

Trudności diagnostyczne i terapeutyczne we wczesnych rakach głośni – opis przypadku i omówienie piśmiennictwa

Diagnostic and therapeutic problems in early glottic cancers – a case report and overview of the literature

Roland Zydroń, Małgorzata Leszczyńska, Małgorzata Wierzbicka

Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Streszczenie

Autorzy pracy przedstawiają przypadek 73-letniego chorego z guzem lewego fałdu głosowego. W mikrolaryngoskopii uzyskano carcinoma planoepitheliale G2. Stopień rozległości guza oceniono jako T2bN0M0; ruchomość fałdu głosowego była zachowana, naciek obejmował spoidło przednie i okolice podgłośnia. Zespół onkologiczny zakwalifikował pacjenta do pierwotnej radioterapii. W ośrodku radioterapeutycznym odstąpiono od radioterapii z powodu nacieku chrząstki tarczowej stwierdzonego w badaniu tomografii komputerowej. Po ponownej naradzie zespołu onkologicznego pacjenta zakwalifikowano do laryngektomii rekonstrukcyjnej nadpierzścieniowej z krikohyoidoepiglotopeksją. Śródoperacyjnie w okolicy płytki chrząstki tarczowej stwierdzono płat piramidowy tarczycy, po jego odpreparowaniu płytka chrząstki pozostawała wolna od nacieku nowotworowego. Powyższy przypadek przedstawiono ze względu na rozbieżności w badaniu przedmiotowym i obrazowym oraz w celu przedstawienia etapów kwalifikacji pacjenta przez zespół onkologiczny zgodnie z algorytmami postępowania.

Słowa kluczowe: naciek chrząstki, krtań, tomografia komputerowa, rak płaskonabłonkowy, płat piramidowy tarczycy.

Abstract

The case of a 73-year-old male patient with left vocal cord tumour is presented. The tumour grade was evaluated as T2bN0M0; the mobility of the vocal cord was conserved; the infiltration embraced the anterior commissure and subglottic region. Squamous cell carcinoma was confirmed in histology. Primary radiotherapy (RT) was advocated by the oncological team. In the process of RT planning the thyroid cartilage infiltration in computed tomography (CT) was revealed; thus the patient was disqualified from RT. After reconsultation of the oncological team the patient was directed to reconstructive laryngectomy with cricothyroidoepiglottopexy. During the operation the pyramidal lobe of the thyroid gland in the region of thyroid cartilage lamina was found and the lamina of thyroid cartilage was found to be free from the neoplastic infiltration. We present this case because of the discrepancy in laryngological and CT examination results. We discuss patient-qualification stages by the oncological team according to algorithms.

Key words: cartilage infiltration, larynx, computed tomography, squamous cell carcinoma, pyramidal lobe of thyroid gland.

(*Postępy w Chirurgii Głowy i Szyi* 2013; 1: 18–21)



Wstęp

Rak głośni jest najczęstszą lokalizacją raka krtani, a algorytm jego leczenia są opracowane według medycyny opartej na dowodach (*evidence-based medicine* – EBM) [1]. Wczesny rak głośni (*early glottic cancer*) może być leczony chirurgicznie lub radioterapią, a ostateczny wybór metody zależy od decyzji pacjenta i zespołu terapeutycznego (chirurg, onkolog, radiolog, patolog, psycholog). Stopień zaawansowania raka T2b, pojęcie wprowadzone przez Harwood i DeBoer [2], oznacza guzy naciekające oba fałdy głosowe i jednostronnie przechodzące do nadgłośni lub podgłośni, ograniczając ruchomość jednego fałdu. Stopień zaawansowania raka T2b jest bardzo zbliżony do T3 i wykracza poza grupę „wczesnych” raków głośni; wymaga więc szczególnej uwagi przy rozważaniu wyboru leczenia.

Opis przypadku

Mężczyzna 73-letni został przyjęty do Kliniki Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu z powodu chrypki utrzymującej się od około 6 miesięcy. Chory palił 20 papierosów dziennie od około 20 lat. Dwukrotnie pobierano wycinki poza kliniką autorów i nie uzyskano potwierdzenia nowotworu.

W badaniu przedmiotowym stwierdzono w laryngoskopii pośredniej naciek lewego fałdu głosowego z zachowaną ruchomością oddechową i ograniczoną ruchomością fonacyjną. Okolica podgłośniowa była wolna. Zmiana dochodziła do wyrostka głosowego nalewki oraz ku przodowi do spoidła przedniego.

