



SU
SZPITAL
UNIwersytecki
im. Karola Marcinkowskiego
w Zielonej Górze Sp. z o.o.

**BEZPŁATNY
EGZEMPLARZ**

INFORMATOR RAK JELITA GRUBEGO

Bezpłatny informator Szpitala
Uniwersyteckiego im. Karola Marcinkowskiego
w Zielonej Górze Sp. z o.o.



BB-PL
INTERREG V A
2014-2020

„Redukować bariery – wspólnie wykorzystywać silne strony /
Barrieren reduzieren – gemeinsame Stärken nutzen“



Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



Spis Treści

1.	Epidemiologia	str. 4
2.	Czynniki ryzyka zachorowania na raka jelita grubego	str. 4
3.	Jakie są objawy raka jelita grubego?	str. 5
4.	Jak wygląda ścieżka diagnostyki onkologicznej w Szpitalu Uniwersyteckim w Zielonej Górze?	str. 6
5.	Jak rozpoznajemy chorobę nowotworową?	str. 7
6.	Biopsja	str. 8
7.	Histopatologia	
8.	Leczenie raka jelita grubego	str. 8
8.1.	Leczenie chirurgiczne	str. 9
8.2.	Radioterapia (RT)	str. 10
8.3.	Leczenie systemowe	str. 11
8.3.1.	Chemioterapia (CHT)	str. 12
8.3.2.	Port naczyniowy – zakładany w celu podawania chemioterapii i innych leków dożylnych	str. 13
8.3.3.	Leki ukierunkowane molekularnie i antyangiogenne	str. 14
8.3.4.	Immunoterapia	str. 15
9.	Wsparcie psychologiczne	str. 15
10.	Wsparcie dietetyczne	str. 15
11.	Obserwacja po leczeniu	str. 15
12.	Ważne telefony i miejsca wykonywania poszczególnych badań	str. 16
13.	Ważne telefony do Oddziałów szpitalnych	str. 16
14.	Przyjęcie do klinicznego oddziału onkologii	str. 17
15.	Pytania do wywiadu lekarskiego	str. 18

1. Epidemiologia

Rak jelita grubego (okrężnicy, zagięcia esiczo-odbytniczego, odbytnicy i odbytu) jest jednym z najczęściej występujących nowotworów złośliwych na świecie. W Polsce pod względem liczby zachorowań zajmuje drugie miejsce u kobiet i trzecie u mężczyzn.

W ostatnich latach nowotwory te są rozpoznawane **u około 12 500 osób rocznie, a liczba zgonów wynosi około 8500**. W populacji mężczyzn utrzymuje się stały wzrost zachorowalności i umieralności, natomiast wśród kobiet wzrost umieralności został zahamowany i od ponad dekady pozostaje na stałym poziomie, mimo rosnącej zachorowalności.



2. Czynniki ryzyka zachorowania na raka jelita grubego

Okolo 75% przypadków stanowią raki sporadyczne, zaś pozostała część to raki występujące rodzinnie lub uwarunkowane genetycznie.

Główne czynniki ryzyka:

- wiek (szczyt zapadalności przypada na 75. rok życia)
- zwiększona masa ciała i mała aktywność fizyczna (większa zapadalność u osób z nadwagą i małą aktywnością fizyczną)
- występowanie raka jelita grubego wśród krewnych 1. stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci)
- genetycznie uwarunkowane zespoły chorobowe prowadzące do rozwoju raka np. dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością (HNPCC, zespół Lyncha), zespół gruczolakowatej polipowatości rodzinnej (FAP)
- polipy jelita grubego
- stany zapalne jelit np. wrzodziejące zapalenie jelita grubego, choroba Leśniowskiego-Crohna
- dieta (zwiększona zawartość tłuszczów lub czerwonego mięsa w posiłkach)
- przebycie cholecystektomii lub radioterapii na obszar jamy brzusznej lub miednicy

3. Jakie są objawy raka jelita grubego?

Objawy raka jelita grubego zależą od jego lokalizacji oraz od stopnia zaawansowania. Objawy wczesnego nowotworu są często mało charakterystyczne, a choroba może nie powodować żadnych dolegliwości. Ponadto mogą być one maskowane przez inne nienowotworowe stany chorobowe.

Do częstych objawów zaliczamy:

- zmianę rytmu wypróżnień, czyli naprzemienne występowanie biegunki i zaparcia stolca
- wzdęcia brzucha
- krew w stolcu (jasno- lub ciemnoczerwona)
- stolce ołówkowate, czyli węższe niż zwykle
- ból połączony z powstawaniem gazów lub skurcze brzucha
- uczucie pełności w jamie brzusznej
- utrata masy ciała bez znanej przyczyny
- uczucie stałego zmęczenia
- nudności i wymioty



4. Jak wygląda ścieżka diagnostyki onkologicznej Szpitalu Uniwersyteckiego w Zielonej Górze?

Jeśli pacjent zgłasza objawy alarmowe np. zmianę rytmu wypróżnień, niewyjaśnioną utratę masy ciała, niedokrwistość w badaniach laboratoryjnych, krew w stolcu to zostanie skierowany na wykonanie następujących badań:

