

CO WARTO WIEDZIEĆ

BEZPŁATNY

Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie
Państwowy Instytut Badawczy
Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej
oraz Fundacja Tam i z Powrotem

NOWOTWORY GŁOWY I SZYI



Patronat merytoryczny: Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej



PROGRAM EDUKACJI ONKOLOGICZNEJ

WWW.PROGRAMEDUKACJIONKOLOGICZNEJ.PL

Kierując się poczuciem odpowiedzialności i chęcią rozwoju metod wspierania chorych na nowotwory i ich rodzin, środowiska medycznego, wolontariuszy, a także będąc świadomymi potrzeby współdziałania – Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej i Fundacja „Tam i z powrotem” rozpoczęły w 2014 roku realizację Programu Edukacji Onkologicznej.

Program Edukacji Onkologicznej ma na celu upowszechnianie i propagowanie wiedzy o nowotworach, edukację osób zdrowych i osób z grupy podwyższonego ryzyka, osób chorych na nowotwory, ich rodzin i bliskich, a także wsparcie fachową wiedzą pracowników medycznych oraz wolontariuszy.

Do współpracy przy realizacji programu zaproszeni zostali Partnerzy oraz Sponsorzy, bez których wsparcia nie byłaby możliwa kontynuacja założeń programowych.

W tym miejscu chcielibyśmy serdecznie podziękować wszystkim, którzy przyczynili się do powstania programu oraz jego rozwoju.

Dziękujemy, że jesteście z nami!



Celem niniejszego poradnika jest ułatwienie dostępu do informacji o zagadnieniach związanych z chorobą nowotworową. Wydawca informuje, iż wszelkie zawarte w poradniku treści mają charakter wyłącznie informacyjny. Zawsze w pierwszej kolejności należy kierować się zaleceniami lekarza prowadzącego.

Treści zawarte w poradniku nie mogą być traktowane jako konsultacje czy porady. Osoby korzystające z niniejszego opracowania powinny zawsze skonsultować prezentowane tu informacje z lekarzem. Wydawca nie bierze na siebie odpowiedzialności za niewłaściwe rozumienie ani wykorzystanie zawartych tu informacji. Pomimo, iż Wydawca dba o rzetelność redakcyjną i merytoryczną zawartych informacji, jakiegokolwiek ryzyko korzystania z poradnika i zamieszczonych tu informacji ponoszą wyłącznie osoby z niego korzystające.

Konsultacja merytoryczna: Prof. dr hab. med. Maciej Krzakowski,
Prof. dr hab. med. Andrzej Kawecki
lek. med. Bartosz Sptański

Redakcja: Katarzyna Kowalska, Ewa Podymniak
Opracowanie graficzne: Tomasz Rupociński

Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie, powielanie i wykorzystywanie części lub całości informacji, zdjęć i innych treści zawartych w publikacji w jakiegokolwiek formie bez pisemnej zgody wydawcy zabronione. Niniejsza publikacja podlega ochronie na mocy prawa autorskiego.

PRIMOPRO 2020

ISBN: 978-83-65908-78-0

Wstęp	7
1. Narządy regionu głowy i szyi	7
2. Charakterystyka ogólna nowotworów	7
3. Nowotwory narządów głowy i szyi	9
4. Czynniki ryzyka zachorowania na nowotwory głowy i szyi	9
5. Objawy nowotworów narządów głowy i szyi	11
6. Rozpoznawanie nowotworów narządów głowy i szyi	12
6.1. Badanie przedmiotowe	12
6.2. Badania obrazowe	12
6.3. Inne badania dodatkowe	13
7. Wykrywanie obecności komórek nowotworowych	13
8. Badanie patomorfologiczne w nowotworach głowy i szyi	14
9. Określenie zaawansowania nowotworów głowy i szyi	14
9.1. Stopnie zaawansowania nowotworów głowy i szyi	14
10. Leczenie chorych na nowotwory głowy i szyi	15
10.1. Leczenie chirurgiczne (operacyjne)	17
10.2. Radioterapia	18
10.3. Chemioterapia	21
10.4. Leczenie ukierunkowane molekularnie (celowane)	22
10.5. Immunoterapia	24
10.6. Opieka paliatywna (leczenie paliatywne/objawowe)	27
11. Odżywianie i aktywność	29
12. Obserwacja po zakończeniu leczenia	29
13. Źródła wsparcia	30
14. Nadzieje związane z badaniami nad nowotworami	31
15. Słowniczek	31

FUNDACJA TAM I Z POWROTEM

Fundacja powstała z potrzeby wspomżenia chorych na nowotwory pacjentów polskich szpitali. W Radzie Fundacji zasiadają wybitni onkolodzy oraz osoby pragnące poświęcić swój czas i energię realizacji działań statutowych Fundacji.

Jednym z głównych zadań Fundacji jest prowadzenie szeroko pojętej działalności informacyjno-promocyjnej. Działalność ta ma na celu podniesienie w polskim społeczeństwie świadomości i wiedzy na temat chorób nowotworowych, sposobów ich leczenia i profilaktyki.

Jesteśmy organizatorem akcji wydawniczej, której celem jest dostarczenie zainteresowanym – chorym i ich rodzinom – rzetelnej, fachowej wiedzy prezentowanej w zrozumiały i przystępny sposób. Wydawane w ramach akcji poradniki są bezpłatnie dystrybuowane w ośrodkach onkologicznych, szpitalach, przychodniach czy w fundacjach i stowarzyszeniach w całej Polsce. Poradniki można również bezpłatnie pobrać w formie elektronicznej. Dzięki wsparciu darczyńców, Fundacja do tej pory wydała i dostarczyła zainteresowanym ponad 3,7 miliona egzemplarzy poradników. Zainteresowanie przerosło wszelkie oczekiwania. Taki odbiór pokazuje również, jak bardzo ważne jest wsparcie przez sponsorów i partnerów.

Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej (PTOK) objęło akcję wydawniczą Honorowym Patronatem. Wsparcie tej inicjatywy przez wybitnych specjalistów zrzeszonych w PTOK jest ogromnym wyróżnieniem i stanowi potwierdzenie rzetelności oraz wiarygodności poradników.

W ramach akcji prowadzone są dwie serie wydawnicze, w ramach których zostały wydane następujące pozycje:

Seria wydawnicza „Razem zwyciężymy raka!”:

1. Po diagnozie. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin.
2. Seksualność kobiety w chorobie nowotworowej. Poradnik dla kobiet i ich partnerów.
3. Seksualność mężczyzny w chorobie nowotworowej. Poradnik dla mężczyzn i ich partnerek.
4. Pomoc socjalna – przewodnik dla pacjentów z chorobą nowotworową.
5. Pielęgnacja pacjenta w chorobie nowotworowej.
6. Chemioterapia i Ty. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin.
7. Żywnie a choroba nowotworowa. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin.
8. Gdy bliski choruje. Poradnik dla rodzin i opiekunów osób z chorobą nowotworową.
9. Ból w chorobie nowotworowej. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin.
10. Mój rodzic ma nowotwór. Poradnik dla nastolatków.
11. Radioterapia i Ty. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin.
12. Moja rehabilitacja. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin.
13. Życie po nowotworze. Poradnik dla osób po przebytej chorobie.
14. Gdy nowotwór powraca. Poradnik dla osób z nawrotem choroby i ich bliskich.
15. Leczenie onkologiczne w domu pacjenta.
16. Leczenie żywieniowe. Poradnik dla pacjentów i ich bliskich.

Seria wydawnicza „Co warto wiedzieć”:

Co warto wiedzieć. Rak skóry, czerniak i znamiona skóry.
Co warto wiedzieć. Rak płuca.
Co warto wiedzieć. Leczenie celowane chorych na nowotwory.
Co warto wiedzieć. Rak nerki.
Co warto wiedzieć. Przerzuty nowotworowe w kościach.
Co warto wiedzieć. Rak piersi.
Co warto wiedzieć. Rak gruczołu krokowego.
Co warto wiedzieć. Rak jelita grubego.
Co warto wiedzieć. Badania kliniczne.
Co warto wiedzieć. Białaczka.
Co warto wiedzieć. Rak wątroby.
Co warto wiedzieć. Rak trzonu macicy.
Co warto wiedzieć. Rak jajnika.
Co warto wiedzieć. Rak szyjki macicy.
Co warto wiedzieć. Immunoterapia.
Co warto wiedzieć. Rak tarczycy.
Co warto wiedzieć. Niedokrwistość w chorobie nowotworowej.
Co warto wiedzieć. Szpiczak.
Co warto wiedzieć. Układ pokarmowy. Powikłania w leczeniu onkologicznym.
Co warto wiedzieć. Działania niepożądane.
Co warto wiedzieć. Prawa pacjenta.
Co warto wiedzieć. Leki biopodobne.
Co warto wiedzieć. Chłoniak Hodgkina.
Co warto wiedzieć. Nowotwory głowy i szyi.
Co warto wiedzieć. Zakażenia wirusowe u pacjentów z chorobą nowotworową.
Co warto wiedzieć. Rak pęcherza moczowego.
Co warto wiedzieć. Rak trzustki.
Co warto wiedzieć. Rak żołądka.
Co warto wiedzieć. Nowotwory dróg żółciowych.

Poradniki są dostępne na stronie internetowej Programu Edukacji Onkologicznej:

www.programedukacjonkologicznej.pl.

Skontaktuj się z nami:

- jeśli jesteś zainteresowany otrzymaniem poradników (osoba prywatna):
biuro.primopro@gmail.com
- jeśli jesteś zainteresowany dystrybucją poradników: zarejestruj się na stronie
www.programedukacjonkologicznej.pl

Wstęp

Poradnik zawiera informacje na temat nowotworów, które powstają w narządach regionu głowy i szyi – omówiona jest charakterystyka wymienionej grupy chorób, objawy i metody rozpoznawania oraz określania stopnia zaawansowania, leczenie i opieka paliatywna prowadzona w celu złagodzenia dolegliwości i uzyskania lepszej jakości życia osób chorych.

Uzyskanie wiedzy na temat postępowania medycznego wobec osób chorujących na nowotwory narządów głowy i szyi może pomóc w aktywnym uczestniczeniu podczas wybierania najlepszej opieki nad Tobą.

Poradnik zawiera również zestawy pytań, które możesz chcieć zadać swojemu lekarzowi. Pomocne może być zabranie listy pytań na wizytę lekarską. W lepszym zapamiętaniu informacji od lekarza pomocne może być robienie notatek podczas rozmowy. Możesz również poprosić członka rodziny lub przyjaciela, aby towarzyszyli podczas wizyty u lekarza i brali udział w dyskusji, notowali lub po prostu słuchali.

Słowa, które mogą być dla Ciebie nowe, zostały zebrane w słowniku pojęć na końcu poradnika. Znajdziesz w słowniku definicje, które być może pomogą Ci zrozumieć słowa i zwroty, które wypowiedane będą przez osoby w Twoim najbliższym otoczeniu lub personel medyczny.

