



ONKOLOŠKI
INŠTITUT
LJUBLJANA

INSTITUTE
OF ONCOLOGY
LJUBLJANA

RAK POŽIRALNIKA

Kaj morate vedeti o bolezni

Druga, prenovljena
in dopolnjena izdaja



RAK POŽIRALNIKA

Kaj morate vedeti o bolezni

Druga, prenovljena in dopolnjena izdaja

Avtorja:

Marko Boc, dr. med.

Asist. dr. Martina Reberšek, dr. med.

Soavtorji:

Doc. dr. Janja Ocvirk, dr. med.,

Jernej Benedik, dr. med.

Mag. Zvezdana Hlebanja, dr. med.

Dr. Neva Volk, dr. med.

Maja Ebert Moltara, dr. med.

Mag. Tanja Mesti, dr. med.

Asist. mag. France Anderluh, dr. med.

Doc. dr. Vaneja Velenik, dr. med.

Doc. dr. Irena Oblak, dr. med.

Jasna But Hadžić, dr. med.

Ajra Šečerov Ermenc, dr. med.

Asist. dr. Nada Kozjek, dr. med.

Asist. Matevž Srpčič, dr. med. (Klinični oddelek za torakalno kirurgijo, Univerzitetni klinični center Ljubljana)

Lektoriranje: Žan - Storitve, prevajanje in lektoriranje, d.o.o.

Oblikovanje: Barbara Bogataj Kokalj, Studio Aleja d.o.o.

Ilustracije: Katja Mulej

Tisk: Medium d.o.o., Žirovnica

Naklada: 300 kom

Izdal: Onkološki inštitut Ljubljana, www.onko-i.si

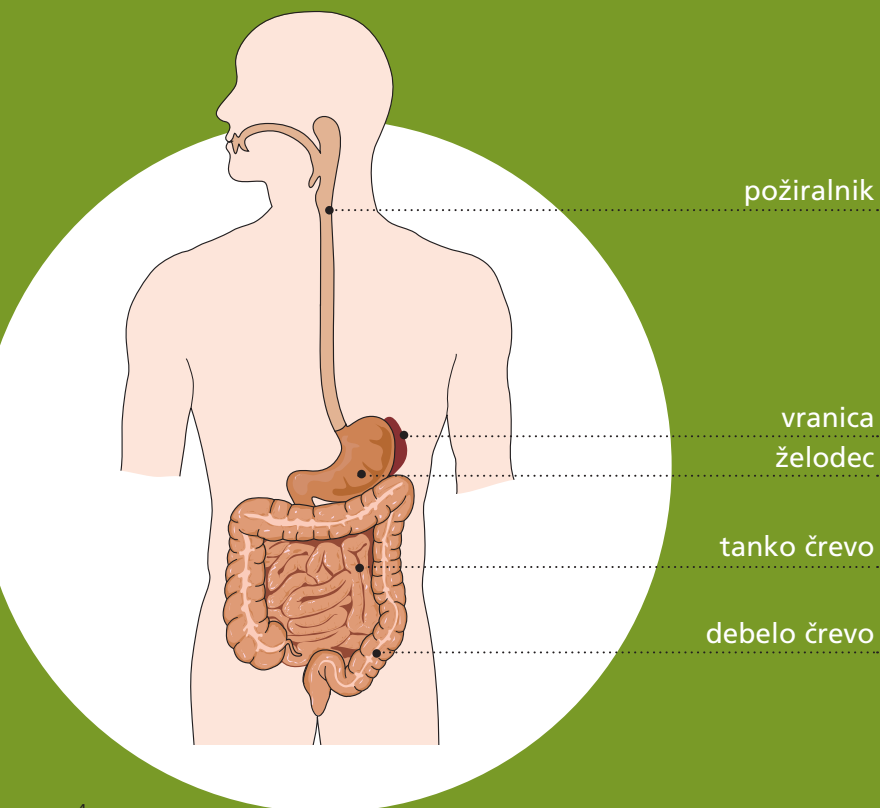
Leto izida: 2014

KAZALO

POŽIRALNIK	4
TUMORJI POŽIRALNIKA	5
DEJAVNIKI TVEGANJA ZA NASTANEK TUMORJEV POŽIRALNIKA	6
ZNAKI IN SIMPTOMI TUMORJEV POŽIRALNIKA.....	7
DIAGNOSTIČNE PREISKAVE	8
ZDRAVLJENJE TUMORJEV POŽIRALNIKA.....	11
LOKALNO ZDRAVLJENJE	12
Zdravljenje s kirurgijo	12
Zdravljenje z radiokemoterapijo.....	14
ZDRAVLJENJE LOKALNO RAZŠIRJENE IN METASTATSKE BOLEZNI	17
PALIATIVNO PODPORNO ZDRAVLJENJE	19
PREHRANA.....	20
SPREMLJANJE BOLNIKOV	23
VPRAŠANJA, KI JIH LAHKO ZASTAVITE ZDRAVNIKU	24
Vprašanja za kirurga	24
Vprašanja za radioterapevta	25
Vprašanja za internista onkologa	26
Vprašanja za specialista klinične prehrane.....	27