- kolonoskopię, czyli badanie polegające na wprowadzeniu do wnętrza okrężnicy cienkiego instrumentu w kształcie rury (kolonoskopu). Zawiera on źródło światła i soczewki umożliwiające obserwację jelita oraz narzędzie do usuwania tkanek lub wykonywania biopsji. Badanie jest wykonywane w Pracowni Endoskopii tutaj. Szpitala
- w Zakładzie Patomorfologii zostanie wykonane badanie histopatologiczne materiału pobranego podczas biopsji celem potwierdzenia bądź wykluczenia raka
- w razie wątpliwości odnośnie wdrożenia uzupełniającej chemioterapii zostanie wykonane badanie molekularne MSI
- zostaną wykonane badania obrazowe celem określenia zaawansowania (rozległości choroby): tomografia (TK) klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy małej oraz w wybranych przypadkach rezonans magnetyczny (MRI) miednicy
- w niektórych przypadkach pacjent zostanie skierowany na badania dodatkowe wykonywane poza Szpitalem Uniwersyteckim w Zielonej Górze: scyntygrafię kości do Zakładu Medycyny Nuklearnej w Żarach oraz w określonych wskazaniach, do oceny całego ciała można wykorzystać pozytonową emisję tomografię komputerową (PET-CT), którą wykonuje się w Szpitalu Uniwersyteckim we Wrocławiu lub w Centrum Medycznym HCP Szpital im. św. Jana Pawła II w Poznaniu lub w Szpitalu Wiedzy i Specjalistycznym w Gorzowie Wielkopolskim

W przypadku zaawansowanego procesu nowotworowego zostaną wykonane dodatkowe badania molekularne: ocena genów KRAS, NRAS i BRAF. Badania wykonywane są z wycinka pobranego w trakcie biopsji pozwalającej na rozpoznanie choroby nowotworowej. Materiał jest wysyłany do Oncogene w Krakowie skąd otrzymujemy zwrótnie wynik badania. Wyniki tych badań odgrywają kluczową rolę w podjęciu decyzji o wyborze metody leczenia w przypadku choroby przerzutowej.

Po wykonaniu powyższych badań planowane jest Konsylium Lekarskie, które na podstawie wyników podejmie decyzje terapeutyczne oraz określi plan leczenia onkologicznego. Nad całym tym skomplikowanym procesem czuwa koordynator ds. leczenia onkologicznego. Zapewnia on pacjentowi indywidualną pomoc w sprawnym przejściu kolejnych etapów diagnostyki i leczenia.

W większości placówek koordynuje plan leczenia pacjenta ustalony przez Konsylium, dba o kompletność dokumentacji, a przede wszystkim udziela pacjentowi wszystkich niezbędnych informacji i wyjaśnień.





Dodatkowymi elementami procesu opieki, które realizuje koordynator są:

- organizacja konsylium (ustalenie terminu, składu zespołu, sprawdzenie dokumentacji medycznej),
- obecność na posiedzeniach konsylium,
- uzupełnianie decyzji konsylium o dalszym leczeniu w systemie DiLO,
- odsyłanie zamkniętych kart DiLO do lekarzy POZ (podstawowej opieki zdrowotnej)

Prawidłowo zorganizowana praca koordynatora znacznie ułatwia poruszanie się pacjenta w systemie oraz przyczynia się do podniesienia jakości udzielanych świadczeń onkologicznych.

5. Jak rozpoznajemy chorobę nowotworową?

Do głównych metod rozpoznania choroby służy:

- wywiad lekarski i badanie fizykalne ze szczególnym uwzględnieniem jamy brzusznej oraz badanie palcem przez odbyt (per rectum)
- podstawowe badania laboratoryjne krwi i moczu oraz marker CEA
- RTG klatki piersiowej oraz TK klatki piersiowej i jamy brzusznej
- dodatkowe badania obrazowe: MRI miednicy, scyntygrafia kości, badanie PET-CT,
- badania endoskopowe (rektoskopia, sigmoidoskopia, kolonoskopia) to podstawa diagnostyki raka jelita grubego – umożliwiają wykrycie guza, pobranie wycinków, usunięcie polipów oraz kontrolę pozostałej części jelita.

6. Biopsja

Pobrane podczas kolonoskopii wycinki guza (biopsja) zostaną przesłane do badania histopatologicznego w Zakładzie Patomorfologii celem ustalenia ich charakteru (zmiany łagodne albo nowotworowe). Jeśli przeprowadzana jest operacja, drugie badanie histopatologiczne obejmuje analizę tkanki guza i węzłów chłonnych usuniętych podczas zabiegu.

7. Histopatologia

Rozpoznanie raka jelita grubego jest możliwe tylko przez postawienie rozpoznania histopatologicznego na podstawie oceny materiału pobranego podczas biopsji lub po usunięciu guza przez chirurga w czasie zabiegu operacyjnego. Rak jelita grubego niemal zawsze jest gruczolakorakiem zbudowanym ze struktur cewkowych. Rak syngnetowatokomórkowy, podobnie jak rzadko spotykany drobnokomórkowy, charakteryzują się gorszym rokowaniem.

8. Leczenie raka jelita grubego

U pacjentów z rozpoznanym rakiem jelita grubego można zastosować następujące sposoby leczenia:

chemioterapia

radioterapia

leczenie celowane (ukierunkowane molekularnie)

leczenie chirurgiczne

immunoterapia

radiochemioterapia

Metoda leczenia zależy od typu histologicznego nowotworu, jego stopnia zaawansowania, wieku pacjenta, jego stanu ogólnego, chorób współistniejących, lokalizacji nowotworu (okrężnica, odbytnica lub odbyt) oraz preferencji pacjenta. Rozróżniamy leczenie z intencją wyleczenia (radykalne) oraz paliatywne (celem opóźnienia postępu choroby oraz poprawy jakości życia).

