

# DIAGNOSTIČNI ALGORITMI RAKA POŽIRALNIKA

*Borut Štabuc*

## Uvod

Rak požiralnika ima med vsemi raki glede na geografsko razširjenost najbolj različno stopnjo incidence. Med posameznimi državami in bližnjimi skupinami prebivalcev kot tudi znotraj posamezne skupine so ugotovili 17-kratne razlike v incidenci. Razmerje med moškimi in ženskami je običajno 3:1. Najpogosteje obolevajo moški nad 60. letom. Najvišjo incidenco (140/100.000 prebivalcev) ugotavljajo v nekaterih pokrajinah Kitajske, v Singapuru in Iranu, najnižjo (3,4/100.000 prebivalcev) v ZDA. V Evropi je incidenca 5; rak je pogostejši na Finskem, v Islandiji, Franciji in Švici (1).

V obdobju 1963-90 je zbolelo v Sloveniji za rakom požiralnika 1850 moških in 367 žensk. V opazovanem 28-letnem obdobju je incidenca raka požiralnika zmerno naraščala pri moških, medtem ko je bila pri ženskah ustaljena (2). Po podatkih Registra raka za Slovenijo je bilo leta 1992 86 novih primerov raka požiralnika pri moških in 18 pri ženskah (incidenca 8,9 za moške in 1,8 za ženske) (3).

## Dejavniki tveganja

Vzrok nastanka raka požiralnika ni znan. Pomembni etiološki dejavniki so: pomanjkljiva prehrana, pomanjkanje vitaminov, uživanje prevroče hrane in pijač, kajenje, uživanje alkohola, poškodbe sluznice požiralnika z jedkimi snovmi in anemija zaradi pomanjkanja železa.

Bolj pogosto se rak požiralnika pojavlja v družinah s tilozo. Tiloza je avtosomno dominantna bolezen. Spoznamo jo po hiperkeratozi dlani in podplato ter po papilomih v požiralniku. Pri bolnikih z ahalazijo je verjetnost nastanka raka 20%. Nastane pri 1 do 4% bolnikov s kavstično poškodbo požiralnika, pri manj kot 1% bolnikov z divertikli v požiralniku in s Plummer-Vinsonovim sindromom ter pri 4% uspešno zdravljenih bolnikov z rakom želodca in pljuč. Pogostejši je pri bolnikih z refluksnim vnetjem požiralnika, ki je vzrok t.i. Barrettovemu požiralniku. Zaradi kroničnega draženja sluznice pride v spodnjem delu požiralnika do metaplazije želodčne sluznice. Barrettov ezofagitis je predrakasto stanje za žlezni rak požiralnika (1,4,5).

## Klinični znaki

Najpogostejša simptoma, ki ju ugotovimo pri 90% bolnikov, sta oteženo požiranje in hujšanje (1,5). Disfagija, oteženo požiranje nastane, ko se lumen

požiralnika zoži na manj kot 13 mm. Lahko nastane nenadno, običajno pa imajo bolniki motnje pri požiranju 3 do 6 mesecev, predno pridejo na pregled k zdravniku. Disfagija se pojavlja sprva občasno, kasneje pa vse pogostejše in je odvisna od trdote in velikosti koščkov zaužite hrane. Težave, ki naraščajo pri požiranju sprva čvrste hrane, kasneje pa tudi tekočin, govorijo za postopno napredujočo oviro, predvsem za karcinom. Odinofagijo ali boleče požiranje, ki običajno spremlja vnetne bolezni ustne votline in žrela, ugotovimo pri 50% bolnikov z rakom požiralnika (1).

Regurgitacija, vračanje neprebavljene hrane nad zožitvijo povzroča neprijeten zadah, prekomerno slinjenje, kašljanje in aspiracijo v dihalne poti.

Zaradi dobre krvne in limfne oskrbe požiralnika se rak hitro širi v sosednje organe: v sapnik, grlo, velike žile in aorto, plevro, perikard, pljuča, jetra in hrbtenico. Zaradi traheoezofagealne fistule se lahko pojavita kašelj in aspiracijska pljučnica. Zaradi prodora raka v aorto pride do masivne krvavitve. Bolečina za prsnico ali nad žličko, kolcanje, hripavost in sindrom zgornje vene kave nastanejo zaradi širjenja bolezni v medpljučje. Plevralni izliv, ascites, zasevki v pljučih, nadključničnih bezgavkah, jetrih in skeletu so znak napredovale (metastatske) bolezni.

## Diagnostični postopki

V diagnostičnem postopku je najpomembnejša anamneza. Na rak požiralnika pomislimo vselej, kadar moški, starejši od 60 let, dolgoleten kadilec in pivec alkoholnih pijač, toži zaradi oteženega požiranja hrane in hitrega hujšanja. Z anamnezo lahko ugotovimo, na katerem mestu je odebelina, ki ovira požiranje hrane. Rakavo tvorbo v zgornji tretjini požiralnika ugotovimo pri 10% bolnikov, v v srednji tretjini pri 40%, v spodnji tretjini pa pri 50% bolnikov. Klinično ne moremo ločiti raka v spodnji tretjini požiralnika od raka želodca v predelu kardije.

