

Analiza przypadków gastrostomii wykonanych u pacjentów z zaawansowanymi nowotworami regionu głowy i szyi

The analysis of gastrostomy cases performed in patients with advanced-stage head and neck tumors

MAGDALENA ZIÓŁKOWSKA^{1/}, STANISŁAW BIEŃ^{1,2/}

^{1/} Dział Otolaryngologii Chirurgii Głowy i Szyi, Świętokrzyskie Centrum Onkologii, ul. Artwińskiego 3, 25-734 Kielce

^{2/} Zakład Onkologii, Terapii i Opieki Paliatywnej, Wydział Nauk o Zdrowiu Akademii Świętokrzyskiej w Kielcach

Wprowadzenie. Gastrostomia ze wskazań paliatywnych, wykonana w okresie rozpoczynającego się dopiero niedożywienia, znacząco poprawia jakość życia chorego. Coraz powszechniej stosowane skojarzone leczenie chemioterapią i radioterapią w przypadkach zaawansowanych oraz przeprowadzanie złożonych, rozległych rekonstrukcji w obrębie górnego odcinka drogi oddechowej i pokarmowej, powinny uwzględniać również gastrostomię jako element przygotowujący pacjenta do radykalnego leczenia.

Cel pracy. Celem pracy była prezentacja i analiza 64 przypadków chorych z zaawansowanymi nowotworami regionu głowy i szyi, u których wykonano gastrostomię w celach paliatywnych lub jako część planowego leczenia radykalnego.

Materiał i metody. W latach 2001–2006 gastrostomię wykonano u 64 pacjentów leczonych w Dziale Otolaryngologii Chirurgii Głowy i Szyi Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach. W analizowanej grupie dominowali mężczyźni (89,1%), a najczęstszym rozpoznaniem był rak krtani i krtaniowej części gardła (45,5%). Materiał opracowano na podstawie dokumentacji chorych oraz bieżących obserwacji klinicznych.

Wyniki. Głównym wskazaniem do gastrostomii była dysfagia (82,8%). Jedynie w 17,2% przypadkach zastosowano gastrostomię przed podjęciem radykalnego leczenia pacjenta bądź jako element postępowania w przypadku powikłań po operacji. U pozostałych pacjentów było to leczenie paliatywne; u chorych tych średni okres przeżycia po gastrostomii wynosił 52 dni. W 86% przypadkach wykonano gastrostomię klasyczną metodą Kadera lub Witzela, a w 14% przypadkach gastrostomię przezskórną endoskopową (*percutaneous endoscopic gastrostomy* – PEG). Nie zanotowano ciężkich powikłań związanych z operacją. W 8/11 przypadków po zakończeniu leczenia radykalnego gastrostomię zamknięto.

Wnioski. U chorych z zaawansowanymi nowotworami regionu głowy i szyi należy dążyć do poszerzenia wskazań do gastrostomii wykonywanych jako element planowego leczenia radykalnego, a nie tylko jako postępowania paliatywnego.

Słowa kluczowe: rak głowy i szyi, niedożywienie, gastrostomia, PEG

Introduction. Gastrostomy with palliative intention, performed at early stages of patient's malnutrition improves significantly the quality of life. The combination of chemo- and radiotherapy, as well as modern reconstructive procedures used to treat advanced head and neck tumors, often call for the gastrostomy as a planned step of radical treatment.

Aim. The aim of study was a presentation and analysis of 64 cases of gastrostomy performed as palliative or a part of radical treatment in patients with advanced head and neck tumors.

Material and methods. Between 2001 and 2006, 64 gastrostomy procedures were performed at the Dept. of Otolaryngology Head and Neck Surgery. The study group consisted mainly of males (89.1%) and laryngeal or laryngeal part of pharynx cancer was the most frequent diagnosis (45.5%). The data for the study was obtained from clinical records and follow-up.

Results. Dysphagia (82.8) was the main clinical indication for gastrostomy. Only in 17.2% of cases, gastrostomy was performed before the radical treatment or as an element of the treatment of post-surgery complications. The remaining gastrostomy procedures were performed as part of palliative treatment; in those cases, mean life expectancy was 52 days. The classic gastrostomy modo Kader or Witzel was performed in 86% of cases and percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) in 14% of cases. No severe complications due to gastrostomy were recorded. In 8 out of 11 cases the stoma was closed after the radical treatment had been completed.

Conclusions. In patients with advanced head and neck cancers one should attempt to extend the indications for gastrostomy as an element of curative treatment plan rather than implementing it as a solely palliative procedure.

