

Rak gardła/*Pharyngeal carcinoma*

Zalecenia postępowania w przypadkach raka gardła o lokalizacji w części nosowej, ustnej i krtaniowej przedstawiono na 3 planszach, poprzedzono krótkim wprowadzeniem i dokładną charakterystyką TNM.

Nowotwory złośliwe nosowej części gardła (C11); ustnej części gardła (C09, C10) i krtaniowej części gardła (C12, C13), stanowią łącznie 16,8% ogółu rejestrowanych w Polsce nowotworów głowy i szyi. W 2003 r. zarejestrowano w Polsce łącznie 975 i odpowiednio 185, 555 i 235 przypadków złośliwych nowotworów w tych trzech lokalizacjach. Analogicznie, w 2003 r. w Polsce z powodu nowotworów w nosowej, ustnej i krtaniowej części gardła zmarło 144, 269 i 130 chorych. Wśród chorych dominowali mężczyźni (K:M=,0:4,7), przy czym najwyraźniejsze zróżnicowanie zachorowań w zależności od płci występowało w nowotworach krtaniowej części gardła K:M=1,0:9,2. Blisko 90% wszystkich zachorowań mieściło się w przedziałach wieku 45–74 lata, bez istotnych różnic dla poszczególnych lokalizacji w obrębie gardła [1].

Porównanie danych Krajowego Rejestru Nowotworów wskazuje, że w ciągu ostatnich 20 lat (1984–2003) obserwuje się bardzo duży wzrost (o 57,2%) zachorowań na złośliwe nowotwory gardła [1]. W Polsce rak gardła rozpoznawany jest późno – ponad 60% diagnozowanych przypadków jest w III i IV stopniu zaawansowania klinicznego [2]. Przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych występują w ok. 50–80% diagnozowanych przypadków, we wszystkich trzech lokalizacjach [3–5], przy czym w przypadku raka nosowej części gardła przerzuty węzłowe są często pierwszym objawem choroby. Regionalnymi węzłami chłonnymi dla raka w nosowej części gardła są węzły zagardłowe (trudne do oceny diagnostycznej) i obustronnie węzły regionów II–V. Dla raka ustnej części gardła są to węzły II i III regionu (w przypadkach raka nasady języka obustronne), rzadziej węzły podżuchwowe i zagardłowe; dla raka krtaniowej części gardła obustronnie węzły II, IV i V regionu oraz węzły zagardłowe i przytchawicze [5, 6].

W części ustnej i krtaniowej gardła w ok. 90% guzów złośliwych rozpoznawany jest rak płaskonabłonkowy (*carcinoma planoepitheliale*), z reguły średnio bądź nisko zróżnicowany (G2, G3). W nosowej części gardła dominuje (ok. 80%) niezróżnicowany rak nosogardła (*undifferentiated carcinoma of nasopharyngeal type*), wcześniej określane jako *lymphoepithelioma*, z uwagi na bogatą komponentę limfocytów w masie guza [7].

W raku nosowej części gardła infekcja wirusem Epsteina-Barra (EBV) uznana jest za dominujący czynnik stymulujący proces powstania nowotworu. W raku ustnej i krtaniowej części gardła dominującymi czynnikami stymulującymi kancerogenezę są składniki dymu tytoniowego i alkohol. W tych dwóch lokalizacjach narządowych ryzyko wystąpienia drugiego ogniska nowotworowego (podobnie, jak w raku jamy ustnej i krtani) sięga 25% w odległej obserwacji (ok. 4% w skali roku) [8, 9].

Zaawansowanie miejscowe nowotworów gardła (wg AJCC 2002) [10]

Tx	nie można ocenić guza pierwotnego
T0	nie stwierdza się obecności guza pierwotnego
Tis	nowotwór przedinwazyjny

Część nosowa (gardło górne)

T1	guz ograniczony do części nosowej gardła
----	--

T2	guz nacieka tkanki miękkie
T2a	guz nacieka część ustną gardła i/lub jamę nosa bez szerzenia się do przestrzeni przygardłowej
T2b	guz szerzy się do przestrzeni przygardłowej
T3	guz nacieka struktury kostne i/lub zatoki przynosowe
T4	guz szerzy się śródczaszkowo i/lub nacieka nerwy czaszkowe, dół podskroniowy, gardło dolne, oczodół, mięśnie żwacze

