

Rak jelita grubego to nie wyrok

– Jest rok 1989. Trafiam do szpitala z powodu silnych bólów brzucha i częstych biegunek. Pojawia się kilka błędnych diagnoz, aż wreszcie słyszę – rak jelita grubego. Mam 32 lata i 3-letnią córeczkę. Długo nie mogłam zrozumieć, uwierzyć, przyjąć do wiadomości, że choruję, że prawdopodobnie trzeba będzie wytonić stomię. Nie miałam pojęcia, że czeka mnie cały wachlarz powikłań pooperacyjnych, wszystkie możliwe przetoki, zrosty i cały szereg eksperymentów. W tamtym okresie nie było innowacyjnych metod, a każdy przypadek musiał być traktowany indywidualnie. W sumie kilka operacji i prawie dwa lata pobytu w szpitalach. No i cały czas walka, żeby grać główną rolę we własnym życiu – wspomina pani Jola, którą spotykam w siedzibie Oddziału Regionalnego Polskiego Towarzystwa Stomijnego POL-ILKO w Szczecinie.

Rak jelita grubego to podstępna choroba, która we wczesnym stadium rozwoju nie daje żadnych objawów. Na jej zdiagnozowanie jest jednak sporo czasu – nowotwór rozwija się przez wiele lat z łagodnych zmian, najczęściej polipów. Niestety w Polsce pacjenci zgłaszają się do lekarza zbyt późno.

Co roku ponad 18 tys. Polaków słyszy z ust lekarza diagnozę – rak jelita grubego.

W ciągu ostatnich 35 lat nastąpił prawie 4-krotny wzrost liczby zachorowań u mężczyzn i około 3-krotny u kobiet.

Chorują najczęściej osoby po 50. r.ż. (ponad 90%), przy czym 75% rozpoznań dotyczy osób po 60. r.ż.

Z uwagi na wzrost przeciętnej długości życia oraz zwiększanie się odsetka osób w podeszłym wieku, prognozuje się dalszy przyrost zachorowań na tę chorobę.

– Każdy przeżywa chorobę na swój sposób – stwierdza pani Jola. – Ja wiedziałam, że zostało mi to jedno, to najważniejsze – rodzina, córeczka, przyjaciele. Ich pomoc podczas moich nieobecności była nie do przecenienia. Po ponad 30 latach mogę powiedzieć, że akceptuję swoją stomię, ale nigdy jej nie polubię.

Stomia (przetoka sztucznie wytworzona) w tym przypadku jest to połączenie jelita grubego z powłoką jamy brzusznej – wyjaśnia prof. dr hab. n. med. Józef Kładny,

kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej PUM w Szczecinie. Wyłonienie stomii umożliwia pacjentowi pozbywanie się treści jelita na zewnątrz (do specjalnych woreczków, które pacjent przymocowuje do skóry) w przypadku, gdy w naturalny sposób jest to niemożliwe.

Najczęstszą przyczyną stomii jest rak jelita grubego, jednak jej wyłonienie mogą powodować również inne schorzenia, np. wady rozwojowe, urazy lub powikłania w przypadku chorób brzucha, rak odbytu.

– W zależności od wielkości guza i jego lokalizacji, zmiana usuwana jest z odpowiednim fragmentem zdrowego jelita oraz, zazwyczaj, okolicznymi węzłami chłonnymi.



Prof. dr hab. n. med. Józef Kładny, kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej PUM w Szczecinie. Fot. S.Wotosz

Najczęstszą przyczyną stomii jest rak jelita grubego, jednak jej wyłonienie mogą powodować również inne schorzenia, np. wady rozwojowe, urazy lub powikłania w przypadku chorób brzucha, rak odbytu.

