

Symposium Ligy proti rakovině Praha - 1. 2. 2017

Téma: **Nádorová onemocnění hlavy a krku**

(základní informace z přednášek)

Možnosti prevence ORL nádorů

(MUDr. Michaela Fridrichová z Ústavu radiační onkologie NNB)

Jedná se o nádory oblasti, která je vymezena dutinou ústní, slinnými žlázami, oropharynxem (ústní část hltanu), nasopharynxem (nosohltan), hypopharynxem (hrtanová část hltanu), až vstupem do krku. Nepatří sem nádory mozku. Tomuto tématu se věnujeme hlavně proto, že se jedná o jedno ze skutečně preventabilních nádorových onemocnění. 75% těchto nádorů je způsobeno kouřením a pitím alkoholu. Je to společná záležitost – lidé, kteří jenom kouří, mají menší pravděpodobnost vzniku nádorového onemocnění v této oblasti než lidé, kteří kouří a pijí alkohol. Další příčiny vzniku jsou infekce lidským papilomavirem HPV 16, špatná hygiena nebo chronická infekce dutiny ústní, pracovní expozice (piliny, asbest, radiační zátěž), EB virus, žvýkání betelu (Asie) nebo popíjení maté (J. Amerika). Příznaky – neobvyklé krvácení z dutiny ústní, bílá nebo rudá mapa na dásních, jazyce nebo sliznici úst, bulka nebo citlivost, která nepřechází, obtíže při polykání, změna hlasu, častá bolest hlavy, bolest nebo zvonění v uších popř. zhoršení sluchu, pocit plného nosu nebo krvácení, chronická sinusitida neodpovídající na léčbu, problémy s okem, bolesti zubů dolní čelisti, problémy se zubní protézou, otok pod bradou a v oblasti dolní čelisti, necitlivost nebo paréza, tváře, bolesti tváře, brady nebo krku, které nemizí. V roce 2014 bylo celkem nově hlášených případů 1487. Tyto nádory jsou do značné míry preventabilní. Důležité je dodržovat hygienu dutiny ústní, nekouřit, nepřehánět konzumaci alkoholu, chodit na preventivní stomatologické prohlídky.

Nádory dutiny ústní z pohledu stomatologa

(MUDr. Renata Dobešová)

Nádorová onemocnění provázejí lidstvo od nepaměti. Nádory na kostech jsou pozorovány již na kostrách dinosaurů, na egyptských mumiiích byly nalezeny nádory močového měchýře a kostí. Avšak s prodlužováním lidského věku a potlačováním infekčních chorob, zdravotní a sociální závažnost nádorových onemocnění prudce narůstá.

Nádory hlavy a krku představují 6 - 10% všech maligních novotvarů (dle WHO), z toho 40% se vyskytuje v systému orgánů ústní dutiny a zbytek ve slinných žlázách a na kůži obličeje. Incidence se vyznačuje diferenciací jak etnickou, tak geografickou. V ČR je to okolo 5%.

Vyskytují se především u mužů po 50. roce, s maximem kolem 60. roku věku v poměru 2:1, u nádorů hrtanu je poměr 5:1, u nádorů rtu 9:1.

Uvádí se, že v Indii je karcinom ústní dutiny nejčastějším nádorem u mužů a třetím nejčastějším karcinomem u žen.

Nepříznivou skutečností je posun k většímu výskytu u mladších věkových skupin a vzestup nádorů v prognosticky závažnějších lokalizacích (jazyk, spodina ústní, ret). Změna poměru muži a ženy - zvyšuje se prevalence u žen.

A také to, že se vyskytují z kosmetického hlediska ve velmi exponované anatomické oblasti. Terapie bývá pak často spojena se ztrátami tkání, s následnými deformacemi a funkčními poruchami.