Część ustna (gardło środkowe)

T1	guz nieprzekraczający 2 cm w największym wymiarze
T2	guz nieprzekraczający 4 cm w największym wymiarze
T3	guz przekracza 4 cm w największym wymiarze
T4a	guz nacieka krtań, głębokie mięśnie języka, m. skrzydłowy przyśrodkowy, podniebienie twarde oraz żuchwę
T4b	guz nacieka m. skrzydłowy boczny, wyrostek skrzydłowy, boczną część nosogardła, podstawę czaszki, tętnicę szyjną wewnętrzną

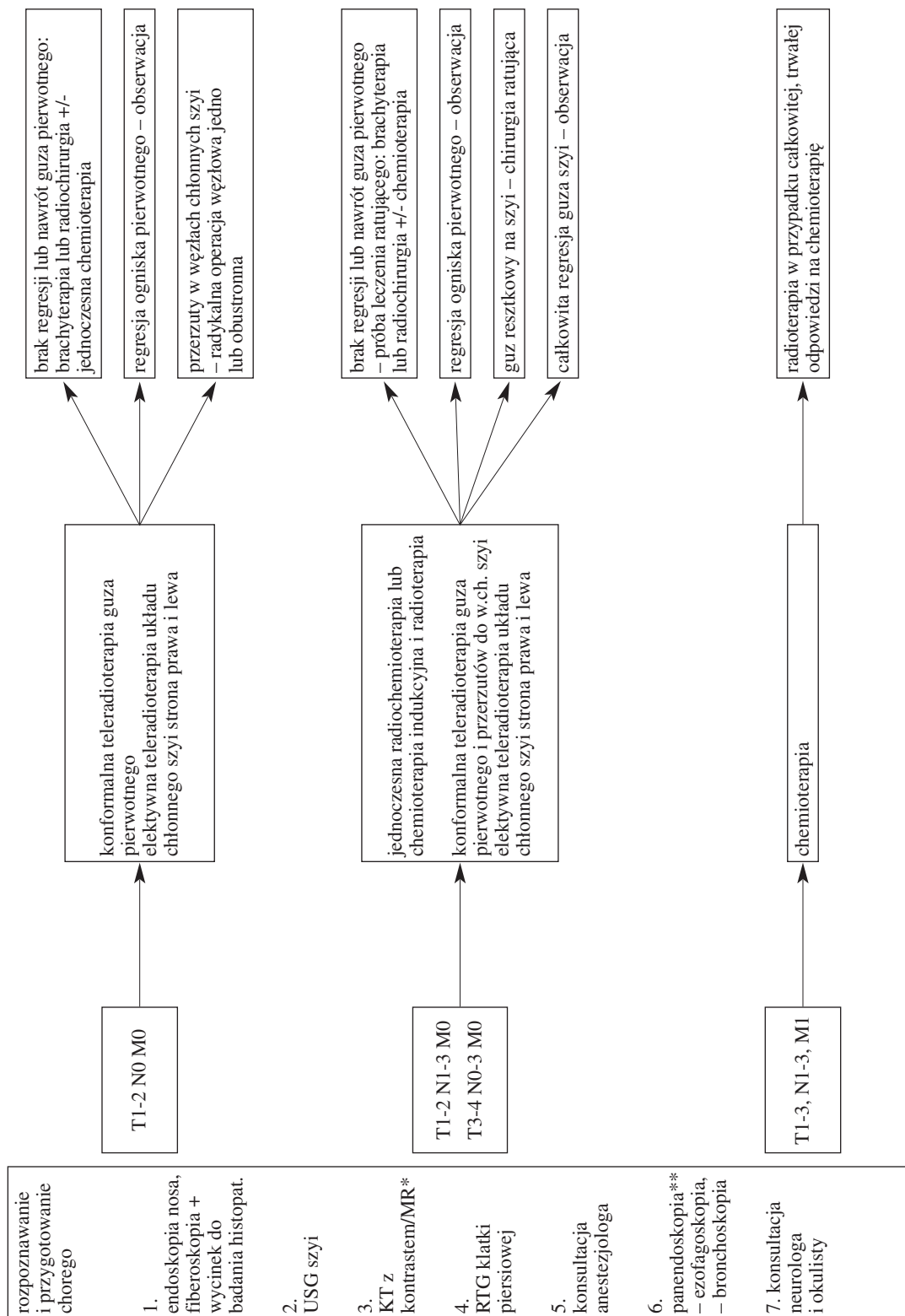
Część krtaniowa (gardło dolne)

