

# Rak krtani u kobiety w ciąży – opis przypadku

## Laryngeal cancer in pregnancy – a case report

JOANNA KOBIORSKA-NOWAK, TADEUSZ MIERZWA

Oddział Otolaryngologii Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego, ul. Grunwaldzka 45, 25-376 Kielce

Autorzy omawiają przypadek 39-letniej kobiety w ciąży, palącej i nadużywającej alkoholu, u której w drugim trymestrze ciąży z powodu raka krtani z przerzutem do węzłów chłonnych szyi przeprowadzono całkowitą laryngektomię z częściowym usunięciem gardła i limfadenektomią radykalną. Autorzy podkreślają trudności powstające podczas diagnostyki i planowania etapów terapii oraz konieczność współpracy między laryngologiem, położnikiem i anestezjologiem. Cztery lata operacji pacjentka nie wykazuje cech wznowy raka. Dziecko rozwija się prawidłowo.

*Otorynolaryngologia, 2005, 4(3), 159-161*

**Słowa kluczowe:** rak krtani, ciąża, laryngektomia, opis przypadku

In the article the authors discuss the case of 39-year-old pregnant female tobacco-smoking and alcohol-drinking patient subjected to a total laryngectomy and partial pharyngectomy with radical neck dissection and lymphadenectomy due to laryngeal tumor and metastasis to the nodes of the left neck in the second period of her pregnancy. The authors emphasize the difficulties arising during the diagnosis and the planning phase of the therapy and the necessity of close interdisciplinary cooperation between otorhinolaryngologist, obstetrician and anaesthesiologist. After surgery, the patient has been free of recurrences for four years. The child develops properly.

*Otorynolaryngologia, 2005, 4(3), 159-161*

**Key words:** larynx cancer, pregnancy, laryngectomy, case report

Rak krtani jest wciąż wiodącym problemem w onkologii laryngologicznej. Występowanie tej choroby u kobiet jest rzadkie, zwłaszcza w okresie wieku rozrodczego [1, 2]. Rak krtani u kobiet stanowi 1-10% wszystkich guzów złośliwych krtani i zgodnie z różnymi autorami występowanie tego schorzenia w wieku rozrodczym kobiet nie jest brane pod uwagę [3, 4]. W literaturze znajdujemy nieliczne publikacje przypadków jednoczesnego występowania raka krtani i ciąży [1-7].

Obecnie istnieje tendencja do opóźniania ciąży do późnego wieku reprodukcyjnego, co w rezultacie daje wzrost ciąż komplikowanych przez współistnienie nowotworu złośliwego [4, 8], w tym również raka krtani. Z drugiej strony wiadomym jest, że rozwój raka płaskonabłonkowego w obrębie głowy i szyi związany jest z nałogiem palenia tytoniu i picia alkoholu, które to coraz częściej, w ostatnich latach, obserwuje się właśnie u kobiet [9]. Występowanie raka krtani współistniejącego z ciążą wydaje się być wyjątkowe i jest niewątpliwie wyjątkowym wyzwaniem dla klinicysty.

W artykule przedstawiono przypadek kobiety, która będąc w drugim trymestrze ciąży z powodu raka krtani z przerzutami do węzłów chłonnych, przebyła laryngektomię całkowitą z częściowym usunięciem gardła oraz

radykalną limfadenektomią szyi po stronie lewej. Przypadek omówiono ze szczególnym uwzględnieniem trudności, które pojawiły się podczas diagnostyki i planowania terapii.

### OPIS PRZYPADKU

39-letnia kobieta I.G., nr hist. chor. 24405/2000, Grav VI, Hbd 23, nałogowo paląca papierosy i nadużywająca alkoholu, zgłosiła się do Oddziału Laryngologicznego WSZ w Kielcach, z powodu utrzymującej się od roku chrypki i niebolesnego zgrubienia na szyi po stronie lewej od około miesiąca. W wywiadzie: leczona z powodu gruźlicy płuc w 1997 r., w 18 tygodniu ciąży hospitalizowana z powodu zagrażającego poronienia. W przeprowadzonej laryngoskopii pośredniej uwidocznił się egzofityczny guz okolicy nadgłośnia, przechodzący przy podstawie nagłośni na stronę lewą. Lewy fałd głosowy niezmienny, o prawidłowej ruchomości. Prawy fałd głosowy przysłonięty przez zwisający naciek nowotworowy, błona śluzowa gardła dolnego i zachyłki gruszkowate bez zmian.

