

616.316-006.6-089.87

OPERAČNÍ TAKTIKA U TUMORŮ JAZYKA

Plk. MUDr. M. ZELENÝ, CSc., mjr. MUDr. M. MIKOLAJ, mjr. MUDr. P. VOŘKA

Otolaryngologické oddělení ÚVN v Praze

(náčelník: plk. MUDr. M. Zelený, CSc.)

Oddělení čelistní a obličejové chirurgie ÚVN Praha

(náčelník: plk. doc. MUDr. Tibor Németh, CSc.)

Tumory jazyka jsou jednou z oblastí, v nichž se setkávají zájmy otolaryngologů s dalšími chirurgickými obory. Otolaryngolog je často nucen provádět parciální resekce jazyka při radikálních operacích nádorů v orgánech tradičně patřícím otolaryngologům. Bývá tomu zejména při operacích supragloticky lokalizovaných karcinomů hrtanu a karcinomů patrových mandlí. Za 12leté období 1970–1981 jsme na našem oddělení operovali 88 nemocných, u nichž šlo buď o primární karcinom jazyka, nebo o prorůstání nádoru z jiné oblasti do jazyka.

V naší tabulce primárních karcinomů jazyka jde 21krát (72 %) o karcinomy kořene jazyka. V pohyblivé části jazyka jsme měli jen 8 tj. 28 %. Je to dáno dělbou práce otolaryngologů s dalšími obory. Na onkologických pracovištích převažují maligní nádory pohyblivé části. Např. Bekrus aj. referují o 247 nemocných s karcinomem jazyka, z toho na pohyblivou část připadá 54 % a na kořen jazyka jen 46 %. Toman, Hanek a Pehrová v práci z roku 1965 referují o 44 maligních tumorech jazyka za 16 roků, v práci z roku 1979 má Toman za 25 let sestavu 102 nemocných s karcinomem jazyka a ústní spodiny. Ve světových sestavách tvoří karcinomy jazyka 2–5 % všech karcinomů.

Méně početnou skupinou, kde jsme resekovali část jazyka, jsou karcinomy tonsil. Ty se častěji šíří do měkkého patra a do předního

Tab. 1

	Muži	Ženy	Celkem
Ca pohyblivé části jazyka	6	2	8
Ca kořene jazyka	18	3	21
Ca tonzily a jazyka	16	3	19
Ca hrtanu a kořene jazyka	39	1	40
Celkem	79	9	88

oblouku. Do sulcus amygdaloglossus zjišťuje Šuster aj. šíření v 15,7 %. Tuto propagaci pokládá za prognosticky velmi nepříznivou. Podle Tichého lze očekávat pětileté přežití jen v 5–10 %, v sestavě Šusterově aj. v 9,5 %.

Nejpočetnější skupinou v naší sestavě, u níž jsme museli resekovat kořen jazyka, někdy i tělo jazyka v různém rozsahu, jsou supraglotické karcinomy. V našich zeměpisných oblastech tvoří 50–60 % všech karcinomů hrtanu. Šíření do kořene jazyka, zpravidla prorůstáním přes preepiglotickou tukovou oblast a přes valenkuly epiglotidy, znamená rozsah nádoru T₄ s méně příznivou prognózou (Jelínek).

Nejčastější příčinou neúspěchu léčení karcinomů jazyka jsou nikoliv místní recidivy nádoru, nýbrž metastázy do regionálních lymfatických uzlin.

