

JUBILEUSZ 95-lecia
PROF. IRENY CICHOCKIEJ-SZUMILIN

● ZASADY DIAGNOSTYKI I CHIRURGICZNEGO
LECZENIA NOWOTWORÓW GŁOWY I SZYI

dr hab. med. Stanisław Bień, dr hab. med. Andrzej Kawecki

dr hab. med. Romuald Krajewski, dr med. Stanisław Starościak

● WIECZÓR AUTORSKI
PROF. ANTONIEGO KRZESKIEGO

Ewa Woydyło, Wiktor Osiatyński



prof. dr hab. med. Irena Cichocka-Szumilin

W N U M E R Z E

JUBILEUSZ 95-lecia

PROF. IRENY CICHOCKIEJ-SZUMILIN4
prof. dr hab. med. Grzegorz Janczewski

ZASADY DIAGNOSTYKI I CHIRURGICZNEGO
LECZENIA NOWOTWORÓW GŁOWY I SZYI7

dr hab. med. Stanisław Bień
dr hab. med. Andrzej Kawecki
dr hab. med. Romuald Krajewski
dr med. Stanisław Starościk

WIECZÓR AUTORSKI

PROF. ANTONIEGO KRZESKIEGO30
Ewa Woydyło, Wiktor Osiatyński

Komitet redakcyjny:

redaktor naczelny – prof. dr hab. med. Antoni Krzeski
sekretarz redakcji – dr med. Agnieszka Strzembosz
redaktor – mgr Grażyna Gołąb

Patronat naukowy:

Katedra i Klinika Otolaryngologii
Akademii Medycznej w Warszawie

Rada naukowa:

przewodniczący:

– prof. zw. dr hab. med. Grzegorz Janczewski

członkowie:

- prof. dr hab. med. Mieczysław Chmielik
- dr hab. med. Joanna Fruba
- prof. dr hab. med. Teresa Goździk-Żołnierkiewicz
- dr hab. med. inż. Krzysztof Kochanek
- prof. dr hab. med. Barbara Maniecka-Aleksandrowicz
- prof. dr hab. med. Kazimierz Niemczyk
- prof. dr hab. med. Bożena Tarchalska
- prof. dr hab. med. Edward Zawisza

Opracowanie graficzne: M-art, Jolanta Merc, tel. 739 88 24

© Wydawca: Wydawnictwo EGERIA B. Krzeska

przy współpracy



Adres korespondencyjny: Magazyn Otolaryngologiczny
02-218 Warszawa 124, skr. poczt. 60

Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie w części lub w całości
bez uzyskania zezwolenia wydawcy jest zabronione.

Fotografia na okładce – patrz strona 4.

*Przeszłość – jest to dziś,
tylko cokolwiek dalej:
Za kołami to wieś,
Nie jakies tam coś, gdzieś,
Gdzie nigdy ludzie nie bywali.*

Cyprian Kamil Norwid (1821-1883)

Rok 2005 jest rokiem Jubileuszu 95-lecia naszej Szanownej Nestorki i bardzo nam Drogiej Pani Profesor dr. hab. med. Ireny Cichockiej -Szumilin, której rola w wojennych i powojennych dziejach Kliniki Laryngo-Otiatrycznej Uniwersytetu Warszawskiego, a następnie Kliniki Otolaryngologii Akademii Medycznej w Warszawie była i jest rolą szczególną. Z tej okazji cały obecnie pracujący Zespół Kliniki oraz ci wszyscy z byłych współpracowników, którym dobry los pozwala na dalsze bytowanie, składają dzisiaj Pani Profesor życzenia zdrowia i przebywania z nami jak najdłużej w jak najlepszej kondycji zdrowotnej.

prof. dr hab. med. Grzegorz Janczewski

TWORZYLI POLSKĄ LARYNGOLOGIE

IRENA CICHOCKA-SZUMILIN

Urodzona 11 lipca 1910 roku w Warszawie, uzyskała dyplom lekarza (nr 651) po odbyciu studiów na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego w roku 1935. W czasie studiów przez trzy lata współpracowała z Zakładem Histologii i Embriologii kierowanym przez prof. Mieczysława Konopackiego, gdzie pełniła funkcję demonstratora. Pracę w Klinice Laryngo-Otaryngologicznej UW rozpoczęła pod kierunkiem prof. dr. med. Feliksa Erbricha w roku 1937. Odbyła staż w Klinice Chirurgii Uniwersytetu Karola w Pradze (1933) i Klinice Chirurgii w Dubrowniku (1934). W roku 1938 zawarła związek małżeński z inżynierem Włodzimierzem Szumilinem, po wojnie profesorem Politechniki Warszawskiej. W czasie okupacji niemieckiej brała czynny udział w tajnym nauczaniu otolaryngologii studentów podziemnego Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego.

W roku 1949 uzyskała stopień doktora medycyny po przedstawieniu pracy pt. „Leczenie kalcyferolem tocznia błony śluzowej górnych dróg oddechowych”. Habilitację uzyskała w roku 1952 po przedstawieniu pracy pt. „Pylica górnych dróg oddechowych – badania kliniczne i doświadczalne”. Promotorem jej doktoratu i opiekunem habilitacji był prof. dr Antoni Dobrzański. W roku 1948 odbyła staż w Klinice Otolaryngologii Uniwersytetu w Bordeaux (kierownik: prof. Georgie Portmann), w roku 1957 w klinikach uniwersyteckich w Paryżu i Londynie, w roku 1964 w centrach onkologicznych w Paryżu, Lyonie i Marsylii.

Na przełomie lat 40. i 50., zgodnie z poleceniem prof. A. Dobrzańskiego, zorganizowała Ośrodek Kliniczny w Ciechocinku Zdroju, którym kierowała do końca lat 60. Była jego pierwszym i wieloletnim konsultantem. Ośrodek ten,



służący rehabilitacji chorych po operacjach jam nosa, zatok przynosowych i krtani, działał do końca lat 70.

W latach 1952–1966, powołana przez Ministra Zdrowia, piastowała stanowisko Specjalisty Krajowego ds. Otolaryngologii. W czasie pełnienia tej funkcji wszystkie swe zdolności organizacyjne poświęciła na tworzenie nowych placówek lecznictwa otwartego i zamkniętego otolaryngologii na obszarze całego kraju. Dzięki Jej staraniom każdy powiat posiadał własnego specjalistę otorynolaryngologa. Od roku 1952 przez 17 lat pełniła obowiązki Konsultanta Laryngologa w Lecznicy Ministerstwa Zdrowia w Warszawie.

W latach 1953-1954, 1956-1957 i w roku 1977, po śmierci kolejnych kierowników Kliniki Otolaryngologii, władze Akademii Medycznej zlecały Jej pełnienie obowiązków kierownika tej Kliniki. Ceniona w macierzystej uczelni, zajmowała w latach 1957-1960 stanowisko prodziekana Wydziału Lekarskiego. Uznaniem, jakim darzyło Ją środowisko naukowe, znalazło odbicie w zaproszeniu pani Profesor do udziału w Radzie Naukowej Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie. Była członkiem tej Rady w latach 1961-1978. W roku 1958 została odznaczona Złotym

Krzyżem Zasługi, w roku 1973 Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, w roku 1980 odznaczeniem „Zasłużony Nauczyciel PRL”.

Głównym kierunkiem zainteresowań zawodowych prof. Cichockiej-Szumilin było rozpoznawanie i leczenie nowotworów głowy i szyi. Odbываяc zagraniczne staże, zapoznawała się z nowymi technikami diagnostycznymi i operacyjnymi, w których następnie szkoliła polską młodzież lekarską. W warszawskiej Klinice zorganizowała pierwszy zespół specjalizujący się w chirurgii nowotworów (doktorzy: Jan Kuś, Jadwiga Osuchowa, Tadeusz Jegliński). Była głównym organizatorem nowoczesnego szkolenia podyplomowego, które obejmowało tak pracowników Kliniki, jak i lekarzy stażystów. System przez nią stworzony, oparty na wzorach z krajów rozwiniętych, przetrwał do dzisiaj. Z Jej inicjatywy powstał interdyscyplinarny zespół łączący chirurgów i radioterapeutów pracujących pod kierownictwem prof. J. Borejki. Jej szczególne zainteresowania zawodowe znajdowały odzwierciedlenie w tematyce jej publikacji.

Była czynnym członkiem Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów, przez dwie kadencje pełniąc obowiązki przewodniczącej Oddziału Warszawskiego PTOL.

Pani Profesor Cichocka-Szumilin odegrała szczególną rolę w historii warszawskiej Kliniki Otolaryngologii. Fakt, że aż trzykrotnie władze Akademii Medycznej powierzały jej rolę interexa w okresach szczególnie trudnych, po kolejnych zgonach trzech kierowników Kliniki, nie był przypadkowy. W naszym środowisku Pani Profesor była niekwestionowanym autorytetem nie tylko zawodowym, ale także, a może nade wszystko, moralnym. Szczególnie wiele uwagi i troski poświęcała młodzieży lekarskiej, zwracając uwagę zarówno na zdobywanie przez nią doświadczenia zawodowego, jak i na jej wychowanie. Ogromną wagę przywiązywała do przygotowania nas, młodych wówczas kandydatów na specjalistów w dziedzinie otolaryngologii, do prawidłowych kontaktów z chorym i jego rodziną.

Odeszła na emeryturę w roku 1980. Utrzymuje stały, przyjazny kontakt ze swymi byłymi wychowankami i współpracownikami, żywo interesując się wszystkim, co w macierzystej Klinice się dzieje. Wszystkie sukcesy naszej Kliniki słusznie traktuje jako swoje.

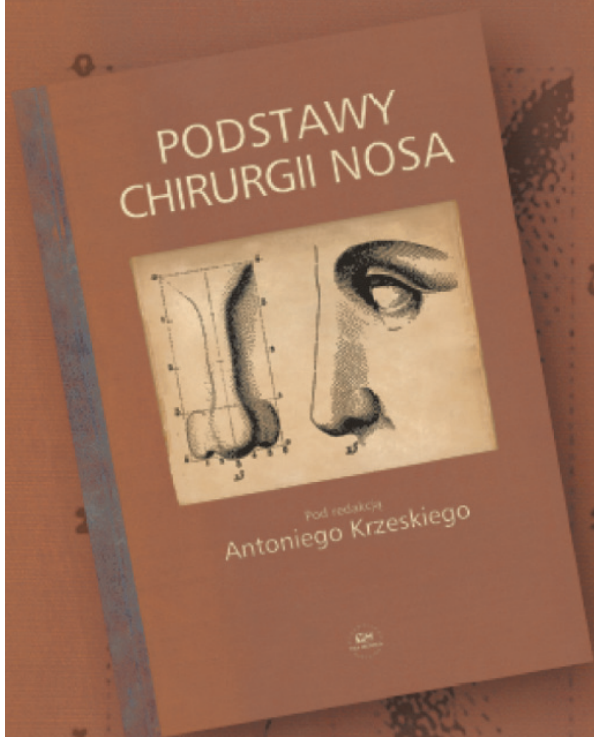
prof. dr hab. med. Grzegorz Janczewski

PODSTAWY CHIRURGII NOSA

pod redakcją
Antoniego Krzeskiego

(...) Dziś biorą Państwo do rąk książkę niezwykle ważną dla polskiego otolaryngologa. Jest ona bardzo znacząca nie tylko dlatego, że wśród jej autorów znajdują Państwo nazwiska specjalistów, którzy rzeczywiście mają coś do powiedzenia na temat rynchirurgii. Imponuje również liczba nazwisk autorów trzydziestokilkuletnich, którzy nie muszą mieć kompleksów pod względem swego przygotowania zawodowego. To „siew” profesora Antoniego Krzeskiego. Imponują wreszcie wysiłek i odwaga ustalenia polskiej terminologii rynchirurgicznej. Sądzę, że jest jak najbardziej sensowne i pożądane, abyśmy pisząc swoje prace w języku polskim, rozumieli się nawzajem.

Prof. dr hab. med. Grzegorz Janczewski



Autorzy:

Ben Bassichis, Eugene B. Kern, M. Eugene Tardy,
Dean M. Toriumi, G.J. Nolst Trenité, Antoni Krzeski,
Jarosław Balcerzak, Janina Biskupska-Więcko,
Anna Galewicz-Zielińska, Norbert Górski, Iwona Gromek,
Marta Held-Ziółkowska, Agnieszka Strzembosz



JUŻ W SPRZEDAŻY



Via Medica, ul. Świętokrzyska 73, 80-180 Gdańsk
tel. (0 58) 320 94 94, faks (0 58) 320 94 60

e-mail: viamedica@viamedica.pl

www.viamedica.pl

www.ikamed.pl

ZASADY DIAGNOSTYKI I CHIRURGICZNEGO LECZENIA NOWOTWORÓW GŁOWY I SZYI

Niniejszy artykuł jest uaktualnionym przedrukiem rozdziału z książki pt. *Zasady diagnostyki i chirurgicznego leczenia nowotworów w Polsce*, opracowanej pod redakcją naukową prof. dr. hab. med. Andrzeja W. Szawłowskiego i prof. dr. hab. med. Jacka Szmidta, która została wydana w roku 2003 przez Fundację – Polski Przegląd Chirurgiczny.

dr hab. med. Stanisław Bień

Kierownik Działu Otolaryngologii
Chirurgii Głowy i Szyi
Świętokrzyskiego Centrum Onkologii
w Kielcach
Profesor w Instytucie Kształcenia Medycznego
Akademii Świętokrzyskiej
im. J. Kochanowskiego w Kielcach

dr hab. med. Andrzej Kawecki

Kierownik Kliniki Nowotworów Głowy i Szyi
w Centrum Onkologii
Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie
w Warszawie

dr hab. med. Romuald Krajewski

Kierownik Oddziału Zabiegowego
Kliniki Nowotworów Głowy i Szyi
w Centrum Onkologii
Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie
w Warszawie

dr med. Stanisław Starościak

Adiunkt Kliniki Nowotworów Głowy i Szyi
w Centrum Onkologii
Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie
w Warszawie

Przedruk za zgodą autorów.

NOWOTWORY KRTANI

Stanisław Bień

Epidemiologia

W roku 2002 w Krajowym Rejestrze Nowotworów zarejestrowano 2479 nowych zachorowań na nowotwory złośliwe krtani, co stanowiło ok. 48% ogółu zachorowań na złośliwe nowotwory głowy i szyi. Mimo iż surowy współczynnik zachorowań na złośliwe nowotwory krtani zmniejszył się w naszym kraju w ostatnich latach (dla porównania: w roku 1996 odnotowano 13,9 zachorowań na 100 tys. mężczyzn i 1,4 zachorowań na 100 tys. kobiet, a w roku 2002 odpowiednio 11,8 oraz 1,5), to nadal Polska należy do krajów o największej w Europie zapadalności na raka krtani (Zatoński i Tyczyński 1999, <http://148.81.190.231/coi>). W ciągu ostatnich 25 lat stosunek zachorowalności kobiet do mężczyzn zmienia się sukcesywnie na niekorzyść kobiet i obecnie wynosi 1,0:7,7. W przypadku raka krtani istotnym czynnikiem decydującym o obrazie klinicznym, leczeniu i prognozie jest umiejscowienie ogniska nowotworowego w obrębie samej krtani. W ostatnim ćwierćwieczu obserwuje się w Polsce zwiększenie odsetka lokalizacji nadgłośniowej, a zmniejszenie liczby raków o umiejscowieniu w głośni, przy czym lokalizacja w piętrze głośni (47,6%) nadal dominuje nad lokalizacją nadgłośniową (40,0%) w łącznej analizie epidemiologicznej raka krtani i gardła dolnego (Bień i in. 2005). Szczyt zachorowań na raka krtani przypada na szóstą i siódmą dekadę życia. Istotnym elementem obrazu epidemiologicznego złośliwych nowotworów krtani jest fakt, że w Polsce 59,7% ogółu przypadków (raka krtani i gardła dolnego łącznie) rozpoznaje się w wysokim (T₃ i T₄) stopniu zaawansowania miejscowego (Bień i in. 2005, Zatoński i Tyczyński 1999).

Udokumentowanymi czynnikami zwiększającymi ryzyko zachorowania na raka krtani jest palenie tytoniu i nadużywanie alkoholu. Inne czynniki ryzyka, jak zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego (*human papilloma virus*, HPV), ekspozycja krtani na promieniowanie radioaktywne czy

kontakt z czynnikami ryzyka zawodowego, takimi jak pył drzewny, produkty destylacji węgla, nikiel, produkty przemysłu garbarskiego, farby i rozpuszczalniki czy spaliny olejów napędowych, są dokumentowane, lecz bez wysokich statystycznie zależności (Schwartz i Wenig 2001). Ocena wpływu czynników immunologicznych i genetycznych na rozwój raka krtani jest aktualnie przedmiotem intensywnych badań.

Patologia narządowa

Nowotwory niezłośliwe stanowią zaledwie ok. 5% ogółu nowotworów w obrębie krtani. W tej grupie blisko 85% to brodawczaki (*papilloma*) (Watkinson i in. 2000). Brodawczakowatość, występująca u dzieci i związana z infekcją HPV, (*human papilloma virus*) nie wykazuje cech rogowacenia i nie ma tendencji do transformacji w raka. Brodawczaki występujące u dorosłych wykazują cechy rogowacenia i ulegają takiej transformacji. Pozostałe – chrzęstniaki, naczyniaki, nowotwory z gruczołów ślinowych i inne, będące wyrazem łagodnej, transformacji nowotworowej praktycznie każdej tkanki i grupy komórek spotykanych w obrębie krtani, należy traktować jako nowotwory kazuistyczne (Schwartz 1999).