W celu podjęcia decyzji terapeutycznej lekarze zaangażowani w leczenie pacjentów z rakiem jelita grubego (chirurg onkolog, radioterapeuta, onkolog kliniczny) podejmują wspólnie decyzje podczas Konsylium. W niektórych przypadkach może być konieczna dodatkowa wizyta w Poradni Onkologicznej u lekarza zajmującego się określonym sposobem leczenia:

- onkologa klinicznego w przypadku leczenia systemowego (chemioterapia, leczenie celowane)
- radioterapeuty w przypadku kwalifikacji radioterapii

8.1. Leczenie chirurgiczne

W zależności od stopnia zaawansowania i technicznych możliwości wykonania resekcji postępowanie polega na usunięciu odpowiedniego fragmentu jelita wraz z regionalnymi węzłami chłonnymi (*en block*). Zależnie od lokalizacji guza i unaczynienia jelita wykonuje się resekcję odcinkową, hemikolektomię (usunięcie połowy okrężnicy), hemikolektomię poszerzoną (usunięcie połowy okrężnicy wraz z okolicznie nacieczonymi przez nowotwór narządami np. jelitem cienkim, macicą, jajnikami, pęcherzem moczowym, żółtkiem, śledzioną, trzustką, nadnerczami, nerką, moczowodem), kolektomię (całkowite wycięcie okrężnicy).

Jeśli obecne są resekcyjne (możliwe do zoperowania) przerzuty do płuc lub wątroby i pacjent jest w dobrym stanie ogólnym to rozważa się ich usunięcie. Jeśli przerzuty są nieresekcyjne to w wybranych przypadkach leczenie można rozpocząć od indukcyjnej chemioterapii i po 2-3 miesiącach ocenić możliwość ich operacyjnego usunięcia. Przed rozpoczęciem chemioterapii konieczne jest zastosowanie operacyjnego leczenia guza pierwotnego w jelicie, zwłaszcza jeśli występuje zagrożenie w postaci zwężenia światła jelita lub ryzyko znacznego krwawienia.

W nowotworach, które są trwale nieoperacyjne można rozważyć zastosowanie paliatywnych metod operacyjnych (resekcji jelita, zespożeń omijających, kolostomii odbarczającej, endoskopowego protezowania zwężenia).

Przetoka okrężnicza – kolostomia

Podczas usunięcia części okrężnicy lub odbytnicy chirurg może połączyć ze sobą zdrowe części jelita, jednak czasami ponowne połączenie nie jest możliwe. Wówczas tworzona jest nowa droga do wydalania stolca, czyli otwór (stomia) w podbrzuszu, a drugi koniec jelita jest zamykany. Płaska torebka jest przyłączana do otworu, aby zbierać stolec, a specjalna uszczelka przytrzymuje ją na miejscu.

U większości pacjentów stomia jest tymczasowa i konieczna tylko do czasu aż nastąpi wygojenie jelita po operacji. Po zakończeniu leczenia lekarz ponownie łączy ze sobą części jelita i zamyka stomię. Niektóre osoby, zwłaszcza te z nowotworem w niższej części odbytnicy, mogą wymagać stomii założonej na stałe.



Leczenie operacyjne jest przeprowadzane w Klinicznym Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Szpitala Uniwersyteckiego w Zielonej Górze.

8.2. Radioterapia (RT)

Radioterapia to rodzaj leczenia wykorzystujący promieniowanie jonizujące, które uszkadza DNA komórek nowotworowych i w konsekwencji powoduje ich śmierć. Ten rodzaj leczenia można zastosować po zakończeniu chemioterapii lub jednocześnie (radiochemioterapia). Ponadto radioterapia jest również wykorzystywana do kontrolowania objawów np. dolegliwości bólowych kości w razie przerzutów, krwawienia z guza, duszności czy przerzutów do mózgu.

Napromienianie przedoperacyjne raka odbytnicy stosuje się u chorych z ryzykiem nieradykalnej operacji. Istnieją dwa standardy napromieniania przedoperacyjnego: napromienianie w tygodniu poprzedzającym operację z zastosowaniem schematu 5 frakcji po 5 Gy lub RTH w dawce całkowitej 50,0–50,4 Gy we frakcjach po 1,8 lub 2,0 Gy skojarzona z chemioterapią (5-fluorouracyl z folinianem wapniowym w formie wlewów dożylnych lub kapecytabiną w formie doustnych tabletek) z operacją odroczoną do około 6 tygodni po zakończeniu napromieniania. Obydwa sposoby leczenia zapewniają podobną skuteczność.

U chorych po zabiegu operacyjnym z niekorzystnymi czynnikami rokowniczymi, którzy nie byli przedoperacyjnie napromieniani rozważa się zastosowanie pooperacyjnej chemio-radioterapii. Dodatkowo u niektórych pacjentów chorujących na raka odbytnicy można zastosować brachyterapię (miejscową radioterapię). Promieniowanie pochodzi z radioaktywnego materiału umieszczonego w cienkiej igle umieszczonej bezpośrednio w guzie nowotworowym lub w jego bliskiej okolicy.