Zdaleka nevíme o původu nádorů všechno, avšak přibývá informací o tom, které vlivy usnadňují vznik nádorového bujení, odstranění těchto vlivů může u daného jedince snížit pravděpodobnost vzniku nádoru

Pravidla onkologické prevence jsou jedinou možností, jak s tímto onemocněním účinně bojovat.

Prevence je tedy několikerá:

I. Primární prevence se zaměřuje na redukci nebo eliminaci vnějších faktorů zodpovědných za vznik zhoubných novotvarů. Je zřejmé, že primární prevence je v rukou každého jednotlivce.

II. Sekundární prevence: spočívá ve včasném zachycení a rozpoznání přednádorových stavů a raných stádií nádorového onemocnění. Ta patří do rukou lékaře. Nejefektivnějšími nástroji jsou preventivní prohlídky.

V celé problematice nádorového onemocnění je stále nejdůležitější, jak pro nemocného, tak pro ošetřujícího, včasné rozpoznání nádoru. To záleží jednak na včasném vyhledání lékaře nemocným a jednak na vyšetření celé stomatologické oblasti v rámci preventivních prohlídek.

Až donedávna se soudilo, že nejdůležitější je životní prostředí.

Podle WHO se však vliv životního prostředí přeceňuje. Ukazuje se, že na stav zdraví populace se podílí 50% způsob života a životní styl, 20% životní prostředí, 20% vrozené dispozice a jen 10% zdravotní péče.

A protože mnoho rizikových faktorů vychází ze způsobu života, je možno jejich vliv na vznik nemoci způsobem života omezit. Z toho vyplývá, že hlavní význam prevence je poučení o těchto rizicích a poskytnutí návodu na jejich vyloučení.

Po slovem rakovina rozumíme skupinu chorob, které mají jeden společný znak, to je nekontrovaný abnormální buněčný růst spojený s destrukcí okolních tkání.

K přeměně zdravé buňky v buňku nádorovou dochází na molekulární úrovni a tento proces se označuje jako mutace. Tzn., že mutace vedou ke ztrátě kontroly nad buněčným dělením a ke zhoubnému chování buněk.

Buněčné mutace vznikají buď samovolně (starší organismy se sníženou imunitou, poruchy výživy, apod.) nebo v důsledku působení škodlivých látek, které se nazývají kancerogenní látky neboli karcinogeny.

Kancerogenní látky

Chemické - průmyslové a dopravní exhaláty, pesticidy a herbicidy, které se používají v zemědělství v rostlinné výrobě (ohrožení pracujících)

- tabák (zplodiny jeho spalování) - bylo popsáno asi 80 karcinogenů.

Kromě toho se na vzniku rakoviny podílí termický efekt vdechování cigaretového kouře, mechanické dráždění, změna pH a tzv. vazokonstrikce (stažení cév) navozená nikotinem. Škodlivé je i žvýkání tabáku (betelu)

- alkohol (koncentrovaný)

Tyto dva karcinogeny patří mezi nejrizikovější a při společném působení se jejich účinek umocňuje. V současné době tabák s alkoholem (koncentrovaným tvrdým) zvláště v kombinaci představuje chronické dráždění především chemickými karcinogeny přítomnými v těchto látkách. Relativní riziko se zvyšuje u alkoholiků 2 - 6x.

U silných kuřáků až 20x v závislosti na počtu vykouřených cigaret, vykouření 300 000 cigaret znamená téměř 100% jistotu vzniku karcinomu. Jedince by mohla zachránit pouze mimořádně příznivá genetická predispozice.

Je-li někdo současně silný kuřák a konzument alkoholu, účinek obou se umocní až 40ti násobně.

Orální faktory, malhygienu

Zde je významná úloha **preventivních stomatologických prohlídek**, kdy stomatolog musí odstraňovat z ústní dutiny všechny faktory, které za určitých okolností přispívají podle iritační teorie ke vzniku nádorové choroby.