Istotnym problemem dla diagnostyki patologicznej i kliniki raka krtani jest właściwa interpretacja zmian nabłonkowych określanych jako stany przedrakowe. Określenia kliniczne takie jak: przewlekłe przerostowe zapalenie, leukoplakia, czy pachydermia, w opisie patologicznym określane są bardziej jednoznacznie, poprzez opis zmian w komórkach nabłonka wielowarstwowego, prowadzących do transformacji w komórkę raka płaskonabłonkowego (Olborski 2001, Woo 2001).

Pozzczególne formy tak pojętej transformacji to:

- *keratosis* – keratynizacja, obejmuje jedynie powierzchną warstwę komórek nabłonka
- *parakeratosis* – pojawiające się nieprawidłowości w budowie jąder komórek powierzchniowej warstwy komórek produkujących keratynę
- *dyskeratosis* – keratynizacja obejmuje również warstwę komórek kolczystych w obrębie nabłonka
- *dysplasia* – liczne nieprawidłowości jąder komórkowych (powiększenie, polimorfizm, nierównomierność wybarwienia), dezorganizacja dojrzewania komórek (liczne figury podziału mitotycznego) i zaburzenia samej struktury uwarstwienia nabłonka
- *carcinoma in situ* – komórki nabłonka o nowotworowym charakterze nieprzekraczają błony podstawnej nabłonka.

Histopatologiczna klasyfikacja przednowotworowych zmian w obrębie krtani, zaproponowana przez Hellquista, Lundgreną i Oloffsoną (cyt. za: Schwartz i Wenig 2001) wyróżnia trzy kolejne stopnie transformacji przednowotworowej nabłonka:

I stopień – przerost nabłonka wielowarstwowego z keratozą bądź bez niej oraz z niewielkiego stopnia dysplazją, nieprzekraczającą 1/3 podstawnej warstwy grubości nabłonka

II stopień – przerost nabłonka wielowarstwowego z umiarkowaną dysplazją, obejmującą 2/3 grubości nabłonka

III stopień – przerost nabłonka wielowarstwowego z ciężką dysplazją, obejmującą ponad 2/3 grubości nabłonka, bądź typowy obraz *carcinoma in situ* z atypią komórkową na całej grubości nabłonka.

Wśród złośliwych nowotworów krtani ok. 85% stanowi rak płaskonabłonkowy (*carcinoma planoepitheliale, squamous cell carcinoma*) (Olborski 2001, Schwartz i Wenig 2001). W opisie patologicznym określa się z reguły stopień zróżnicowania guza, wysoko korelujący ze złośliwością kliniczną:

1. Rak płaskonabłonkowy dobrze zróżnicowany (G_1) – w guzie o strukturze zbliżonej do prawidłowego nabłonka obserwuje się perły rakowe i mostki międzykomórkowe; atypia komórkowa niewielkiego stopnia; figury podziału mitotycznego nieliczne.

2. Rak płaskonabłonkowy średnio zróżnicowany (G_2) – obserwuje się wyraźną atypię komórkową i liczne figury podziału mitotycznego; rogowacenie i mostki międzykomórkowe mniej wyraźne.

3. Rak płaskonabłonkowy niskozróżnicowany (G_3) – struktura guza nie przypomina nabłonka płaskiego; brak rogowacenia w komórkach guza; znaczny pleomorfizm jądrowy i atypowe figury podziału mitotycznego.

Pozostałe formy raka to:

- brodawkowaty rak płaskonabłonkowy (*verrucous carcinoma*)
- rak wrzecionowatokomórkowy (*spindle cell carcinoma*)
- rzekomogruczołowy rak płaskonabłonkowy (*adenoid squamous cell carcinoma*)
- bazaloidalny rak płaskonabłonkowy (*basaloid squamous cell carcinoma*)
- rak olbrzymiokomórkowy (*giant cell carcinoma*)
- raki ze zróżnicowaniem neuroendokrynym (*neuroendocrine carcinomas*).

Inne nowotwory złośliwe spotykane są kazuistycznie i mogą to być nowotwory wywodzące

się z gruczołów ślinowych, nowotwory złośliwe tkanki łącznej, chłoniaki, czerniaki, nowotwory przerzutowe do krtani.

Zasady diagnostyki

Diagnostyka narządowa

Objawów, takich jak chrypka, dysfagia i ból przy połykaniu, nie można leczyć bez oceny laryngoskopowej dłużej niż 2 tygodnie – **standard diagnostyki**.

Objawy, takie jak ból, rozdęcie puszki krtani, duszność wdechowa, powiększony, twarde węzeł chłonny szyjny głęboki, wymagają niezwłocznej oceny specjalistycznej (otolaryngologicznej) – **standard diagnostyki**.

Rozpoznanie z oceną umiejscowienia i rozległości nacieku nowotworowego ustala się na podstawie direktoskopii (ewentualnie laryngofibroskopii) z pobraniem biopsji – **standard diagnostyki**.

Uzupełnieniem badań, mających na celu ocenę stopnia zaawansowania miejscowego, są USG okolicy przednagłośniowej, TK lub MR krtani, gardła środkowego i dolnego oraz wideostroboskopia – **opcja diagnostyczna**.

Zaleca się wykonanie jednocześnie bronchoskopii, ezofagoskopii i laryngoskopii bezpośredniej (*triple endoscopy*) – **opcja diagnostyczna**.

W rzeczywistości dokładna diagnostyka TNM przy zaawansowaniu T₃ i T₄ jest możliwa jedynie przy zastosowaniu nowoczesnej diagnostyki obrazowej. Bez tych badań nie jest możliwe potwierdzenie ani też wykluczenie naciekania guza do przestrzeni przednagłośniowej, okołogłośniowej czy ograniczonego naciekania chrząstki tarczowatej.

Diagnostyka węzłów regionalnych

Węzłami regionalnymi w raku krtani są węzły II, III IV i VI regionu węzłowego szyi (AJCC 2002, UICC 2002). W każdym przypadku badania laryngologicznego obowiązuje badanie palpacyjne, oburęczne, porównujące obie strony szyi – **standard diagnostyki**.

USG szyi stanowi **standard diagnostyki** w przypadkach wysokiego prawdopodobieństwa występowania przerzutów, w przypadkach wątpliwych bądź trudnych w badaniu palpacyjnym (np. masywna, krótka szyja).

W przypadku powiększonych węzłów chłonnych konieczna jest weryfikacja na podstawie biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej (BAC) z węzłów podejrzanym wykonanej pod kontrolą USG – **standard diagnostyki**.

W przypadku lokalizacji podgłośniowej, przy występowaniu powiększonych węzłów chłonnych w IV i V regionie węzłowym szyi TK klatki piersiowej wykonana w celu oceny węzłów śródpiersia górnego stanowi **standard diagnostyki**.

Tomografia komputerowa szyi, mająca na celu ocenę węzłów regionalnych w każdym przypadku raka krtani jest **opcją diagnostyczną** (Watkinson i in. 2000, Schwart i Wenig 2001, Clinical Practice Guidelines in Oncology 2004).

W diagnostyce ogólnej – oprócz typowego standardu badań biochemicznych i RTG klatki piersiowej – konieczna jest ocena stopnia wydolności ogólnej, zwłaszcza wydolności oddechowej i ewentualnych przewlekłych zmian zwyrodnieniowych i zapalnych w tkance płucnej. Element ten ma istotne znaczenie przy wyborze metody terapii i istotnie wpływa na rokowanie (Watkinson i in. 2000).

Różnicowanie

Zmiany nienowotworowe wymagające różnicowania z nowotworem krtani to:

- polip krtani
- obrzęki Reinckego
- cysty retencyjne, laryngocele i wypadanie kieszonki krtaniowej
- owrzodzenie nieswoiste, ziarniniak kontaktowy i ziarniniak pointubacyjny
- amyloidoza krtani
- nieswoiste przewlekłe przerostowe zapalenie krtani (zewnątrzne czynniki drażniące, zakażenie, refluks żołądkowo-przełykowy)
- swoiste zapalenie krtani (gruźlica)
- ziarniniak Wegenera.

Ostateczna weryfikacja w przypadkach podejrzanych jest możliwa jedynie po badaniu biopsyjnym. Powtarzane badania biopsyjne mogą być konieczne przy stwierdzanych cechach komórkowej transformacji przednowotworowej (patrz: Patologia narządowa – str. 8).

Klasyfikacja kliniczna

Rak krtani jest nowotworem, w którym, niezależnie od innych cech „zależnych od guza”, umiejscowienie w obrębie narządu w bardzo dużym stopniu determinuje wybór opcji terapeutycznej. Stąd też klasyfikacja kliniczna wymaga znajomości szczegółów anatomii chirurgicznej.

Na potrzeby klasyfikacji klinicznej krtan dzieli się na trzy piętra (lokalizacje), a w ich obrębie wyróżnia się następujące szczegóły anatomiczne (umiejscowienia):

Lokalizacja: Umiejscowienie:

- I. Nadgłośnia
1. Część nadgnykowa nagłośni z brzegiem wolnym i powierzchnią językową
 2. Fałd nalewkowo-nagłośniowy, powierzchnia krtaniowa
 3. Nalewka
 4. Część podgnykowa nagłośni
 5. Fałd kieszonki krtaniowej
- II. Głośnia
1. Fałd głosowy
 2. Spoidło przednie
 3. Spoidło tylne
- III. Podgłośnia

Aktualnie przyjmuje się (Watkinson i in. 2000), że piętro głośni obejmuje ku górze całą górną powierzchnię fałdu głosowego (a zatem sięga aż do dna kieszonki krtaniowej), natomiast ku dołowi granicę między głośnia a podgłośnia wyznacza płaszczyzna leżąca 1 cm poniżej górnej powierzchni fałdu głosowego. Granicę między podgłośnia a tchawicą wyznacza płaszczyzna styczna do dolnego brzegu chrząstki pierścieniowatej. Nie jest jasno określone, jaki zasięg obejmuje spoidło przednie i spoidło tylne ani też – co należy rozumieć przez powierzchnię nalewki.

Klasyfikacja TNM w odniesieniu do raka krtani była już wielokrotnie przedmiotem rewizji. Poniżej przedstawiamy ostatnią wersję z 2001 roku, wspólną dla AJCC (American Joint Committee for Cancer Staging and End Results Reporting) i UICC (Union International Centre le Cancer) (AJCC Cancer Staging Handbook 2002, TNM Classification of Malignant Tumors UICC 2002).

Guz pierwotny – T

Dla każdego umiejscowienia identycznie określone zostały:

T_x – brak możliwości oceny guza pierwotnego

T₀ – brak cech guza pierwotnego

T_{is} – rak *in situ*.

Nadgłośnia

T₁ – guz ograniczony do jednego umiejscowienia w nadgłośni, z prawidłową ruchomością fałdu głosowego

T₂ – guz nacieka błonę śluzową w obrębie więcej niż jednego umiejscowienia nadgłośni bądź głośni lub obszar poza nadgłośnia (np. błonę śluzową podstawy języka, dołka zajęzykowego czy przyśrodkową ścianę zachyłku gruszkowatego), bez cech unieruchomienia fałdu głosowego

T₃ – guz ograniczony do krtani, z unieruchomieniem fałdu głosowego i/lub naciekaniem jednej z następujących struktur: okolica zapięścienna, przestrzeń przednagłośniowa czy

okołogłośniowa, i/lub naciekaniem w ograniczonym zakresie chrząstki tarczowatej (np. jej wewnętrznej powierzchni)

T_{4a} – guz nacieka przez chrząstkę tarczowatą i/lub przechodzi do tkanek sąsiadujących z krtanią (np. do tchawicy, mm. głębokich języka, mm. przedkrtaniowych, tarczycy czy przełyku)

T_{4b} – guz nacieka przestrzeń przedkręgosłupową, okala t. szyjną bądź przechodzi do śródpiersia.

Głośnia

T₁ – guz ograniczony do fałdu bądź fałdów głosowych (może obejmować przednie bądź tylne spoidło) z prawidłową ich ruchomością

T_{1a} – guz ograniczony do jednego fałdu głosowego

T_{1b} – guz obejmuje oba fałdy głosowe

T₂ – guz przechodzi do nadgłośni i/lub podgłośni i/lub ogranicza ruchomość fałdu głosowego

T₃ – guz ograniczony do krtani z unieruchomieniem fałdu głosowego, naciekaniem przestrzeni okołogłośniowej i/lub naciekaniem w ograniczonym zakresie chrząstki tarczowatej (np. jej wewnętrznej powierzchni)

T_{4a} – guz nacieka poprzez chrząstkę tarczowatą i/lub przechodzi do innych tkanek poza krtani (np. do tchawicy, mm. głębokich języka, mm. przedkrtaniowych, tarczycy czy przełyku)

T_{4b} – guz nacieka przestrzeń przedkręgosłupową, okala t. szyjną bądź wnika do śródpiersia.

Podgłośnia

T₁ – guz ograniczony do podgłośni

T₂ – guz przechodzi na fałd/fałdy głosowe z prawidłową bądź ograniczoną ich ruchomością

T₃ – guz ograniczony do krtani, z unieruchomieniem fałdu głosowego

T_{4a} – guz nacieka chrząstkę pierścieniową lub tarczowatą i/lub nacieka tkanki poza krtanią (np. tchawicę, tkanki miękkie szyi, mm. języka, mm. przedkrtaniowe, tarczycę czy przełyk)

T_{4b} – guz nacieka przestrzeń przedkręgosłupową, okala t. szyjną lub nacieka do śródpiersia.

Regionalne węzły chłonne – N

Pierwszą stacją węzłów, do których spływa chłonka z krtani, są węzły II, III, IV, V i VI regionu węzłów chłonnych szyjnych (Clinical Practice Guidelines in Oncology – version 1, 2004).

Klasyfikacja zaawansowania przerzutów węzłowych wyróżnia:

N_x – brak możliwości oceny węzłów regionalnych

N₀ – brak przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych

N_1 – przerzut w pojedynczym węźle chłonnym po stronie guza, nieprzekraczający 3 cm w największym wymiarze

N_2 – przerzut bądź przerzuty po jednej bądź obu stronach, przy czym żaden nie przekracza 6 cm w największym wymiarze

N_{2a} – przerzut w pojedynczym węźle chłonnym po stronie guza, mający ponad 3 cm, lecz nie więcej niż 6 cm w największym wymiarze

N_{2b} – przerzuty w licznych węzłach chłonnych po stronie guza, przy czym żaden nie przekracza 6 cm w swoim największym wymiarze

N_{2c} – przerzuty obustronne bądź do węzłów chłonnych po stronie przeciwnej wobec guza, przy czym żaden nie przekracza 6 cm w swoim największym wymiarze

N_3 – przerzut do węzła chłonnego, przekraczający 6 cm w swoim największym wymiarze.

Przerzuty odległe – M

M_x – brak możliwości oceny przerzutów odległych

M_0 – brak przerzutów odległych

M_1 – stwierdzone przerzuty odległe.

Klasyfikacja do poszczególnych stopni zaawansowania klinicznego:

Stopień 0	T_{is}	N_0	M_0
Stopień I	T_1	N_0	M_0
Stopień II	T_2	N_0	M_0
Stopień III	T_3	N_0	M_0
	T_1	N_1	M_0
	T_2	N_1	M_0
	T_3	N_1	M_0
Stopień IVA	T_{4a}	N_0	M_0
	T_{4a}	N_1	M_0
	$T_1 - T_{4a}$	N_2	M_0
Stopień IVB	T_{4b}	każde N	M_0
	każde T	N_3	M_0
Stopień IVC	każde T	każde N	M_1

Wytyczne dotyczące terapii (standardy, opcje terapeutyczne)

W leczeniu raka krtani chirurgię i radioterapię stosuje się jako metody samodzielne, jako metody leczenia skojarzonego bądź jako metody uzupełniające się wzajemnie w leczeniu niepowodzeń. W wielu przypadkach klinicznych wydolność radioterapii i wydolność chirurgii jest zbliżona, co stawia te dwie metody jako konkurencyjne w stosunku do siebie. Chemioterapia nie jest metodą samodzielnego leczenia raka krtani. Chemioterapia indukcyjna bądź adiuwantowa, w skojarzeniu z radioterapią, jest przedmiotem prób klinicznych, głównie w programach zmierzających do „oszczędzenia narządu” (Davis i Williams 1999, Endicott

i Anderson 1999). Aktualnie, oprócz wyników rozumianych jako wyleczenie, coraz większą wagę przykłada się do jakości życia chorych. Jednym z jej elementów jest zachowanie funkcji narządu – stąd doskonalenie metod częściowych resekcji krtani, z zachowaniem czynności oddechowej, fonacyjnej i obronnej krtani, oraz programy „Organ preservation treatment”, rozszerzające wskazania do radioterapii (w tym również RTG+ ChTH). Mnogość metod częściowych resekcji krtani, pozwala na indywidualizowanie stosowanych technik, w zależności od konkretnej lokalizacji, doświadczeń i preferencji chirurga.

