WE ARE MACMILLAN. CANCER SUPPORT

Large bowel cancer: Polish

Rak jelita grubego

Niniejsza broszura zawiera informacje na temat sposobów diagnozowania i leczenia raka jelita grubego.

W języku polskim posiadamy także broszury informacyjne na temat chemioterapii, radioterapii, chirurgicznego leczenia nowotworów, skutków ubocznych leczenia raka, tego, jak osoby z chorobą nowotworową mogą sobie pomóc, przysługujących świadczeń oraz schyłku życia.

Mamy nadzieję, że niniejsza broszura zawiera wszystkie niezbędne informacje. Jeśli jednak pojawią się jakiekolwiek pytania, dodatkowe informacje można uzyskać od lekarza lub pielęgniarki w szpitalu, w którym odbywa się leczenie.

Dzięki pomocy naszych tłumaczy można porozmawiać na ten temat w języku polskim z naszymi specjalistami w dziedzinie onkologii. Można zadzwonić na bezpłatną infolinię wsparcia Macmillan dostępną pod numerem **0808 808 00 00**, która jest czynna od poniedziałku do piątku, w godzinach od 9.00 do 20.00. Osoby niedosłyszące mogą zadzwonić za pomocą telefonu tekstowego pod numer **0808 808 0121** lub skorzystać z usługi transmisji tekstu. Można też odwiedzić naszą witrynę internetową: **macmillan.org.uk**.

Niniejsza broszura porusza następujące tematy:

- Czym jest rak?
- Jelita
- Czynniki ryzyka i przyczyny raka
- Objawy
- Diagnozowanie raka jelita
- Klasyfikacja według stopni zaawansowania nowotworu i jego złośliwości
- Leczenie
- Badania kliniczne
- Badania kontrolne
- Odczucia pacjenta
- Więcej informacji w języku polskim

Czym jest rak?

Narządy i tkanki ciała ludzkiego zbudowane są z małych bloczków nazywanych komórkami. Rak to choroba tych komórek.

Pomimo że komórki w poszczególnych częściach ciała różnią się pomiędzy sobą, większość z nich regeneruje się i rozmnaża w ten sam sposób. Zazwyczaj dzieje się to w sposób uporządkowany. Jeśli jednak proces ten wymknie się spod kontroli, komórki nadal dzielą się i tworzą guz nazywany nowotworem.

Nie każdy nowotwór jest rakiem. Lekarze potrafią stwierdzić, czy nowotwór jest rakiem poprzez zbadanie pobranej z niego małej próbki tkanki lub komórek. Zabieg ten nazywany jest biopsją. Lekarz bada próbkę pod mikroskopem, aby sprawdzić, czy znajdują się w niej komórki rakowe.

Komórki nowotworu łagodnego (niezłośliwego) mogą się rozrastać, ale nie rozprzestrzeniają się na inne obszary organizmu. Zazwyczaj nowotwór stanowi problem tylko wówczas, jeśli uciska sąsiednie organy.

Komórki nowotworu złośliwego (raka) wrastają w sąsiednie tkanki. Niekiedy komórki rakowe przemieszczają się z miejsca, w którym pojawiły się po raz pierwszy (tzw. punkt wyjścia), do innych części ciała. Mogą to robić za pośrednictwem układu krwionośnego lub limfatycznego.

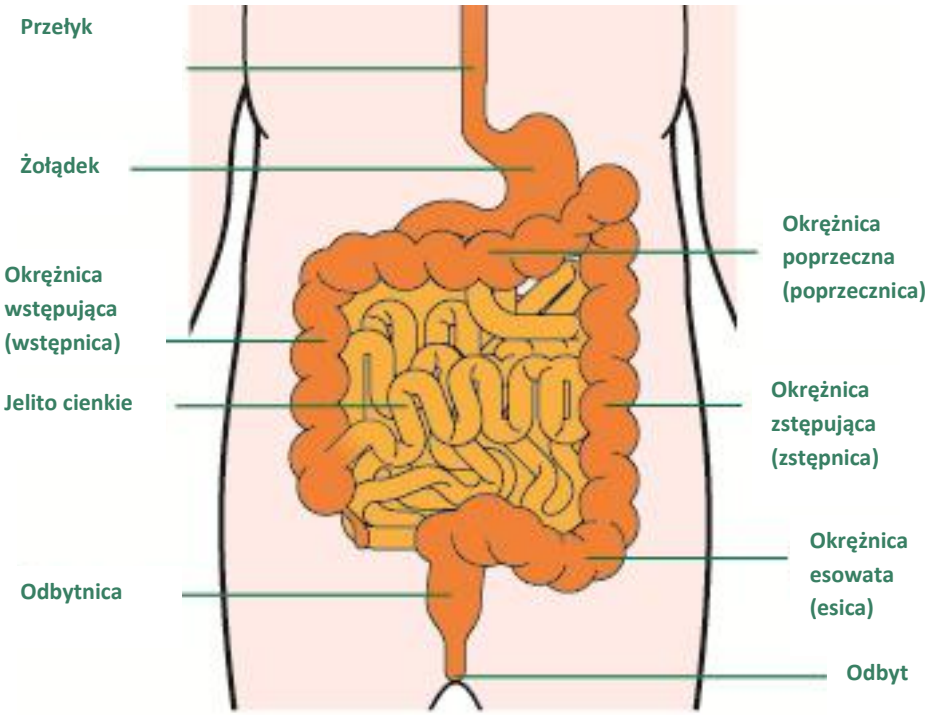
Układ limfatyczny pomaga nam bronić się przed infekcjami i chorobami. Jest on zbudowany z cienkich przewodów nazywanych naczyniami limfatycznymi. Są one połączone z węzłami chłonnymi, które mają kształt fasolki i znajdują się w całym ciele.

Kiedy komórki rakowe przemieszczą się do innej części ciała, zaczynają się powiększać i tworzą kolejny guz. Jest to nazywane rakiem wtórnym lub przerzutami.

Jelita

Jelita są częścią układu pokarmowego. Składają się z dwóch odcinków: jelita cienkiego i jelita grubego. Jelito grube obejmuje okrężnicę, odbytnicę i odbyt.

Jelito – okrężnica i odbytnica



Po połknięciu pokarm przechodzi przez przełyk do żołądka, gdzie zaczyna się trawienie. Następnie trafia on do jelita cienkiego, gdzie organizm pobiera z niego niezbędne substancje odżywcze.