T1	guz ograniczony do jednej okolicy, nieprzekraczający 2 cm w największym wymiarze
T2	guz szerzący się poza jedną okolicę bez unieruchomienia fałdów głosowych, nieprzekraczający 4 cm w największym wymiarze
T3	guz przekracza 4 cm w największym wymiarze, unieruchamia połowę krtani
T4a	guz nacieka sąsiadujące tkanki (chrząstkę tarczową, pierścieniową, tarczycę, kość gnykową, przetyk, tkanki miękkie szyi)
T4b	guz nacieka przestrzeń przedkręgosłupową, tętnicę szyjną wspólną/wewnętrzną lub przechodzi do śródpiersia

Piśmiennictwo

- Krajowy Rejestr Nowotworów: <http://148.81.190.231/coi>.
- Szmeja Z, Betlejewski S, Gierek T i wsp. Nowotwory złośliwe gardła w latach 1992–2001. *Otolaryngol Pol* 2005; 59: 43-7.
- Bień S, Kamiński B, Żyłka S i wsp. Ewolucja obrazu epidemiologicznego i klinicznego raka krtani i krtaniowej części gardła w Polsce w latach 1991–2201. *Otolaryngol Pol* 2005; 59: 169-82.
- Lindberg RD. Distribution of cervical lymph node metastases from squamous cell carcinoma of the upper respiratory and digestive tracts. *Cancer* 1972; 29: 1446-54.
- Werner JA, Kim Davis R. *Metastases in Head and Neck Cancer*. Springer, Berlin 2004.
- Bień S [red.]. *Rozpoznawanie i leczenie przerzutów nowotworowych do węzłów chłonnych głowy i szyi*. Alfa-medica press, Bielsko-Biała 2005.
- Olborski B. Jama nosowa, zatoki przynosowe i nosogardło. Krtań i gardło dolne. W: *Nowotwory. Zarys patologii onkologicznej*. Kordek R i wsp. [red.]. Zakład Patologii Nowotworów AM w Łodzi. Łódź 2001; 28-38, 39-43.
- Boysen M, Loven JO. Second malignant neoplasms in patients with head and neck squamous cell carcinomas. *Acta Oncol* 1993; 32: 283-98.
- Larson J, Adams G, Fattah HA. Survival statistics for multiple primaries in head and neck cancer. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1990; 103: 14-20.
- American Joint Committee on Cancer. *AJCC Cancer Staging Handbook, sixth Edition*. Greene FL i wsp. [red.]. Springer, New York 2002.