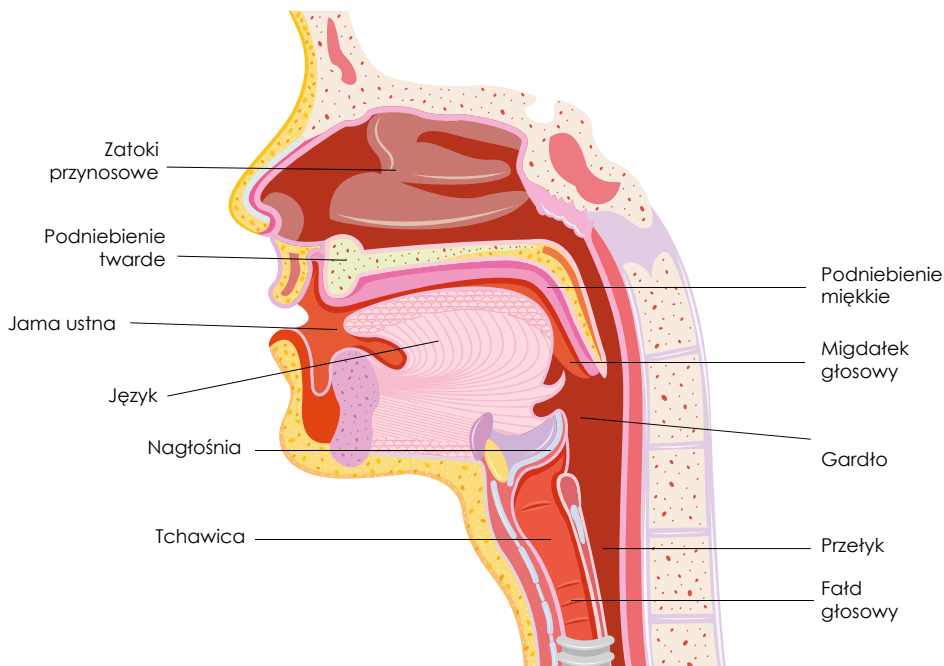
1. Narządy regionu głowy i szyi

Narządy głowy i szyi obejmują wargi, jamę ustną, gardło (dzielone na część nosową, ustną i kraniową), krtań, zatoki przynosowe, struktury oczodołów, gruczoły wydzielające ślinę oraz uszy (Rysunek 1). Czynności narządów głowy i szyi obejmują pobieranie pokarmów (przeżuwanie, wstępne trawienie i przełykanie), oddychanie, tworzenie mowy oraz funkcje zmysłów (węch, smak, wzrok i słuch). Poradnik zawiera informacje na temat nowotworów występujących w wymienionych narządach. Mózg oraz przełyk i tarczyca znajdują się w obrębie głowy i szyi, ale – anatomicznie – są narządami klasyfikowanymi oddzielnie i nowotwory występujące w nich są omawiane oddzielnie.

2. Charakterystyka ogólna nowotworów

Nowotwory mają początek w komórkach, z których składają się tkanki. Tkanki tworzą narządy ludzkiego ciała. Prawidłowe – zdrowe – komórki rosną i dzielą się w miarę potrzeb w sposób kontrolowany. Gdy prawidłowe komórki się starzeją lub ulegają uszkodzeniu, dochodzi do ich obumierania i są zastępowane przez nowe komórki. Czasami wspomniany proces przebiega nieprawidłowo. Nowe komórki powstają, gdy organizm ich nie potrzebuje, a stare lub uszkodzone nie giną tak, jak powinny. Nieprawidłowe namnażanie komórek tworzy zgrubienie tkanki nazywane potocznie guzem, a prawidłowo określane

Rysunek 1. Narządy regionu głowy i szyi



nazwą „nowotwór”. Komórki nowotworowe mogą być łagodne lub złośliwe.

Nowotwory łagodne najczęściej nie stanowią zagrożenia dla zdrowia i życia odróżnieniu od nowotworów złośliwych. Łagodne nowotwory:

- powinny być usuwane, jeżeli ulegają powiększeniu i powodują dolegliwości;
- nie przenoszą się na sąsiadujące narządy;
- nie rozprzestrzeniają się do innych części ciała.

Natomiast złośliwe nowotwory mogą:

- stanowić zagrożenie życia;
- odrastać po usunięciu;
- zajmować sąsiednie tkanki i narządy przez naciekanie;

- rozprzestrzeniać się do innych części ciała w postaci przerzutów odległych.

Możesz zapoznać się także z poradnikiem nr 1 pt. „Po diagnozie. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin”, który został wydany w ramach Programu Edukacji Onkologicznej i dostępny jest do bezpłatnego pobrania w formacie PDF na stronie www.programedukacionkologicznej.pl.

Komórki nowotworowe mogą się rozprzestrzeniać przez oddzielanie się od pierwotnej zmiany i przemieszczanie przez naczynia krwionośne lub naczynia limfatyczne, które dochodzą do wszystkich części ciała. Komórki nowo-

tworowe wnikają do innych narządów i tworzą nowe zmiany nowotworowe, które mogą niszczyć narządy. Rozprzestrzenione komórki nowotworu określone są nazwą przerzutów.

3. Nowotwory narządów głowy i szyi

W narządach głowy i szyi występować mogą nowotwory o różnej budowie. Zdecydowanie najczęściej (około 95%) wywodzą się z komórek wielowarstwowego nabłonka płaskiego wyściełającego błony śluzowe i mają nazwę raków płaskonabłonkowych. Raki płaskonabłonkowe występują najczęściej w krtani, a w dalszej kolejności są rozpoznawane w gardle, jamie ustnej i wargach, zatokach przynosowych i jamie nosa. Ostatnio zwiększa się liczba raków jamy ustnej i gardła i – równocześnie – zmniejsza się częstość raków krtani.

W dużych oraz małych gruczołach ślinowych regionu głowy i szyi występują raki gruczolowe.

Raki narządów głowy i szyi są rocznie w Polsce rozpoznawane u niemal 7000 osób (około 3-krotnie częściej u mężczyzn) i stanowią około 5% wszystkich nowotworów złośliwych.

4. Czynniki ryzyka zachorowania na nowotwory głowy i szyi

Wiadomo, że osoba z określonymi czynnikami ryzyka może być bardziej podatna na rozwój raka umiejscowionego w jednym z narządów głowy

i szyi. Czynniki ryzyka zwiększa prawdopodobieństwo zachorowania.

Czynnikami ryzyka wystąpienia raków płaskonabłonkowych głowy i szyi są:

- **palenie tytoniu;**

Dym tytoniowy jest najważniejszym czynnikiem ryzyka zachorowania głównie na raki krtani i gardła oraz jamy ustnej. Szkodliwe substancje znajdujące się w dymie tytoniowym mogą uszkadzać komórki nabłonka. Palenie papierosów, fajki lub cygara może powodować nowotwory u osób palących oraz niepalących i narażonych na działanie dymu tytoniowego. Należy pamiętać, że narażenie na składniki dymu tytoniowego jest również najważniejszym czynnikiem ryzyka zachorowania na raka płuca oraz ma związek z występowaniem kilku innych nowotworów (np. rak pęcherza moczowego i rak nerki).

- **spożywanie wysokoprocentowego alkoholu;**

Nadmierne spożywanie alkoholu (zwłaszcza wysokoprocentowego) ma – przede wszystkim – związek z nowotworami jamy ustnej i gardła.

- **zakażenie wirusowe;**

Zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego (ang. human papilloma virus; HPV) jest potwierdzoną przyczyną części raków głowy i szyi – w największym stopniu dotyczy raka gardła i w nieco mniejszym raka jamy ustnej. Raki związane z zakażeniem HPV występują częściej w młodszych wiekach i mają odmienny przebieg

oraz lepsze rokowanie, co wynika z większej skuteczności radioterapii i chemioterapii. W niektórych krajach (np. Azja Południowo-Wschodnia) raki nosogardła mają związek z zakażeniem wirusem Epsteina-Barr (Epstein-Barr virus; EBV).

- **występowanie nieprawidłowych stanów błon śluzowych;**

Niektóre zmiany błon śluzowych (np. rogowacenie lub pogrubienie) są stanami przedrakowymi, które (szczególnie przy współdziałaniu dymu tytoniowego) mogą przekształcić się w nowotwór złośliwy.

- **drażnienie mechaniczne błon śluzowych;**

Przewlekłe drażnienie błon śluzowych – przykładowo przez nieodpowiednią protezę zębów lub w związku z przewlekłym stanem zapalnym zębów – zwiększa ryzyko wystąpienia raka jamy ustnej.

- **wcześniejsze zachorowanie na inne nowotwory tytoniozależne;**

Osoby, które wcześniej chorowały na nowotwory zależne od palenia tytoniu (np. rak płuca), są bardziej narażone na rozwój nowotworów głowy i szyi (szczególnie w przypadku, gdy nie zaprzestają palenia).

- **wiek powyżej 50. roku życia;**

Większość osób z rozpoznaniem raka narządów głowy i szyi ma powyżej 50 lat (wyjątek stanowi rak nosowej części gardła częstszy u osób młodszych oraz raki zależne od zakażenia HPV).

Nie udowodniono rodzinnego ryzyka zachorowania na raka narządów głowy i szyi. Naukowcy badają również inne możliwe czynniki ryzyka.

Osoby, które podejrzewają, że mogą znajdować się w grupie ryzyka zachorowania na raka jednego z narządów głowy i szyi (przede wszystkim z powodu wieloletniego palenia papierosów), powinny zasięgnąć porady lekarza. Lekarz może zasugerować sposoby zmniejszenia narażenia na czynniki ryzyka (zaprzestanie palenia) oraz zaplanować odpowiednio wizyty kontrolne. Osoby, które były wcześniej wyleczone z nowotworu tytoniozależnego, powinny regularnie przechodzić badania kontrolne po zakończeniu leczenia.

Zaprzestanie palenia tytoniu jest ważne dla każdego, kto używa wyrobów tytoniowych (korzyści z zaprzestania palenia dotyczą również ludzi, którzy palą przez wiele lat). U osób, które już chorują na raka, zaprzestanie palenia tytoniu może zmniejszyć ryzyko ponownego zachorowania. Zaprzestanie palenia tytoniu może również zwiększyć skuteczność leczenia.

Istnieje wiele sposobów na uzyskanie pomocy – w tym celu:

- zapytaj swojego lekarza o leki lub inne możliwości stosowania nikotyny (np. plastry, guma, pastylki, aerozol do nosa lub inhalator), które pomagają rzucić palenie;
- poproś swojego lekarza o pomoc w znalezieniu lokalnych programów lub specjalistów, którzy pomagają w zaprzestaniu palenia tytoniu;

- porozmawiaj ze swoim lekarzem, który może udzielić rad na temat:
 - sposobów zaprzestania palenia tytoniu,
 - grup, które wspierają osoby chcące zaprzestać palenia tytoniu,
 - publikacji na temat rzucania palenia,
 - tego, jak wziąć udział w badaniach nad metodami zaprzestania palenia tytoniu.

Badania przesiewowe w kierunku nowotworów głowy i szyi nie są prowadzone z powodu nieudowodnienia ich skuteczności, natomiast osoby z grup większego ryzyka zachorowania powinny być poddawane regularnym badaniom w celu wykrycia nowotworu w postaci wczesnej. Możesz porozmawiać z lekarzem o występujących u Ciebie czynnikach ryzyka oraz potencjalnych korzyściach wynikających z badania laryngologicznego pod kątem wczesnego wykrywania.

5. Objawy nowotworów narządów głowy i szyi

Nowotwory narządów głowy i szyi w okresie wczesnym nie powodują specyficznych objawów – chorzy zgłaszają objawy powszechnie występujące w stanach zapalnych jamy ustnej lub górnych dróg oddechowych.

