

## A gége-, és garatrák epidemiológiája, korai felismerése és funkciómegtartó sebészi terápiaja

Sziklai István dr., Szűcs Attila dr.  
DOTE Fül-Orr-Gégeklinika, Debrecen

*A garatrák okozta halálozás tekintetében európai első, a gégerák halálozásában pedig második Magyarország. A rizikó tényezők (cigaretta- és szeszesital fogyasztás) ismeretében a szűrővizsgálat, ill. az első tünetek jelentőségüknek megfelelő figyelemmel kísérése alapvető és a háziorvos feladata. A gége-, és garatrák terápiaja elsődlegesen sebészi, leszámítva az epipharynx carcinomát, ez azonban a funkciómegtartás elvével nem összeegyeztethetetlen. A korszerű, szervmegtartó sebészi elvek, valamint a beszéd rehabilitáció modern lehetőségei (hangsipoly) a betegek nagyobbik részének nyújtanak módot arra, hogy a műtét után ne rekesztődjenek ki a társadalomból.*

A magyarországi szájüregi-, garat-, és gégerák halálozás relatív gyakorisága (az összes rákhalálozás arányában) Európában a legmagasabb. Míg a fej-nyak tájéki lokalizációjú rákok előfordulási gyakorisága az összes rákos megbetegedés 5%-ra tehető világ statisztikák szerint, addig hazánkban a gége-, garat-, szájüregi rák okozta halálozás együttes relatív gyakorisága 10%. Különösen elgondolkodtató, hogy a garatrák halálozási statisztikánk szempontjából Európában elsők vagyunk, valamint az elmúlt 20 évben a férfiak garatrák (meso-, hypopharynx) előfordulási gyakorisága megháromszorozódott. A garat-, és gégerák-halálozás leggyorsabb ütemű növekedése ráadásul a 40-60-as életévekre esik, amely éppen a munkaképesség tekintetében legértékesebb korosztály érintettségét jelenti.

Fentiek nyilvánvalóvá teszik, hogy a garat és gégerák megbetegedések különösen nyomatékosan vetik fel a szűrés, a korai felismerés és a funkciókímélő kezelés kérdését.

Etiológiai irányú megközelítés esetén a dohányzás, ill. kifejezetten a cigaretta- és szeszesital előidéző szerepét kell megemlítenünk (4). Ehhez további rizikó tényezőként adódik az excesszív alkohol fogyasztás, amely így a dohányzó, szeszesital fogyasztó populáció garat (meso-, hypopharynx)-, és gégerák kialakulási kockázatát a nem dohányzó és szeszes italt nem fogyasztó populációhoz képest 15-szörösre fokozza. Természetesen ez azt jelenti, hogy vannak a társadalomnak olyan csoportjai (pl. a munkanélküli lakosság), amelyek garat (meso-, hypopharynx), és gégerák megbetegedésének kockázata sokkal magasabb másokénál. Ezek kiszűrése, korai felismerése a háziorvosok feladata. A munkanélküli férfiak és nők fül-orr-gégészeti szűrővizsgálatát kötelezővé kellene tenni magas garat- (meso-, hypopharynx), és gégerák kockázatuk miatt. Mivel a lakosságnak éppen ez a rétege fordít legkevesebb gondot az egészségére, így a szűrővizsgálat kötelezővé tehetősége valószínűtlen. A háziorvos azonban jól ismeri az ellátási körébe tartozók szociális és egészségügyi helyzetét és állapotát. A háziorvos tehát a korai garat- (meso-, hypopharynx), és gégerák felismerés legfontosabb letéteményese, hiszen a rizikócsoportba tartozókat ő képes kiszűrni.

### A garat (meso-, hypopharynx)-, és gégerák tünetei

A korai tünetek jól ismertek. Gégerák esetében ez a rekedtség, amely, ha 2 hétnél tovább fennáll, akkor fül-orr-gégészeti el-

lenőrzés szükséges. A glotticus rák esetében a rekedtség obligát első tünet és ez felhívja magára a figyelmet. Nem így van ez azonban a supraglotticus rákok esetében, amikor a rák kiindulási területe az epiglottis laryngealis felszíne, az aryepiglotticus redők, a ventriculum laryngis, ill. az álhangeszalagok. Supraglotticus rák első tünete lehet *fülbe sugárzó fájdalom, ill.odynophagia*. Gyakran az első tünet a nyaki nyirokcsomó metastázis. Szájüregi és garatrákoknak (meso-, hypopharynx) ugyancsak a nyelési fájdalom lehet az első tünete, mégis első észleléstükkor rendszerint már nyaki nyirokcsomó metastázist is találunk.

A biztos diagnózis csak szövettani vizsgálattal állítható fel. A háziorvos ne kísérletezzen biopsziás minta vételével. A sikeres mintavétel is káros, mert megváltoztatja a daganat kiterjedésének eredeti határait, amelyet a későbbi operatőrnek látnia kell a mintavételkor annak érdekében, hogy az onkológiai ablaszticitás elvét maradéktalanul tudja gyakorolni a daganat eltávolításakor.

