

RADIOTERAPIJA KARCINOMA GRLA

H. Lešničar

Grlo (larynx) kot organ anatomsko sestavljajo tri podpodročja: supraglotis, glotis in subglotis. Kadar bomo želeli govoriti o posameznih podpodročjih bomo to posebej naglasili, sicer pa se bo besedilo nanašalo na grlo kot organ v celoti. V poglavju bo govora predvsem o karcinomih grla, saj so drugi malignomi le redke posebnosti in bi podrobnosti v tej zvezi presegale namen pričujočega besedila.

Incidenca

raka grla v Sloveniji je ca. 90 bolnikov letno, kar predstavlja približno 3% rakavih obolenj pri moških; pri ženskah je 10 krat redkejša. V zadnjih letih se incidenca zvišuje z enako stopnjo kot pri raku ustne votline in ustnega žrela. Rak grla je tipično kadilski rak, vendar se v zadnjem času tako pri nas kot v svetu vse pogosteje pojavlja tudi pri mladih dekletih nekadilkah. Ker so glasilke hormonsko odvisen organ (mutacija glasu pri dečkih v puberteti !), je možno, da hormoni posredno vplivajo na vznik te maligne bolezni (1).

Naraven potek bolezni

je zaradi anatomskih značilnosti za posamezna podpodročja nekoliko različen. Zaradi pomanjkljivega limfatičnega in krvnega ožilja zgodnji tumorji glotisa (sem štejemo tumorje, ki zajemajo glasilke z najbližjo okolico) le izjemoma tvorijo zasevke v vratnih bezgavkah. Ker so od okolnih organov zamejeni s ščitničnim hrustancem, je zanje značilen predvsem lokalno invaziven način rašče. Nasprotno pa zaradi dobre limfatične in krvne ožiljenosti ni nikakršna posebnost, da že drobni tumorji supraglotisa (npr. epiglotalisa) lahko zasevajo v bezgavke obeh strani vratu. Redki tumorji subglotisa pa praviloma metastazirajo v traheobronhialne bezgavke, pa tudi oddaljeni hematogeni zasevki teh malignomov so pogostejši. Kadar zaradi prej omenjene lokalno invazivne rašče tumor zajame vsa tri podpodročja, govorimo o transglotalisnih tumorjih (2).

Detekcija in diagnostika

tumorjev tega področja, posebno na glasilkah, zaradi zgodnje simptomatike v glavnem ne predstavlja večjega problema. Že droben tumor glasilk namreč privede do spremembe kakovosti glasu, ki jo predvsem bolnik sam kaj kmalu opazi. Seveda je hripavost lahko tudi posledica vnetja, polipa ali drugih benignih obolenj, vendar naj velja pravilo, da mora bolnik, ki se mu glas kljub

zdravljenju ne normalizira, na pregled k specialistu. Predvsem kadilci so rizični bolniki, zato so tudi v primeru prehladnih obolenj potrebne redne tedenske kontrole teh bolnikov. Specialist naj odloči o umestnosti direktoških preiskav v splošni narkozi in o morebitnem odvzemu tkiva za histološko preiskavo. Manj tipične in spoznavne so začetne težave pri tumorjih supraglotisa. Le napredovali tumorji povzročajo motnje pri požiranju ali krvav izpljunek. Ker pa že zgodaj zasevajo v vratne bezgavke, lahko le podrobna palpacija vratu v takih primerih odkrije spremembe, ki dajejo slutiti maligno obolenje. Bolnika s povečanimi bezgavkami na vratu, ki se ne odzivajo na antibiotično terapijo, je treba poslati na pregled k onkologu, ki bo s citološko preiskavo ovrgel ali potrdil sum na maligno obolenje. Le napredovali tumorji grla zaradi zapore dihalnih poti privedejo do dihalne stiske. Take bolnike je treba seveda nemudoma prepeljati v bolnišnico, kjer je pogosto potrebno napraviti nujno traheotomijo. Razen indirektoškega pregleda z zrcalcem, ki vsekakor sodi k splošnemu zdravniškemu pregledu, pa vse nadaljne diagnostične postopke (rtg, UZ, CT, MRI) odreja specialist (2,3).

