

Szanowni Państwo,

Optymalne leczenie chorych na raka jelita grubego w IV stopniu zaawansowania w teorii nie jest zagadnieniem złożonym. Zarówno rozpoznanie (kolonoskopia z pobraniem wycinków), jak i diagnostyka stopnia zaawansowania nie sprawiają trudności w zaplanowaniu. Chemioterapia stosowana w przypadku choroby przerzutowej może być prowadzona według wielu programów, ale „sekwencyjność“ i dostępność terapii układa nam dość proste scenariusze:

- zacząć od monoterapii fluropirymidyną (w przypadku chorych w średnim stopniu sprawności lub braku potrzeby pilnego postępowania objawowego);
- zacząć od irinotekanu, chcąc maksymalizować liczbę wykorzystywanych leków;
- zacząć od oksaliplatyny w przypadku braku resekcji ogniska pierwotnego lub przeciwwskazań do terapii antyangiogennej lub w przypadku pilnej konieczności działania objawowego;
- zacząć od terapii trójlekowej (FOLFIRINOX) przy bardzo wysokim ryzyku utraty kontroli choroby i dobrym stanie ogólnym (młodzi chorzy z mutacją genu *BRAF*) lub w związku z potrzebą indukcji szybkiej odpowiedzi na leczenie u chorych planowanych do resekcji przerzutów odległych;
- leczymy do osiągnięcia celu leczenia, progresji choroby lub nieakceptowalnej toksyczności, stosując co kilka miesięcy planowe przerwy w terapii;
- kolejne linie leczenia wynikają z poprzednio użytych programów chemioterapii oraz wyniku oceny biomarkerów (KRAS/NRAS).

Dodatkowo, jeśli informacje te uzupełnimy o fakt, że leczenie pacjentów z rakiem jelita grubego nie prowadzi do znacznej liczby powikłań bezpośrednich, można dojść do wniosku, iż jest to choroba, która nie powinna „spędzać snu z powiek“ onkologów klinicznych.

Jak się okazuje w ostatnich latach, ten relatywnie prosty obraz sposobu prowadzenia leczenia komplikuje się przez kilka zagadnień, co do których nie mamy danych pochodzących z badań klinicznych z losowym doborem chorych. Tych właśnie zagadnień dotyczą przedstawione w niniejszym wydaniu suplementu do pisma „Onkologia w Praktyce Klinicznej — Edukacja” trzy artykuły. Pan Prof. Paweł Nyckowski z zespołem współpracowników przedstawił swój warsztat, jakim jest resekcja przerzutów do wątroby. Znamy doskonale warsztat chirurgiczny autora i nie zdziwi Państwa, jak powiem, iż z równie doskonałą precyzją przygotował na potrzeby tego opracowania opis optymalnego sposobu postępowania u chorych z przerzutami ograniczonymi do wątroby. Pani Dr Barbara Radecka przedstawia punkt widzenia onkologa klinicznego nakierowany na współczesny trend, jakim jest próba maksymalizacji efektów terapii przez właściwy dobór sekwencji leczenia. Pan Prof. Andrzej Rutkowski przybliży problem resekcji ogniska pierwotnego w strategii leczenia pacjentów z zaawansowanym rakiem jelita grubego. Jest to doskonałe akademickie studium problemu utrzymane w bardzo czytelnej formie z propozycją gotowych algorytmów dla lekarzy praktyków.

Zapraszam Państwa do lektury niniejszego opracowania,
Prof. dr hab. n. med. Lucjan Wyrwicz