U pacjenta wdrożono jako pierwszą procedurę podczas hospitalizacji mikrolaryngoskopię z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego (20.08.2012) i uzyskano potwierdzenie *carcinoma planoepitheliale G2* (materiał 1 – lewy fałd głosowy; materiał 2 – spoidło przednie). Jednocześnie podczas mikrolaryngoskopii uwidoczniło powierzchowny naciek okolicy spoidła nieznacznie (około 1 mm) schodzący podstrunowo. Stopień rozległości guza oceniono jako T2b, układ chłonny szyi w badaniu palpacyjnym i ultrasonograficznym – jako N0. Nie stwierdzono przerzutów odległych – M0. Po konsultacji zespołu onkologicznego chory został zakwalifikowany do pierwotnej radioterapii w Wielkopolskim Centrum Onkologii.

W ośrodku onkologicznym wykonano badanie tomografii komputerowej (TK) narządów szyi z kontrastem (18.09.2012), w którym wykazano niejednorodnie wzmocniający się naciek nowotworowy lewego fałdu głosowego, o wymiarach 3,0 cm × 1,1 cm – „pełnący w okolicę podgłośniową, spływając minimalnie od strony bocznej lewą jamę podgłośniową; bocznie naciek niszczy lewą płytkę chrząstki tarczowatej (ryc. 1.) i wychodzi poza puszkę chrzęstną krtani, naciekając lewy mięsień tarczowo-gnykowy. Węzły chłonne szyjne obustronnie niepowiększone”.

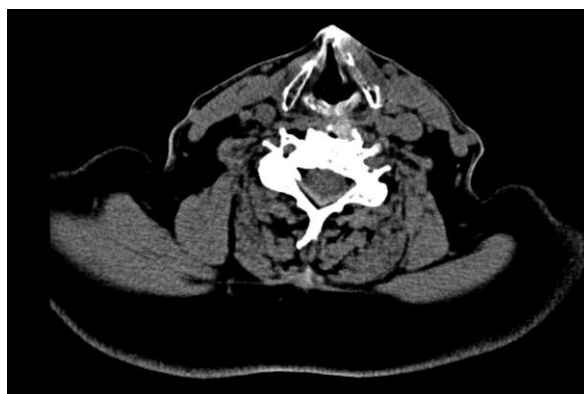
W związku ze stwierdzeniem nacieku płytki chrząstki tarczowatej zmieniono klasyfikację guza na T4N0M0. Radioterapeuci zasugerowali przewagę leczenia operacyjnego nad radioterapią. Chorego zakwalifikowano do laryngektomii rekonstrukcyjnej nadpierzścieniowej z krikohyoidoepiglotopexją (*reconstructive laryngectomy with cricothyoidoepiglottopexy* – CHEP). W trakcie zabiegu po odpreparowaniu skóry i tkanki podskórnej uwidoczniło krtani. W okolicy płytki chrząstki tarczowatej stwierdzono płat piramidowy tarczycy, po jego odpreparowaniu płytka chrząstki pozostawała wolna od nacieku nowotworowego.

Materiał przesłano do badania histopatologicznego, w którym wykazano w preparacie operacyjnym, obejmującym 1/3 dolną chrząstki tarczowatej, wraz z guzem *carcinoma planoepitheliale akeratodes G2*. Nowotwór był obecny w błonie śluzowej i podśluzowej, nie naciekał chrząstki tarczowatej. W okolicy przedkrtaniowej stwierdzono fragmenty tkanki łącznej włóknistej, tłuszczowej oraz mięśni szkieletowych wolne od nacieku raka; dwa odczynowe węzły chłonne. Tarczycza była wolna od nacieku raka. Marginesy preparatu były wolne od zmian nowotworowych.

Przebieg pooperacyjny był powikłany obrzękiem płuc, który wystąpił w 2. dobie, stan ogólny unormalizował się w 3. i 4. dobie po wdrożeniu intensywnego leczenia kardiologicznego. Ekstubacja pacjenta nastąpiła w 7. dobie, uzyskano zadowalający pasaż powietrza. Przystąpiono do ponownej nauki połykania, która przebiegała z trudnościami przy przyjmowaniu płynów. U chorego obserwowano objawy zachłystowego zapalenia płuc. W związku z tym utrzymano dren przełykowy do 17. doby. Po tym okresie uzyskano prawidłową funkcję połykania. Obraz krtani po 4 tygodniach od zabiegu przedstawiono na rycinie 2.

