

Otwock, dn. 25 września 2024r.

## Informacja prasowa

### GDY RAK JELITA GRUBEGO DAJE PRZERZUTY

**Wątroba to ten narząd, w którym przerzuty raka jelita grubego powstają najczęściej. W każdym przypadku, kiedy jesteśmy w stanie wyciąć przerzuty z raka jelita grubego do wątroby, powinniśmy to zrobić. Dlatego, że to daje największe korzyści, jeśli chodzi o przeżycie. Inną z metod leczenia przerzutów do wątroby jest termoablacja.**

W Polsce rak jelita grubego wykrywany jest u blisko 20 000 osób rocznie. Niestety, aż 65% przypadków diagnozujemy w III lub IV stadium choroby, kiedy jest już zaawansowana i dała przerzuty do węzłów chłonnych lub przerzuty odległe. Konsekwencją zbyt późnej diagnozy jest wciąż wysoka śmiertelność. Rocznie w Polsce umiera 12 000 osób. *Warto podkreślić, że rak jelita grubego zdiagnozowany w I stadium rozwoju choroby daje niemal 100% wyleczalność. Dlatego wciąż zachęcamy do prowadzenia zdrowego stylu życia i zgłaszania się na kolonoskopię w ramach Programu Badań Przesiewowych w kierunku Raka Jelita Grubego prowadzonego przez Narodowy Fundusz Zdrowia.* - wyjaśnia Iga Rawicka, Prezes Fundacji EuropaColon Polska.

We wrześniu działania Fundacji koncentrują się jednak na działaniach edukacyjnych skierowanych do pacjentów z rakiem jelita grubego z przerzutami w ramach już IV edycji organizowanej przez Fundację EuropaColon Polska kampanii „**NIE MIEJ TEGO GDZIEŚ – WSZYSTKO NA TEMAT RAKA JELITA GRUBEGO**”. 25. września obchodzony jest bowiem Światowy Dzień Przerzutowego Raka Jelita Grubego.

*O przerzutach mówimy, gdy komórki nowotworowe przedostają się z ogniska pierwotnego do innych narządów. W raku jelita grubego to przede wszystkim wątroba i płuca, ale zdarzają się również inne lokalizacje. Przerzuty pojawiają się u około 50% pacjentów. – wyjaśnia dr n. med. Leszek Kraj, onkolog kliniczny z Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, i dodaje - W pierwszej kolejności po stwierdzeniu przerzutów zaczynamy od leczenia miejscowego, czyli leczenia chirurgicznego, radioterapii lub coraz częściej stosowanej radiologii zabiegowej, tzw. radiologii interwencyjnej. Celem leczenia jest dosłownie fizyczne usunięcie zmiany nowotworowej. W kolejnych etapach mamy do dyspozycji klasyczną chemioterapię, a następnie wprowadzamy leczenie personalizowane, w ramach którego dobieramy leczenie zarówno do samego pacjenta (jego preferencji, stanu ogólnego), jak i do profilu molekularnego samego nowotworu. W Polsce dysponujemy 4 liniami leczenia raka jelita grubego, w tym immunoterapią dla pacjentów z niestabilnością satelitarną. W przypadku rzadkich zaburzeń molekularnych mamy dostęp do leczenia w ramach procedury RDTL. Te wszystkie opcje terapeutyczne powodują, że dziś nawet przerzutowego raka jelita grubego możemy leczyć w sposób przewlekły, dając pacjentom szanse na dłuższe życie.*

Prof. dr n. med. Michał Grąt, chirurg transplantolog, kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego zapewnia, że zawsze u chorych, którzy zgłaszają się z przerzutami raka jelita grubego do wątroby, myślimy nawet o potencjalnym wyleczeniu z choroby nowotworowej. Możemy obecnie łączyć metody operacyjne z nieoperacyjnymi, np. metodami miejscowego zniszczenia zmian (termoablacji), które powinny być prowadzone w porozumieniu z onkologami w ramach zespołu interdyscyplinarnego.