Jsou to především ostré okraje skloviny u kariezních zubů nebo kořeny rozpadlých zubů. Pozornost je třeba věnovat osamoceným zubům v jinak bezzubých čelistech, které při jídle nebo prostém zavírání úst trvale zraňují sliznici na protilehlém dásňovém výběžku a vyvolávají tak chronický zánět, z něhož se může za určitých okolností rovněž vyvinout karcinom.

Příčinou chronického dráždění ústních tkání jsou také špatně konstruované výplně, jejichž převislé okraje způsobují zánět mezizubní papily nebo dásně v okolí krčku zubu.

Ústní tkáně mohou být drážděna i protetickými náhradami. Jsou to zvláště nevhodně zhotovené můstky, které jsou přímo zatlačeny do dásňové sliznice. Pod nimi pak vznikají dekubity a chronické záněty. Stejný obraz lze pozorovat také při nevyhovujících snímatelných náhradách, které se svými okraji zařezávají do vestibulární sliznice.

Důležitý význam má i včasné odstraňování, všech chronických ostitických ložisek, tzv. váčků, které lze zjistit při preventivním rtg vyšetření, slizničních píštělích a vůbec všech novotvarů, které se na sliznici zjistí.

Není vzácností, že benigní novotvary, které po desetiletí rostou jen zvolna a svému nositeli nepůsobí žádné obtíže, najednou urychlí svůj růst a při histologickém vyšetření se zjistí, že se zvrhly v karcinom.

Stejně jako u benigních nádorů se postupuje i u cyst zubního původu. Protože byla opakovaně pozorována maligní degenerace epitelu kořenových cyst, je nutné při jejich zjištění odstranit vcelku celý vak cysty a ještě ho histologicky vyšetřit.

Zlozvyky - kousání rtů, tvářové sliznice

Je třeba si uvědomit, že vznik zhoubného nádoru v dutině ústní probíhá asymptomaticky, to znamená, že nádor nepůsobí svému nositeli zpočátku žádné potíže. Proto by každý člověk měl jedenkrát měsíčně provést samovyšetření ústní dutiny a sledovat případnou přítomnost některých příznaků, které mohou být podezřelé a mohou být východiskem zhoubného nádoru.

Pozornost je třeba věnovat:

- vředu v ústech, který často krvácí a nehojí se
- bulce nebo ztluštěnině na tvářové sliznici, kterou lze zjistit např. jazykem
- bílé nebo rudé skvrně na dásních, jazyku, či v jiných partiích dutiny ústní
- bolestivosti nebo zvláštním pocitům např. tlaku, škrábání či pocitu cizího tělesa v krku
- obtížím při žvýkání či polykání potravy
- obtížné nebo zhoršené pohyblivosti čelisti nebo jazyka
- snížené citlivosti až necitlivosti jazyka nebo jiných částí sliznice ústní dutiny
- otoku čelisti, jehož příčinou není zánětlivá komplikace zubního kazu

ORL nádory a strategie jejich léčby

(MUDr. Petra Holečková, Ph.D., MBA z Ústavu radiční onkologie NNB)

Dvě třetiny pacientů v době diagnózy přichází, když už nádory lokálně pokročilé to znamená, že jsou veliké v tom místě, kde vyrostly a ještě třeba založily metastázy. Ročně je 500 000 diagnostikovaných – v ČR cca 5% z celkového počtu nádorů.

Léčba nádorů hlavy a krku se týká téměř všech typů, které začínají v dutině ústní,

