

Rak jelita grubego (RJG) przebiega skrycie, ale nawet we wczesnym stadium często wywołuje objawy. Bardzo istotne jest, by lekarz wiedział, o co należy pytać chorego, jak również edukacja społeczeństwa, na jakie objawy należy zwrócić szczególną uwagę.

Celem pracy była retrospektywna ocena rodzaju i częstości występowania objawów klinicznych, z powodu których zgłaszali się chorzy na RJG, oraz ich zależność od wieku, płci, stopnia zaawansowania raka i lokalizacji guza.

Dokonano oceny dokumentacji medycznej 453 kolejnych chorych leczonych w Klinice w latach 1994–2001 z powodu pierwszorazowo wykrytego RJG. W tej grupie było 379 chorych objawowych. Analizie poddano występowanie objawów klinicznych u chorych na RJG w zależności od wieku, płci, stopnia zaawansowania raka i lokalizacji guza. Zgromadzone dane poddano analizie statystycznej.

Najczęściej występującym objawem klinicznym u chorych na RJG było krwawienie z odbytu (51,45%) oraz zmiana rytmu wypróżnień pod postacią zaparc (25,33%) lub biegunek (21,11%). Stwierdzono, że u chorych na RJG zarówno krwawienie z odbytu, jak i anemia czy istotna utrata masy ciała występują statystycznie częściej w starszym wieku. Wraz ze wzrostem zaawansowania RJG statystycznie częściej występowały takie objawy, jak ból brzucha, biegunka i istotna utrata masy ciała. Największy wpływ na występowanie objawów klinicznych u chorych na RJG miała lokalizacja guza. Różnice występowania objawów klinicznych pod postacią krwawienia z odbytu, biegunek, utraty masy ciała były znamienne statystycznie.

**Słowa kluczowe:** rak jelita grubego, objawy kliniczne, krwawienie z odbytu.

## Kliniczne objawy raka jelita grubego – badanie retrospektywne

*Clinical symptoms of colorectal cancer – a retrospective study*

Zbigniew Banaszkiwicz<sup>1</sup>, Krzysztof Tojek<sup>1</sup>, Paweł Jarmocik<sup>1</sup>, Jacek Frasz<sup>1</sup>, Arkadiusz Jawień<sup>2</sup>

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera, UMK w Toruniu

<sup>1</sup>Pododdział Chirurgii Gastroenterologicznej i Kolorektalnej, Szpital Uniwersytecki Nr 2 im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy

<sup>2</sup>Pododdział Chirurgii Naczyniowej i Angiologicznej, Szpital Uniwersytecki Nr 2 im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy

### Wstęp

Rak jelita grubego (RJG), drugi co do częstości występowania i przyczyny zgonów wśród nowotworów złośliwych w Polsce, przebiega skrycie, a jego pierwsze objawy kliniczne są często lekceważone [1]. Należą do nich zwykle nieokreślone bóle brzucha, osłabienie, wzdęcia i zmiana rytmu wypróżnień. Sprawia to, że pacjenci zaczynają się leczyć niejednokrotnie zbyt późno. Czas od pojawienia się objawów aż do rozpoznania raka wynosi od kilku dni do ponad 2 lat [2]. Ma to istotne znaczenie, ponieważ wczesne wykrycie choroby poprawia wyniki leczenia [3]. Dużą rolę w poprawie wykrywalności wczesnych postaci RJG mogłoby mieć odpowiednie badanie przesiewowe [4]. Wszystkie cechy RJG (choroba o niepomyślnym rokowaniu stanowiąca istotny problem zdrowotny społeczeństwa, ze znanymi trafnymi metodami wykrywania wczesnych postaci i wyraźnie lepszych wyników leczenia w fazie przedklinicznej) predysponują do zastosowania badania przesiewowego. Udowodniono, że zastosowanie badań przesiewowych w celu wczesnego wykrycia RJG zmniejsza śmiertelność z tego powodu w badanej populacji, ale nadal pozostają wątpliwości, w jakiej populacji należy zastosować badanie i jakiego testu diagnostycznego użyć. Według stanowiska ekspertów z *American Gastroenterological Association*, opublikowanego w 2003 r. na łamach *Gastroenterology* badania przesiewowe w kierunku nowotworu jelita grubego winny być zaproponowane kobietom i mężczyznom z przeciętnym ryzykiem w wieku 50 lat. Do wyboru należy zaproponować pięć równorzędnych metod:

- coroczne wykonywanie testu na krew utajoną w kale,
- sigmoidoskopia co 5 lat,
- badanie testu na krew utajoną co roku, z jednoczesną sigmoidoskopią co 5 lat,
- kolonoskopia co 10 lat,
- badanie radiologiczne jelita grubego co 5 lat [5].