Przetrawiony pokarm przesuwany jest następnie do okrężnicy, gdzie pobierana jest z niego woda. Końcowe produkty przemiany materii, nazywane stolcem, kałem albo ekskrementami, znajdują się w odbytnicy do momentu, gdy zostaną wydalone przez odbyt podczas wypróżnienia.

Ściany okrężnicy i odbytnicy zbudowane są z warstw różnych tkanek. Większość rodzajów raka okrężnicy i odbytnicy powstaje w wewnętrznym nabłonku jelita i rozwija się z małych narośli zwanych polipami.

Rak jelita grubego to rak okrężnicy i odbytnicy. Nazywa się go także rakiem okrężniczo-odbytniczym.

Przyczyny i czynniki ryzyka

Nie wiemy, co wywołuje raka jelita grubego u większości chorych. Istnieją pewne czynniki ryzyka, które zwiększają niebezpieczeństwo zachorowania.

- Wiek – ryzyko zachorowania na raka jelita rośnie z wiekiem.
- Dieta – dieta zawierająca duże ilości czerwonego mięsa i przetworów mięsnych oraz małe ilości owoców i świeżych warzyw zwiększa ryzyko zachorowania. Ryzyko to rośnie też w przypadku jedzenia smażonego lub grillowanego mięsa.
- Tryb życia – mała ilość ruchu i nadwaga sprzyjają zachorowaniu. Intensywne palenie tytoniu i picie alkoholu w ilościach większych niż zalecane przez wiele lat zwiększa ryzyko zachorowania.
- Czynniki genetyczne – jeśli jeden lub więcej członków danej rodziny chorowało na raka jelita, niebezpieczeństwo zachorowania kolejnego członka takiej rodziny jest wyższe. Uważa się, że tylko około 5% (tzn. 5 na 100) przypadków raka jelita spowodowane jest odziedziczeniem wadliwego genu. W przypadku obaw dotyczących chorób w rodzinie należy porozmawiać ze swoim lekarzem.
- Czynniki rodzinne – dwie rzadkie choroby dziedziczne: rodzinna polipowatość gruczolakowata (FAP) i zespół Lyncha (inaczej nazywany: dziedzicznym rakiem jelita grubego niezwiązanym z polipowatością, HNPCC), mogą zwiększyć ryzyko zachorowania na raka jelita.
- Wcześniejsze zapalenia jelit – osoby, które przez długi okres czasu cierpiały na wrzodziejące zapalenie jelita grubego lub chorobę Leśniowskiego-Crohna (choroby nabłonka jelit) mają zwiększoną podatność na zachorowanie na raka jelita.

Rakiem jelita nie można się zarazić i nie przenosi się on na inne osoby.

Objawy

Objawy raka jelita:

- krew w stolcu lub na nim – krew może mieć kolor jasnoczerwony lub brązowy,
- zmiany w oddawaniu stolca (takie jak biegunka lub zatwardzenie), które pojawiły się bez wyraźnej przyczyny i utrzymują się ponad sześć tygodni,
- utrata wagi z niewyjaśnionej przyczyny,
- ból w podbrzuszu (dolnej części brzucha) lub w odbytnicy,

- uczucie niedokładnego wypróżnienia się po wizycie w toalecie,
- uczucie zmęczenia i braku tchu – taka sytuacja może wystąpić, gdy rak powoduje krwawienie i prowadzi do anemii (niedoboru czerwonych krwinek).

Niekiedy rak może doprowadzić do zablokowania (niedrożności) jelita. Objawy niedrożności:

- wymioty,
- zaparcia,
- ból brzucha,
- uczucie wzdęcia.

Takie objawy mogą być także wynikiem innych chorób, ale zawsze, gdy występują, należy zgłosić się do swojego lekarza pierwszego kontaktu (ang. general practitioner, GP).

Diagnozowanie raka jelita

Zwykle pacjent zgłasza się najpierw do swojego lekarza pierwszego kontaktu. Lekarz wykonuje badanie dotykowe (palpacyjne) brzucha i bada odbytnicę. To drugie badanie nazywa się „badaniem przez odbytnicę" albo „badaniem per rectum".

Aby go wykonać, lekarz wprowadza palec w rękawiczce do odbytnicy pacjenta, aby sprawdzić, czy nie ma w niej guzków lub obrzęków. Może być to źródłem dyskomfortu, ale nie boli.

Aby sprawdzić, czy pacjent nie cierpi na anemię, wykonuje się badanie krwi. Wyniki badania krwi pomagają również określić stan wątroby i nerek.

Jeśli lekarz pierwszego kontaktu nie jest pewny, na czym polega problem, lub uważa, że objawy są spowodowane chorobą nowotworową, kieruje pacjenta do specjalisty w szpitalu. Jeśli lekarz pierwszego kontaktu sądzi, że dana osoba ma nowotwór, pacjent powinien zgłosić się do szpitala w ciągu 14 dni.

W szpitalu
W rozpoznaniu raka jelita mogą pomóc opisane poniżej badania. Nie u każdej osoby trzeba wykonać wszystkie z nich.

Proktoskopia/sigmoidoskopia
Lekarz lub specjalistyczna pielęgniarka ogląda nabłonek wnętrza jelita grubego

i pobiera próbki tkanek (tzw. bioptaty). Aby to zrobić, delikatnie wprowadza do odbytnicy cienką rurkę. Na końcu rurki znajduje się lampka i mała kamera. Proktoskop to krótka rurka, którą umieszcza się tylko w odbytnicy. Sigmoidoskop to dłuższa rurka, którą można wprowadzić do dalszej części jelita grubego.

Proktoskopia i sigmoidoskopia może wywołać uczucie dyskomfortu, ale zwykle nie boli.

Kolonoskopia
Aby obejrzeć całe jelito grube, lekarz musi wykonać kolonoskopię. Podczas badania robi zdjęcia i pobiera próbki komórek do badania.

Aby można było wykonać to badanie, jelito musi być zupełnie puste. Oznacza to konieczność przestrzegania odpowiedniej diety przez dobę przed badaniem oraz przyjęcia leku (środka przeczyszczającego), aby opróżnić jelita. W szpitalu pacjent otrzymuje wskazówki odnośnie tego, jak przygotować się do badania. Kolonoskopia może być źródłem dyskomfortu, ale pacjent otrzymuje wcześniej środek uspokajający, który pomaga mu się zrelaksować.