uzlin. Bekerus, Božič a Mijanovič měli v sestavě 135 karcinomů pohyblivé části jazyka 60 osob (44 %) s postižením krčních uzlin. U 112 osob s karcinomem kořene jazyka 94 tj. 84 % mělo metastázy do krčních uzlin. Jahnke našel metastázy v regionálních mízních uzlinách u více než 50 % karcinomů jazyka a u více než 75 % karcinomů ústní spodiny. Palpace uzlin je nespolehlivá. V nehmavných uzlinách lze najít metastázy v 23–43 %. Žádná z moderních metod, jako je lymfografie, scintigrafie, echografie nebo termografie nedovedou časné metastázy odhalit. Uvedená fakta jsou v souladu s dělením na stadia, kde hmatné homolaterální uzliny N_1 při jakémkoliv rozsahu T znamenají zařazení do III. stadia nemoci (pětileté přežití 34–50 %) a klasifikaci uzlin N_2 při jakémkoliv T značí IV. stadium s pětiletým přežitím v 6–9 % (Jahnke). O karcinomu tonsily je známo, že i malé karcinomy, klinicky ještě obtížně postižitelné, mají brzy metastázy, někdy značné velikosti.

Zatímco karcinomy hlasivek metastázuji málo a pozdě, karcinomy supraglotické části hrtanu metastázuji časné a postihují uzliny na obou stranách. Podle Leroux-Roberta je výskyt metastáz supraglotických tumorů do krčních uzlin v 30–50 %.

I když na odstranění tumoru mohou být odlišná hlediska, otázka výkonu na regionálních lymfatických uzlinách je ještě složitější. U nádorů jazyka schematizuje Schwab operační přístupy takto: při postižení pohyblivé části jazyka (volné okraje, přední a střední třetina) lze operovat enorálně. Maligní tumory kořene jazyka lze odstranit buď z direktní laryngoskopie (s čímž nesouhlasíme), nebo z laterální faryngotomie. I tu pokládáme za méně vhodnou. V posledních letech se naše názory blíží stanovisku, že primární tumory jazyka, klasifikované T_1 do velikosti 1 cm, lze řešit jen prostou excizí aspoň 1,5–2 cm ve zdravé tkáni. Tumory T_1 , ale do 2 cm, vyžadují kromě enorálně provedené excize již výkon na krčních lymfatických uzlinách, obvykle oboustranně, tzv. konzervativní blokovou resekci. Tumory klasifikované T_2 a T_3 již mohou znamenat subtotální resekci jazyka, zejména jsou-li blízko střední čáry, a blokovaná oboustranná resekce krčních uzlin se pokládá za nezbytnou. Postihuje-li tumor polovinu nebo více tkáně jazyka, bývá indikována totální glossektomie a výkon na regionálních mízních uzlinách. Chirurgická léčba se obvykle doplňuje léčbou zářením.

Typický postup dokumentujeme na nemocném J. Ch., 26 roků, kde jsme operovali spolu s našimi obličejovými a čelistními chirurgy karcinom, předoperačně klasifikovaný $T_3 N_1 M_0$. Konzervativní blokovaná resekce oboustranně (tedy s ušetřením v. jug. int.) spolu s ligaturou a. carotis ext. nad odstupem a. thyreoidy cran. na straně nádoru. Tukově lymfatickou tkáň odstraňujeme do hloubky prevertebrální fascie od báze lebny, kde klademe důraz nejen na uzliny nad soutokem v. facialis comm. s v. ju-

gularis int., ale ještě více na uzliny uložené v hloubce mezi páteří a n. XI. a zevně od n. XI.

Conley proto obligatorně obětuje n. accessorius, aby oblast dokonale vyčistil. Na našem pracovišti n. XI. šetříme a tukově lymfatický aparát zde odstraňujeme radikálně obvykle ve dvou částkách. Směrem dolů končíme odstraňování tukově lymfatického polštáře kolem velkých krčních cév ve výši horního okraje m. omohyoideus. V ústní fázi operace vytahujeme jazyk z úst prošíváním ve zdravé tkáni a za bedlivého stavění krvácení s palpováním okrajů nádoru pomocí nože a nůžek v bezpečné vzdálenosti resekujeme potřebnou část jazyka. Na preparátu se řadou nářezů přesvědčujeme o dostatečné vrstvě zdravé svaloviny kryjící nádor a eventuálně přidáváme další bezpečnostní zónu na histologické vyšetření. Peroperační histologii zpravidla nevyžadujeme.