Jednakże wprowadzenie tych badań jest trudne z powodu dużych kosztów badania i niskiej akceptacji społecznej. Nawet wczesny RJG jest często objawowy, a objawy narastają wraz ze stopniem zaawansowania nowotworu. Potwierdzenie lub wykluczenie nowotworu jest możliwe dzięki endoskopowemu badaniu jelita grubego, jednak trudność polega na wyselekcjonowaniu na podstawie objawów klinicznych osób kwalifikujących się do tego badania. Istotną rolę odgrywa świadomość lekarzy odnośnie do ważności dokładnego badania zarówno przedmiotowego, jak i podmiotowego każdego pacjenta zgłaszającego jakiegokolwiek dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. Istotne jest, by lekarz wiedział, o co należy pytać pacjenta i na jakie objawy podmiotowe i przedmiotowe zwrócić szczególną uwagę. Ponadto

Even though the clinical manifestation of colorectal cancer (CRC) appears rather late, still a large portion of CRCs including those in an early stage of the disease are symptomatic ones. Thus it seems crucial to know how to examine patients and to educate people what symptoms to be aware of. The aim of the present study was a retrospective, multivariable analysis of symptoms present in CRC patients in relation to age, sex, CRC staging and tumour localisation. Medical records of 453 consecutive patients treated for CRC in the Department of General Surgery in the years 1994–2001 were analysed to match the clinical symptoms with both patient and tumour related variables. 379 out of them were recognised as symptomatic ones. The most frequent symptoms were overt rectal bleeding (51.45%) and bowel movement disturbance such as constipation (25.33%) and diarrhoea (21.11%). Rectal bleeding, anaemia and body mass loss were all statistically more frequent in older patients. Abdominal pain, diarrhoea and significant body mass loss correlated strongly with CRC staging. It was tumour location that had the greatest impact on clinical symptoms in CRC patients.

**Key words:** colorectal cancer, clinical symptoms, rectal bleeding.

ważnym zadaniem służby zdrowia jest również edukowanie społeczeństwa, które objawy powinny zaniepokoić pacjenta [6].

Celem pracy była retrospektywna ocena rodzaju i częstości występowania objawów klinicznych, z powodu których zgłaszali się do lekarza chorzy na RJG, oraz ich zależność od wieku, płci, stopnia zaawansowania raka i lokalizacji guza.

### Materiał i metody

W pracy oceniono dokumentację medyczną chorych leczonych w Klinice z powodu pierwszorazowo wykrytego RJG. W latach 1994–2001 z powodu RJG wykrytego po raz pierwszy leczono w Klinice 453 chorych. W tej grupie u 379 objawowych chorych (205 kobiet i 174 mężczyzn; mediana wieku – 66 lat) zebrano i poddano ocenie pełną dokumentację medyczną. Sklasyfikowano i policzono objawy kliniczne występujące u chorych. Analizie poddano występowanie objawów klinicznych u chorych na RJG w zależności od wieku, płci, stopnia zaawansowania raka i lokalizacji guza. Zaparcie rozpoznawano, jeżeli chory oddawał stolec rzadziej niż 3 razy w tygodniu z utrudnioną defekacją lub nieprawidłową postacią stolca, a biegunkę wówczas, gdy chory podawał oddawanie nieuformowanego stolca z częstością większą niż 3 razy na dobę [7]. Objaw *badanego guza* kwalifikowano, gdy stwierdzano guz badaniem palpacyjnym brzucha lub badaniem palcem przez odbytnicę. Jako anemię przyjęto umiarkowaną niedokrwistość na podstawie kryteriów WHO (stężenie hemoglobiny 8,0–9,9 g/dl). Istotną utratę masy ciała rozpoznawano przy utracie 10% lub więcej masy w ciągu 6 mies. [8]. Wyróżniono grupy wiekowe – grupę I, którą stanowili chorzy poniżej 50. roku życia, grupę II – pacjenci w wieku 50–69 lat, a także grupę III, w której znaleźli się chorzy powyżej 69. roku życia. Stopień zaawansowania klinicznego oceniano, stosując klasyfikację Dukesa w modyfikacji Astlera i Collera. Wyodrębniono trzy grupy chorych w zależności od lokalizacji guza – z nowotworami odbytnicy, prawej i lewej połowy okrężnicy. Za granicę podziału pomiędzy lewą a prawą połową okrężnicy przyjęto zagięcie śledzionowe (zagięcie śledzionowe zaliczono do prawej połowy okrężnicy). Zgromadzone dane poddano analizie statystycznej.

