

616.22—006—006.6—036.3—082:362.147

POZNATKY Z DISPENZARIZACE NEMOCNÝCH S PREKANCERÓZAMI A TUMORY HRTANU

Plukovník MUDr. M. HOLUB, podplukovník doc. MUDr. J. FAJSTAVR, CSc.,
ORL oddělení Ústřední vojenské nemocnice, Praha,
(náčelník prof. MUDr. E. ČERNÝ)

Jedním z důležitých předpokladů úspěchu léčby rakoviny hrtanu je včasná diagnóza. Proto byl celostátně zaveden systém povinných hlášení výskytu prekanceróz a zhoubných nádorů a povinná dispenzarizace takto nemocných.

Tato povinnost padá na bedra onkologických poraden při OÚNZ, většinou se však vymyká jejich možnostem jak kádrovým, tak odborným. Proto by každé větší ORL pracoviště mělo převzít dispenzární péči o nemocné s prekancerózami a po operacích nádorů ORL orgánů do svých rukou, samozřejmě v úzké spolupráci s onkology.

Dispenzarizace neznamena jen pravidelné vyšetřování nemocných určitého profilu, tak jak k nám sami přicházejí. Důležitým rysem dispenzární péče je naše aktivita: je nutné pravidelně — i opakovaně písemně — zvát na kontroly ty, kteří v dohodnutých termínech k vyšetřování nepřišli. Nesmíme vyřadit z naší kartotéky nikoho, dokud neznáme jeho další osudy, nebo pokud jej nepředáme do dispenzární péče jiného pracoviště.

Dispenzární péče může být úspěšná jen tehdy,

provádí-li ji kvalifikovaný odborník, který sám ze svých zkušeností ovládá problematiku diagnostiky i léčby tumorů. Musí znát anamnézu a celý vývoj nemoci u jednotlivých nemocných. Dispenzární péče má proto jen tehdy cenu, vede-li ji dlouhodobě stále týž lékař.

V dispenzárních záznamech nás o dynamice onemocnění nejlépe informuje vhodné schéma. Je proto velice užitečné vedle slovního popisu hrtanové nálezy kreslit.

Nemocné, zařazené do dispenzarizace, lze rozdělit na 2 základní skupiny:

1. nemocní s prekancerózami a benigními tumory hrtanu,
2. nemocní po operacích nádorů hrtanu, zejména rakoviny.

1. Nemocní s prekancerózami a benigními tumory hrtanu

O náplň pojmu „prekanceróza“ se vedou stále spory. Mnoho autorů prosazuje názor, že by tento pojem měl být vyhrazen pouze pro III. skupinu epitelálních změn hrtanové sliznice podle Klein-

sasserova dělení, tj. — stručně řečeno — pro histologický obraz „carcinoma in situ“. Pro účelnou a efektivní dispenzarizaci je však tento pojem příliš úzký. Sledovat je třeba i nemocné s chronickými zánětlivými změnami v hrtanu, které v klinickém obraze tvoří plynulé přechody od tzv. hrtanových polypů a edémů (např. edém Reinkeho) přes hypertrofie typu leukoplakií a pachydermií s keratózou a parakeratózou až po papilomatózní bujení ať zánětlivého nebo tumorózního původu.

Z klinického obrazu většinou těžko můžeme soudit na závažnost vlastních prekancerózních změn. K tomu potřebujeme znát histologický obraz postižené sliznice.

Při volbě místa probatorní excize je třeba uplatnit velké klinické zkušenosti, aby výsledek byl směrodatný. Na okraji již proliferujícího karcinomu totiž můžeme zjistit i změny odpovídající I. skupině Kleinsasserově, tj. hypertrofii epitelu třeba až papilomatózní, ale bez buněčných atypií a bez zmnožení mitóz.

Není-li histologický nález v excidované tkáni přesvědčivý a zejména je-li nesoulad mezi ním a nálezem klinickým, je nutné excizi i vícekrát opakovat, ale vždy po určitém časovém odstupu. Hojící se sliznice po probatorní excizi totiž může v histologickém obraze imitovat i „carcinoma in situ“. Někdy je nutné k získání správné histologické diagnózy volit i probatorní laryngofisuru, nevede-li k závěru probatorní excize.

