

Рак гортани

Выполнил интерн: Ермухан А.М.
Проверил: Койшыбаев А.К

Определение

- ▣ **Рак гортани** — злокачественное новообразование гортани, происходящее из эпителиальной ткани преимущественно плоскоклеточного характера

Эпидемиология

- Рак гортани занимает **первое место** среди злокачественных опухолей головы и шеи, составляет **2,6%** в общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями человека
- Преимущественно встречается **у мужчин** 40-60 лет, которые составляют 80-95% больных

По данным 2004 года:

- Рак гортани диагностирован у 7001 больного
- 32,4% пациентов имели I и II стадии заболевания; 49,6% – III стадию; 15,5% – IV стадию
- 96% больных были мужчины
- Пик заболеваемости зафиксирован у мужчин в возрасте 65-74 лет, у женщин – 70-79 лет
- В течение первого года после установления диагноза умерли **32,8%** больных, что связано не только с поздней диагностикой, но и с отказом больных от ларингэктомии, приводящей к потере голосовой функции

Факторы риска

- ▣ Наиболее значимый фактор – **курение !!!**
 - ▣ По данным ВОЗ, употребление табака было причиной рака гортани у *85% больных*
 - ▣ В последние десятилетия возрастает число курящих среди *женщин и лиц молодого возраста*
- ▣ У большинства больных можно отметить в анамнезе:
 - ▣ Длительный период **употребления алкоголя**
 - ▣ Работа в условиях **повышенной запылённости** (особенно с пылью, содержащей радиоактивные или вредные химические вещества, металлической пылью), высокой температуры и др.
- ▣ Накоплены доказательства высокой синергической канцерогенной активности курения и злоупотребления алкоголем

Предраковые заболевания

- ▣ Раку гортани зачастую предшествует **хронический многолетний ларингит**
- ▣ Особое значение в возникновении рака имеют:
 - ▣ длительно существующая **папиллома**
 - ▣ **лейкоплакия** слизистой оболочки гортани
 - ▣ дискератозы
 - ▣ пахидермия
 - ▣ фиброма на широком основании
 - ▣ кисты гортанных желудочков
 - ▣ хронические воспалительные процессы

Малигнизируются наиболее часто

Международная классификация рака гортани по системе TNM (6-е издание, 2002)

- ▣ Гортань делят на **3 отдела**: надсвязочный (вестибулярный), область голосовых связок (средний) и подсвязочный
- ▣ **Надсвязочная область**:
 - часть надгортанника выше подъязычной кости, включая верхушку
 - черпаловидно-надгортанная складка со стороны гортани
 - черпаловидный хрящ
 - часть надгортанника ниже подъязычной кости
 - желудочковые связи (ложные голосовые связки)
 - гортанные желудочки
- ▣ **Область голосовых связок**:
 - истинные голосовые связки
 - передняя комиссура
 - задняя комиссура
- ▣ **Подсвязочная область** – область, находящаяся ниже голосовых связок до нижнего края перстневидного хряща

Группировка по стадиям

- ▣ Стадия **0** – $T_{is}N_0M_0$
- ▣ Стадия **I** – $T_1N_0M_0$
- ▣ Стадия **II** – $T_2N_0M_0$
- ▣ Стадия **III**:
 - $T_1N_1M_0$
 - $T_2N_1M_0$
 - $T_3N_{0-1}M_0$
- ▣ Стадия **IVa**:
 - $T_{1-3}N_{0-2}M_0$
 - $T_{4a}N_{1-2}M_0$
- ▣ Стадия **IVb** – T_{4b} любая N M_0
- ▣ Стадия **IVc** – любая T любая N M_1

Диагностика

- ▣ По характеру первых симптомов заболевания можно судить об исходной локализации опухоли, что важно для прогнозирования прогрессирования и радиочувствительности опухоли
- ▣ Жалобы на **парестезию, чувство инородного тела** в горле и **ощущение неудобства при глотании** → исключаем опухолевое поражение надскладочного отдела гортани
- ▣ Присоединение к этим симптомам **болей при глотании, иррадиирующих в ухо на стороне поражения** – почти патогномоничный признак для опухоли вестибулярного отдела
- ▣ Жалобы на **охриплость** → исключаем рак складочного отдела гортани
- ▣ По мере прогрессирования появляются боли, затруднение дыхания, связанные со стенозом гортани
- ▣ Постепенное **увеличение стеноза на фоне медленно прогрессирующей охриплости** → поражение подскладочного отдела