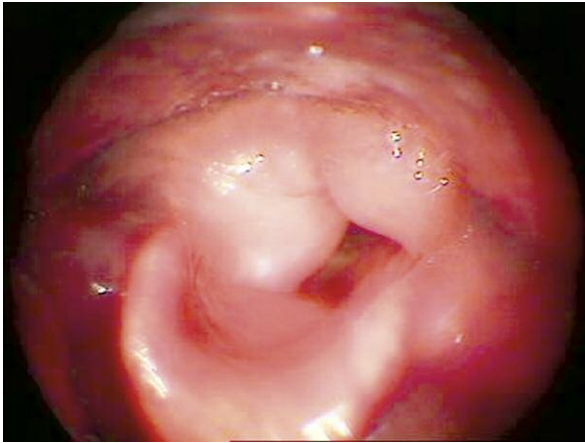
Omówienie

Powyższy przypadek przedstawiono ze względu na wiele trudności diagnostycznych i terapeutycznych w pozornie łatwym do leczenia raku głośni w stopniu zaawansowania T2N0M0.



Ryc. 1. Przedoperacyjny obraz tomografii komputerowej krtani





Ryc. 2. Głośnia u pacjenta w 30. dobie po CHEP

Przewlekłość diagnostyki i trudności w rozpoznaniu raka w dwóch pierwszych direktoskopiach opóźniły terapię o około pół roku. W celu maksymalnego skrócenia czasu potrzebnego do uzyskania rozpoznania histologicznego podczas trzeciej mikrolaryngoskopii pobrano materiał z fałdu głosowego do badania śródoperacyjnego. Z jednej strony pozwoliło to na błyskawiczne ustalenie rozpoznania, a z drugiej upewniło autorów, że trzeci wycinek był reprezentatywny.

Kolejnymi ważnymi aspektami są wiek pacjenta (73 lata) oraz obciążenie kardiologiczne, które predysponowały do wyboru jednej z dwóch opcji – krótkiego i mniej obciążającego zabiegu laserowego lub pierwotnej radioterapii. Obraz krtani z naciekiem spoidła przedniego i okolicy podgłośniowej wykluczył zastosowanie chordektomii laserowej. Nawet najbardziej rozległe typy chordektomii (V i VI wg Remacle [3]) nie dają pewności onkologicznej w okolicy podgłośniowej [4]. Z tego względu leczeniem z wyboru wydawała się radioterapia, jednak na etapie planowania radiolodzy na podstawie TK wysunęli podejrzenie masywnej inwazji nowotworowej płytki chrząstki tarczowatej. Po konsultacji zespołu onkologicznego chorego przekazano do ośrodka chirurgicznego.

Kolejną bardzo ważną kwestią była dysproporcja w obrazie klinicznym i radiologicznym. W obrazie przedmiotowym nacieki nowotworowe, pomimo opisanej rozległości, miały charakter „tapetowy”, a objętość guza nie wydawała się znaczna. Ewidentnie zachowana była ruchomość obu fałdów, co było sprzeczne z oceną radiologiczną, w której uwidocznił się rozległy nacieki chrząstki tarczowatej.

Podjęto więc próbę leczenia chirurgicznego z zachowaniem narządu i przystąpiono do początkowych etapów CHEP. Śródoperacyjnie, po odsłonięciu przedniej powierzchni płytek chrząstki tarczowatej ujawniono pomyłkę radiologów, którzy błędnie zinterpretowali wydający się płaski fragment nacieku jako fragment raka.