Většinu benigních nádorů (hemangiom, lymf-anginom, lipom ap.) neřadíme mezi prekancerózy, protože jejich maligní zvrhnutí je vzácné. Přesto je nutné i takto nemocné zahrnout do dispenzární péče, abychom nepromeškali vhodný čas k chirurgické léčbě.

2. Nemocní po léčbě zhoubných nádorů hrtanu

Úkolem dispenzarizace u těchto nemocných je především včas rozpoznat a léčit recidivu nebo metastázu tumoru.

Kromě toho je možné vhodně vedenou dispenzární péčí usnadnit nemocnému návrat ke společenskému uplatnění.

Postup našeho vyšetření musí být u každého dispenzarizovaného individualizován podle dosavadního průběhu onemocnění a léčby. Přesto však lze vytyčit určité obecné charakteristiky, podle nichž rozdělujeme nemocné do tří skupin:

- a) nemocní po laryngofisurě s chordektomií,
- b) nemocní po parciální laryngektomii,
- c) nemocní po totální laryngektomii.

Ad a) Nemocné po laryngofisurě s chordektomií (dále LFCHE) většinou po operaci neozařujeme, takže se dostávají k první dispenzární kontrole asi za 1 měsíc po výkonu. Hrtanové nitro bývá již dobře přehledné. místo po excidované hlasivce se vyplňuje hladkou jizvou. Hojení bývá ukončeno přibližně za 6 týdnů po operaci. Hned při prvních kontrolách dobře zaznamenáme pohyblivost operované strany. Event. pozdější omezení pohyblivosti může být časnou známkou recidivy.

Velkou pozornost věnujeme přední komisuře a petiolu, dále pak přechodu petiolu ve ventrikulární řasu. V těchto místech zůstává recidiva nejdéle skryta, zejména tehdy, ztěžuje-li laryngoskopii nepoddajný jazyk a překlopená nebo omegovitá epiglotis. Rigidní horizontálně položená epiglotis může být známkou prorůstání tumoru do preepiglotického prostoru. Ve všech těchto případech je nutné vyšetřovat v povrchovém znečitlivění a epiglotis vhodným nástrojem zvednout.

Hodnocení zevního krčního nálezu není většinou obtížné, jelikož při laryngofisurě nerevidujeme krční uzliny. Nevznikají tak na krku jizvy, které by znesnadňovaly palpaci. Kromě toho je výskyt pooperačních metastáz po LFCHE nízký — v naší sestavě pouze 4,7 %.

Nemocné po LFCHE zveme ke kontrole v prvním 1/2 roce v šestitýdenních intervalech, pak intervaly prodlužujeme na 2 až 3 měsíce. Nemocného upozorňujeme, aby se zejména při změně hlasu a při bolestech v krku dostavil ihned i mimo plánovaný termín.

Nemocné uznáváme schopnými práce asi za 3 měsíce od operace, v případě pooperační aktinoterapie později. Sníženou pracovní schopnost budou mít hlasoví profesionálové, změnu pracoviště navrhujeme těm, kteří pracují v hygienicky nevhodném prostředí nebo jsou nuceni v zaměstnání hodně mluvit.

Ad b) Nemocní po parciální laryngektomii.

Převážná většina těchto nemocných je po operaci ozařována. Pooperační zánětlivé změny a edémy z venostázy a lymfostázy jsou ozářením znásobeny. Včasné rozpoznání místní recidivy a pooperační metastázy je proto mnohem obtížnější než u nemocných po laryngofisurě.

Svízelným úkolem je rozhodnout, zda edémy jsou omezeny jen na povrchní měkké tkáně hrtanového nitra nebo zda mají svůj původ v perichondritidě či dokonce v místní recidivě.