Trudno określić zasady diagnostyki i leczenia chirurgicznego raka krtani bez odniesienia ich do radioterapii i trudno określić jednolity, powszechnie akceptowany standard postępowania, bez oparcia ich o szerokie, randomizowane badania kliniczne (Browman 2001, Clinical Practice Guidelines in Oncology – version 1, 2004). Propozycje przedstawione poniżej są jedynie próbą w tym zakresie.

Rak nadgłośni $T_1 N_0$ – resekcja chirurgiczna guza (drogą wewnątrzkraniową lub zewnątrzkraniową) z selektywną limfadenektomią (II i III region) stanowi obok radioterapii równorzędną **opcję terapeutyczną**.

Rak nadgłośni $T_1 N_{1-3}$ – resekcja chirurgiczna guza (hemilaryngektomia horyzontalna) ze zmodyfikowaną bądź radykalną operacją węzłów chłonnych szyi, jedno- lub obustronną, z uzupełniającą radioterapią stanowi **standard terapeutyczny**.

Rak nadgłośni $T_2 N_0$ – resekcja chirurgiczna guza (hemilaryngektomia horyzontalna, laryngektomia subtotalna lub laryngektomia całkowita) z selektywną limfadenektomią (II i III region) i uzupełniającą radioterapią w wybranych przypadkach (guz G_3 , mikroskopowe cechy naciekania chrząstki nagłośni, brak bezpiecznego marginesu resekcji chirurgicznej) jest obok radioterapii równorzędną **opcją terapeutyczną**.

Rak nadgłośni $T_2 N_{1-3}$ – resekcja chirurgiczna guza (hemilaryngektomia horyzontalna, laryngektomia subtotalna lub laryngektomia całkowita) ze zmodyfikowaną bądź radykalną operacją węzłów chłonnych szyi oraz uzupełniającą radioterapią stanowi **standard terapeutyczny**.

Uwaga. W wybranych przypadkach T_1 i $T_2 N_1$ chorzy mogą być kwalifikowani do zachowawczego leczenia oszczędzającego krtani („organ preservation”), polegającego na jednoczesnej radioterapii i chemioterapii (cisplatyna) – **opcja terapeutyczna**.

Rak nadgłośni $T_3 N_0$ – resekcja chirurgiczna guza (laryngektomia całkowita) z selektywną

operacją węzłów chłonnych szyi (II, III i IV region) i uzupełniającą radioterapią stanowi **standard terapeutyczny**.

Uwaga. W wybranych przypadkach T_3 i $T_4 N_0$, ale bez cech naciekania chrząstek krtani, chorzy mogą być kwalifikowani do zachowawczego leczenia oszczędzającego krtani („organ preservation”), polegającego na jednoczesnej radioterapii i chemioterapii (cisplatyna) – **opcja terapeutyczna**.

Rak nadgłośni $T_3 N_{1-3}$ – resekcja chirurgiczna guza (laryngektomia całkowita) z radykalną bądź zmodyfikowaną operacją węzłów chłonnych szyi, jedno- bądź obustronną, i uzupełniającą radioterapią stanowi **standard terapeutyczny**.

Rak nadgłośni $T_{4a} N_0$ – resekcja chirurgiczna guza (laryngektomia całkowita bądź poszerzona o częściową resekcję gardła dolnego, gardła środkowego czy tkanek w sąsiedztwie krtani) z selektywną operacją węzłów chłonnych szyi (II, III i IV region) i uzupełniającą radioterapią stanowi **standard terapeutyczny**.

Rak nadgłośni $T_{4a} N_{1-3}$ – resekcja chirurgiczna guza (laryngektomia całkowita bądź poszerzona o częściową resekcję gardła dolnego, gardła środkowego czy tkanek w sąsiedztwie krtani) ze zmodyfikowaną bądź radykalną operacją węzłów chłonnych szyi, jedno- bądź obustronną, i uzupełniającą radioterapią stanowi **standard terapeutyczny**.

Rak nadgłośni $T_{4b} N_{0-3}$ – paliatywna radioterapia uzupełniona w razie potrzeby chirurgicznym leczeniem objawowym (tracheostomia, gastrostomia) stanowi **standard terapeutyczny**.

Uwaga. W wybranych przypadkach radioterapia bądź radiochemioterapia z zamiarem radykalnego leczenia i ewentualna następcza resekcja poszerzona krtani i/lub radykalna operacja regionalnych węzłów chłonnych stanowi **opcję terapeutyczną**.

Rak głośni $T_1 N_0$ – resekcja chirurgiczna guza (chordektomia lub wycięcie przedniego spoidła i sąsiadujących odcinków fałdów głosowych endolaryngealne lub zewnątrzkrtoniowe) stanowi, obok radioterapii równorzędną **opcję terapeutyczną**.

Uwaga. U chorych starszych, z istotnymi obciążeniami internistycznymi, możliwa jest radykalna radioterapia w krótszym czasie (16 frakcji – 50Gy) – **metoda manchesterska**.

Rak głośni $T_1 N_{1-3}$ (sytuacja bardzo rzadko spotykana z uwagi na skąpą sieć limfatyczną w obrębie fałdów głosowych) – resekcja chirurgiczna guza (jak wyżej) i zmodyfikowana bądź

radykalna operacja węzłów chłonnych szyi, jedno- lub obustronna, stanowi **standard terapeutyczny**.

Uzupełniająca radioterapia stanowi przy N_1 **opcję terapeutyczną**, natomiast przy N_{2-3} – **standard terapeutyczny**.

Rak głośni $T_2 N_0$ – resekcja chirurgiczna guza (hemilaryngektomia lub całkowita laryngektomia) z radioterapią uzupełniającą w wybranych przypadkach (guz G_3 , mikroskopowe naciekanie chrząstki tarczowatej, brak bezpiecznego marginesu odcięcia w badaniu patologicznym) oraz selektywne wycięcie węzłów chłonnych w wybranych przypadkach stanowi obok radioterapii równorzędną **opcję terapeutyczną**.

Rak głośni $T_2 N_{1-3}$ – resekcja chirurgiczna guza (hemilaryngektomia lub całkowita laryngektomia) oraz zmodyfikowana bądź radykalna operacja węzłów chłonnych szyi, jednostronna lub obustronna, z uzupełniającą radioterapią stanowi **standard terapeutyczny**.

W wybranych przypadkach $T_2 N_1$ radykalna radioterapia stanowi **opcję terapeutyczną**.

Rak głośni $T_3 N_0$ – resekcja chirurgiczna guza (całkowita laryngektomia bądź w wybranych przypadkach subtotalna laryngektomia) z selektywną limfadenektomią (II, III i IV region) i w wybranych przypadkach, uzupełniającą radioterapią stanowi **standard terapeutyczny**.

Uwaga. W wybranych przypadkach $T_3 N_0$ (np. egzofityczny guz G_2 lub G_3) radykalna radioterapia bądź radioterapia z jednoczesną chemioterapią (cisplatyna) stanowi **opcję terapeutyczną**.

Rak głośni $T_3 N_{1-3}$ – resekcja chirurgiczna guza (całkowita laryngektomia, lub w wybranych przypadkach, subtotalna laryngektomia) ze zmodyfikowaną bądź radykalną operacją węzłów chłonnych szyi, jedno- lub obustronną, oraz uzupełniającą radioterapią stanowi **standard terapeutyczny**.

Rak głośni $T_{4a} N_0$ – resekcja chirurgiczna guza (całkowita laryngektomia, w miarę konieczności uzupełniona częściowym wycięciem gardła dolnego bądź innych struktur w sąsiedztwie krtani) z selektywną limfadenektomią (II, III i IV region) z uzupełniającą radioterapią stanowi **standard terapeutyczny**.

Uwaga. W wybranych przypadkach $T_4 N_0$, ale bez cech naciekania chrząstek krtani, chorzy mogą być kwalifikowani do zachowawczego leczenia oszczędzającego krtani („organ preservation”), polegającego na jednoczesnej radioterapii i chemioterapii (cisplatyna) – **opcja terapeutyczna**.

Rak głośni T_{4a} N₁₋₃ – resekcja chirurgiczna guza (całkowita laryngektomia, uzupełniona w razie konieczności częściowym wycięciem gardła dolnego bądź innych struktur w sąsiedztwie krtani) ze zmodyfikowaną bądź radykalną operacją węzłów chłonnych szyi, jedno- lub obustronną, z uzupełniającą radioterapią stanowi **standard terapeutyczny**.

Rak głośni T_{4b} N₀₋₃ – paliatywna radioterapia i/lub chemioterapia, uzupełniona w razie potrzeby chirurgicznym leczeniem objawowym (tracheostomia, gastrostomia) stanowi **standard terapeutyczny**.

W wybranych przypadkach radioterapia i/lub chemioterapia, z rozważeniem radykalnego leczenia (resekcja poszerzona krtani i/lub radykalna operacja regionalnych węzłów chłonnych) w przypadku uzyskania znaczącej regresji nowotworu stanowi **opcję terapeutyczną**.

Rak podgłośni T₁ N₀ – radioterapia stanowi **standard terapeutyczny**.

Resekcja chirurgiczna guza (subtotalna lub całkowita laryngektomia) stanowi **opcję terapeutyczną**.

Rak podgłośni T₁ N₁₋₃ – resekcja chirurgiczna guza (całkowita laryngektomia) ze zmodyfikowaną lub radykalną operacją węzłów chłonnych szyi, jedno- lub obustronną, z uzupełniającą radioterapią stanowi **standard terapeutyczny**.

Rak podgłośni T_{2-4a} N₀ – resekcja chirurgiczna guza (całkowita laryngektomia), uzupełniona o resekcję płata/płatów tarczycy i węzłów okołotchawiczych, z uzupełniającą radioterapią stanowi **standard terapeutyczny**.

Rak podgłośni T_{2-4a} N₁₋₃ – resekcja chirurgiczna guza (całkowita laryngektomia) uzupełniona w miarę potrzeby o sąsiadujący odcinek tchawicy, przełyku bądź innych struktur w sąsiedztwie) ze zmodyfikowaną bądź radykalną operacją węzłów chłonnych szyi i uzupełniającą radioterapią stanowi **standard terapeutyczny**.

Rak podgłośni T_{4b} N₀₋₃ – paliatywna radioterapia uzupełniona w razie potrzeby chirurgicznym leczeniem objawowym (tracheostomia, gastrostomia) stanowi **standard terapeutyczny**.

Uwaga. W wybranych przypadkach radioterapia i/lub chemioterapia, z rozważeniem radykalnego leczenia (resekcja poszerzona krtani i/lub radykalna operacja regionalnych węzłów chłonnych) w przypadku uzyskania znaczącej regresji nowotworu stanowi **opcję terapeutyczną**.

Leczenie w przypadku przerzutów odległych lub współistnienia drugiego ogniska raka – brak ogólnego standardu. W wybranych

przypadkach leczenie radykalne guza krtani według zasad zaproponowanych powyżej oraz następcze leczenie przerzutu lub drugiego ogniska (dotyczy zwłaszcza operacyjnych ognisk nowotworu w tkance płucnej) jest **opcją terapeutyczną**.

Leczenie wznowy regionalnej lub brak wyleczenia po radioterapii – guz w granicach resekcji chirurgicznej w zakresie krtani: **laryngektomia całkowita** lub rozszerzona o struktury sąsiadujące – **standard terapeutyczny**.

W ściśle wyselekcjonowanych przypadkach: laryngektomia częściowa – **opcja terapeutyczna**.

Wznowa bądź brak wyleczenia w zakresie węzłów chłonnych: radykalna operacja węzłów chłonnych szyi – **standard terapeutyczny**.

Leczenie wznowy regionalnej po leczeniu chirurgicznym – guz w granicach resekcji chirurgicznej: poszerzenie resekcji + radioterapia stanowi **standard terapeutyczny**.

Leczenie w przypadkach guza poza granicami radykalnej chirurgii bądź po radykalnej radioterapii (pierwotne zaawansowanie miejscowe bądź węzłowe, wznowy miejscowe nieoperacyjne po wcześniejszej radioterapii bądź chirurgii, wznowy ogólne, zła wydolność ogólna, brak zgody). Paliatywna radioterapia, jeśli nie była stosowana uprzednio – **opcja terapeutyczna**.

Paliatywna chemioterapia – w ramach prób klinicznych. Tracheostomia w przypadku obturacji krtani stanowi **standard terapeutyczny**.

Gastrostomia w przypadku zaburzeń połykania ograniczających alimentację stanowi **standard terapeutyczny**, lub sonda odżywcza nosowo-przełykowa – **opcja terapeutyczna**.

Leczenie przeciwbólowe według ogólnych zasad stanowi **standard terapeutyczny**.

Leczenie owrzodzeń zewnętrznych i przetok ślinowych gardłowo-skrónnych według ogólnych zasad stanowi **standard terapeutyczny**.

Badania kontrolne – co miesiąc w pierwszym roku po leczeniu, co 2 miesiące w 2 roku, co 3 miesiące do 5 lat. Potem badania co 6 miesięcy, bez limitu. Kontrola RTG klatki piersiowej co 6 miesięcy do 3 lat, później raz w roku.

Uwaga. Zakres badań kontrolnych powinien uwzględniać znaczący odsetek drugich ognisk pierwotnych w układzie oddechowym i pokarmowym w tej grupie chorych. ●

- American Joint Committee on Cancer (2002) AJCC Cancer Staging Handbook. Wyd. 6. Red. F.L. Greene i in. Springer, New York.
- Bień S. i in.: Ewolucja obrazu epidemiologicznego i klinicznego raka krtani i krtaniowej części gardła w Polsce w latach 1999-2201. Otolaryngol. Pol. (w druku).
- Browman G. (2001) Background to clinical guidelines in cancer: a programmatic approach to guideline development and aftercare. Brit. J. Cancer., Suppl. 2, 1-3.
- Clinical Practice Guidelines in Oncology – version 1, 2004. National Comprehensive Cancer Network: www.nccn.org.
- Davis L.W., Williams W.H. (1999) Controversy in the management of laryngeal tumors: Radiation therapy perspective. W: Comprehensive management of head and neck tumors. Red. S. Thawley i in. W.B. Saunders Comp., Philadelphia, 1081-1089.
- Endicott J.N., Anderson W.D. (1999) Controversy in the management of laryngeal tumors: A Surgical perspective. W: Comprehensive management of head and neck tumors. Red. S. Thawley i in. W.B. Saunders Comp., Philadelphia, 1090-1104.
- Krajowy Rejestr Nowotworów: <http://148.81.190.231/coi>.
- Olborski B. (2001) Krtań i gardło dolne. W: Nowotwory. Zarys patologii onkologicznej. Red. R. Kordek i in. Zakład Patologii Nowotworów AM w Łodzi, Łódź, 39-43.
- Schwartz G.J., Wenig B.L. (2001) Clinical considerations for neoplasms of the larynx. W: Head and neck pathology with clinical correlations. Red. Yao-Shi Fu i in. Churchill Livingstone, New York, 330-368.
- Schwartz M. R. (1999) Pathology of laryngeal tumors. W: Comprehensive management of head and neck tumors. Red. S. Thawley i in. W.B. Saunders Comp., Philadelphia, 950-978.
- UICC (2002). TNM classification of malignant tumours. Red. L.H. Sobin, C.H. Wittekind. Wiley-Liss, New York.
- Watkinson J.C., Gaze M.N., Wilson J.A. (2000) Stell & Maran's head and neck surgery. Butterworth Heinemann, Oxford.
- Woo P. (2001) Clinical considerations for non-neoplastic lesions of the larynx. W: Head and neck pathology with clinical correlations. Red. Yao-Shi Fu i in. Churchill Livingstone, New York, 293-329.
- Zatoński W., Tyczyński J. (red.) (1999) Nowotwory złośliwe w Polsce w 1996 r. Centrum Onkologii, Warszawa.
- Żyłka S. (2002) Ocena czynników prognostycznych leczenia operacyjnego i skojarzonego raka krtani i gardła dolnego. Praca doktorska. AM w Warszawie.

NOWOTWORY JAMY USTNEJ

Andrzej Kawecki, Stanisław Starościak

Nowotwory jamy ustnej należą do relatywnie rzadkich jednostek onkologicznych i stanowią nieco ponad 1% wszystkich nowotworów złośliwych w Polsce. Najczęstszym ich umiejscowieniem w obrębie jamy ustnej jest język (ok. 500 nowych zachorowań rocznie) i dno jamy ustnej (ok. 300 nowych zachorowań). Zdecydowaną większość (ponad 95%) stanowią raki płaskonabłonkowe, najczęściej o średnim lub wysokim stopniu zróżnicowania. Rzadko występują raki gruczołowe, wywodzące się z małych gruczołów ślinowych. Z innych nowotworów w obrębie jamy ustnej spotyka się czerniaki złośliwe. Czynnikiem rakotwórczym w obrębie jamy ustnej są ekspozycja błon śluzowych na dym papierosowy i wysokoprocentowy alkohol, zła higiena jamy ustnej oraz mechaniczne, przewlekłe drażnienie śluzówek (niedopasowane protezy, ukruszone zęby).

