

**Lektor:** Jak przechrzyć raka - to cykl audycji poświęconych profilaktyce i walce z chorobami nowotworowymi.

**Prowadząca:** Goście audycji to prof. Leszek Kołodziejcki onkolog i lek. med. Maria Srebro-Stańczyk onkolog. Dziś rozmawiamy o raku jelita grubego. Jak wygląda sytuacja epidemiologiczna w Polsce?

**Prof. Leszek Kołodziejcki:** Rak jelita grubego, czyli okrężnicy i odbytnicy, bo tak w tej chwili mówimy, jest stosunkowo coraz częstszym nowotworem i w tej chwili jest na drugim miejscu mówi się, jeżeli obie płcie weźmiemy pod uwagę to jest na drugim miejscu pod względem częstości zachorowań. Umieralność jest na poziomie gdzieś 50-60 procent i to jest wysoka umieralność w gruncie rzeczy, a polega to na tym, że zwykle te nowotwory są dość późno rozpoznawane i stąd się wzięły programy przesiewowe, czyli program kolonoskopowy dla wczesnego rozpoznania nie, tylko samego raka jelita grubego, ale stanów przedrakowych, bo to jest taki nowotwór, w którym są stany przedrakowe i te stany przedrakowe można leczyć z powodzeniem, a wtedy zachorowalność spada do zera, bo rak się nie rozwinie.

**Lek. med. Maria Srebro-Stańczyk:** Jest to choroba, która najczęściej występuje po 50. roku życia i niestety ponad 50 procent chorych z rakiem jelita zgłasza się w 3 i 4 stopniu zaawansowania, czyli choroba jest już miejscowo zaawansowana lub rozsiana i radykalne leczenie onkologiczne nie jest możliwe. Jakie są czynniki ryzyka raka jelita, czynniki dietetyczne, nieprawidłowa dieta, pokarmy smażone, bogatotłuszczowe, czerwone mięso i grillowane nieprawidłowo wbrew pozorom, że grillowane jest zdrowe, szczególnie grillowane w tak konserwatywnie w obrębie węgla. Czynnikiem ryzyka i ci chorzy szczególnie powinni być czujni, są choroby zapalne jelita grubego t.j. choroba Leśniowskiego-Crohna, czy wrzodziejące zapalenie jelita grubego, te choroby, wręcz uznawane są jako stany przedrakowe. Polipowatość jelita grubego tzw. zespół Lyncha, chorzy ze zdiagnozowanym polipem jelita grubego powinni mieć częściej wykonywaną kontrolną kolonoskopię no i oczywiście współistnienie raka jelita grubego wśród bliskich krewnych. Niestety tak jak mówiłam dużo chorych zgłasza się na późniejszych etapach choroby, bo ten nowotwór również jest nowotworem skąpoobjawowym albo wręcz bezobjawowym na wczesnych etapach. Istnieje tutaj jednak taka grupa objawów nie charakterystycznych, które wychwycone i zinterpretowane w prawidłowy sposób mogą skłonić do diagnostyki. Proszę państwa nawracająca anemia, jeżeli dorosły chory nieleczony hematologicznie ma nawracającą anemię, to szukamy jej przyczyny i robimy albo kolonoskopię albo badanie gastroscopowe. Takie objawy jak wzdęcia, uczucie pełności w nadbrzuszu, pobolewania w określonym miejscu jamy brzusznej, zaburzenia oddawania stolca, zmiana charakteru wypróżnień to są objawy niecharakterystyczne ale i u nich jest kilka takich rzeczy, na które trzeba zwracać uwagę. Jeśli to nawet nie charakterystyczne objawy okazują się w tym samym miejscu, te epizody pojawiają się coraz częściej, trwają coraz dłużej i są coraz bardziej kłopotliwe, to tacy pacjenci powinni również zgłosić się do diagnostyki, bo tak nie charakterystycznie może zaczynać się nowotwór złośliwy jelita grubego, szczególnie czujni powinni być właśnie pacjenci z polipami, ze stanami zapalnymi w obrębie jelita i z rakiem jelita grubego w rodzinie, oczywiście krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego jak zresztą krwawienie z każdego naturalnego otworu jest wskazaniem do bardzo pilnej diagnostyki i nie wolno bagatelizować tego objawu zrzucając to, np. współistniejące żylaki odbytu, bo niestety bardzo często tak się pacjentom wydaje, bo bywa i tak, że żylaki odbytu mamy ale powyżej żylaków odbytu w obrębie jelita rozwija się rak jelita grubego i to on jest powodem krwawienia.