Główne działania niepożądane radioterapii to: uszkodzenia skóry (np. suchość, świąd, powstawanie pęcherzy, łuszczenie lub przebarwienia), biegunka, zapalenie układu moczowego. Ponadto napromienianie powoduje upośledzenie czynności końcowego odcinka jelita grubego pozostałego po resekcji i odbytu oraz funkcji seksualnych – nasilają się objawy zespołu resekcji przedniej, czyli częste oddawanie stolca, naglące parcia, nietrzymanie stolca i gazów oraz nieodróżnianie potrzeby oddania stolca od potrzeby oddania gazów.

Leczenie za pomocą tej metody jest przeprowadzane w Zakładzie Radioterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Zielonej Górze. Zwykle radioterapia jest prowadzona przez wiele dni, ale czas jej trwania jest zaplanowany indywidualnie dla pacjenta. Radioterapia odbywa się w dni powszednie od poniedziałku do piątku od godzin porannych do późno popołudniowych. Sobota i niedziela to dni bez radioterapii.



Pacjent na radioterapię może:

- przyjeżdżać codziennie z domu po ustaleniu orientacyjnej godziny przyjazdu (naświetlania nie trwają wielu godzin – średni czas pojedynczego seansu radioterapii trwa kilkanaście minut)
- przebywać w hotelu od poniedziałku do piątku (przyjazd do hotelu w poniedziałek rano i wyjazd w piątek rano). W tym przypadku pacjent sobotę i niedzielę spędza w domu. Na naświetlania pacjent jest dowożony z hotelu do Zakładu Radioterapii przewozem medycznym, a po jego zakończeniu odwożony do hotelu.
- przebywać w Oddziale Radioterapii. W tym przypadku pobyt dotyczy całego okresu radioterapii i nie ma możliwości wyjazdu do domu na soboty i niedziele (brak przepustek).

Przed rozpoczęciem leczenia pacjent jest kierowany do Zakładu Radioterapii celem wykonania planu leczenia. Polega on na wykonaniu badania TK określonego rejonu ciała, żeby precyzyjnie określić obszar do naświetlań. Następnie obrazy te są przysyłane do specjalnego programu planowania, w którym radioterapeuta onkolog wyznacza obszar guza i ew. węzłów chłonnych, które chce napromienić oraz zaznacza te narządy, które chce ochronić. Dodatkowo lekarz wyznacza dawki promieniowania. Następnie fizyk medyczny dobiera wiązki promieniowania, aby podać odpowiednią dawkę na guz i ochronić przy tym zdrowe tkanki. Plan leczenia jest potem sprawdzany przez dwóch lekarzy specjalistów i dopiero wtedy pacjent może przystąpić do radioterapii.

8.3. Leczenie systemowe

Obejmuje metody leczenia działające w zakresie całego organizmu. Główne metody to chemioterapia i leczenie celowane oraz łączenie tych metod. Przed decyzją o leczeniu systemowym zaplanowana zostanie pierwsza wizyta w Poradni Onkologicznej. Ważne jest odpowiednie przygotowanie na wizytę. Należy wykonać kserokopię dokumentacji medycznej dotyczącej rozpoznania i dotychczas przeprowadzonego leczenia z powodu raka płuca.

Należy zabrać pozostałą dokumentację medyczną dotyczącą innych leczonych chorób. W dniu konsultacji należy zgłosić się do Rejestracji Poradni Onkologicznej na parterze w budynku L.

Przed wizytą lekarską zebrany zostanie wywiad, a w Gabinetce Wywiadów Lekarskich (gabinet nr 20) przygotowana zostanie dokumentacja medyczna. Następnie, pacjent kierowany jest na wizytę i konsultację lekarską.



Uwaga! Na stronie nr 18 znajdują się pytania do wywiadu lekarskiego, na które pacjent powinien udzielić odpowiedzi w formie pisemnej, dostarczyć na wizytę oraz przekazać w gabinecie nr 20.

8.3.1. Chemioterapia (CHT)

Ta forma leczenia działa poprzez zaburzenie wzrostu oraz podziału komórki nowotworowej. Jednak z uwagi na jej nieselektywny charakter może uszkadzać także zdrowe komórki w organizmie i powodować działania niepożądane.

Chemioterapię można podać przed zabiegiem operacyjnym w ramach leczenia indukcyjnego (leczenie początkowe stosowane w celu zmniejszenia guza) lub po zabiegu jako leczenie uzupełniające. U wybranej grupy chorych można rozważyć zastosowanie jednoczasowej radiochemioterapii, która zwiększa odsetek odpowiedzi na leczenie jednak odznacza się większą toksycznością. Ponadto w przypadku choroby rozlanej stosuje się chemioterapię paliatywną w celu poprawy jakości życia, kontroli objawów choroby oraz wydłużenia przeżycia.

Skutki uboczne chemioterapii różnią się w zależności od stosowanych leków, dawek oraz rytmu podawania. Pacjenci, którzy otrzymują kombinację różnych leków mogą mieć więcej działań niepożądanych niż ci, którzy otrzymują chemioterapię jednoskładnikową.