Typowym stanem przedrakowym w obszarze jamy ustnej jest leukoplakia (chorzy ze stwierdzoną leukoplakią wymagają ścisłej obserwacji).

Rak jamy ustnej, w tym przede wszystkim rak języka, cechuje się wysokim ryzykiem występowania przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych, co jest powodowane bogatym unaczynieniem chłonnym tej okolicy. Fakt ten wpływa na sposób leczenia, w którym niezwykle ważną rolę odgrywa elektywne usuwanie oraz napromienianie układu chłonnego szyi.

Algorytm diagnostyczny

Główną rolę w diagnostyce raka jamy ustnej odgrywa biopsja z pobraniem wycinka z ogniska pierwotnego nowotworu. Dobór właściwego leczenia zależy od stopnia klinicznego zaawansowania. W zakresie badań diagnostycznych służących ocenie stopnia zaawansowania raka znajdują się:

- wywiad, badanie przedmiotowe (w tym laryngologiczne) z określeniem zaawansowania ogniska pierwotnego i stanu węzłów chłonnych szyjnych
- weryfikacja mikroskopowa ogniska pierwotnego (biopsja wycinkowa) oraz węzłów chłonnych w przypadku ich powiększenia (biopsja aspiracyjna cienkoigłowa)
- tomografia komputerowa w razie wątpliwości co do zaawansowania nowotworu nierozstrzygniętych w badaniu przedmiotowym

- pantomogram żuchwy w przypadku podejrzenia jej naciekania
- ultrasonografia szyi z ewentualną biopsją aspiracyjną cienkoigłową w razie wątpliwości co do stanu węzłów chłonnych
- radiogramy klatki piersiowej w dwóch projekcjach
- ultrasonografia jamy brzusznej.

Zasady postępowania

Chorzy z lokoregionalnym zaawansowaniem raka jamy ustnej (cecha M_0) kwalifikujący się do leczenia chirurgicznego

T_1N_0 . Wycięcie guza z marginesem tkanek prawidłowych lub wycięcie guza z marginesem tkanek prawidłowych + elektywne wycięcie grup I, II i III układu chłonnego szyi po stronie guza w przypadku raka o niskim (G_3) stopniu zróżnicowania.

Opcja. Brachyterapia (radioterapia śródtkanowa) – mała moc dawki, dawka całkowita 66-70 Gy. Brachyterapii nie można stosować, gdy guz znajduje się w okolicy koniuszka języka lub w odległości $<0,5$ cm od żuchwy.

T_2N_0 . Wycięcie guza z marginesem tkanek prawidłowych + elektywne wycięcie węzłów chłonnych grup I, II i III po stronie guza.

$T_{3-4}N_0$. Wycięcie guza z marginesem tkanek prawidłowych + (wg wskazań) resekcja części lub połowy żuchwy + (wg wskazań) natychmiastowa rekonstrukcja z użyciem złożonych, odległych, unaczynionych płatów lub wolnych płatów z mikrochirurgicznym zespoleniem naczyń + zmodyfikowane radykalne wycięcie układu chłonnego szyi (MRND – Modified Radical Neck Dissection) po stronie guza.

Uwaga. Wskazania do uzupełniającej radioterapii w powyższych przypadkach, ustalone zawsze w oparciu o badanie patomorfologiczne, obejmują:

- mikroskopowo wątpliwy margines resekcji (naciek $<0,3$ cm od linii cięcia)
- rozproszone ogniska raka w materiale operacyjnym
- niskie (G_3) zróżnicowanie raka
- stwierdzenie przerzutu/przerzutów w usuniętych węzłach chłonnych
- rozpoznanie raka gruczołowotorbielowego z małych gruczołów ślinowych.

W przypadku niekorzystnych czynników prognostycznych (niskie zróżnicowanie raka, nacieki struktur nerwowych i naczyń, przekraczanie przez przerzut torebki węzła chłonnego, przerzuty do więcej niż 2 węzłów chłonnych)

radioterapię powinno się stosować w skojarzeniu z cisplatyną w sekwencji jednoczesnej.

$T_{1-2}N_{1-3}$. Wycięcie guza z marginesem tkanek prawidłowych + radykalne wycięcie układu chłonnego szyi (RND); w szczególnych przypadkach (N_1 – małe zaawansowanie przerzutów w węzłach chłonnych) możliwe jest wykonanie zmodyfikowanego radykalnego wycięcia układu chłonnego szyi (MRND).

$T_{3-4}N_{1-3}$. Wycięcie guza z marginesem tkanek prawidłowych + (wg wskazań) resekcja części lub połowy żuchwy + (wg wskazań) natychmiastowa rekonstrukcja z użyciem złożonych odległych, unaczynionych płatów lub wolnych płatów z mikrochirurgicznym zespoleniem naczyń + RND.

Uwaga. W powyższych przypadkach zawsze istnieją wskazania do uzupełniającej radioterapii (z uwagi na cechę $N+$) lub jednoczesnej radiochemioterapii z zastosowaniem cisplatyny (jw.), gdy przerzuty występują w licznych węzłach chłonnych lub gdy przerzut przekracza torebkę węzła chłonnego.

Uwaga. U chorych ze stwierdzoną cechą N_{2c} zaleca się wykonanie RND po stronie bardziej zaawansowanych zmian przerzutowych oraz MRND po stronie przeciwnej.

Chorzy z lokoregionalnym zaawansowaniem raka jamy ustnej (cecha M_0) niekwalifikujący się do leczenia chirurgicznego

Brak naciekania żuchwy. Radykalna radioterapia. Możliwość poprawy jej wyników poprzez niekonwencjonalne frakcjonowanie dawki, zastosowanie jednoczesnej chemioterapii (w obu przypadkach brak jednoznacznych rekomendacji), wdrożenie radioterapii paliatywnej.

Uwaga. Decyzja o wyborze sposobu leczenia powinna być podjęta indywidualnie, po uwzględnieniu takich czynników, jak zaawansowanie raka, stopień sprawności i stan odżywienia chorego, a także stopień patomorfologicznego zróżnicowania nowotworu.

Naciekanie żuchwy. Próba indukcyjnej chemioterapii z resekcją w przypadku regresji (postępowanie niestandardowe), próba paliatywnej chemioterapii, leczenie objawowe.

Uwaga. Wybór opcji leczenia uzależniony od zaawansowania choroby, stopnia sprawności chorego, zróżnicowania nowotworu.

Chorzy z przerzutami odległymi (cecha M_1) Próba paliatywnej chemioterapii, leczenie objawowe. Decyzję o postępowaniu terapeutycznym należy podejmować indywidualnie. ●

NOWOTWORY USTNEJ CZĘŚCI GARDŁA

Andrzej Kawecki, Stanisław Starościak

Nowotwory ustnej części gardła stanowią ok. 0,5% wszystkich przypadków nowotworów złośliwych. Zdecydowanie najczęstszym nowotworem o tym umiejscowieniu jest rak płaskonabłonkowy. W obrębie podstawy języka przeważają raki płaskonabłonkowe o wysokim lub średnim stopniu zróżnicowania (G_{1-2}). Wśród raków tego obszaru o innym usytuowaniu (migdałki i łuki podniebienne, podniebienie miękkie) wzrasta udział raków o niskim stopniu zróżnicowania (G_3), a także raków niezróżnicowanych typu nosogardłowego. Rzadziej, zwykle w obrębie podstawy języka, obserwuje się raki gruczołowe wydzielające się z małych gruczołów ślinowych.

Głównym czynnikiem kancerogennym raka ustnej części gardła jest ekspozycja na dym nikotynowy oraz wysokoprocentowy alkohol. Nowotwory tego regionu charakteryzują się częstym występowaniem przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych. Przerzuty odległe występują najczęściej w przebiegu raka o niskim stopniu zróżnicowania lub raka niezróżnicowanego. Należy pamiętać, że w regionie ustnej części gardła nie rzadko spotyka się chłoniaki pozawęzłowe i w takich przypadkach obowiązują diagnostyka i leczenie typowe dla nowotworów układu chłonnego.

Algorytm diagnostyczny

Podstawę rozpoznania stanowi badanie patomorfologiczne materiału pobranego drogą biopsji wycinkowej. Dobór właściwego leczenia zależy od stopnia klinicznego zaawansowania raka ustalonego w oparciu o klasyfikację TNM (UICC 1997).

Zakres niezbędnych badań diagnostycznych:

- wywiad, badanie przedmiotowe, w tym laryngologiczne
- biopsja wycinkowa ogniska pierwotnego oraz biopsja aspiracyjna cienkoigłowa ewentualnych zmian przerzutowych w węzłach chłonnych
- badanie fibroskopowe ustnej, nosowej i krtaniowej części gardła oraz krtani
- tomografia komputerowa twarzoczaszki i szyi
- ultrasonografia szyi z weryfikacją za pomocą biopsji aspiracyjnej niejednoznacznych klinicznie zmian w węzłach chłonnych (badanie opcjonalne)

- radiogramy klatki piersiowej w dwóch projekcjach
- ultrasonografia jamy brzusznej.

Zasady postępowania

Chorzy z lokoregionalnym zaawansowaniem raka (cecha M_0)

$T_{1-2}N_0$. Radioterapia radykalna z wyjątkiem raka gruczołowego, w którego przypadku obowiązuje zabieg operacyjny. Rak gruczołowotorbielowaty zawsze wymaga uzupełniającej radioterapii.

$T_{1-2}N_1$. Radioterapia radykalna.

Opcja. W przypadku wysoko zróżnicowanego (G_1) raka płaskonabłonkowego umiejscowionego w podstawie języka lub raka gruczołowego – zabieg operacyjny polegający na wycięciu guza z marginesem tkanek prawidłowych + MRND/ RND + uzupełniająca radioterapia.

$T_{1-2}N_{2-3}$. Zabieg operacyjny (resekcja podstawy języka / bocznej ściany gardła z mandibulotomią lub resekcją części żuchwy + RND) + uzupełniająca radioterapia lub jednoczesna radiochemioterapia, albo jednoczesna radiochemioterapia z zastosowaniem cisplatyny.

Uwaga. Decyzja o doborze postępowania zależy od wskazań indywidualnych (np. w przypadku raka nisko zróżnicowanego preferuje się radioterapię), a także doświadczeń i możliwości ośrodka leczącego oraz preferencji chorego.

Uwaga. U chorych o upośledzonej sprawności lub z przeciwwskazaniami medycznymi do podawania cisplatyny zamiast jednoczesnej radiochemioterapii powinno się zastosować wyłącznie napromienianie.

$T_{3-4}N_0$. Radioterapia radykalna lub jednoczesna radiochemioterapia z udziałem cisplatyny (decyzję podejmuje się w oparciu o czynniki indywidualne) lub zabieg operacyjny: resekcja podstawy języka / bocznej ściany gardła z mandibulotomią lub resekcją części żuchwy + natychmiastowa rekonstrukcja złożonymi, odległymi, unaczynionymi płatami lub wolnymi płatami z mikrochirurgicznym zespoleniem naczyń (wg wskazań) + MRND) + uzupełniająca radioterapia lub jednoczesna radiochemioterapia (zależnie od czynników prognostycznych – patrz: Nowotwory jamy ustnej)

Wskazania do chirurgii. Naciek żuchwy, rozpoznanie raka gruczołowego.

Preferencje dla chirurgii. Wysokie zróżnicowanie raka.

$T_{3-4}N_{1-3}$. Zabieg operacyjny: resekcja podstawy języka/bocznej ściany gardła z mandibulotomią lub resekcją części żuchwy + natychmiastowa rekonstrukcja złożonymi, odległymi, unaczynionymi

mi płatami (wg wskazań) + MRND/RND) + uzupełniająca radioterapia lub jednoczesna radiochemioterapia.

Postępowanie alternatywne: jednoczesna radiochemioterapia/radioterapia (wybór metody wg czynników jak w T₁₋₂, N₂₋₃ lub radioterapia paliatywna (w przypadkach bardzo zaawansowanych lub u chorych w złym stanie ogólnym).

Uwaga. Decyzja o doborze leczenia zależy od czynników indywidualnych, takich jak umiejscowienie raka (podstawa języka, naciek okolicy trójkąta zatrzonowcowego – preferencje dla chirurgii; pozostałe lokalizacje – preferencje dla radioterapii) czy jego patomorfologia (raki wyżej zróżnicowane – preferencje dla chirurgii, raki gruczołowe – chirurgia leczeniem z wyboru, raki nisko zróżnicowane – preferencje dla radioterapii).

Chorzy z przerzutami odległymi (cecha M₁)

W tych przypadkach stosuje się chemioterapię paliatywną i leczenie objawowe.

Decyzje terapeutyczne podejmuje się indywidualnie w każdym przypadku. ●

NOWOTWORY NOSOWEJ CZĘŚCI GARDŁA

Andrzej Kawecki, Romuald Krajewski

Nowotwory nosowej części gardła występują w Polsce relatywnie rzadko. Corocznie odnotowuje się ok. 150 nowych zachorowań. Szczyt zachorowalności występuje w dwóch grupach wiekowych; pomiędzy 15 a 25 rokiem życia oraz powyżej 45 roku życia. Etiopatogeneza raka nosowej części gardła jest nieznana, aczkolwiek w regionach endemicznego występowania tego nowotworu (Azja Południowo-Wschodnia) wykazano korelację z zakażeniem wirusem Epsteina-Barr. Raki nosowej części gardła, w porównaniu do pozostałych raków narządów głowy i szyi, cechuje odmienną patomorfologiczną. Obecnie obowiązująca klasyfikacja WHO wyróżnia trzy typy tego nowotworu: raka rogowaciejącego (grupa I), raka nierogowaciejącego (grupa II) oraz raka niezróżnicowanego (grupa III). Nowotwory zaliczane do grup II i III według tradycyjnych klasyfikacji określano jako raki z komórek przejściowych (*transitional cell carcinoma*) oraz raki z nabłonka naczyń chłonnych (*lymphoepithelioma*). Cechuje je odmiennie niż w przypadku

innych raków narządów głowy i szyi przebieg kliniczny, a mianowicie duża dynamika wzrostu miejscowego, wczesne przerzuty do węzłów chłonnych, częste przerzuty odległe oraz duża promienioczułość i podatność na chemioterapię. Główną metodą leczenia jest radioterapia, a od niedawna większą rolę w porównaniu z leczeniem innych raków narządów głowy i szyi odgrywa chemioterapia. Chirurgia ma znaczenie jako leczenie ratujące w przypadkach niewyleczenia i nawrotów.

Innymi nowotworami mogącymi występować w nosowej części gardła są chłoniaki pozawęzłowe, a także specyficzny nowotwór narządów głowy i szyi – nerwiak węchowy (*olfactory neuroblastoma*).

Algorytm diagnostyczny

Zakres badań niezbędnych do ustalenia stopnia klinicznego zaawansowania, w oparciu o klasyfikację TNM z 1997 roku:

- wywiad, badanie przedmiotowe, w tym laryngologiczne
- badanie fibroskopowe nosowej i ustnej części gardła
- weryfikacja mikroskopowa ogniska pierwotnego poprzez biopsję wycinkową, a zmienionych węzłów chłonnych za pomocą biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej
- tomografia komputerowa twarzoczaszki i szyi z zastosowaniem okna kostnego
- rezonans magnetyczny głowy i szyi (wg wskazań)
- ultrasonografia szyi z ewentualną biopsją aspiracyjną niejednoznacznych klinicznie węzłów chłonnych (wg wskazań)
- radiogramy klatki piersiowej w dwóch projekcjach
- ultrasonografia jamy brzusznej
- scyntygrafia kości w przypadku raków grupy II i III wg klasyfikacji WHO.

Zasady postępowania

Raki grupy I wg klasyfikacji WHO (rogowaciejące)

T₁₋₂N₀₋₁. Obowiązuje radykalna radioterapia.

T₃₋₄N₀ lub każde T, N₂₋₃. Stosuje się radiochemioterapię z udziałem cisplatyny.

Raki grup II i III wg klasyfikacji WHO (nierogowaciejące i niezróżnicowane)

T₁N₀. Obowiązuje radykalna radioterapia.

T₂₋₄N₀ lub każde T, N₁₋₃. Stosuje się radiochemioterapię z udziałem cisplatyny oraz

uzupełniającą chemioterapię (cisplatyna + 5-fluorouracyl).

Każde T, każde N, M₁. Stosuje się chemioterapię paliatywną. ●

NOWOTWORY KRTANIOWEJ CZĘŚCI GARDŁA

Andrzej Kawecki

Nowotwory krtaniowej części gardła występują stosunkowo rzadko. W Polsce rokrocznie odnotowuje się niespełna 200 nowych zachorowań. Udowodnionymi czynnikami kancerogennymi są palenie papierosów i nadużywanie alkoholu. Najczęstszym umiejscowieniem raka w obrębie krtaniowej części gardła stanowi zachyłek gruszkowaty, rzadziej punktem wyjścia nowotworu jest tylna ściana gardła i okolica zapierściana. Zdecydowaną większość nowotworów krtaniowej części gardła stanowi rak płaskonabłonkowy, najczęściej o wysokim (G₁) lub średnim (G₂) stopniu zróżnicowania. Rak płaskonabłonkowy nisko zróżnicowany występuje stosunkowo rzadko. Inne nowotwory o tej lokalizacji należą do kazuistyki. Rak krtaniowej części gardła należy do najgorzej rokujących nowotworów głowy i szyi. Jest to związane z początkowo asymptomatycznym wzrostem, uwarunkowaniami anatomicznymi i wczesnie występującymi przerzutami do regionalnych węzłów chłonnych.

