



Ze stomią, ale żyje

– Był wtedy 1978 rok, miałem 44 lata – wspomina Bogdan Marek z Trzebiatowa. – Jakiś czas po śmierci ojca, siostra, która pracowała w szpitalu w Zdunowie wyczytała, że w Szczecinie otwarto klinikę genetyki u prof. Lubińskiego. Zgłosiła się tam na badania, chciała sprawdzić, czy też może być obciążona chorobą nowotworową. Szybko wykryto u niej, tak jak u ojca, raka jelita grubego. Została poddana operacji. Inne dwie siostry niestety nie zdążyły i zmarły na nowotwór, bo został wykryty zbyt późno. Jedna z nich nie chciała poddać się kolonoskopii, można powiedzieć, że zmarła właściwie na własne życzenie. Jest jeszcze jeden najmłodszy brat, który też nie chce się przebadać. Cały czas próbujemy go namówić, bo wszyscy z rodzeństwa, a było nas dziesięcioro, którzy jeszcze zostali i to zrobili, mieli polipy. W ich przypadku wystarczyły zabiegi, by je usunąć i na razie żyją bez nowotworów.

Siostra, która trafiła na genetykę do Szczecina, wypełniła ankietę, podała imiona i nazwiska pozostałego rodzeństwa. Wszyscy byli wzywani na badania. W taki też sposób na kolonoskopię trafił pan Bogdan.

– Okazało się, że mam rozległy polip, który blokuje prawie całe jelito. Usłyszałem, że jeszcze nie jest to rak, ale za pół roku może już tak być. W 2000 roku przeszedłem operację. Otwarto mi jamę brzuszną i usunięto kawałek jelita – dodaje pan Bogdan. – Po 1,5 roku okazało się, że mam kolejny polip, tym razem położony niżej, w odbytnicy. Skończyło się amputacją odbytu, wyłoniono stomię. Żyję tak już 13 lat, ale żyję i cieszę się tym życiem. Dziś nadal jeżdżę na polowania i mogę przeskoczyć na jednej nodze niejednego 60 latka, choć idzie mi 82 rok życia. Kolonoskopię przechodziłem dziesiątki razy, na badaniu byli także moi synowie. Nie ma się czego bać.

Nowotwory jelita grubego nie dają wczesnych objawów. Jedynym sposobem, by je wykryć na czas, gdy choremu można jeszcze pomóc, wydłużyć mu życie, są badania profilaktyczne, z których najskuteczniejsze jest wziernikowanie jelita grubego, czyli kolonoskopia.

– Chodzi o to, by wyszukiwać osoby z podwyższonych grup ryzyka i je badać, by wykryć wczesne zmiany – mówi prof. Józef Kładny, kierujący Kliniką Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 PUM w Szczecinie. – Np. chorzy z polipowością zrodzinną, niezwykle rzadką genetyczną chorobą jelita grubego, na 100 procent zachorują na nowotwór złośliwy. Dlatego muszą się badać już od 10-12 roku życia, a w przypadku pojawienia się polipów, z reguły po przekroczeniu 18 roku życia poddawani są profilaktycznej kolektomii, czyli usunięciu jelita grubego. Drugą grupą pacjentów o wybitnie zwiększonym ryzyku zachorowania na raka jelita grubego, są osoby z rodzin obciążonych rakiem jelita grubego niezwiązanym z polipowością, czyli z tzw. Ze-społem Lyncha.

Kolonoskopię przechodził dziesiątki razy, na badaniu byli także jego synowie. Mówi, że nie ma czego się bać.

fot. Sebastian Wołosz



Jak się okazuje, nawet osoby, które czują się bardzo dobrze, mogą mieć zaawansowany nowotwór jelita grubego. Połowa pacjentów, którzy pojawiają się w klinice, to właśnie takie osoby, które o raku dowiadują się przypadkiem. Niestety, często nowotwór u nich jest już tak zaawansowany, że nie można wdrożyć żadnego skutecznego sposobu terapii. To fenomen, bo te osoby zazwyczaj czują się doskonale.

– Kolonoskopię powinny wykonać zwłaszcza osoby po 50 roku życia. To badanie pozwala wykryć polipy, które są pierwszym stadium, mogącym się z czasem przerodzić w nowotwór. Polipy można usunąć w mało inwazyjny sposób. Takie badanie powinno się wykonać także wtedy, gdy zauważymy krwawienie z odbytu lub inne niepokojące objawy. Kolonoskopia jest dziś powszechnym badaniem, wykonywanym nowoczesnym sprzętem; nie trzeba do niej nawet podawać znieczulenia – podkreśla prof. Józef Kładny. – Wykonywana przez doświadczonego specjalistę trwa kilka minut i wiąże się jedynie z dyskomfortem, ale nie bólem.