### Wyniki

Najczęściej występującym objawem klinicznym u chorych na RJG było krwawienie z odbytu. W badanej grupie osób objaw ten wystąpił u ponad połowy chorych (51,45%). Prawie połowa chorych podawała zmianę rytmu wypróżnień w postaci zaparc (25,33%) lub biegunek (21,11%). U co 4. osoby w badaniu podmiotowym występowały bóle w obrębie jamy brzusznej i/lub istotna utrata masy ciała, natomiast w badaniu fizykalnym stwierdzano obecność guza (tab. 1).

Analizie poddano występowanie objawów klinicznych RJG w zależności od wieku chorych. Stwierdzono, że zarówno krwawienie z odbytu, jak i anemia oraz istotna utrata masy ciała występują statystycznie częściej u osób w starszym wieku (tab. 2.).

U osób młodych, przed 50. rokiem życia, z rozpoznaniem RJG, objaw krwawienia z odbytu i anemia występowały znamienne rzadziej, natomiast istotną utratę masy ciała odnotowano aż u co 3. osoby. Różnice te były znamienne statystycznie (tab. 3.–5.).

W badanej grupie było 205 kobiet i 174 mężczyzn. U kobiet obserwowano częściej zaparcie stolca (29,27 vs 20,69%), anemię (21,95 vs 15,52%) i istotną utratę masy ciała (27,80 vs 20,69%). Różnice te jednak nie były istotne statystycznie (tab. 6.).

U co 3. chorego stwierdzono najwyższy stopień zaawansowania raka (D wg Dukesa w modyfikacji Astlera i Collera). W tej grupie chorych statystycznie częściej występowały takie objawy, jak ból brzucha, biegunka i istotna utrata masy ciała. Nie stwierdzono natomiast istotnie statystycznych różnic w występowaniu innych częstszych objawów klinicznych – krwawień z odbytu, wy-

stępowania zaparc i anemii w zależności od stopnia zaawansowania raka (tab. 7.).

Największy wpływ na występowanie różnych objawów klinicznych u chorych na RJG miała lokalizacja guza. W prezentowanym materiale największą liczbę raków stwierdzono w odbytnicy, tj. u 177 (46,70%). Aż u 84,75% chorych na raka odbytnicy stwierdzano krwawienie z odbytu, co 3. chory zgłaszał biegunki, a u 37,85% w badaniu *per rectum* stwierdzono objaw guza. Chorzy rzadko skarżyli się na wzdęcia brzucha (8,47%), istotną utratę masy ciała (18,08%), a wyjątkowo rzadko rozpoznawano mechaniczną niedrożność jelit (3,39%). Różnice występowania tych objawów w zależności od lokalizacji zmiany były znamienne statystycznie (tab. 8.–14.).

Guzy jelita grubego zlokalizowane w prawej połowie okrężnicy występowały w badanej grupie u co 4. osoby, czyli u 97 chorych. W tej grupie badanych statystycznie najczęściej występowały bóle brzucha, anemia i osłabienie, nato-

miast znacznie rzadziej chorzy podawali zaparcie stolca (tab. 15.–18.).

## Dyskusja

U chorych na mało zaawansowanego RJG objawy kliniczne są zwykle bardzo dyskretne i często lekceważone zarówno przez pacjenta, jak i przez lekarza. W bardziej zaawansowanej chorobie objawy są wyraźniejsze. Najczęściej występującymi objawami są krwawienie z odbytu, ból brzucha, badalny guz (zarówno w badaniu palpacyjnym brzucha, jak i badaniu palcem przez odbytnicę), zaburzenia rytmu wypróżnień, istotna utrata masy ciała i anemia [9–11]. Objawy tej choroby są często nieznanie nie tylko choremu, ale i personelowi medycznemu. Udowodniono, że w klinice zajmującej się leczeniem chorób jelita grubego wśród chorych leczonych znajomość objawów raka piersi była większa od znajomości objawów RJG [12].

**Tabela 1.** Objawy kliniczne u chorych na RJG

**Table 1.** Clinical symptoms in colorectal cancer patients

Objaw	Liczba	%
krwawienie z odbytu	195	51,45
ból brzucha	107	28,23
wyczuwalny guz	106	27,97
zaparcie stolca	96	25,33
utrata masy ciała	93	24,54
biegunka	80	21,11
anemia	72	19,00
niedrożność mechaniczna jelit	55	14,51
wzdęcia brzucha	54	14,25
osłabienie	50	13,19
zwiększona ciepota ciała	14	3,69

**Tabela 2.** Zależność wieku chorych i objawów klinicznych RJG

**Table 2.** Clinical symptoms matched by CRC patient's age

Objaw	Liczba	$\chi^2$ Pearsona	df	p
ból brzucha	107	2,23668	df = 2	0,326834
wzdęcia	54	0,256871	df = 2	0,879471
krwawienie	195	9,93561	df = 2	0,006964
zaparcie	96	2,76319	df = 2	0,251193
biegunka	80	0,631028	df = 2	0,729416
anemia	72	7,43000	df = 2	0,024366
osłabienie	50	1,09908	df = 2	0,577219
istotna utrata masy ciała	93	8,22217	df = 2	0,016399
guz	106	5,44551	df = 2	0,06709
zwiększona ciepota ciała	14	0,899439	df = 2	0,637811
niedrożność	55	4,265552	df = 2	0,118526

