Streszczenie w języku polskim

Zajęcie przerzutami węzłów przedkrtaniowych jest dobrze znanym negatywnym prognostykiem u chorych na raka krtani. Węzły te są zlokalizowane w polu szyjnym VI, pomiędzy chrząstką tarczowatą i pierścieniowatą. Węzły te, należące do węzłów środkowych szyi, nazywane są węzłami Delfickimi ze względu na ich wpływ na losy pacjenta.

cel:

Celem tej analizy jest ocena znaczenia klinicznego węzła Delfickiego u pacjentów z wczesnym rakiem głośni, porównanie ilości wznów węzłowych i miejscowych oraz przeżyć (całkowitych i z zachowaniem narządu) u pacjentów z pozytywnym i negatywnym węzłem przedkrtaniowym.

Metoda:

W Klinice Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej w Poznaniu w latach 1989-2008 wykonano 212 laryngektomii rekonstrukcyjnych u pacjentów w stopniu zaawansowania T1b i T2 z zajęciem spoidła przedniego. Wśród tej liczby było 114 pacjentów po laryngektomii wg Calearo, 71 pacjentów po cricohyoidoepiglotopeksji (CHEP), 20 po laryngektomii wg Sedlačka-Tuckera i 7 po cricohyoidopeksji (CHP). Cała ta grupa została retrospektywnie przeanalizowana. We wszystkich 212 przypadkach oceniono wpływ obecności przerzutów w węźle Delfickim i jego korelację względem klinicznych i histopatologicznych czynników takich jak wiek, płeć, stopień zaawansowania guza oraz ich wpływ na pojawienie się wznowy miejscowej czy węzłowej oraz na przeżycia.

Wyniki:

Spośród 212 pacjentów, u 75 podczas pierwotnego leczenia w okolicy przedkrtaniowej zlokalizowano, pobrano podejrzaną tkankę i przesłano do badania histopatologicznego (w 16 przypadkach była to tkanka tarczycy, 11-tkanka łączna, 34-tkanka węzłowa). W 137 pozostałych przypadkach nie pobrano tkanki przedkrtaniowej ponieważ po odsłonięciu jej nie stwierdzono materiału do pobrania –były to tylko mięśnie i powięź. W16przypadkach stwierdzono przerzuty do węzłów chłonnych regionu VI. Wznowa węzłowa i miejscowa wystąpiła u 37 pacjentów spośród 212 (17,5%). Stwierdzono pozytywną korelację pomiędzy wznową miejscową i przerzutami do węzła Delfickiego. Spośród 20 pacjentów, którzy rozwinęli wznowę miejscową, 13 miało pozytywny węzeł przedkrtaniowy (p<0,005). Również w grupie pacjentów, u których w toku obserwacji po zabiegu mieliśmy do czynienia ze wznową węzłową, odnotowano wysoce istotną statystycznie zależność z wystąpieniem przerzutu w węźle Delfickim przy pierwotnym zabiegu. W grupie 22 pacjentów ze wznową węzłową, 12 miało

65dodatni węzeł przedkrtaniowy, a 10 negatywny (p<0,005). Analiza wykazała, że wskaźnik przeżycia pacjentów z zachowaniem narządu również istotnie zależał od przerzutu raka głośni do regionu VI. Dla pacjentów z pozytywnym węzłem wyniósł 62,5%, zaś z negatywnym 93,88%. Obecność przerzutów w węźle przedkrtaniowym miało duży wpływ także na całkowite przeżycie pacjentów (p=0,004). Było to odpowiednio 38,7 miesięcy (87,5% 3-letnich przeżyć) dla pacjentów z dodatnim węzłem i 49,3 miesięcy (96,7% 3-letnich przeżyć) dla pacjentów z ujemnym węzłem Delfickim.

Wnioski:

Węzeł Delficki powinien być oceniony histologicznie przy okazji każdego zabiegu techniką otwartą aby dostarczyć informacji odnośnie ewentualnej operacji węzłowej, czujniejszego postępowania pooperacyjnego i zmiany strategii „follow up”. Przerzuty wczesnego raka głośni do węzłów poziomu VI zaliczamy do negatywnych czynników prognostycznych. Co więcej, ta grupa pacjentów jest obciążona zwiększonym ryzykiem wznów węzłowych, wznów miejscowych, krótszych czasów przeżycia i ryzykiem utraty narządu głosu. Zaleca się by poszukiwać i pobierać materiał regionu VI w poszukiwaniu węzłów przedkrtaniowych u wszystkich pacjentów poddanych chirurgii otwartej. Jeśli mamy do czynienia z podejrzanym węzłem Delfickim, to przy pierwotnym leczeniu chirurgicznym należy uważnie usunąć całą tkankę przedkrtaniową i zwrócić szczególną uwagę na wszystkie regiony boczne szyi w poszukiwaniu potencjalnych przerzutów. Należy się zastanowić czy nie byłoby celowe rozważenie leczenia uzupełniającego w grupie pacjentów z potwierdzonym histopatologicznie przerzutem do węzła przedkrtaniowego