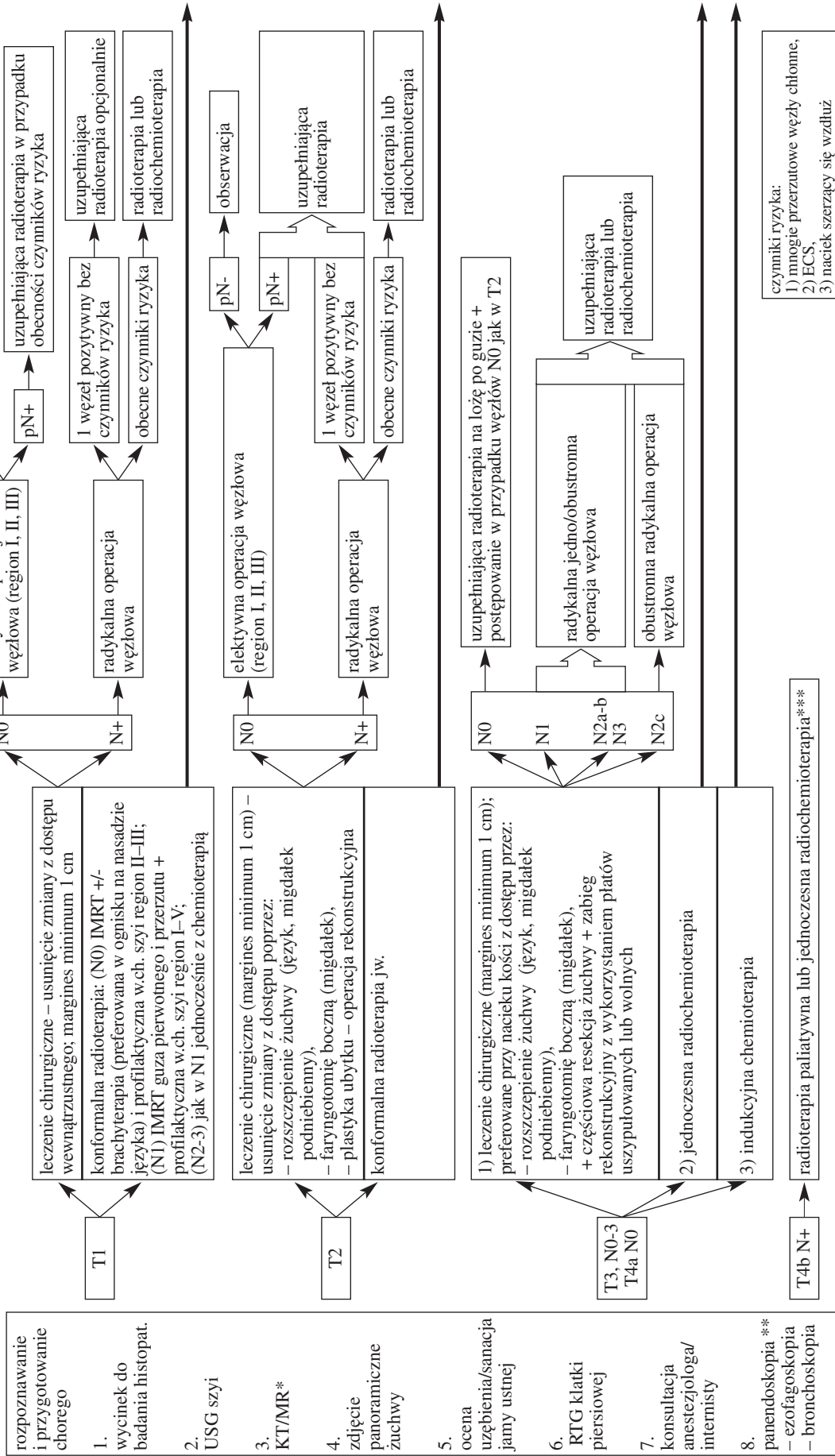
Zalecenia postępowania w przypadku raka CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA



* KT z kontrastem/MR całego gardła i podstawy czaszki dla oceny rozległości ogniska pierwotnego

** zalecana w przypadkach: mnogich nowotworów pierwotnych

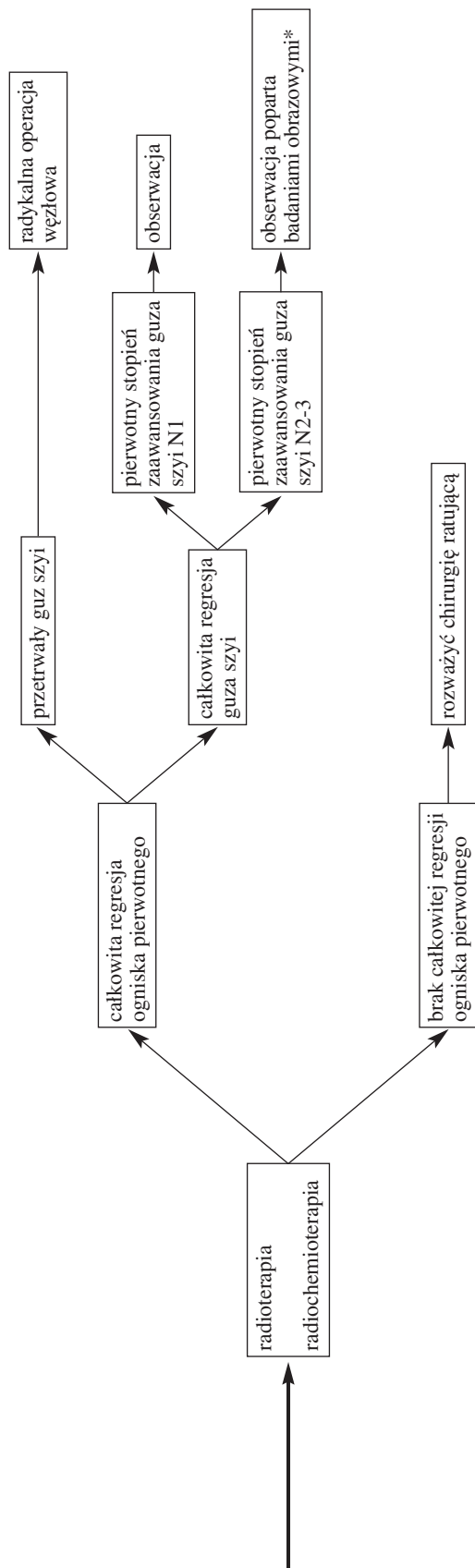
Zalecenia postępowania w przypadku raka USTNEJ CZĘŚCI GARDEŁA