Często w czasie operacji możliwe jest zszycie (zspolenie) ze sobą pozostałych fragmentów jelita, dzięki czemu dla pacjentów operacja nie wiąże się z pogorszeniem komfortu życia. Zdarza się jednak, że zszycie nie jest możliwe – wtedy właśnie wyłania się tzw. „sztuczny odbyt”, czyli stomię. Kiedy chirurg wykona w czasie operacji ujście dla jelita cienkiego, wówczas mamy do czynienia z ileostomią, a w przypadku wyłonienia dróg moczowych – urostomią. Zdarzają się pacjenci, którzy mają dwa rodzaje stomii jednocześnie. Jeśli przetoka jest właściwie wykonana, zaopatrzona w odpowiednio dobrany sprzęt, a osoby posiadające ją przystosowały się fizycznie i psychicznie, to po operacji żyją normalnie. Stomia to nie choroba, ale zmiana w anatomii ciała – kończy swój wywód prof. Józef Kładny.

– Dużo mnie kosztowało, aby uporać się z tą traumą – mówi pan Marek, który przysłuchiwał się mojej rozmowie z panią Jolą. – Problem tkwi w głowie. Długo

musiałem uczyć się obsługi worków. Przez pierwsze tygodnie pomagała mi pielęgniarka stomijna. Mimo to bardzo stresowałem się przed jej wizytą. Wstydziłem się. Czułem się tak, jakby przyszła mnie przewinać. Miałem wyrzuty sumienia, że sobie nie radzę. Dopiero kiedy zacząłem stosować worki z filtrem węglowym, które pochłaniają nieprzyjemne zapachy, poczułem się pewnie.

– Czy rak jelita grubego to wyrok? – pytam prof. Józefa Kładnego.

– Rokowanie zależy od stopnia zaawansowania zmiany w chwili postawienia diagnozy. Im wcześniej zostanie rozpoznana, tym lepiej. Początkowe stadia rozwoju raka mogą mieć lokalizację miejscową, ograniczoną jedynie do błony śluzowej. Przy podjęciu odpowiedniego leczenia i dalszego nadzoru, odsetek 5-letnich przeżyć wynosi 100%. Można więc stwierdzić, że rak zostaje wyleczony. Niestety, taka sytuacja zdarza się rzadko. Zazwyczaj spotykamy guzy zajmujące całą grubość ściany jelita z obecnością naciekania sąsiednich struktur i przerzutami do węzłów chłonnych. W tym przypadku rokowanie bywa dużo gorsze, a sam proces leczenia jest bardziej złożony i wymaga nie tylko chirurgicznej interwencji, ale także uzupełniającej chemioterapii, a w niektórych

przypadkach (szczególnie raka odbytnicy) radioterapii.

– Kto jest narażony na to schorzenie?

– Nie potrafimy jednoznacznie wskazać konkretnych osób zagrożonych tą chorobą, niemniej dzisiejszy poziom wiedzy i doświadczenia pozwala wyodrębnić pewne grupy ryzyka: przede wszystkim osoby z dodatnim wywiadem rodzinnym oraz osoby z mutacjami pojedynczych genów. Niestety, nadal jest to zbyt mało, by zidentyfikować wszystkich zagrożonych, a pamiętać należy, że około 75% zachorowań

Stomia to nie choroba,
ale zmiana w anatomii ciała

to raki sporadyczne. Kolejną niezmiernie ważną informacją jest fakt, iż większość raków wywodzi się z gruczołów, a te z kolei w początkowej fazie są po prostu polipami. Tylko wczesne wykrycie i usunięcie polipów może uchronić przed rozwojem raka.

– W jakim wieku należy więc zacząć profilaktyczne badania i jakie?

– Biorąc pod uwagę z jednej strony różnorodność proponowanych badań, z drugiej strony zaś pamiętając o ich niedoskonałościach, warto skupić się na tym, co najlepsze i rzeczywiście dające możliwości nie tylko wczesnego wykrycia zmiany przednowotwo-

rowej, czyli polipa, ale także jej usunięcia, a więc wyleczenia. Takim badaniem jest oczywiście kolonoskopia.