jdou přes horní polykací cesty – orofarynx (ústní část hltanu), hypofarynx (hrtanová část hltanu), larynx (hrtan), dutinu nosní, slinné žlázy a patří sem i dokonce nádory ucha. Co se týče diagnostiky, velmi důležitá je anamnéza a pak se vyšetřuje klasicky, používají se diagnostické metody a fyzikální vyšetření. Nejčastějšími nádory jsou tzv. dlaždicobuněčné nádory, které mají vysokou pozitivitu EGFR až 95%. Co se týče vlastního léčení těchto nádorů, tak léčba je multimodální, používá se léčba chirurgická, radioterapie, chemoterapie, biologická terapie. Metody se různě kombinují, kombinace zvyšují efekt léčby, ale zároveň zvyšují nežádoucí účinky léčby. O strategii léčby by měl rozhodnout celý tým odborníků – ORL specialista, radioterapeut, klinický onkolog, patolog a spousta dalších. Prodiskutují jak je nádor veliký, nejhodnější modely léčby, vždy se musí započítat nejen to, jak vypadá vlastní nádor, ale i to jak vypadá pacient a je rozhodující, jaký je fyzický a výkonnostní stav pacienta, jeho výživový stav a případná další souběžná onemocnění. V každém případě vždycky bychom měli nechat spolurozhodovat pacienta. Taktiku léčby si každý z odborníků stanovuje sám. Podle toho jak vypadá nádor a jak vypadá pacient, se musí rozhodnout, jestli se v danou chvíli bude usilovat o vyléčení onemocnění – pak je postup kurativní nebo zda se zvolí paliativní léčba, kdy primárním cílem je zachovat kvalitu života pacienta eventuálně prodloužit jeho přežití. Vždycky je potřeba zvážit, jaká je efektivita léčby a jaká bude kvalita života pacienta, který tuto léčbu podstoupí a jak to může vypadat v budoucnu. Nežádoucí účinky se rozdělují na akutní a pozdní. Akutní - do 90 dnů po skončení radioterapie, jsou to poměrně velmi nepříjemné záněty v dutině ústní způsobené radioterapií popř. kombinovanou chemoradioterapií. Pozdní toxicita nastupuje po 90 dnech po skončení radioterapie.

Výživa pacientů s nádory hlavy a krku

(MUDr. Petra Holečková, Ph.D., MBA)

Nedílnou součástí je péče o pacienta je péče o výživu. Aby se pacient mohl bránit nádoru, musí mít energii. Žádná kategorie pacientů neprofituje z toho, že bude hladovět a z podvýživy naopak pacient, který se rozhodne léčit svůj nádor nějakou dietou, velmi často umře. Víme, že v naší republice, téměř 60% onkologických pacientů je během léčby ohroženo podvýživou, 23% z nich má dokonce střední až extrémní riziko podvýživy a u 27% došlo k nechtěnému zhubnutí o 5%. Každý 5. pacient uvádí, že sní o víc než polovinu méně, než by měl. Nádory hlavy a krku jsou komplikovanější, protože tam jsou nutričně riziková téměř všichni pacienti. Hlavně proto, že velká část z nich jsou alkoholici, kuřáci a o svůj nutriční stav nedbali a trpí nedostatkem vitamínů a dalších živin. Barrier, které brání dobře žít pacienta, je mnoho, i na straně pacienta, který je často zdrčen a kromě dalších fyzických obtíží má i lidské potíže, nemá třeba dobré sociální zázemí a nikdo ho nepřesvědčí o tom, aby byl dobře živen. Potíže můžeme překlenuvat např. tím, že pacientovi pokud může polykat, nabídneme tzv. sipping – „drinky-pitíčka“, modulární dietetika např. „bílkovina v prášku“, dále připadají v úvahu sondy, výživa podávaná do žíly. Individuálně podávaný sipping v průběhu onkologické léčby brání poklesu hmotnosti i svalové síly a to i v dlouhodobém horizontu, pravděpodobně snižuje výskyt infekcí. Významnou roli má dávka bílkovin. Důležité je, aby pacient měl pohyb a zachoval si svalovou hmotu.

