

# KIRURŠKO ZDRAVLJENJE KARCINOMOV GRLA

A. Župevc

V kirurškem zdravljenju karcinoma grla je najpomembnejša popolna odstranitev tumorja. Še vedno moramo v ta namen velikokrat delati laringektomijo, z odstranitvijo bezgavk oziroma metastaz na vratu. Pri nekaterih lokalizacijah karcinoma grla, ki ga odkrijemo dovolj zgodaj, lahko tumor popolnoma odstranimo in laringealno funkcijo obnovimo brez prevelikega tveganja za ponovitev bolezni. Obnovitev delovanja grla je odvisna od lokalizacije in obsežnosti tumorja. Da bomo v obnovitveni kirurgiji grla uspešni, moramo čim bolj korenito odstraniti maligni proces in čim bolj ohraniti ali obnoviti delovanje grla. Med tema dvema zahtevama ne smemo delati kompromisov, predvsem kar zadeva korenitost operacije (1, 2). Vendar, čim korenitejša je operacija, tem težja je ohranitev grlnih funkcij.

Pri vsakem bolniku posebej moramo temeljito pretehtati vse dejavnike, ki so bodisi za bodisi proti funkcionalni kirurgiji grla, če želimo biti uspešni, hkrati pa ne kompromitirati metode ter škodovati bolniku. Danes so mnogi bolniki seznanjeni z možnostmi obnovitvenih operativnih posegov na grlu in tako operacijo tudi želijo, ko se morajo odločati za zdravljenje, seveda pa bolnikove želje ne smejo in ne morejo vplivati na našo odločitev, saj bi s tem v prvi vrsti škodovali bolniku.

## Laringektomija

Prvo laringektomijo je naredil T. Billroth leta 1873 (cit. 1). Laringektomija je, za kirurga, predvsem pa za bolnika, izredno neprijetna, pohabljujoča operacija. Bolniku odstranimo zelo pomemben organ-grlo. Po operaciji ne more več govoriti, diha pa skozi traheostomo. Kljub temu, da je operacija nujna, da gre za bolnikovo življenje, se za ta operativni poseg mnogi le s težavo odločajo. Žal pri nekaterih lokalizacijah, predvsem pa pri razširitvah tumorske rasti nimamo druge možnosti.

## Ohranitvene operacije na grlu

Glede na lego in razširjenost karcinoma delimo delno oziroma ohranitveno kirurgijo grla na tehnično različne operativne posege: hordektomijo, vertikalno parcialno laringektomijo, horizontalno supraglotisno parcialno laringektomijo in subtotalno laringektomijo.

### - Hordektomija (odstranitev glasilke)

Odstranitev glasilke je prav gotovo najenostavnejša oblika operativnega zdravljenja malignoma, če je ta lokaliziran samo na glasilki in ne sega do

sprednje komisure, niti do vokalnega nastavka in se ne širi v Morgagnijev žep ali prostor pod glasilko. Obvezen pogoj je gibljivost glasilk (3, 4).

Glasilko odstranimo skupaj z aritenoidnim hrustancem in notranjo pohrustančnico ščitastega hrustanca. Nastali defekt po odstranitvi glasilke in piramidastega hrustanca pokrijemo s sluznico in deloma z lažno glasilko, ki jo povlečemo navzdol.

Bolniku pustimo nekaj dni po operaciji kanilo predvsem zaradi lažjega izkašljevanja in aspiracije izločka iz sapnika, manj zaradi nevarnosti otekline in težkega dihanja. S požiranjem bolniki že 24 ur po operaciji nimajo večjih težav. Edina posledica, ki ostane, je hripavost, ki bolnika moti, zlasti če mora pri opravljanju svojega poklica veliko govoriti. Ti zamejeni, majhni karcinomi na glasilkah so ozdravljeni v 85 do 98%, in sicer so uspehi enaki pri zdravljenju z operacijo ali z obsevanjem. Zato velja načelo, da hordektomija ni metoda izbire za zdravljenje malignomov grla, saj dosežemo pri oblikah, kjer naj bi bil operativen poseg uspešen, povsem enake rezultate z obsevanjem (5).