Kolonoskopia wirtualna (kolonografia TK)
Tomograf robi serię zdjęć rentgenowskich jelita. Następnie komputer łączy te zdjęcia ze sobą, tworząc trójwymiarowy obraz jelita.

Aby można było wykonać to badanie, jelito musi być zupełnie puste. Pacjent może otrzymać zastrzyk, który pomoże mu rozluźnić mięśnie jelita. Może także jednocześnie otrzymać w zastrzyku barwnik (środek kontrastowy). Lekarz informuje pacjenta wcześniej, czy będzie to potrzebne.

Dalsze badania
Jeśli biopsja wykaże, że pacjent cierpi na nowotwór, może on zostać skierowany na dalsze badania. Ich celem jest ustalenie wielkości i umiejscowienia nowotworu oraz sprawdzenie, czy nastąpiły przerzuty. Badania takie mogą obejmować:

- badania krwi,
- prześwietlenie klatki piersiowej,
- badanie tomografem komputerowym (TK),
- badanie TK/PET,

- badanie rezonansem magnetycznym (MRI),
- wlew cieniujący (doodbytniczy) z barem,
- badanie ultrasonograficzne.

Lekarz lub pielęgniarka wyjaśni, które badania są potrzebne i na czym polegają.

Oczekiwanie na wyniki badań może być bardzo stresujące. Niektórym osobom pomaga w takim okresie rozmowa z krewnym lub przyjacielem. Można także porozmawiać w języku polskim z naszymi specjalistami w dziedzinie onkologii pod numerem telefonu 0808 808 00 00.

Klasyfikacja według stopni zaawansowania nowotworu i jego złośliwości

Znajomość stopnia zaawansowania nowotworu i jego złośliwości pomaga lekarzom dobrać odpowiedni sposób leczenia.

Stopnie zaawansowania nowotworu
Wyróżnia się cztery stopnie zaawansowania raka jelita:

- **Stadium 1** – Rak nie rozprzestrzenił się poza guz pierwotny.
- **Stadium 2** – Guzy przerosły przez ścianę jelita, rozprzestrzeniając się na sąsiednie tkanki, ale nie zaatakowały pobliskich węzłów chłonnych.
- **Stadium 3** – Komórki nowotworowe są obecne w pobliskich węzłach chłonnych.
- **Stadium 4** – Nowotwór zaatakował inne części organizmu.

Złośliwość nowotworu
Stopień złośliwości nowotworu określa, jak bardzo komórki rakowe różnią się pod mikroskopem od zdrowych komórek jelita.

- **Stopień 1 (złośliwość niska)** – Komórki rakowe wyglądają podobnie do komórek normalnych i rosną bardzo powoli.
- **Stopień 2 (złośliwość umiarkowana)** – Komórki rakowe wyglądają bardziej nieprawidłowo i rosną nieco szybciej.
- **Stopień 3 (złośliwość wysoka)** – Komórki rakowe wyglądają zupełnie inaczej niż komórki zdrowe i rosną bardzo szybko.

Leczenie

Nie zawsze łatwo jest dobrać najlepszy sposób leczenia. Lekarz musi uwzględnić wiele czynników. Najważniejsze z nich to:

- stopień zaawansowania nowotworu i jego złośliwość,
- ogólny stan zdrowia pacjenta,
- prawdopodobne skutki uboczne leczenia,
- opinie pacjenta na temat ewentualnych skutków ubocznych leczenia.

Chociaż lekarze mogą dobrze wiedzieć, jakie sposoby leczenia powinni zastosować, przed podjęciem ostatecznej decyzji mogą skierować pacjenta na operację.

Należy zawsze omówić z lekarzem sposób leczenia, aby zrozumieć jego konsekwencje. Na spotkanie warto przyjść z osobą, która mówi zarówno po polsku, jak i po angielsku. Chociaż pomoc tłumaczy jest zwykle dostępna, pacjent powinien poinformować szpital z wyprzedzeniem, jeśli chciałby z niej skorzystać. Pacjent musi podpisać formularz, w którym stwierdza, że rozumie, na czym polega leczenie, i wyraża na nie zgodę. Lekarz nie zastosuje żadnego leczenia, o ile pacjent nie wyraził na nie zgody.

Nowotwory okrężnicy i nowotwory odbytnicy leczy się w odmienny sposób.

Operacja chirurgiczna
Rodzaj zabiegu chirurgicznego zależy od stopnia zaawansowania nowotworu i jego lokalizacji w jelicie. Lekarz omawia tę kwestię z pacjentem.

Operacja w przypadku raka okrężnicy

Kolektomia całkowita – usunięcie całej okrężnicy.

Hemikolektomia – usunięcie połowy okrężnicy. Zabieg ten może zostać wykonany po lewej lub prawej stronie, w zależności od miejsca, w którym znajduje się nowotwór.

Wycięcie esicy – usunięcie okrężnicy esowatej (esicy).

Podczas operacji zostaje wycięty odcinek jelita, w którym znajduje się nowotwór, i obie otwarte końcówki jelita zostają ze sobą zszyte. Jeśli jelita nie można zszyć, konieczne może być wykonanie stomii. Jest to otwór w skórze brzucha prowadzący do jelita. Może zostać wykonany tymczasowo lub na stałe.

Przed operacją lekarz lub specjalistyczna pielęgniarka omawia tę kwestię z pacjentem. Więcej informacji na temat stomii znajduje się w następnej sekcji.

Podczas operacji usuwa się także węzły chłonne w pobliżu okrężnicy. Wynika to z tego, że rak rozprzestrzenia się na nie na początku.

Operacja w przypadku raka odbytnicy

Całkowite wycięcie mezorektum (TME) – usunięcie całej odbytnicy wraz z tkanką tłuszczową, która ją otacza. W tkance tej znajdują się węzły chłonne.

Operację TME można przeprowadzić w różny sposób. Zależy to od umiejscowienia raka w odbytnicy.