I po vymizení těchto pooperačních a postiradiačních zánětlivých reakcí může být včasné zjištění recidivy velmi obtížné, protože nitro hrtanu bývá někdy deformované, s různými jizevnatými hrboly a operovaná část hrtanu zůstává většinou nepohyblivá. V případě podezření na recidivu někdy nezbyvá než použít i přímé vyšetření hrtanu pomocí laryngoskopu nebo bronchoskopu. Velmi zákeřné bývají recidivy karcinomu v kořeni jazyka. Je proto vždy namístě vyšetřovat tuto oblast i palpačně. Často je to totiž jediná možnost, jak recidivu odhalit.

Těžkosti mohou být i při pátrání po pooperačních metastázách. Jizvy na krku po blokovém odstranění krčních uzlin a po ozáření velice znesnadňují palpaci. Je nutno se zaměřit především na okrsek těsně při úhlu mandibuly (při zadním bříšku biventru), dále na oblast mediálně a dorzálně při horní třetině kývače a konečně pod zkřížením m. omohyoideus a v. jug. interna. V těchto místech může být metastáza v časném stadiu nejsnáze přehlédnuta.

Frekvence kontrol u parciálních laryngektomií vzhledem k uvedeným diagnostickým obtí-

žím musí být velmi hustá. Nemocné zveme v pooperačním období jednou měsíčně, při diagnostických pochybách i po 14 dnech. S odstupem od operace ustupují nitrohrtanové zánětlivé změny a měknou pooperační jizvy na krku. Vyšetření je snazší, vzniká méně pochyb a intervaly mezi kontrolami lze prodloužit.

Většina nemocných po parciální laryngektomii zůstává nosičem tracheální kanyly až do vymizení pooperačních a zejména postiradiačních zánětlivých změn. Rozhodnutí o dekanylaci případně proto většinou lékaři provádějícímu dispenzarizaci. Většinu nemocných dekanylujeme kolem 6. měsíce po operaci. Postupovat musíme samozřejmě individuálně, nemocné raději na několik dní hospitalizujeme, aby se dalo lépe posoudit, jak dekanylaci snesou. Již alespoň 14 dní před dekanylací jim doporučíme ucpávat si kanylu, aby si znovu zvykli na zvýšený odpor při dýchání.

Pro nemocného je dekanylace významný okamžik, na který čekal několik měsíců. Jen ojediněle se dekanylací brání, někdy z důchodových důvodů, většinou však z neoprávněného strachu z dušení.

O pracovní schopnosti nemocných po parciální laryngektomii rozhodujeme individuálně, nejdříve za 4 až 6 měsíců po operaci, většinou však později. Je nutno vzít v úvahu změnu hlasu, zhodnotit dýchání při různém pracovním zatížení a event. reziduální polykací potíže. Nedo-
poručujeme práci v nepříznivých hygienických podmínkách a větší fyzickou námahu.

Ad c) Nemocní po totální laryngektomii.

Téměř všechny takto operované odesíláme po operaci k aktinoterapii, takže k první dispenzární kontrole přicházejí obvykle po 3 měsících od operace. Hypofarynx již bývá dobře přehledný, tracheostoma zhojeno. Bývá ztížená palpací podél kývače ze stejných důvodů jako u předchozí skupiny. Vyšetření někdy ztěžuje submentální edém až infiltrát, většinou z veno- a lymfostázy, zejména po hyoidektomiích a resekcích částí kořene jazyka.

Při sledování nemocných po totálních laryngektomiích bývá palpací jak na zevním krku, tak na kořeni jazyka často jediným prostředkem k odhalení časných recidiv nebo pooperačních metastáz.

Při nepřímé hypofaryngoskopii se vždy snažíme vyvolat dáivý reflex, abychom mohli přehlédnout hltan až ke Killianovu svěraču. Při pochybnostech vyšetřujeme direktoskopicky.

Při zevní palpaci se zaměřujeme opět na okrsky, které jsme uvedli u předchozí skupiny. Zvýšenou pozornost věnujeme též těsnému okolí tracheostomatu a krajině kolem jazyky.

Nemocné v časném období po operaci kontrolujeme jednou měsíčně. Po stabilizaci hypofaryngeálního nálezu a zevního krčního nálezu intervaly mezi kontrolami postupně prodlužujeme na 1/4 roku. Bereme při tom v úvahu předoperační rozsah a lokalizaci nádoru, jeho histolo-

gický obraz a velikost operačního výkonu u každého jednotlivého nemocného.

