

Nowotwory głowy i szyi w ujęciu interdyscyplinarnym

Rozmowa z prof. Wojciechem Golusińskim z Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Dlaczego należało wyodrębnić tę grupę nowotworów?

„Rak głowy i szyi” oraz „nowotwór głowy i szyi” to wspólne określenie grupy nowotworów związane z lokalizacją anatomiczną, obejmującą wspólny odcinek górnych dróg oddechowo-pokarmowych. Około 40 proc. z nich zlokalizowanych jest w obrębie jamy ustnej, 15 proc. w obrębie gardła, 25 proc. w obrębie krtani. Pozostałe 20 proc. to nowotwory w innych lokalizacjach, głównie w obrębie ślinianek i tarczycy. W międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD10 nowotwory głowy i szyi oznaczone są symbolami C00 – C14, C32, C07, C09, C11. Światowe piśmiennictwo podaje, że rak płaskonabłonkowy głowy i szyi z 850 tys. nowych zachorowań jest na piątym miejscu najczęstszych nowotworów na świecie. W Polsce rocznie rejestrowanych jest ok. 9500 nowych zachorowań na ten typ nowotworu, 95 proc. z nich to raki płaskonabłonkowe.

Czy znamy czynniki usposabiające do powstawania tych nowotworów?

Wiemy o nich coraz więcej. Należą do nich palenie papierosów, spożywanie alkoholu, nieprawidłowa dieta, czynniki związane z niedostateczną higieną jamy ustnej. Ostatnio także coraz większą rolę przypisuje się zakażeniu wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV), tym samym, który powoduje rozwój raka szyjki macicy. Szczególnie należy zwrócić uwagę na stany przednowotworowe, które charakteryzują się zmętnieniem błony śluzowej oraz zmianą barwy błony śluzowej górnego odcinka drogi oddechowo-pokarmowej.

Czy można sporządzić obraz przeciętnego chorego?

Typowy chory na raka głowy i szyi to starszy mężczyzna lub kobieta. Wieloletni palacz papierosów, nadużywający alkoholu. Rośnie jednak liczba chorych z nowotworami głowy i szyi stosunkowo młodych, którzy nigdy nie palili. U wielu z nich potwierdzono zakażenie wirusem HPV. U osób, u których rozwój nowotworu związany jest z zakażeniem HPV, guz najczęściej obejmuje nasadę języka i migdałek podniebienny. Co ciekawe, istnieją doniesienia, iż rokowanie u chorych HPV-dodatnich było znacznie lepsze niż w grupie chorych HPV-ujemnych. Do zakażenia HPV dochodzi głównie na drodze kontaktów seksualnych. Bardzo wczesna inicjacja seksualna, częsta zmiana partnerów oraz seks oralny to główne czynniki ryzyka.



Przypuszczam, że podstawowe leczenie polega na zabiegu chirurgicznym. Musi być ono szczególnie trudne z uwagi na umiejscowienie nowotworu...

Rzeczywiście, chirurgia w obrębie głowy i szyi jest szczególna ze względu na warunki anatomiczne. W obrębie głowy i szyi na stosunkowo małej przestrzeni zlokalizowanych jest 5 narządów zmysłów: słuchu, wzroku, równowagi, węchu i smaku. Tkanki tej okolicy są bogato unaczynione i unerwione. Ze względu na trudne warunki anatomiczne i ograniczone pole operacyjne konieczne jest stosowanie dodat-

kowego sprzętu umożliwiającego właściwą wizualizację pola operacyjnego – endoskopów, mikroskopu. Wspólna część górnej drogi oddechowo-pokarmowej warunkuje określone postępowanie operacyjne i pooperacyjne, wpływając w znaczący sposób na wyniki leczenia. U wielu pacjentów, zwłaszcza w przypadku nowotworów wcześniej wykrytych, możliwe jest wykonanie mało inwazyjnych zabiegów endoskopowych, przykłady to chirurgia laserowa krtani czy endoskopowe zabiegi w obrębie zatok, jam nosa i podstawy czaszki. Często jednak jedyną możliwością jest wykonanie niezwykle rozległych resekcji, wymagających skomplikowanych zabiegów rekonstrukcyjnych z zastosowaniem wolnych płatów skórno-mięśniowych. Pamiętajmy, że od jakości rekonstrukcji w dużej mierze zależy jakość życia chorych, ich zdolność do normalnego oddychania, mowy czy odżywiania się. Analizując wyniki leczenia nowotworów głowy i szyi według statystyk Sloan-Kettering Cancer Center w Nowym Jorku z 2005 r., stwierdzono znamienne statystycznie różnice w 5-letnich przeżyciach między chorymi leczonymi w centrach onkologicznych – 60 proc. i poza ośrodkami onkologicznymi – 40 proc. Różnica 20 proc. wskazuje na podstawowe znaczenie ośrodka, w jakim chory rozpoczyna leczenie. Główną przyczyną takiego stanu rzeczy jest interdyscyplinarne podejście do terapii. Ze względu na szczególne warunki anatomiczne nowotwory w obrębie głowy i szyi bardzo szybko przekraczają granice poszczególnych specjalności. Przykładem może być zaawansowany nowotwór w obrębie jamy nosa i zatok przynosowych naciekający ścianę oczodołu oraz kostną granicę przedniego dołu czaszki. Zabieg leży w zakresie kompetencji laryngologa, chirurga szczękowego, okulisty i neurochirurga. Specjaliści ci powinni stanowić zespół, uzupełniając się w trakcie operacji. Stąd konieczność tworzenia oddziałów interdyscyplinarnych łączących laryngologię, chirurgię

szczękowo-twarzową, neurochirurgię – w tym chirurgię podstawy czaszki, okulistykę i chirurgię plastyczną.