Raki jamy ustnej powodować mogą:

- zgrubienia błony śluzowej;
- owrzodzenia błony śluzowej, które trudno się goją;
- ból podczas przyjmowania pokarmów.

Raki ustnej i kraniowej części gardła mogą wywoływać:

- ból (czasami z promieniowaniem do ucha) lub uczucie pieczenia podczas połykania;
- uczucie obecności obcego ciała w gardle i trudności w przełykaniu.

Raki krani powodować mogą:

- uczucie obecności ciała obcego w gardle oraz ból (często promieniujący do ucha) i trudności w przełykaniu;
- długotrwałą chrypkę.

Raki gruczołów ślinowych mogą być związane z występowaniem – zwykle niebolesnego – powiększenia ślinianek, które szybko powiększają się.

Jeżeli jeden – spośród wymienionych wyżej – objawów utrzymuje się dłużej niż 3 tygodnie, to należy zgłosić się do laryngologa w celu przeprowadzenia odpowiednich badań. Zgłoszenie się do lekarza jest również konieczne w przypadku pojawienia się guza na szyi (szczególnie jeżeli guz ulega powiększeniu).

Wymienione wyżej - wczesne objawy - często nie wynikają z obecności raka, ponieważ są wywoływane również przez inne problemy zdrowotne. Ktokolwiek jednak obserwuje u siebie wymienione objawy powinien możliwie szybko skontaktować się z lekarzem i poddać odpowiednim badaniom oraz – w przypadku wykrycia przyczyny dolegliwości – odpowiedniemu leczeniu.

Objawami wskazującymi na obecność bardziej zaawansowanych zmian są:

- ból samoistny (bez związku z przyjmowaniem pokarmów);

- nieprzyjemny zapach z ust;
- krwawienie z jamy ustnej;
- powiększenie węzłów chłonnych na szyi;
- uczucie zmęczenia występujące nawet podczas niewielkiego wysiłku;
- utrata masy ciała niezwiązana z gorszym odżywianiem;
- zaburzenia słuchu lub inne objawy neurologiczne.

Najmniej wczesnych objawów jest związanych z rakami nosowej części gardła i zatok przynosowych – ograniczenie drożności nosa, krwawienia z nosa, ból lub powiększenie węzłów chłonnych występują w postaciach bardziej zaawansowanych.

6. Rozpoznawanie nowotworów narządów głowy i szyi

Jeżeli obserwujesz niepokojące objawy, które mogą być związane z nowotworem narządów głowy i szyi, lekarz musi sprawdzić przyczynę. Lekarz może pytać o przebyte przez Ciebie choroby lub zwyczaje żywieniowe oraz o palenie tytoniu i spożywanie alkoholu. Może przeprowadzić badanie przedmiotowe i laryngologiczne oraz – w razie potrzeby – skierować Cię na dodatkowe badania.

6.1. Badanie przedmiotowe

Badanie przedmiotowe obejmuje:

- **sprawdzenie ogólnego stanu zdrowia** i stopnia odżywienia;
- **ocenę stanu błon śluzowych** w obrębie głowy i szyi;
- **przeprowadzenie wzniernikowania** w celu dokładnej oceny gardła i krtani; Wzniernikowanie gardła i krtani polega na wprowadzeniu cienkiego przewo-

du, który umożliwia obejrzenie stanu błon śluzowych oraz pobranie próbek materiału z podejrzanych zmian w obrębie błon śluzowych.

- **określenie stanu węzłów chłonnych** i narządów wewnętrznych oraz układu kostnego.

6.2. Badania obrazowe

Badania obrazowe polegają na wykonywaniu:

- **rentgenografii (RTG) klatki piersiowej** w celu wykrycia ewentualnych nieprawidłowości;

- **tomografii komputerowej (TK) regionu głowy i szyi;**

Komputerowa tomografia polega na wykorzystaniu urządzenia rentgenowskiego wykonującego wiele zdjęć przetwarzanych komputerowo, co pozwala uzyskać precyzyjny obraz narządów wewnętrznych. Badanie wykonuje się z wykorzystaniem środka kontrastowego podawanego dożylnie. Badanie TK głowy i szyi pomaga wykryć oraz określić zasięg zmiany pierwotnej, określić naciekanie sąsiednich struktur i zasięg zmian przerzutowych w węzłach chłonnych.

- **tomografii magnetycznego rezonansu (MR) regionu głowy i szyi;**

Badanie MR wykorzystuje działanie pola elektromagnetycznego i nie wymaga stosowania promieniowania rentgenowskiego. Osoba badana znajduje się wewnątrz urządzenia o stałym polu magnetycznym. Badanie jest wykonywane w przypadku trudności diagnostyki za pomocą badania TK głowy i szyi.

- **pozytonowa tomografia emisyjna (PET);**

Badanie PET polega na rejestrowaniu zwiększonej przemiany glukozy znakowanej za pomocą niewielkiej ilości izotopu promieniotwórczego w komórkach nowotworu. Sygnały rejestruje urządzenie (skaner) i wykonuje zdjęcia poszczególnych okolic ciała. Badanie PET jest wykorzystywane w przypadku powiększenia szyjnych węzłów chłonnych bez ujawnionej przy pomocy innych badań zmiany pierwotnej.

- **ultrasonografia (USG) szyi;**

Badanie USG wykorzystuje ultradźwięki. Jest badaniem bezpiecznym. W diagnostyce nowotworów głowy i szyi ma zastosowanie do oceny węzłów chłonnych (szczególnie – podczas i po zakończeniu leczenia).

- **badania RTG żuchwy;**

Badanie RTG żuchwy jest wykonywane w przypadku podejrzenia naciekania przez nowotwory jamy ustnej, ale obecnie jest często zastępowane przez TK twarzoczaszki.

- **badanie scyntygraficzne kości;**

Scyntygrafia rejestruje promieniowanie emitowane przez radioizotopy podawane dożylnie osobie badanej i gromadzące się w kościach. Badanie jest wykonywane w przypadku występowania objawów, które stanowią podejrzenie obecności przerzutów w kościach.

6.3. Inne badania dodatkowe

Niezbędne jest zawsze wykonanie badań morfologii i składników biochemicznych krwi, co pomaga w ocenie czynno-

ści ważnych narządów (np. szpiku, nerek i wątroby).

7. Wykrywanie obecności komórek nowotworowych

Jedyną pewną metodą potwierdzenia obecności nowotworu jest zbadanie mikroskopowe komórek lub tkanek przez patomorfologa. Patomorfolog bada próbkę pod mikroskopem oraz przeprowadza inne testy. Jest wiele sposobów uzyskiwania próbek.

Materiał do badania patomorfologicznego jest uzyskiwany za pomocą różnych metod, którymi mogą być:

- **biopsja zmiany wykrytej podczas badania laryngologicznego;**

Lekarz pobiera fragment zmiany badania obrębie błon śluzowych (biopsja wycinkowa).

- **biopsja gruboigłowa;**

Lekarz pobiera materiał z błon śluzowych za pomocą specjalnej igły.

- **biopsja cienkoigłowa;**

Lekarz używa cienkiej igły, aby pobrać materiał z węzła chłonnego (czasami lekarz używa USG lub TK, aby wprowadzić igłę w odpowiednie miejsce).

Zanim lekarz pobierze próbki do badania, możesz chcieć zadać następujące pytania:

- *Która z procedur diagnostycznych jest zalecana? W jaki sposób zostanie pobrany materiał do badania mikroskopowego?*
- *Czy będę musiał pozostać w szpitalu? Jeżeli tak, to na jak długo?*

- Czy muszę się w określony sposób przygotować?
- Jak długo trwa zabieg biopsji?
- Czy będę przytomny?
- Czy zabieg będzie związany z występowaniem bólu?
- Czy zabieg będzie wykonany w znieczuleniu?
- Czy występuje ryzyko w związku z biopsją?
- Jak szybko będą znane wyniki? Kto je wyjaśni?
- Jeżeli zostanie stwierdzony nowotwór, kto porozmawia ze mną o następnych krokach?

8. Badanie patomorfologiczne w nowotworach głowy i szyi

Lekarz patomorfolog bada materiał uzyskany podczas biopsji pod kątem obecności komórek nowotworowych. Jeżeli odnajdzie komórki nowotworu (np. komórki raka), to wówczas powinien opisać jego rodzaj. Określenie typu raka jest bardzo ważne, ponieważ decyduje o sposobie leczenia. Dodatkowo wskazane jest określenie tzw. stopnia złośliwości, co opiera się na ocenie zróżnicowania komórek nowotworowych. Raki płaskonabłonkowe mogą mieć różny stopień zróżnicowania w zależności od umiejscowienia (np. gorzej zróżnicowane w ustnej i nosowej części gardła, a lepiej zróżnicowane w krtaniowej części gardła). Gorsze zróżnicowanie może wiązać się z bardziej agresywnym przebiegiem choroby.

Większość złośliwych nowotworów narządów głowy i szyi stanowią raki płaskonabłonkowe. Przebieg naturalny raków płaskonabłonkowych polega – przede

wszystkim – na naciekaniu miejscowym i zajęciu regionalnych węzłów chłonnych, a przerzuty do innych narządów występują rzadziej niż w innych nowotworach.

9. Określenie zaawansowania nowotworów głowy i szyi

Aby zaplanować najlepsze leczenie, Twój lekarz musi znać rodzaj nowotworu oraz stopień (stadium) zaawansowania choroby.

Ocena zaawansowania polega na starannie wykonanej diagnostyce w celu określenia zakresu rozprzestrzeniania się nowotworu.

Kiedy rak rozprzestrzenia się z pierwotnego miejsca do innych części ciała, to wtórna zmiana (przerzut) składa się z tego samego rodzaju komórek nowotworowych i ma taką samą nazwę jak pierwotny. Na przykład, jeżeli rak krtani rozprzestrzenia się do płuc, to komórki rakowe w płucach są w rzeczywistości komórkami raka krtani – jest to rak krtani z przerzutami, a nie jest nią rak płuca. Z tego powodu stosowane jest leczenie jak w przypadku raka krtani, a nie w sposób typowy dla raka płuca.

Ustalenie zaawansowania nowotworu może wymagać wykonania badań, które zostały wymienione w punktach nr 6.1., 6.2. i 6.3. (TK, RTG, MR, PET, USG, scyntygrafia kości).

9.1. Stopnie zaawansowania nowotworów głowy i szyi

Lekarze określają stopnie zaawansowania nowotworów głowy i szyi z wykorzystaniem tzw. klasyfikacji TNM, która obejmuje ocenę:

- T – zasięg nowotworu w zmianie pier-

wotnej (4 kategorie – od T1 do T4);

- N – liczbę i umiejscowienie przerzutów w węzłach chłonnych (4 kategorie – od N0 do N3);
- M – nieobecność lub obecność przerzutów odległych (2 kategorie – M0 lub M1).

Sposoby leczenia są różne w zależności od zaawansowania nowotworu. Patrz Rozdział nr 10 „Leczenie”, aby dowiedzieć się na temat możliwych sposobów leczenia.