### A garat- (meso-, hypopharynx), és gégerák kezelése

*A szájüregi-, garat- (meso-, hypopharynx), és gégerák terápiaja sebészi.* A rákos szövetek ablasztikus sebészi eltávolításával az 5 éves túlélés alapján jobb eredmény érhető el, mint ha elsődlegesen sugárkezelést alkalmazunk. A Debreceni Orvostudományi Egyetem Fül-Orr-Gégeklinikájának 10 éves gégerákos beteganyagában a priméren operált betegek 5 éves túlélése II. stádiumú betegek (n=18) esetében 72%, III. stádiumú betegek (n=26) esetében 65%, IV. stádiumú betegek (n=32) esetében 37% volt, szemben az azonos stádiumú priméren sugárkezelt betegek 55% (n=22), 43% (n=14), ill. 24%-ával (n=21) szemben (8). Meg kell itt jegyezni, hogy a világon nem mindenütt ezt az elvet vallják (1. táblázat). Svédországban pl. a primér sugárkezelést egyértelműen előnyben részesítik a sebészi kezeléssel szemben. Kiváltképpen ellentmondásos a szájüregi és garatrák (meso-, hypopharynx) kezelésének megítélése Európában abból a szempontból, hogy irradiációs, vagy sebészi kezelés legyen az elsődleges (6). Ha a gégerák stádiuma előrehaladott (IV. stádium), akkor kombinált kezelés, azaz sebészi és posztoperatív irradiációs kezelés lehetséges. Inoperábilis esetekben palliatív irradiáció és/vagy kemoterápia végezhető. A kemoterápiás kezelés eredményessége a túlélés megnyújtása tekintetében kétséges. Szerepük azonban a palliatio vonatkozásában nem lebecsülendő. A korai stádiumú (I. és II. stádium) gége- és garatrák sebészi kezelésének kodifikálása álláspontunk szerint igen fontos. Ez szájüregi és mesopharynx rákok esetén a mandibula felezése révén lehetséges és gyakran nem is igényel speciális szövetpótlást.

A glotticus rák I. stádiuma esetén reális alternatíva a sugárkezelés is, azonban figyelemmel kell arra lenni, hogy a sugárkezelés okozta sugárterhelés következtében a felső aerodigestív traktusban második primér malignus tumor alakulhat ki (2). Valóban, ezek előfordulási gyakorisága nőtt az elmúlt évtizedben. A sebészi kiirtásnak természetesen határt szab a beteg általános állapota és kora. Rossz általános állapotú, előrehala-

1. táblázat: Gégerákos betegek százalékos megoszlása a primáren választott kezelés függvényében az Egyesült Államokban, 1992-ben [a feldolgozásban 7695 beteg szerepelt; Hoffmann és Karnell (1995) után]

Stádium	Műtét	Irradiáció	Kombinált kezelés	Esetszám
I.	18%	49%	26%	2513
II.	18%	55%	18%	1220
III.	25%	25%	31%	1150
IV.	16%	16%	42%	1490

dott korú beteg esetében a sugárkezelés előnyben részesítése nem kérdéses.

A garat- (meso-, hypopharynx), és gégerák sebészi gyógyításának két fontos szempontja vált meghatározóvá:

1. szerv-, illetve funkciómegtartó, de ablasztikus sebészi rezekció,
2. a sebészi beavatkozás utáni élethelyzet minőségének a kérdése.

A preoperatív prognosztizálhatóság vonatkozásában és a posztoperatív eredmény tekintetében mindkettő függ a ma elérhető legfejlettebb diagnosztikus képalkotó technikák alkalmazásától. Ezek az MR (13), a spirál CT (12) és a PET (9). Ezek lehetőséget nyújtanak a rák szervben belüli lokalizációjának, környezetre való áttörésének, ill. a tájéki nyirokcsomókra való metasztatizálásának megállapítására, és egyidejűleg a leghatékonyabb sebészi vagy kombinációs (sebészi és irradiációs) kezelés megtervezésére.

A szervmegtartó fej-nyak sebészet fejlődésében a *parciális gége rezekció* (vertikális és horizontális gégerezekció, supracricoid rezekció) technikájának fejlődése meghatározó (7, 9).