Chemoterapie a biologická léčba

(MUDr. Lucie Veselá z Ústavu radiační onkologie NNB)

Hlavními léčebnými metodami v primární terapii nádorů hlavy a krku jsou chirurgické zákroky, radioterapie, popř. kombinace obou těchto metod formou chirurgického zákroku a následné adjuvantní radioterapie. Chemoterapie, popř. biologická léčba se uplatňují v adjuvantní a paliativní léčbě a pouze v malé míře se užívá chemoterapie v léčbě neadjuvantní, podávané před chirurgickým zákrokem či RT. Indikací konkomitantní chemoterapie je nutné zvážit s ohledem na celkový biologický stav pacienta a vedlejší onemocnění. Užívá se jediný preparát – cetuximab. Začíná se podávat týden před zahájením RT podáním nasycovací dávky a poté v režimu 1x týdně v průběhu chemoterapie. Podání chemoterapie musí být vždy pečlivě zváženo vzhledem k celkovému stavu pacienta, jeho přidruženým chorobám a cílům léčby, s přihlédnutím k jeho přáním, má vždy vedlejší účinky – ať již je podávána samostatně či spolu s RT. Biologická léčba má také vedlejší účinky, jen jsou jiné než účinky chemoterapie. Mezi nežádoucí účinky cetuximabu patří kožní a alergické reakce, porucha elektrolytické rovnováhy, těžká neutropenie, závažné až smrtelné kardiovaskulární příhody nebo ulcerózní keratitida oka. Cytostatika zasahují v organismu nejen každý cíl, tj. nádorové buňky, ale i ostatní rychle rostoucí buňky, a proto je jejich nežádoucí působení na organismus nevyhnutelné a nežádoucí účinky jsou při léčbě pravidlem. Některým z nich se daří předcházet, některé se dají zmírnit a u jiných se zase snažíme zkrátit jejich trvání na minimum. Některé nežádoucí účinky ovlivnit neumíme vůbec – např. vypadávání vlasů. Pocity na zvracení a zvracení jsou závislé na druhu a dávce cytostatika. V současné době jsou k dispozici léky, které tyto účinky cytostatik velmi účinně potlačují a jsou běžnou součástí podávaných chemo režimů. Mezi hlavní orální komplikace patří orální mukositida, infekce a dysfunkce slinných žláz.

Možnosti radioterapie v léčbě ORL

(MUDr. Tereza Drbohlavová z Ústavu radiační onkologie Nemocnice na Bulovce)

Při lokalizovaném onemocnění je možná jak chirurgická resekce, tak primární radioterapie, rozhodnutí závisí na anatomické lokalitě, kde nádor roste, jaký by byl kosmetický a funkční efekt po chirurgickém výsledku, na přidružených onemocněních a také na přání pacienta. Lokálně pokročilé onemocnění, které je operabilní, to jsou již větší nádory, které invadují do okolních tkání, případně do kostních chrupavek, tam je možností více. Standardem je chirurgická resekce a potom následně radioterapie, v případě vysokého rizika recidivy by po chirurgické resekcí měla následovat adjuvantní chemoradioterapie. Rizikové faktory jsou zejména úzký resekcí okraj, šíření metastázy v uzlině přes pouzdro uzliny. Jsou pacienti, kteří mají lokálně pokročilé onemocnění, které nelze operovat. Standardem v tomto případě je chemoradioterapie, pacienti musí být v perfektním stavu, aby tuto velmi náročnou léčbu zvládli. Takže musí být přiměřeného věku a hlavně to musí být spolupracující pacient, protože komplikace při léčbě jsou poměrně závažné. Při vybraných případech se používá radioterapie v kombinaci s biologickou léčbou, někdy se používá indukční chemoterapie, není to úplně standardní přístup, ale setkáváme se s tím. Radioterapie je nejučinnější konzervativní lokální léčba. Výhodou je zachování orgánů a také to, že následují podobné výsledky jako u chirurgie. Nevýhodou je délka léčby – 7 týdnů každý den, což je pro pacienta náročné. Dále když se přidruží akutní toxicita, která se ale dá zvládnout, horší je pozdní toxicita. Další riziko radioterapie je, že může o něco málo zvýšit riziko dalšího nádorového onemocnění