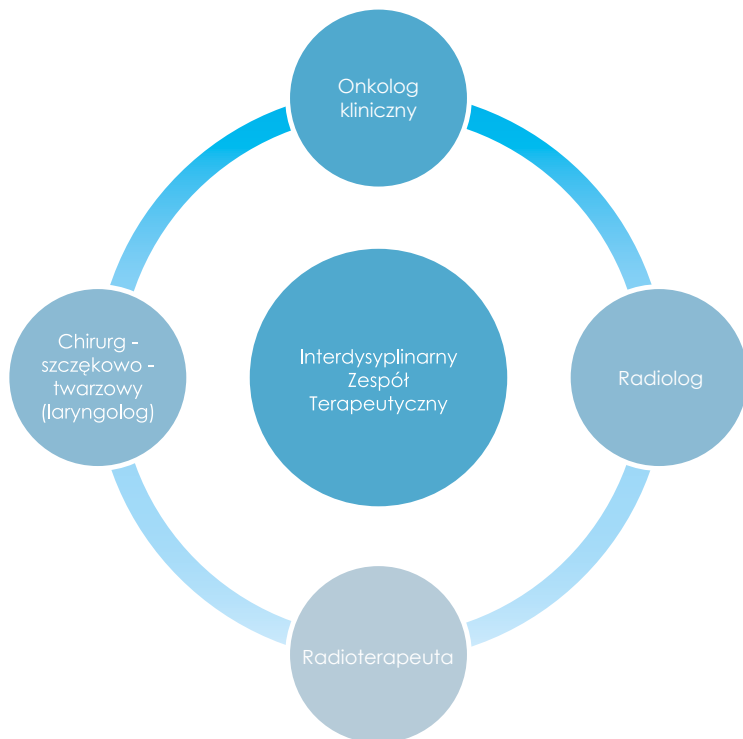
10. Leczenie chorych na nowotwory głowy i szyi

W przypadku wykrycia nowotworu głowy i szyi lekarz powinien skierować Ciebie do

specjalisty mającego doświadczenie w leczeniu chorych na te nowotwory lub poprosić o jego opinię. Leczenie powinno być prowadzone przez zespół specjalistów (Rysunek 2).

Specjalistami zajmującymi się nowotworami głowy i szyi są – między innymi – laryngolodzy i specjaliści chirurgii szczękowej, onkolodzy radioterapeuci i specjaliści z zakresu onkologii klinicznej. W Twoim zespole medycznym mogą znajdować się także specjaliści w zakresie rehabilitacji medycznej, pielęgniarki onkologiczne, dietetycy i specjaliści w zakresie psychologii.

Rysunek 2. Wielospecjalistyczny zespół terapeutyczny



Leczenie chorych na nowotwory złośliwe rejonu głowy i szyi wymaga indywidualnego podejścia do każdego chorego. Wybór metody leczenia zależy od umiejscowienia, zaawansowania i zróżnicowania raka oraz wieku, stanu ogólnego i obecności innych chorób.

Metodami, które są wykorzystywane w leczeniu chorych na nowotwory głowy i szyi, są:

- leczenie chirurgiczne;
- radioterapia samodzielna;

- radiochemioterapia;
- radioterapia skojarzona z terapią ukierunkowaną molekularnie;
- chemioterapia indukcyjna;
- chemioterapia paliatywna;
- immunoterapia;
- leczenie w ramach badań klinicznych.

Wymienione wyżej metody są stosowane w zależności od stopnia zaawansowania nowotworu (Tabela 1).

Tabela 1. Metody leczenia stosowane w nowotworach głowy i szyi

WCZESNY STOPIEŃ ZAAWANSOWANIA (STOPIEŃ I -II)
• Leczenie chirurgiczne lub radioterapia
MIEJSCOWO ZAAWANSOWANY RAK GŁOWY I SZYI (STOPIEŃ III-IV)
• Leczenie operacyjne z rekonstrukcją + pooperacyjna radioterapia lub radiochemioterapia • Radiochemioterapia lub radioterapia w skojarzeniu z leczeniem celowanym • Chemioterapia indukcyjna z następową chemioradioterapią • Badania kliniczne kojarzące immunoterapię z chemioradioterapią i leczeniem operacyjnym
WZNOWA MIEJSCOWA LUB CHOROBA Z PRZERZUTAMI ODLEGŁYMI (STOPIEŃ IV)
• Leczenie chirurgiczne (tzw. chirurgia ratująca), jeśli zmiana jest operacyjna • Chemioterapia paliatywna • Immunoterapia • Badania kliniczne

Możesz chcieć zadać lekarzowi następujące pytania, zanim rozpocznieś leczenie:

- *Jakie jest stadium zaawansowania mojej choroby?*
- *Czy rak rozprzestrzenił się poza narządy głowy i szyi? Jeśli tak, dokąd?*
- *Jakie to są możliwości leczenia? Jakiego są zalecane dla mnie? Dlaczego?*
- *Czy będę poddawany kilku różnym metodom leczenia?*
- *Jakie są oczekiwane korzyści z każdego ze sposobów leczenia?*
- *Jakie jest ryzyko i możliwe następstwa niepożądane dla każdego ze sposobów leczenia?*
- *Co możemy zrobić, aby opanować niepożądane następstwa leczenia?*
- *Co mogę zrobić, aby przygotować się na leczenie?*
- *Czy będę musiał długo pozostać w szpitalu? Jeżeli tak, to na jak długo?*
- *W jaki sposób leczenie wpłynie na moje codzienne życie?*
- *Czy udział w badaniach klinicznych jest dla mnie wskazany?*
- *Jak często powinienem zgłaszać się do kontroli po zakończeniu leczenia?*

10.1. Leczenie chirurgiczne (operacyjne)

Leczenie operacyjne jest jedną z podstawowych metod terapeutycznych stosowanych u chorych z nowotworami głowy i szyi – powinno być zawsze rozważane u chorych z nowotworem we wczesnym stadium zaawansowania klinicznego, ale jest również stosowane u chorych z bardziej zaawansowanymi nowotworami (najczęściej razem z radioterapią i chemioterapią).

W leczeniu operacyjnym dąży się do całkowitego wycięcia nowotworu wraz

z bezpiecznym, szerokim marginesem tkanek zdrowych (przynajmniej 3-5 mm w ocenie mikroskopowej, która dokonywana jest przez lekarza patomorfologa). Równie istotne jest zachowanie sprawności funkcji mowy oraz przeżuwania, drożności naturalnych dróg oddechowych oraz drogi pokarmowej – konieczne jest wykonywanie rekonstrukcji w celu pokrycia ubytków powstałych po usunięciu zmian nowotworowych. Zabiegi rekonstrukcyjne są nieodłącznym elementem operacyjnego leczenia w nowotworach głowy i szyi w celu uzyskania dobrych efektów estetycznych i czynnościowych.

Przed wyrażeniem zgody na operację każdy chory powinien uzyskać informacje o zakresie planowanego zabiegu. Obszar operowany obejmuje jamę ustną, gardło lub krtań i często konieczne jest wytworzenie tracheostomii, czyli otworu w tchawicy, do którego wprowadza się rurkę tracheostomijną. Jest to element niezbędny do zapewnienia możliwości oddychania po zabiegu. W momencie wygojenia się ran pooperacyjnych bardzo często rurka tracheostomijna jest usuwana i można oddychać swobodnie przez usta. Zdarzają się jednak sytuacje, w których istnieje konieczność pozostawienia tracheostomii.

W wielu przypadkach konieczne jest usunięcie układu chłonnego szyi (węzłów chłonnych szyi), które jest wskazane w przypadku stwierdzenia przerzutów w węzłach chłonnych. W razie przerzutów obustronnych lub po stronie przeciwnej do guza istnieje konieczność obustronnego wycięcia układu chłonnego. Natomiast w przypadku pojedynczego przerzutu po stronie guza, można roz-

ważyć jednostronne wycięcie węzłów chłonnych.

Po usunięciu guza oraz węzłów chłonnych często konieczne jest założenie w tych miejscach drenów (wężyków z buteleczkami), które służą do zebrania nadmiaru krwi z okolicy operowanej. Nie należy przejmować się obecnością tych urządzeń, gdyż po kilku dniach są one usuwane.

W okresie po zabiegu chirurgicznym chorzy przebywają w szpitalu, gdzie są otoczeni opieką pielęgniarską oraz lekarską. Elementy opieki obejmują pielęgnację ran pooperacyjnych, leczenie objawów związanych z przebytą operacją (przede wszystkim łagodzenie dolegliwości bólowych) oraz odpowiednie odżywienie. Jeżeli przed operacją nie została zabezpieczona sztuczna droga do odżywiania, którą jest gastrostomia (polega na wprowadzeniu gumowego wężyka do żołądka przez przednią ścianę brzucha), to po zabiegu trzeba założyć sondę nosowo-żołądkową. Umożliwia to odpowiednie odżywienie specjalnymi preparatami, które przyspieszają gojenie ran i rekonwalescencję po zabiegu.

Podjmując decyzję o chirurgicznym usunięciu nowotworu, należy wziąć pod uwagę preferencje i oczekiwania chorych. Uszkodzenie struktur zlokalizowanych w rejonie głowy i szyi, może spowodować znaczne uszkodzenia strukturalne, kosmetyczne oraz funkcjonalne, co może doprowadzić do znacznego obniżenia jakości życia.

Decyzje dotyczące leczenia są indywidualne, gdyż mają ogromne znacze-

nie – dotyczą postrzeganie samego siebie, spraw zawodowych i osobistych oraz jakości i długości życia.

Możesz zapoznać się także z poradnikiem nr 9 pt. „Ból w chorobie nowotworowej. Poradnik dla pacjentów i ich rodzin”, który został wydany w ramach Programu Edukacji Onkologicznej i dostępny jest do bezpłatnego pobrania w formacie PDF na stronie www.programedukacionkologicznej.pl.

Przed operacją możesz chcieć zadać lekarzowi następujące pytania:

- *Jaki rodzaj operacji jest dla mnie wskazany?*
- *Jak będę się czuć po operacji?*
- *Jeżeli będę odczuwać ból, to czy będzie on kontrolowany?*
- *Jak długo pozostanę w szpitalu?*
- *Czy następstwa uboczne będą się utrzymywać przez długi czas?*
- *Kiedy będę mógł powrócić do moich normalnych czynności?*

10.2. Radioterapia

Radioterapia jest kolejną – podstawową – metodą leczenia chorych na nowotwory głowy i szyi. Leczenie to prowadzone jest przez lekarza specjalistę radioterapii onkologicznej.

Przed rozpoczęciem radioterapii każdy chory przechodzi etap tzw. planowania leczenia, który obejmuje:

- wytworzenie maski do radioterapii, w której pacjent będzie leżał w aparacie do napromieniania;
- symulacja ułożenia w aparacie, co umożliwia dobranie wygodnej pozycji i precyzyjne przeprowadzenie napromieniania;

- wykonanie badania TK, które pomoże lekarzowi w wyznaczeniu odpowiedniego obszaru radioterapii.

Należy pamiętać, że przygotowanie planu leczenia jest czasochłonne i może potrwać około 2 tygodnie. W zależności od zaawansowania choroby, przebytego wcześniej leczenia oraz czynników dodatkowych (takich jak wiek pacjenta, choroby dodatkowe, stan ogólny) lekarz radioterapeuta wykonuje plan radioterapii.