czynniki ryzyka:
 1) mnogie przerzutowe węzły chłonne,
 2) EGS,
 3) naciek szerczący się wzdłuż perineurium/zatory komórek nowotworowych w naczyniach chłonnych,
 4) rak w linii cięcia lub niedostateczne marginesy operacyjne

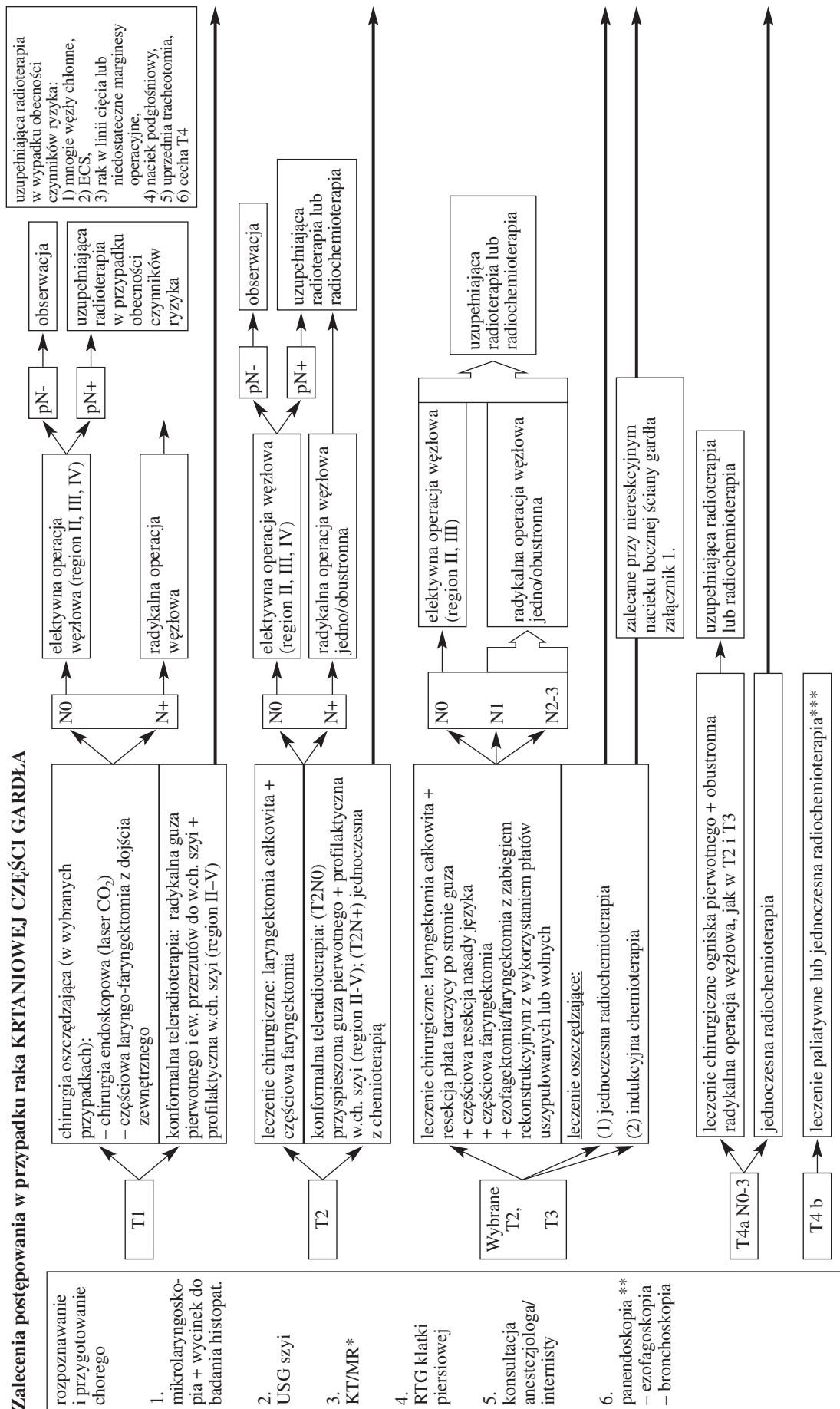
* KT/MR z oceną krani (przestrzeń okolicy jamy ustnej, przednagłośnia, naciekanie chrząstek krani) przy kwalifikacji do operacji oszczędzających w przypadkach wątpliwości w ocenie T
 ** zalecana w przypadkach: nowotwór krani jest drugim nowotworem pierwotnym, nowotwór-okolicy nadgłośnia/przekracza anatomiczne granice narządu, ocena okolicy zapierściennej przy podejrzeniu naciekania przełyku
 *** ściśle wybrane przypadki