Jesteśmy w stanie wykonywać operacje od małych wycięć fragmentów wątroby razem z przerzutami, do bardzo rozległych resekcji wątroby, czyli usunięcia części wątroby tam, gdzie znajdują się ogniska nowotworowe, tak, żeby zapewnić choremu jak najlepsze wyniki i jak najdłuższe przeżycie. Rozległe operacje, które kiedyś były obciążone bardzo dużym ryzykiem śmiertelności w okresie okołoperacyjnym i ryzykiem powikłań staramy się zastąpić operacjami mniej inwazyjnymi drogą laparoskopową - „przez dziurkę od klucza”. Potrafimy na podstawie badań obrazowych ocenić stan wątroby i odpowiednio zaplanować operację. Jednak zawsze kwalifikując chorego do operacji z powodu przerzutów raka jelita grubego, oceniamy bilans korzyści i strat. Kiedyś przeszczepienie wątroby z powodu przerzutów raka jelita grubego było uznawane za niemożliwe czy niewskazane, przerzuty były bezwzględnym przeciwwskazaniem do transplantacji. Dziś możemy części pacjentom, u których resekcja wątroby nie jest możliwa, zaproponować transplantację wątroby, gdy uda nam się przy pomocy leczenia systemowego, czyli podawania chemioterapii, uzyskać stabilizację choroby. Tych chorych jesteśmy w stanie zakwalifikować do transplantacji wątroby z bardzo dobrymi wynikami odległymi, nieporównywalnymi do tych, które uzyskalibyśmy kontynuując jedynie leczenie systemowe.

Inną z metod leczenia przerzutów do wątroby jest termoablacja. Polega na niszczeniu nowotworów za pomocą wysokiej temperatury. Zabieg wykonuje się przezskórnie, nakłuwając zmianę igłą pod kontrolą tomografii komputerowej, ultrasonografii, czasem rezonansu. Na końcu igły wytwarzana jest wysoka temperatura, dzięki której niszczymy komórki nowotworowe i tylko niewielki margines zdrowej tkanki wokół. Dzięki temu oszczędzamy wątrobę na wypadek nawrotu choroby. To bezpieczna metoda z dużą skutecznością i niewielkim odsetkiem powikłań. Stosujemy ją coraz częściej, szczególnie u pacjentów obciążonych i starszych, u których spodziewamy się, że będą kolejne przerzuty w przyszłości. A możemy spodziewać się ich u 50-60% pacjentów w tym samym miejscu na wątrobie lub powstaną na niej nowe zmiany przerzutowe. – wyjaśnia radiolog interwencyjny, dr n. med. Grzegorz Rosiak z Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Dziś już wiemy, że leczenie za pomocą termoablacji jest równie skuteczne, jak resekcja guzów, przy czym termoablacja jest zabiegiem bezpieczniejszym. U pacjentów z przerzutami do wątroby musimy ją oszczędzać, a termoablacja jest metodą, która na to pozwala. Do tej metody kwalifikują się pacjenci z małą ilością (do 5 sztuk) niewielkich guzów. Co ważne, jest to metoda powtarzalna. Termoablację można stosować również w przypadku przerzutów raka jelita grubego do płuc. Jednak metoda ta jest wciąż nierefundowana w Polsce. Choć mamy nadzieję, że to jednak wkrótce się zmieni.

Tym razem nasz specjalny wyświetlacz ledowy, na którym prezentowane są treści edukacyjne powstałe w ramach kampanii „**Nie Miej Tego Gdzieś**”, przeznaczone dla pacjentów z rakiem jelita grubego, będzie można zobaczyć w Centralnym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Warszawskiego przy ul. Banacha 1A. Dzięki wykorzystaniu kodu QR można przenieść się na stronę internetową kampanii „**Nie Miej Tego Gdzieś**”, gdzie zostały umieszczone materiały wideo z udziałem ekspertów zajmujących się leczeniem przerzutowego raka jelita grubego z CSK UW.

Więcej szczegółów na temat samej kampanii i materiały edukacyjne można znaleźć na poświęconej tej kampanii stronie: <http://niemiejtegodzies.pl/>

Partnerem kampanii jest firma **Pierre Fabre Medicament**. Patronat nad kampanią objęły: Polskie Towarzystwo Onkologiczne, Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej, Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej oraz Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej. Patronat medialny objęły: Poradnik Zdrowia, Medexpress, Służba Zdrowia, Rynek Zdrowia, mZdrowie, Co w Zdrowiu, ISBZdrowie, MedKurier i Zwrotnik Raka.

**Fundacja EuropaColon Polska** działa już siedem lat. Jest członkiem wielu międzynarodowych organizacji pacjentów, w tym Digestive Cancers Europe. Celem działań Fundacji jest przede wszystkim zwiększenie świadomości społecznej na temat nowotworów przewodu pokarmowego ze szczególnym uwzględnieniem raka jelita grubego. Podstawowym celem Fundacji jest promowanie profilaktyki, wczesnego wykrywania i właściwego leczenia nowoczesnymi i skutecznymi metodami terapeutycznymi w celu poprawy jakości życia pacjentów onkologicznych i pomoc w powrocie do zdrowia.

Więcej informacji o fundacji: <https://europacolompolska.pl/>

Kontakt dla mediów Iga Rawicka [iga@europacolompolska.pl](mailto:iga@europacolompolska.pl); tel.: 600 600 166