Hripavost po obsevanju je manjša ali pa je sploh ni. Hordektomijo delamo takrat, kadar obsevalno zdravljenje iz tega ali onega razloga ni priporočljivo ali kadar po nekajkratnem obsevanju ugotovimo; da se tumor ne odziva na obsevalno zdravljenje, pa tudi pri mlajših bolnikih, da se izognemo nevarnosti inducirane karcinoma.

#### **- Vertikalna parcialna laringektomija**

Navpična delna odstranitev grla je metoda izbora za zdravljenje določenih oblik karcinoma glasilk (3, 4, 6, 7), kjer lahko odstranimo nekaj več kot polovico grla v navpični smeri tako, da ohranimo funkcijo grla (dihanje, obramba, govor). Glede na del, ki ga odstranimo, jo delimo na vertikalateralno in vertikomediale parcialno laringektomijo. Pooperativni ohranitveni rezultati niso odvisni od tehnike rekonstrukcije grla, ampak od pravih indikacij za operacijo, ki so :

1. karcinom na glasilki, ki se širi v sprednjo komisuro, lahko pa je zajeta tudi sprednja tretjina nasprotne glasilke;
2. karcinom na glasilki., ki se širi na vokalni nastavek ali na sprednji in zgornji del piramidastega hrustanca;
3. karcinom na glasilki, ki se širi v področje pod njo do 10 mm ;
4. nekateri primeri karcinoma glasilke, ki se širijo v ventrikel oziroma Morgagnijev žep. Pogoj je, da je glasilka gibljiva.

Ohranitev laringealne funkcije ( dihanje, požiranje, govor) je močno odvisna od uspešnosti rekonstruktivne metode. Za bolnika je predvsem važno dihanje in požiranje, medtem ko je govor drugotnega pomena (2), Kirurg se vedno vprašuje, katera metoda je v kirurgiji grla najboljša, če hočemo ohraniti stalne, čvrste strukture grla in adekvaten lumen ter preprečiti obstruktivne granulacije in brazgotine.

Kot smo že omenili, so pooperativno laringealno, obnovo po vertikalni parcialni laringektomiji opisali številni avtorji. Na Kliniki za otorino- laringologijo in cervikofacialno kirurgijo v Ljubljani že skoraj 25 let uporabljamo epiglottoplastiko za

za kritje defekta po vertikalni frontomedialni ali frontolateralni parcialni laringektomiji. Ta metoda je zelo logična, preprosta in, kar je najvažnejše, uspešna. Pooperativno zdravljenje je kratko.

### **- Horizontalna supraglotisna parcialna laringektomija**

Pri supraglotisni delni odstranitvi grla odstranimo ves supraglotisni oziroma preddvorni del grla (3, 4, 9, 10), to je epiglotis, predepiglotisni prostor, lažni glasilki in zgornjo tretjino ščitastega hrustanca.

Če upoštevamo embriologijo oziroma topografske odnose in mezgovnično mrežje v grlu, je ta operativni poseg popolnoma logičen in upravičen, tako z onkološkega kot s kirurškega stališča. Bocca (9) meni, da horizontalna supraglotisna resekcija grla ni parcialna laringektomija, ampak radikalna resekcija supraglotisnega segmenta grla, ki je embriološko in kancerološko enota, popolnoma neodvisna od drugih delov grla. Uspeh operacije je odvisen predvsem od pravilno postavljene indikacije:

1. karcinom epiglotisa (laringealna, faringealna stran),
2. karcinom ventrikularnih gub,
3. karcinom supraglotisa, ki se je razširil v valemuli in na koren jezika; tu poleg supraglotisnega dela grla odstranimo tudi podjezično kost in dobršen del korena jezika /razširjena supraglotisna laringektomija (9).

Giblјivost glasilk mora biti normalna. Metastaze na vratu niso ovira za supraglotisno parcialno laringektomijo, seveda moramo sočasno tudi radikalno izprazniti vratni predel.