Осмотр и пальпация

- ▣ При осмотре – изучение состояния кожи, формы и контуров шеи, степени активных движений гортани, её конфигурации
- ▣ При пальпации – уточнение объёма, конфигурации, смещаемости гортани, крепитации, состояния лимфатических узлов шеи
- ▣ Одновременно следует прислушиваться к дыханию и голосу больного, чтобы не пропустить признаки стеноза гортани и дисфонии

Ларингоскопия

- ▣ **Непрямая ларингоскопия:**
 - Определение локализации и границ опухоли, формы роста, окраски слизистой оболочки, её целостности, величины просвета голосовой щели, степени подвижности голосовых складок, наличия хондроперихондрита
- ▣ **Фиброларингоскопия:**
 - Осмотр отделов гортани, недоступных для не прямой ларингоскопии (гортанные желдочки, фиксированный отдел надгортанника, подскладочный отдел, передняя комиссура)
 - Метод выбора при тризме
 - Выполнение прицельной биопсии

Рентгенологические методы исследования

- ▣ **Рентгенография в боковой проекции** → сведения о поражении опухолью преднадгортанникового пространства, фиксированного отдела надгортанника, хрящевого скелета гортани и окружающих мягких тканях
- ▣ **Компьютерная томография** позволяет уточнить распространение опухолевого процесса в гортанные желудочки и подскладочный отдел
- ▣ Обязательно – рентгенологическое исследование органов грудной клетки

Гистологическое исследование

- ▣ **Заключительный этап диагностики** (обязателен!!!)
- ▣ В тех случаях, когда повторная биопсия не выявляет опухоль, а клиническая картина характерна для рака, необходимо прибегнуть к *интраоперационной диагностике* и произвести тирео- или ларингофиссуру со *срочным гистологическим исследованием*

Исследование регионарных метастазов

- ▣ Пальпация регионарных зон метастазирования на шее (верхних, средних и нижних узлов глубокой яремной цепи, преларингеальных, претрахеальных, надключичных лимфоузлов)
- ▣ УЗИ шеи
- ▣ Пункция лимфатического узла (при непальпируемых узлах – под контролем УЗИ)
- ▣ Цитологическое исследование

Лечение

- ▣ Особенность лечения рака гортани – стремление не только излечить больного, но и восстановить голосовую, дыхательную и защитную функции органа
- ▣ На ранних стадиях рака гортани полного выздоровления можно добиться с помощью лучевой терапии, хирургического вмешательства или их сочетания
- ▣ В процессе лучевого лечения выявляют один из наиболее существенных признаков опухоли – её радиочувствительность

Лечение

- ▣ Рак среднего отдела гортани стадии T₁–T₂
- ▣ Высокая радиочувствительность → лечение начинают с лучевой терапии
- ▣ В МНИОИ им. Герцена разработан метод лучевой терапии в условиях гипербарической оксигенации
 - Преимущества – усиление лучевого повреждения опухоли, уменьшение лучевого повреждения нормальных тканей
- ▣ Интервал между предоперационной лучевой терапией (35-40 Гр) и хирургическим лечением не должен превышать 2 недели (репопуляция опухолевых клеток из радиорезистентных через 3-4 недели после предоперационной дозы !!!)
- ▣ Второй этап – функционально-сохранная операция:
 - Боковая резекция гортани – при раке складочного отдела, если опухоль не распространяется на переднюю комиссуру и черпаловидный хрящ
 - Переднебоковая резекция – если опухоль распространяется на переднюю комиссуру
- ▣ С помощью лучевой терапии сохраняется высокое качество голоса!!!!