Wykonano 2-krotnie direktoskopię i pobrano wyinki z guza krtani oraz wykonano biopsję cienkoigłową

(BAC) węzła chłonnego szyjnego, piętra środkowego po stronie lewej. W wycinkach z guza krtani nie znaleziono utkania nowotworowego. BAC wykazała obecność komórek nowotworowych. W związku z powyższym podjęto decyzję, po uprzedniej konsultacji ginekologiczno-położniczej i anestezjologicznej, o leczeniu chirurgicznym z wykonaniem śródoperacyjnego badania histopat.

Zabieg wykonano w znieczuleniu ogólnym, w pierwszym etapie przeprowadzono limfadenektomię radykalną szyi po stronie lewej metodą Crile'a. W badaniu śródoperacyjnym uzyskano potwierdzenie *Ca planoepitheliale akeratodes G 2*. W drugim etapie, z powodu rozległości, nacieku wykonano laryngektomię całkowitą z usunięciem części nasady języka oraz częściowym usunięciem gardła po stronie lewej. Makroskopowo stwierdzono duży guz nowotworowy u podstawy nagłośni, pełzający ku górze po krtaniowej powierzchni nagłośni po stronie lewej i częściowo pośrodkowo oraz wchodzący do łoży przednagłośniowej i nasady języka po stronie lewej, naciekający krtani do górnej powierzchni głośni, częściowo wypełniający lewy zachyłek gruszkowaty (podśluzówkowo). Przebieg zabiegu prawidłowy. W 10-ej dobie usunięto dren do karmienia.

Podczas pobytu chora wielokrotnie konsultowana przez lekarzy ginekologów-położników, wykonano niezbędne badania w celu oceny prawidłowości rozwoju płodu. Pobyt w szpitalu wydłużony został z powodu ropienia pod płatem, które wystąpiło po 3 tygodniach od zabiegu. W tym okresie pacjentka również bez zaburzeń ze strony położniczej. Po operacji chorą skierowano do Kliniki Medycyny Matczyno-Płodowej Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi w celu przedterminowego rozwiązania ciąży. Poród spontaniczny, przedwczesny w 34 tygodniu ciąży, noworodek płci męskiej, o masie ciała 2600 g, dł. ciała w cm 48, APG 8. Następnie po porodzie wdrożono uzupełniające leczenie napromienianiem na okolicę szyi i łożę po usuniętej krtani.

Obecnie, 4 lata po wykonanej laryngektomii i limfadenektomii oraz uzupełniającej radioterapii matka nie wykazuje cech wznowy, dziecko rozwija się prawidłowo.

## DYSKUSJA

W związku ze zmianą stylu życia wzrasta ryzyko występowania nowotworów głowy i szyi [8] u kobiet w ciąży, w tym stosunkowo rzadko występujących raków krtani. Dawna hipoteza, iż z powodu zmian immunologicznych i hormonalnych zachodzących podczas ciąży zwiększa się u kobiet w tym stanie tendencja do wzrostu guzów złośliwych nie została jednoznacznie potwierdzona. Nie ma także żadnych dowodów na to, że ciąża wpływa na biologiczne zachowanie się guza nowotworowego w obrębie głowy i szyi [4, 8]. U kobiet obserwuje się przy

tym większą tendencją do występowania guzów nagłośniowych w porównaniu z mężczyznami [8].

Planowanie odpowiedniej terapii raka krtani u kobiety ciężarnej jest niezwykle trudnym zadaniem dla klinicysty. W każdym przypadku wybrany model postępowania winien być rozpatrzony indywidualnie i uwzględniać zarówno zdrowie matki, jak i najmniej toksyczny wpływ zastosowanych metod na płód.

W zależności od stadium choroby, typu histologicznego oraz czynników zależnych od samej pacjentki, takich jak: wiek, ogólny stan zdrowia, preferencje chorej, leczenie odbywa się na drodze chirurgii, radioterapii lub ich kombinacji. Chemioterapia jest raczej rzadko stosowana, wyłącznie w paliacji lub w celu ograniczenia i lepszej kontroli ogniska pierwotnego przed chirurgią czy radioterapią [3].