POŽIRALNIK

Požiralnik (latinsko esophagus) je del prebavne cevi, ki poteka od žrela do želodca, ponavadi je dolg med 23 in 26 cm. Stena požiralnika je sestavljena iz dveh plasti mišičja, razporejenih krožno in vzdolžno. Notranjost požiralnika je, tako kot pri ostalih delih prebavil, obdana s sluznico. Večji del sluznice sestavlja poroženevajoč ploščatocelični epitelij, le spodnji del vsebuje tudi elemente žleznega epitelija. Anatomsko ga razdelimo na vratni (zgornja tretjina) in prsni del (spodnji dve tretjini). Najpomembnejša naloga požiralnika je, da s pomočjo peristaltike (usklajeno krčenje mišic) prenaša hrano iz ust do želodca.



TUMORJI POŽIRALNIKA

Tako kot pri drugih organskih sistemih tudi pri požiralniku ločimo benigne in maligne tumorje.

Benigni ali nerakavi tumorji ponavadi rastejo lokalno in so običajno nenevarni. Osnovno zdravljenje je kirurško, po odstranitvi, ki je lahko klasična ali endoskopska, se tumorji običajno ne ponovijo več. Ker večinoma ne povzročajo težav jih ponavadi odkrijemo naključno pri endoskopiji.

Maligni (rakavi) tumorji za razliko od benignih rastejo bolj invazivno, lahko prerastejo steno požiralnika in se širijo v okolne organe, kot so želodec, trebušna slinavka, jetra, perikard in drugi deli črevesja. Poleg lokalne rasti pa je zanje značilno tudi zasevanje v oddaljene organe. Celice lahko zasevajo po limfnem sistemu (limfogeno) ali po krvi, (hematogeno), usidrajo pa se v oddaljenih organih (jetra, pljuča, kosti, bezgavke, centralni živčni sistem) in tam tvorijo zasevke (metastaze). Hematogeni zasevki so pri raku požiralnika prisotni pri 25 do 30 % bolnikov ob postavitvi diagnoze, najpogostejši so v pljučih, jetrih, plevri, kosteh, ledvicah in nadledvičnih žlezah. Rak na požiralniku je **histološko** večinoma ploščatocelični oz. skvamozni karcinom (predvsem zgornja in srednja tretjina) ali žlezni oz. adenokarcinom (spodnja tretjina). Kadar se tumor pojavi na prehodu iz požiralnika v želodec, govorimo o raku gastroezofagealnega prehoda, ki je praviloma žleznega izvora (adenokarcinom). Med redkejše tumorje požiralnika spadajo še melanom, leiomijsarkom, karcinoid in limfom.

DEJAVNIKI TVEGANJA ZA NASTANEK TUMORJEV POŽIRALNIKA

Dejavniki tveganja so dejavniki, ki povečajo možnost za nastanek raka. Pri raku požiralnika so to:

Starost: najpogosteje nastane v 6. ali 7. desetletju življenja.

Spol: je trikrat pogostejši pri moških.

Prehrana: nepravilna prehrana (preveč maščob in premalo sadja ter zelenjave).

Razvade: čezmerno uživanje alkohola in kajenje.

Čezmerna telesna teža: predvsem razporejena centralno (abdominalna debelost).

Gastroezofagealna reflukna bolezen (GERB): hrana potuje skozi požiralnik v želodec. Ustje na spodnjem delu požiralnika, ki je običajno zaprto, preprečuje, da bi kislina želodčna vsebina zatekala nazaj v požiralnik. Po zaužitju hrane se ustje sprosti in zaloga hrane preide v želodec. Sprostitev v normalnih razmerah traja le kratek čas, če traja dlje ali pa se pojavi celo brez predhodnega požiranja, lahko hrana oz. kislina želodčna vsebina prehaja nazaj v požiralnik, kjer poškoduje sluznico in povzroča zgago.

Barrettov požiralnik: kot posledica dolgotrajne refluksne bolezni se razvijejo kronične vnetne spremembe na sluznici požiralnika, spremeni se epitelij v spodnjem delu požiralnika; takrat govorimo o Barrettovem požiralniku. Ta predstavlja predrakavo stanje in lahko vodi v nastanek invazivnega raka.

