt.

Skurðaðgerð á endaparmskrabbameini er umfangsmikil, flókin og mikið nákvæmnisverk. Gæta þarf þess að reyna að taka burt aðlægan vef til að komast fyrir æxlisvöxtinn. Jafnframt þarf þó að gæta þess að taka ekki meira en nauðsynlegt er vegna mikilvægra aðlægra líffæra og tauga sem stjórna þvagblöðrutæmingu og stinningu.

Ef æxlið er staðsett í neðri tveimur þriðju hlutum enda-

þarmsins og er talið vera læknanlegt er gefin geislameðferð á staðinn fyrir aðgerðina. Sýnt hefur verið fram á að staðbundin endurkoma æxla er ekki eins algeng ef slíkt er gert. Vefjarannsókn á æxlissýni úr aðgerð gefur ýmsar upplýsingar svo sem um æxlistegund, æxlisþroska og útbreiðslu æxlis. Í framhaldi af því er stig sjúkdómsins metið, oft með hjálp myndgreiningarrannsókna. Á grundvelli þessara upplýsinga er síðan tekin ákvörðun um framhaldsmeðferð og eftirlit með sjúklingnum og unnt að spá nokkuð fyrir um horfur hans.

Ef æxli hefur náð að dreifa sér í eitla, er gjarnan gefin krabbameinslyfjameðferð eftir aðgerðina og getur hún tekið um hálf t.ár.

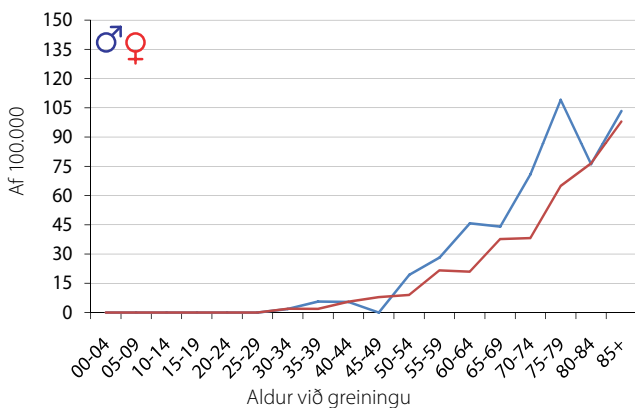
Horfur

Horfur sjúklinga sem greinast með endaparmskrabbamein eru mjög mismunandi. Í heild hafa horfur batnað mjög mikið, sérstaklega síðustu tíu árin, einkum með tilkomu betri og markvissari skurðaðgerða og geislameðferðar, sem oftast er gefin fyrir skurðaðgerð. Hlutfallsleg fimm ára lifun er um 50% og líkur eru á að lifun batni enn á næstu árum með markvissri meðferð.

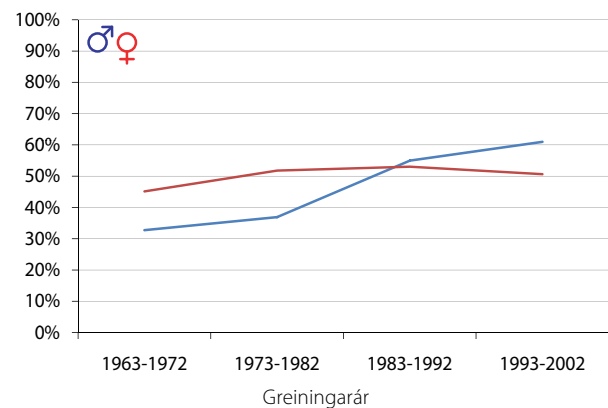
Yfirlit (2002-2006)

	Karlar	Konur
Meðalfjöldi tilfella á ári	20	16
Hlutfall af öllum meinum	3,0%	2,6%
Meðalaldur við greiningu	67 ár	70 ár
Fjöldi á lífi 31.12.2006	136	116

Aldursbundið nýgengi



Fimm ára hlutfallsleg lifun



* Úr bókinni: Krabbamein á Íslandi - Upplýsingar úr Krabbameinsskrá fyrir tímabilið 1957-2006.