Algorytm diagnostyczny

Podstawę rozpoznania raka krtaniowej części gardła stanowi badanie wycinka z ogniska pierwotnego pobranego metodą biopsji. Dobór postępowania zależy od stopnia klinicznego zaawansowania ustalonego w oparciu o klasyfikację TNM.

Zakres niezbędnych badań diagnostycznych:

- wywiad, badanie przedmiotowe, w tym laryngologiczne
- wziernikowanie bezpośrednie (direktoskopia) krtaniowej części gardła i krtani
- weryfikacja mikroskopowa ogniska pierwotnego metodą biopsji wycinkowej oraz zmian w węzłach chłonnych przy użyciu biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej
- radiogramy warstwowe krtani

- tomografia komputerowa szyi w przypadku wątpliwości diagnostycznych
- (wg wskazań) ultrasonografia szyi z ewentualną weryfikacją niejednoznacznych klinicznie zmian w węzłach chłonnych szyi
- radiogramy klatki piersiowej w dwóch projekcjach
- ultrasonografia jamy brzusznej.

Zasady postępowania

T₁₋₂N₀. Obowiązuje radykalna radioterapia lub chirurgia. Umiejscowienie raka w okolicy zapierściennej stwarza preferencje dla chirurgii.

T₃₋₄N₀. Zabieg operacyjny (laryngofaryngektomia) + uzupełniająca radioterapia lub jednoczesna radioterapia/radiochemioterapia (przypadki nieoperacyjne, brak zgody chorego lub badania kliniczne).

Każde T, N₁₋₃. Zabieg operacyjny (w tym RND) + uzupełniająca radioterapia lub radykalna jednoczesna radiochemioterapia/radioterapia (przypadki nieoperacyjne, brak zgody chorego lub badania kliniczne), albo radioterapia paliatywna (bardzo duże zaawansowanie raka, zły stan ogólny chorego).

Każde T, każde N, M₁. Radioterapia paliatywna, leczenie objawowe.

Uwaga. Decyzje terapeutyczne podejmuje się w każdym przypadku indywidualnie. ●

NOWOTWORY ZATOKI SZCZĘKOWEJ

**Andrzej Kawecki, Stanisław Starościak,
Romuald Krajewski**

Zatoka szczękowa jest stosunkowo rzadko miejscem powstawania nowotworów. W Polsce rocznie rejestruje się ok. 100 nowych zachorowań. Najczęstszym nowotworem zatoki szczękowej jest rak płaskonabłonkowy (70–75% wszystkich nowotworów tej okolicy). Rzadziej występuje rak gruczolowy, wywodzący się z małych gruczolów ślinowych (ok. 15–25% wszystkich nowotworów zatoki szczękowej). W tej grupie najczęstszy jest rak gruczolowo-torbielowaty (*carcinoma adenoides cysticum*). W obrębie zatok szczękowych mogą występować również nowotwory pochodzenia nienabłonkowego, takie jak

mięsaaki tkanek miękkich (najczęściej *rhabdomyosarcoma*), mięsaaki kości (*osteosarcoma*), a także chłoniaki. Postępowanie w takich przypadkach jest podobne jak w mięsakach czy chłoniakach o innych lokalizacjach.

Raki zatoki szczękowej rozwijają się zwykle wolno. Z uwagi na uwarunkowania anatomiczne, nowotwór w początkowej fazie przebiega asymptotycznie, a wystąpienie objawów klinicznych zwykle świadczy o jego znacznym zaawansowaniu i naciekaniu struktur kostnych zatoki. Raki te relatywnie rzadko dają przerzuty do węzłów chłonnych, dlatego w przeciwieństwie do większości nowotworów narządów głowy i szyi nie jest celowe ich elektywne wycinanie ani też elektywne napromienianie układu chłonnego szyi.

Algorytm diagnostyczny

Podstawę rozpoznania raka zatoki szczękowej stanowi badanie patomorfologiczne materiału pobranego drogą biopsji wycinkowej. Stopień zaawansowania zmiany determinuje dobór właściwego leczenia.

Zakres badań diagnostycznych niezbędny do ustalenia zaawansowania nowotworu:

- wywiad, badanie przedmiotowe, w tym laryngologiczne
- fibroskopia z oceną struktur nosowej i ustnej części gardła oraz jamy nosa
- weryfikacja mikroskopowa ogniska pierwotnego metodą biopsji wycinkowej guza pierwotnego
- tomografia komputerowa twarzoczaszki z wykorzystaniem okna kostnego
- w przypadku wątpliwości klinicznych rezonans magnetyczny głowy
- ultrasonografia szyi w przypadku wątpliwości klinicznych co do stanu węzłów chłonnych
- radiogramy klatki piersiowej w dwóch projekcjach
- ultrasonografia jamy brzusznej.

Uwaga. Weryfikacja mikroskopowa nowotworu może wymagać otworzenia zatoki, a następnie wykonania biopsji.

Zasady postępowania

Pierwotnym leczeniem z wyboru u chorych na raka zatoki szczękowej jest, niezależnie od stopnia zaawansowania zmiany, zabieg operacyjny.

T₁₋₄N₀. Zabieg operacyjny (*maxillektomia*) + uzupełniająca radioterapia.

Zakres zabiegu zależy od zaawansowania raka i jego umiejscowienia w obrębie zatoki szczękowej i struktur sąsiadujących. Typy zabiegów operacyjnych:

maxillektomia częściowa; resekcja z usunięciem jednej ściany zatoki; dotyczy ograniczonej liczby chorych z bardzo wczesnym zaawansowaniem raka, przy zmianach ograniczonych do wyrostka zębodołowego szczęki lub podniebienia twardego.

maxillektomia subtotalna z oszczędzeniem oczodołu łącznie z górną ścianą zatoki; resekcja tego typu jest rekomendowana w przypadkach nowotworów we wczesnych stopniach zaawansowania, umiejscowionych w dolnej części zatoki.

maxillektomia totalna z resekcją górnej ściany zatoki, ale z oszczędzeniem gałki ocznej; resekcja tego typu jest rekomendowana w przypadkach nowotworów naciekających struktury kostne górnej ściany zatoki, ale nie zawartość oczodołu.

maxillektomia radykalna z egzenteracją oczodołu; resekcja ta jest rekomendowana w przypadkach nowotworów naciekających zarówno górną ścianę zatoki, jak i zawartość oczodołu.

Uwaga. Chorych z bardzo zaawansowanymi nowotworami naciekającymi dół podskroniowy czy też podstawę czaszki należy kierować do wysoko specjalistycznych ośrodków zajmujących się chirurgią podstawy czaszki (zabiegami z wyboru są resekcja szczękowo-czaszkowa lub *maxillektomia radykalna rozszerzona*).

Uwaga. Chorzy po zabiegach operacyjnych praktycznie zawsze wymagają uzupełniającego napromieniania. Wyjątkiem mogą być chorzy z rakiem w bardzo wczesnym stadium zaawansowania (T₁), który jest umiejscowiony w dolnej części zatoki i kiedy patomorfolog jest w stanie precyzyjnie określić radykalność resekcji.

T₁₋₄N₁₋₃. Zabieg operacyjny według zasad jak w T₁₋₄N₀ + RND + uzupełniające napromienianie. W przypadkach niekwalifikujących się do leczenia operacyjnego podejmuje się próby radykalnej radioterapii (minimum interwencji chirurgicznej stanowi fenestracja zatoki). Stosuje się również paliatywną radioterapię, próby paliatywnej chemioterapii i leczenie objawowe.

Uwaga. Decyzje terapeutyczne podejmuje się indywidualnie, mając na uwadze zaawansowanie raka, typ i zróżnicowanie nowotworu, a także stopień sprawności chorego.

Każde T, każde N, M₁. Stosuje się paliatywną chemioterapię lub leczenie objawowe. ●

NOWOTWORY WARGI DOLNEJ

Andrzej Kawecki

Nowotwory regionu głowy i szyi dość często umiejscawiają się w wardze dolnej. W Polsce rokrocznie odnotowuje się nieco ponad 700 nowych zachorowań, co stanowi ok. 0,7% wszystkich nowotworów złośliwych. Czynnikiemancerogennymi są palenie tytoniu, ekspozycja słuzówki warg na wysokie temperatury oraz przebyte oparzenia. Zdecydowanie najczęstszym (99% wszystkich przypadków) nowotworem wargi dolnej jest rak płaskonabłonkowy, zwykle o wysokim (G_1) lub średnim (G_2) stopniu zróżnicowania. Raki płaskonabłonkowe nisko zróżnicowane występują w tej lokalizacji rzadko. Rak wargi dolnej cechuje się powolnym, częściej egzofitycznym wzrostem i stosunkowo późno daje przerzuty do węzłów chłonnych, przede wszystkim podbródkowych i podżuchwowych.

Algorytm diagnostyczny

Rozpoznanie ustala się na podstawie badania mikroskopowego materiału pobranego drogą biopsji wycinkowej. U większości chorych do określenia stopnia klinicznego zaawansowania nowotworu wystarcza badanie przedmiotowe. W przypadkach zaawansowanych, przy klinicznym podejrzeniu naciekania żuchwy, konieczne jest wykonanie pantomogramu żuchwy lub, opcjonalnie, tomografii komputerowej. Podejrzane zmiany w zakresie węzłów chłonnych powinny być weryfikowane metodą biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej, w przypadkach niejednoznacznych pod kontrolą ultrasonografii.

Zasady postępowania

T₁N₀. Proste wycięcie zmiany w granicach tkanek zdrowych.

Opcja: zastosowanie radioterapii śródtkankowej (brachyterapii).

T₂N₀. Wycięcie zmiany z adekwatnym marginesem i rekonstrukcja przy użyciu tkanek sąsiadujących metodą Webstera (przy centralnym umiejscowieniu nowotworu) lub płåtami z sąsiedztwa.

T₃₋₄N₀. Resekcja w granicach tkanek prawidłowych i rekonstrukcja przy użyciu tkanek sąsiadujących lub złożonych, odległych unaczynionych płåtów. W przypadku naciekania żuchwy konieczne jest rozszerzenie zabiegu o jej odcinkową resekcję.

Każde T, N₁₋₃. Zabieg w zakresie ogniska pierwotnego według wyżej przedstawionych zasad oraz operacja układu chłonnego. W przypadku zmian ograniczonych do węzłów chłonnych podbródkowych wystarczająca jest limfangektomia nadłopatkowo-gnykowa. W przypadku zmian bardziej zaawansowanych konieczne jest radykalne lub zmodyfikowane radykalne wycięcie układu chłonnego szyi.

Uwaga. Wskazania do uzupełniającej radioterapii obejmują przypadki, w których badanie patomorfologiczne wykazało wątpliwą doszczętność resekcji (bez możliwości radykalizacji), naciekanie rozproszonymi ogniskami oraz cechę pN+.

Przypadki niekwalifikujące się do resekcji. Radioterapia z ewentualnym zabiegiem operacyjnym w przypadku regresji. W przypadku naciekania żuchwy leczenie objawowe lub próba chemioterapii (przeciwwskazanie do radioterapii). ●

PRZERZUTY DO WĘZŁÓW CHŁONNYCH SZYI Z NIEZANANEGO OGNISKA PIERWOTNEGO

Andrzej Kawecki, Stanisław Starościak, Romuald Krajewski

Przerzuty raka do węzłów chłonnych szyi z nieznanego ogniska pierwotnego stanowią istotny problem kliniczny. Badania diagnostyczne powinny być ukierunkowane przede wszystkim na wykrycie ogniska pierwotnego nowotworu. Pomocna w tym względzie może być wiedza o umiejscowieniu przerzutu, a także dokładne patomorfologiczne rozpoznanie raka. I tak, przerzut w obrębie górnego piętra szyi sugeruje z dużym prawdopodobieństwem umiejscowienie ogniska pierwotnego w nosowej lub ustnej części gardła (zwłaszcza przerzut do węzłów chłonnych poddwubrzuścowych), nagłośni lub jamie ustnej. Przerzut do węzłów środkowego piętra szyi sugeruje umiejscowienie ogniska pierwotnego w obrębie krtani, krtaniowej części gardła lub tarczycy. Przerzuty do węzłów chłonnych dolnego piętra szyi i nadobojczykowych pochodzą najczęściej z nowotworów umiejscowionych poza obrębem głowy i szyi, wyłączając z tej grupy raka krtaniowej części gardła i raka tarczycy. Wykrycie przerzutów raka nisko- lub niezróżnicowanego zwłaszcza w węzłach

górnego piętra szyi, sugeruje istnienie ogniska pierwotnego w obszarze nosowej lub ustnej części gardła. Przerzuty raka płaskonabłonkowego o wysokim lub średnim stopniu zróżnicowania mogą pochodzić praktycznie z każdego narządu głowy i szyi, ale także z płuca lub przełyku. Powstanie przerzutu raka gruczołowego, szczególnie w węzłach dolnego piętra szyi i nadobojczykowych, sugeruje istnienie ogniska pierwotnego poza regionem głowy i szyi (przewód pokarmowy, płuco, pierś, nerka, jajnik), ale nie można wykluczyć raka tarczycy i raka gruczołów ślinowych.

Algorytm diagnostyczny

Zakres niezbędnych badań diagnostycznych po stwierdzeniu przerzutów do węzłów chłonnych szyi z nieustalonego ogniska pierwotnego:

- wywiad, badanie przedmiotowe, w tym laryngologiczne
- weryfikacja mikroskopowa na podstawie badania węzła chłonnego w całości lub materiału z biopsji wycinkowej
- fibroskopia nosowej, ustnej i krtaniowej części gardła oraz krtani z ewentualnym pobraniem wycinków z podejrzanych fragmentów błony śluzowej
- tomografia komputerowa twarzoczaszki i szyi
- rezonans magnetyczny w przypadku wątpliwości klinicznych
- ultrasonografia szyi, w tym również tarczycy
- radiogramy klatki piersiowej w dwóch projekcjach
- ultrasonografia jamy brzusznej
- w przypadku umiejscowienia przerzutów w węzłach chłonnych dolnego piętra szyi i nadobojczykowych – badania obrazowe i endoskopowe innych narządów, a także, bardzo przydatne, badania markerów nowotworowych.

Zasady postępowania

W przypadku nieustalonego ogniska pierwotnego przy klinicznych przesłankach jego lokalizacji w obrębie głowy i szyi stosuje się radykalne wycięcie układu chłonnego szyi (RND) po stronie zmian lub zmodyfikowane radykalne wycięcie układu chłonnego szyi (MRND), jeśli przerzuty nie są zaawansowane N₁, a następnie radioterapię z uwzględnieniem w objętości napromienianej układu chłonnego szyi oraz struktur nosowej i ustnej części gardła; w przypadku rozpoznania raka o niskim stopniu

zróżnicowania rekomendowanym sposobem postępowania jest kojarzenie napromieniania z cisplatiną w sekwencji jednoczesnej.

Uwaga. W przypadku przerzutów obustronnych rekomendowane jest wykonanie RND po stronie zmian bardziej zaawansowanych oraz MRND lub zabiegu bardziej oszczędzającego po stronie przeciwległej. ●

POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU NOWOTWORÓW LOKOREGIONALNYCH U CHORYCH NA RAKA NARZĄDÓW GŁOWY I SZYI

Andrzej Kawecki, Stanisław Starościak, Romuald Krajewski

Niewyleczenie bądź nawroty lokoregionalne u chorych na raka narządów głowy i szyi są najczęstszymi niepowodzeniami pierwotnego leczenia. Ich ryzyko wzrasta proporcjonalnie do stopnia zaawansowania nowotworu, przekraczając 60–70% u chorych z rakiem w III lub IV stopniu zaawansowania. Leczenie nawrotów stanowi trudny problem kliniczny. Główną metodą, którą należy brać pod uwagę przede wszystkim, powinna być chirurgia. Wskazania do chirurgicznego leczenia nawrotów raka narządów głowy i szyi w ciągu ostatnich lat uległy rozszerzeniu, zwłaszcza dzięki wprowadzeniu i upowszechnieniu nowych technik rekonstrukcyjnych. Decyzja o zakwalifikowaniu chorego do ratującego zabiegu operacyjnego musi być podejmowana w oparciu o badania diagnostyczne, precyzyjnie określające zaawansowanie nowotworu.

Algorytm diagnostyczny

Wyłączając przypadki nawrotów ograniczonych, których zaawansowanie jest możliwe do określenia na podstawie badania przedmiotowego, zakres niezbędnych badań diagnostycznych powinien obejmować:

- wywiad, badanie przedmiotowe, w tym laryngologiczne
- badanie fibroskopowe (wg wskazań)
- tomografię komputerową twarzoczaszki i szyi

- rezonans magnetyczny w przypadku wątpliwości klinicznych
- ultrasonografię szyi (wg wskazań)
- podstawowe badania wykluczające przerzuty odległe (radiogramy klatki piersiowej, ultrasonografia jamy brzusznej, inne badania wg wskazań klinicznych).