**prof. Leszek Kołodziejcki:** Tu jest kilka teorii dotyczących powstawania, mówi się, że dieta ma tutaj zasadnicze znaczenie, mówi się o czerwonym mięsie. Tam jest jeszcze pewna różnica w budowie anatomicznej, mianowicie te substancje, które znajdują się w ostateczności w stolcu, część substancji rakotwórczych prawdopodobnie, które wzięły się stąd, że żółć działa na pewnego rodzaju substancje, które w naszej diecie jednak się znajdują i ten stolec, który początkowo jest rzadki,

rozwodniony przedostaje się szybko przez jelito, potem coraz wolniej przechodzi i stąd te substancje kancerogenne mają długi czas przebywania w określonych odcinkach jelita grubego i to tłumaczy z grubsza oczywiście, że najczęściej mamy do czynienia z rakiem końcowego odcinka jelita grubego, czyli odbytnicy, esicy - to jest jedna rzecz, druga rzecz to są stany przedrakowe i te stany przedrakowe to są głównie tzw. polipy jelita grubego. Te polipy tworzą się najczęściej bez widocznych przyczyn ale są takie choroby nawet genetycznie uwarunkowane, gdzie jest, że tak powiem uszkodzenie genotypu, które powoduje, że polipy powstają. To jest tzw. polipowatość np.rodzinna, gdzie praktycznie gen dominujący powoduje, że dziedziczymy tworzenie się polipów no i wtedy jest sytuacja inna, dlatego że wtedy jest kwestią tylko czasu, kiedy w tym tysiącu polipów, które znajdują się w jelicie grubym, rozwinię się rak nie zawsze jeden ale niekiedy jest wieloogniskowy, w różnych miejscach może być.

**Prowadząca:** Czyli ważne, żeby jak najszybciej takiego polipa usunąć.

**Prof. Leszek Kołodziejski:** Po pierwsze o tym pomyśleć, że można takiego coś mieć, ponieważ polip rozwija się najczęściej bez żadnych objawów, one niekiedy są małe dość, niekiedy dają objawy skąpe, to są objawy np. krwawienia ale najczęściej rozwijają się zupełnie bezobjawowo i człowiek, który robi sobie tą kolonoskopię przesiewową, pozornie zdrowy ze zdumieniem stwierdza, że ma kilka polipów albo jeden, że są podejrzane. Taki polip, jeżeli jest to należy go koniecznie usunąć, a jeżeli się nie da endoskopowo go usunąć, no trzeba przynajmniej pobrać wycinki i to z każdego takiego ogniska.

**Prowadząca:** Jak wygląda badanie, może odczarujemy tutaj kolonoskopię?

**Lek. med. Maria Srebro-Stańczyk:** Odczarujemy kolonoskopię, bo pacjenci boją się tego badania traktując je jako inwazyjne i bardzo nieprzyjemne, otóż procedury wykonywania badania kolonoskopowego bardzo zmieniły się w ciągu ostatnich lat, no trzeba się do tego badania przygotować za pomocą takich środków oczyszczających jelita, bywa to trudne dla pacjentów ale jest to warunek niezbędny no, bo bez oczyszczenia prawidłowego jelita nie ocenimy stanu błony śluzowej. Przed wykonaniem kolonoskopii pacjent dostaje premedykację, także jest trochę bardziej wyciszony, również intymność tego badania, która ważna jest dla pacjentów, dla pacjentek jest zachowana, mamy jednorazową bieliznę, która specjalnie służy do badań endoskopowych, trzeba odczarować tą endoskopię, bo to nie jest ani bolesne, ani trudne, ani niebezpieczne badanie, a jedyne badanie, gdzie możemy zdiagnozować tego raka jelita.