Totální laryngektomie je mutilující výkon, který mnozí nemocní těžce snášejí. Kromě tělesného postižení znamená tento výkon i závažné psychické trauma. Dispenzární lékař nesmí tyto problémy přehlížet. Často záleží právě na jeho psychologických schopnostech, jak přečká nemocný duševní krizi po operaci.

Nejtěžším tělesným následkem totální laryngektomie je ztráta hlasu. Je proto vhodné nemocnému brzy po operaci předvést buď magnetofonový záznam jícnového hlasu nebo ještě lépe seznámit jej s pacientem stejně postiženým, který již sám dobře jícnovou řeč ovládá. S foniatrickou edukací obvykle vyčkáme do odeznění následků aktinoterapie.

Dalším následkem totální laryngektomie, který nemocného obtěžuje a často velmi deprimuje, je zvýšená sekrece hlenů z tracheostomatu a jejich obtížné vykašlávání. Častou příčinou bývá dráždění tracheální sliznice kanylou. Její konec může opakovaným zraňováním tracheální stěny způsobit vznik průdušnicové stenózy. Doporučujeme proto nemocným, dovoluje-li to šíře tracheostomatu, aby kanylu nejprve po několik hodin ve dne, pak po celý den a nakonec ani v noci nenosili. Jestliže se tracheostoma bez kanyly zužuje, rozšiřujeme je plastickou operací.

Ostatní následky totální laryngektomie, jako anosmie, poruchu funkce břišního lisu aj., snášejí nemocní bez větších potíží.

Velmi závažná je problematika návratu nemocných po laryngektomii do zaměstnání. Mnozí nemocní se za své postižení stydí, vyhýbají se styku s lidmi a zůstávají trvale psychicky poznamenáni. Můžeme jim hodně pomoci demonstrací nemocných, kteří se s pooperačními následky dobře vyrovnali a znovu našli plné společenské uplatnění. Přesto však zůstává část nemocných, u nichž by návrat do zaměstnání znamenal zhoršení jejich psychického stavu. Proto při posuzování další pracovní schopnosti postupujeme přísně individuálně, bez nátlaku, s velkým taktem. Je nutné navázat během opakovaných kontrol s nemocným takový kontakt, aby naše doporučení bral jako upřímné a dobře míněné přátelské rady. Zaměstnání mu doporučíme až tehdy, jsme-li přesvědčeni, že se vyrovnal jak s tělesnými, tak psychickými následky operace, ne dříve než za 1 rok po operaci. Pečlivý výběr vhodného zaměstnání v nezávadném hygienickém prostředí bez fyzické námahy je samozřejmý.

Smutný úsek naší dispenzární péče představují nemocní s nevyлечenými a již neléčitelnými maligními tumory hrtanu. Jejich ošetřování klade na lékaře vysoké nároky zejména po stránce psychologické. Tito nevyлечitelně nemocní bývají velice sugestibilní, ale na druhé straně naopak podezíraví. Při jejich ošetřování nesmíme dát nikdy najevo, ani mimikou nebo gestem, že je považujeme za ztracené.

Zveme je proto na časté kontroly, ordinujeme

analgetika a trankvilizátory. Při neztížitelných bolestech žádáme neurochirurga o provedení traktomie nebo radikotomie. Tyto nezhojitelné nemocné ponecháváme, pokud to jejich obtíže dovolují, v domácím ošetřování. Hospitalizaci doporučíme až tehdy, když ambulantně nemůžeme ztlumit jejich bolesti, zhorší-li se jejich polykání nebo hrozí-li dušení a krvácení.

Souhrn

Na základě vlastních dlouholetých zkušeností shrnují autoři zásady dispenzární péče o nemocné s tumory hrtanu. Upozorňují na nejdůležitější nálezy při kontrolách těchto nemocných a jejich hodnocení. Řeší otázky pracovního zařazení po operacích hrtanu.