W radykalnej radioterapii, gdy napromienianie jest główną metodą leczenia, stosuje się frakcjonowanie (dawkowanie) po 180-200 cGy na 1 dawkę do dawki całkowitej 6600-7000 cGy – leczenie trwa od 30 do 35 dni bez sobót i niedziel, co oznacza 6 lub 7 tygodni). Rozwój technik komputerowych umożliwia rutynowe stosowanie precyzyjnych metod napromieniania, którymi są radioterapia trójwymiarowa (3D CRT) oraz radioterapia z zastosowaniem modulacji intensywności wiązki (IMRT). Do zalet tych nowoczesnych metod radioterapii należą:

- lepsza ochrona zdrowych tkanek;
- możliwość podwyższenia dawki w miejscu guza nowotworowego.

Możliwe jest także modyfikowanie dawki lub czasu napromieniania – przykładem jest stosowanie tzw. hiperfrakcjonowania, które polega na napromienianiu 2-3 razy dziennie dawką frakcyjną mniejszą niż 2 Gy bez zmiany całkowitego czasu leczenia.

W części nowotworów (np. raki jamy ustnej oraz zatok obocznych nosa) po operacji wskazana jest radioterapia

uzupełniająca. Konieczność napromieniania pooperacyjnego wyznacza:

- brak doszczętności wycięcia;
- niepewna radykalność resekcji (np. resekcja guza we fragmentach);
- rozproszony charakter naciekania tkanek sąsiednich przez raka;
- niskie zróżnicowanie raka;
- przerzuty w węzłach chłonnych.

Radioterapię uzupełniającą stosuje się do dawki 6000 cGy z możliwością podwyższenia do 6600-7000 cGy w obszarach o najwyższym ryzyku nawrotu choroby.

Jedną z metod radioterapii jest terapia protonowa. Jednak wskazania do terapii protonowej są wąskie i dotyczą – między innymi – nowotworów podstawy czaszki i okolicy okołordzeniowej, nowotworów zatok obocznych nosa o różnej budowie histologicznej, nowotworów wieku dziecięcego wymagających napromieniania osi mózgowo-rdzeniowej oraz wysoko zróżnicowanych glejaków. Protonoterapia nie stanowi leczenia z wyboru u chorych z rakami głowy i szyi.

Radioterapia skojarzona z chemioterapią jest wartościową metodą u chorych na miejscowo zaawansowane raki płaskonabłonkowe narządów głowy i szyi zlokalizowane w obrębie gardła lub krtani. W trakcie napromieniania chorzy otrzymują cisplatynę (lek cytotoksyczny, który ma za zadanie uwrażliwić komórki raka na działanie radioterapii) w 2-3 dawkach co 21 dni lub co tydzień w mniejszej dawce.

Jednocześnie z chemioterapią podawane są leki wspomagające (przeciwwymiotne i przeciwozbrękowe) oraz stosowane jest nawodnienie, co poprawia tolerancję leczenia.

U chorych z przeciwwskazaniami do cisplatyny możliwe jest podczas leczenia skojarzonego stosowanie leku ukierunkowanego molekularnie, którym jest cetuksymab. Zgodnie z programem lekowym cetuksymab w skojarzeniu z radioterapią powinien być stosowany u chorych z zaburzeniami czynności nerek, upośledzeniem słuchu oraz polineuropatią (więcej o tym w punkcie 10.4).

Bardzo istotnym elementem jest przygotowanie pacjenta do leczenia, które cechuje się licznymi działaniami niepożądanymi (Tabela 2). Krytycznym czynnikiem jest zapewnienie dodatkowej sztucznej drogi odżywiania za pomocą gastrostomii. Ponieważ w trakcie napromieniania bardzo często pojawiają się problemy z połykaniem, założenie gastrostomii umożliwia odpowiednie odżywianie w trakcie terapii. Utrata masy ciała jest złym czynnikiem rokowniczym i może prowadzić do przerw w terapii z uwagi na konieczność zmiany planu leczenia.

Tabela 2. Niepożądane działania radioterapii

RADIOTERAPIA - DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE
• popromienne odczyny skórne • popromienne odczyny śluzówkowe • ból • zaburzenia połykania • zaburzenia smaku • zaburzenia powonienia • zaburzenia wydzielania śliny • martwica popromienna kości • utrata masy ciała

Przed rozpoczęciem radioterapii możesz chcieć zadać lekarzowi następujące pytania:

- *Dlaczego potrzebuję leczenia?*
- *Jaki rodzaj radioterapii jest dla mnie wskazany?*
- *Kiedy rozpocznie i zakończy się leczenie?*
- *Jak będę się czuć w czasie leczenia?*
- *Skąd będziemy wiedzieć, że radioterapia działa?*
- *Czy są jakieś długotrwałe skutki uboczne?*

Możesz zapoznać się także z poradnikiem nr 11 pt. „Radioterapia i Ty. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin”, który został wydany w ramach Programu Edukacji Onkologicznej i dostępny jest do bezpłatnego pobrania w formacie PDF na stronie www.programedukacjonkologicznej.pl.

10.3. Chemioterapia

Chemioterapia jest rodzajem leczenia systemowego, który polega na podawaniu leków cytotoksycznych w różnej postaci (tabletki, wlewy dożylnie lub zastrzyki podskórne). Działanie tych leków ma na celu zniszczenie komórek raka.

W przypadku raków rejonu głowy i szyi można zastosować chemioterapię indukcyjną (inaczej – neoadiuwantową) przed właściwym leczeniem radykalnym, które ma doprowadzić do wyleczenia (zwłaszcza przed radiochemioterapią). Neoadiuwantowa chemioterapia może być rozważona w przypadku chorych z masywnymi przerzutami do węzłów chłonnych

szyi, u których regresja (zmniejszenie) wpłynie korzystnie na etap planowania oraz realizacji napromieniania. Stosowane są docetaksel, cisplatyna i fluorouracyl (schemat TPF) – leki podawane są w dniach od 1. do 4. cyklu (cykle powtarzane co 21 dni).

Do chemioterapii indukcyjnej mogą kwalifikować się tylko chorzy w dobrym lub bardzo dobrym stanie ogólnym, bez istotnych, mogących negatywnie wpływać na przebieg leczenia, chorób współistniejących oraz z odpowiednimi badaniami dodatkowymi (np. badania krwi oraz elektrokardiografia).

W trakcie podawania chemioterapii pacjent przebywa w szpitalu, gdzie możliwa jest bieżąca obserwacja stanu chorego oraz tolerancja leczenia. W celu ograniczenia najczęstszych działań niepożądanych chemioterapii chorzy otrzymują leczenie wspomagające (leki przeciwwymiotne i przeciwbrzękowe oraz nawodnienie dożylnie). Wlewy leków trwają od godziny do nawet kilkudziesięciu godzin.

Chemioterapia może być stosowana z założeniem paliatywnym u chorych, u których niemożliwe jest wyleczenie. Ma na celu wydłużenie życia lub/i poprawę stanu zdrowia. W przypadku chorych z nawrotem choroby lub przerzutami odległymi, stosuje się leczenie systemowe oparte na pochodnych platyny (np. schemat PF składający się z cisplatyny podawanej w dniu 1. oraz fluorouracylu w ciągłym wlewie 96-godzinny). Korzyści z zastosowania wymienionej chemioterapii

odnoszą wyłącznie chorzy w dobrym stopniu sprawności bez innych chorób współistniejących. U chorych w gorszym stanie ogólnym można rozważyć podanie metotreksatu lub docetakselu co 3 tygodnie.

Dodanie cetuksymabu do schematu PF poprawia wyniki leczenia i jest dostępne w ramach programu lekowego (patrz – część 10.4.).

Podawanie chemioterapii PF odbywa się w warunkach szpitalnych (pobyt 4- lub 5-dniowy). Natomiast stosowanie metotreksatu lub docetakselu może

odbywać się w Oddziałach Chemioterapii Diennej i nie wiąże się z nocowaniem w szpitalu.

Podawanie chemioterapii wiąże się z ryzykiem wystąpienia działań niepożądanych (Tabela 3). Każdy chory powinien zostać poinformowany o możliwych skutkach ubocznych proponowanego leczenia. Natomiast rolą lekarzy i pielęgniarek jest ograniczenie częstości oraz nasilenia poszczególnych działań niepożądanych przez wdrażanie odpowiedniego leczenia wspomagającego oraz wnikliwą obserwację chorych.

Tabela 3. Niepożądane działania chemioterapii

CHEMIOTERAPIA - DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE

- obniżenie wartości białych krwinek, czerwonych krwinek oraz płytek krwi
- nudności, wymioty, biegunki, zapalenia błon śluzowych, utrata apetytu
- upośledzenie funkcji nerek
- zaburzenia czynności układu sercowo-naczyniowego
- zaburzenia nerwów
- upośledzenie czynności wątroby
- utrata masy ciała

Możesz zapoznać się także z poradnikiem nr 6 pt. „Chemioterapia i Ty. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin”, który został wydany w ramach Programu Edukacji Onkologicznej i dostępny jest do bezpłatnego pobrania w formacie PDF na stronie www.programedukacionkologicznej.pl.

10.4. Leczenie ukierunkowane molekularnie (celowane)

Leczenie ukierunkowane molekularnie (celowane) polega na podawaniu leków, które poprzez łącznie się z różnymi receptorami w obrębie komórek

nowotworu powodują zaburzenia funkcjonowania tych komórek oraz ich śmierć. Jedynym lekiem celowanym stosowanym w leczeniu raków głowy i szyi jest cetuksymab.

Udowodniono, że zastosowanie cetuksymabu z napromienianiem w porównaniu do samodzielnego napromieniania w leczeniu chorych na miejscowo zaawansowane raki głowy i szyi poprawia długość przeżycia oraz czas bez nawrotu choroby. Zastosowanie cetuksymabu – zgodnie z zapisami programu lekowego – jest możliwe w przypadku potwierdzenia obecności medycznych przeciwwskazań do jednoczesnej chemioradioterapii z udziałem cisplatyny, które obejmują:

a) zaburzenia czynności nerek – obecność przewlekłej choroby nerek w wywiadzie, stwierdzenie wartości klirensu kreatyniny poniżej 50ml/min. bez związku z przejściowym odwodnieniem lub potwierdzenie w przynajmniej dwóch badaniach podwyższonej wartości stężenia kreatyniny i/lub mocznika bez związku z przejściowym odwodnieniem;

b) upośledzenie słuchu – stwierdzenie niedosłuchu potwierdzonego badaniem laryngologicznym lub – w przypadku wątpliwości – badaniem audiometrycznym, czyli badaniem słuchu);

c) polineuropatie (zaburzenie czynności nerwów obwodowych) potwierdzone badaniem neurologicznym.

Chorzy powinni być poinformowani o sposobie i częstotliwości podawania leku – kolejne wlewy chory otrzymuje co 7 dni rozpoczynając tydzień przed pierwszą dawką radioterapii, a następnie co tydzień w trakcie radioterapii – w sumie przewidywane jest podanie 7 lub 8 wlewów leku. Leczenie odbywa się w szpitalu, ponieważ wymaga podawania leków zmniejszających ryzyko wystąpienia niektórych działań nie-

pożądanych (w tym – reakcji alergicznej podczas wlewu).

Jednym z istotnych oraz widocznym efektem ubocznym takiej terapii jest wystąpienie wysypki na skórze, która przypomina zmiany trądzikowe. Istnieją obserwacje kliniczne, które wiążą wystąpienie nasilonej wysypki trądzikopodobnej z dobrą odpowiedzią na leczenie.