**Tabela 3.** Zależność wieku chorych i występowania krwawienia z odbytu

**Table 3.** Rectal bleeding in colorectal cancer patients

Wiek	Krwawienie (-)		Krwawienie (+)	
	liczba	%	liczba	%
< 50 lat (n = 32)	24	75,00	8	25,00
50–69 lat (n = 199)	90	45,23	109	54,77
> 69 lat (n = 148)	70	47,30	78	52,70
razem (n = 379)	184		195	

$$\chi^2 \text{ Pearsona} = 9,93561, df = 2, p = 0,006964$$

**Tabela 4.** Zależność wieku chorych i występowania anemii

**Table 4.** Relationship between age and anaemia in CRC patients

Wiek	Anemia (-)		Anemia (+)	
	liczba	%	liczba	%
< 50 lat (n = 32)	26	81,25	6	18,75
50–69 lat (n = 199)	171	85,93	28	14,07
> 69 lat (n = 148)	110	74,32	38	25,68
razem (n = 379)	307		72	

$$\chi^2 \text{ Pearsona} = 7,43000, df = 2, p = 0,024366$$

**Tabela 5.** Zależność wieku chorych i występowania istotnej utraty masy ciała

**Table 5.** Significant body mass loss matched by patient's age

Wiek	Utrata masy ciała (-)		Utrata masy ciała (+)	
	liczba	%	liczba	%
< 50 lat (n = 32)	21	65,63	11	34,38
50–69 lat (n = 199)	162	81,41	37	18,59
> 69 lat (n = 148)	103	69,59	45	30,41
razem (n = 379)	286		93	

$$\chi^2 \text{ Pearsona} = 8,22217, df = 2, p = 0,016399$$

Krwawienie jest jednym z głównych objawów RJG. Jest to objaw łatwy do zdefiniowania i zaobserwowania. Daje sygnał o bezwzględnej konieczności poszukiwania patologii. Każdy epizod krwawienia z przewodu pokarmowego powinien zostać zdiagnozowany. U co 4. osoby z widocznym krwawieniem z odbytu po wykonanej diagnostyce stwierdzono poważną chorobę jelita grubego [13]. W badaniach Stapleya stwierdzono, że chorzy na RJG, u których pierwszym objawem choroby było krwawienie z odbytu w momencie rozpoznania mają niższy stopień zaawansowania klinicznego (OR = 0,50) i rokują lepiej (HR = 0,56) [14].

Według różnych autorów u chorych na RJG krew w stolcu stwierdzano w granicach 50–68% [13, 15–18]. Saidi i wsp. stwierdzili, że częstość występowania objawu krwawienia z odbytu zależała od położenia guza nowotworowego. U chorych z guzem odbytnicy krwawienie stwierdzono

**Tabela 6.** Zależność płci chorych i objawów klinicznych RJG  
**Table 6.** Patient's sex and clinical symptoms distribution

Objaw	Liczba	$\chi^2$ Pearsona	df	p
ból brzucha	107	1,96668	df = 2	0,160810
wzdęcia	54	0,126996	df = 1	0,721570
krwawienie	195	1,78333	df = 1	0,181750
zaparcie	96	3,66202	df = 1	0,055675
biegunka	80	0,004712	df = 1	0,945271
anemia	72	2,53181	df = 1	0,111582
osłabienie	50	0,354655	df = 1	0,551494
utrata masy ciała	93	2,57318	df = 1	0,108699
guz	106	2,34279	df = 1	0,125873
zwiększona ciepłota ciała	14	0,608569	df = 1	0,435333
niedrożność	55	2,36121	df = 1	0,124396

**Tabela 7.** Zależność stopnia zaawansowania raka i objawów klinicznych

**Table 7.** Relationship between CRC staging and clinical appearance

Objaw	Liczba	$\chi^2$ Pearsona	df	p
ból brzucha	107	19,7672	df = 5	0,001385
wzdęcia	54	15,1273	df = 5	0,009844
krwawienie	195	8,91187	df = 5	0,112665
zaparcie	96	6,38649	df = 5	0,270436
biegunka	80	11,3782	df = 5	0,044402
anemia	72	4,92682	df = 5	0,424932
osłabienie	50	4,914223	df = 5	0,426455
utrata masy ciała	93	23,0476	df = 5	0,000332
guz	106	7,40963	df = 5	0,191948
zwiększona ciepłota ciała	14	2,12304	df = 5	0,831867
niedrożność	55	18,5420	df = 5	0,002343