Zasady postępowania

Niewyleczenie i nawroty w obrębie ogniska pierwotnego raka

Leczeniem z wyboru jest ratujący zabieg operacyjny obejmujący szeroką resekcję w granicach tkanek prawidłowych z opcją jednoczesnej rekonstrukcji przy użyciu odległych, unaczynionych płatów skórno-mięśniowych (przemieszczony płat z mięśnia piersiowego większego lub wolne płaty z mikrochirurgicznym zespoleniem naczyń).

Uwaga. Współczesne możliwości chirurgii ratującej obejmują również przypadki, w których nowotwór nacieka struktury podstawy czaszki; tacy chorzy powinni być kierowani do wyspecjalizowanych ośrodków zajmujących się chirurgią podstawy czaszki.

Chorzy niekwalifikujący się do chirurgii ratującej

Rozważenie powtórnego napromieniania.

Decyzja o powtórnym napromienianiu powinna być podejmowana przez doświadczony zespół radioterapeutów, przy wzięciu pod uwagę czasu, jaki upłynął od pierwotnej radioterapii, niezbędnej objętości napromieniania i jej stosunku do narządów krytycznych.

Chemioterapia paliatywna. Decyzja o wdrożeniu chemioterapii powinna być podejmowana indywidualnie, po uwzględnieniu sprawności chorego, typu i stopnia zróżnicowania nowotworu, subiektywnych dolegliwości chorego.

Leczenie objawowe. Dotyczy chorych niekwalifikowanych do wymienionych powyżej wariantów postępowania.

Nawroty w obrębie układu chłonnego szyi

Ratujący zabieg operacyjny jest leczeniem z wyboru; polega na radykalnym wycięciu układu chłonnego szyi (RND), jeśli nie było to wykonane uprzednio; możliwości resekcji u chorych po już wcześniej wykonanym RND i napromienianiu są ograniczone.

Chemioterapię paliatywną lub **leczenie objawowe** stosuje się u chorych niekwalifikujących się do chirurgii. ●

PIŚMIENNICTWO

- Al-Sarraf M., LeBlanc M., Giri P.G.S. i in. (1998) Chemoradiotherapy versus radiotherapy in patients with advanced nasopharyngeal cancer: phase III randomized intergroup study. *J. Clin. Oncol.* 16, 1310-1317.
- Brizel D.M., Albers M.E., Fisher S.R. i in. (1998) Hyperfractionated irradiation with or without chemotherapy for locally advanced head and neck cancer. *N. Eng. J. Med.* 338, 1798-1804.
- Calais G., Alfonsi M., Bardet E. i in. (1999) Randomized trial of radiation therapy versus concomitant chemotherapy and radiation therapy for advanced stage oropharynx carcinoma. *J. Natl. Cancer Inst.* 91, 2081-2086.
- Cooper J.S., Pajak T.F., Forastiere A. i in. (2004) Postoperative concurrent radiotherapy and chemotherapy for high-risk squamous-cell carcinoma of the head and neck. *N. Eng. J. Med.* 350, 1937-1944.
- Didkowska J., Wojciechowska U., Tarkowski W., Zatoński W. (2003) Nowotwory złośliwe w Polsce w 2000 roku. Centrum Onkologii – Krajowy Rejestr Nowotworów, Warszawa.
- El Sayed S., Nelson N. (1996) Adjuvant and adjunctive chemotherapy in the management of squamous cell carcinoma of the head and neck region. Meta-analysis of prospective and randomized trials. *J. Clin. Oncol.* 14, 838-847.
- Forastiere A., Goepfert H., Maor M. i in. (2003) Concurrent chemotherapy and radiotherapy for organ preservation in advanced laryngeal cancer. *N. Eng. J. Med.* 349, 2091-2098.
- Jeremic B., Shibamoto Y., Milicic B. i in. (2000) Hyperfractionated radiation therapy with or without concurrent low-dose daily cisplatin in locally advanced squamous cell carcinoma of the head and neck: a prospective randomized trial. *J. Clin. Oncol.* 18, 1458-1464.
- Kawecki A. (2001) Ocena skuteczności i wskazań do chemioterapii chorych z nawrotami lub przerzutami odległymi w przebiegu raka narządów głowy i szyi. *Nowotwory J. Oncol.* 51 (suppl. 2), 1-65.
- Munro A.J. (1995) An overview of randomized controlled trials of adjuvant chemotherapy in head and neck cancer. *Br. J. Cancer* 12, 385-395.
- Pignon J.P., Bourhis J., Domenge C. i in. (2000) Chemotherapy added to locoregional treatment for head and neck squamous cell carcinoma; three meta-analysis of updated individual data. *Lancet* 355, 949-956.
- Posner M.R., Colevas A.D., Tishler R.B. (2000) The role of the induction chemotherapy in curative treatment of squamous cell cancer of the head and neck. *Semin. Oncol.* 27 (suppl. 4), 13-24.
- Richard J.M., Sancho-Garnier H., Pessy J.J. i in. (1998) Randomized trial of induction chemotherapy in larynx carcinoma. *Oral Oncology* 34, 224-228.
- Składowski K., Maciejewski B., Goleń M. i in. (2000) Randomized clinical trial on 7-day continuous accelerated irradiation (CA IR) of head and neck cancer – report on 3-year tumour control and normal tissue toxicity. *Radiother. Oncol.* 55, 101-111.
- Szutkowski Z., Kawecki A., Fijuth J. i in. (1998) Powtórne napromienianie nowotworów terenu głowy i szyi. *Nowotwory* 48, 917-922.
- Vokes E.E., Haraf D.J., Kies M.S. (2000) The use of concurrent chemotherapy and radiotherapy for locoregionally advanced head and neck cancer. *Semin. Oncol.* 27, 34-38.
- Wendt T.G., Grabenbauer G.G., Rodel C.M. i in. (1998) Simultaneous radiochemotherapy versus radiotherapy alone in advanced head and neck cancer: a randomized multicenter study. *J. Clin. Oncol.* 16, 1318-1324.

NOWOTWORY GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Stanisław Bień

Epidemiologia

W roku 2002 (Krajowy Rejestr Nowotworów w Polsce zarejestrowano ogółem 267 przypadków złośliwych nowotworów dużych gruczołów ślinowych. Surowy współczynnik zachorowań zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet wynosił 0,7/100 tys. (proporcja M:K=1:1). W tym samym roku zmarło w tej grupie chorych 91 mężczyzn i 65 kobiet. Brak szczegółowych, a zarazem pełnych polskich danych dotyczących epidemiologii, patologii i dystrybucji guzów gruczołów ślinowych. Opierając się na danych ze Stanów Zjednoczonych należy przyjąć, że wśród nowotworów gruczołów ślinowych jedynie 10-15% stanowią guzy złośliwe (Eversole 2001, Hoffman i in. 1999, Luna 1999).

Nowotwory gruczołów ślinowych mogą się rozwijać w tzw. dużych gruczołach ślinowych – śliniance przyusznnej, podżuchwowej czy podjęzykowej i w 600-1000 małych gruczołów ślinowych rozproszonych w błonie śluzowej górnego odcinka drogi pokarmowej i oddechowej. Większość małych gruczołów ślinowych znajduje się w błonie śluzowej jamy ustnej i ustnej części gardła, ale spotkać je można – a tym samym także guzy, które się z nich wywodzą – w jamie nosa, wewnątrz krtani i w zatokach przynosowych.

Około 80% wszystkich nowotworów gruczołów ślinowych wykrywa się w śliniankach przyusznych, od 10 do 20% w śliniankach podżuchwowych i kilka procent w śliniankach podjęzykowych i małych gruczołach ślinowych.

W śliniankach przyusznych 10-15% nowotworów to guzy złośliwe, w śliniankach podżuchwowych już ok. 35%, a w śliniankach podjęzykowych i małych gruczołach ślinowych ok. 2/3 stwierdzanych nowotworów to guzy złośliwe (Watkinson 2001). Wśród nowotworów gruczołów ślinowych, bez względu na umiejscowienie, wraz z wiekiem chorego zwiększa się znamienne odsetek guzów złośliwych (Bień i in. 1997, Hoffman i in. 1999, Luna 1999).

Klasyfikacja TNM odnosi się wyłącznie do nabłonkowych nowotworów złośliwych dużych gruczołów ślinowych, a w praktyce do guzów ślinianki przyusznnej i podżuchwowej. Nowotwory ślinianki podjęzykowej czy małych gruczołów ślinowych w błonie śluzowej górnego

odcinka drogi oddechowej i pokarmowej nie są objęte klasyfikacją TNM, a w statystykach są odnoszone do miejsca, w którym się rozwinęły (jama ustna, gardło, krtień, nos i zatoki przynosowe). Dla tej grupy nie ma także ustalonych standardów postępowania chirurgicznego.

Patologia narządowa

Nowotwory gruczołów ślinowych cechuje bardzo duże zróżnicowanie form patologicznych. W najbardziej ogólnej klasyfikacji (Jesionek-Kupnicka 2001) są one podzielone na:

- 1) *sialadenoma* lub *sialoma* – nowotwory wywodzące się z utkania gruczołowego ślinianek,
- 2) *synsialadenoma* lub *synsialoma* – nowotwory wywodzące się ze struktur łącznotkankowych wewnątrz gruczołów ślinowych (naczyniaki, tłuszczaki, nerwiaki itp.),
- 3) *parasialadenoma* lub *parasialoma* – nowotwory wywodzące się z tkanek sąsiadujących z gruczołami ślinowymi.

Histologiczna klasyfikacja guzów gruczołów ślinowych (wg WHO 1991) wymienia następujące rozpoznania nowotworów (Shanmugaratnam i Sobin 1991):

1. Gruczolak (*adenoma*)
 - 1.1. Gruczolak wielopostaciowy (*pleomorphic adenoma*)
 - 1.2. Mioepitelioma (*myoepithelioma*, *myoepithelial adenoma*)
 - 1.3. Gruczolak podstawnokomórkowy (*basal cell adenoma*)
 - 1.4. Gruczolak limfatyczny (*Warthins tumour*, *adenolymphoma*)
 - 1.5. Gruczolak kwasochłonny (*oncocyoma*, *oncocytic adenoma*)
 - 1.6. Gruczolak kanalikowy (*canalicular adenoma*)
 - 1.7. Gruczolak łojowy (*sebaceous adenoma*)
 - 1.8. Brodawczak przewodowy (*ductal papilloma*)
 - 1.8.1. Brodawczak odwrócony przewodowy (*inverted ductal papilloma*)
 - 1.8.2. Brodawczak wewnątrzprzewodowy (*intraductal papilloma*)
 - 1.8.3. Gruczolak brodawkowaty ślinianek (*sialadenoma papilliferum*)
 - 1.9. Torbielakogruczolak (*cystadenoma*)
 - 1.9.1. Torbielakogruczolak brodawkowaty (*papillary cystadenoma*)
 - 1.9.2. Torbielakogruczolak śluzowy (*mucinous cystadenoma*)
2. Rak (*carcinoma*)
 - 2.1. Rak zrazikowokomórkowy (*acinic cell carcinoma*)

- 2.2. Rak śluzowo-naskórkowy (*mucoepidermoid carcinoma*)
- 2.3. Rak gruczołowato-torbielowaty (*adenoid cystic carcinoma*)
- 2.4. Gruczolakorak polimorficzny o niskiej złośliwości (*polymorphous low grade adenocarcinoma, terminal duct adenocarcinoma*)
- 2.5. Rak nabłonkowo-mioepitelialny (*epithelialmyoepithelial carcinoma*)
- 2.6. Gruczolakorak podstawnokomórkowy (*basal cell adenocarcinoma*)
- 2.7. Rak łojowy (*sebaceous carcinoma*)
- 2.8. Torbielakogruczolak brodawkowaty (*papillary cystadenocarcinoma*)
- 2.9. Gruczolakorak śluzowy (*mucinous adenocarcinoma*)
- 2.10. Gruczolakorak kwasochłonny (*oncocytic carcinoma*)
- 2.11. Rak przewodowy ślinianek (*salivary duct carcinoma*)
- 2.12. Gruczolakorak (*adenocarcinoma*)
- 2.13. Złośliwy mioepitelioma (*malignant myoepithelioma, myoepithelial carcinoma*)
- 2.14. Rak w gruczolaku wielopostaciowym (*carcinoma in pleomorphic adenoma, malignant mixed tumour*)
- 2.15. Rak płaskonabłonkowy (*squamous cell carcinoma*)
- 2.16. Rak drobnokomórkowy (*small cell carcinoma*)
- 2.17. Rak niezróżnicowany (*undifferentiated carcinoma*)
- 2.18. Inne raki (*other carcinoma*)
 3. Nowotwory nienabłonkowe (*non-epithelial tumours*)
 4. Chłoniaki złośliwe (*malignant lymphomas*)
 5. Nowotwory wtórne (*secondary tumours*)
 6. Nowotwory niesklasyfikowane (*unclassified tumours*)
 7. Zmiany nowotworopodobne (*tumour-like lesions*)
- 7.1. Zapalenie ślinianki (*sialadenitis*)
- 7.2. Onkocytoza (*oncocytosis*)
- 7.3. Pozawałowa metaplasja ślinianki (*necrotizing sialmetaplasia, salivary gland infarction*)
- 7.4. Łagodny przerost limfoepitelialny (*benign lymphoepithelial lesion*)
- 7.5. Cysty gruczołów ślinowych (*salivary gland cysts*)
- 7.6. Guz Kuttnera w śliniance podżuchwowej (*chronic sclerosing sialadenitis*)
- 7.7. Przerost torbielowo-limfoidalny (*cystic lymphoid hyperplasia*) u chorych na AIDS.

Tak duże zróżnicowanie histologiczne nowotworów i nowotworopodobnych zmian w ob-

rzebie ślinianek sprawia, że na użytek precyzyjnej diagnostyki patologicznej konieczne staje się często, oprócz badania cytomorfologicznego, wykonanie badania immunohistochemicznego. W celu wyznaczenia zasad terapii, w grupie nowotworów złośliwych gruczołów ślinowych pochodzenia nabłonkowego powszechnie przyjęto i stosuje się podział na guzy o niskim (*low grade*) i wysokim (*high grade*) stopniu złośliwości histologicznej.

Nowotwory gruczołów ślinowych o niskim stopniu złośliwości histologicznej (*low grade*)

- 1) rak śluzowo-naskórkowy (*mucoepidermoid carcinoma*), niski i średni stopień złośliwości
- 2) rak zrazikowo-komórkowy (*acinic cell carcinoma*)
- 3) gruczolakorak (*adenocarcinoma*), niski stopień złośliwości
- 4) rak nabłonkowo-mioepitelialny (*epithelial myoepithelial carcinoma*)
- 5) gruczolakorak podstawnokomórkowy (*basal cell adenocarcinoma*).

Nowotwory gruczołów ślinowych o wysokim stopniu złośliwości histologicznej (*high grade*)

- 1) rak śluzowo-naskórkowy (*carcinoma mucoepidermale*), wysoki stopień złośliwości
- 2) rak gruczołowato-torbielowaty (*adenoid cystic carcinoma*)
- 3) gruczolakorak (*adenocarcinoma*), wysoki stopień złośliwości
- 4) rak przewodowy ślinianek (*salivary duct carcinoma*)
- 5) rak w gruczolaku wielopostaciowym (*carcinoma ex pleomorphic adenoma*)
- 6) rak płaskonabłonkowy (*squamous cell carcinoma*)
- 7) rak niezróżnicowany i neuroendokryny (*undifferentiated and neuroendocrine carcinoma*).

Zasady diagnostyki

Diagnostyka narządowa

Klasyczny wywiad i badanie przedmiotowe powinny odpowiedzieć na następujące pytania:

1. Czy guz znajduje się w obrębie gruczołu czy obok niego?
2. Czy obrzęk dotyczy całego gruczołu, czy jego części?
3. Czy obserwowane zmiany dotyczą jednego, czy kilku gruczołów ślinowych?
4. Czy guz jest ruchomy, czy unieruchomiony bądź naciekający otaczającą strukturę?

5. Czy wyczuwalny guz ma charakter lity, czy podobny do cysty?
6. Jaka treść wydobywa się z przewodu wyrowadzającego ślinianki?
7. Czy funkcja nerwu twarzowego (w przypadku ślinianki przyusznej) i nerwu podjęzykowego oraz nerwu językowego (w przypadku ślinianki podżuchwowej) jest prawidłowa?
8. Czy boczna ściana gardła bądź dno jamy ustnej jest przemieszczone?
9. Czy ruchomość w stawie żuchwowo-skroniowym i rozwarcie jamy ustnej są prawidłowe?
10. Czy współistnieje powiększenie węzłów chłonnych w obrębie szyi?

Uzupełnieniem badania przedmiotowego przeprowadzonego według tych pytań jest USG szyi oraz dużych gruczołów ślinowych – **standard diagnostyczny**.

Sialografia, badanie radioizotopowe (np. Th⁹⁰) czy klasyczne badanie radiologiczne mają ograniczoną wartość w diagnostyce nowotworów gruczołów ślinowych i mogą być przydatne jedynie przy różnicowaniu z procesami zapalnymi, zwyrodnieniowymi czy kamica ślinianek – **opcja diagnostyczna**.