Genetski dejavniki: pogostejši je pri redki genetski bolezni, »palmarni tilozi«, za katero je značilno poroženevanje dlani in podplatov.

Najboljši način preprečevanja raka na požiralniku je izogibanje kajenju, pitju alkoholnih pijač, skrb za zdravo in uravnoteženo prehrano ter normalno telesno težo!



ZNAKI IN SIMPTOMI TUMORJEV POŽIRALNIKA

Zgodnje oblike raka pogosto ne povzročajo specifičnih bolezenskih znakov in simptomov. Z napredovanjem ter rastjo tumorja pa se pojavijo oz. stopnjujejo naslednji bolezenski znaki in simptomi:

- oteženo požiranje (najprej trda hrana, kasneje tudi pasirana in tekoča);
- hujšanje;

- bolečina pri požiranju, pogosto s širjenjem v hrbet;
- slabost in bruhanje;
- občutek utrujenosti (največkrat posledica slabokrvnosti);
- hripavost in/ali trdovraten kašelj;
- povečane bezgavke v predelu vratu;
- izkašljevanje krvi;
- črno blato.

Navedeni znaki in simptomi pa niso specifični samo za raka požiralnika, lahko so tudi posledica drugih stanj ter obolenj.



Če omenjene težave trajajo več kot tri tedne, je zelo pomembno, da se oglasite pri izbranem zdravniku, ki vas bo napotil na ustrezne preiskave oz. na pregled k ustreznemu specialistu!

DIAGNOSTIČNE PREISKAVE

Rak požiralnika praviloma odkrijemo oz. dokažemo z endoskopsko preiskavo (gastroskopija) in odvzemom histoloških vzorcev med samo preiskavo.

Pred odločitvijo o načinu zdravljenja mora bolnik opraviti preiskave za določitev obsega bolezni. Na osnovi teh preiskav določimo tako imenovani **TNM stadij**. Z oznako T označimo velikost tumorja, z N število in lego prizadetih bezgavk ter z M navzočnost morebitnih oddaljenih zasevkov.

Ezofagogastroduodenoskopija z biopsijo tumorskih sprememb: odvisno od namena govorimo o diagnostični (ugotavljanje bolezni) in terapevtski (metoda zdravljenja) ezofagoskopiji. To je preiskava z endoskopom, upogljivo cevko, sestavljeno iz številnih optičnih vlaken, prek katerih se slika notranjosti požiralnika prenaša na televizijski monitor, ki preiskovalcu omogoča pregled sluznice požiralnika. Pred pregledom zdravnik z anestetikom v pršilu omrtviči žrelo in požiralnik, tako da preiskovanec cevko lažje pogoltne. Med preiskavo se odvzamejo vzorci (delček tkiva) za preiskavo pod mikroskopom. Govorimo o **biopsiji**, vzorce pod mikroskopom pogleda specialist patolog, ki oceni, ali je sprememba rakava in če je, iz katerih celic izvira. Samo preiskavo lahko bolniki opravijo v bolnišnicah, v ambulantah specialistov gastroenterologov ali pa v diagnostičnih centrih. Velja za najbolj zanesljivo metodo zgodnjega odkrivanja rakavih sprememb. Pri zelo majhnih spremembah, ki so omejene le na sluznico (polipi), se te lahko odstrani že med samo preiskavo. Takrat govorimo o terapevtski ezofagoskopiji. Običajno se ezofagoskopija kombinira z gastroduodenoskopijo, kjer z eno preiskavo pogledamo požiralnik, želodec in dvanajstnik.

Rentgensko slikanje požiralnika in želodca s kontrastnim sredstvom (ezofagogastrogram): pri preiskavi slikamo prebavno cev s pomočjo barijevega kontrastnega sredstva, ki ga bolnik spije pred in med preiskavo. Tako postanejo na rentgenogramu vidne spremembe na sluznici požiralnika in želodca, preiskava nam poda tudi informacijo o prehodnosti prebavne cevi na nivoju tumorja.

Endoskopski ultrazvok (EUZ) požiralnika: ultrazvok (UZ) je zvok s frekvenco, višjo od zgornje meje slišnega obmo-

čja. Preiskava z ultrazvokom je neinvazivna medicinska tehnika, s katero lahko dobimo vpogled v notranjost mehkih tkiv, pri tem zdravo tkivo absorbira in odbija valove drugače kot tumor. Odbite valove sprejema pretvornik, ki obdelane podatke projicira na zaslon oz. monitor. Pri EUZ je ultrazvočna (UZ) sonda pritrjena na fleksibilno cev endoskopa; tako pregledamo steno požiralnika in njegovo okolico, določimo lahko globino prodora tumorja preko stene, v sosednje organe in prizadetost področnih bezgavk.