Tab. 2

OPERAČNÍ POSTUP U CA POHYBLIVÉ ČÁSTI	
1. Primární operace	
Parciální resekce jazyka	2
Parciální resekce jazyka s blokovou resekci	5
Parciální resekce jazyka s blokovou resekci, s resekci báze ústní a mandibuly	1

Takový postup jsme uplatnili 6krát z 8 nemocných, kde tumor měl rozsah T_2 a T_3 a uzliny byly předoperačně klasifikovány N_1 až N_2 . Jedenkrát jsme doplnili výkon resekci báze ústní s náhradou deltopektorálním lalokem a částečnou resekci mandibuly. Dvakrát nebyly krční uzliny hmatné a tam jsme se v dřívějších letech spokojili jen s enorálním výkonem a ozářením lymfatických regionálních uzlin.

U 6 nemocných jsme chirurgickou léčbu doplnili zářením po operaci, u dvou nemocných léčba zářením předcházela operaci a pro její selhání jsme operovali.

Z vylíčeného lze soudit, že jsme uplatnili adekvátní léčbu. Závažnost onemocnění však charakterizuje další průběh.

U dvou nemocných, kde jsme se spokojili jen s enorálním výkonem při klasifikaci $T_1 N_0$

Tab. 3

2. Další operace	
Bloková resekce a tracheotomie	1
Bloková resekce a tracheotomie s resekci báze ústní a s mandibulotomií	1
Revize po blokové resekci s částečnou resekci mandibuly	1
Revize a re-revize po blokové resekci s totální parotidektomií	1

a s ozářením regionálních lymfatických uzlin, se objevily po roce metastázy do krčních uzlin, u jednoho spolu s místní recidivou v ústní spodině. Radikální blokové resekce krčních uzlin jsme u nemocného s místní recidivou doplnili ve spolupráci s našimi obličejovými a čelistními chirurgy ještě resekci ústní spodiny s rekonstrukcí deltopektorálním lalokem po mandibulotomii a tracheotomii. Život nemocného ukončila v prvních pooperačních dnech embolie a. pulmonalis. Pitva neprokázala po druhé operaci další metastázy ani další zbytkový nádor. U druhé nemocné jsme tracheotomii provedli druhý den po blokové resekci pro respirační a kardiální insuficienci. Po třech měsících jsme museli u ní provést ještě revizi po blokové resekci pro nové metastázy. Nemocná zanedlouho zemřela na kardiální dekompenzaci. Ze zbývajících šesti osob s primárním tumorem volné části jazyka, u nichž jsme pro hmatné uzliny již v první fázi provedli oboustrannou blokovou resekci, se objevily dvakrát rovněž po roce metastázy v krční oblasti. Novými blokovými resekcemi, v jednom případě s částečnou resekci mandibuly a s náhradou resekované části akrylem, jsme prvnímu nemocnému prodloužili život na 2 roky, druhé nemocné po dalších dvou revizích a po párotidektomii na 4 roky. Dva přežili 5 let, z toho jeden žije 8 let bez nádoru jazyka. Dva jsou teprve několik měsíců po operaci. Absolutní pětileté přežití u nádorů volné části máme u dvou ze šesti hodnocených, tj. ve 33 %.