Лечение

- ▣ Рак среднего отдела гортани стадии T₃–T₄
- ▣ Первый этап – химиолучевое или лучевое лечение
- ▣ Заключительный этап – ларингэктомия
- ▣ В МНИОИ им. П.А. Герцена разработана методика резекции гортани при раке в стадии T₃ с эндопротезированием.
 - Показания к этой операции:
 - поражение с одной стороны с переходом на переднюю комиссуру и другую сторону более чем на 1/3 при сохранении интактности черпаловидных хрящей
 - поражение 3 отделов гортани с одной стороны с инфильтрацией подсвязочного отдела, требующее резекции перстневидного хряща
 - Для избежания рубцового стеноза гортани её просвет формируют на трубчатом протезе, изготовленном на основе винилпирролидона и акрилатов, пропитанных антисептиком, или из медицинского силикона

Лечение

- ▣ Рак надскладочного отдела гортани стадии
 - ▣ При раке стадии T1 и T2 лечение следует начинать с лучевой терапии
 - ▣ Если после лучевой терапии в предоперационной дозе (40 Гр) опухоль уменьшалась незначительно (менее чем на 50%), то выполняют горизонтальную резекцию гортани
 - ▣ Лечение рака этого отдела гортани в стадии T3 и T4 начинают с неoadъювантной химиотерапии
 - ▣ После двух курсов химиотерапии проводят лучевую терапию в предоперационной дозе:
 - В случае остаточной опухоли (более 50%) больному выполняют операцию в объёме резекции гортани, если остаточная опухоль имеет небольшие размеры, и ларингэктомию при её больших размерах

Лечение

▣ Рак подскладочного отдела гортани стадии

▣ При раке подскладочного отдела гортани в стадии T1 и T2 лечение начинают с лучевой терапии

▣ Результаты оценивают после предоперационной дозы (40 Гр):

- При резорбции опухоли менее 50% выполняют хирургическое вмешательство (при данном распространении опухоли с формированием её просвета на трубчатом силиконовом протезе)

▣ При распространении опухоли до стадии T3 и T4 предоперационную лучевую терапию не проводят, так как у больных имеется стеноз просвета гортани до начала лечения или велика опасность его развития в процессе лучевой терапии.

- Лечение начинают с ларингэктомии с 5–6 кольцами трахеи.
- Лучевую терапию проводят в послеоперационном периоде

Лечение

■ Лечение регионарных метастазов

- Зоны регионарного метастазирования включают в поле облучения
- Превентивные операции выполняют при глубоком эндофитном росте опухоли с разрушением хрящей гортани, при распространении опухолей на гортаноглотку, щитовидную железу и трахею
- При наличии регионарных метастазов выполняют фасциально-футлярное иссечение лимфатических узлов и клетчатки шеи
- При прорастании опухоли во внутреннюю яремную вену или грудино-ключично-сосцевидную мышцу резецируют их
- При обнаружении у больного раком гортани единичных метастазов в лёгких и печени решают вопрос о возможности удаления этих образований
- Наличие трахеостомы не препятствует проведению лучевой терапии, её включают в поле облучения
- Химиотерапию проводят больным распространённым раком надскладочного отдела гортани (поражение корня языка, гортаноглотки, мягких тканей шеи)
- **При раке подскладочного и складочного отделов гортани химиотерапия малоэффективна**
- Неoadъювантная химиотерапия состоит из двух идентичных курсов с дневными перерывами между ними:
 - 1-й день – цисплатин в дозе 75 мг/м² на фоне гипергидратации и форсированного диуреза.
 - На 2–5-е сутки – 5-фторурацил в дозе 750 мг/м²

Прогноз

- ▣ После проведенного консервативного и хирургического лечения больные нуждаются в тщательном регулярном и длительном наблюдении
- ▣ Сроки наблюдения:
 - первые полгода – ежемесячно
 - вторые полгода – через 1,5–2 мес
 - 2-й год – через 3–4 мес
 - 3–5-й год – через 4–6 мес
- ▣ На прогноз влияют локализация опухоли, её распространённость, форма роста, степень дифференцировки, радиочувствительность
- ▣ Пятилетняя выживаемость больных раком гортани:
 - при $T_1N_0M_0$ составляет 92,3%,
 - при $T_2N_0M_0$ – 80,1%,
 - при $T_3N_0M_0$ – 67%
- ▣ Результаты лечения после функционально-щадящих операций, выполненных по строгим показаниям, не хуже, чем после ларингэктомии

- ▣ Научно-практическое издание «Клинические рекомендации. Онкология» под редакцией В.И. Чиссова, 2006г., с.108-124