czterokrotnie częściej (79%) w porównaniu z chorymi z guzem prawej połowy okrężnicy (21%) i dwukrotnie częściej w porównaniu z chorymi z guzem położonym w lewej połowie okrężnicy (44%) [20]. W przeprowadzonym przez autorów badaniu krwawienie z odbytu wystąpiło u połowy chorych (51,45%). Objaw ten występował jednakowo często u obu płci i niezależnie od stopnia zaawansowania RJG ( $p > 0,05$ ). Stwierdzono natomiast, że wystąpił on dwukrotnie częściej u osób po 50. roku życia (25 vs 53%) i zdecydowanie częściej w guzach położonych obwodowo (odbytnica – 84,75%, lewa połowa okrężnicy – 37,14%, prawa połowa

**Tabela 8.** Zależność lokalizacji guza i objawów klinicznych

**Table 8.** Tumour related clinical appearance

Objaw	liczba	$\chi^2$ Pearsona	df	p
ból brzucha	107	37,8768	df = 2	0,0000
wzdęcia	54	10,2679	df = 2	0,005898
krwawienie	195	166,723	df = 2	0,0000
zaparcie	96	6,00337	df = 2	0,049717
biegunka	80	19,9244	df = 2	0,00047
anemia	72	31,3969	df = 2	0,0000
osłabienie	50	9,49986	df = 2	0,008658
utrata masy ciała	93	7,49157	df = 2	0,023627
guz	106	17,9035	df = 2	0,000130
zwiększona ciepłota ciała	14	0,961508	df = 2	0,618321
niedrożność	55	39,9295	df = 2	0,0000

**Tabela 9.** Zależność lokalizacji guza i występowania krwawienia z odbytu

**Table 9.** Rectal bleeding matched by tumour location

Lokalizacja guza jelita grubego	Krwawienie (–) liczba	%	Krwawienie (+) liczba	%
odbytnica (n = 177)	27	15,25	150	84,75
lewa połowa (n = 105)	66	62,86	39	37,14
prawa połowa (n = 97)	91	93,81	6	6,19
razem (n = 379)	184		195	

$\chi^2$  Pearsona = 166,723, df = 2, p < 0,001

**Tabela 10.** Zależność lokalizacji i częstości rozpoznania guza w badaniu fizykalnym

**Table 10.** Rate of tumours evident on physical examination matched by tumour location

Lokalizacja guza jelita grubego	Guz (–) liczba	%	Guz (+) liczba	%
odbytnica (n = 177)	110	62,15	67	37,85
lewa połowa (n = 105)	89	84,76	16	15,24
prawa połowa (n = 97)	74	76,29	23	23,71
razem (n = 379)	273		106	

$\chi^2$  Pearsona = 17,9035, df = 2, p < 0,001

określony – 6,19%). Różnice te były znamienne statystycznie ( $p < 0,001$ ).

Bóle brzucha są bardzo często mało charakterystyczne i wg niektórych autorów występują u 21 do nawet 60% osób [16, 19, 20]. W prezentowanym materiale objaw ten – drugi pod względem częstości występowania – stwierdzono

u 28,23%. Ból występował statystycznie częściej u chorych na zaawansowanego RJG ( $p < 0,01$ ) i prawostronną lokalizacją zmiany ( $p < 0,001$ ).

Wyczuwalny guz w badaniu fizykalnym stwierdzany był najczęściej u chorych na raka odbytnicy podczas badania palcem przez odbytnicę ( $p < 0,001$ ). Skracalo to znacznie

**Tabela 11.** Zależność lokalizacji guza i występowania biegunki  
**Table 11.** Tumour related diarrhea

Lokalizacja guza jelita grubego	Biegunka (-)		Biegunka (+)	
	liczba	%	liczba	%
odbytnica ( $n = 177$ )	122	68,93	55	31,07
lewa połowa ( $n = 105$ )	91	86,67	14	13,33
prawa połowa ( $n = 97$ )	86	88,66	11	11,34
razem ( $n = 379$ )	299		80	

$\chi^2$  Pearsona = 19,9244,  $df = 2$ ,  $p < 0,001$

**Tabela 15.** Zależność lokalizacji guza i występowania bólu brzucha  
**Table 15.** Tumour related abdominal pain

Lokalizacja guza jelita grubego	Ból brzucha (-)		Ból brzucha (+)	
	liczba	%	liczba	%
odbytnica ( $n = 177$ )	153	86,44	24	13,56
lewa połowa ( $n = 105$ )	67	63,81	38	36,19
prawa połowa ( $n = 97$ )	52	53,61	45	46,39
razem ( $n = 379$ )	272		107	