Chyba w niewielu rodzajach nowotworów potrzeba aż tak szerokiej współpracy wielu specjalistów.

Tak, w skład zespołu terapeutycznego wchodzi: chirurg głowy i szyi, radioterapeuta, onkolog kliniczny, anestezjolog, radiolog, patolog, chemioterapeuta, psycholog. Dopiero taka grupa ma szansę na podstawie zebranych danych zaproponować optymalne leczenie, dobrane indywidualnie dla każdego chorego (personalizacja leczenia). Przez lata zmieniło się znaczenie poszczególnych rodzajów terapii, co wpłynęło m.in. na rozwój chirurgii głowy i szyi, powodując zmianę charakteru naszej specjalności.

W medycynie obserwuje się lawinowy rozwój wielu nowoczesnych technik diagnostycznych i terapeutycznych. Lekarz zyskuje coraz większe możliwości pomagania chorym, a pacjenci większe szanse na wyleczenie. Czy w państwa specjalności także?

Dzięki postępowi możliwy stał się rozwój terapii wielokierunkowej w leczeniu nowotworów głowy i szyi. Od początku XX w. stopniowo rozwijała się chirurgia, w tym onkologiczna – nowe techniki operacyjne, narzędzia

itd. Od lat 60. ubiegłego wieku w terapii nowotworów coraz większą rolę zaczęła odgrywać radioterapia. W latach 80. możliwości leczenia operacyjnego i radioterapii uzupełniła chemioterapia. Od połowy lat 90. coraz częściej mówi się o terapii celowanej, dobieranej indywidualnie. Kolejnym krokiem w leczeniu nowotworów będzie terapia genowa. Rola chirurga uległa pewnej modyfikacji. Często odpowiada on tylko za pewien etap wieloetapowego leczenia. Coraz częściej wykonuje się zabiegi po zastosowaniu radiochemioterapii indukcyjnej, co stanowi dla chirurga duże wyzwanie. Ponadto chirurgia minimalnie inwazyjna daje możliwość oszczędzającego leczenia raka krtani, gardła (endoskopy, laser), gruczołów przytarczowych, tarczycy, ślinianek, węzłów chłonnych czy guzów w obrębie podstawy czaszki. Obrazowanie i zaawansowane techniki informatyczne stanowią przewodnik w leczeniu nowotworów głowy i szyi, pozwalający zmodyfikować techniki chirurgiczne dzięki zastosowaniu nawigacji, robotów operacyjnych, ultrasonografii nowej generacji, obrazowania 4D, izotopów. Szybki postęp technologiczny umożliwia szersze wykorzystanie nowych technologii w leczeniu, zwiększając jednocześnie zapotrzebowanie na szkolenie umiejętności w zakresie wykorzystania nowych technologii. Przykładem może

być śródoperacyjne MRI oraz nawigacja obrazem, obrazowanie *in vivo* raka jamy ustnej z wykorzystaniem ręcznego mikroskopu konfokalnego (confocal microscope). Nową technologią, coraz szerzej wykorzystywaną, jest chirurgia z zastosowaniem robota, np. system da Vinci. Poszerzają się wskazania do jej stosowania. W porównaniu z tradycyjną chirurgią zapewnia ona doskonale efekty – radykalne usunięcie zmiany przy zachowanych funkcjach życiowych.

Brzmi to imponująco. Czy w Polsce te techniki także są stosowane?

Tak. Coraz więcej ośrodków dysponuje nowoczesnym wyposażeniem sali operacyjnej, odpowiadającym najlepszym standardom europejskim. W Wielkopolskim Centrum Onkologii przed 5 laty powstał interdyscyplinarny ośrodek leczenia nowotworów głowy i szyi, który wykorzystuje najnowocześniejsze technologie medyczne. Należy podkreślić, że najważniejszy jest dobrze wykształcony lekarz, potrafiący zaimplementować i wprowadzić techniki medyczne.

Jaka przyszłość rysuje się przed tą trudną i skomplikowaną dziedziną, jaką jest leczenie nowotworów głowy i szyi? Rozumiem, że będzie to tematem kwietniowej konferencji w Poznaniu?

Oczywiście. Rozwój i postęp w chirurgii głowy i szyi dokonał się m.in. dzięki postępowi w naukach podstawowych: biologii komórki, badaniach nad procesami nowotworzenia. Nie bez znaczenia są osiągnięcia w onkologii ogólnej, chemioterapii, radioterapii nowotworów, a także postęp technik chirurgicznych i rozwój diagnostyki. W przyszłości chirurg głowy i szyi będzie musiał być specjalistą w zakresie szybko rozwijających się technologii i badań podstawowych w genetyce, terapii genowej oraz w dziedzinie czynników biologicznych ukierunkowanych na leczenie i zapobieganie nowotworom.

Niestety, dotychczas nie znaleziono jakiegokolwiek rozwiązania pozwalającego na ustalenie jasnej strategii leczenia nowotworów głowy i szyi. Można jedynie potwierdzić istotny postęp w zrozumieniu procesów nowotworzenia. Im więcej wiemy, tym większe wyzwania stoją przed nami. Pomimo całego postępu technologicznego oraz coraz lepszych wyników wielospecjalistycznego leczenia ukierunkowanego na zachowanie narządu, chirurgia pozostaje głównym sposobem leczenia chorych z nowotworami głowy i szyi.

**Dziękuję za rozmowę.
Rozmawiał
Andrzej Baszkowski**