U primárních nádorů kořene jazyka máme početnější sestavu. 21 osob vesměs klasifikovaných T₃ N₁ až N₃. Základním operačním přístupem k vlastnímu nádoru byla transverzální faryngotomie, kterou jsme uplatnili 14krát (66 %), dvakrát jsme postupovali z laterální faryngotomie (9,5 %). Operační taktika vyplývá z následující tabulky:

Tab. 4

PRIMÁRNÍ OPERACE U CA KOŘENE JAZYKA	
1. Tracheotomie s blokovou resekci a resekci kořene transverzální faryngotomií	14
2. Dtto, ale s laterální faryngotomií	2
3. Dtto jako 1. a 2.	
— s mandibulotomií	2
— s resekci měkkého patra	1
— s rozšířenou tonsilektomií	1
— s perfúzí a. lingualis	2
— se subtotální resekci jazyka	2
4. Tracheotomie s blokovou resekci, s resekci kořene a s parciální laryngektomií	3
5. Tracheotomie s blokovou resekci, s resekci kořene a s totální laryngektomií	1
6. Totální glosektomie po totální laryngektomií	1

U všech operovaných jsme doplnili chirurgickou léčbu zářením, převážně kobaltem, u tří klasickým rentgenem, jeden nemocný zemřel na embolii a. pulmonalis v prvních pooperačních dnech, a nebyl proto ozařován. 10 nemocných jsme operovali v posledních 4 letech. Absolutní pětileté přežití můžeme hodnotit u 11 osob, přežívají 2, tj. 18 %. Z 10 osob operovaných v posledních čtyřech letech bez nádoru žije 7, zemřeli 3.

Podobně jako u výše uvedené skupiny nádorů pohyblivé části jazyka o osudu 12 zemřelých nemocných s karcinomem jazyka rozhodovaly více metastázy do krční oblasti navzdory primárně provedeným blokovým resekcím. U pěti z nich (42 %) jsme ještě přistoupili k revizím po blokových resekcích. Lokální recidivu primárního tumoru spolu s blokovou resekci jsme extirpovali u tří (25 %) z 12 později zemřelých. Dvě úmrtí měla jinou příčinu (embolie a. pulmonalis a druhotný tumor prostaty s metastázami, při pitvě potvrzeno vyhojení nádoru kořene jazyka 4 roky po operaci).

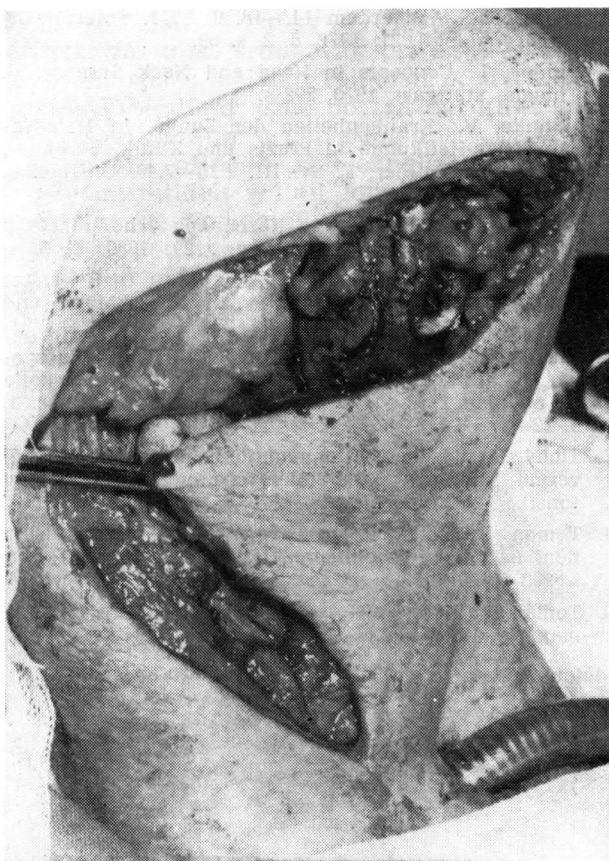
Totální glosektomii jsme provedli u nemocného, který 10 let předtím podstoupil totální laryngektomii s následnou aktinoterapií. Výskyt druhotného primárního nádoru jazyka vyžadujícího totální laryngektomii je řídký. V našem případě jsme zvolili operaci metodou pull-through, tedy bez mandibulotomie.