- **Niska resekcja przednia** – stosowana w przypadku nowotworu w górnej lub środkowej części odbytnicy (w pobliżu okrężnicy). Podczas operacji zostaje wycięty odcinek jelita, w którym znajduje się nowotwór, a obie otwarte końcówki jelita zostają ze sobą zszyte. Jeśli jelita nie można zszyć, konieczne może być wykonanie stomii (patrz sekcja na temat stomii poniżej).
- **Resekcja brzuszno-kroczowa** – stosowana zazwyczaj w przypadku raka znajdującego się w dolnym odcinku odbytnicy. Po takiej operacji konieczne jest wykonanie stomii na stałe.

Zabieg chirurgiczny w przypadku wczesnego stadium raka jelita
Niekiedy dzięki operacji zwanej **miejscowym wycięciem** lub **resekcją przezodbytniczą** można usunąć małe nowotworowe guzy jelita na bardzo wczesnym etapie zaawansowania. W trakcie takiej operacji narzędzia chirurgiczne wprowadza się przez odbyt do odbytnicy lub okrężnicy, aby usunąć nowotwór.

Jeśli guz jest wysoce złośliwy, może być konieczne przeprowadzenie drugiej operacji, aby usunąć kolejną część jelita. Istnieją różne sposoby usunięcia nowotworu, zależne od jego umiejscowienia w jelicie. Przed operacją lekarz wyjaśni, na czym ona polega.

Zabieg chirurgiczny w przypadku zaawansowanego stadium raka jelita
Jeśli guz jest zbyt duży, aby go usunąć, może uciskać jelito i spowodować jego zwężenie. Czasami lekarze są w stanie wprowadzić do jelita cienką, metalową rurkę (tzw. stent), aby jelito pozostało drożne. Stent wprowadza się za pomocą kolonoskopu. Przed zabiegiem podaje się pacjentowi łagodny środek

uspokajający, który pomaga mu się odprężyć. Po zabiegu pacjent musi zwykle przez krótki czas pozostać w szpitalu.

Niekiedy można przeprowadzić operację usunięcia nowotworu, jeśli zaatakował tylko jedno miejsce w ciele, np. wątrobę lub płuca.

Laparoskopia
W przypadku tej metody wykonuje się cztery lub pięć małych nacięć w powłoce brzusznej, a nie jedno duże. Laparoskop (cienka rurka z lampką i kamerą) wprowadza się do brzucha poprzez jedno z nacięć i tą drogą usuwa się guz. Zwykle po takiej operacji rekonwalescencja przebiega szybciej. Taki typ zabiegu stosowany jest w niektórych szpitalach. Chirurg rozmawia z pacjentem o tym, czy taka operacja będzie w jego przypadku odpowiednia.

Stomia
Jeśli końce jelita nie mogą zostać ze sobą zszyte, górny koniec jelita może zostać wyprowadzony na zewnątrz, na skórę brzucha. Taki zabieg nazywa się stomią. Wykonuje się dwa typy stomii: ileostomię, która jest zwykle tymczasowa, i kolostomia, która często pozostaje w ciele na stałe. Na stomii nosi się worek, do którego wydalany jest kał.

Dzięki stomii tymczasowej możliwe jest zagojenie się miejsca, w którym połączono jelito. Kilka miesięcy później wykonuje się kolejną operację, aby ponownie połączyć fragmenty jelita. Taki zabieg nazywa się zamknięciem stomii. Stomie stałe (zwykle kolostomie) wykonuje się, gdy niemożliwe jest połączenie odcinków jelita.

Pielęgniarka stomijna przekaże więcej porad i informacji.

Chemioterapia
Chemioterapia to stosowanie leków przeciwnowotworowych (cytotoksycznych) w celu zniszczenia komórek rakowych. Zazwyczaj nie jest ona konieczna w przypadku nowotworów jelita w pierwszym stadium zaawansowania.

W przypadku raka jelita drugiego stopnia ryzyko nawrotu choroby jest niskie, dlatego chemioterapia również może nie być potrzebna. Stosowanie chemioterapii po zabiegu chirurgicznym jest znane jako **terapia wspomagająca (adiuwantowa)**. Jej celem jest zmniejszenia ryzyka nawrotu raka.

Osobom z rakiem jelita trzeciego stopnia zazwyczaj proponuje się chemioterapię.

Chemioterapia jest czasami stosowana przed operacją. Jest to nazywane **chemioterapią przedoperacyjną**. Jej celem jest zmniejszenie guza, aby łatwiej można było go usunąć. Niekiedy po takim leczeniu pacjent nie musi mieć stomii stałej.

Chemioradioterapia
Jest to połączenie chemioterapii i radioterapii. Bywa niekiedy nazywane chemoradiacją.

Leki stosowane w chemioterapii mogą spowodować, że komórki rakowe staną się bardziej wrażliwe na radioterapię. Połączenie różnych sposobów leczenia może być bardziej efektywne niż zastosowanie tylko chemioterapii lub radioterapii.

Równoczesne stosowanie chemioterapii i radioterapii może nasilić skutki uboczne leczenia. Lekarz lub specjalistyczna pielęgniarka mogą przedstawić więcej informacji na temat chemioradioterapii oraz jej skutków ubocznych.

Zaawansowany rak jelita
Chemioterapię można też stosować, gdy nowotwór zaatakował już inną część ciała (nowotwór wtórny lub zaawansowany). Jej celem jest zmniejszenie guzów i złagodzenie objawów. Niekiedy może ona przedłużyć życie.

Posiadamy dodatkowe materiały informacyjne w języku polskim dotyczące chemioterapii i niektórych jej skutków ubocznych.

Terapie celowane (biologiczne)
Terapie celowane wykorzystują różnice pomiędzy komórkami rakowymi i komórkami zdrowymi, a ich celem jest zatrzymanie wzrostu komórek rakowych.

Istnieje kilka różnych rodzajów terapii biologicznych. Główne terapie stosowane w przypadku raka jelita to: cetuksymab (Erbitux®), bewacizumab (Avastin®), panitumumab (Vectibix®) i aflibercept (Zaltrap®).

Można je stosować w leczeniu nowotworów jelita grubego, które rozprzestrzeniły się poza jelito. Nie każdy rak jelita reaguje na cetuksymab lub panitumumab.

Radioterapia
Radioterapia leczy raka za pomocą promieni rentgenowskich o wysokiej energii, które niszczą komórki rakowe, wywierając jedynie minimalny negatywny wpływ na zdrowe komórki.

Można ją stosować, aby zmniejszyć objawy raka okrężnicy, chociaż nie robi się tego często.