Bronhoskopija: endoskopska preiskava dihalnih poti, s katero ugotavljamo morebitno preraščanje raka požiralnika v dihalne poti oz. zadnjo steno sapnice, opravimo jo, kadar je tumor požiralnika na nivoju razcepišča sapnic ali višje.

Računalniška tomografija (CT) prsnega koša: je vrsta rentgenskega slikanja, pri katerem je rentgenski aparat neposredno povezan z računalnikom; s CT se posname niz podrobnih slik notranjih organov. Včasih je za lažje oz. boljše razlikovanje struktur treba uporabiti tudi kontrastno sredstvo, ki ga bolnik dobi v žilo.

UZ oz. CT trebuha, scintigrafija kosti, PET-CT: to so preiskave, z katerimi ugotavljamo morebitne oddaljene zasevke v telesu; za njih se odločamo glede na težave, ki jih ima bolnik.

Laboratorijske preiskave, hematest in tumorski označevalci: bolniku odvzamemo vzorce krvi za osnovne laboratorijske preiskave in določitev višine tumorskih označevalcev (CEA, Ca 19-9, Ca 72-4), odvzete vzorce blata pa testiramo na prisotnost krvi v blatu.

ZDRAVLJENJE TUMORJEV POŽIRALNIKA

Na podlagi določenega TNM stadija, lege tumorja, starosti bolnika, njegovega splošnega zdravstvenega stanja in telesne zmogljivosti ter sočasnih boleznih se glede najbolj optimalnega zdravljenja odloča **multidisciplinarni konzilij**,

ki ga sestavljajo specialist kirurg, specialist internistične onkologije in specialist radioterapije.

Zdravljenje je lahko lokalno in/ali sistemsko. V lokalno zdravljenje spadata operacija in obsevanje, s katerima odstranijo oziroma zmanjšajo tumor v predelu požiralnika in v njegovi bližini, kamor lahko vrašča, ter v lokalnih bezgavkah. Sistemsko zdravljenje je zdravljenje s kemoterapijo (citostatiki), ki omogoča uničenje oddaljenih zasevkov.

LOKALNO ZDRAVLJENJE

Zdravljenje s kirurgijo

Kirurško zdravljenje ponudimo bolnikom, ki imajo omejeno obliko bolezni in so za operacijo sposobni. Zaradi zelo centralne lege v telesu je kirurgija požiralnika zahtevna. Požiralnik je sicer enostavna mišična cev, znotraj pokrita s sluznico, ki pa ga zaradi značilne prekrvavitve in limfne drenaže ne moremo odstraniti le majhen del. Če se odločimo za zdravljenje z operacijo, moramo odstraniti najmanj tri četrtine požiralnika, vrzel v prebavni cevi pa nadomestiti z drugim organom.

Največkrat odstranimo celoten trebušni in skoraj celoten prsni del požiralnika (*Lewisova operacija*). Najprej skozi navpični rez v zgornjem delu trebuha iz želodca oblikujemo cev, nato pa skozi desno stran prsnega koša odstranimo požiralnik, potegnemo pripravljeno cev v prsni koš in jo tam povežemo z ostankom požiralnika (naredimo anastomozo). Različici te operacije sta *totalna resekcija požiralnika*, kjer naredimo še rez na levi strani vratu in na tem mestu naredimo anastomozo, ali pa *transhiatusna resekcija*, kjer ne odpremo prsnega koša,

temveč požiralnik odstranimo skozi rez v zgornjem delu trebuha in levo na vratu.

Ob resekciji požiralnika kirurg ponavadi napelje tudi tanko cevko v ozko črevo, po kateri operirani dobiva hrano po operaciji. Po opravljeni anastomozi je namreč potreben čas, da se stvari zacelijo, zato bolnikom en teden po operaciji ne dajemo hrane prek ust.

Poleg nadomestitve odstranjenega požiralnika z želodcem poznamo tudi nadomestitev s širokim ali ozkim črevesom, ki ju večinoma uporabimo, če nadomestitev z želodcem ne uspe.

Posegi, ki prizadenejo dve veliki telesni votlini, trebušno in prsno, so za bolnika velika obremenitev, zato lahko operiramo samo tiste, ki imajo zadosti zdrava pljuča in srce. Zapleti, ki lahko nastopijo po teh posegih, so: krvavitev in okužba rane kot pri vsaki operaciji, moteno celjenje anastomoze (ki lahko, če se ne zaraste, povzroči hudo okužbo in sepso), pljučnica, okužen plevralni prostor, pri posegih na vratu tudi hripavost zaradi poškodb živcev za grlo.