Do głównych działań niepożądanych chemioterapii zalicza się: osłabienie, nudności, wymioty, biegunki, wypadanie włosów, uszkodzenie układu krwiotwórczego, obniżenie liczby neutrofilii, co w konsekwencji może prowadzić do zwiększenia ryzyka infekcji, zaburzenia funkcjonowania innych narządów np. wątroby, nerek. Ponadto mogą wystąpić odczyny uczuleniowe, chemioterapia może niekorzystnie wpływać na płodność, powodować bolesność lub owrzodzenie jamy ustnej, nadwrażliwość skóry na światło słoneczne (należy unikać nadmiernej ekspozycji na światło słoneczne). Dodatkowo może wystąpić zespół ręk-

ka-stopa (nazywany również rumieniem dłoniowo-podeszwowym): skóra dłoni i na podszewkach stóp staje się czerwona i bolesna, a także może się łuszczyć, obserwuje się nadmierne pocenie oraz łzawienie, kurczowe bóle brzucha, drętwienie warg, dłoni lub stóp oraz polineuropatię obwodową, czyli mrowienie (parestezje) dłoni lub stóp, nadwrażliwość na zimno (po oksaliplatynie).

Najpoważniejszym powikłaniem jest wystąpienie gorączki neutropenicznej, czyli wystąpienie temperatury > 38 st. C ok. 7-10 dni po chemioterapii, gdy ilość ciałek odpornościowych (leukocytów oraz neutrofilii) jest najniższa (tzw. nadir). Niezwykle istotne jest wtedy wykonanie morfologii krwi oraz zgłoszenie się z wynikiem do swojego lekarza rodzinnego bądź onkologa celem rozważenia dalszego leczenia i ew. wdrożenia antybiotyko-

terapii. W Szpitalu istnieją dwa tryby otrzymywania chemioterapii – ambulatoryjny oraz stacjonarny. Chemioterapia w trybie ambulatoryjnym podawana jest w warunkach Dziennego Oddziału Chemioterapii (znajduje się on na parterze oraz na 1. piętrze w Budynku L) i wiąże się z możliwością powrotu pacjenta do domu. Dzień przed planowanym podaniem chemioterapii należy pobrać krew na badania, a w następnym dniu odbywa się wizyta u lekarza i podanie leku. Przed rozpoczęciem leczenia odbywa się wizyta przygotowująca u lekarza prowadzącego, w czasie której pacjent jest informowany o planowanym leczeniu, potencjalnych działaniach niepożądanych, otrzymuje ulotki informacyjne nt. leków oraz dokument zgody na chemioterapię. Ponadto chory jest mierzony oraz ważony, ponieważ dane te są niezbędne do ustalenia dawki większości leków. Pobyt w warunkach Oddziału Dziennego

zazwyczaj trwa kilka godzin i składa m. in. z czasu na przygotowanie leku w Pracowni Cytostatyków, jego podaniem dożylnym bądź wydaniem leków w formie tabletek. Leczenie w trybie stacjonarnym polega na podawaniu chemioterapii w Oddziale Onkologii Klinicznej i wiąże się z koniecznością hospitalizacji, która najczęściej trwa kilka dni. Chemioterapia odbywa się cyklicznie, a długość cyklu zależy od zastosowanego schematu leczenia np. co tydzień lub co dwa tygodnie. Ponadto w czasie leczenia onkologicznego pacjent ma regularnie wykonywane badania obrazowe (TK) celem okresowej oceny skuteczności terapii.

8.3.2. Port naczyniowy – zakładany w celu podawania chemioterapii i innych leków dożylnych

Port naczyniowy jest często wykorzystywaną drogą dostępu dożylnego u pacjentów leczonych onkologicznie. Stanowi wygodny i bezpieczny sposób prowadzenia długotrwałej chemioterapii w formie dożylnej, ponieważ minimalizuje dyskomfort związany z częstym nakłuwaniem żyły i jej kaniulacją. Szczególnie jest wskazany u pacjentów, u których nie ma możliwości podawania chemioterapii przez żyły obwodowe oraz u których przewiduje się długotrwałe leczenie.

Zabieg wykonuje lekarz anestezjolog w warunkach sali operacyjnej w trybie jednodniowym. Port jest wszczepiany pod skórę i składa się z komory połączonej z cewnikiem, który wprowadza się do żyły podobojczykowej lub szyjnej. Zbiornik podskórny umieszcza się w kieszonce utworzonej na mięśniu piersiowym większym, najczęściej w okolicy podobojczykowej prawej. Następnie dostęp do zbiornika uzyskuje się za pomocą specjalnej igły. Po wykonanym zabiegu pacjent ma wykonywane RTG klatki piersiowej celem zweryfikowania ułożenia portu wraz cewnikiem. Przed wykonaniem zabiegu konieczne jest posiadanie aktualnych badań krwi: morfologii, APTT i PT/INR. Chory powinien być dobrze nawodniony w celu ułatwienia wykonania zabiegu. W tym dniu należy się powstrzymać od jedzenia, natomiast do 2 godzin przed zabiegiem można pić czystą wodę. Z uwagi na obecność wewnątrznaczyniowego ciała obcego z bezpośrednią komunikacją ze środowiskiem zewnętrznym zwiększa się ryzyko zakażenia tego miejsca. Infekcje są najczęstszym powikłaniem u chorych na nowotwór z obecnymi na stałe portem naczyniowym, stąd konieczność zachowania ścisłej higieny tej okolicy.



Implantacja portu naczyniowego odbywa się w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii tut. szpitala. W sprawie ustalenia terminu zabiegu zalecamy kontakt z Kierownikiem Oddziału pod nr tel. 68 32 96 347 lub z Dyżurką Pielęgniarską pod nr tel. 68 32 96 351. Ponadto istnieje możliwość wszczepienia portu naczyniowego w Klinice Wiśniowej, ul. Anielli Krzywoń 2. Terminu założenia portu naczyniowego ustala się z panią Małgorzatą Rejman pod nr tel. 602 130 069.