$\chi^2$  Pearsona = 37,8768,  $df = 2$ ,  $p < 0,001$

**Tabela 12.** Zależność lokalizacji guza i występowania wzdęcia brzucha

**Table 12.** Tumour location and significant flatulence

Lokalizacja guza jelita grubego	Utrata masy ciała (-)		Utrata masy ciała (+)	
	liczba	%	liczba	%
odbytnica ( $n = 177$ )	162	91,53	15	8,47
lewa połowa ( $n = 105$ )	82	78,10	23	21,90
prawa połowa ( $n = 97$ )	81	83,51	16	16,49
razem ( $n = 379$ )	325		54	

$\chi^2$  Pearsona = 10,2679,  $df = 2$ ,  $p = 0,005898$

**Tabela 16.** Zależność lokalizacji guza i występowania anemii

**Table 16.** Relationship between tumour location and anemia

Lokalizacja guza jelita grubego	Anemia (-)		Anemia (+)	
	liczba	%	liczba	%
odbytnica ( $n = 177$ )	162	91,53	15	8,47
lewa połowa ( $n = 105$ )	83	79,05	22	20,95
prawa połowa ( $n = 97$ )	62	63,92	35	36,08
razem ( $n = 379$ )	307		72	

$\chi^2$  Pearsona = 31,3969,  $df = 2$ ,  $p < 0,001$

**Tabela 13.** Zależność lokalizacji guza i istotnej utraty masy ciała

**Table 13.** Relationship between tumour location and significant body mass loss

Lokalizacja guza jelita grubego	Utrata masy ciała (-)		Utrata masy ciała (+)	
	liczba	%	liczba	%
odbytnica ( $n = 177$ )	145	81,92	32	18,08
lewa połowa ( $n = 105$ )	73	69,52	32	30,48
prawa połowa ( $n = 97$ )	68	70,10	29	29,90
razem ( $n = 379$ )	286		93	

$\chi^2$  Pearsona = 7,49157,  $df = 2$ ,  $p = 0,023627$

**Tabela 17.** Zależność lokalizacji guza i występowania osłabienia

**Table 17.** Tumour related weakness

Lokalizacja guza jelita grubego	Osłabienie (-)		Osłabienie (+)	
	liczba	%	liczba	%
odbytnica ( $n = 177$ )	162	91,53	15	8,47
lewa połowa ( $n = 105$ )	91	86,67	14	13,33
prawa połowa ( $n = 97$ )	76	78,35	21	21,65
razem ( $n = 379$ )	329		50	

$\chi^2$  Pearsona = 9,49986,  $df = 2$ ,  $p = 0,008658$

**Tabela 14.** Zależność lokalizacji guza i występowania niedrożności jelit

**Table 14.** Tumour causing ileus

Lokalizacja guza jelita grubego	Niedrożność (-)		Niedrożność (+)	
	liczba	%	liczba	%
odbytnica ( $n = 177$ )	171	96,61	6	3,39
lewa połowa ( $n = 105$ )	73	69,52	32	30,48
prawa połowa ( $n = 97$ )	80	82,47	17	17,53
razem ( $n = 379$ )	324		55	

$\chi^2$  Pearsona = 39,9295,  $df = 2$ ,  $p < 0,001$

**Tabela 18.** Zależność lokalizacji guza i występowania zaparcia

**Table 18.** Tumour causing large bowel obstruction

Lokalizacja guza jelita grubego	Zaparcie (-)		Zaparcie (+)	
	liczba	%	liczba	%
odbytnica ( $n = 177$ )	124	70,06	53	29,94
lewa połowa ( $n = 105$ )	78	74,29	27	25,71
prawa połowa ( $n = 97$ )	81	83,51	16	16,49
razem ( $n = 379$ )	283		96	

$\chi^2$  Pearsona = 6,00337,  $df = 2$ ,  $p = 0,049717$



proces diagnostyki, ale stopień zaawansowania klinicznego wykrytych w ten sposób nowotworów był podobny do nowotworów wykrytych innymi metodami ( $p > 0,05$ ). W analizie przeprowadzonej przez Ellisa i wsp. u 319 kolejnych chorych w wieku powyżej 34 lat z krwawieniem z odbytnicy, aż u 36% chorych w badaniu palcem przez odbytnicę stwierdzono wyczuwalny guz odbytnicy [21].