S splošnim kliničnim pregledom ugotovimo bolnikovo splošno psihofizično stanje (performance status), splošno stanje prehranjenosti, morebitne zasevke v nadključničnih bezgavkah, sindrom zgornje vene kave, plevralni izliv, povečana jetra. Bolečina na udar v hrbtenici ali prsnici je sumljiva za zasevke v skeletu. Z ORL pregledom lahko ugotovimo okvaro povratnih živcev, do katere pride zaradi širjenja raka v medpljučje.

S krvnimi preiskavami ne moremo ugotoviti bolezni. Spremembe v celotni krvni sliki, diferencialni beli krvni sliki in sedimentaciji eritrocitov so neznačilne. Spremembe, ki jih nahajamo v biokemičnih laboratorijskih izvidih, so običajno posledica razširjene bolezni. Povišanje laktat dehidrogenaze (LDH) je sumljivo za zasevke v pljučih in plevri, povišane aminotransferaze, alkalna fosfataza, gama GT za zasevke v jetrih, hiperkalcemija za nastanek paraneoplastičnega sindroma ali zasevkov v kosteh.

Tumorskih markerjev za rak požiralnika ne poznamo.

Ob sumu na rak požiralnika napotimo bolnika na rentgensko slikanje pljuč in na kontrastno rentgensko slikanje požiralnika. Slika pljuč pokaže morebitne

spremembe v medpljučju in pljučih. S kontrastnim rentgenskim slikanjem najdemo 90% rakov požiralnika. S slikanjem ugotovimo dolžino tumorja, način rasti (rakava sprememba je vidna kot okvara v polnitvi ali kot tumor, ki raste v lumen požiralnika) in morebitne ezofagorespiratorne fistule. Po kontrastnem rentgenskem slikanju napotimo bolnika na pregled k specialistu, ki bo opravil endoskopski pregled.

Endoskopski pregled (ezofagoskopija) opiše tip lezije na sluznici, pokaže obliko rasti tumorja, globino začetka tumorja, merjeno od zgornjih zob, stopnjo zožitve, morebitne znake fistule in rast raka v želodec. S pregledom odvzetega tkiva pri biopsiji ali celic pri krtačenju dobimo dodatne podatke o tipu raka oziroma histološko in/ali citološko potrditev bolezni. Rak požiralnika je v 90% rak povrhnjih celic (epidermoidni, skvamozni rak). Žlezni rak (adenokarcinom) običajno nastane v Barrettovem požiralniku. Sarkomi, limfomi in drobnocelični rak so redki.

Bolnika, pri katerem obstaja, glede na kontrastno rentgensko preiskavo velika verjetnost za rak požiralnika, oz. bolnika z endoskopsko in histološko diagnozo rak požiralnika napotimo na pregled k torakalnemu kirurgu v bolnišnico v Mariboru ali v Klinični center v Ljubljani. Bolnike z lokalno napredovalo boleznijo ali z oddaljenimi zasevki napotimo na pregled k onkologu.

Bronhoskopija, UZ trebuha, endoluminalni UZ požiralnika, CT pregled požiralnika in citološke punkcije povečanih bezgavk so preiskave, ki jih naroča specialist, usmerjen v zdravljenje bolezni požiralnika. Po končanem diagnostičnem postopku specialist določi klinični stadij (cTNM) in bolnika predstavi na timskem kirurško-onkološkem konziliju, ki bo odločil o načinu zdravljenja.

## **Nadzor nad bolniki z rakom požiralnika**

Zaradi majhnega števila bolnikov z rakom požiralnika opravlja kontrolne preglede operiranih bolnikov kirurg, samo konzervativno zdravljenih bolnikov pa internist onkolog in radioterapevt onkolog. Kontrolni pregledi so prvi dve leti po začetku zdravljenja vsake 3 mesece, nato do končanega 5 leta vsakih 6 mesecev in kasneje enkrat v letu, brez prekinitve.

Pri kontrolnem pregledu so obvezne laboratorijske preiskave: kompletna krvna slika, železo, feritin, nasičenost transferina, aminotransferaze, gama GT, alkalna fosfataza, LDH. Pri vsakem pregledu naredimo rentgensko sliko prsnega koša. Vse druge preiskave so odvisne od anamnestičnih podatkov, kliničnega pregleda, laboratorijskih izvidov in stanja bolnika.

Za vsakega umrlega bolnika moramo ugotoviti datum in vzrok smrti. Če je bil bolnik obduciran zabeležimo obducijsko diagnozo in vzrok smrti ter določimo avtopsijski stadij bolezni (6).

## Literatura

1. Roth JA, Lichter AS, Putman JB, Forastiere AA. Cancer of the esophagus. In: DeVita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA eds. Cancer principles & practice of oncology. Vol 2. 4 th ed. Philadelphia: Lippincott 1993: 776-17.
2. Pompe-Kirn V, Zakotnik B, Volk N in sod. Preživetje bolnikov z rakom v Sloveniji 1963-1990. Ljubljana, Onkološki inštitut, 1995.
3. Incidenca raka v Sloveniji 1992. Ljubljana: Onkološki inštitut, Register raka za Slovenijo 1995.
4. Benulič T. Rak požiralnika. Onkologija. Ljubljana 1994:238-41.
5. Cancer treatment (3rd edition) WB Saunders Company Philadelphia, London, Toronto, Montreal, Sydney, Tokyo. 1990:207-17.
6. Orel J in sod. Rak požiralnika. Malignomi prebavil. Priporočila za celostno obravnavo bolnikov z malignomi prebavil v republiki Sloveniji (v tisku).