Dla raka USTNEJ CZĘŚCI GARDEŁA



* istnieje na świecie ośrodki zalecające elektrywną radzykalną operację węzłową

Zalecenia postępowania w przypadku raka KRTANIOWEJ CZĘŚCI GARDŁA

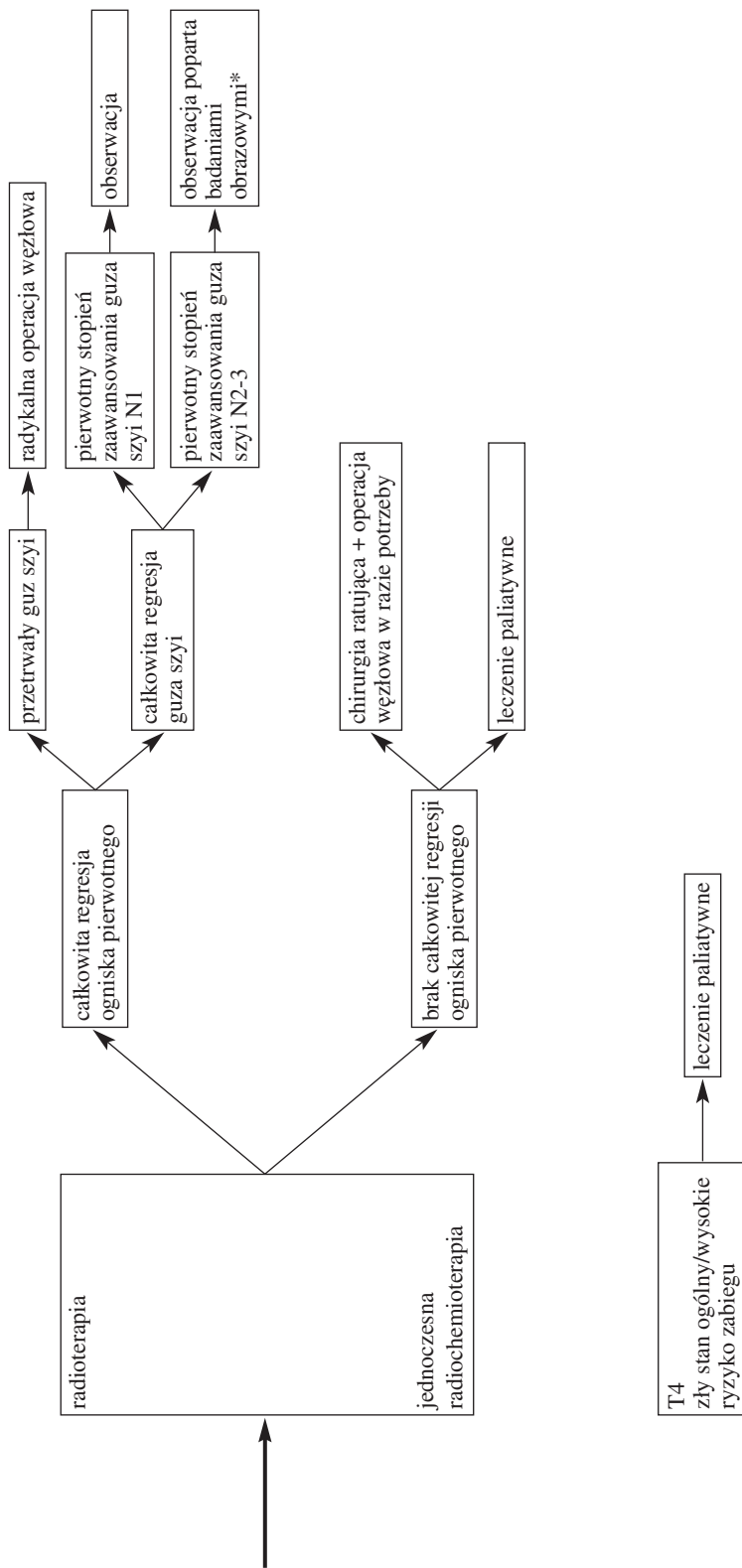


* KT z kontrastem/MR z oceną ogniska pierwotnego w przypadkach wątpliwości w ocenie T

** zalecana w przypadkach: nowotwór krtańi jest drugim nowotworem pierwotnym, nowotwór okolicy nadgłośniaowej przekracza anatomiczne