Při operaci ve spolupráci s našimi obličejovými a čelistními chirurgy 18. 8. 1978 v celkové anestézii s intubací tracheostomatem jsme vedli řez při předním okraji obou kývačů v místech po dřívější konzervativní blokové resekci a ligovali jsme a. carotis ext. oboustranně. Vpravo jsme řez prodloužili od úhlu mandibuly dopředu podél jejího dolního okraje submentálně a lehce přes střední čáru doléva. Odhrnuli jsme kožněsvalový lalok s m. platysma laterálně, resekovali jsme jazyčku a suprahyooidní svaly a uvolňovali jsme z transverzální faryngotomie kořen jazyka a postupně celý jazyk.

Celý preparát jsme in toto odstranili bez protěti mandibuly kombinovanou preparací ze submentálního řezu a z ústní dutiny. V rekonstrukci spodiny jsme se spolehli na dobrou vitalitu kožněsvalového laloku, obsahujícího m. platysma. Ústní plochu jsme doplnili dermoepidermálním štěpem, odebraným ze stehna.

Jeho přitlačení jsme provedli tvarovanou Mikuliczovou tamponádou, prošítou zevně přes lalok pod bradu. Výživu jsme zabezpečovali jícnovou sondou vyvedenou nosem. Mikuliczovu tamponádu z úst jsme odstranili sedmý den a jícnovou sondu za 13 dnů. Rána se zhojila per primam.

Polykací akt probíhal nad očekávání hladce. Aktivně tomu napomáhaly segmentální kontrakce svaloviny konstriktoru faryngu již od horního pólu tonsil směrem aborálním. Kašovitá a tekutá strava poskytovala dostatečnou výživu, později mixovaná strava s přiměřeným



Obr. 5. Kožní řez pod dolním úhlem mandibuly přesahuje střední čáru, před kývačem se ohýbá dolů podél jeho předního okraje. Intubační rourka v tracheostomatu



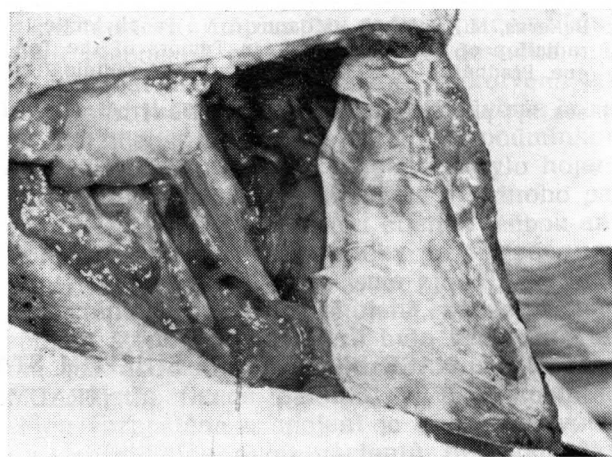
Obr. 6. Po odklopení kožního laloku je od mandibuly uvolňován jazyk a vytážen pod mandibulou zevně

zapíjením tekutinami dostačovala k udržení tělesné váhy.

Jícnová řeč, která před operací byla velmi dobrá, se změnila v náznak šepotu na rtech, pro cizího nesrozumitelný. Po necelém roce se objevilo nové nádorové bujení v hypofaryngu. Aktinoterapie vedla k ústupu na další rok, ale nemocný na recidivu nádoru hypofaryngu umírá za 3 roky po totální glosektomii.