**Prowadząca:** A kto może liczyć na takie badanie w znieczuleniu, czyli będziemy spać, obudzimy się, będzie już po badaniu.

**Lek. med. Maria Srebro-Stańczyk:** To według preferencji chorego, ustala się to z lekarzem, który wykonuje badanie, jeśli wystarczy sedacja, robimy to w warunkach ambulatoryjnych, część badań kolonoskopowych, również jeśli jest to wybór pacjenta, wykonujemy w warunkach oddziału najczęściej chirurgicznego przez współpracę anestezjologa.

**Prowadząca:** Jakie nasze zachowania mogą przeciwdziałać zachorowaniu na raka jelita grubego?

**Lek. med. Maria Srebro-Stańczyk:** No niewiele niestety, tylko dieta, prawidłowa dieta, unikanie tych pokarmów tłustych, smażonych, czerwonego mięsa, alkoholu może zmniejszyć ryzyko zachorowania na raka jelita. Nie jest niestety tak, że nawet restrykcyjne stosowanie wszystkich zaleceń dietetycznych uchroni nas w 100 procentach przed zachorowaniem, bo tak nie jest, tym niemniej, zmniejszając ekspozycję na kancerogeny, czyli te czynniki sprawcze możemy to ryzyko obniżyć.

**Prowadząca:** Gdzie można szukać pomocy?

**Prof. Leszek Kołodziejski:** Mamy programy przesiewowe tj. raz i możemy na skierowanie przez lekarza rodzinnego to kolonoskopię wykonać, jeśli o kolonoskopię chodzi oczywiście, jeżeli w czasie wykonywania kolonoskopii coś złego albo coś potencjalnie złego znajdziemy, no to mamy drogę otwartą do dalszej diagnostyki. Oczywiście tych ośrodków, gdzie się wykonuje kolonoskopię w Polsce jest bardzo dużo, droga jest otwarta i po prostu tylko trzeba wyrazić chęć.

**Prowadząca:** A jak pan ocenia zainteresowanie kolonoskopią?

**Prof. Leszek Kołodziejski:** Dość różnie w czasie infekcji COVID było zbliżone do zera, nie dlatego, żeśmy nie chcieli tylko dlatego, że pacjenci nie chcieli, bardzo się bali, że się zarażą, a w ogóle było tak, że pacjenci bardziej bali się COVID niż raka, wobec czego tą „działalność profilaktyczną”, czyli wczesnego wykrywania zawieszono na kołku i teraz się troszkę to zmienia, bo pacjenci są lepiej wyedukowani i chyba na tym polega rzecz, żeby jak najwcześniej się zorientować w możliwościach i równocześnie chcieć te badania profilaktyczne wykonywać. Bardzo dziękuję za rozmowę.

**Lektor:** Masz jakiegokolwiek wątpliwości? Chcesz zasięgnąć porady lekarza onkologa – zadzwoń, 501 352 115 - ONKOLOGICZNY TELEFON ZAUFANIA.

Program Prozdrowotne oddziaływania edukacyjne na rzecz zmniejszenia umieralności na nowotwory w Małopolsce. Program zrealizowano ze środków budżetu województwa małopolskiego, realizowany przez Szpital Wojewódzki im. św. Łukasza w Tarnowie. Więcej na [www.profilaktykawmalopolsce.pl](http://www.profilaktykawmalopolsce.pl)

---