v ozařované oblasti, nejčastěji to bývá podobný karcinom v ORL oblasti. Důležitá je brachyterapie, kdy se zářiče zavádějí přímo do nádorů nebo do jeho bezprostřední blízkosti. Výhodou je aplikace vysoké dávky záření do nádoru s šetřením okolních zdravých tkání. Nevýhodou je limitace velikostí cílového objemu (neobsáhne celý nádor) a nedostupnost některých lokalit (hrtan, hrtanová část hltanu). Při hypertermii se kombinuje záření s prohříváním postižených tkání, (zahřívají se na teplotu 41 – 43°C), velmi dobře doplňuje radioterapii. Samotné plánování radioterapie začíná výrobou fixační masky přesně na míru a doprovází pacienta po dobu celé radioterapie. Na samotné plánování je potřeba poměrně dlouhá doba, není to jednoduchá činnost, trvá asi 5 – 7 dnů.

Psychologická podpůrná péče o pacienty s onkologickým onemocněním (Mgr. Alice Pulkrábková, Ústřední lékařsko – psychologické odd. ÚVN)

V souvislosti s nádorovým onemocněním se psychika zatěžuje již od samého počátku, a to už v období před stanovením diagnózy, pacienti procházejí stádiem nejistoty, obav a stresu z toho, jak dopadne stanovení diagnózy, náročné je i období, kdy se čeká na nastavení léčby a na výběr vhodné terapie. Dále je to období léčby a terapie samotné, které je velice zatěžující. To vše vede k velkému emočnímu distresu, který se projevuje i ve vztazích, na neschopnosti pracovat – tím pádem i na finanční situaci rodiny – a celkově ovlivňuje kvalitu života. Podle studií je největší zátěž v období diagnostiky a v prvním roce léčby. Až 54% lidí po léčbě rakoviny trpí i po 10 letech nějakou formou psychických potíží a mají příznaky posttraumatické psychické poruchy. Pacienti trpí hlavně úzkostí, strachem z diagnózy, nemoci, bolesti, opuštění a smrti. Mají pocity nespravedlnosti a zloby, pocity bezmoci, smutku. Ke stresu obecně se připojují poruchy spánku, který je potřebný pro regeneraci. Někdy pacienti prožívají určitý pocit stigmatu z toho, že mají onkologickou diagnózu a tají ji před okolím, můžou trpět sníženým sebevědomím a mají tendence se izolovat do sebe. Ukazuje se, že sdílení starostí a emoční podpora od okolí je důležitým faktorem úspěšného zvládnutí onkologického onemocnění. V neposlední řadě se onkologičtí pacienti dotýkají otázek existenčních, víry, vztahu k Bohu a smrti. Psychické zvládnutí onkologického onemocnění je individuální a záleží na fyzickém a psychickém stavu pacientů ještě před onemocněním, roli hraje věk, fyzický a psychický stav rodinných příslušníků je rovněž velmi důležitý a hraje velkou roli. Rizikové jsou pacienti, kteří jsou opuštěni a nemají se komu svěřit a kdo by je provázel v průběhu léčby. Důležité je i udržet zdravý životní styl, případně udělat nějaké změny, např. omezit kouření, důležitý je pohyb a také to, zda je pacient schopen efektivně využívat strategie zvládnutí stresu, např. pravidelně cvičit relaxační cvičení a snažit se zachovat psychické zdraví. Je důležité si uvědomit, že ne všem pacientům vyhovuje péče psychiatra nebo psychologa a raději například vyhledají duchovního nebo se více obrátí na rodinu a přátele. Psycholog může nabídnout poskytnutí emoční podpory jak v průběhu diagnostiky, tak v průběhu léčby, pomoci zvládnout krize, seznámit s nácvikem relaxační techniky, provázet v paliativní péči, podpořit pacientovu rodinu a blízké