

**PODSUMOWANIE ZALECEŃ POSTĘPOWANIA DIAGNOSTYCZNO-TERAPEUTYCZNEGO  
U CHORYCH NA RAKA OKRĘŻNICY  
OPRACOWANYCH W RAMACH ADAPTACJI NCCN  
(POLAND EDITION COLON CANCER VERSION 2.2022)**

<p><b>Zalecenie</b></p> <p><i>Siła zalecenia: wszystkie zalecenia posiadają kategorię 2a zgodnie z klasyfikacją NCCN chyba, że wskazano inaczej [*]</i></p>
<p><b>1. Diagnostyka</b></p>
<p>1.1 Badania wymagane:</p> <p>1.1.1 kolonoskopia,</p> <p>1.1.2 badanie patomorfologiczne,</p> <p>1.1.3 KT klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy,</p> <p>1.1.4 morfologia i badania biochemiczne krwi ( w tym oceniające czynność wątroby), stężenie CEA</p>
<p>1.2 Wykonywane tylko ze wskazań klinicznych:</p> <p>1.2.1 MR miednicy (guzy położone w dystalnej części esicy),</p> <p>1.2.2 PET-KT (przeciwwskazania do podania kontrastu i.v., niejednoznaczne zmiany w KT, wykluczenie rozsiewu u chorych kwalifikowanych do resekcji przerzutów),</p> <p>1.2.3 USG,</p> <p>1.2.4 biopsja.</p>
<p>1.3 Badania molekularne</p> <p>1.3.1 stopień niestabilności mikrosatelitarnej/czynności genów naprawy niesparowanych zasad DNA (MSI/MMR) – badanie zalecane niezależnie od stopnia zaawansowania (we wczesnych stopniach zaawansowania ma wartość prognostyczną, w chorobie przerzutowej jest czynnikiem predykcyjnym dla immunoterapii),</p> <p>1.3.2 mutacje <i>RAS</i> i <i>BRAF</i> w chorobie przerzutowej (przed rozpoczęciem systemowego leczenia),</p> <p>1.3.3 inne zaburzenia molekularne w zależności od dostępności odpowiednich leków.</p>
<p><b>2. Leczenie we wczesnych stopniach zaawansowania</b></p>
<p>2.1 Zabieg operacyjny:</p> <p>2.1.1. resekcja guza pierwotnego z regionalnymi węzłami chłonnymi <i>en block</i> oraz węzłami klinicznie podejrzanymi o przerzuty drogą laparotomii lub laparoskopii,</p> <p>2.1.2. adekwatna ocena cechy N wymaga obecności przynajmniej 12 regionalnych węzłów w preparacie pooperacyjnym.</p>
<p>2.2 Chemioterapia uzupełniająca:</p> <p>2.2.1. standard w III stopniu zaawansowania, w II stopniu rozważana u chorych z obecnością czynników niekorzystnego rokowania, niestosowana w I stopniu zaawansowania,</p> <p>2.2.2. zawiera fluopirymidynę (fluorouracyl z folinianem wapniowym albo kapecytabina) ± oksaliplatynę,</p> <p>2.2.3. stosowana przez 6 miesięcy (u wybranych chorych schemat kapecytabina z oksaliplatyną przez 3 miesiące).</p>
<p><b>3. Leczenie w chorobie przerzutowej</b></p>
<p>3.1 Przerzuty operacyjne albo potencjalnie operacyjne</p> <p>3.1.1. Resekcja guza pierwotnego (jeśli obecny) i metastazektomia ± metody miejscowego leczenia przerzutów (np. RFA) jednocześnie lub sekwencyjnie.</p> <p>3.1.2. Opcjonalnie leczenie systemowe przed metastazektomią lub po metastazektomii. Jeśli takie leczenie jest stosowane, preferowane są schematy chemioterapii zawierające oksaliplatynę.</p>
<p>3.2 Przerzuty nieresekcyjne</p> <p>3.2.1. Resekcja guza pierwotnego wykonywana ze wskazań klinicznych (niedrożność, istotne krwawienie).</p> <p>3.2.2. Leczenie systemowe</p>

<p>3.2.2.1. dobór schematu chemioterapii i sekwencji leczenia zależy od cech klinicznych pacjenta, stosowania wcześniej leczenia uzupełniającego oraz cech molekularnych guza,</p> <p>3.2.2.2. u pacjentów ze wskazaniami do intensywniejszego leczenia preferowane są schematy dwulekowe zawierające fluoropirymidynę z irynotekanem albo oksaliplatyną,</p> <p>3.2.2.3. u pacjentów z przeciwwskazaniami do intensywnego leczenia stosowana jest monoterapia fluoropirymidyną,</p> <p>3.2.2.4. u chorych z guzami bez mutacji <i>RAS</i> i <i>BRAF</i> stosowane jest przeciwciało anti-EGFR w połączeniu z dwulekową chemioterapią lub w monoterapii,</p> <p>3.2.2.5. bewacyzumab może być dołączony do chemioterapii w 1. lub 2. linii leczenia, aflibercept ze schematem FOLFIRI stosowany jest w 2. linii leczenia,</p> <p>3.2.2.6. u chorych z guzami MSI-H/dMMR immunoterapia stanowi wartościową metodę leczenia systemowego,</p> <p>3.2.2.7. w zależności od innych cech molekularnych guza (mutacja <i>BRAF</i> V600E, amplifikacja <i>HER2</i>) możliwe jest zastosowanie odpowiednich leków ukierunkowanych molekularnie.</p>
<p><b>4. Obserwacja po radykalnym leczeniu</b></p>
<p>4.1 Nie potwierdzono wpływu regularnych badań kontrolnych na wydłużenie czasu ogólnego przeżycia, a kontrola powinna być indywidualizowana w zależności od ryzyka nawrotu.</p>
<p>4.2 Kolonoskopia powinna być wykonana 3-6 miesiącach, jeśli przed zabiegiem nie oceniono całego jelita. U wszystkich chorych należy ją wykonać po roku, częstość kolejnych badań w zależności od wyniku.</p>
<p>4.3 W I stopniu zaawansowania nie jest zalecane prowadzenie regularnych kontroli (z wyjątkiem kolonoskopii).</p>
<p>4.4 W II-III stopniu zaawansowania kontrola po leczeniu zwykle obejmuje:</p> <p>4.4.1. badanie podmiotowe i przedmiotowe co 3-6 miesięcy przez 2 lata i co 6 miesięcy przez 3 lata,</p> <p>4.4.2. oznaczanie stężenia CEA co 3-6 miesięcy przez 2 lata i co 6 miesięcy przez 3 lata,</p> <p>4.4.3. KT klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy co 6-12 miesięcy przez 5 lat.*</p>
<p>4.5 W IV stopniu zaawansowania po radykalnym leczeniu operacyjnym KT klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy co 3-6 miesięcy przez 2 lata i co 6-12 miesięcy przez 3 lata; pozostałe badania jak w stopniach II-III.</p>
<p>4.6 Nie jest zalecane wykonywanie kontrolnych badań obrazowych i oznaczeń stężenia CEA powyżej 5 lat od leczenia radykalnego.</p>
<p>*kategoria 2B</p>