Wykonanie badania TK z kontrastem, obejmującego podstawę czaszki i twarzoczaszki jest standardem diagnostycznym, gdy cechy kliniczne sugerują przejście guza do przestrzeni przygardłowej lub gdy badanie to wykonuje się w celu oceny nacieczenia bądź zniszczenia sąsiadujących struktur (w przypadku guzów T₃ i T₄).

Diagnostyka regionalnych węzłów chłonnych

Regionalnymi węzłami chłonnymi dla ślinianki przyusznej i podżuchwowej są węzły I, II i III regionu węzłów chłonnych szyi. Ponadto drenaż chłonki z ślinianki przyusznej odbywa się do węzłów chłonnych zagardłowych. W obrębie samej ślinianki przyusznej i jej bezpośrednim sąsiedztwie można zidentyfikować 20 do 30 węzłów chłonnych, w których oprócz przerzutów z ogniska znajdującego się w samym gruczole ślinowym, mogą się umiejscawiać przerzuty z nowotworów skóry głowy, nowotworów masywu szczękowo-sitowego, migdałka czy części nosowej gardła, jak na przykład chłoniaki. Przerzuty nowotworowe z ognisk pierwotnych odległych (poniżej obojczyka) należą do rzadkości (Luna 1999, Kaplan i Amemayer 2001). W przypadku ślinianki podżuchwowej rozróżnienie między przerzutem do jednego z licznych węzłów chłonnych okolicy podżuchwowej (z nowotworów wargi, dna jamy ustnej, języka) a nacie-

kiem do miększu gruczołu często jest możliwe dopiero w badaniu patologicznym preparatu operacyjnego.

Weryfikacja podejrzanych o przerzuty węzłów chłonnych opiera się na biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej pod kontrolą USG – **standard diagnostyczny**.

Rozpoznanie patologiczne

Wstępne rozpoznanie nowotworu w oparciu o biopsję aspiracyjną cienkoigłową (BAC) jest **standardem diagnostycznym**.

W przypadkach wątpliwych, podejrzanych klinicznie i patologicznie o złośliwy rozrost nowotworowy, kolejnym etapem badania patologicznego powinna być otwarta biopsja śródoperacyjna (badanie doraźne), z zachowaniem koniecznej ostrożności przed rozsiewem komórek guza w polu operacyjnym – **standard diagnostyczny**.

Warunkiem koniecznym do wykonywania operacji nowotworów gruczołów ślinowych jest dostępność do wyżej wymienionych technik badania.

Gdy wynik BAC nie daje możliwości jednoznacznego rozpoznania, klasyczną biopsję otwartą można wykonać jedynie:

- przy podejrzeniu o nowotwory układowe (np. chłoniak)
- przy ustalaniu rozpoznania patologicznego guza, który jest poza możliwością radykalnego leczenia chirurgicznego z uwagi na zaawansowanie miejscowe czy przeciwwskazania ogólne
- gdy istnieje konieczność ustalenia rozpoznania patologicznego w innych niż nowotwór schorzeniach gruczołów ślinowych, a inne badania (np. biopsja błony śluzowej jamy ustnej) nie są rozstrzygające.

Różnicowanie

Najczęstsze patologie podobne do guza nowotworowego w obrębie gruczołów ślinowych to:

- łagodny rozrost limfoepitelialny (*benign lymphoepithelial lesion*)
- cysty gruczołów ślinowych
- pseudoguzy o charakterze zapalnym (w gruźlicy, sarkoidozie, chorobie kociego pazura)
- zwyrodnienie ślinianek (*sialadenosis*), np. w przebiegu cukrzycy, alkoholizmu, niedoborów białkowych i witaminowych czy u kobiet po okresie menopauzy
- kamica gruczołów ślinowych,
- przerost torbielowo-limfoidalny (*cystic lymphoid hyperplasia*) w zespole AIDS.

Zmiany znajdujące się poza śliniankami, które mogą przypominać nowotwory gruczołów ślinowych, to:

- przerost mięśnia żwacza
 - torbiel boczna szyi
 - guzy żuchwy
 - zapalenie węzłów chłonnych
 - naczyniaki krwionośne i limfatyczne w okolicy podżuchwowej lub okołoprzyusznicy
- * kaszaki, tłuszczaki itd.

Klasyfikacja kliniczna

Aktualnie obowiązująca ocena stopnia zaawansowania miejscowego „T” i ogólnego zaawansowania klinicznego z uwzględnieniem cech „N” i „M” uzgodniona wspólnie przez UICC (Union International Contre le Cancer) i AJCC (American Joint Committee for Cancer Staging and End Results Reporting) w aktualnej wersji (TNM 2001) rozróżnia następujące sytuacje:

Guz pierwotny – T

- T_x – brak możliwości oceny guza
 T₀ – nie ma guza pierwotnego
 T_{is} – rak *in situ*
 T₁ – guz nie przekracza 2 cm w największym wymiarze, bez cech naciekania poza tkankę gruczołową
 T₂ – guz powyżej 2 cm, nie przekracza 4 cm w największym wymiarze, bez cech naciekania poza tkankę gruczołową
 T₃ – guz przekracza 4 cm i/lub guz wykazuje cechy kliniczne naciekania poza tkankę gruczołową
 T_{4a} – guz nacieka skórę, kość żuchwy, przewód słuchowy zewnętrzny i/lub sąsiadujące nerwy (nn. twarzowy, językowy, podjęzykowy)
 T_{4b} – guz nacieka podstawę czaszki i/lub wyrostek skrzydłowy i/lub okala tętnicę szyjną.

Kliniczne, makroskopowe cechy naciekania guza do skóry, tkanek miękkich w sąsiedztwie gruczołu, do kości oraz niedowład bądź porażenie sąsiadujących nerwów są rozumiane jako naciekanie poza tkankę gruczołową. Stwierdzone jedynie w badaniu mikroskopowym cechy naciekania pozagruzołowego nie są podstawą do takiej kwalifikacji.

Regionalne węzły chłonne – N

- N_x – brak możliwości oceny węzłów regionalnych
 N₀ – brak przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych

- N₁ – przerzut w pojedynczym węzle chłonnym po stronie guza nieprzekraczający 3 cm w największym wymiarze
 N₂ – przerzut bądź przerzuty po jednej bądź obu stronach, przy czym żaden nie przekracza 6 cm w największym wymiarze
 N_{2a} – przerzut w pojedynczym węzle chłonnym po stronie guza mający ponad 3 cm, lecz nie więcej niż 6 cm w największym wymiarze,
 N_{2b} – przerzuty w licznych węzłach chłonnych po stronie guza, przy czym żaden nie przekracza 6 cm w największym wymiarze
 N_{2c} – przerzuty obustronne bądź do węzłów chłonnych po stronie przeciwnej wobec guza, przy czym żaden nie przekracza 6 cm w największym wymiarze
 N₃ – przerzut do węzła chłonnego przekraczający 6 cm w największym wymiarze.

Przerzuty odległe – M

- M_x – brak możliwości oceny przerzutów odległych
 M₀ – brak przerzutów odległych
 M₁ – stwierdzone przerzuty odległe.

Stopnie zaawansowania klinicznego

Stopień 0	T _{is}	N ₀	M ₀
Stopień I	T ₁	N ₀	M ₀
Stopień II	T ₂	N ₀	M ₀
Stopień III	T ₃	N ₀	M ₀
	T ₁	N ₁	M ₀
	T ₂	N ₁	M ₀
	T ₃	N ₁	M ₀
Stopień IVA	T _{4a}	N ₀	M ₀
	T _{4a}	N ₁	M ₀
	T ₁ –T _{4a}	N ₂	M ₀
Stopień IVB	T _{4b}	każde N	M ₀
	każde T	N ₃	M ₀
Stopień IVC	każde T	każde N	M ₁

Wytyczne dotyczące terapii (standardy, opcje terapeutyczne)

Główną metodą postępowania terapeutycznego w guzach gruczołów ślinowych jest leczenie chirurgiczne. Radioterapię stosuje się jako metodę uzupełniającą leczenie chirurgiczne, rzadziej jako leczenie z wyboru: 1) w przypadkach poza granicami radykalnej resekcji (zależnie od histologii guza), 2) przy przeciwwskazaniach ogólnych, 3) gdy brak zgody na leczenie chirurgiczne, 4) jako metodę leczenia paliatywnego

nego (Hoffman i in. 1999, Watkinson 2000, Bensadoun i in. 2001, Kaplan i Abemayor 2001, Clinical Practice Guidelines in Oncology 2004).

Nowotwory niezłośliwe dużych gruczołów ślinowych

Leczeniem chirurgicznym w nowotworach niezłośliwych jest w przypadku ślinianki podżuchwowej usunięcie całego gruczołu, a w przypadku ślinianki przyusznej parotidektomia częściowa z zaoszczędzeniem nerwu twarzowego przy guzach w obrębie płata powierzchniowego i parotidektomia całkowita z zaoszczędzeniem n. twarzowego przy guzach w płacie głębokim – **standard terapeutyczny**.

W przypadku nowotworu niezłośliwego w dolnym biegunie ślinianki przyusznej dopuszczalna jest resekcja 1/2 dolnej płata powierzchniowego, po identyfikacji pnia i głównych gałęzi nerwu twarzowego – **opcja terapeutyczna**.

W żadnym przypadku nie jest zalecane proste wyłuszczenie guza w obrębie ślinianki przyusznej. Pozostawienie tkanki gruczołowej w bezpośrednim sąsiedztwie guza może prowadzić do późnych wznów miejscowych z mikroskopijnych ognisk satelitarnych nowotworu, a naruszenie ciągłości torebki guza może prowadzić do rozsięwu i wznów w polu operowanym. Dotyczy to zwłaszcza przypadków gruczolaka wielopostaciowego.

Nowotwory złośliwe ślinianki podżuchwowej

I° i II° zaawansowania klinicznego (T₁ N₀ M₀, T₂ N₀ M₀), guzy o niskiej złośliwości – resekcja chirurgiczna ślinianki wraz z tkankami okolicy podbródkowej i dołu podżuchwowego (I region węzłowy szyi), z oszczędzeniem mięśni tej okolicy, gałęzi brzeżnej żuchwy n. VII, n. językowego, n. podjęzykowego – **standard terapeutyczny**.

Gdy w badaniu patologicznym preparatu stwierdza się cechy naciekania pozagruczołowego bądź brak marginesu resekcji chirurgicznej, należy zastosować uzupełniającą radioterapię – **standard terapeutyczny**.

I° i II° zaawansowania klinicznego (T₁ N₀ M₀, T₂ N₀ M₀), guzy o wysokiej złośliwości – resekcja chirurgiczna zawartości dołu podżuchwowego wraz z sąsiadującymi mięśniami, okostną żuchwy czy nerwami, jeśli wymaga tego margines resekcji, i jednoczasową limfadenektomią nadgnykową (I, II, III region węzłowy szyi) – **standard terapeutyczny**.

Gdy w badaniu patologicznym preparatu stwierdzi się cechy naciekania pozagruczołowe-

go bądź brak marginesu chirurgicznego resekcji, należy zastosować uzupełniającą radioterapię – **standard terapeutyczny**.

III° zaawansowania klinicznego (T₃ N₀ M₀ – bez cech naciekania pozagruczołowego), guzy o niskiej złośliwości – leczenie jak w guzach I° i II° o wysokiej złośliwości – **standard terapeutyczny**.

III° zaawansowania klinicznego (T₃ N₀ M₀), pozostałe guzy o niskiej złośliwości z cechami naciekania pozagruczołowego i wszystkie guzy o wysokiej złośliwości – zasięg resekcji uzależniony od naciekania otaczających struktur; z jednoczasową rekonstrukcją, w miarę możliwości, i jednoczasową, tożstronną, selektywną operacją węzłową (I, II i III region węzłowy szyi) + uzupełniająca radioterapia – **standard terapeutyczny**.

III° (T₁₋₃ N₁ M₀) i IV° zaawansowania klinicznego – guzy o niskiej i wysokiej złośliwości – zasięg resekcji chirurgicznej guza określony indywidualnie. W przypadku klinicznie bądź patologicznie potwierdzonych przerzutów do węzłów chłonnych obowiązuje radykalna operacja węzłów chłonnych szyi. Uzupełniająca radioterapia w każdym przypadku – **standard terapeutyczny**.

Wznowa miejscowa po leczeniu chirurgicznym – brak standardu terapeutycznego. Wycięcie wznowy z rekonstrukcją (jeśli guz w granicach radykalnej resekcji) + uzupełniająca radioterapia (jeśli nie wykorzystano jej w poprzednim leczeniu) – **opcja terapeutyczna**.

Radykalna radioterapia jako leczenie wyłączone (jeśli nie wykorzystano jej w poprzednim leczeniu) – **opcja terapeutyczna w wybranych przypadkach**.

Nowotwory złośliwe ślinianki przyusznej

I° i II° (T₁ N₀ M₀, T₂ N₀ M₀), guzy o niskiej złośliwości – parotidektomia płata powierzchniowego bądź parotidektomia całkowita z zaoszczędzeniem n. twarzowego, w zależności od lokalizacji guza – **standard terapeutyczny**.

Całkowita parotidektomia z zachowaniem n. VII, w każdym operowanym przypadku – **opcja terapeutyczna**.

Uzupełniająca radioterapia w każdym przypadku gdy nie ma marginesu chirurgicznego w badaniu patologicznym, lub gdy w badaniu patologicznym preparatu są cechy naciekania pozagruczołowego, czy okołonerwowego – **standard terapeutyczny**.

I° i II° zaawansowania klinicznego ($T_1 N_0 M_0$, $T_2 N_0 M_0$), guzy o wysokiej złośliwości – parotidektomia całkowita z zachowaniem całości n. twarzowego – **standard terapeutyczny**.

Poświęcenie części bądź całego n. twarzowego, jeśli wymaga tego radykalność resekcji – **opcja terapeutyczna**.

Selektywana operacja węzłowa, gdy w śródoperacyjnym badaniu stwierdza się węzły chłonne N+ – **standard terapeutyczny**.

Selektywna operacja węzłowa (I, II i III region węzłowy szyi) w każdym przypadku – **standard terapeutyczny**.

Uzupełniająca radioterapia w każdym przypadku – **standard terapeutyczny**.

Uzupełniająca radioterapia, tylko gdy brak jest marginesu chirurgicznego bądź stwierdzono naciekanie pozagruczołowe i okołonerwowe w badaniu patologicznym – **opcja terapeutyczna**.

III° ($T_3 N_0 M_0$) zaawansowania klinicznego – guzy o niskiej złośliwości – parotidektomia całkowita z możliwością zachowania całości bądź gałęzi n. twarzowego i selektywną operacją węzłową (I, II i III region węzłowy szyi), jeśli śródoperacyjnie węzły określa się jako N+ – **standard terapeutyczny**.

Uzupełniająca radioterapię stosuje się, gdy brak marginesu chirurgicznej resekcji, stwierdzono mikroprzerzuty do węzłów chłonnych lub gdy w badaniu patologicznym stwierdzono naciekanie pozagruczołowe czy okołonerwowe – **standard terapeutyczny**.

III° ($T_3 N_0 M_0$) zaawansowania klinicznego – guzy o wysokiej złośliwości – parotidektomia całkowita bez zachowania n. VII, poszerzona o struktury sąsiadujące (skóra, brzeg żuchwy itd.) w przypadku szerzenia się guza pozagruczołowo. W każdym przypadku selektywna operacja węzłowa (I, II i III region węzłowy szyi) – **standard terapeutyczny**.

Uzupełniająca radioterapia w każdym przypadku – **standard terapeutyczny**.

III° ($T_{1-3} N_1 M_0$) zaawansowania klinicznego – guzy o niskiej złośliwości – parotidektomia płata powierzchownego bądź parotidektomię całkowitą z zaoszczędzeniem n. twarzowego, w zależności od lokalizacji guza – **standard terapeutyczny**.

Parotidektomia całkowita z zaoszczędzeniem n. twarzowego w każdym przypadku – **opcja terapeutyczna**.

Radykalna operacja węzłów chłonnych szyi w każdym przypadku – **standard terapeutyczny**.

Uzupełniająca radioterapia w każdym przypadku – **standard terapeutyczny**.

III stopień ($T_{1-3} N_1 M_0$) zaawansowania klinicznego – guzy o wysokim stopniu złośliwości – parotidektomia całkowita, z poświęceniem części bądź całości n. twarzowego, jeśli wymaga tego zachowanie marginesu resekcji, i radykalna operacja węzłów chłonnych szyi – **standard terapeutyczny**.

Uzupełniająca radioterapia w każdym przypadku – **standard terapeutyczny**.

IV° zaawansowania klinicznego – guzy o niskiej i wysokiej złośliwości – brak standardu leczenia chirurgicznego.

Radykalna resekcja guza pierwotnego i radykalna operacja węzłów chłonnych + uzupełniająca radioterapia – **opcja terapeutyczna**.

W przypadku pojedynczych przerzutów do płuc (zwłaszcza w raku gruczołowatotorbielotycznym) resekcja przerzutów jest **opcją terapeutyczną**.

Radykalna radioterapia jako leczenie pierwotne w przypadkach, gdy konieczne leczenie chirurgiczne wymaga rozległego okaleczenia i skomplikowanych rekonstrukcji, bądź gdy nie jest możliwe z przyczyn miejscowych, bądź ogólnych – **opcja terapeutyczna**.