Radioterapia w przypadku raka odbytnicy

Przed operacją
Radioterapia może zostać zastosowana przed operacją w celu zmniejszenia nowotworu odbytnicy i ułatwienia jego usunięcia. Ogranicza ona także ryzyko nawrotu choroby.

Radioterapia może być na przykład stosowana przez tydzień przed zabiegiem chirurgicznym. Pacjent może być też leczony radioterapią dłużej, do sześciu tygodni. Dłuższe leczenie jest zwykle łączone z chemioterapią (chemioradioterapia), dzięki czemu radioterapia może być bardziej skuteczna.

Po zakończeniu radioterapii trzeba odczekać kilka tygodni na ustąpienie skutków ubocznych, aby pacjent mógł przejść operację.

Po operacji
Jeśli radioterapii nie zastosowano przed operacją, można to zrobić później. Robi się tak na przykład gdy:

- nowotwór był trudny do usunięcia,
- w organizmie mogły pozostać komórki rakowe,
- nowotwór przeniknął przez ścianę jelita lub do węzłów chłonnych.

Pacjent może być poddawany takiej radioterapii w każdy dzień powszedni przez 4-5 tygodni.

Zaawansowany rak odbytnicy
Jeśli po pierwszym cyklu leczenia nastąpiły przerzuty lub nawrót choroby (szczególnie w rejonie miednicy), pacjent może zostać skierowany na radioterapię, aby zmniejszyć nowotwór. Może ona także złagodzić objawy takie jak ból.

Posiadamy dodatkowe materiały informacyjne w języku polskim dotyczące planowania radioterapii i niektórych jej skutków ubocznych.

Badania kliniczne

Badania kliniczne dotyczące nowotworów przeprowadza się, aby znaleźć nowe i lepsze sposoby leczenia raka. Badania przeprowadzane na pacjentach są nazywane badaniami klinicznymi. Uczestniczy w nich obecnie wiele szpitali. O prowadzonych aktualnie badaniach w zakresie raka jelita można porozmawiać z lekarzem.

Badania kontrolne

Po zakończeniu leczenia pacjent powinien regularnie zgłaszać się na badania ogólne oraz badanie krwi. Lekarz może także zlecać wykonanie badania TK i kolonoskopii. Wykonywanie badań może być konieczne przez kilka lat, ale z biegiem czasu są one zlecane coraz rzadziej.

Odczucia pacjenta

Po otrzymaniu informacji, że ma się raka, można się czuć przytłoczonym i odczuwać wiele różnych emocji, takich jak złość, uraza, wina, zmartwienie czy strach. Jest to normalna reakcja, stanowiąca część procesu, przez który przechodzi wiele osób, które próbują pogodzić się ze swoją chorobą. W takiej sytuacji żadne emocje nie są ani właściwe, ani niewłaściwe. Każdy musi poradzić sobie z chorobą na swój własny sposób.

Więcej informacji w języku polskim

- Broszura informacyjna na temat raka piersi
- Broszura informacyjna na temat chemioterapii
- Broszura informacyjna na temat zasiłków
- Broszura informacyjna na temat raka płuca
- Broszura informacyjna na temat raka prostaty
- Broszura informacyjna na temat radioterapii
- Broszura informacyjna na temat skutków ubocznych leczenia nowotworu
- Broszura informacyjna na temat leczenia operacyjnego
- Jak można sobie pomóc?

Niniejsza broszura została napisana, poprawiona oraz zredagowana przez zespół Macmillan Cancer Support’s Cancer Information Development. Została

ona zatwierdzona przez naszego redaktora medycznego – dra Tima Ivesona, specjalistę onkologa klinicznego.

Z podziękowaniami dla: pani Aileen Roy, klinicznej pielęgniarki-specjalisty opieki nad pacjentami z rakiem jelita grubego; pani Fiony Butler, pielęgniarki-specjalisty opieki nad pacjentami z rakiem jelita grubego; oraz osób dotkniętych chorobą nowotworową, które pomogły w redagowaniu niniejszej broszury informacyjnej.

Niniejsza broszura została sporządzona na podstawie informacji z licznych, rzetelnych źródeł, w tym:

- *Improving Outcomes in Colorectal Cancer: The Manual Update (Poprawa wyników leczenia w przypadku raka okrężnicy i odbytnicy: zaktualizowana wersja podręcznika).* Czerwiec 2004 r. National Institute for Health and Care Excellence (Krajowy Instytut Zdrowia i Opieki Zdrowotnej, NICE).
- *Management of Colorectal Cancer: A National Clinical Guideline (Postępowanie w raku jelita grubego: krajowe wytyczne w zakresie klinicystyki)*. Marzec 2003 r. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (Szkocka Międzyuczelniana Sieć ds. Formułowania Wytycznych, SIGN).
- *Computerised tomographic colonoscopy (virtual colonoscopy) – guidance (Komputerowa kolonoskopia tomograficzna (kolonoskopia wirtualna) – wytyczne)*. Czerwiec 2005 r. NICE.
- *Cetuximab for the First-line Treatment of Metastatic Colorectal Cancer (Cetuksymab w terapii pierwszego rzutu raka jelita grubego z przerzutami)*. Sierpień 2009 r. NICE.

Dokładamy wszelkich starań, aby przekazywane przez nas informacje były dokładne, jednak nie można zakładać, że odzwierciedlają one obecny stan badań medycznych, który nieustannie ulega zmianom. Osoby, które martwią się swoim stanem zdrowia, powinny skonsultować się z lekarzem. Organizacja Macmillan nie ponosi odpowiedzialności za jakiekolwiek szkody wynikające z nieścisłości podanych tutaj informacji lub informacji pochodzących od osób trzecich, takich jak informacje przedstawione na stronach internetowych, do których linki podano w niniejszej broszurze.

© Macmillan Cancer Support 2014. Organizacja charytatywna zarejestrowana w Anglii i Walii (261017), Szkocji (SC039907) oraz na Wyspie Man (604). Z siedzibą przy: 89 Albert Embankment, London, SE1 7UQ.

MAC15136_Polish

WE ARE MACMILLAN. CANCER SUPPORT

Large bowel cancer: English

Large bowel cancer

This fact sheet is about how cancer of the large bowel is diagnosed and treated.

We also have fact sheets in your language about chemotherapy, radiotherapy, surgery, side effects of cancer treatment, what you can do to help yourself, claiming benefits and end of life.