U chorych z nawrotem nowotworu lub przerzutami odległymi prowadzono badania kliniczne mające na celu opracowanie bardziej efektywnych schematów chemioterapii. W badaniu EXTREME udowodniono możliwość uzyskania dłuższego czasu przeżycia w wyniku stosowania cetuksymabu łącznie z chemioterapią według schematu PF. W Polsce istnieje możliwość zastosowania powyższego schematu w ramach programu lekowego u chorych z nawrotowymi lub przerzutowymi rakami jamy ustnej lub gardła. Leczenie to jest prowadzone w szpitalu – chorzy otrzymują chemioterapię z cisplatyną lub karboplatiną i fluorouracylem co 21 dni maksymalnie do 6 kursów oraz cetuksymab co tydzień. Wlewy cetuksymabu są następnie kontynuowane do stwierdzenia progresji choroby (powiększenie zmian nowotworowych) lub wystąpienia poważnych działań niepożądanych związanych z leczeniem. Działania uboczne związane ze stosowaniem cetuksymabu zostały wymienione w Tabeli 4.

Tabela 4. Niepożądane działania cetuksymabu

LECZENIE UKIERUNKOWANE MOLEKULARNIE (CETUKSYMAB) - DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE
• suchość skóry • osutka trądzikopodobna • zapalenie wąków paznokciowych (paronychia) • zapalenie spojówek • zespół suchego oka • zapalenie rogówki • biegunka • reakcje alergiczne

Przed rozpoczęciem terapii ukierunkowanej lub chemioterapii możesz chcieć zadać lekarzowi następujące pytania:

- Czy podjęcie decyzji o leczeniu będzie poprzedzone wykonaniem badań genów?
- Jakie leki będą podawane? Jakie są oczekiwane wyniki?
- Kiedy rozpocznie się i zakończy leczenie? Jak często będę otrzymywać leczenie?
- Gdzie będę otrzymywać leczenie?
- O co powinienem się zatroszczyć podczas leczenia?
- Skąd będzie wiadomo, że leczenie działa?
- O jakich efektach ubocznych powinienem informować?
- Czy mogę zapobiec lub zmniejszyć którekolwiek z efektów ubocznych?
- Czy pojawią się jakieś długotrwałe skutki uboczne?

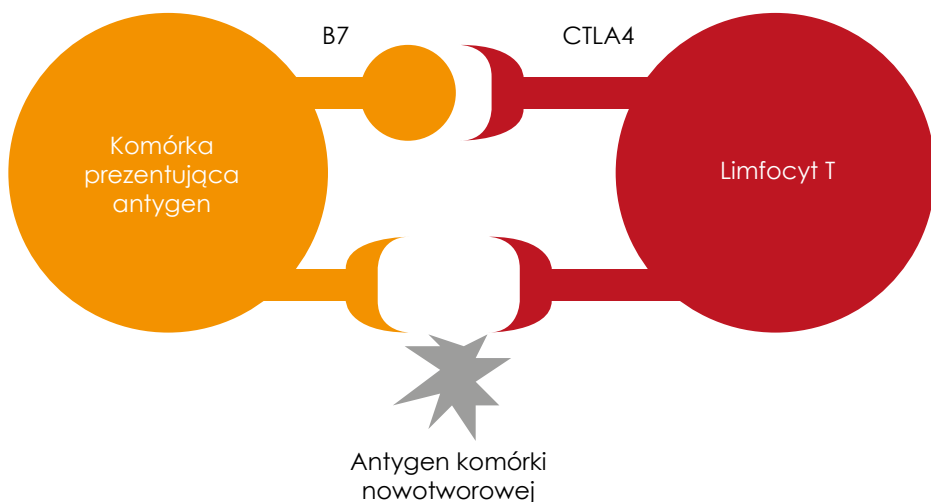
Możesz zapoznać się także z poradnikiem pt. „Leczenie celowane chorych na nowotwory”, który został wydany w ramach Programu Edukacji Onkologicznej i dostępny jest do bezpłatnego pobrania w formacie PDF na stronie www.programedukacionkologicznej.pl.

10.5. Immunoterapia

Immunoterapia jest nową metodą i polega na pobudzeniu układu immunologicznego. Uproszczone działanie przeciwnowotworowe układu immunologicznego i mechanizmy działania leków anty-CTLA4, anty-PD1 i anty-PDL1 zostały przedstawione na Rysunku 3.

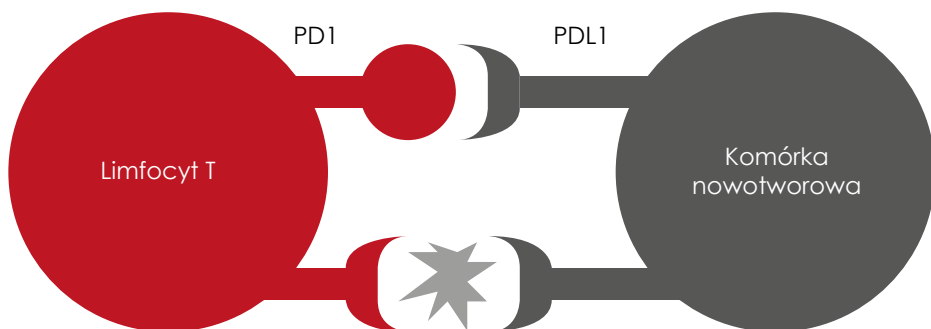
Rysunek 1. Funkcjonowanie układu immunologicznego

A. Faza, w której komórka prezentująca antygen „uczy” limfocyt T rozpoznawać antygen komórki nowotworowej (jest to faza tzw. „przygotowania” odpowiedzi immunologicznej).



Jeżeli w fazie „przygotowania” zachodzi wzajemne oddziaływanie receptora B7 komórki prezentującej antygen i receptora CTLA4 na limfocycie T, to dochodzi do hamowania aktywności limfocytu T. Przeciwciała anti-CTLA4 (ipilimumab, tremelimumab) uniemożliwiają tę hamującą interakcję, przez co stymulacja limfocytów T nie zostaje zablokowana.

B. Faza, w której limfocyt T „rozpoznaje” komórkę nowotworową i ją niszczy – jest to faza „wykonawcza” (efektorowa) odpowiedzi immunologicznej.



Jeżeli w fazie efektorowej dojdzie do wzajemnego oddziaływania receptora PD1 limfocytu T i receptora PDL1 na komórce nowotworowej, to dochodzi do hamowania aktywności limfocytu T. Przeciwciała anti-PD1 (niwolumab, pembrolizumab) i anti-PDL1 (atezolizumab, awelumab i durwalumab) uniemożliwiają wymienione działanie hamujące, przez co aktywność limfocytów T nie zostaje zablokowana.

Pierwszym przeciwciałem monoklonalnym ukierunkowanym na cząsteczkę CTLA-4, które zostało zarejestrowane w onkologii był ipilimumab (lek nie jest stosowany u chorych na nowotwory głowy i szyi). Do leków hamujących PD1 zaliczamy niwolumab oraz pembrolizumab, które są zarejestrowane w leczeniu chorych z nowotworami rejonu głowy i szyi.

W Polsce istnieje możliwość stosowania niwolumabu w ramach programu lekowego u chorych na nowotwory głowy i szyi, u których doszło do progresji choroby (nawrót w miejscu pierwotnie leczonym, wystąpienie przerzutów w narządach odległych) po zastosowaniu wcześniej chemioterapii z cisplatyną lub karboplatiną – jest to tzw. druga linia leczenia.

W badaniu oceniającym skuteczność oraz bezpieczeństwo niwolumabu w porównaniu do standardowej chemioterapii drugiej linii wykazano korzyść z zastosowania immunoterapii. W grupie chorych otrzymujących ten nowoczesny lek stwierdzono dłuższe przeżycia, lepszą odpowiedź pod postacią zmniejszania nacieków nowotworu oraz lepszą tolerancję terapii – występowало mniej działań ubocznych.

Podawanie niwolumabu odbywa się podczas 1-dniowego pobytu w szpitalu w odstępach 14-dniowych. Wlew trwa 30 minut i nie musi być poprzedzony podawaniem innych leków (np. przeciwwymiotnych).

Leczenie trwa do czasu stwierdzenia postępu choroby lub wystąpienia po-

ważnych działań niepożądanych, które uniemożliwiają dalsze stosowanie niwolumabu. Należy pamiętać, że u około 10-15% chorych otrzymujących immunoterapię występuje zjawisko tzw. pseudoprogresji – polega ono na powiększeniu się zmian w początkowym etapie i następnie ich zmniejszaniu podczas trwania terapii. Dlatego też u chorych w stabilnym stanie ogólnym oraz bez wyrażonych skutków ubocznych należy kontynuować leczenie niezależnie od początkowego stwierdzenia progresji choroby.

W innych badaniach klinicznych potwierdzono także skuteczność pembrolizumabu u chorych z nawrotowymi lub przerzutowymi rakami głowy i szyi pierwszej i drugiej linii leczenia, ale lek ten nie jest w Polsce obecnie refundowany.

Immunoterapia, podobnie jak pozostałe terapie systemowe, niesie ze sobą ryzyko wystąpienia skutków ubocznych. Należy zwrócić uwagę na odmienny charakter działań niepożądanych – większość stanowią stany związane z aktywacją układu odpornościowego. Bardziej nasilone działania niepożądane występują u 10-15% chorych. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych podczas immunoterapii postępowanie zależy od nasilenia objawów, odpowiednio wczesnego rozpoznania i etapu leczenia – często immunoterapia jest przerywana na pewien okres i stosowane jest leczenie objawowe (między innymi – kortykosteroidy), ale niekiedy immunoterapię należy zakończyć.

Działania niepożądane immunoterapii dzielimy na:

- jelitowe (biegunka, zapalenia jelit);
- skórne (wysypki, zmiany pęcherzowe);
- wątrobowe (wzrost enzymów wątrobowych, zapalenia wątroby, niewydolność wątroby);
- płucne (autoimmunologiczne zapalenia płuc);
- endokrynologiczne (niedoczynność i nadczynność tarczycy, zapalenie przysadki mózgowej);
- oczne (niewyraźne widzenie, zapalenie spojówek, zapalenie naczyńówki).

Możesz zapoznać się z poradnikiem pt. „Co warto wiedzieć. Immunoterapia”, który został wydany w ramach Programu Edukacji Onkologicznej i dostępny jest do bezpłatnego pobrania w formacie PDF na stronie www.programedukacionkologicznej.pl.

10.6. Opieka paliatywna (leczenie paliatywne/objawowe)

Paliatywna opieka objawowa odgrywa zasadniczą rolę w leczeniu chorych z rakami głowy i szyi w momencie, w którym niemożliwe jest już zastosowanie radykalnego leczenia.

Rozwój choroby nowotworowej oraz przebyte leczenie mogą w znaczący sposób wpływać na funkcjonowanie chorych oraz pojawianie się nieprzyjemnych objawów. Na tym etapie terapii wskazane jest kierowanie do hospicjum domowego, dzięki czemu chory objęty zostanie specjalistyczną opieką zespołu opieki paliatywnej, w którego skład wchodzi: lekarz, pielęgniarka, psycholog, rehabilitant oraz

– w zależności od potrzeb – opiekun duchowy.

