

RAK V PODROČJU UST, ŽRELA IN GRILA

Lojze Šmid

UVOD

Ob spreminjanju slovenske nacionalne patologije je v področju, ki ga obravnava otorinolaringologija, v zadnjih desetletjih najbolj opazen izrazit porast pogostnosti raka zgornjih dihalnih in prebavnih poti. Incidenca raka teh področij narašča bistveno hitreje od tiste pri večini drugih lokalizacij in je pri moških srednjih let takoj za pljučnim rakom na drugem mestu. Zaradi strmega porasta pogostnosti raka zgornjih dihalnih in prebavnih poti se je vsakoletno število novo odkritih bolnikov v zadnjih dvajsetih letih podvojilo, pri čemer pa se visok delež tumorjev v napredovalih štadijih ob začetku zdravljenja ni bistveno zmanjšal. Še posebej velja to za rak žrela, kjer je porast incidence najizrazitejši, a se odstotek petletnega preživetja kljub agresivnejšem zdravljenju, v zadnjih desetih letih ni povečal. Vzrok za to je prav gotovo v dejstvu, da bolezen še vedno največkrat ugotovimo šele v napredovalem stadiju, ko so uspehi zdravljenja, tako z onkološkega kot tudi s funkcionalnega in estetskega stališča sorazmerno slabi. Nasprotno pa so rezultati zdravljenja raka, ki ga na teh področjih odkrijemo v zgodnji stopnji, večinoma zelo dobri tudi brez mutilirajočih operativnih posegov.

VZROKI

Najpomembnejša etiološka dejavnika, ki sodelujeta pri nastanku raka ustne votline, žrela in grla, sta kajenje in sočasno pretirano uživanje alkoholnih pijač. Izpostavljenost nekaterim kemičnim sredstvom na delovnem mestu (katran, azbest) lahko skupaj z zgoraj naštetimi vzročnimi dejavniki še pospeši nastanek in razvoj rakave bolezni. Vzniku malignoma zelo verjetno botruje tudi kakovostno slabša prehrana in pomanjkljiva ustna higiena. Ker omenjeni dejavniki pripomorejo tudi k nastanku karcinoma v drugih organih, se pri istem bolniku lahko pojavi rak na večih različnih mestih, bodisi hkrati ali pa v časovnem razmaku. Govorimo o multiplih sinhronih oziroma metahronih tumorjih.

HISTOLOŠKA SLIKA

Med malignimi tumorji ustne votline, žrela in grla je daleč najpogostejši planocelularni karcinom, vse ostale vrste malignomov (adenokarcinom, limfom in nekatere druge) so mnogo redkejše. Natančno klinično oceno karcinoma (lokalizacija, razširjenost, oblika tumorja) dopolni patohistolog z mikroskopsko oceno stopnje diferenciacije tumorja, ki je tudi pomembna za prognozo bolezni.

Iz izkušenj vemo, da je pri slabo diferenciranem karcinomu področno in oddaljeno metastaziranje pogostejše kot pri dobro diferenciranem.

NARAVNI POTEK BOLEZNI

Pri bolnikih s karcinomom v področju zgornjih dihalnih in prebavnih poti je potek bolezni odvisen od številnih dejavnikov; med njimi so najpomembnejši mesto izvora tumorja, način njegove rasti in razširjenost ob času diagnoze, histološka slika ter splošno stanje bolnika. Karcinom nekaterih področij (epifarinks, koren jezika, supraglotis) sorazmerno zgodaj metastazira v področne vratne bezgavke. Enako velja za večino napredovalih in slabo diferenciranih tumorjev. Do pred kratkim je za malignome teh področij veljalo, da se širijo predvsem lokoregionalno in da v oddaljene organe praviloma ne zasevajo. Ker so bolnike z močno napredovalimi karcinomi zdravili predvsem paliativno, so ti večinoma umirali zaradi lokalnih in/ali področnih težav (krvavitve, zapora dihalnih poti, otežkočeno prehranjevanje). Z agresivnejšimi načini zdravljenja v zadnjih desetletjih, ko uspemo ozdraviti primarni tumor in področne metastaze tudi pri napredovalih tumorjih, opazamo, da kljub izginotju primarnega tumorja tem bolnikom dostikrat ne moremo bistveno podaljšati preživetja. Umirajo namreč zaradi oddaljenih metastaz, za katere pri tej vrsti malignomov še ne poznamo uspešnega systemskega zdravljenja. Naravni razvoj poteka torej tudi pri teh malignomih podobno kot pri večini ostalih, le da zaradi bližine vitalnih organov pri neozdravljenih tumorjih nastopi smrt že pred pojavom oddaljenih metastaz.