8.3.3. Leki ukierunkowane molekularnie i antyangiogenne

To rodzaj leczenia wykorzystującego specjalnie opracowane substancje lecznicze mające na celu zaburzanie wzrostu komórek nowotworowych. Przed zastosowaniem tych leków niezbędne jest profilowanie molekularne guza, czyli oznaczenie stanu genów RAS (KRAS, NRAS) i BRAF, co ułatwia dobór odpowiedniego leczenia skojarzonego. U chorych z prawidłowym stanem genów RAS i BRAF (nieobecność mutacji), co dotyczy około 40% chorych, rekomendowanym leczeniem są przeciwciała anty-EGFR (skierowane przeciwko receptorom naskórkowego czynnika wzrostu), czyli cetuksymab i panitumumab. W zależności od linii leczenia wymienione leki mogą być stosowane w skojarzeniu z chemioterapią lub samodzielnie. U właściwie kwalifikowanych chorych dołączenie przeciwciał anty-EGFR do chemioterapii umożliwia bardziej skuteczne leczenie niż stosowanie wyłącznie chemioterapii. Chorzy z zaburzeniem stanu genów RAS (obecność mutacji) mogą otrzymywać wyłącznie chemioterapię lub w połączeniu z przeciwciałem z antyangiogennym (hamującym tworzenie naczyń krwionośnych w guzie), którym jest bewacyzumab. W związku z opisanymi możliwościami terapii spersonalizowanej raka jelita grubego niezwykle ważne jest oznaczenia stanu genów RAS i BRAF na etapie diagnostyki choroby.

Bewacyzumab to przeciwciało monoklonalne, które wiąże się z czynnikiem wzrostu śródbłonna naczyń (VEGF) i hamuje wzrost naczyń krwionośnych. Komórki raka jelita grube-

go produkują duże ilości tego czynnika, dzięki czemu są tworzone nowe naczynia krwionośne w guzie i jego otoczeniu, co umożliwia jego odżywianie. Lek, poprzez zablokowanie aktywności VEGF, zmniejsza unaczynienie nowotworu, co w konsekwencji prowadzi do hamowania jego wzrostu.

Cetuksymab i panitumumab to również są przeciwciała monoklonalne, które blokują receptor naskórkowego czynnika wzrostu (EGFR). Struktura ta jest obecna na powierzchni wszystkich zdrowych komórek, która wspomaga ich rozwój. Komórki raka jelita grubego charakteryzują się obecnością dużej liczby EGFR na swojej powierzchni, a cetuksymab lub panitumumab, wiążąc się z tym czynnikiem, zaburzają wzrost komórek nowotworowych i przyczyniają się do ich obumierania.

Aflibercept jest rekombinowanym białkiem fuzyjnym, które hamuje wzrost naczyń krwionośnych w guzie. Stosowany jest w skojarzeniu ze schematem FOLFIRI u pacjentów, którzy otrzymywali już leczenie zawierające oksaliplatynę.

Regorafenib jest doustnym lekiem celowanym, inhibitorem wielu kinaz. Działa na receptorowe kinazy tyrozynowe, powierzchniowe receptory komórkowe o dużym powinowactwie, które odgrywają kluczową rolę w regulacji prawidłowych procesów komórkowych, ale także bardzo ważną rolę w rozwoju i progresji guzów nowotworowych. W Polsce terapia tym lekiem jest nierefundowana.

8.3.4. Immunoterapia

To nowa metoda leczenia w raku jelita grubego, nad którą toczą się obecnie badania kliniczne. Częściej jest wykorzystywana w leczeniu innych nowotworów np. raka płuca, czerniaka czy raka nerki. Polega na stosowaniu przeciwciał monoklonalnych, które odblokowują mechanizmy obronne układu odpornościowego pacjenta. Dzięki wzmocnionej odpowiedzi komórek układu immunologicznego organizm potrafi skuteczniej zwalczać nowotwór.

W raku jelita grubego ta terapia ma potwierdzoną wartość u chorych, których komórki guza wykazywały cechy niestabilności mikrosatelitarnej (MSI) lub występowały zaburzenia czynności genów naprawy DNA. W badaniu II fazy (badania klinicznej ten fazy oceniają skuteczność i bezpieczeństwo leku oraz określają jego optymalną dawkę), bez grupy kontrolnej wykazano, że immunoterapia pembrolizumabem lub niwolumabem, a także niwolumabem z ipilimumabem umożliwia uzyskanie obiektywnych odpowiedzi na leczenie. Obecnie ta metoda leczenia jest w Polsce nierefundowana.

9. Wsparcie psychologiczne

Często diagnoza oraz leczenie choroby nowotworowej potrafi emocjonalnie przytłaczać. Jeśli chorzy czują niepokój lub mają obniżony nastrój to lekarz lub pielęgniarka mogą go skierować na konsultację do psychologa, który ma doświadczenie w radzeniu sobie z problemami emocjonalnymi pacjentów chorujących na nowotwór. Pomocne może być również dołączenie do grupy wsparcia, aby móc porozmawiać z innymi osobami, które mają podobne doświadczenia.