Należy bardzo wyraźnie zaznaczyć, że opieka objawowa w warunkach hospicjum domowego może być prowadzona równocześnie z paliatywnym leczeniem onkologicznym (np. paliatywną chemioterapią, paliatywną radioterapią lub immunoterapią). Dlatego też należy chorym przedstawiać możliwość opieki paliatywnej jeszcze w czasie trwania leczenia przyczynowego. Umożliwia to oswojenie się z panującą sytuacją oraz poznanie ludzi, którzy będą sprawować nad nim opiekę często do ostatnich dni życia.

Do najczęstszych objawów, które mogą dotknąć chorych z rakami rejonu głowy i szyi należą:

1. ból – wynikający z nacieków nowotworowych lub jako odległy efekt uboczny przeprowadzonego leczenia (głównie radioterapii), który z uwagi na różne podłoże powinien być leczony w zależności od jego przyczyny. Lekarz prowadzący leczenie onkologiczne lub lekarz opieki paliatywnej może zalecić przyjmowanie jednego lub kilku leków o działaniu przeciwbólowym. W zależności od nasilenia dolegliwości bólowych mogą być stosowane:

- w bólu o niewielkim nasileniu – niesteroidowe leki przeciwbólowe (np. ibuprofen, diklofenak, ketoprofen) oraz paracetamol lub metamizol);
- w bólu o umiarkowanym nasileniu – słabe leki opioidowe (tramadol, kodeina) lub małe dawki silnych opioidów;

- w bólu o silnym nasileniu – silne leki opioidowe (np. morfina);
- leki pomocnicze – kortykosteroidy, leki przeciwdepresyjne. Leki przeciwbólowe mogą występować w postaci plastrów, tabletek lub aerozolu i można dostosować je indywidualnie do potrzeb poszczególnych chorych. Nie należy obawiać się stosowania silnych leków przeciwbólowych z grupy opioidów.

2. duszność – wynikająca z obecności guza w jamie ustnej, gardle lub krtani, które są częścią górnych dróg oddechowych. Często konieczne jest wytworzenie tracheostomii, aby umożliwić swobodne oddychanie. Duszność może być także objawem przerzutów w płucach. Korzystnym działaniem jest w tym wypadku tlenoterapia oraz ćwiczenia oddechowe. Uczuciu duszności może towarzyszyć często niepokój – wówczas lekarz może zalecić stosowanie morfiny.

3. nudności i wymioty – będące następstwem stosowanej chemioterapii lub radioterapii, ale mogące również wynikać z obecności grzybicy w jamie ustnej, infekcji, zaburzeń czynności przewodu pokarmowego. Istnieje wiele leków przeciwwymiotnych, które w razie potrzeby zostaną zalecone przez lekarza. Jednocześnie zastosować można pozafarmakologiczne metody leczenia nudności i wymiotów (np. podawanie mniejszych porcji jedzenia, unikanie potraw wywołujących objawy, zapobieganie występowaniu przykrego zapachu w otoczeniu).

4. brak apetytu i wyniszczenie – w przypadku występowania guzów w obrębie głowy i szyi często pojawiają się problemy z połykaniem, ból przy połykaniu a co za tym idzie zmniejszone przyjmowanie pokarmów, postępująca utrata masy ciała oraz postępujące wyniszczenie; Sposobem zapewniającym drogę odżywiania jest wytworzenie gastrostomii, czyli sztucznego dostępu do żołądka. Umożliwia to podawanie pokarmów, przede wszystkim specjalnie zbilansowanych diet przemysłowych. Chorzy z obecnością sztucznego dostępu żywieniowego powinni być objęci opieką Poradni Żywieniowej.

Twój lekarz może powiedzieć Ci więcej o problemach występujących podczas leczenia i sposobach ich kontrolowania. Problemami mogą być:

- **ból;**

Twój lekarz lub specjalista w zakresie leczenia bólu może zaproponować sposoby, aby usunąć lub zmniejszyć ból.

- **kaszel oraz duszność** i trudności z oddychaniem;

Osoby chorujące na nowotwory głowy i szyi mogą mieć problemy z oddychaniem. Lekarz może skierować Cię do specjalisty zajmującego się chorobami płuc (pulmonolog) lub specjalisty w zakresie rehabilitacji oddechowej. Niektórym chorym pomóc może terapia tlenowa i miejscowe metody zabiegowe.

Możesz zapoznać się z poradnikami nr 7 pt. „Żywnienie a choroba nowotworowa. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową”.

wotworową i ich rodzin", nr 9 pt. „Ból w chorobie nowotworowej. Poradnik dla pacjentów i ich rodzin" oraz poradnikiem pt. „Układ pokarmowy. Powikłania w leczeniu onkologicznym", które zostały wydane w ramach Programu Edukacji Onkologicznej i dostępne są do bezpłatnego pobrania w formacie PDF na stronie www.programedukacjonkologicznej.pl.

11. Odżywianie i aktywność

Ważne jest, aby dobrze się odżywiać i w miarę możliwości pozostawać aktywnym. Potrzebujesz odpowiedniej ilości kalorii, aby utrzymać właściwą wagę podczas i po leczeniu przeciwnowotworowym. Potrzebujesz także wystarczającej ilości białka, witamin i minerałów. Dobre odżywianie się może pomóc Ci czuć się lepiej i mieć więcej energii. Utrzymanie właściwego odżywiania może być trudne. Czasami, zwłaszcza podczas lub krótko po zakończeniu leczenia, możesz nie mieć apetytu. Możesz czuć się niezbyt dobrze lub zmęczony. Możesz odkryć, że pokarmy smakują inaczej niż dotychczas. Ponadto możesz odczuwać nudności, wymiotować, mieć biegunkę oraz suchość w ustach. Lekarz, dietetyk lub inny specjalista może zaproponować Ci sposoby radzenia sobie z tymi problemami.

Wiele osób odkrywa, że czują się lepiej, gdy pozostają aktywni. Spacer, joga, pływanie i inna aktywność fizyczna mogą pomóc Ci utrzymać siłę i podnieść poziom energii. Jakąkolwiek aktywność fizyczną wybierzesz, porozmawiaj z lekarzem, zanim zaczniesz

ćwiczyć. Poinformuj też lekarza lub pielęgniarkę, gdy tylko aktywność wywołuje ból lub inne problemy.

Możesz zapoznać się także z poradnikami nr 7 pt. „Żywność a choroba nowotworowa. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin" lub nr 12 pt. „Moja rehabilitacja. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin", które zostały wydane w ramach Programu Edukacji Onkologicznej i dostępne są do bezpłatnego pobrania w formacie PDF na stronie www.programedukacjonkologicznej.pl.

12. Obserwacja po zakończeniu leczenia

Po zakończeniu leczenia konieczne będą regularne wizyty lekarskie. Nawet jeżeli zmiany nowotworowe nie są już widoczne, choroba czasem powraca, głównie ze względu na ryzyko pozostania niewykrytych komórek nowotworowych.

Wizyty kontrolne pomagają zapewnić wykrycie zmian Twojego stanu zdrowia i zastosowanie – o ile będzie konieczne – odpowiedniego leczenia. Podczas wizyt kontrolnych mogą być przeprowadzane badania lekarskie, badania krwi, badania RTG (w tym – TK), badanie laryngologiczne. Badania kontrolne służą również wykrywaniu późnych powikłań leczenia – wykrycie takich stanów pozwala niejednokrotnie na zastosowanie odpowiednich metod łagodzących.

Jeżeli masz jakiegokolwiek problemy zdrowotne w okresie między wizytami kontrolnymi, skontaktuj się z lekarzem.

Możesz zapoznać się także z poradnikiem nr 13 pt. „Życie po nowotworze. Poradnik dla osób po przebytej chorobie”, który został wydany w ramach Programu Edukacji Onkologicznej i dostępny jest do bezpłatnego pobrania w formacie PDF na stronie www.programedukacionkologicznej.pl.

13. Źródła wsparcia

Wiadomość, że masz nowotwór, może zmienić życie Twoje i osób bliskich. Normalnym stanem jest to, że Ty, Twoja rodzina i Twój znajomi będą mieć różne i czasami trudne do opanowania uczucia. Mogą wystąpić trudności w radzeniu sobie z nimi. Możesz martwić się o opiekę nad swoją rodziną, utrzymanie pracy, kontynuowanie codziennych czynności. Obawy dotyczące leczenia oraz radzenia sobie z niepożądanymi działaniami, pobyty w szpitalu, koszty związane z prowadzeniem leczenia są również częste.

Wiele osób, które zachorowały na nowotwór głowy i szyi, wcześniej paliło papierosy. Możesz mieć wrażenie, że większość lekarzy lub innych osób zakłada, że Ty też jesteś lub byłeś palaczem (nawet, jeżeli tak nie było). Możesz odczuwać odpowiedzialność za zachorowanie na raka lub możesz mieć poczucie oskarżenia ze strony innych osób. Często jest u osób zmagających się z poważną chorobą odczuwanie strachu, poczucia winy, złości i smutku. Pomocnym może być

podzielenie się swoimi uczuciami z rodziną, przyjaciółmi, członkami zespołu medycznego lub inną osobą chorującą na raka.

Możesz zapoznać się także z poradnikiem pt. „Gdy bliski choruje. Poradnik dla rodzin i opiekunów osób z chorobą nowotworową”, który został wydany w ramach Programu Edukacji Onkologicznej i dostępny jest do bezpłatnego pobrania w formacie PDF na stronie www.programedukacionkologicznej.pl.

Możesz także szukać pomocy u:

- lekarzy, pielęgniarek i pozostałych członków zespołu medycznego, którzy potrafią odpowiedzieć na wiele z Twoich pytań;
- pracowników społecznych, terapeutów lub członków stowarzyszeń, jeżeli chcesz porozmawiać o swoich uczuciach lub obawach; często pracownicy społeczni mogą podpowiedzieć źródła pomocy finansowej i w zakresie dojazdów, opieki domowej lub wsparcia emocjonalnego;
- grup wsparcia, które umożliwiają spotkanie się z innymi pacjentami i ich rodzinami, aby podzielić się tym, w jaki sposób nauczyli się radzić sobie z chorobą i skutkami leczenia.

Grupy wsparcia mogą działać w sposób tradycyjny, przez telefon lub przez Internet. Możesz chcieć porozmawiać z członkiem swojego zespołu medycznego lub poprosić ich o pomoc w znalezieniu grupy wsparcia.

14. Nadzieje związane z badaniami nad nowotworami

Lekarze w różnych ośrodkach prowadzą wiele rodzajów badań klinicznych (badania, w których osoby dobrowolnie biorą udział). Badania kliniczne są projektowane po to, aby odpowiedzieć na ważne pytania i odkryć, czy nowe metody postępowania są bezpieczne i efektywne.

Badania te już doprowadziły do postępu, dzięki któremu wiele osób mogło żyć dłużej, a nadal są kontynuowane. Naukowcy sprawdzają metody zapobiegania nowotworom oraz sposoby wykrywania go. Starają się także znaleźć lepsze sposoby leczenia poprzez m.in.:

- zapobieganie;
- wczesne wykrywanie;
- leczenie.