Obsevalno zdravljenje - radioterapija (RT)

- je kot primarno zdravljenje indicirana predvsem pri zgodnjih tumorjih glotisa in supraglotisa (stadij I-II). S pravilnim načrtovanjem in izvedbo obsevalnega zdravljenja namreč lahko popolnoma ohranimo oboleli organ. Možnost končne ozdravitve je enaka kot pri kirurškem zdravljenju. Ohranitev normalnega glasu (glotis) in možnosti požiranja (supraglotis) je pri takih bolnikih več kot 85%. V obsevalno polje pri karcinomih glotisa vključimo le sam oboleli organ z varnostnim robom, saj je možnost metastaziranja izredno majhna. Obsevamo s tumorsko dozo 66-70Gy, pomembna pa je čim bolj nepretrgana izvedba obsevanja, brez presledkov. Pri karcinomih supraglotisa v obsevalno polje vključimo tudi področje vratnih bezgavk, pomembno pa je postopno zmanjševanje obsevalnega volumna. Tumorska doza na področje vratnih bezgavk pri štadijih I-II je 50Gy, na primarni tumor pa 66-70Gy. Pomembno mesto pri zdravljenju tumorjev grla ima pooperativna RT, saj tudi pri po vseh onkoloških principih izvedenem kirurškem posegu v velikem odstotku preprečuje pojav recidivov pri štadijih II-III. Načrtovana obsevalna doza je odvisna od nekaterih rizičnih faktorjev in znaša 50-60Gy. V obsevalno polje pa vključimo tudi področje vratnih bezgavk. Pri izredno napredovalih tumorjih (pa tudi v primeru ponovitve bolezni in/ali pri pojavu oddaljenih metastaz) se lahko poslužujemo paliativne RT. Pri obsežnih tumorjih, ki zapirajo dihalne poti, je praktično vselej potrebno predhodno napraviti traheostomo. Bolnike obsevamo z višjimi dnevnimi dozami, da se izognemo nepotrebnemu daljšemu bivanju v bolnišnici (3,4,5).

Posledice obsevanja

so pri bolnikih, obsevanih zaradi karcinoma grla, v glavnem neznatne. Med obsevanjem pride do prehodnega vnetja obsevane sluznice, ki lahko nekoliko

moti požiranje goste hrane, vendar te težave ob terapiji z inhalacijami ponavadi že med terapijo ponehajo. Zaradi okvar drobnega žilja v sluznici pa ima bolnik lahko še nekaj časa po končanem obsevanju občutek suhega grla in žrela. S pravilnim vlaženjem bivalnih prostorov se te težave ponavadi umirijo najkasneje v enem letu. Praviloma te bolnike v obdobju rekonvalescence napotimo v eno od zdravilišč (npr. Strunjan), ki so specializirane za kopalniško zdravljenje dihalnih organov.

Rezultati zdravljenja

so v veliki meri odvisni od stadija bolezni. Z obsevanjem ali s kirurškim posegom lahko popolnoma ozdravimo več kot 90% bolnikov v I. stadiju in preko 80% v II. stadiju. Odstotek preživetja zdrane krepko pod 50% pri III. in IV. stadiju, čeprav te bolnike praviloma zdravimo s kombinacijo kirurškega in obsevalnega zdravljenja.

Spremljanje bolnikov

Tudi pri bolnikih s karcinomi grla se obolenje ponovi v visokem odstotku v prvih dveh letih. Posebno pomembno je spremljanje primarno obsevanih bolnikov, saj se tu posamični recidivi pojavijo tudi po več kot 5 letih. Časovni intervali kontrolnih pregledov so zato enaki kot pri bolnikih z malignomi orofarinksa. Zaradi preprečevanja ponovitve bolezni ali zaradi možnosti drugega primarnega malignoma je za bolnike z ozdravljenim karcinomom grla zelo važno, da opustijo kajenje.

Zaključek

Tudi število novih primerov karcinoma grla vztrajno narašča, posebno v ženskem delu prebivalstva. Ker je začetni karcinom grla praktično ozdravljiv, je še posebno pomembno, da bolnika z vztrajnejšo hripavostjo (14 dni) ne zdravimo v nedogled z antibiotiki, temveč ga pošljemo na pregled k specialistu. Tudi ta mnogokrat zanesljive diagnoze ne bo mogoč postaviti brez mikrolaringoskopije in histološkega pregleda tkiva. Ker se sčasoma tudi benigne hiperplazije glasilk lahko sprevržejo v malignom, je posebno pomembno spremljanje teh bolnikov v čim krajših časovnih presledkih.

Literatura

1. Incidenca raka v Sloveniji. Onkološki inštitut, Ljubljana, 1991.
2. Batsakis JG. Tumors of the head and neck: clinical and pathological considerations. Baltimore: Williams & Wilkins, 1974.

3. Mendehall WM, Parsons JT, Mancuso AA, Cassisi NJ, Stringer SP and Million RR. Larynx. In: Perez CA and Brady LW ed. Principles and practice of radiation oncology. Philadelphia: Lippincott, 1992: 691-713.
4. Million RR, Cassisi NJ and Clark JR. Cancer of the head and neck. In: Principles and practice of Oncology, Volume 2. Eds.: DeVita VT, Hellman S and Rosenberg SA, Lippincott, Philadelphia, 1989; 503-32.
5. Fletcher GH. Textbook of radiotherapy. Philadelphia: Lea & Febinger, 1980: 286-329.