We hope this fact sheet answers your questions. If you have any more questions, you can ask your doctor or nurse at the hospital where you are having treatment.

If you would like to talk to our cancer support specialists about this information in your language, we have interpreters for non-English speakers. You can call the Macmillan Support Line free on **0808 808 00 00**, Monday–Friday, 9am–8pm. If you have problems hearing you can use textphone **0808 808 0121**, or Text Relay. Or you can go to our website **macmillan.org.uk**

This fact sheet is about:

- What is cancer?
- The bowel
- Risk factors and causes
- Symptoms
- How is bowel cancer diagnosed?
- Staging and grading
- Treatment
- Clinical trials
- Follow up
- Your feelings
- More information in your language

What is cancer?

The organs and tissues of the body are made up of tiny building blocks called cells. Cancer is a disease of these cells.

Cells in each part of the body are different but most mend and reproduce themselves in the same way. Normally, cells divide in an orderly way. But if the process gets out of control, the cells carry on dividing and develop into a lump called a tumour.

Not all tumours are cancer. Doctors can tell if a tumour is cancer by removing a small sample of tissue or cells from it. This is called a biopsy. The doctors examine the sample under a microscope to look for cancer cells.

In a benign (non-cancerous) tumour, the cells may grow but cannot spread anywhere else in the body. It usually only causes problems if it puts pressure on nearby organs.

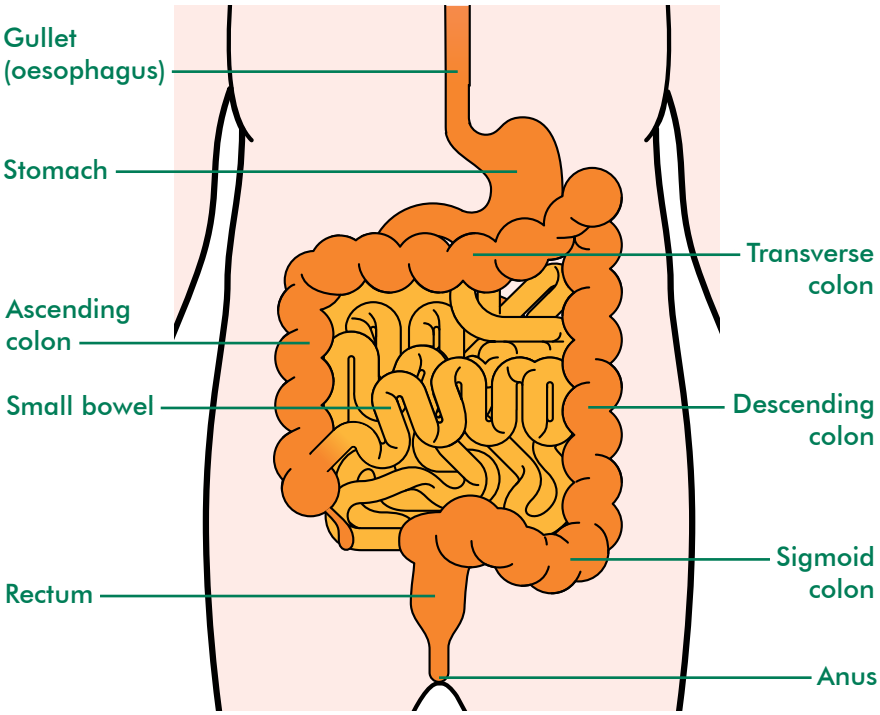
In a malignant (cancerous) tumour, the cells grow into nearby tissue. Sometimes, cancer cells spread from where the cancer first started (the primary site) to other parts of the body. They can travel through the blood or lymphatic system.

The lymphatic system helps to protect us from infection and disease. It's made up of fine tubes called lymphatic vessels. These connect to groups of bean-shaped lymph nodes (glands) all over the body.

When the cells reach another part of the body they begin to grow and form another tumour. This is called secondary cancer or a metastasis.

The bowel

The bowel is part of our digestive system. It has two parts: the small bowel and the large bowel. The large bowel is made up of the colon, rectum and anus.



The digestive system

When you swallow food it passes down the gullet (oesophagus) to the stomach, where digestion begins. It then passes through the small bowel, where essential nutrients are taken into the body.

The digested food then moves into the colon, where water is absorbed. The remaining waste matter, known as stools or faeces, is held in the rectum (back passage) until it's ready to be passed from the body through the anus as a bowel motion (stool).

The walls of the colon and rectum are made up of layers of body tissue. Most colon and rectal cancers start in the inner lining of the bowel and develop from small growths called polyps.

Cancer of the large bowel is cancer of the colon and rectum. It's also called colorectal cancer.

Causes and risk factors

We don't know what causes bowel cancer in most people. There are some risk factors that can increase your chances of getting it.

- **Age** – The risk of developing bowel cancer increases with age.
- **Diet** – A diet containing a lot of red and processed meats and low in fruit and fresh vegetables can increase your risk. Eating fried or grilled meat might also increase your risk.
- **Lifestyle** – This includes getting little exercise and being overweight. It also includes smoking heavily and drinking more than the recommended amounts of alcohol over many years.
- **Family history** – People who have one or more family members with bowel cancer may have a higher risk of developing it. Only about 5% of (5 in every 100) large bowel cancers are thought to be caused by an inherited faulty gene. Talk to your doctor if you are worried about your family history.
- **Familial conditions** – Two rare conditions that can run in families, called familial adenomatous polyposis (FAP) and hereditary non-polyposis colon cancer (HNPCC), can increase the risk of developing bowel cancer.
- **Personal history of inflammatory bowel disease** – People who've had ulcerative colitis or Crohn's disease (diseases of the lining of the bowel) for a long time have an increased risk of developing bowel cancer.

Bowel cancer is not infectious and cannot be passed on to other people.

Symptoms

Symptoms of bowel cancer include:

- blood in, or on, the bowel motions – the blood may be bright red or dark in colour
- a change in your normal bowel habit (such as diarrhoea or constipation) for no obvious reason, lasting for longer than six weeks
- unexplained weight loss
- pain in the tummy (abdomen) or back passage
- a feeling of not having emptied your bowel properly after a bowel motion
- feeling tired and breathless – this can happen if the cancer is bleeding causing anaemia (a low number of red blood cells).

Sometimes the cancer can cause a blockage (obstruction) in the bowel. The symptoms of this are:

- being sick (vomiting)
- constipation
- pain in the abdomen
- a bloated feeling.

These symptoms can be caused by other conditions too, but it is important that you always have them checked by your GP.

How is bowel cancer diagnosed?

You usually begin by seeing your GP. They will feel your tummy (abdomen) and examine your back passage. This is called a rectal examination.

During a rectal examination, the doctor places a gloved finger into your back passage to feel for any lumps or swellings. This may be slightly uncomfortable, but it's not painful

You may have a blood test to check for anaemia. You may also have blood tests to check the health of your liver and kidneys.

If your GP is not sure what the problem is, or thinks that your symptoms could be caused by cancer, they will refer you to a hospital specialist. If your GP thinks you may have cancer, you should be seen at the hospital within 14 days.

At the hospital

These tests can be used to help diagnose bowel cancer. You may not need all of them.

Proctoscopy/sigmoidoscopy

A doctor or specialist nurse will look inside the lining of the large bowel and take samples of cells (biopsies). They will gently pass a thin tube into your back passage. The tube has a light and tiny camera on the end. A proctoscope is a short tube that goes just into the rectum. A sigmoidoscope is a longer tube that can be passed further up into the large bowel.

A proctoscopy or a sigmoidoscopy can be uncomfortable but it doesn't usually hurt.

Colonoscopy

To look inside the whole length of the large bowel, your doctor will do a colonoscopy. During the test, they will take photographs and biopsies of the cells.

The bowel has to be completely empty for this test. This means following a careful diet for the day before your test and taking a medicine (laxative) to clear the bowel. Your hospital will tell you what to do. A colonoscopy can be uncomfortable, but you will be given a sedative that will help to relax you.

Virtual colonoscopy (CT colonography)

A CT scanner takes a series of x-ray pictures of your bowel. A computer then puts the pictures together to give a three-dimensional picture of your bowel.

Your bowel has to be completely empty for the scan. You may be given an injection of a medicine that will help the muscles of your bowel to relax. You may also have an injection of a dye (contrast medium) at the same time. Your doctor will tell you if you are going to have this.

Further tests

If the biopsy shows that you have cancer, you may have other tests too. These aim to find out the size and position of the cancer, and to see whether it has spread. They may include:

- blood tests
- a chest x-ray
- a CT scan
- a CT/PET scan
- an MRI scan
- a barium enema
- an ultrasound scan.

Your doctor or nurse will explain which tests you need and what will happen.

Waiting for test results can be an anxious time for you. It may help to talk about your worries with a relative or friend. You could also speak to one of our cancer support specialists in your language on **0808 808 00 00**.

Staging and grading

Knowing the stage and grade of the cancer helps doctors decide on the right treatment for you.

Staging

Bowel cancer is divided into four stages:

- **Stage 1** – The cancer has not spread beyond the original tumour.
- **Stage 2** – Tumours may have grown through the bowel wall and into nearby tissues, but have not spread to nearby lymph nodes.
- **Stage 3** – Tumour cells can be found in nearby lymph nodes.
- **Stage 4** – The tumour has spread to other parts of the body.

Grading

Grading shows how the cancer cells look under the microscope compared with normal bowel cells.

- **Grade 1 (low-grade)** – The cancer cells look similar to normal cells and grow very slowly.
- **Grade 2 (moderate-grade)** – The cancer cells look more abnormal and are slightly faster growing.
- **Grade 3 (high-grade)** – The cancer cells look very different from normal cells and tend to grow quickly.

Treatment

Deciding on the best treatment isn't always easy. Your doctor will need to think about a lot of things. The most important of these are:

- the stage and grade of the cancer
- your general health
- the likely side effects of treatment
- your views about the possible side effects.

Although your doctors may have a good idea about which treatments you will need, you may need to have an operation before they can decide.

It's important to talk about any treatment with your doctor, so that you understand what it means. It's a good idea to take someone with you who can speak both your language and English. Interpreters may be available if you need one, but try to let the hospital know before if you would like one to be there. You will have to sign a consent form to show that you understand and agree to the treatment. You will not be given a treatment unless you have agreed to it.

Colon cancer and rectal cancer are treated in different ways.

Surgery

The type of surgery you have depends on the stage of the cancer and where it is in the bowel. Your doctor will talk to you about this.

Surgery for colon cancer

Total colectomy – removes the whole colon.

Hemi-colectomy – removes half of the colon. This may be the left or right side, depending on where the cancer is.

Sigmoid colectomy – removes the sigmoid colon.

During the surgery, the piece of bowel that contains the cancer is removed and the two open ends are then joined together. If the bowel can't be joined together, you may need a stoma. This is an opening of the bowel on the tummy wall. It may be temporary or permanent. Your doctor and specialist nurse will talk to you about this before you have any surgery. There is more information about stomas in the section below.

The lymph nodes near the colon are also removed. This is because the cancer would spread to them first.

Surgery for rectal cancer

Total mesorectal excision (TME) – removes the whole rectum as well as the fatty tissue that surrounds it. This tissue contains the lymph nodes.

The TME operation can be done in different ways. It depends on where the cancer is in the rectum.

- **Low anterior resection** – is used for cancers in the upper and middle parts of the rectum (close to the colon). The piece of bowel that contains the cancer is removed and the two ends are joined together. If the bowel can't be joined together you will need a stoma (see the section below about stomas).
- **Abdomino-perineal resection** – is usually used for cancers in the lower end of the rectum. After this operation you will need a permanent stoma.

Surgery for early stage bowel cancer

An operation called a **local resection** or **transanal resection** can sometimes remove small, very early-stage bowel cancers. Surgical instruments are passed through the anus into the rectum or colon to remove the cancer.

You may need to have a second operation to remove more of the bowel if the tumour is high-grade. There are different ways to remove the cancer depending on where it is in the bowel. Your doctor will explain the operation to you.

Surgery for advanced bowel cancer

If the cancer is too large to be removed, it may press on the bowel and make it narrower. Sometimes doctors can insert a thin metal tube (a stent) into the bowel to keep it open. They will insert the stent using a colonoscope. You will have a mild sedative to help you relax and you may need to stay in hospital for a short time afterwards.

You can sometimes have surgery to remove the cancer when it has spread to just one area of the body, such as the liver or lungs.