Program Badań Przesiewowych raka jelita grubego adresowany jest do osób w wieku 55 - 64 r. ż. Udział w badaniu mogą wziąć osoby, które otrzymały zaproszenie.

Osoby, które nie otrzymały zaproszenia, mogą się poddać badaniu profilaktycznemu (w ramach tzw. „programu oportunistycznego”). Zgodnie z aktualnymi wytycznymi, stosowane są następujące kryteria:

- osoby w wieku 50–65 lat, niezależnie od wywiadu rodzinnego;
- osoby w wieku 40–49 lat, których krewny pierwszego stopnia miał zdiagnozowanego raka jelita grubego;
- osoby w wieku 25–49 lat, jeśli w rodzinie występuje zespół Lyncha (dziedziczny rak jelita grubego).

– Kolonoskopia budzi jednak strach w wśród pacjentów.

– To prawda – mówi prof. Kładny – ale w tym przypadku można ją potraktować jako badanie ratujące życie – przecież podczas kolonoskopii często usuwamy polipy, czyli stany przedrakowe. Samego badania nie należy się bać. Często mówię

pacjentom, że powinni raczej obawiać się niewykonania kolonoskopii w odpowiednim momencie, niż jej przeprowadzenia. Ryzyko wystąpienia raka jelita grubego jest zbyt duże. Dlatego nie należy się wzbraniać przed jedynym badaniem, które może je odpowiednio wcześniej wyeliminować.

– Mąż nie udźwignął mojej choroby. Odszedł po 5 latach małżeństwa – mówi mi pani Ania, którą również spotykam w siedzibie Oddziału Regionalnego Polskiego Towarzystwa Stomijnego POL-ILKO w Szczecinie.

– Między nami powstała bariera nie do przekroczenia. Jego odsunięcie się ode mnie jako kobiety spowodowało, że straciłam wiarę w swoją kobiecość, po prostu załamalam się. Wiem, że wielu stomików bez większych oporów uprawia seks z ukochaną osobą. Woreczek nie stanowi problemu. Jednak ja już nie rozbioreę się przed mężczyzną. To jest silniejsze ode mnie. Mnie choroba po prostu naznaczyła. Dopiero tu w Stowarzyszeniu stomicy nauczyli mnie z tym żyć, akceptować stomię.

Profilaktyczną kolonoskopię należy wykonać między 50 a 65 rokiem życia.

– Pamiętam pierwszą poradnię dla osób ze stomią. Sam ją zakładałem – wspomina prof. Józef Kładny.

– Mieściła się na Pomorzanach.

Niestety nie udało się nam na dłuższą metę połączyć pracy w szpitalu z dyżurami w poradni.

– Od lat nie ma w Szczecinie takiej poradni – mówi Jolanta Matalewska, prezes Oddziału Regionalnego Polskiego Towarzystwa Stomijnego POL-ILKO w Szczecinie. Ostatnia mieściła się przy ul. Piotra Skargi. Natomiast Stowarzyszenie powstało w 1992 roku i należy do jednego z najstarszych w Polsce – mówi pani Jolanta, która od 30 lat jest stomikiem, a od 12 prezesem Stowarzyszenia. – Na początku stanowiliśmy dużą grupę, ponad 100-osobową. Dzisiaj do Stowarzyszenia należy ponad 40 osób. Ludzie nadal wstydzą się swojej choroby. Młodzi wolą kontaktować się ze sobą na portalach społecznościowych. Posiadamy swój własny tzw. bank sprzętu stomijnego. Można przyjść i sobie wybrać. Nasza siedziba mieści się przy Al. Papieża Jana Pawła II 42 (wejście od ul. Śląskiej), na I piętrze. Można nas odwiedzać we wtorki i czwartki w godzinach 11.00-13.00. Można też skontaktować się mailowo: szczecin@poliko.pl. – Jesteśmy dla siebie terapeutami, psychologami, lekarzami, pielęgniarkami – dodaje.

Anna Kolmer