Naukowcy badają wiele sposobów leczenia oraz ich kombinacji. Badania dotyczą kojarzenia poszczególnych metod leczenia. Jeżeli jesteś zainteresowany udziałem w badaniach klinicznych, porozmawiaj z lekarzem. Osoby, które uczestniczą w badaniach klinicznych znacząco przyczyniają się do poszerzenia wiedzy na temat nowotworów oraz możliwości jego kontroli. Badania kliniczne mogą wiązać się z ryzykiem, przed którym badacze starają się jednak chronić swoich pacjentów.

Możesz zapoznać się także z poradnikiem pt. „Co warto wiedzieć. Badania kliniczne”, który został wydany w ramach Programu Edukacji Onkologicznej i dostępny jest do

bezpłatnego pobrania w formacie PDF na stronie www.programedukacionkologicznej.pl.

15. Słownik pojęć

Biopsja cienkoigłowa – metoda pobierania materiału do badania patomorfologicznego za pomocą cienkiej igły.

Błona śluzowa – warstwa komórek wyściełających przewody i jamy ciała (np. nosa lub gardła).

Ból samoistny – ból występujący bez przyczyny, jaką może być uraz lub inny czynnik.

Budowa histologiczna – struktura tkanek oceniana pod mikroskopem.

Chemioterapia indukcyjna – chemioterapia stosowana przed zastosowaniem innej metody leczenia (np. przedoperacyjna) w celu zmniejszenia nowotworu.

Chemioterapia paliatywna – chemioterapia stosowana w celu wydłużenia życia i zmniejszenia dolegliwości.

Chirurgia szczękowa – dział chirurgii zajmujący się chorobami jamy ustnej i twarzowej części głowy.

Choroba współistniejąca – choroba występująca obok podstawowej.

Doszczętność wycięcia – wycięcie całkowite zmiany chorobowej.

Dren – przewód służący do doprowa-

dzania lub odprowadzania płynów z organizmu.

Frakcjonowanie radioterapii – stosowanie części dawki całkowitej napromieniania.

Gastrostomia – wytworzenie otworu z powłokach ciała w celu zapewnienia możliwości podawania dożołądkowego substancji odżywczych.

Glejak – pierwotny nowotwór ośrodkowego układu nerwowego (np. mózgu).

Gruzoł ślinowy – gruczoł wytwarzający ślinę.

Hiperfrakcjonowanie – stosowanie napromieniania 2-3 razy dziennie w obniżonej dawce, co pozwala skrócić całkowity czas leczenia.

Immunosupresja – osłabienie własnej odporności organizmu.

Izotop – odmienna postać atomów pierwiastka chemicznego.

Klasyfikacja TNM – system określania zaawansowania nowotworów (ocena guza pierwotnego, węzłów chłonnych i innych narządów).

Klirens kreatyniny – wskaźnik określający czynność nerek.

Komórka – podstawowy element organizmu.

Leczenie przyczynowe – leczenie zmierzające do usunięcia przyczyny choroby (np. wycięcie nowotworu).

Leczenie wspomagające – postępowanie prowadzone w celu łagodzenia dolegliwości i poprawienia jakości życia oraz zmniejszenia objawów choroby i niekorzystnych następstw leczenia.

Leczenie systemowe – stosowanie leków działających na cały organizm.

Lekarz laryngolog – specjalista w zakresie chorób górnych dróg oddechowych i uszu.

Lekarz patomorfolog – specjalista w zakresie oceny mikroskopowej.

Margines tkanek zdrowych – obwodowa część wyciętego materiału, która nie powinna zawierać komórek nowotworu.

Maska do radioterapii – maska z materiału termoplastycznego umożliwiająca komfortowe ułożenie podczas kolejnych etapów radioterapii.

Naciekanie miejscowe nowotworu – wnikanie komórek nowotworu do sąsiednich struktur.

Naczynia limfatyczne – część układu naczyniowego zawierająca limfę (chłonka – płyn umożliwiający wymianę substancji między krwią i narządami).

Narządy limfoidalne – narządy wchodzące w skład układu chłonnego (np. węzły chłonne lub śledziona).

Neoadiuwantowa chemioterapia – chemioterapia stosowana przed leczeniem miejscowym (np. przed operacją) w celu eliminowania komórek nowotworu.

Nowotwór wtórny – przerzut (zmiana powstała w innym narządzie).

Objawy neurologiczne – objawy ze strony układu nerwowego.

Osutka trądzikopodobna – rodzaj wysypki skórnej podobnej do trądziku młodzieńczego.

Oś mózgowo-rdzeniowa – mózg i rdzeń kręgowy.

Paronychia – ropne zapalenia okolicy paznokciowe.

Polineuropatia – zapalenie wielu nerwów obwodowych objawiające się przykładowo drętwieniami, omrowieniami lub zaburzeniami czucia.

Pozytonowa tomografia emisyjna (PET) – badanie czynnościowe wykorzystujące możliwość rejestrowania wychwytywania glukozy przez komórki nowotworu.

Procedura diagnostyczna – badanie wykorzystywane w rozpoznawaniu lub określaniu zaawansowania nowotworu.

Profil toksyczności leków – charakter działań niepożądanych leczenia.

Program lekowy – program finansowany przez NFZ zapewniający możliwość stosowania określonej metody leczenia.

Progresja choroby – zwiększenie zasięgu zmian chorobowych.

Przeciwciała monoklonalne – przeciwciała skierowane przeciw określonemu

białku wytwarzane z jednego klonu limfocytów.

Przerzuty odległe – zmiany powstałe w innych okolicach ciała w następstwie szerzenia się nowotworu drogą naczyń krwionośnych lub limfatycznych.

Pseudoprogresja – powiększenie się zmian nowotworowych stwierdzane w badaniach obrazowych, które nie wynika z rzeczywistego wzrostu nowotworu (np. wskutek obrzęku).

Radiochemioterapia – stosowanie napromieniania i leczenia systemowego w skojarzeniu.

Radioizotop – izotop wytwarzający promieniowanie.

Radioterapia skojarzona – radioterapia połączona z inną metodą leczenia.

Radioterapia trójwymiarowa (konformalna, 3D CRT) – technika napromieniania planowana trójwymiarowo pozwalająca na zastosowanie najlepszego dawkowania promieniowania w obszarze zmian nowotworowych i oszczędzająca jednocześnie zdrowe tkanki.

Radioterapia z zastosowaniem wiązki intensywnie modulowanej (IMRT) – nowoczesna metoda napromieniania zapewniająca zastosowanie właściwej dawki na nowotwór i oszczędzenie sąsiednich tkanek zdrowych.

Rak płaskonabłonkowy – nowotwór złośliwy pochodzący z komórek nabłonka płaskiego.

Receptory – wyspecjalizowane struktury odbierające sygnały z zewnątrz.

Regresja – zmniejszenie wymiarów.

Rentgenografia (RTG) – metoda badania za pomocą promieniowania rentgenowskiego.

Resekcja guza – wycięcie nowotworu przez chirurga.

Rezonans magnetyczny (MR) – nieinwazyjna metoda diagnostyczna wykorzystująca oddziaływanie fal w wysokim polu magnetycznym.

Rurka tracheostomijna – przewód wprowadzany do tchawicy przez otwór powstały w wyniku nacięcia powłok (zapewnia możliwość oddychania).

Scyntygrafia kości – badanie układu kostnego wykorzystujące ocenę wychwytu substancji znakowanej izotopem.

Sonda nosowo-żołądkowa – rurka wprowadzana przez nos do żołądka w celu zapewnienia możliwości odżywiania.

Ślinianka – gruczoł wytwarzający ślinę. Terapia protonowa – rodzaj radioterapii wykorzystujący cząsteczki (protony).

Terapia ukierunkowana molekularnie – leczenie wykorzystujące cel, jakim są określone białka w organizmie.

Tkanki – struktury złożone z komórek.

Tomografia komputerowa (TK) – metoda diagnostyczna pozwalająca na uzyskanie obrazów tomograficznych (przekrojów) ciała wykorzystująca promieniowanie rentgenowskie.

Tracheostomia – operacyjna metoda zapewnienia drożności górnych dróg oddechowych.

Ultrasonografia (USG) – badanie obrazowe wykorzystujące ultradźwięki do oceny węzłów chłonnych lub narządów.

Wlewy dożylnie – podawanie płynów lub leków przez naczynia żyłne.

Wziernikowanie – metoda umożliwiająca oglądanie narządów wewnętrznych za pomocą specjalnych przyrządów z możliwością pobierania materiału do badania patomorfologicznego.

Zajęcie regionalne węzłów chłonnych – przerzuty nowotworu w okolicznych węzłach chłonnych.

Zatoki oboczne nosa – przestrzenie w kościach twarzoczaszki połączone z jamą nosa.

Zmiana pierwotna – nowotwór w narządzie, w którym powstał.

Zróźnicowanie komórek nowotworowych – stan komórek nowotworu wskazujący na złośliwość



PROGRAM EDUKACJI ONKOLOGICZNEJ

Zapraszamy na naszą stronę internetową

www.programedukacionkologicznej.pl



Na stronie Programu dostępne są m. in.

- poradniki dla pacjentów i bliskich
- poradniki dla wolontariuszy
- mapa miejsc, w których dostępne są poradniki
- bezpłatne wersje ponad 40 publikacji do bezpłatnego pobrania w formacie PDF
- możliwość odczytu poradników on-line!



www.facebook.com/ProgramEdukacjiOnkologicznej



www.instagram.com/program_edukacji_onkologicznej/



Nowotwory narządów głowy i szyi są istotnym problemem we współczesnej onkologii stanowiąc około 6% wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe. Jest to nieco zapomniana medialnie grupa nowotworów, o której mówi się nieporównanie mniej niż o raku piersi, płuca lub jelita grubego. Przekaz wiedzy o nowotworach głowy i szyi jest krytycznie ważny.

Możliwości wyleczenia są ściśle uzależnione od stopnia zaawansowania nowotworu w chwili rozpoznania. We wczesnym zaawansowaniu leczenie jest skuteczne i prowadzi do trwałego wyleczenia u większości chorych, a dodatkowo nie wiąże się z ryzykiem niekorzystnych skutków czynnościowych i estetycznych. Niestety, większość chorych na nowotwory głowy i szyi w chwili rozpoznania jest w zaawansowanym stadium choroby, kiedy konieczne jest stosowanie agresywnego leczenia, skutkującego gorszymi wynikami i związanego z ryzykiem działań niepożądanych obniżających jakość życia.

Z tego powodu ważne jest reagowanie na podejrzane objawy, które często są zbliżone do powszechnie występujących stanów zapalnych. Jeśli takie objawy jak chrypka, ból gardła, trudności w przełykaniu, uczucie ciała obcego w gardle, zgrubienie lub owrzodzenie śluzówek jamy ustnej utrzymują się dłużej niż 3 tygodnie, konieczne jest zgłoszenie się do lekarza specjalisty (laryngologa, chirurga szczękowego lub onkologa). Podobnie pojawienie się guza na szyi, który ulega powiększeniu, stwarza konieczność konsultacji lekarskiej.

Wczesne rozpoznania to najprostsza droga do wyleczenia w przypadku nowotworów głowy i szyi. Pomocą ma być niniejszy poradnik.

Prof. dr hab. med. Andrzej Kawecki

Sfinansowane
w ramach Programu:



**PROGRAM EDUKACJI
ONKOLOGICZNEJ**

Organizator:



**Polskie Towarzystwo
Onkologii Klinicznej**

Patronat:

fundacja tam
i z powrotem

Wydawca:

PRIMOPRO