RAZPOZNAVA

Zgodnja razpoznavna bolezni je bistvenega pomena za bolnikovo usodo. Na zgodnji stopnji razvoja so namreč ti tumorji večinoma zelo dobro ozdravljivi, v napredovalem stadiju bolezni pa so uspehi, tako z onkološkega kot tudi s funkcionalnega in estetskega stališča mnogo slabši.

Kakor za večino malignomov je tudi za tumorje zgornjih dihalnih in prebavnih poti značilno, da se izrazitejša znamenja bolezni kažejo šele v napredovalni fazi. Zaradi tega odsotnost bolezenskih znakov, kot so bolečine, krvavitve ali težave z dihanjem in požiranjem, še ne pomeni, da tumorja ni. Že lažje motnje pri žvečenju, požiranju in govoru, hripavost ali občutek tujka pomenijo zadosten razlog za natančen pregled.

Za natančno zamejitev tumorja je poleg ambulantnega pregleda ponavadi potreben še pregled v splošni anesteziji, dokončno diagnozo pa postavi na osnovi proučitve odvzetega tkiva iz tumorja patohistolog. Preiskave dopolnimo s konvencionalnim rentgenskim slikanjem in ultrazvokom, po potrebi pa tudi z računalniško tomografijo in magnetno resonanco.

Ker je mogoče veliko večino teh tumorjev sorazmerno enostavno odkriti že s prostim očesom ali palpacijo, ko ti še ne povzročajo izrazitejših težav,

je težko razumeti, da bolezen v večini primerov ugotovimo šele v napredovalnem stadiju. Vzrokov, zakaj bolnik poišče zdravniško pomoč tako pozno, je več. V začetku odlaša s pregledom pri zdravniku, ker svojim težavam ne pripisuje dovolj resnega pomena, kasneje pa odlaga pregled iz strahu pred rakom, ki med večino ljudi še vedno velja za neozdravljivo bolezen. Odlašanje z obiskom pri zdravniku nam bo še razumljivejše, če vemo, da izhaja večina bolnikov s karcinomom v področju zgornjih dihalnih in prebavnih poti iz nižjih socioekonomskih slojev in da je med njimi mnogo alkoholikov.

ZDRAVLJENJE

Vse bolnike, pri katerih je bil malignom histološko potrjen, obseg bolezni pa natančno ocenjen, pred pričetkom zdravljenja na skupnem konziliju pregledata otorinolaringolog, usmerjen v področje kancerologije, in radioterapevt. Na tem konziliju po potrebi sodelujejo tudi strokovnjaki drugih strok (patohistolog, internistični onkolog, rentgenolog, plastični kirurg in drugi). Dobro se namreč zavedamo, da je za uspešno zdravljenje raka v področju glave in vratu potrebna timska obravnava, saj dandanes noben strokovnjak nima več vsega potrebnega znanja in sposobnosti, da bi sam zmozel obvladati to zahrbtno bolezen.

Namen zdravljenja je korenita odstranitev malignega tumorja, pri čemer naj bi v čim večji meri ohranili funkcijo prizadetega organa. Zdravljenje ne sme preseči meje, ki bi onemogočala celovito rehabilitacijo, tako z medicinskega kot delovnega ter ožjega in širšega socialnega vidika. Skrbno je potrebno presojati napovedne dejavnike ter izbirati vrsto in obseg terapevtskih postopkov predvsem z vidika kakovosti pričakovanega preživetja bolnikov. Optimalen način zdravljenja bolniku po natančni obrazložitvi vedno le predlagamo, sam pa se nato dokončno odloči zanj ali pa za eno od alternativnih možnosti.

Operativno zdravljenje in radioterapija, ki sta v današnjem času še vedno edina splošno uveljavljena in priznana načina zdravljenja raka zgornjih dihalnih in prebavnih poti, se med seboj uspešno dopolnjujeta. Vloga kemoterapije pri zdravljenju raka teh področij, pa naj gre za adjuvantno ali za paliativno zdravljenje, ni povsem dorečena.

Kirurško zdravljenje raka zgornjih dihalnih in prebavnih poti je bila prva in temeljna terapevtska metoda in to tudi še vedno ostaja. Prednost primarnega operativnega zdravljenja je prevsem v tem, da se med samim posegom seznanimo z razširjenostjo bolezni in glede na to uskladimo obseg in vrsto operacije. Pri razširjenih tumorjih bolnike po operaciji še obsevamo.