Pozne posledice resekcije požiralnika so lahko: večina operirancev ima refluks želodčne kisline v ostanek požiralnika in žrelo (pomagamo z dietnimi navodili in zdravili), zaradi brazgotinjenja anastomoze lahko pride do zožitve in težkega požiranja (pomagamo z endoskopskim širjenjem), dolgotrajne bolečine po pristopu v prsni koš ter trebušna kila po rezu v trebušni steni.

Bolniki so v bolnišnici ob odstranitvi požiralnika okoli 14 dni, rehabilitacija pa traja nekaj mesecev. Za telesno sposobne bolnike z omejeno boleznijo je odstranitev požiralnika sicer velika preizkušnja, vendar pa dolgoročno ponuja največjo možnost ozdravitve.

Zdravljenje z radiokemoterapijo

Radioterapija je vrsta lokalnega zdravljenja tumorjev z obsevanjem z visokoenergijskimi žarki, ki jih tvorijo linearni pospeševalniki. Govorimo o zunanjem obsevanju ali teleradioterapiji, pri kateri žarki prehajajo skozi bolnikovo telo. Pred pričetkom zdravljenja sta v okviru priprave na obsevanje potrebna en ali dva obiska na simulatorju (odvisno od vrste in namena obsevanja), kjer bolnika preslikamo, nato pa zdravnik radioterapevt in fizik na osnovi na simulatorju zajetih slik ter izvidov ostalih preiskav izdelata natančen načrt obsevalnega zdravljenja (določitev števila žarkov in njihove energije, izračun prejete doze v tarčnih volumnih, ocena prejete doze v zdravih tkivih, ki se nahajajo na poti žarka, ipd.). Sočasno z obsevanjem bolniki lahko dobivajo tudi kemoterapijo, ki stopnjuje učinek samega obsevanja, obenem pa z zdravili uničujemo tudi morebitne mikrozasevke drugod po telesu.

Obsevanje kot metodo zdravljenja lahko uporabljamo samostojno ali pa v kombinaciji z drugimi načini zdravljenja. Kadar govorimo o radikalnem zdravljenju (zdravljenje z namenom ozdravitve) obsevanje običajno uporabljamo v kombinaciji z drugimi načini zdravljenja. Na osnovi rezultatov številnih kliničnih raziskav po svetu se v zadnjem času pri lokoregionalno napredovali bolezni (tumor prerašča steno požiralnika in/ali so prisotni tudi že zasevki v regionalnih bezgavkah) vse pogosteje odločamo za **predoperativno obsevanje** (običajno v kombinaciji s kemoterapijo), kjer poskušamo z obsevanjem tumor zmanjšati in s tem kirurgu omogočiti večjo možnost kompletne (radikalne) odstranitve tumorja in prizadetih bezgavk v celoti. Pri tumorjih v vratnem delu požiralnika ali če se tumorji nahajajo drugje, pa operacija iz katerega

koli razloga ni mogoča, bolnike zdravimo z *definitivnim obsevanjem* (običajno v kombinaciji s kemoterapijo). Pri tovrstnem obsevanju je skupna prejeta doza obsevanja višja kot pri predoperativnem obsevanju. V primeru, ko so bili bolniki najprej operirani, se za *pooperativno obsevanje* (običajno v kombinaciji s kemoterapijo) odločamo pri bolnikih z adenokarcinomi spodnjega požiralnika in tumorji na prehodu požiralnika v želodec, pri katerih je bil tumor odstranjen v celoti, vendar pa je lokalno napredoval in/ali so bile že prizadete tudi področne bezgavke,



ter pri bolnikih, kjer je bila operacija neradikalna, torej z ostankom bolezni.

Kot samostojno metodo zdravljenja obsevanje najpogosteje uporabimo v sklopu paliativnega zdravljenja, kjer poizkušamo z nekaj obsevanji (običajno od ena do deset, odvisno od kliničnega stanja) bolniku olajšati težave, ki jih ima (bolečine, težave s požiranjem, krvavitev iz tumorja ...) in mu z zdravljenjem ne povzročiti novih.

V obsevalna polja so vedno delno zajeta tudi zdrava tkiva v okolici tumorja in prizadetih bezgavk, zaradi česar se lahko v času zdravljenja pojavijo neželeni učinki. Pojav in jakost neželenih učinkov sta odvisna od velikosti obsevanega področja ter trajanja obsevanja. Neželeni učinki se pri različnih ljudeh različno izrazijo, njihova intenzivnost pa se med zdravljenjem lahko spreminja. Pri obsevanju tumorjev požiralnika se najpogosteje pojavljajo suha usta in žrelo, pekoče bolečine (lahko povezane s požiranjem, ni pa nujno) v žrelu, grlu, vzdolž požiralnika in v žlički, oteženo požiranje, slabost in/ali bruhanje, splošna utrujenost, izguba teka, hujšanje, poslabšanje krvne slike ter vnetje kože v obsevalnem polju. Zdravnik vam bo na rednih kontrolnih pregledih med obsevanjem svetoval, kako premagati morebitne neželene učinke med samim zdravljenjem. V nekaj tednih po končanem obsevanju neželeni učinki praviloma izzvenijo.

