

RAK POŽIRALNIKA

Irena Oblak, Franc Anderluh

POVZETEK. Rak požiralnika je zaradi svoje agresivne narave bolezen s slabo prognozo. Najpogostejša histološka oblika je ploščatocelični karcinom, ki je običajno v zgornjih dveh tretjinah požiralnika. V zadnjem času pa v razvitem svetu narašča število primerov adenokarcinoma, ki je pogostejši v spodnji tretjini požiralnika. Čezmerno pitje alkohola in kajenje sta povezana s ploščatoceličnim karcinomom v kar 80–90 %. Zmanjšanje, še bolje pa prenehanje kajenja in uživanja alkohola, sta najboljša preventivna ukrepa.

UVOD

Rak požiralnika je razmeroma redek tumor, saj ga je manj kot 1 % vseh primerov rakov in manj kot 5 % malignomov prebavil [1, 2]. Pojavnost bolezni s starostjo narašča. Moški zbolevaro vsaj trikrat pogosteje kot ženske, najpogosteje v 6. ali 7. desetletju življenja. V Sloveniji je v letu 2015 zbolelo 93 ljudi (70 moških in 23 žensk) [2].

Močan porast incidence adenokarcinoma pripisujejo predvsem spremembi načina življenja in posledični večji pojavnosti debelosti, gastroezofagealne refluksne bolezni (GERB) in kajenju. Kot glavna krivca za nastanek ploščatoceličnega raka požiralnika navajajo kajenje in uživanje alkohola [1, 3]. Čezmerno pitje alkohola in kajenje sta povezana s ploščatoceličnim karcinomom v kar 80–90 % [1, 3, 4]. Metaanaliza iz leta 2011 je pokazala, da čezmerne uživalce alkohola ogroža ploščatocelični karcinom požiralnika kar 3,3-krat bolj kot abstinenti. Ob tem je pomembna tudi količina popitega alkohola in pogostnost pitja [5]. Poznan je tudi sinergistični učinek čezmerne pitja in sočasnega kajenja [6, 7], kjer se tveganje za nastanek ploščatoceličnega karcinoma požiralnika zveča tudi na 20–30-krat v primerjavi z nekadilci in abstinenti [7].

SIMPTOMI IN ZNAKI

Simptomi in znaki raka požiralnika se praviloma pojavijo pozno. Težave, ki jih bolnik opazi sam, se običajno pojavijo 3–4 mesece pred postavitvijo diagnoze [1]. Glede na način rasti tumorja in njegovo lego se razlikujejo tudi simptomi in znaki. Tumorji, ki rastejo infiltrativno, običajno težave povzročajo kasneje kot tisti, ki rastejo eksofitično (izraščajo iz stene in se bočijo v svetlino).

Disfagija (otežkočeno požiranje), najpogostejši znak bolezni, se pojavi, šele ko je požiralnik zožen na eno tretjino oziroma ima svetlino ožjo od 13 mm. Najprej se pojavi zatikanje trde, kasneje tudi pasirane in tekoče hrane, vse

do nastanka popoln afagije, ko prizadeti del požiralnika ne dopušča več prehoda nobene hrane in/ali tekočine. Poleg disfagije pri skoraj vseh bolnikih opazamo tudi izgubo telesne teže, ki je posledica motenega prehranjevanja. Ob postavitvi diagnoze ima ob znaka kar 90 % bolnikov [3]. Bolezen se lahko širi s preraščanjem na sosednje organe (sapnik ali sapnici, velike žile, grlo, pljuča, trebušno prepono, hrbtenico, srce in osrčnik) ali pa po limfnih ali krvnih žilah zaseva v oddaljene organe. Ob napredovali bolezni se lahko pojavijo odinofagija (bolečina pri požiranju), bolečina v prsnem košu, hripavost zaradi pareze laringealnega živca, sindrom zgornje vene kave, kronični kašelj zaradi traheozofagealne in bronhozofagealne fistule, hematemeza, hemoptiza in melena, maligni plevralni izliv, pareza hemidiafragme zaradi invazivne rasti v frenični živec in Hornerjev sindrom, ki nastane zaradi pritiska na simpatično živčevje, ter zvečane vratne in supraklavikularne bezgavke. Hematogene zasevke najpogosteje najdemo v pljučih, jetrih, plevri, kosteh, ledvicah in nadledvičnih žlezah.

DIAGNOSTIKA

Osnovna diagnostična preiskava je ezofagogastroduodenoskopija, ki omogoča pridobitev vzorca za patohistološko preiskavo, s katero se bolezen potrdi.

Za opredelitev razširjenosti bolezni morajo bolniki opraviti računalniško tomografijo (CT) prsnega koša z endoskopsko ultrasonografijo požiralnika ali brez nje in CT trebuha ter PET-CT. Pri bolnikih s tumorjem v zgornjem ali srednjem delu požiralnika (nad razcepiščem sapnika ali v njegovem predelu) je treba za izključitev preraščanja tumorja v velike dihalne poti opraviti tudi bronhoskopijo [8].