Doniesienia na temat znaczenia TK w ocenie naciekania chrząstki tarczowatej są niejednoznaczne. Becker i wsp. [5] zauważyli wysoką negatywną wartość predykcyjną TK krtani – na podstawie tego badania z dużym prawdopodobieństwem można wykluczyć naciekanie chrząstki przez nowotwór. Specyficzność tej metody obrazowania określili jako względnie wysoką i zauważyli możliwość przeszacowania rozległości nacieku nowotworowego i uzyskania wyników fałszywie dodatnich. Beitler i wsp. [6] przeanalizowali grupę 107 chorych, u których TK poprzedziło laryngektomię całkowitą; czułość w wykrywaniu nacieku chrząstki tarczowatej określili na 74%. Han i wsp. [7] retrospektywnie przeanalizowali wyniki TK pacjentów po laryngektomiach ratujących; czułość wykrywania nacieku napromienionej chrząstki tarczowatej określili na 57%, a specyficzność na 94%. Bagnon i Beitler [8] określili ocenę stanu chrząstki w KT jako prawdopodobnie jedną z największych pułapek diagnostycznych w obrazowaniu nowotworów krtani. Przedstawiony przypadek potwierdza fakt, że TK pomimo wysokiej czułości i specyficzności jest jedynie metodą dodatkową w ocenie rozległości cechy T.

Laryngektomie rekonstrukcyjne, w tym CHEP, są znaczącą techniką chirurgiczną o udokumentowanej wartości w leczeniu raków głośni w stopniu zaawansowanym T2 i T3. Jednak jednym z ograniczeń wskazań jest wiek metrykalny pacjenta (do 65 lat) oraz stan ogólny. W powyższym przypadku jedyną alternatywą dla CHEP była laryngektomia całkowita, dlatego podjęto próbę leczenia metodą rekonstrukcyjną z zachowaniem narządu. Ważne dla tej techniki chirurgicznej jest utrzymanie sztywnej rurki intubacyjnej w świetle krtani oraz opieka pooperacyjna. Ze względu na zaawansowany wiek biologiczny i niewydolność układu krążenia u pacjenta wystąpiły powikłania krążeniowe i późno przystąpiono do ponownej edukacji połykania. Utrudniły one przebieg pooperacyjny i utwierdziły autorów w przekonaniu, że istnieje biologiczna bariera wiekowa wykonywania tych operacji. Niemniej w powyższym przypadku stanowiła ona jedyny możliwy kompromis.

Przypadek ten przedstawiono ze względu na trudności, na które autorzy napotkali na każdym z etapów diagnostyki i leczenia. Wymagana jest ostrożność przy interpretacji wyników badań dodatkowych, a metody obrazowania, w tym TK, stanowią wyłącznie uzupełnienie badania przedmiotowego i nie powinny przesądzać o ostatecznym wyborze leczenia. Potwierdzono znaczenie technik laryngektomii rekonstrukcyjnych z CHEP, należy jednak pamiętać o ograniczeniach i przeciwwskazaniach do jej stosowania.

Piśmiennictwo

1. Wierzbicka M, Szyfter W, Bień S i wsp. Zalecenia diagnostyczno-terapeutyczne dla wybranych nowotworów głowy i szyi. Rak krtani. Współczesna Onkol 2006; 5: 195-201.



2. Harwood AR, DeBoer G, Prognostic factors in T2 glottic cancer. *Cancer* 1980; 45: 991-5.
3. Remacle M, Van Haverbeke C, Eckel H, et al. Proposal for revision of the European Laryngological Society classification of endoscopic cordectomies. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2007; 264: 499-504.
4. Nowak K, Szyfter W. Nowotwory krtani. W: Nowotwory w otorynolaryngologii. Szyfter W (red.). Termedia, Poznań 2012; 275-333.
5. Becker M, Burkhardt K, Allal AS, et al. Pretherapeutic and posttherapeutic laryngeal imaging. *Radiologie* 2009; 49: 43-58.
6. Beitler JJ, Muller S, Grist WJ, et al. Prognostic accuracy of computed tomography findings for patients with laryngeal cancer undergoing laryngectomy. *J Clin Oncol* 2010; 28: 2318-22.
7. Han MW, Kim SA, Cho KJ, et al. Diagnostic accuracy of computed tomography findings for patients undergoing salvage total laryngectomy. *Acta Otolaryngol* 2013 Feb 28.
8. Bagnon KL, Beitler JJ. Head and neck cancer pitfalls in the staging of cancer of the laryngeal squamous cell carcinoma. *Neuroimaging Clin N Am* 2013; 23: 81-105.

Adres do korespondencji:

lek. Roland Zydrón

Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu

ul. Przybyszewskiego 49

60-355 Poznań

tel.: +48 61 869 13 87

faks: +48 61 869 16 90

e-mail: rolandz@poznan.home.pl

