

TUMORJI GLAVE IN VRATU - DIAGNOSTIČNI ALGORITMI OBNOVITVE BOLEZNI.

Ladica Furlan

Uvod

Rak glave in vratu predstavlja zelo heterogeno skupino malignih tumorjev, ki se med seboj razlikujejo, ne le po mestu, od koder izvirajo, temveč tudi po znakih, histološki sliki, načinu rasti in metastaziranju, načinu zdravljenja in izidu bolezni. V zadnjih 30 letih je incidenca raka ustne votline, žrela in grla strmo naraščala. V letih 1963 - 1970 je bila groba incidenčna mera pri moških 3,5/100.000 prebivalcev in 0,7/100.000 pri ženskah, v letih 1988 - 1990 pa že 7,8/100.000 za moške in 1/100.000 za ženske. Le pri četrtini bolnikov je bolezen odkrita še kot lokalizirana. V letih 1988 - 1990 so v Sloveniji odkrili v lokaliziranem stadiju le 21% raka na jeziku, 27% raka v ustni votlini, 15% raka orofarinksa in 8% raka hipofarinksa. Največ je v zgodnji fazi odkritega raka grla in to 82% raka glasilk in 28% raka ostalih delov grla. Poudariti moramo, da je v Sloveniji rak ORL področja odkrit v že preveč napredovalnem stadiju, ko je zdravljenje manj uspešno in preživetje zato slabše.

Preživetje in kdaj se javljajo obnovitve bolezni

Relativno preživetje bolnikov z rakom v ORL področju se po letu 1973 ni spremenilo, boljše je le pri moških bolnikih, ki so mlajši od 44 let. Prognoza bolnikov je po lokalizacijah raka v ORL področju različna. Petletno preživetje bolnikov s karcinomom ustne votline je pri T1 tumorjih 80%, pri T2 tumorjih 60%, pri T3 - T4 pa 0 do 30%. Pri tumorjih epifarinksa pričakujemo petletno preživetje za T1 v 80%, T2 60%, T3 30% in T4 20%. Pri bolnikih s karcinomi orofarinksa pričakujemo pri T1 tumorjih ozdravitev v 80%, pri T2 v 50%, pri T3 v 20%, pri T4 pa le redko. Tumorje hipofarinksa ozdravimo le v približno 20%, s samim obsevanjem pa v okoli 5%. Preživetje bolnikov s karcinomom grla je odvisno od lokalizacije tumorja (epilarinks, supraglotis, glotis in subglotis) in stadija. Najboljšo prognozo imajo bolniki s T1 karcinomi, ki jih z operacijo ali z obsevanjem ozdravimo v več kot 90%.

Približno v 80 - 85% pride do recidivov v prvih dveh letih, v 15% pa kasneje. Splošna praksa je, da bolnike v prvem letu kontroliramo na en mesec, v drugem letu na dva, v tretjem letu na tri, nato pa na štiri do šest mesecev. Glavni smoter rednih kontrolnih pregledov je zgodnje, pravočasno odkrivanje recidivov. Redna kontrola je važna tudi v smislu izboljšanja preživetja.

Primer: Pri bolniku se lahko kljub ozdravljenem primarnem tumorju pojavijo metastaze na vratu, ki jih lahko, če so odkrite dovolj zgodaj, operativno odstranijo. Drug primer je recidiv pri T1 karcinomu glasilke, kjer je včasih, če je

ugotovljen zgodaj, še možna vertikalna laringektomija, ki je manj mutilantna, kakovost bolnikovega življenja pa povsem drugačna kot po totalni laringektomiji.

Ves čas kontrolnih pregledov moramo misliti tudi na to, da je tveganje bolnika s karcinomom ORL področja, da zboli še za drugim primarnim malignomom, trikrat večje kot pri zdravi populaciji, za tiste, ki so zboleli pred 50 letom starosti, pa sedemkrat večje. Relativno tveganje za drugi rak je največje za rak ustne votline in požiralnika in to desetkratno, za rak grla in pljuč pa dva do štirikratno. Po naših podatkih in podatkih iz literature 7 do 30% bolnikov z ozdravljenim ORL karcinomom zboli za novim primarnim malignomom. Prof. Pompetova je v Zdravstvenem vestniku leta 1992 opozorila na naraščajočo incidenco pivskih in kadilskih rakov in na to, da so se podatki po posameznih stadijih nekoliko izboljšali, da pa se petletno preživetje ne izboljšuje.

Anamneza in prvi znaki, ki opozarjajo na obnovev bolezni

Prvo, kar lahko in moramo narediti, ko vstopi bolnik ob kontrolnem pregledu v ambulantno, je, da ga stehamo. Vsak večji padec telesne teže sproži alarm, da je treba iskati lokoregionarni recidiv, razsoj bolezni ali nov primarni malignom. Ob sumu na lokalni recidiv bolnika sprašujemo ciljano, odvisno od lokalizacije bolezni: o izcedku iz nosu, glavobolu, vrtoglavicah, vidu, sluhu, bolečinah pri požiranju, težavah z dihanjem, spremembah glasu. Ob sumu na regionarni recidiv oziroma na progres bolezni, nam bolnik največkrat že sam pove, da je opazil zatrdlino na vratu ali da se že prisotna zatrdlina veča. Pri razsoju bolezni tožijo o bolečinah v skeletu, o kašlju, hemoptizah, hematemezi, meleni idr.