Spośród wszystkich możliwych metod terapeutycznych chirurgia jest metodą najmniej ingerującą w rozwój płodu, w porównaniu z radioterapią i/lub chemioterapią [4, 8]. Na podstawie doświadczeń przeprowadzonych w USA [10] (gdzie rocznie operowanych jest ok. 50 tysięcy kobiet w ciąży) uznano, że teratogeny efekt znieczulenia ogólnego jest bez znaczenia, natomiast koniecznym jest uzmysłowienie sobie faktu, iż płód jest niezwykle wrażliwy na hipoksję i hipotonię, jak również, w okresie pooperacyjnym, istnieje większe zagrożenie wystąpienia zakrzepicy u chorej ciężarnej [4]. Dlatego znieczulenie ogólne powinno być we właściwy sposób prowadzone tzn. powinno dążyć się do utrzymania stałego ciśnienia tętniczego krwi i unikać hypotonii oraz utrzymywać właściwy poziom leków zwiotczających. W przypadku spadku ciśnienia może dojść do niedotlenienia płodu z wszystkimi następstwami, zaś w przypadku toksyczności leków – do poronienia czy porodu przedwczesnego, w zależności od fazy ciąży [11].

Gdy istnieją wskazania do zastosowania chemioterapii, powinno się uwzględnić okres ciąży [4, 8]. Zastosowanie cytostatyków w pierwszym trymestrze ciąży, zależnie od dawki i czasu trwania leczenia (głównie antagoniści kwasu foliowego – metotreksat – i ich metabolity) prowadzi do zaburzeń organogenezy. Jeżeli zaś chemioterapia zastosowana jest w drugim i trzecim trymestrze powoduje ono uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego [12]. Cytostatyki mogą spowodować także nieteratogenne skutki jak: poronienie, poród przedwczesny, niską wagę urodzeniową, opóźnienie wzrostu płodu czy toksyczne uszkodzenie mięśnia sercowego [8, 10]. O ile jest to możliwe powinno się unikać stosowania chemioterapii w ciąży.

Niepomyślne skutki napromieniania DNA płodu determinuje czas i dawka napromieniania, frakcjonowanie, wielkość napromienianego pola oraz stadium ciąży. Teratogenne działanie napromieniania występuje

szczególnie w czasie organogenezy powodując zwłaszcza uszkodzenia mózgu jak np. mikrocefalia [10]. Radioterapia zastosowana w pierwszym trymestrze niesie za sobą ekstremalnie wysokie ryzyko uszkodzenia płodu, stąd, w przypadku gdy jest zalecana, nawet pomimo

szczególnej osłony na okolicę podprzeponową, powinna być odłożona do momentu rozwiązania ciąży.

Aktualne przeżycie ciężarnych i nie będących w ciąży kobiet z równoważnym typem nowotworu jest niemal jednakowe [8].

## Piśmiennictwo

1. Albrechtsen S, Julseth E, Olofsson J i wsp. Outcome of pregnancy and childbirth following laryngectomy. *Acta Obstet Gynaecol Scand* 1994; 73: 83-84.
2. Pagiotopoulos A, Matschke R, Faber P. Schwangerschaft und Larynxkarzinom. *Gebursth Frauenhelikd* 1993; 53: 64-65.
3. Brophy JW. Squamous cell carcinoma of the larynx in pregnancy. *Arch Otolaryngol* 1973; 97: 480-481.
4. Pytel J, Gerlinger I, Arany A. Twin pregnancy following in vitro fertilisation coinciding with laryngeal cancer. *ORL* 1995; 57: 232-234.
5. Chumakov FI. Laryngeal cancer in pregnancy. *Vest Otorinolaryngol* 1970; 32: 113-114.
6. Ferlito A, Nicolai P. Laryngeal cancer in pregnancy. *Acta Otorhinolaryngol Belg* 1980; 34: 706-709.
7. Matschke RG, Graber T, Panagiotopoulos A. Ein Kehlkopfkarcinom in der Schwangerschaft. *HNO* 1994; 42: 505-508.
8. Bradley PJ, Raghvan U. Cancers presenting in the head and neck during pregnancy. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2004; 12: 76-81.
9. Ferlito A, Devaney S, Carbone A i wsp. Pregnancy and malignant neoplasma of the head and neck. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1998; 107: 991-997.
10. Jacob JH, Stringer CA. Diagnosis and management of cancer during pregnancy. *Perinatology* 1990; 14: 79-87.
11. Ferlito A, Olofsson J. Pregnancy and cancer of larynx. (w) *Diseases of Larynx*. Ferlito A (red.). Arnold, London 2000: 809-813.
12. Doll DC, Ringenberg OS, Yarbo JW. Antineoplastic agents and pregnancy. *Oncology* 1989; 116: 337-346.