Pri supraglotisni parcialni laringektomiji ni problemov z ohranitvijo grla; preostanek ščitastega hrustanca prišijemo na koren jezika oziroma na podjezično kost, če smo jo pustili. Po operaciji hranimo bolnika 10 dni po nazoezofagusni sondi. Po odstranitvi hranilne cevke imajo bolniki še kak teden težave s požiranjem. Hrana se jim zaletava in obstaja nevarnost aspiracijske pnevmonije. Zato potrebujejo ti bolniki skrbno nego, pogoste aspiracije vsebine iz sapnika, pomoč pri izkašljevanju, pomoč in nadzor pri hranjenju itd. Bolniki sprva lažje požirajo formirano kašasto hrano kot pa tekočino. Navadijo se, da najdejo najprimernejši položaj glave, da se jim pri požiranju hrana ne zaleti oziroma jim ne zateče v grlo ali sapnik. Po enem tednu že večina bolnikov tako dobro požira, da ni več nevarnosti zapletljajev zaradi aspiracije hrane in lahko odstranimo tudi kanilo. Vse pooperativno zdravljenje traja od 17 do 20 dni, le pri redkih operirancih se zaradi oteženega požiranja podaljša.

Uspehi po supraglotisnih parcialnih laringektomijah so, kar zadeva korenito odstranitev tumorja in tudi ohranitev oziroma obnovitev laringalnih funkcij, ob pravih indikacijah dobri. Velikokrat je po operaciji potrebno še obsevanje.

### **- Subtotalna laringektomija**

V primerih, ko tumor iz supraglotisa prehaja navzdol proti glotisu, kar je najpogosteje v zadnjem delu, na področju aritenoida, se odločamo za tako imenovano subtotalno laringektomijo, kjer poleg supraglotisnega dela odstranimo še en aritenoidni hrustanec, s pripadajočo glasilko (3). Po taki operaciji bolnika vedno tudi obsevamo.

Karcinom grla je navzlic, razmeroma ugodnim biološkimi lastnostmi še vedno vzrok velikemu številu umrlih, čeprav so možnosti za ozdravitev prav pri tej lokalizaciji razmeroma ugodne. Še vedno mine od prvih simptomov pa do razpoznavne maligne bolezni v grlu preveč časa, kar ima za posledico veliko število laringektomij; manj pa je bolnikov, ki pridejo tako zgodaj, da lahko kljub radikalni odstranitvi tumorja ohranimo funkcijo grla. Uspehi niso, kar se tiče korenitosti posega po onkoloških zahtevah pri konzervirajočih posegih po pravih indikacijah nič slabši kot pri laringektomijah.

Uspeh zdravljenja bomo lahko izboljšali, če nam bo uspelo odkriti več bolnikov v začetnem stadiju karcinoma. Vsa naša prizadevanja moramo torej v prvi vrsti usmeriti v zgodnje odkrivanje malignih bolezni grla. Pri tem delu pa potrebujemo in pričakujemo pomoč zdravnika splošne medicine, h kateremu se bolnik najprej zateče in išče pomoč za svoje težave.

## Literatura

1. Kambič V. Razvoj kirurškega zdravljenja karcinoma grla in naše izkušnje s konzervirajočimi posegi. Med Razgl 197G; 15 : 57-8.
2. Kambič V. Epiglottoplasty - new method for laryngeal reconstruction. Radiol Jugosl 1977; Suppl II : 33-43.
3. Kleinsasser O. Tumors of the Larynx and Hypopharynx. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, 1988: 161-203.
4. Župevc A. Funkcionalna kirurgija grla. Zdrav Vestn 1981; 50 : 643-8.
5. Som ML. Conference on partial laryngectomy for carcinoma of the larynx. Bull N Y Acad Med 1973 ; 49 : 906-7.
6. Padovan I, Oreškovič M. Kirurgija malignih tumorov larinksa in hipofarinksa. Symp ORL Jug 1973 ; Suppl II : 115-158.
7. Piquet JC, Piquet Jd. Partial vertical laryngectomy in cancer of the larynx. Laryngoscope 1963; 73: 1351-69.
8. Alonso JM. Partial horizontal laryngectomy. Laryngoscope 1966; 76: 161-9.
9. Bocca E. Supraglottic cancer. Laryngoscope 1975; 85: 1318-26.
10. Ogura JH, Session DG, Ciralsky RH. Supraglottic carcinoma with extension to the arythenoid. Laryngoscope 1975; 85: 1327-31.