A garat (meso-, hypopharynx) részleges vagy teljes eltávolítását követő rekonstrukció (pl. hypopharynx rezekció után) a helyreállító sebészet következtében lett funkciómegtartó, hiszen a tápcsatorna integritásának a helyreállítása elsőrendű szempont. Ez myocutan lebenyek, szabad lebenyek felhasználásával, vagy bőrlebenyek forgatásával érhető el. Ilyen pl. a m. pectoralis major myocutan lebeny (11), a deltopectoralis lebeny, vagy az ún. kínai lebeny (az alkar bőrének az a. és v. radiálissal együtt történő transzpozíciója és mikrovaszkuláris anasztomozáltatása valamely fej-nyaki artériával és vénával pl. az a. és v. facialissal, vagy az a. és v. thyreoidea superiorral), valamint a gyomor felhúzás vagy a szabad jejunum kacs transzpozíciója és mikrovaszkuláris érvarrat technikával történő anasztomózisa a kínai lebenynél leírt ér-anasztomózisok identikus fej-nyaki ereivel.

A hypopharynx-, és gégerezekciót követő állapot a beteg számára különösen hangja elvesztése miatt ijesztő. Ezt ma kereskedelmi forgalomban kapható protézis (tracheoösophagealis műanyag szelep) implantációjával tudjuk csaknem teljesen

rendezni (1, 3). Az az érv, amely mindig utolsóként hangzik el a teljes gégeeltávolítást ellenző betegek szájából, hogy ugyanis hangjuk elvesztését nem tudják túlélni, ezzel elveszíti érv jellegét, ami a műtéti belegegyezés miatt fontos. Ennél is fontosabb, természetesen, a beszéd rehabilitáció egyszerű és teljes megoldhatósága és a betegnek a társas létbe való visszavezetése. Nagyon fontos hangsúlyozni ezt a jelentős új fejleményt a potenciális teljes gégeirtottak számára.

*Irodalom: I. Ackerstaff A. H., Hilgers F. J. M., Balm A. J. M., Bing Tam I.: Long-term Compliance of Laryngectomized Patients with a Specialized Pulmonary Rehabilitation Device: Provox Stomafilter. Laryngoscope 108, 257-260, 1998. – 2. Dhooze I. J., De Vos M., Van Cauwenberge P. B.: Multiple Primary Malignant Tumors in Patients with Head and Neck Cancer: Results of a Prospective Study and Future Perspective. Laryngoscope 108, 250-256, 1998. – 3. Finizia C., Lindström J., Dotevall H.: Intelligibility and Perceptual Ratings After Treatment for Laryngeal Cancer: Laryngectomy Versus Radiotherapy. Laryngoscope 108, 138-143, 1998. – 4. Funk G. F., Hoffmann H. T., Karnell L. H. és mtsai.: Cost-identification analysis in oral cavity cancer management. Otolaryngol. Head Neck Surg. 118, 211-220, 1998. – 5. Hoffmann H. T., Karnell L. H.: Laryngeal cancer. In: Steele G. D., Jessup J. M., Winchester D. P. P. és mtsai. (eds.): NCDB Annual Review of patient care 1995. Atlanta, American Cancer Society and American College of Surgeons, p. 92, 1995. – 6. Jones A. S., Beasley N. J. P., Houghton D. J. és mtsai.: Treatment of oropharyngeal carcinoma by irradiation or by surgery. Clin. Otolaryngol. 23, 172-176, 1998. – 7. Laccourreye O., Brasnu D., Périé S., Muscatello L. és mtsai.: Supracricoid partial laryngectomies in the elderly: Mortality, Complications, and Functional Outcome. Laryngoscope 108, 237-242, 1998. – 8. Lázár J., Szűcs J., Lampé I. és mtsai.: A glottikus gégerák előfordulása és terápiás eredmények 10 éves beteganyagunkban. Fül-orr-gégegyógyászat 36, 102-107, 1990. – 9. Myers L. L., Wax M. K., Nabi H. és mtsai.: Positron Emission Tomography in the Evaluation of the No Neck. Laryngoscope 108, 232-237, 1998. – 10. Naudo P., Laccourreye O., Weinstein G., Jouffre V., Laccourreye H.: Complications and functional outcome after supracricoid partial laryngectomy with cricohyoidoepiglottopexy. Otolaryngol. Head Neck Surg. 118, 124-129, 1998. – 11. Righi P. D., Weisberger E., Slakes S. R. és mtsai.: The Pectoralis Major Myofascial Flap: Clinical Application in Head and Neck Reconstruction. Am. J. Otolaryngol. 19, 96-101, 1998. – 12. Sakakura A., Yamamoto Y., Tesugi Y. és mtsai.: Three-Dimensional Imaging of Laryngeal Cancers Using High-Speed Helical CT Scanning. ORL (Basel) 60, 103-107, 1998. – 13. Sercarz J. A., Bailet J. W., Abemayor E. és mtsai.: Computer Coregistration of Positron Emission Tomography and Magnetic Resonance Images in Head and Neck Cancer. Am. J. Otolaryngol. 19, 130-135, 1998.*

**Ígényes munka korrekt áron.**

**Szöveges és grafikus ábrák elkészítése floppy-ra és diára.**

**Med-Slide Bt. Telefon: (061)-337-4642**