Chemioterapia prowadzona jest jedynie w ramach prób klinicznych i nie jest leczeniem standardowym.

Wznowa po leczeniu chirurgicznym – brak standardu terapeutycznego.

Leczenie paliatywne, według zasad ogólnych – **standard terapeutyczny**.

Badania kontrolne – co miesiąc w pierwszym roku po leczeniu, co 3 miesiące do 3 lat i co 6 miesięcy do 5 lat. Potem kontrolne badania raz w roku bez limitu. Kontrolne RTG klatki piersiowej (po leczeniu nowotworów o wysoki stopniu złośliwości) co 6 miesięcy do 3 lat, później raz w roku. ●

PIŚMIENNICTWO

- American Joint Committee on Cancer: AJCC Cancer Staging Handbook (2002) Wyd. 6. Red. F.L. Greene i in., Springer, New York.
- Bensadoun R.J. i in. (2001) Malignant tumours of the salivary glands. Brit. J. Cancer, Suppl. 2, 42-48.
- Bień S., Żyłka S., Mierzwa T. (1997) Guzy gruczołów ślinowych u chorych w wieku podeszłym. Otolaryngol. Pol. 1997, 51, Suppl. 24, 142-144.
- Browman G. (2001) Background to clinical guidelines in cancer's: SOR, a programmatic approach to guideline development and aftercare. Brit. J. Cancer., Suppl. 2, 1-3.
- Clinical practice guidelines in oncology – version 1 (2004) National Comprehensive Cancer Network: www.nccn.org.
- Eversole L. (2001) Salivary gland pathology. W: Head and neck pathology with clinical correlations. Red. Yao-Shi Fu i in. Churchill Livingstone, New York, 242-292.
- Hoffman H., Funk G., Endres E. (1999) Evaluation and surgical treatment of tumors of the salivary glands. W: Comprehensive management of head and neck tumors. Red. Thawley S. i in. W.B. Saunders Comp., Philadelphia, 1147-1181.
- Jesionek-Kupnicka D. (2001) Gruczoły ślinowe. W: Nowotwory. Zarys patologii onkologicznej. Red. Kordek R. i in. Zakład Patologii Nowotworów AM w Łodzi, Łódź, 66-74.
- Kaplan M., Abemayor E. (2001) Clinical considerations for the diseases of the salivary glands. W: Head and neck pathology with clinical correlations. Red. Yao-Shi Fu i in. Churchill Livingstone, New York, 231-241.
- Krajowy Rejestr Nowotworów: <http://148.81.190.231/coi>.
- Luna M.A. (1999) Pathology of tumors of the salivary glands. W: Comprehensive management of head and neck tumors. Red. Thawley S. i in. W.B. Saunders Comp., Philadelphia, 1106-1146.
- Watkinson J. C., Gaze M.N., Wilson J.A. (2000) Stell and maran's head and neck surgery. Butterworth Heinemann, Oxford.
- Zatoński W., Tyczyński J. (red.) (1999) Nowotwory złośliwe w Polsce w 1996 r. Centrum Onkologii, Warszawa.
- Shanmugaratnam K., Sobin L.H. (red.) (1991) WHO International Histological Classification of Tumours. Wyd. 2. Springer, Berlin.

Recepta



**REJESTRACJA
PACJENTÓW?**

TELEFON

**ZROBIMY TO
ZA CIEBIE!**

SMS

INTERNET

Rp.

Niskie koszty – już od 99 zł miesięcznie możesz mieć centrum obsługi, które sprawi, że pacjenci chętniej będą wybierać Twoje usługi.

//

Zadowoleni pacjenci – szeroki dostęp (telefon, internet, sms) oraz profesjonalna obsługa konsultantów eRejestracji zapewnią komfort pacjentom Twojej placówki.

//

Oszczędność czasu – teraz możesz skoncentrować się na leczeniu, a my zajmiemy się rejestracją.

//

Kompleksowe rozwiązania

Nasz doradca odpowie na Twoje pytania.
Zadzwoń: (022) 436 19 21
Napisz: info@e-rejestracja.pl

Data

**30 DNI
ZA DARMO**



Podpis lekarza

WIECZÓR AUTORSKI

prof. Antoniego Krzeskiego

Istniał onegdaj obyczaj wprowadzania panien do towarzystwa. Dziś panny radzą sobie same, a ów szlachetny zwyczaj „wprowadzania do towarzystwa” zaadaptowano dla równie szlachetnego celu, jakim jest promocja książki. Bo czymże innym są wieczory autorskie? Owe wieczory, przygotowywane zwykle z największą starannością i nadzieją na sukces, nie zawsze sukcesem się kończą. Bywają niekiedy drętwe, nudne lub komercyjne, a promowane książki wcale do „towarzystwa” nie trafiają. Czasami szkoda, czasem nie bardzo.

Barbórkowy wieczór 2004 roku był wieczorem ze wszech miar niezwykłym. Był to bowiem wieczór promujący podręcznik dla rynologów – książkę nietuzinkową, napisaną przez dwunastu specjalistów pod redakcją prof. Antoniego Krzeskiego z Kliniki Otolaryngologii Akademii Medycznej w Warszawie. Wszystko podczas tego wieczoru miało charakter niebanalny. Gościny wydarzeniu udzielił bardzo aktualnie modny i snobistyczny w najlepszym znaczeniu tego słowa klub, zwany Fabryką Trzciny (od nazwiska jego twórcy – Wojciecha Trzcińskiego), zapewniający atmosferę salonu, ale nie sztywności; oprawę uroczystą, ale nie napuszoną; wystarczająco wiele przestrzeni dla znacznego grona lekarzy i osób towarzyszących, ale jednocześnie tyle ciasnoty, ile potrzeba, aby nawet odludki musiały się zintegrować. W sumie, miejsce znakomite, dzięki czemu klubowa oprawa spotkania przez cały czas pomagała wszystkim dobrze się czuć.

Pomysłodawcą i inicjatorem tego wydarzenia był prof. Antoni Krzeski, redaktor wspomnianego podręcznika. W części oficjalnej zostali zebranej publiczności przedstawieni współautorzy tego szczególnego dzieła, którzy otrzymali od redaktora listy z podziękowaniami. Prawdziwy aplauz towarzyszył wręczeniu dyplomów i świeżo z drukarni przywiezionych egzemplarzy paniom:

dr Monice Czapskiej, red. Joannie Małkowskiej, red. Grażynie Gołąb oraz pani Jolancie Wierzchowskiej-Bożys – osobom działającym niejako na drugim planie, ale bez których pracy i cierpliwości książka ta nie mogła się ukazać.

Dzięki umiłowaniu prof. A. Krzeskiego sztuki nie tylko chirurgicznej, wieczór uświetniła solidna porcja wielkiej muzyki, i dobrej poezji. Wiersze księdza Jana Twardowskiego o miłości i cierpieniu, o Bogu i Ziemi, o śmierci i rozstaniu czytali wraz z gwiazdą polskiej sceny teatralnej – Zofią Kucówną, prof. Stanisław Bień z Kielc, prof. Wojciech Golusiński z Poznania, prof. Dariusz Jurkiewicz z Warszawy oraz sam prof. Antoni Krzeski. Strofy pełne refleksji i zadumy, a czasem żartu i przekory przeplatały się z wybranymi fragmentami Suit na wiolonczelę solo Jana Sebastiana Bacha, w znakomitym wykonaniu Tomasza Strahla, profesora Akademii Muzycznej im. F. Chopina w Warszawie.

Był też czas na oddanie honorów osobom zasłużonym dla Stowarzyszenia Rynologia Polska. Przy wtórze oklasków statuetki oraz dyplomy, czyli godności *Amicus Rhinologiae Polonicae* za rok 2003 otrzymali: prof. Gilbert J. Nolst Trenité, prof. Metin Önerci, dr Monika Czapska oraz dr farm. Andrzej Marcinkowski.

Dzięki wydawnictwu ViaMedica oraz firmie Servier Polska, sponsorującej to niezwykle przyjęcie, wszyscy zaproszeni goście zostali obdarowani pięknym wydaniem podręcznika „Podstawy chirurgii nosa”. Dla lekarzy rynologów praca ta z oczywistych powodów jest z pewnością interesująca i przydatna. W opinii prof. Gilberta J. Nolsta Trenité – prezydenta *The European Academy Facial Plastic Surgery*, podręcznik ten stanowi istotny wkład do światowego dorobku rynchirurgii, a według profesora Grzegorza Janczewskiego, autora wstępu,

książka ta jest bardzo ważna dla polskiego otolaryngologa również dlatego, że przyczynia się do ustalenia polskiej terminologii rynchirurgicznej.

Jest rzeczą oczywistą, że sam podręcznik nie wystarczy do wykonania nawet najprostszego zabiegu chirurgicznego, nie tylko zresztą w zakresie rynologii. Chirurg powinien być *ex definitione* bardziej praktykiem, niż znawcą teorii. Przeglądając uważnie ten nowy podręcznik, można jednak wysnuć jeszcze jedną konkluzję. Tę mianowicie, że rynchirurgiem powinien być lekarz dbający nie tylko o fizjologiczne funkcje nosa, czy też o jego walory

estetyczne, ale również uwzględniający wrażliwość pacjentów na punkcie swoich nosów wymagających chirurgicznej korekty. Autorzy tego dzieła najwyraźniej są tego świadomi. Książka bowiem prezentuje w swej bogatej części graficznej najwyższy poziom, świadczący właśnie o ogromnym wyczuciu estetyki. Dzięki temu dziełu, obecność Polski w gremiach międzynarodowych *The European Rhinologic Society* czy też *The European Academy of Facial Plastic Surgery* nabiera znaczenia w innym wymiarze.

**Prowadzący ten wieczór
Ewa Woydyłło i Wiktor Osiatyński**

Warszawa, 5 grudnia 2004



Fot. 1



Fot. 2



Fot. 3

Fot. 1. Ewa Woydyłło i Wiktor Osiatyński – gospodarze wieczoru

Fot. 2. Prof. Antoni Krzeski

Fot. 3. Współautorzy podręcznika „Podstawy chirurgii nosa” (od lewej) dr. A. Strzembosz, prof. G.J. Nolst Trenité dr. hab. J. Biskupska-Więcko, dr. A. Galewicz, dr. N. Górski, dr. M. Held, prof. A. Krzeski

Autorzy wieczoru (od lewej)
prof. W. Osiatyński,
prof. A. Krzeski,
prof. T. Strahl,
p. Z. Kucówna,
prof. St. Bień,
prof. W. Golusiński,
prof. D. Jurkiewicz



Od lewej
mgr G. Gołąb
dr M. Czapska
mgr J. Małkowska
p. J. Wierzchowska-Bożys



p. Tomasz Strahl
p. Zofia Kucówna



Wiersze księdza Jana Twardowskiego wraz z Panią Zofią Kucówną czytali:



prof. Stanisław Bień



prof. Wojciech Golusiński



prof. Dariusz Jurkiewicz



prof. Antoni Krzeski



Sponsorem wieczoru była
firma Servier – Polska

AMICUS RHINOLOGIAE POLONICAE

Stowarzyszenie „Rynologia Polska” jest organizacją młodą – dotyczy to nie tylko czasu, jaki istniejemy, ale przede wszystkim wieku jego członków. W większości są to osoby bardzo młode, które mają nie tylko marzenia, ale i wiarę w ich urzeczywistnienie. To jest wartość niezwykła, która niezmiernie cieszy. Zarówno nasze liczne pomysły, jak i zapał do ich realizowania pozwalają na pozyskanie życzliwości osób, które pomagają nam je urzeczywistnić. Znajdując satysfakcję w realizacji naszych idei winni jesteśmy pamiętać o wdzięczności za okazywaną życzliwość i pomoc.

Z tego też powodu, zgodnie z uchwałą Walnego Zgromadzenia członków Stowarzyszenia „Rynologia Polska”, Zarząd podjął uchwałę o nadaniu tytułu „Amicus Rhinologiae Polonicae” za rok 2003 następującym osobom:

- prof. Gilbertowi J. Nolst Trenité,
- prof. Metinowi Önerci,
- dr Monice Czapskiej,
- dr Andrzejowi Marcinkowskiemu.

Wymienionym osobom bardzo serdecznie dziękuję za pomoc w realizacji celów Stowarzyszenia „Rynologia Polska”.

prof. dr hab. med. Antoni Krzeski



Prof. Metin Önerci, prof. Gilbert J. Nolst Trenité, dr Monika Czapska, dr Andrzej Marcinkowski, prof. Antoni Krzeski

Profesor Gilbert J. Nolst Trenité

Otarynolaryngolog i chirurg plastyczny twarzy. Już od czasów rezydentury obszarem jego szczególnych zainteresowań jest chirurgia plastyczna nosa. Wśród swoich nauczycieli wymienia: prof. prof. Bulla, Mackay'a, Masinga, Tardy'ego, Waltera. Piastował funkcje wice przewodniczącego Holenderskiego Towarzystwa Otolaryngologów, wice przewodniczącego Europejskiej Akademii Chirurgii Plastycznej Twarzy, kierował także centrum Leczenia Rozszczepów Wargi i Podniebienia w Rotterdamie. Należy do zespołu redakcyjnego Facial Plastic Surgery International Quarterly Monographs i jest redaktorem czasopisma FACE (Facial Aesthetic Communications in Europe). Jest zastępcą kierownika Kliniki Otolaryngologii Akademickiego Centrum Medycznego Uniwersyteckiego Szpitala w Amsterdamie. Jest konsultantem w zakresie chirurgii plastycznej twarzy w Klinice Profesora Amiri w Bad Wiesee w Republice Federalnej Niemiec. Reprezentuje Holenderskie Towarzystwo Otolaryngologów w Union Européenne Médecins Spécialistes (UEMS). Będąc prezesem International Lazarus Leprosy Society, jest zaangażowany w rehabilitację twarzy trędowatych. Honorowo wykłada na uniwersytecie Pécs na Węgrzech.

Profesor Nolst Trenité jest organizatorem renomowanego Kursu Nowoczesnych Techniek Rynoplastycznych, który odbywa się co roku w październiku w Amsterdamie. Jako wielki przyjaciel Polski i polskiej rynologii od kilku lat udostępnia bezpłatnie jedno miejsce na swoim kursie młodym laryngologom z Polski.

Profesor Metin Önerci

Pracuje w Klinice Otolaryngologii Chirurgii Głowy i Szyi Wydziału Lekarskiego Hacettepe University w Ankarze w Turcji. Zajmuje się rynologią i chirurgią plastyczną twarzy. Od czerwca 2004 roku jest prezesem Europejskiego Towarzystwa Rynologicznego i Międzynarodowego Sympozjum Zakazań i Alergii Nosa. Jest prezesem Tureckiego Towarzystwa Rynologicznego i Towarzystwa Otolaryngologicznego w Ankarze. Należy do zespołu redakcyjnego czasopism: Pro Otology, Laryngoscope, International Journal of Rhinology, American Journal of Rhinology. Profesor Önerci pasjonuje się rynologią jako wciąż młodą i pełną możliwości dziedziną wiedzy. Interesuje się muzyką ludową z różnych stron świata i folklorem.

Profesor Metin Önerci był gościem I Krajowego Forum Rynologicznego w Warszawie. Jest przyjacielem Polski, umożliwia polskim kolegom uczestnictwo w konferencjach rynologicznych organizowanych przez ERS.

Lek. Monika Czapska

Absolwentka Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej im. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie w 1992 roku.

Wiedzę medyczną z zakresu laryngologii i rynologii zdobywała na stażach w kraju i za granicą. Od tego czasu bardzo interesuje się rynologią, która towarzyszy jej od najmłodszych lat; jej matka jest lekarzem laryngologiem.

Od 1994 roku pracuje w firmie farmaceutycznej Servier Polska, obecnie na stanowisku kierownika ds. grupy produktów. W swojej pracy zawodowej zajmuje się lekami stosowanymi w rynologii, co znakomicie wiąże się z jej zainteresowaniami medycznymi. Od wielu lat współpracuje i współorganizuje spotkania, konferencje dla lekarzy laryngologów i rynologów, m.in. międzynarodowe spotkanie „Postępy w Rynologii” w Warszawie, w czerwcu 2003 r.

Łącząc pracę zawodową i zainteresowania prywatne, wiernie kibicuje wszystkim inicjatywom związanym z poszerzaniem wiedzy z zakresu rynologii.



Dr farm. Andrzej Marcinkowski

Urodził się 21 października 1971 r. w Strzelnie. W 1995 został absolwentem Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu i specjalistą I° farmacji aptecznej. W roku 2004 uzyskany tytuł doktora nauk farmaceutycznych z zakresu technologii sporządzania postaci leku w formie kropli oraz, dodatkowo w tym samym roku, tytuł Master of Business Administration, zdobyty na Akademii Ekonomicznej w Poznaniu.

Od 1997r. pracuje w firmie farmaceutycznej GlaxoSmithKline, aktualnie jako menedżer produktu zajmujący się do niedawna opieką nad preparatami stosowanymi w rynologii, autor m.in. strony internetowej www.flix.pl adresowanej do młodych ludzi cierpiących na alergiczny nieżyt nosa.

Prywatnie miłośnik rynologii, który uważa, że w życiu trzeba „mieć nosa”,