U osób, u których wyłoniono kolostomię mogą wystąpić podrażnienia skóry w jej pobliżu. Lekarz, pielęgniarka lub specjaliści od enterostomii uczą jak oczyszczać ten obszar, aby unikać podrażnień oraz infekcji. Często tego typu specjalista odwiedza pacjentów przed operacją, aby powiedzieć, czego pacjent może się spodziewać.

Do psychologa można się umówić w Rejestracji Poradni Onkologicznej bądź dzwonić pod numer telefonu Call Center – (68) 32 96 200. Na konsultację psychologiczną nie jest wymagane skierowanie.

10. Wsparcie dietetyczne

Na terenie Poradni Onkologicznej istnieje możliwość konsultacji w ramach Poradni Dietetycznej. Konsultacja jest szczególnie zalecana dla pacjentów, u których występują trudności w przyjmowaniu pokarmów oraz występuje utrata > 5% masy ciała. Poradnia jest czynna we wtorki i czwartki w godzinach 9:00–11:00. Rejestracja odbywa się pod numerem telefonu Call Center – (68) 32 96 200. W gabinecie Poradni przyjmuje doktor Izabella Kołakowska – Kocz oraz magister Katarzyna Gawłowicz.

11. Obserwacja po leczeniu

Pacjenci, którzy ukończyli leczenie są zazwyczaj obserwowani w Poradni Onkologicznej. W ramach kontroli mają regularnie wykonywane badania obrazowe, aby w razie nawrotu choroby móc rozpocząć kolejną linię leczenia.

12. Ważne telefony i miejsca wykonywania poszczególnych badań

Telefon do koordynatora do spraw leczenia onkologicznego
Pani Aleksandra Kita i Pani Magdalena Janczak

(68) 3296 597, 730 711 718

Zakład Diagnostyki Obrazowej
Budynek C, Piętro 0, -1 (Badanie RTG kl. piersiowej, TK i MR)

Tomografii Komputerowej i Rezonansu Magnetycznego

Rejestracja: (68) 3296 330

USG jamy brzusznej, USG piersi, RTG

Rejestracja: (68) 3296 330

Zakład Patomorfologii – Budynek O, Piętro 0,1

Rejestracja: (68) 32 96 338

Poradnia Onkologiczna – Budynek L, Piętro 0

Rejestracja: (68) 329 65 32

Poradnia Radioterapii – Budynek L, Piętro 0

Rejestracja: (68) 329 65 32

Poradnia Chirurgii Onkologicznej – Budynek L, Piętro 0

Rejestracja: (68) 329 65 32

Poradnie Przychodnia – ul. Podgórna 46C

Poradnia Kardiologiczna, USG serca – Budynek U, Piętro 1

Rejestracja: (68) 329 62 00

Centralna Endoskopia – Budynek C, Piętro 1

Rejestracja: (68) 329 62 78

Pracownia Biopsji Aspiracyjnej Cienkoigłowej (BAC) – Budynek U

Rejestracja: (68) 329 65 09

13. Ważne telefony do Oddziałów szpitalnych

Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej – Budynek C, Piętro 1

tel. 68 329 63 65

Kliniczny Oddział Radioterapii i Zakład Radioterapii – Budynek U/R, Piętro 3/0

tel. 68 329 64 97

Kliniczny Oddział Onkologii – Budynek L, Piętro 1

tel. 68 329 65 31

Kliniczny Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii – Budynek B, Piętro 1

tel. 68 329 63 52

14. Przyjęcie do klinicznego oddziału onkologii

1. Proszę zgłosić się w dniu do Izby Przyjęć Ginekologiczno – Położniczej w budynku L o godzinie 07.30 – 08.00. Następnie proszę zgłosić się na II piętro i usiąść na korytarzu przed wejściem do Klinicznego Oddziału Onkologii. **UWAGA! Przed przyjęciem planowana jest ocena przez konsylium lekarskie i wówczas zostanie podjęta decyzja o przyjęciu do Klinicznego Oddziału Onkologii.** W uzasadnionym przypadku może Pan(i) nie zostać przyjęta do oddziału, dlatego należy zabezpieczyć możliwość powrotu do domu.
2. Do przyjęcia proszę zabrać całą dokumentację medyczną dotyczącą leczenia rozpoznanego nowotworu oraz dokumentację medyczną dotyczącą leczenia innych chorób (np. zawału mięśnia sercowego, cukrzycy, udaru mózgu, wykonanych zabiegów operacyjnych).
3. Do przyjęcia proszę zabrać ze sobą leki (**UWAGA! Konieczne jest zabranie leków w opakowaniach, nie należy zabierać tabletek bez opakowań**), które pobiera Pan(i) na stałe z powodu chorób innych niż rozpoznana choroba nowotworowa (np. na nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, leki pobierane po zawale mięśnia sercowego, leki przeciwbólowe, nasenne i inne pobierane leki).

Proszę wypełnić druk dotyczący pobieranych leków własnych zgodnie ze wzorem z tyłu kartki. Druk należy oddać lekarzowi prowadzącemu w dniu przyjęcia.

4. W przypadku konieczności zmiany terminu przyjęcia do Klinicznego Oddziału Onkologii zostanie Pan(i) poinformowana telefonicznie w dniu poprzedzającym przyjęcie w godzinach od 13.00 do 15.00. Prosimy o odbieranie telefonu oraz o oddzwonienie na numer telefonu do sekretariatu: 68 32 96 527.
5. Prosimy również o zabranie: przedmiotów osobistych, przybory toaletowe (mydło, szampon, ręczniki, pasta i szczoteczka do zębów, papier toaletowy, przybory do golenia), piżama, bielizna osobista na każdy dzień pobytu, szlafrok, kapcie i klapki pod prysznic, talerzyk, kubek, sztućce).