Ważnym sygnałem ostrzegawczym dla chorych może być zmiana rytmu wypróżnień w postaci pojawienia się zaparc i/lub biegunek. Objaw ten stwierdzano u co 2. chorego [15, 18]. W materiale autorów niniejszej pracy zmianę rytmu wypróżnień stwierdzono u 46,44% – zaparcia odnotowano u 25,33%, a biegunki u 21,11%. Zaparcia mogą być objawem zarówno zaburzeń czynnościowych, jak i mechanicznego zwężenia światła jelita. Zaparcia i biegunki dotyczyły najczęściej osób chorych na raka odbytnicy i lewej połowy okrężnicy. Zaparcia występowały znamienne częściej u pacjentów z guzem odbytnicy i lewej połowy okrężnicy ( $p < 0,05$ ), natomiast biegunka była charakterystyczna dla guzów zlokalizowanych w odbytnicy ( $p < 0,001$ ) i występowała statystycznie częściej u chorych z dużym stopniem zaawansowania raka ( $p < 0,05$ ). W badaniu retrospektywnym przeprowadzonym przez Saidiego i wsp. wśród 253 chorych na RJG stwierdzono również, że lewostronne położenie guza częściej powoduje zmianę rytmu wypróżnień, do objawów niedrożności jelit włącznie [18].

Luy Lossio i wsp. analizując chorych na RJG leczonych w Peru w ciągu 5 lat, stwierdzili u ponad połowy (53,12%) chorych istotną utratę masy ciała. Jest to prawdopodobnie zależne od późnego rozpoznania choroby – 46,36% chorych operowano w stopniu zaawansowania C i D [19]. W badaniu omawianym w niniejszej pracy mimo podobnego odsetka (48%) chorych na RJG w zaawansowanym stadium istotną utratę masy ciała stwierdzono tylko u co 4. chorego. Spadek wagi ciała był związany z wysokim stopniem zaawansowania nowotworu ( $p < 0,001$ ).

U chorych z rozpoznaniem RJG umiarkowana anemia (na podstawie kryteriów WHO) wg różnych autorów stwierdzana była w szerokim zakresie 20,8–62,95% przypadków [22, 23]. Sadahiro i wsp. stwierdzili, że umiarkowana anemia występuje statystycznie częściej u kobiet (25,8 vs 20,8%), u osób z guzem położonym po prawej stronie okrężnicy o dużym stopniu zaawansowania raka [22]. Majumdar i wsp. obserwowali 204 chorych na RJG w ciągu 5 lat i wśród nich w momencie rozpoznania było aż 55% chorych z anemią. Nie stwierdzono zależności występowania anemii od wieku chorych i stopnia zaawansowania RJG [24]. W badaniu autorów niniejszej pracy anemię umiarkowaną (wg kryteriów WHO) rozpoznano tylko u 19% chorych. Nie stwierdzono zależności występowania umiarkowanej anemii od stopnia zaawansowania raka, natomiast występowała ona statystycznie częściej u osób po 70. roku życia ( $p < 0,05$ ) i u chorych z prawostronną lokalizacją guza ( $p < 0,001$ ).

Podsumowując:

1. Najczęściej występującymi objawami RJG są krwawienia z odbytu, ból brzucha, wyczuwalny w badaniu guz, zaburzenia rytmu wypróżnień, ubytek wagi ciała i umiarkowana anemia.

2. Największy wpływ na występowanie objawów klinicznych miała lokalizacja guza.

Obecnie przy braku skutecznego i wydolnego systemu badania przesiewowego w kierunku wczesnego wykrywania RJG zwrócenie szczególnej uwagi na objawy kliniczne występujące u chorych na RJG powinno przynieść poprawę wykrywalności, a co za tym idzie – poprawę skuteczności leczenia tej choroby. Dzięki dobrej znajomości objawów klinicznych zarówno przez chorych, jak i personel służby zdrowia oraz szczególnej czujności, nawet dyskretne objawy mogą naprowadzić na właściwe rozpoznanie. Wbrew potocznym opiniom RJG nawet we wczesnym stopniu zaawansowania jest często objawowy. Na podstawie niniejszego badania stwierdzono, że takie ważne objawy kliniczne RJG, jak krwawienie z odbytu (odnotowano u 51,45% chorych z rozpoznaniem RJG), wystąpienie zaparc (25,33%) i umiarkowana anemia (19%), są objawami występującymi z tą samą częstością, niezależnie od stopnia zaawansowania raka ( $p > 0,05$ ).