Rak jelita grubego – trzy różne lokalizacje i sposoby leczenia

– Na jelito grube składa się okrężnica, odbytnica i odbyt, który ma około 4 centymetrów – wymienia prof. Józef Kładny. – W okrężnicy i odbytnicy mamy do czynienia zazwyczaj z nowotworami złośliwymi, tzw. gruczolakorakami, w samym kanale odbytu natomiast – z uwagi na rodzaj nabłonka, pojawia się rak płaskonabłonkowy. Każdy z tych nowotworów podlega leczeniu chirurgicznemu, jednak w ostatnich 15 latach zmieniło się podejście do leczenia raków kanału odbytu. To dość rzadkie przypadki, ale powinno się zacząć od chemio – radioterapii, która w efekcie jest zbliżona do leczenia chirurgicznego. Oznacza to, że w formie mniej agresywnej możemy tak samo pomóc choremu, nawet wyleczyć go. Jeśli to nie skutkuje, podejmujemy się tradycyjnego leczenia operacyjnego, niestety – okaleczającego, tj. amputacji odbytnicy razem z odbytem, które w tym przypadku zawsze kończy się wyłonieniem stomii, czyli sztucznego odbytu.

W przypadku leczenia nowotworów odbytnicy, oprócz wspomnianych terapii, można stosować także radioterapię. W okrężnicy są tylko dwa sposoby leczenia – chirurgia i chemioterapia. Chirurgia, czyli metoda terapii nowotworów dla wszystkich odcinków jelita grubego, może być otwarta, czyli klasyczna, laparoskopowa oraz w formie Transanal Endoscopic Microsurgery – TEM, w której instrumentarium wprowadza się przez odbyt i miejscowe wycięcie guza wykonuje

się przy użyciu tego aparatu. Przy małych guzach, do 3 cm, położonych bardzo blisko odbytu, ta metoda może być równie dobra, co pozostałe. TEM jest stosowany w szpitalu przy ul. Unii Lubelskiej od 2015 roku. – Cały czas trwają dyskusje nad skutecznością tej metody, choć stanowi element leczenia – dodaje profesor.

Środowisko i geny

Kiedy jeszcze nie znano genów, przyczyn nowotworów doszukiwano się w czynnikach środowiskowych. Nadal nasz tryb życia uznaje się za jeden z czynników ryzyka wystąpienia raka. W przypadku raka jelita grubego jest to np. jedzenie tłustych potraw, czerwonego przetworzonego mięsa, spożywanie zbyt małej ilości błonnika, warzyw, owoców, ryb. Wiele prac naukowych dowodzi również, że osoby prowadzące zdrowy tryb życia, aktywne, uprawiające sport, są w mniejszym stopniu narażone na ryzyko zachorowania na raka w ogóle.

– Czynnikiem żywieniowych jest mnóstwo, ale nową kartę przy doszukiwaniu się przyczyn nowotworów otworzyła genetyka – mówi prof. Józef Kładny. – Ok. 20 do 30 proc. osób chorych na nowotwory ma predyspozycje genetyczne. Pozostali chorzy chorują na tzw. postać sporadyczną, co oznacza, że w rodzinie z jakichś przyczyn może zachorować jedna osoba, najczęściej w jesieni życia. Zdarza się też, że może nastąpić uszkodzenie genu i choroba występuje u osoby młodej.

20 lat życia w prezencie

Około 20 lat temu pojęcie nowotworów dziedzicznych było czymś nowym, dopiero badanym. Szczecińscy naukowcy wiedzieli jednak, że będzie to kolejny krok w onkologii.

– W latach 80-tych także zajmowałem się nowotworami i ich diagnostyką. Szukałem nowych rzeczy, które mogłyby wnieść coś do onkologii – mówi prof. Jan Lubiński, lekarz specjalista w dziedzinie patomorfologii oraz genetyki klinicznej, kierownik Zakładu Genetyki i Patomorfologii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie. – Wystudiowałem wtedy w piśmiennictwie, że jest coś takiego jak zespół Lyncha, czyli dziedziczny rak jelita grubego. Sam Lynch na nasze zaproszenie przyjechał nawet kiedyś do Szczecina. To on zrobił najwięcej dla tej choroby, zaczął ją rozpoznawać, opisywać. Charakterystyka tego zespołu polega na tym, że w młodym wieku, u osób z tej samej rodziny, pojawiają się raki – głównie jelita grubego i trzonu macicy, ale też innych narządów: jajnika, jelita cienkiego, dróg moczowych. Kiedyś to było coś nowego. Nie znano jeszcze genów i nie dowierzano, że śledząc historię nowotworów, można przewidzieć, kto może być na nie narażony. Postanowiłem się temu przyjrzeć.

