

## OD REDAKTORA NACZELNEGO

### *Drodzy Czytelnicy*

W bieżącym numerze zachęcam Państwa do zapoznania się z pracą poglądową dotyczącą neoadiujantowej terapii w leczeniu raka odbytnicy. W ostatnich latach w zakresie epidemiologii raka jelita grubego niewiele się zmieniło – nowotwór ten nadal zajmuje trzecie miejsce pod względem zachorowalności oraz drugie pod względem śmiertelności wśród wszystkich nowotworów złośliwych. W leczeniu raka odbytnicy, poza aspektem onkologicznym, walczymy także o jakość życia pacjenta, czyli możliwe uniknięcie stomii (oczywiście nie za cenę radykalności leczenia onkologicznego). Stąd wynika potrzeba poszukiwania nowych rozwiązań terapeutycznych pozwalających oszczędzić odbytnicę. Total neoadjuvant therapy (TNT) jest stosunkowo nowym podejściem do leczenia miejscowo zaawansowanego raka odbytnicy. Autorzy analizują metodę na tle aktualnych doniesień literaturowych, przytaczając kilka randomizowanych badań klinicznych mających na celu optymalizację strategii TNT i opatrując je własnym, krytycznym komentarzem. Ten ciekawy artykuł zawiera liczne informacje i w sposób szeroki omawia różne możliwości terapeutyczne – nie tylko w kontekście czasu przeżycia, lecz również jakości życia pacjentów.

Drugą publikacją, którą szczególnie polecam Państwa uwadze, jest opis przypadku 51-letniego pacjenta z rozpoznaniem rakiem płaskonabłonkowym rozwijającym się w torbieli pilonidalnej leczonej przez 12 lat. W pobranym materiale histopatologicznym stwierdzono raka płaskonabłonkowego G2. Autorzy zwracają uwagę, że w dobie powszechnego stosowania metod małoinwazyjnych (np. laserowych w leczeniu torbieli pilonidalnej), nie zawsze pobiera się materiał do badania histopatologicznego. We wnioskach podkreślają konieczność przekazywania każdej usuniętej torbieli pilonidalnej do badania histopatologicznego w całości lub wykonania biopsji przed wdrożeniem leczenia małoinwazyjnego. W mojej praktyce również operowałam pacjenta z długoletnim przebiegiem torbieli pilonidalnej, u którego wynik histopatologiczny wykazał raka płaskonabłonkowego. Potwierdza to, że szczególnie u pacjentów z długotrwałym przebiegiem choroby należy wykazać czujność onkologiczną.

W numerze znajduje się także artykuł poglądowy przedstawiający podstawowe elementy pierwszej wizyty kontrolnej po operacji proktologicznej. Temat pozornie banalny, ale czy na pewno? Wielu, niekiedy poważnych, powikłań można uniknąć dzięki dokładnemu badaniu pacjenta podczas wizyty po zabiegu i wysłuchaniu zgłaszanych przez niego dolegliwości.

Z powyższą tematyką koresponduje opis przypadku zwężenia odbytu u pacjenta po hemoroidektomii. Być może do zwężenia kanału odbytu by nie doszło, gdyby podczas pierwszych wizyt po zabiegu u pacjenta zdiagnozowano tendencję do powstawania blizny zwężającej i odpowiednio wcześniej zalecono dilatację kanału odbytu. Ale... powikłanie goni powikłanie. Również przebieg po operacji naprawczej nie był gładki, o czym szerzej przeczytają Państwo w artykule.



*Życzę przyjemnej lektury.  
Redaktor naczelny prof. dr hab. n. med. Małgorzata Kołodziejczak*