#### Piśmiennictwo

- Pawlicki M, Rolski J. Współczesne koncepcje leczenia raka jelita grubego i odbytnicy. *Proktologia* 2004; 4: 30-4.
- Langenbach MR, Schmidt J, Neumann J, Zirngibl H. Delay in treatment of colorectal cancer: multifactorial problem. *World J Surg* 2003; 27: 304-8.
- Berchi C, Bouvier V, Reaud JM, Launoy G. Cost-effectiveness analysis of two strategies for mass screening for colorectal cancer in France. *Health Econ* 2004; 13: 227-38.
- Jawień A, Banaszkiwicz Z, Jarmocik P. Role of Screening in Early Detection of Colorectal Cancer. 8-th Biennial Congress – European Council of Coloproctology Prague Monduzzi Editore 2001; S.p.A. Inc 273-8.
- Winawer SJ, Fletcher R, Douglas R, et al. Colorectal Cancer Screening and Surveillance: Clinical Guidelines and Rationale – Update Based on New Evidence. *Gastroenterology* 2003; 124: 544-60.
- Levin B, Smith RA, Feldman GE, et al. Promoting early detection tests for colorectal carcinoma and adenomatous polyps. *Cancer* 2002; 95: 1618-28.
- Błachut K, Błoński W, Paradowski L. Zaparcie. Przyczyny, diagnostyka, leczenie. *Gastroenterol Pol* 2004; 11: 171-80.
- Bruera E, Sweeney C. Cachexia and asthenia in cancer patients. *Lancet Oncol* 2000; 1: 138-47.
- Banaszkiwicz Z, Bujalski D, Jarmocik P, Jawień A. Rak jelita grubego w wieku podeszłym – badanie retrospektywne. *Gastroenterol Pol* 2004; 11: 115-20.
- Limpert P, Longo WE, Kelemen PR, Vernava AM, Bahadursingh AN, Johnson FE, Limpert J, Kaminski DL. Colon and rectal cancer in the elderly. High incidence of asymptomatic disease, less surgical emergencies, and a favorable short-term outcome. *Crit Rev Oncol Hematol* 2003; 48: 159-63.
- Panzuto F, Chiriatti A, Bevilacqua S, et al. Symptom-based approach to colorectal cancer: survey of primary care physicians in Italy. *Dig Liver Dis* 2003; 35: 869-75.
- Pullyblank AM, Cawthorn SJ, Dixon AR. Knowledge of cancer symptoms among patients attending one-stop breast and rectal bleeding clinics. *Eur J Surg Oncol* 2002; 28: 511-5.
- Helfand M, Marton KI, Zimmer-Gembeck MJ, Sox HC Jr. History of visible rectal bleeding in a primary care population. Initial assessment and 10-year follow-up. *JAMA* 1997; 277: 44-8.
- Stapley S, Peters TJ, Sharp D, Hamilton W. The mortality of colorectal cancer in relation to the initial symptom at presentation to primary care and to the duration of symptoms: a cohort study using medical records. *Br J Cancer* 2006; 95: 1321-5.
- Dunne JR, Gannon CJ, Osborn TM, Taylor MD, Malone DL, Napolitano LM. Preoperative anemia in colon cancer: assessment of risk factors. *Am Surg* 2002; 68: 582-7.

16. Leis VM, Hughes ML, Williams CB, Neumaster TD, Ludwig DJ, Fontenelle LJ. Risk factors predictive of positive findings at colonoscopy. *Curr Surg* 2001; 58: 227-9.
17. McFarlane ME, Rhoden A, Fletcher PR, Carpenter R. Cancer of the colon and rectum in a Jamaican population: diagnostic implications of the changing frequency and subsite distribution. *West Indian Med J* 2004; 53: 170-3.
18. Saidi HS, Karuri D, Nyaim EO. Correlation of clinical data, anatomical site and disease stage in colorectal cancer. *East Afr Med J* 2008; 85: 259-62.
19. Luy Lossio G, Maldonado Landa G, Chinga Alayo E, Luy Lossio S, Peinado Rodríguez J. Clinical characteristics in colon cancer e. Rebagliati martins hospital 1995-1999. *Rev Gastroenterol Peru* 2000; 20: 406-13.
20. Mądro A, Słomka M, Celiński K. Rak jelita grubego – czy można zapobiegać, wcześniej rozpoznawać i skutecznie leczyć? *Med Rodz* 2004; 1, 27: 36-41.
21. Ellis BG, Thompson MR. Factors identifying higher risk rectal bleeding in general practice. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 949-55.
22. Sadahiro S, Suzuki T, Tokunaga N, Mukai M, Tajima T, Makuuchi H, Saito T. Anemia in patients with colorectal cancer. *J Gastroenterol* 1998; 33: 488-94.
23. Celestino A, Castillo T, Frisancho O, Contardo C, Espejo H, Tomioka C, Navarrete J. Colorectal cancer: study on 365 cases. *Rev Gastroenterol Peru* 1996; 16: 187-96.
24. Majumdar SR, Fletcher RH, Evans AT. How does colorectal cancer present? Symptoms, duration, and clues to location. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 3039-45.

#### Adres do korespondencji

dr med. **Zbigniew Banaszekwicz**  
Poddział Chirurgii Gastroenterologicznej i Kolorektalnej  
Szpital Uniwersytecki Nr 2 im. dr. J. Bizuela  
ul. Ujejskiego 75  
85-168 Bydgoszcz  
e-mail: banasz@medclub.pl  
tel. +48 52 365 52 32  
faks +48 52 371 57 82