granice narządu, ocena okolicy zapierściennej przy podejrzeniu naciekania przełyku

*** ściśle wybrane przypadki

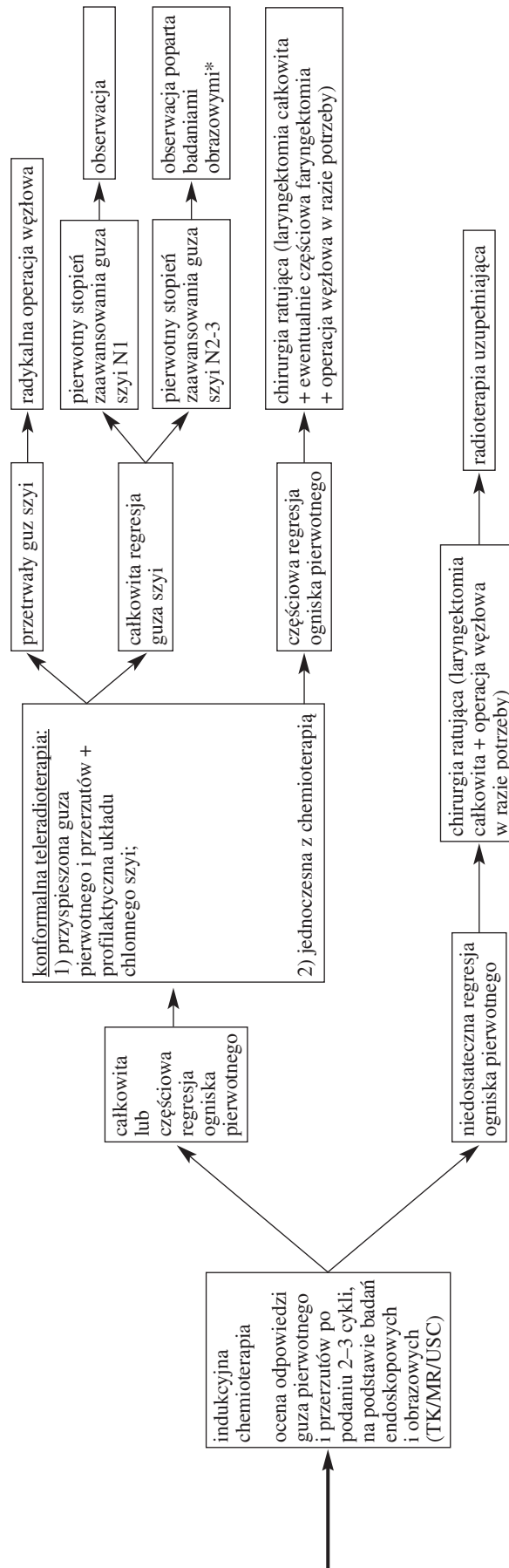
Dla raka KRTANIOWEJ CZĘŚCI GARDŁA



* Istnieją na świecie ośrodki zalecające elektryczną radykalną operację węzłową

Załącznik 1.

Odpowiedź po indukcyjnej chemioterapii dla raków KRTANIOWEJ CZĘŚCI GARDŁA T3 N 0-3



* Istotną na świecie ośrodku zalecającą radykalną operację węzłową