ZDRAVLJENJE LOKALNO RAZŠIRJENE IN METASTATSKE BOLEZNI

O metastatski bolezni govorimo takrat, ko so prisotni oddaljeni zasevki in je bolezen neozdravljiva. Zdravljenje metastatske bolezni je paliativno, z namenom zmanjšanja težav, ki jih povzroča bolezen, izboljšanja kakovosti življenja in podaljšanja preživetja.

Zdravljenje metastatske bolezni poteka s sistemsko kemoterapijo, ki zavira delitev rakavih celic in posledično povzroči njihovo uničenje. Glede na doslej opravljene klinične raziskave standardnega sistemskega zdravljenja metastatske bolezni za zdaj še ni. Najpogosteje predpisujemo citostatike iz skupine derivatov platine (cisplatin, karboplatin, oksaliplatin) in iz skupine fluoropirimidinov (v obliki tablet kapecitabina, v obliki infuzije 5-fluorouracila), iz skupine taksanov in antracikline. Citostatike predpisujemo v kombinaciji dveh, redko treh citostatikov. Zdravljenje s tarčnimi zdravili se zaenkrat izvaja le v okviru kliničnih raziskav.

Sistemsko zdravljenje s kemoterapijo načrtuje in vodi internist onkolog. O vrsti in kombinaciji zdravil se odloča glede na splošno bolnikovo stanje, sočasne bolezni in razširjenost bolezni. Od vrste kemoterapije je odvisno, ali bo zdravljenje potekalo ambulantno, ali pa bo treba za nekaj dni ostati v bolnišnici. Zdravljenje s kemoterapijo poteka v ciklih, po aplikaciji zdravil sledi premor v trajanju tri ali štiri tedne in to imenujemo cikel. Število ciklov pri zdravljenju metastatske bolezni je različno, odvisno je od učinkovitosti zdravljenja in morebitnih neželenih učinkov kemoterapije. Če bolezen napreduje, se zdravnik odloči za zamenjavo citostatikov ali za paliativno podporno zdravljenje.

Pojav in izraženost neželenih učinkov sta odvisna od izbrane kombinacije zdravil ter trajanja zdravljenja. Neželeni učinki se pri različnih ljudeh različno izrazijo, njihova intenzivnost se med zdravljenjem lahko spreminja. Najpogostejši neželeni učinki kemoterapije so: slabost, bruhanje, utrujenost, hujšanje, izpadanje las, ranice v ustih, driska, slabokrvnost, okužbe, rdečina dlani in podplatov.



Sodelovanje z zdravnikom je izredno pomembno.

Pred vami je veliko odločitev, ki jih boste morali sprejeti. V nadaljevanju podajamo nekaj priporočil:

- Zapisujte si informacije, ki jih dobivate, in vprašanja, na katera želite odgovore.



- Bodite informirani. Poučite se o preiskavah, posegih in zdravilih, ki jih prejimate.
- Opazujte svoje telo, redno kontrolirajte svojo telesno težo.
- Poiščite organizacije, društva, v katera se združujejo bolniki z rakom.
- Na obisk k zdravniku pripeljite s seboj sorodnika ali prijatelja, ki vam bo pomagal zabeležiti podatke, ki jih boste dobili od zdravnika.
- Vprašajte zdravnika o vsem, kar vas o vaši bolezni zanima.

PALIATIVNO PODPORNO ZDRAVLJENJE

Omenili smo že, da je najboljši način zdravljenja metastatske, razširjene, bolezni paliativno zdravljenje. Ljudje paliativno zdravljenje zmotno enačijo z zdravljenjem umirajočega bolnika. Cilj paliativnega zdravljenja je najboljša možna kakovost življenja. Poseben poudarek je na celostni obravnavi bolnikovih težav (telesni simptomi bolezni, psihične, čustvene, socialne težave ...) in njegovih bližnjih. Tako kot bolnik imajo tudi svojci težave zaradi bolnikovega raka, vendar te običajno ostanejo nenaslovljene. Paliativno zdravljenje vedno vključuje tudi svoje, bližnje in jim nudi pomoč, ki jo potrebujejo (pogosta je neustrezna komunikacija znotraj družine, zanemarjena so čustva in skrbi so velike).

Zdravljenje vedno izvajamo timsko, člani tima se spreminjajo glede na bolnikove težave (npr. specialist za klinično prehrano, protibolečinska ambulanta, psiho-onkolog, oddelek za akutno paliativno obravnavo ...). V skrbi za najboljšo kakovost življenja lahko **paliativno zdravljenje vključuje kirurško zdravljenje** (razrešitev nezmožnosti hranjenja), **zdravljenje z radioterapijo** (obsevanje bolečih zasevkov, primarnega tumorja) **in sistemsko zdravljenje – kemoterapijo** (zmanjšanje obsega bolezni zmanjša težave zaradi bolezni). Raziskave jasno kažejo, da je paliativno zdravljenje povezano s podaljšanjem preživetja in izboljšanjem blagostanja bolnika.

PREHRANA

Priporočila za prehrano bolnikov z rakom se razlikujejo od priporočil za prehrano zdravega človeka. Pri priporočilih za prehrano bolnikov z rakom prav tako izhajamo iz uravnotežene varovalne prehrane zdravega človeka, vendar je zaradi presnovnih sprememb (imenujemo jih kahektične presnovne spremembe), ki so posledica rakaste bolezni in njenega zdravljenja, potreben bistveno večji vnos beljakovin. Pri raku gre za stanje stresne presnove, ko so zlasti povečane potrebe po beljakovinah, in so razgraditveni procesi v organizmu močno pospešeni, presnovne spremembe pa se še poglobijo z zdravljenjem ter stradanjem. Kahektične presnovne spremembe so namreč večinoma prisotne tudi pri bolnikih z rakom požiralnika. Osnovni posledici pa sta nato oslABLJENO delovanje imunskega sistema in izguba telesne mase.



Bolniki se hitreje utrudijo in slabše prenašajo zdravljenje, zato je prehranska obravnava pri bolniku z rakom požiralnika potrebna takoj po postavitvi diagnoze, bolnikovo prehransko stanje pa je treba spremljati ves čas zdravljenja. V primeru, ko je vnos energije in posameznih hranil s prehrano nezadosten, je potrebna prehranska obravnava pri kliničnem dietetiku. Skrbno načrtovana prehrana je bistvenega pomena, saj bolniku omogoča vzdrževanje dobre kondicije in prispeva k njegovemu boljšemu počutju ter uspešnemu zdravljenju. Prehranska obravnava je še posebej pomembna pri bolnikih s tumorji požiralnika, saj ti lahko neposredno ovirajo vnos hrane, sopojava zdravljenja pa pogosto poškodujejo sluznice zgornjih prebavil. Bolniki imajo pogosto suha usta in vne-

tje sluznic, pogosto se spremeni tudi občutek za okus. Tem prehranskim težavam se neredko pridruži še izguba apetita in odpor do določenih vrst hrane. Bolnikom tako svetujemo, da uživajo hrano pogosto v obliki majhnih prigrizkov, prehrana naj bo energetsko in beljakovinsko gosta, brez izrazitega vonja ter okusa. Vnos hrane naj porazdelijo čez dan, kar je za bolnike z rakom tudi presnovno ugodno. V primeru, da je oteženo požiranje, je potrebno spremeniti konsistenco obrokov, bolnikom predlagamo, da si hrano spsirajo ali utekočinijo. Kadar je vnos energije in/ali beljakovin z normalno prehrano nezadosten, bolnikom predpišemo oralne prehranske dodatke v obliki napitkov, pudingov ali praškov, ki jih umešajo v normalno hrano. Kot posebno prehrano uporabljamo pri bolnikih z rakom požiralnika oralne prehranske dodatke, ki vsebujejo farmakološke odmerke omega-3 maščobne kisline EPA (eikozapentojska kislina). EPA naj bi v odmerku 1,2 do 1,6 grama/dan imela protivneten antikahpektičen učinek in naj bi zavirala izgubo telesne mase ter funkcionalno opešanje. Po operaciji lahko bolnik dobiva hranilne snovi neposredno v žilo. Nekateri bolniki bodo v kasnejšem poteku bolezni ali med zdravljenjem z obsevanjem in/ali kemoterapijo potrebovali **nazogastrično sondo** (upogljivo plastično cev, ki jo preko nosa ali ust vstavimo v želodec) ali **gastrostomo**, dokler ne bodo sposobni samostojno požirati. Za to, da zagotovimo zadosten energetski in hranilni vnos, pogosto kombiniramo več poti vnosa energije in hranil, dokler bolnik ni sposoben zaužiti potrebne dnevne količine hrane prek ust.

Pri vseh prehranskih težavah bolnikom svetujemo, da dnevno količino hrane zaužijejo v več manjših obrokih/prigrizkih. Četudi ima bolnik težave s požiranjem, lahko

poje redkejšo in mehkejšo hrano z različnimi prelivami in omakami. Primerne so juhe, pireji, sladoledi in pudingi, ki so hranljivi ter jih bolnik lažje požira. **Stradanje, neredna in enolična prehrana so škodljivi!** Če bolnik ne more zaužiti zadostne količine beljakovin, energije in mikrohranil z običajno hrano, če kljub zadostnemu vnosu hranil izgublja telesno težo ter se med zdravljenjem pojavijo neželeni učinki, ki onemogočajo vnos hrane, se je treba o tem pogovoriti z medicinsko sestro ali zdravnikom, ki imata znanje o prehrani rakastih bolnikov. V ta namen v okviru našega inštituta deluje prehranska ambulanta. Izguba telesne teže namreč pospešuje stanje **rakaste kaheksije** (stanje popolne telesne izčrpanosti), ki je negativen prognostični pokazatelj in izrazito negativen dejavnik v procesu zdravljenja bolezni ter lahko tudi onemogoča zdravljenje.

SPREMLJANJE BOLNIKOV

Po zaključenem zdravljenju so prvih pet let predvideni redni kontrolni pregledi in preiskave. Prvi dve leti potekajo na 3 do 6 mesecev, od tretjega do petega leta pa na 6 do 12 mesecev. Pri vsakem pregledu se bolnika povpraša o morebitnih težavah, opravi klinični pregled in laboratorijske preiskave. Enkrat letno je potrebno opraviti UZ ali CT trebuha, RTG pljuč in endoskopski pregled zgornjih prebavil z biopsijo morebitnih odkritih sumljivih lezij, ter druge diagnostične preiskave glede na bolnikove težave. Po petem letu prevzame sledenje bolnika osebni zdravnik.

VPRAŠANJA, KI JIH LAHKO ZASTAVITE ZDRAVNIKU



Vprašanja za kirurga

- Kako dolgo traja kirurško zdravljenje?
- Kako bom jedel po operaciji?
- Ali moram pričakovati trajne posledice operacije?
- Ali bo poleg operacije potrebno tudi zdravljenje z obsevanjem in kemoterapijo?
- Kam bom hodil na kontrolne preglede?



Vprašanja za zdravnika radioterapevta:

- Kdaj bom lahko pričel/-a z zdravljenjem z obsevanjem?
- Kako dolgo bo trajalo zdravljenje z obsevanjem?
- Ali bom moral/-a biti med obsevanjem v bolnišnici in če da, koliko časa?
- Ali sploh in katere stranske učinke lahko pričakujem med obsevanjem? Če bodo stranski učinki prisotni, koliko časa po zaključenem obsevanju izzvenijo?
- Ali obstajajo kakšna posebna navodila glede prehrane in ukrepanja v primeru poslabšanja počutja med obsevanjem?
- Kaj lahko glede moje bolezni pričakujem od zdravljenja z obsevanjem?
- Kako se bo po zaključenem obsevanju moje zdravljenje nadaljevalo?



Vprašanja za internista onkologa

- Kakšne so moje možnosti zdravljenja?
- Kakšno kemoterapijo predlagate?
- Kako bo zdravljenje potekalo, bom moral/a ostati v bolnišnici?
- Kakšne neželene učinke mi bo kemoterapija povzročila?
- Kako bom ublažil/a neželene učinke?
- Ali prihajajo pri meni v poštev tarčna zdravila?
- Kako učinkovita bo kemoterapija? Kako boste to ocenili?
- Kako bo zdravljenje vplivalo na moje vsakdanje življenje? Bom lahko hodil/a v službo? Lahko vozim avto?
- Kako naj se prehranjujem med zdravljenjem?
- Koga lahko pokličem v primeru težav med zdravljenjem?
- Kako pogosto bodo potekali kontrolni pregledi?
- Ali se lahko vključim v kakšno razpoložljivo klinično raziskavo?



Vprašanja za specialista klinične prehrane

- Ali naj jem normalno hrano?
- Ali naj jemljam prehranska dopolnila/nadomestke?
- Zakaj je pomembno, da ne izgubljam telesne mase?
- Kako je s stradanjem?
- Kako naj jem, ko se spremeni ali celo izgine apetit?
- Ali prehrana pomaga proti utrujenosti?
- Prehranski ukrepi pri najpogostejših prehranskih težavah (zaprtju, driski, suhih in vnetih ustih, oteženem požiranju, slabosti, bruhanju)?
- Kako je s prehrano med telesno aktivnostjo pri zdravljenju raka požiralnika?