Obr. 7. Po totální glosektomii je zdola vidět po odtahnutí uvuly oba přední oblouky, zadní stěnu nasofaryngu a část patra



Obr. 8. Na odklopený kožněsvalový lalok z kůže krku, obsahující m. platysma, je našit volný dermoepidermální štěp, odebraný ze stehna. Po přiklopení laloku je uzavřena ústní spodina a z úst dokončujeme přišití laloku k mukoperiostu mandibuly

Závěrem bych chtěl říci, že náš klinický materiál se podstatně liší od profilu nemocných na odděleních obličejové a čelistní chirurgie. Proto také naše operační postupy zahrnují převážně velké výkony v ORL oblastech, spolu s výkonem na jazyku. Tam, kde vzájemná spolupráce otolaryngologů s obličejovými a čelistními chirurgy mohla přispět k zlepšení dosud nevalného osudu nemocných, vždy jsme jí využili.

Zřízením onkologického pracoviště v Ústřední vojenské nemocnici s vlastním zářičem, což očekáváme v příštích letech, by úzká spolupráce chirurgických oborů s onkology mohla dosáhnout dalších úspěchů.

Souhrn

V sestavě 88 nemocných s karcinomem jazyka nebo okolních struktur měli autoři 29 nemocných s primárním karcinomem jazyka, 19 nemocných s karcinomem tonsily, šířícím se

do jazyka, a 40 nemocných se supraglotickým karcinomem hrtanu, šířícím se do jazyka. Nádor jazyka řešili zpravidla jeho parciální resekci, dvakrát subtotální a jednou totální glossektomií. Regionální lymfatické uzliny odstraňovali nejčastěji oboustrannou konzervativní blokovou resekci. Výkonem na tonsilách nebo na hrtanu řešili nemocné, u nichž primární nádor těchto struktur přecházel na jazyk. Chirurgickou léčbu doplňovali ozářením. 5 let přežili 2 z 6 hodnocených s primárním karcinomem volné části jazyka, tj. 33 %, u nemocných s primárním karcinomem kořene jazyka přežili 5 roků 2 z 11 hodnocených, tj. 18 %. Ke zlepšení nevalné prognózy v současnosti vede jen úzká spolupráce chirurgických oborů navzájem, a zejména spolupráce s onkologem.

Literatura

1. Bekerus, M. - Božič, R. - Mijanovič, V.: Prophylactic Irradiation of Cervical Glands in Tumors of the Tongue. Přednáška na 2. kongresu Evropské radiologické společnosti, Amsterdam 14.—18. 6. 1971. Referát v Čs. Otolaryngologii, 21, 1972, č. 2, s. 89.
2. Conley, J.: Concepts in Head and Neck Surgery. G. Thieme, Stuttgart, 1970, 292 s.
3. Jahnke, V.: Krankheiten der Zunge. In Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde in Praxis und Klinik. Berendes, J. Link, R., Zöllner, F. Sv. III. 7.20—7.45. G. Thieme, Stuttgart, 1978.
4. Jelínek, R. - Holibková, A.: Karcinomy vchodu hrtanu a kořene jazyka. Čs. Otolaryng., 29, 1980, č. 5, s. 271—274.
5. Schwab, W.: Die Operationen an Nase, Mund und Hals. J. A. Barth, Leipzig, 1964, 280 s.
6. Šuster, M. - Kundštad, E. - Klimo, J. - Gál, P. - Luczyová, D. - Kulíková, M.: Maligné nádory tonsil a okolia za obdobie 1952—1973. Čs. Otolaryng., 25, 1976, č. 1, s. 12—17.
7. Tichý, S.: Resekce úhlu mandibuly s plastickým uzavřením hltanu u monoblokových operací karcinomu tonsil. Čs. Otolaryng., 23, 1974, č. 6, s. 349—352.
8. Toman, J. - Hanek, P. - Pehrová, A.: Nádorová onemocnění úst, čelistí a obličeje. Čs. Stomat., 65, 1965, č. 3, s. 203—208.
9. Toman, J.: Karcinom jazyka a ústní spodiny. Čs. Stomat., 79, 1979, č. 4, s. 251—258.

Článek byl přednesen při příležitosti 25. výročí založení oddělení čelistní a obličejové chirurgie ÚVN Praha