Nie chcieli, by też umarła

W 1989 roku w Pomorskiej Akademii Medycznej powstał Zakład Genetyki. Kierownikiem zakładu zajął się właśnie prof. Lubiński. Jeden z ówczesnych lekarzy, Józef Kładny, poszukiwał akurat tematu na habilitację.

– To się dobrze złożyło, od razu pomyślałem właśnie o zespole Lyncha, dodaje prof. Lubiński. – Wtedy doktor, dziś profesor Kładny, pracował nad tematem



Prof. Józef Kładny, chirurg, kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Szpitala Klinicznego nr 1 PUM w Szczecinie. Tutaj – przy łóżku pacjenta.

fot. Sebastian Wołosz

kilka lat. Zbierał rodziny, szukał potencjalnych pacjentów, rozmawiał, namawiał do badań. Pewnego razu trafił na specyficzny przypadek. W 1994 roku do kliniki przyszła kobieta, której mama zmarła w wieku około 40 lat, a powodem zgonu był rak jelita grubego. Jej córka miała teraz 39 lat i taką samą diagnozę. Prawdopodobnie były już nawet przerzuty do jajników. Niestety, ta kobieta również zmarła. Był jednak ktoś jeszcze... W szpitalu odwiedzała ją starsza siostra – Halina.

Prof. Kładny, idąc tropem charakterystyki zespołu Lyncha wiedział, że zarówno tę kobietę, jak i braci, musi namówić na badanie kolonoskopowe, by skontrolować stan jelita grubego. Wszystko wskazywało na to, że są modelowym przykładem rodziny dotkniętej zespołem Lyncha.

Przychodził nawet po zmroku

– Przez 20 lat w Polsce dużo się zmieniło. Wtedy nawet nie każdy miał w domu telefon – wspomina prof. Józef Kładny z Kliniki Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej PUM w Szczecinie. – Wysyłałem więc listy i ankiety, ale tylko na około 30 proc. z nich przychodziły odpowiedzi. Nie było wyjścia – osobiście jeździłem i pukałem do drzwi. Te wizyty zabierały tak dużo czasu, że zdarzało mi się zawitać do kogoś po zmroku. Zawsze byłem uprzejmie przyjmowany, ale namówienie tych osób do badań nie było takie proste. Tak też było w przypadku pani Haliny.

– Kiedy umierała moja siostra, obiecałam jej, że się przebadam. Poprosiła mnie o to, widziałam, jak cierpi – wspomina Halina Sobiech. – Niestety, nie dotrzymałam słowa. Stchórzyłam i uznałam, że jest mi to niepotrzebne skoro jestem zdrowa, dobrze się czuję, funkcjonuję. Prof. Kładny „atakował” mnie jednak nieustannie. Po śmierci siostry wysłał mi do domu broszurki, a nawet przyjeżdżał. Miał mnie na oku. Operował moją siostrę i nie chciał, by mój los potoczył się tak samo.

Pani Halina była nieugięta. Na szczęście wszystko obserwowała córka – Joanna. Zrozumiała powagę sytuacji, przekonała mamę i sama zawiozła ją do szpitala.

– Pamiętam jak pan profesor przyszedł któregoś wieczoru i zapytał, czy namó-

wiłam już mamę. Patrzył na mnie i powtarzał, że mama może żyć, że można ją uratować – opowiada pani Joanna, córka pani Haliny. – Te słowa zapadły mi w pamięć. Byłam młoda, nie wyobrażałam sobie, że mamy może zabraknąć. Pan profesor nieraz rysował na kartce całe drzewo genealogiczne, tłumaczył. Zaproponowałam mamie, że zawiozę ją do szpitala. Na szczęście Halina się zgodziła i oszukała przeznaczenie (śmiech).

Na operację jechał z Karpacza

– Na samo badanie pojechał ze mną dr Kładny. Zabrał mnie w szlafroku ze szpitala na Pomorzanych swoim autem. Badanie wykonywano w szpitalu przy Unii Lubelskiej – opowiada pani Halina. – Pamiętam, że obawiałam się, ale było bezbolesne. Niestety, od razu okazało się, że w jelicie grubym są zmiany, odkryto guz w kątnicy.

Podczas badania pobrano wycinki do badań. Trzeba było czekać na wyniki. Profesor Kładny pojechał z rodziną do Karpacza na narty.