Uwaga! Na odwrocie znajduje się wzór wypełnienia leków własnych.

15. Pytania do wywiadu lekarskiego

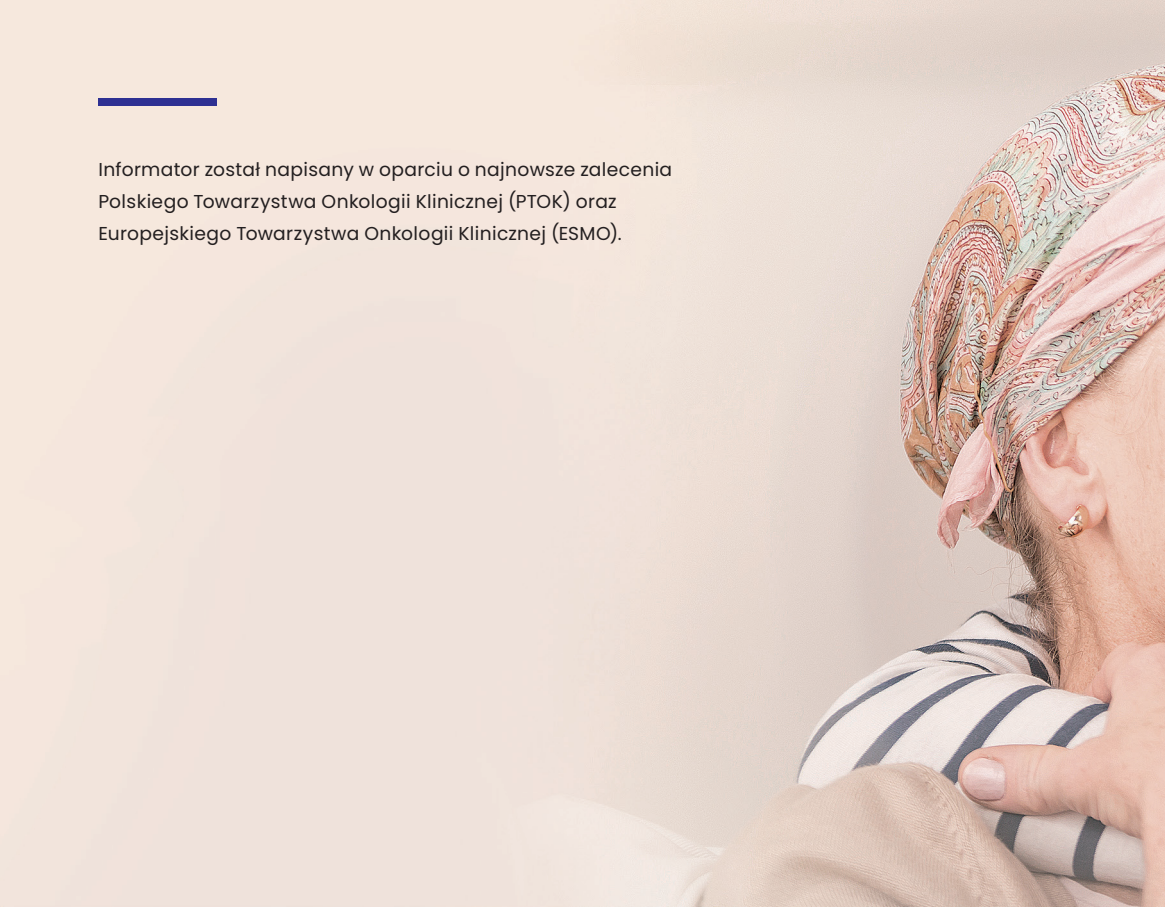
1. Obecne dolegliwości/czy nastąpiła utrata masy ciała? (np. w ciągu ostatnich 3–6 miesięcy ile kilogramów Pan/Pani schudł/a?):
2. Dolegliwości bólowe:
3. Choroby towarzyszące/zabiegi operacyjne/pobyty w szpitalu:
4. Przyjmowane leki:
5. Uczulenia:
6. Wywiad rodzinny (pod kątem obecności chorób nowotworowych):
7. Używki:
8. Palenie tytoniu (ile lat? ile sztuk na dobę?):
9. Spożywanie alkoholu (ilość alkoholu wypijanego w ciągu tygodnia?):
10. Przyjmowanie suplementów diety:
11. Masa ciała:
12. Wzrost:

U kobiet dodatkowo wywiad ginekologiczny:

1. Pierwsza miesiączka (PM) w którym roku życia?
2. Ostatnia miesiączka (OM)?
3. Ilość ciąż:
4. Ilość porodów:
5. Pierwszy poród odbył się w którym roku życia?
6. Karmienie piersią przez jak długi czas?
7. Operacje ginekologiczne?
8. Antykoncepcja doustna?
9. Hormonalna terapia zastępcza?
10. Ostatnia wizyta u ginekologa?



Informator został napisany w oparciu o najnowsze zalecenia
Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (PTOK) oraz
Europejskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (ESMO).



BB-PL
INTERREG V A
2014-2020

„Redukować bariery – wspólnie wykorzystywać silne strony /
Barrieren reduzieren – gemeinsame Stärken nutzen“



Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego