

KARCINÓMY ÚSTNEJ ČASTI HLTANA – VČASNÁ DIAGNOSTIKA V AMBULANCI PRAKTICKÉHO LEKÁRA

Patrik Štefanička, Michal Rosolanka, Branislav Zdražil, Miroslav Tedla

I. ORL klinika LF UK a FNsP, SZU, Bratislava

Karcinómy ústnej časti hltana patria medzi najčastejšie slizničné karcinómy hlavy a krku. Hoci je oblasť orofaryngu jedna z najdostupnejších na inšpekciu a palpáciu, sú karcinómy orofaryngu diagnostikované zväčša v pokročilých štádiách. Dobrá znalosť klinických príznakov a prejavov týchto nádorov, dôsledné vyšetrenie ústnej časti hltana už v ambulancii praktického lekára by malo viesť k zlepšeniu včasnej diagnostiky, a tým k zlepšeniu výsledkov liečby tejto choroby.

Kľúčové slová: karcinómy orofaryngu, klinické príznaky, včasná diagnostika.

Kľúčové slová MeSH: nádory orofaryngu – diagnostika, etiológia, terapia; karcinóm; diagnostika včasná.

OROPHARYNGEAL CARCINOMAS

Oropharyngeal carcinomas are one of the most common mucosal cancer of the head and neck. Although the oropharynx is one of the most accessible area for inspection and palpation, oropharyngeal cancers are detected in advanced stages. Good knowledge of the clinical signs and symptoms of these tumors, meticulous examination of the oropharynx already in the outpatient department of the general practitioner, should lead to improvement of early diagnostics and treatment results of the disease.

Key words: oropharyngeal carcinomas, clinical signs, early diagnostics.

Key words MeSH: oropharyngeal neoplasms – diagnosis, etiology, therapy; carcinoma; early diagnosis.

Via pract., 2007, roč. 4 (2): 73–75

Úvod

Karcinómy hlavy a krku zahrňujú malignitu hrtaných a dýchacích orgánov, štítnej žľazy, prítušných a slinných žliaz. K tomu treba pridať nádory kože, mäkkých tkanív, kosti a nervovovaskulárnych štruktúr hlavy a krku. Viac ako 90 % všetkých karcinómov hlavy a krku sú skvamocelulárne karcinómy. Medzi najčastejšie slizničné karcinómy patria karcinómy ústnej časti hltana. Hoci sú karcinómy orofaryngu pomerne ľahko dostupné vyšetreniu, ešte stále sú diagnostikované najmä v pokročilých štádiách. Až 95 % týchto tumorov sa zistí až po dosiahnutí rozmeru 2 cm a viac. Polovica až dve tretiny pacientov s karcinómami ústnej časti hltana sú diagnostikovaní v štádiu III a IV, s jednostrannými (75 %), aj obojstrannými (27 %) metastázami v lymfatických uzlinách na krku (1, 2).

Anatomické poznámky

Ústna časť hltana (*oropharynx, mesopharynx*) je strednou časťou hltana, medzi nosohltanom (*epipharynx*) a hrtanovou časťou hltana (*hypopharynx*). Kraniálne je ohraničená dolným okrajom mäkkého podnebia a kauzálny úroveň vchodu do hrtana. Vpredu sa orofarynx otvára cez *isthmus faucium* do dutiny ústnej. *Isthmus faucium* tvorí mäkké podnebie s uvulou, po stranách podnebné mandle s podnebnými oblúkmi a na spodine koreň jazyka. Ústna časť hltana je vystlaná viacvrstvovým dlaždicovým nerohovateľným epitelom. Podľa TNM klasifikácie je orofarynx rozdelený na 4 oblasti:

1. predná stena – glosopiglotická oblasť, kam patrí koreň jazyka a valemuly,

2. bočná stena – podnebné mandle, podnebné oblúky, podnebná jamka, žliabok medzi koreňom jazyka a podnebnou mandľou,
3. zadná stena,
4. horná stena – spodná strana mäkkého podnebia a uvula (3, 4).

Histopatológia

Karcinómy orofaryngu sú najčastejšie zhubné nádory hltana. Viac ako 90 % malígnych nádorov orofaryngu tvoria skvamocelulárne karcinómy. Histologicky môžu byť klasifikované ako keratinizujúce, nekeratinizujúce, verukózne, vretenobunkové, adenoidne alebo bazaloidne skvamózne karcinómy. Klasifikuje sa aj stupeň diferenciácie od dobre diferencovaných až po nediferencované. Adenokarcinómy sa vyskytujú zriedkavo (1, 5).

Epidemiológia

Karcinómy ústnej časti hltana postihujú predovšetkým mužov vo veku 50 – 70 rokov, pričom sa postupne zvyšuje incidencia aj v nižších vekových skupinách. Pomer výskytu u mužov a žien je 3 – 4 : 1. Karcinóm orofaryngu začína najčastejšie v tonzilárnej oblasti – 43 %, potom v oblasti mäkkého podnebia – 26 %, v koreni jazyka – 20 % a nakoniec v zadnej stene hltana – 11 % (2, 6).

Etiológia

Najvýznamnejším etiologickým faktorom skvamocelulárnych karcinómov orofaryngu je fajčenie

a konzumácia koncentrovaného alkoholu. Uplatňuje sa hlavne kombinácia oboch faktorov, hoci korelácia týchto etiologických faktorov je menej významná ako u karcinómov dutiny ústnej. V porovnaní s dutinou ústnou, v orofaryngu je menej oblastí, kde dochádza ku zadržiavaniu a koncentrácii rozpustených karcinogénov, umožňujúci predĺžený kontakt so sliznicou. Tak ako pri karcinómoch nosohltana má v etiológii významný význam Epstein-Barrovej vírus, vírusová etiológia sa uplatňuje aj pri karcinómoch orofaryngu, a to prítomnosťou ľudského papilomavírusu (HPV). K významným rizikovým faktorom patrí tiež nedostatočná a nekvalitná výživa (1, 2, 7, 8, 9, 10).

Klinický obraz

Medzi prvé príznaky patria pálenie, škrabanie, pocit cudzieho telesa v hrdle, ktoré však zriedka dovedú pacienta na odborné vyšetrenie. K hlavným, často už neskorým klinickým príznakom patrí dysfágia a odynofágia, bolesti vyžarujúce do ucha (iritácia n. IX, n. X). Foeter ex ore a prímies krvi v slinách sú príznaky, ktoré sa zväčša objavujú až v pokročilých štádiách choroby. Bolesti ucha bývajú častým príznakom, preto otalgia bez zjavného patologického ušného nálezu vyžaduje podrobné vyšetrenie orofaryngu, hypofaryngu a hrtana. Jedným z prvých príznakov často býva nebolestivá rezistencia na krku, čo je znakom metastatického postihnutia lymfatickej uzliny. Pri karcinóme koreňa jazyka býva podľa rozsahu postihnutia obmedzená pohyblivosť, ba až fixácia jazyka, čo sa prejaví aj zhoršenou výslovnosťou

Obrázok 1. Nádorová infiltrácia skvamocelulárnym karcinómom postihujúcim tonzilárnu oblasť vľavo, zasahujúca do oblasti mäkkého podnebia kraniálne a kaudálne do príľahlej časti koreňa jazyka.



Obrázok 2. Karcinóm uvuly. Včasne zachytený karcinóm orofaryngu.



a huhňavou rečou. Rinolália a zabíehanie potravy do nosa býva u pacientov s nádormi postihujúcimi mäkké podnebie a uvulu. Starší pacienti sa môžu sťažovať, že už im nesedí dobre horná zubná protéza. Trizmus je už prejavom hlbokjej infiltrácie tumorom a postihnutia pterygoidných svalov. V dôsledku poruchu prijímania potravy dochádza k strate hmotnosti, neskôr býva strata chuti do jedla, kachektizácia,

čo sú typické príznaky onkologickej choroby (5, 6, 11, 12).

Diagnostika

Pri diagnostike sa hodnotia anamnestické údaje vzťahujúce sa na symptómy z ústnej časti hltana. Obzvlášť sa treba zamerať na rizikovú skupinu pacientov, silných fajčiarov, konzumentov destilátov.

Obrázok 3. Metastáza karcinómu do krčných lymfatických uzlín vľavo.



Základným vyšetrením je priamy pohľad do ústnej časti hltana po stlačení jazyka ústnou lopatkou, ktoré je doplnené o vyšetrenie nepriame, laryngeálnymi a nosohltanovými zrkadičkami. Veľmi dôležité je tu priame osvetlenie intenzívnym svetlom. Nemožno akceptovať vyšetrenie hltana len s využitím denného svetla. Nevyhnutnou súčasťou je palpačné vyšetrenie orofaryngu, obzvlášť koreňa jazyka a palpačné vyšetrenie krku. Inšpekciou zisťujeme nepravidelnú, hrboľatú, krehkú, na dotyk krvácajúcu nádorovú infiltráciu, ktorá býva pri väčšom nádore centrálne exulcerovaná s navalitymi okrajmi (obrázok 1, 2).

Povrch nádoru býva často pokrytý fibrínovými povlakmi, ktoré môžu imitovať hnisavý exsudát a pri lokalizácii na laterálnej stene prípadne angínu. Nádorový proces nebýva ohraničený na niektorú anatomickú oblasť, šíri sa nepravidelne do príľahlych oblastí. Pri endofyticky rastúcich nádoroch nemusí byť slizničný povrch výrazne zmenený, nápadná býva asymetria. Vzhľadom na endofytický rast, až palpačné vyšetrenia dáva informácie o skutočnom rozsahu nádorovej infiltrácie. Palpačným vyšetrením krku sa zisťuje prítomnosť zväčšených lymfatických uzlín, hodnotí sa ich počet, konzistencia, pohyblivosť a lokalizácia (obrázok 3).

Pred začiatkom liečby musí byť klinické vyšetrenie doplnené histopatologickým vyšetrením vzorky z nádoru orofaryngu. Odber možno vo väčšine prípadov realizovať v lokálnom znecitlivení. V prípade nedostatočného zhodnotenia rozsahu nádoru orofaryngu, hlavne pri karcinómoch koreňa jazyka a nejasnom distálnom dosahovaní tumoru, možno indikovať endoskopické vyšetrenie. Panendoskopické vyšetrenie karcinómu orofaryngu je opodstatnené aj vzhľadom k signifikantnému výskytu duplicitnej malignity v hltacích orgánoch. Pri endoskopickom vyšetrení, ktoré sa štandardne vykonáva v celkovej anestézii, možno doplniť odber vzoriek nádoru z oblastí ťažko dostupných indirektne v lokálnom znecitlivení. Taktiež palpácia v celkovej anestézii

pri relaxácii pacienta a vylúčení algických podnetov býva presnejšia. Diagnostika sa skompletizuje doplnením zobrazovacích vyšetrení na primárny nádor aj regionálne lymfatické uzliny. CT vyšetrenie je vhodnejšie na oddiferencovanie nádorového postihnutia kostného skeletu – sánky, maxily, bázy lebky, MR je presnejšia metóda na hodnotenie mäkkých štruktúr. USG vyšetrenie možno využiť na hodnotenie uzlinového nálezu na krku, ak sa už neindikovalo CT alebo MR (5, 6, 10, 12).

Liečba

Hoci primárnym cieľom pri plánovaní liečebnej stratégie je dosiahnuť onkologickú kontrolu choroby, nemenej dôležité je myslieť na poliečebnú kvalitu života pacienta. Pri liečbe karcinómov orofaryngu sa využívajú všetky modalities onkologickej liečby, či už rádioterapia, chemoterapia alebo chirurgická liečba. Nádor môže byť resekovaný transorálne, prístupom cez faryngotómiu, mandibulotómiu alebo kombináciou prístupov. Súčasťou chirurgickej liečby je krčná disekcia, zameraná na odstránenie regionálnych lymfatických uzlín, či už metastaticky postihnutých alebo s vysokým rizikom metastatického postihnutia. Pri plánovaní rozsiahlejšej resekcie je dôležitá rekonštrukcia vzniknutého defektu. Neoddeliteľnou súčasťou liečby je následná rehabilitácia pacienta (1, 2, 9, 13).

Prognóza

Priemerné 5-ročné prežívanie je asi 50 % pre všetky oblasti a štádiá karcinómov hlavy a krku. Pri karcinómoch tonzilárnej oblasti je 5-ročné prežívanie v 1. štádiu 80 %, v 2. štádiu 70 %, v 3. štádiu 40 %, vo 4. štádiu 30 %. Podľa metastatického postihnutia lymfatických uzlín je 5-ročné prežívanie 42 % – 70 % u pacientov s negatívnym regionálnym uzlinovým nálezom a 0 % – 50 % u pacientov pozitívnym uzlinovým nálezom (1, 2).

Záver

Výsledky liečby karcinómu hltana, rovnako ako pri iných malignitách, závisia od štádia choroby.

Závažným problémom pri karcinómoch orofaryngu je ich neskorá diagnostika. Jednou z príčin je určite pomerne dlhé obdobie bez výrazných subjektívnych príznakov. Veľakrát sa stane, že sa choroba nezistí aj v pokročilých štádiách, napriek opakovanému vyšetreniu u viacerých lekárov. Keďže ústna časť hltana je väčšinou ľahko a dobre vyšetriteľná už v ambulancii praktického lekára, dôsledné prehliadnutie orofaryngu určite prispeje k včasnej diagnostike tejto choroby a k zlepšeniu výsledkov liečby.

MUDr. Patrik Štefanička
I. ORL klinika LF UK a FNsP, SZU
Antolská 11, 851 07 Bratislava
e-mail: patrikstefanicka@yahoo.com

Literatúra

1. Shah JP, Lydiatt WL. Treatment of cancer of the head and neck. CA Cancer J Clin, 45, 1995, 352 – 368.
2. Ariyan S. Cancer of the head and neck. St. Louis: The C. V. Mosby Company, 1987, 827 s.
3. Sobin LH, Wittekind CH. TNM klasifikácia zhubných nádorov. 6. vyd. Košice: ETC GRAFO, 2002, 178 s.
4. Čihák R. Anatomie 2. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1988, 388 s.
5. Točík J. Chirurgia hltana. In: Černý J. a kol. Špeciálna chirurgia 4, Chirurgia krku a hlavy. Martin: Osveta, 1995, s. 91 – 106.
6. Profant M. a kol. Otolaryngológia. 1. vyd. Bratislava: ARM 333, 2000, 229 s.
7. Syrjänen S. Human papillomavirus (HPV) in head and neck cancer. J Clin Virol, 32, 2005, 59 – 66.
8. Syrjänen S. HPV infections and tonsillar carcinoma. J Clin Pathol, 57, 2004, 449 – 455.
9. Genden EM, Ferlito A, Scully C, Shaha AR, Higgins K, Rinaldo A. Current management of tonsillar cancer. Oral Oncol, 39, 2003, 337 – 342.
10. Schuller DE, Schleuning AJ. Otolaryngology, head and neck surgery. 8. vyd. St. Louis: Mosby – Year Book, Inc., 1994, 624 s.
11. Šuster M. Otolaryngológia. Martin: Osveta, 1975, 384 s.
12. Chládek V. Rakovina horních dýchacích a polykacích cest a hrtana. Praha: Avicenum, 1985, 201 s.
13. Leemans CR, Engelbrecht WJ, Tiwari R, Deville WL, et al. Carcinoma of the soft palate and anterior tonsillar pillar. Laryngoscope, 104, 1994, 1477 – 1481.

UPOZORNENIE!

Spoločnosť SOLEN má od 1. apríla 2007 zmenenú adresu!

Nová adresa: SOLEN, s.r.o., Lovinského 16, 811 04 Bratislava