– Pamiętam, że pogoda nie była najlepsza. Kilka dni po przyjeździe odebrałem telefon od prof. Lubińskiego – wspomina prof. Józef Kładny. – Powiedział, że to nowotwór, i że trzeba go operować, że jako pierwsi w kraju potwierdziliśmy dziedzicznego raka w zespole Lyncha. Zdawałem sobie sprawę, że właśnie pisze się historia polskiej medycyny. Taką świadomość miała także moja żona – również lekarz, i dzieci, choć były jeszcze małe.

Byłem w stresie, wiedziałem, że wszyscy patrzą mi na ręce. Kiedy genetyka zaczyna powoli przeplatać się z medycyną klasyczną, nawet znani profesorowie podchodzą do tego sceptycznie. Zarzucono prof. Lubińskiemu, że opowiada głupoty, nie byli w stanie tego zaakceptować. On łamał dogmaty, przełamywał opory i cieszył się, że mógł w tym uczestniczyć. Dzięki temu dziś pomagamy wielu osobom.

Podczas operacji trzeba było usunąć zmianę, a także wedle charakterystyki klinicznej choroby, profilaktycznie trzon macicy oraz jajniki. Pani Halina miała już dzieci. Lekarze przekonali ją, że tylko taka operacja może uratować jej życie. Gdyby nie wykonała w końcu tych badań, rak jelita rozwinąłby się i mogłoby dojść do przerzutów. Zmarłaby w ciągu kilku miesięcy w wieku około 42 lat i, jak na ironię, zaraz po tym odkryte zostałyby geny.

– Uniknęłam chemioterapii, a po operacji wróciłam do normalnego życia – wtrąca pani Halina. – W dobrym zdrowiu dopracowałam w szczecińskiej prokuraturze do emerytury. Wychowałam czworo dzieci i doczekałam się wnucząt.

Pisały o tym wszystkie gazety

Dziś już dobrze wiemy, że za zespół Lyncha odpowiadają pewne mutacje genów. Pani Halina była pierwszą pacjentką w Polsce z rozpoznaniem tego zespołu, którą zoperowano wedle zaleceń światowego piśmiennictwa i tym samym uchroniono ją przed śmiercią z powodu nowotworu, zanim ten zaczął dawać jakiegokolwiek objawy kliniczne.

– Dzięki temu minęło już 20 lat, a pani Halina cieszy się dobrym zdrowiem.

Pani Halina po operacji wróciła do normalnego życia. W dobrym zdrowiu dopracowała do emerytury. Wychowała czworo dzieci i doczekała się wnucząt.

fot. Sebastian Wołosz



Oczywiście stale jest pod naszą kontrolą. Chętnie też rozmawiamy z nią na stopie towarzyskiej. To fantastyczny przykład tego, jak można podarować 20 lat życia od tak, w prezencie – cieszy się prof. Lubiński. – Pani Halina jest widocznym dowodem na to, że nasza praca ma ogromny sens.

Operacja pani Haliny nie pozostała bez echa. Pisały o tym wszystkie gazety, przeprowadzano programy w telewizji, została nawet zaproszona na zjazd dotyczący nowotworów dziedzicznych, gdzie opowiadała o swojej historii.

– Do dziś trzymam w domu pamiątkowy zeszyt ze wszystkimi wycinkami z gazet – śmieje się pani Halina.

Po takich przeżyciach do badań nie trzeba było już nakłaniać dzieci pani Haliny. Synowie i córki są pod stałą lekarską kontrolą. Dzięki temu we wczesnym stadium choroby u młodszej córki wykryto raka gardła, a u starszej – pani Joanny, która namówiła mamę na badania, raka trzonu macicy. Konieczne były operacje. Dziś obie funkcjonują doskonale. Pani Joanna nie zapomniała jednak całkiem o nowotworach. W codziennym życiu pomaga pacjentom onkologicznym.

– Córka prowadzi salon piękności „Aura” na terenie Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii na szczecińskim Gołębiniu – dodaje pani Halina. – Jej klientkami są pacjentki szpitala, którym tutaj przywracana jest pewność siebie i piękny wygląd, mimo choroby. Jestem z niej bardzo dumna. Przyjeżdżam do niej z Dolic, gdzie się przeniosłam.

Hoduję tam kury, mam kotka, amstafa i mimo sztucznego stawu kolanowego, jeżdżę na rowerze. Czego więcej chcieć do szczęścia? Żyć nie umierać!

Choruje tysiące osób

Na terenie naszego województwa z zespołem Lynch'a żyje około 7,5 tys. osób. By uniknąć choroby, wykonują co dwa lata, od 25 roku życia, kolonoskopię. Dzięki temu wykrywane i usuwane są polipy, które są stanem przedrakowym. Ryzyko wystąpienia nowotworu przy mutacji genu tej choroby, wynosi 80 proc.; po wczesnym wykryciu i wycięciu polipów, spada do 30 proc.