S pomočjo zgoraj navedenih preiskav opredelimo histološki tip raka požiralnika in hkrati ocenimo tudi razširjenost bolezni po klasifikaciji TNM.

ZDRAVLJENJE

O najprimernejšem načinu zdravljenja se za vsakega posameznega bolnika vedno odločimo na multidisciplinarnem konziliju (torakalni kirurg, radioterapevt onkolog in internist onkolog) glede na stadij bolezni, lokalizacijo tumorja ter splošno stanje bolnika in na njegove morebitne sočasne bolezni [8].

V sklopu radikalnega zdravljenja raka požiralnika pride pri začetnih oblikah bolezni v poštev le kirurška odstranitev tumorja. Pri višjih stadijih bolezni in kadar bolnik iz kakršnega koli razloga ni kandidat za operacijo ali pa jo zavrača, pride v poštev radiokemoterapija, bodisi kot samostojen način ali pa v sklopu predoperacijskega zdravljenja. Bolniki z lokalno in/ali regionalno

napredovalim karcinomom, ki se nahaja nad razcepiščem sapnika (suprakarinalni tumorji) praviloma prejmejo radikalno, tisti s tumorjem pod razcepiščem sapnika (infrakarinalni tumorji), pa predoperacijsko radiokemoterapijo. Slednja zmanjša tumor, kar zveča verjetnost za popolno resekcijo, hkrati pa to zdravljenjem deluje tudi na morebitne mikrozasveke drugje po telesu. Pri ploščatoceličnih karcinomih, ki se nahajajo nad razcepiščem sapnika (suprakarinalni tumor), ali pretežno samo na vratu, je kirurški poseg tehnično precej zapleten. Po operaciji so pogosti resnejši pooperacijski zapleti, opisujejo pa tudi precejšnjo smrtnost, zato se v teh primerih običajno odločimo za radikalno radiokemoterapijo [8, 9].

V primeru, ko je bolezen že izrazito napredovala, se praviloma odločimo le za paliativno in podporno onkološko zdravljenje. Predvsem je pomembna zagotovitev ustrezne prehranske poti (vstavitev opornice v predel tumorske zožitve, izdelava hranilne gastro- ali jejunostome, paliativno obsevanje) in ustrezne analgetične terapije.

Kljub vsemu napredku v onkološkem zdravljenju je rak požiralnika tudi v razvitih državah žal še vedno bolezen s slabo prognozo. V zadnjih letih sicer se je 5-letno preživetje sicer nekoliko izboljšalo, je pa še vedno manjše od 20 %, odvisno od razširjenosti in histološkega tipa [3].

ZAKLJUČEK

Zavračanje kajenja in čezmernega uživanja alkoholnih pijač je najučinkovitejši način zmanjšanje zbolewnosti za rakom požiralnika.

LITERATURA

1. Czito BG, Denittis AS, Willett CG. Esophageal cancer. In: Halperin EC, Perez CA, Brady LW (editors). *Perez and Brady's principles and practice of radiation oncology*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams&Wilkins, 2008: 1131–53.
2. Rak v Sloveniji 2015. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka, Register raka Republike Slovenije, 2018.
3. Posner MC, Minsky BD, Ilson DH. Cancer of the esophagus. In: DeVita VT Jr., Lawrence TS, Rosenberg SA (editors). *DeVita, Hellman, and Rosenberg's cancer: Principles & practice of oncology*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams&Wilkins, 2011: 887–923.
4. Pandeya N, Williams G, Green AC, Webb PM, Whiteman DC; Australian Cancer Study. Alcohol consumption and the risks of adenocarcinoma and squamous cell carcinoma of the esophagus. *Gastroenterology* 2009; 136 (4): 1215.
5. Oze I, Matsuo K, Wakai K, Nagata C, Mizoue T, Tanaka K, et al. Alcohol drinking and esophageal cancer risk: An evaluation based on a systematic review of epidemiologic evidence among the Japanese population. *Jpn J Clin Oncol* 2011; 41: 677–92.

6. Sakata K, Hoshiyama Y, Morioka S, Hashimoto T, Takeshita T, Tamakoshi A; JACC Study Group. Smoking, alcohol drinking and esophageal cancer: Findings from the JACC Study. *J Epidemiol.* 2005; 15 (Suppl 2): S212–9.
7. Prabhu A, Obi KO, Rubenstein JH. The synergistic effects of alcohol and tobacco consumption on the risk of esophageal squamous cell carcinoma: A meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2014; 109 (6): 822.
8. Smernice za zdravljenje bolnikov z rakom požiralnika in ezofagogastricnega stika (EGS). Anderluh F, But Hadžić J, Crnjac A, Gacevski G, Hlebanja Z, Jeromen A. (editors). Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana 2016. Pridobljeno na spletni strani https://www.onko-i.si/fileadmin/user_upload/Smernice_za_zdravljenje_raka_poziralnika_in_EGS_splet.pdf
9. Anderluh F. Pogled zdravnika radioterapevta na zdravljenje raka požiralnika. In: Šola: tumorji prebavil II, Ljubljana, 15. 11. 2013. *Onkologija* 2014; 18 (1): 29–33.