Klinično stanje

Pri bolnikovem splošnem stanju smo pozorni na padec telesne teže, na anemijo, zlatenico, povečane bezgavke po telesu, nevrološke znake. Pozorno poslušanje pljuč nas opozori na morebiten plevralni izliv, zamolkline, morebitno atelektazo itd. Pri pregledu trebuha lahko ob klinični preiskavi hitro posumimo na razsoj v jetra, zatipamo tumor v trebuhu, potreben je tudi rektalnen pregled, predvsem če nas anamnestični podatki silijo vanj. S skrbnim pregledom lahko posumimo tudi na nov primarni malignom in bolnika morda še pravočasno usmerimo na preiskave in zdravljenje.

Poleg splošnega stanja moramo v splošni ambulanti opraviti tudi orientacijski ORL pregled, predvsem pa ne smemo pozabiti na palpacijo, s katero lahko ugotovimo zgodnji recidiv, n.pr. na ustnici, v ustni votlini, orofarinksu idr. Potrebna je tudi skrbna palpacija vratu, s katero najdemo regionarni recidiv, ki ga je možno operirati ali pa dodatno zdraviti z obsevanjem.

Laboratorij

V osnovnih hematoloških preiskavah nas predvsem levkocitoza, anemija in visoka sedimentacija opozarjajo na recidiv. V biokemičnih preiskavah kontroliramo elektrolite, retente, jetrne teste, KF in pKF in jih primerjamo z

izhodnimi vrednostmi. Vsako odstopanje nas opozori, da moramo problem razčistiti.

Pri raku ORL področja sta tumorska markerja SCC Ag in CEA. Zvišan nivo SCC Ag najdemo pri 38 - 53% ORL bolnikov, vendar vrednosti pri istem bolniku lahko nihajo, če jih večkrat ponovimo. CEA, ki je poznan od leta 1965, je pri ORL bolnikih zvišan v 28 - 58%. Višino CEA v serumu najbolj opredeljujejo kadijske navade. Ti tumorski markerji imajo pri ORL bolnikih nizko senzitivnost in tudi pomen. Drugače pa je s tumorskimi markerji, če sumimo na drug primarni malignom črevesja, dojke, ginekološki rak itd., kjer imamo za tumor bolj specifične markerje.

Preiskave

Po opravljenih laboratorijskih preiskavah napotimo bolnika na dodatne preiskave največkrat nazaj v Onkološki inštitut, za rtg pljuč, UZ vratu, UZ trebuha, scintigrafijo in rtg skeleta in CT po naši oceni prizadetega organa. Diagnozo potrdimo ali ovzremo s citološko punkcijo, npr. za lokalni recidiv sumljivega infiltrata v ustni votlini ali v orofarinksu, punktirati damo tudi bezgavko, ki jo zatipamo na vratu. Pri lokalizacijah, ki punkciji niso dostopne, je nujna direktoskopija in histološka overovitev, če posumimo na recidiv ali nov primarni tumor v ORL področju.

Odločitev, kdaj poslati bolnika takoj naprej na preiskave, za nobenega zdravnika, pa naj bo to splošni zdravnik ali specialist, ni enostavna in lahka. Zahteva predvsem veliko pozornosti in izkušenj. Tudi če je bolnik lokoregionarno ozdravljen, moramo ob vsakem na novo ugotovljenem ulkusu ali lokalnem infiltratu in pri povečanih bezgavkah bolnika poslati nazaj k specialistu, da potrdi ali ovzre sum na recidiv.

Zaključek

Poglavitni nalogi zdravnika splošne medicine sta preventiva in zgodnje odkrivanje karcinomov glave in vratu. V preventivi se moramo boriti proti kajenju, pretiranem uživanju alkoholnih pijač in spodbujati ljudi k uživanju biološko polnovredne hrane. Pri odkrivanju ORL karcinomov je treba iskati rizične bolnike, se naučiti zadnje rinoskopije in posredne direktoskopije ter iskati prekanceroze in sumljive lezije v ORL področju. Le ob takem prizadevanju bi uspeli najti bolnike v zgodnjih stadijih bolezni, s tem pa bi lahko bistveno vplivali na preživetje.

Literatura:

1. Incidenca raka v Sloveniji. Ljubljana: Onkološki inštitut-Register raka za Slovenijo; 1994
2. Pompe Kirn V. Incidenca raka ustne votline, orofarinksa in hipofarinksa ter grla v Sloveniji močno narašča. Zdrav. Vestnik 1992; 61:193-6.
3. Million R., Cassisi N., Eds: Management of Head and Neck Cancer: A Multidisciplinary Approach. Philadelphia: Lippincott, 1984
4. Kambič V. Otorinolaringologija. Ljubljana: Mladinska knjiga, 1984