Laparoscopic (keyhole) surgery

This operation uses four or five small cuts in the abdomen rather than one bigger incision. A laparoscope (a thin tube containing a light and camera) is passed into the abdomen through one of the cuts and the cancer is removed. Recovery from this operation is usually quicker. This type of surgery is used by some hospitals. Your surgeon will discuss with you if this is appropriate for you.

Stomas

If the ends of the bowel cannot be joined together, the upper end can be brought out onto the skin of the abdominal wall. This is called a stoma. There are two types of stoma: an ileostomy, which is usually temporary; or a colostomy, which is often permanent. You wear a bag over the stoma to collect the stool (bowel motions).

A temporary stoma allows the newly joined bowel to heal. You will have another operation to rejoin the bowel a few months later. This is called a stoma reversal. Permanent stomas (usually colostomies) are created when it has not been possible to reconnect the bowel.

A stoma nurse will give you more advice and information.

Chemotherapy

Chemotherapy is a treatment that uses anti-cancer (cytotoxic) drugs to destroy cancer cells. You don't usually need it for stage 1 bowel cancers.

For stage 2 bowel cancers, the risk of the cancer coming back is low so you may not need chemotherapy. Giving chemotherapy after surgery is known as **adjuvant treatment**. It aims to reduce the risk of the cancer coming back.

People with stage 3 bowel cancer are usually offered chemotherapy.

Chemotherapy is sometimes given before an operation. This is called **neo-adjuvant chemotherapy**. It aims to make the cancer smaller, to make it easier to remove. You may be able to avoid having a permanent stoma after this treatment.

Chemoradiotherapy

This is a combination of chemotherapy and radiotherapy. It is sometimes called chemoradiation.

The chemotherapy drugs can make the cancer cells more sensitive to radiotherapy. Combining the treatments may be more effective than having either chemotherapy or radiotherapy alone.

Giving chemotherapy and radiotherapy together can make the side effects of the treatment worse. Your doctor or specialist nurse can give you more information about chemoradiotherapy and the possible side effects of this treatment.

Advanced bowel cancers

Chemotherapy may also be given when the cancer has spread to another part of the body (secondary or advanced cancer). This aims to shrink the cancers and reduce symptoms. It can sometimes help you live longer.

We have more information in your language about how chemotherapy is given and some of the side effects you may have.

Targeted (biological) therapies

Targeted therapies work on the difference between cancer cells and normal cells and try to stop cancer cells growing.

There are several different types. The main ones used to treat bowel cancer are cetuximab (Erbitux®), bevacizumab (Avastin®), panitumab (Vectibix®) and aflibercept (Zaltrap®).

They can be used to treat colorectal cancers that have spread outside the bowel. Not all bowel cancers respond to cetuximab or panitumumab.

Radiotherapy

Radiotherapy treats cancer by using high-energy x-rays to destroy the cancer cells, while doing as little harm as possible to normal cells.

It can be used to relieve the symptoms of colon cancer, although this is rare.

Radiotherapy for rectal cancer

Before surgery

You may have radiotherapy before surgery to make a rectal cancer smaller and easier to remove. It also reduces the chance of the cancer coming back.

You may have a short course of radiotherapy over a week before your surgery. Or you may have it as a longer course lasting up to six weeks. The longer treatment is usually given with chemotherapy (chemoradiotherapy), which can help make the radiotherapy work better.

After the course of radiotherapy, you will have to wait a few weeks for the side effects to settle down before you can have the operation.

After surgery

If you didn't have radiotherapy before surgery, you may have it afterwards. This could be if:

- the cancer was difficult to remove
- some cancer cells may be left behind
- the cancer had spread through the bowel wall or into nearby lymph nodes.

You may be given this type of radiotherapy every weekday for 4–5 weeks.

Advanced rectal cancer

If the cancer has spread or come back (particularly in the pelvic area), after your first treatment, you may have radiotherapy to make it smaller. It can also relieve symptoms such as pain.

We have more information in your language about how radiotherapy is planned and given, and some of the side effects you may have.

Clinical trials

Cancer research trials are carried out to try to find new and better treatments for cancer. Trials that are carried out on patients are called clinical trials. Many hospitals now take part in these trials. Speak to your doctor about current bowel cancer research.

Follow up

After your treatment has finished, you'll have regular check-ups and blood tests. You may also have CT scans and colonoscopies. These may continue for several years, but will become less and less frequent.

Your feelings

You may feel overwhelmed when you are told you have cancer and have many different emotions. These can include anger, resentment, guilt, anxiety and fear. These are all normal reactions and are part of the process many people go through in trying to come to terms with their illness. There is no right or wrong way to feel. You'll cope with things in your own way.

More information in your language

- Breast cancer fact sheet
- Chemotherapy fact sheet
- Claiming benefits fact sheet
- Lung cancer fact sheet
- Prostate cancer fact sheet
- Radiotherapy fact sheet
- Side effects of cancer treatment fact sheet
- Surgery fact sheet
- What you can do to help yourself fact sheet

This fact sheet has been written, revised and edited by Macmillan Cancer Support's Cancer Information Development team. It has been approved by our medical editor, Dr Tim Iveson, Consultant Clinical Oncologist.

With thanks to Aileen Roy, Colorectal Clinical Nurse Specialist; Fiona Butler, Colorectal Cancer Clinical Nurse Specialist; and the people affected by cancer who reviewed this fact sheet.

We have used information from many reliable sources to write this fact sheet. These include:

- *Improving Outcomes in Colorectal Cancer: The Manual Update*. June 2004. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).
- *Management of Colorectal Cancer: A National Clinical Guideline*. March 2003. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).
- *Computerised tomographic colonoscopy (virtual colonoscopy) – guidance*. June 2005. NICE.
- *Cetuximab for the First-line Treatment of Metastatic Colorectal Cancer*. August 2009. NICE.

We make every effort to ensure that the information we provide is accurate but it should not be relied upon to reflect the current state of medical research, which is constantly changing. If you are concerned about your health, you should consult your doctor. Macmillan cannot accept liability for any loss or damage resulting from any inaccuracy in this information or third-party information such as information on websites to which we link.

© Macmillan Cancer Support 2014. Registered charity in England and Wales (261017), Scotland (SC039907) and the Isle of Man (604). Registered office 89 Albert Embankment, London SE1 7UQ.

Health & care information you can trust
The Information Standard Certified Member