Spekter kirurških posegov pri zdravljenju karcinoma ustne votline, žrela in grla je zelo širok. Po eni strani je pri začetnih, zamejenih tumorjih izrezanje hkrati tudi dokončno zdravljenje, po drugi pa gre za obsežne, mutilirajoče operacije, kjer so dostikrat potrebni zapleteni rekonstruktivni posegi. Omenjeno področje je s kirurškega stališča dokaj specifično. V čim večji meri moramo ohraniti ali

obnoviti funkcije prizadetih organov, pa tudi estetski izgled bolnika mora ostati v mejah sprejemljivega. Radikalnost operacije je temeljno onkološko načelo, smiselnost kirurškega zdravljenja pa ob upoštevanju celovite prognoze tista meja, ki je kirurg tudi ob sodobnih tehničnih možnostih ne sme prestopiti.

Onkološka kirurška tehnika v področju glave in vratu je v zadnjih desetletjih napredovala predvsem zaradi kombiniranih pristopov (sodelovanje kirurgov raznih specialnosti), boljših tehničnih možnosti za rekonstrukcijo in s tem tudi možnosti za večji obseg tumorske odstranitve. Vse širše je tudi upoštevanje funkcionalnih načel - ohranjanja delovanja organov ob doslednem upoštevanju onkološke korenitosti. Klasičen primer funkcionalne, ohranitvene kirurške tehnike je konservirajoča kirurgija pri zdravljenju karcinoma grla, ki omogoča očuvanje funkcije grla. Prav za tovrstne kirurške posege (hordektomija, vertikalna, horizontalna ali subtotalna parcialna laringektomija) se mora operater še posebej odločati na temelju celovite presoje. Upoštevati mora predvsem lokoregionalno razsežnost bolezni, bolnikovo splošno stanje in ne nazadnje njegovo pripravljenost za sodelovanje pri kasnejši rehabilitaciji. Sodobna načela funkcionalne kirurgije dosledno upoštevamo tudi pri obravnavanju vratnih bezgavk: kadar je le mogoče, se odločamo za funkcionalno disekcijo področnih bezgavk (elektivno ali kurativno), medtem ko je klasična radikalna disekcija vratu pri nas rezervirana le za N₃ stadij in za kirurško zdravljenje ponovitve področne bolezni.

Obsevanje z ionizirajočimi žarki je lahko samostojno zdravljenje (zgodnji stadij bolezni - predvsem T₁₋₂ karcinom grla ter zaradi obsežnosti ali anatomske lokalizacije tehnično inoperabilni tumorji), lahko pa ga kombiniramo z operacijo in/ali obsevanjem.

Kadar kombiniramo kirurško zdravljenje z obsevanjem, se pri nas praviloma odločamo za pooperativno obsevanje, s katerim zmanjšamo verjetnost lokoregionalne ponovitve bolezni.

S kombinacijo kemoterapije in obsevanja je mogoče doseči boljše uspehe pri zdravljenju napredovalih tumorjev kot s samim obsevanjem. Pri nas smo s sočasno kombinacijo kemoterapije (Bleomycin in Mitomycin C) in obsevanja dosegli pri zdravljenju inoperabilnih karcinomov orofarinksa bistveno boljše rezultate kot s samim obsevanjem.

REHABILITACIJA

Zdravljenje ima lahko za posledico motnje različnih bolnikovih funkcij: grizenja, požiranja, govora, dihanja, splošnih telesnih sposobnosti itd. O tem se moramo z bolnikom podrobno pogovoriti že med načrtovanjem zdravljenja, po končanem zdravljenju pa ga je potrebno čimprej dejavno vključiti v rehabilitacijo okrnjenih funkcij. S sodelovanjem strokovnjakov različnih strok je mogoče izboljšati raven kakovosti njegovega življenja, tako da bo to tudi po težkem zdravljenju zanj znosno in privlačno.

LITERATURA:

1. Pompe – Kirn V. Incidenca raka ustne votline, orofarinksa in hipofarinksa ter grla v Sloveniji močno narašča- Zdravstveni vestnik 1981;61,193-6
2. Thawley SE, Panje WR, Batsakis JG et al. Comprehensive management of head and neck tumors. New York: WB Saunders company, 1986.
3. Million RR, Cassisi NJ eds. Management of head and neck cancer; a multidisciplinary approach, Philadelphia: Lippincott, 1984.
4. Schantz SP, Harrison LB, Hong WK. Cancer of head and neck. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA: Cancer _ Principles and practice of oncology, 1993.
5. Kambič V. Otorinolaringologija, Mladinska knjiga, Ljubljana, 1975.