Key words: head and neck cancer, malnutrition, gastrostomy, PEG

WSTĘP

W ostatnich 20 latach dokonała się zasadnicza ewolucja poglądów dotyczących roli gastrostomii w leczeniu nowotworów głowy i szyi. Gastrostomia postrzegana kiedyś jako krańcowy etap paliatywnego leczenia zaburzeń drożności górnego odcinka drogi pokarmowej, dzisiaj coraz częściej staje się rutynowym elementem leczenia skojarzonego zaawansowanych przypadków nowotworów głowy i szyi. O zmianie podejścia do żywienia dojelitowego drogą gastrostomii zdecydowało również wprowadzenie w latach 80. ubiegłego wieku techniki przezskórnej endoskopowej gastrostomii (*percutaneous endoscopic gastrostomy* – PEG) – techniki łatwiejszej, bezpieczniejszej i mniej obciążającej chorego [1]. Coraz częściej PEG zastępuje żywienie poprzez dren nosowo-żołądkowy, a intensywna alimentacja drogą żywienia dojelitowego zapobiega skutkom niedożywienia, pogarszającego zarówno efektywność przyczynowego leczenia nowotworów, jak i obniżającego jakość życia chorych leczonych paliatywnie [2].

Problem prawidłowej oceny i leczenia niedożywienia u chorych z zaawansowanymi nowotworami głowy i szyi, klasyfikację wskazań do żywienia dojelitowego, jak też omówienie różnych metod chirurgicznych żywienia dojelitowego – ich zalet i powikłań zwrócić w odrębnej publikacji [3].

Celem pracy była prezentacja i krytyczna analiza 64 przypadków gastrostomii wykonanych u chorych z zaawansowanymi nowotworami regionu głowy i szyi.

PACJENCI I METODY

Przeprowadzono retrospektywną analizę grupy 64 pacjentów z nowotworami złośliwymi głowy i szyi, u których w latach 2001-2006 wykonano zabieg gastrostomii w Świętokrzyskim Centrum Onkologii. Charakterystykę chorych zawarto w tabelach I i II. Podstawą do opracowania materiału były historie choroby, protokoły operacyjne oraz bieżące obserwacje kliniczne. Liczbę i rodzaj wykonanych gastrostomii w poszczególnych latach przedstawia rycina 1.

WYNIKI

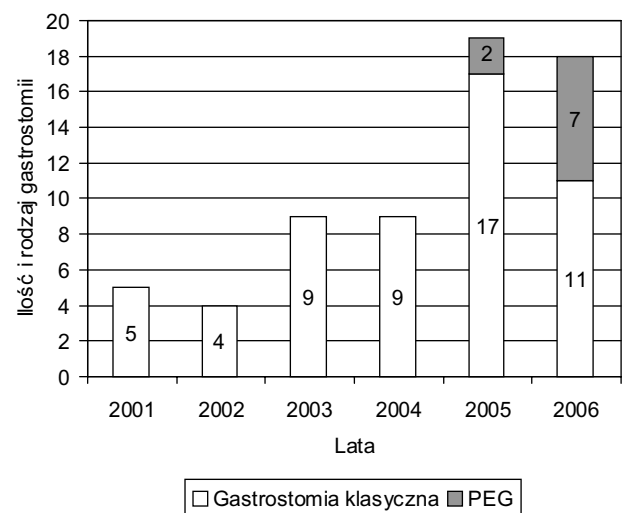
U 53 chorych operację gastrostomii wykonano jako zabieg paliatywny (tab. II). W przeważającej większości przypadków (n=46) wskazaniem do wykonania gastrostomii było niepowodzenie leczenia pierwotnego i dysfagia spowodowana rozległą wznową miejscową i/lub węzłową nowotworem. W 7 przypadkach założono gastrostomię u pa-

Tabela I. Charakterystyka chorych z nowotworami głowy i szyi, u których wykonano gastrostomię (n=64)

Płeć	n	Wiek = min - max	Średnia wieku
Mężczyźni	57 (89,1%)	44–79 lat	62,5 roku
Kobiety	7 (10,9%)	50–65 lat	57,3 roku
Łącznie	64 (100,0%)	44–79 lat	60, 5 roku

Tabela II. Choroba podstawowa i wskazania do wykonania gastrostomii

Wskazania	Leczenie paliatywne	Element leczenia radykalnego	Ogółem
Rak krtani i gardła dolnego	22	7	29
Rak ustnej części gardła	13	3	16
Rak jamy ustnej	12	1	13
Rak przełyku	3	0	3
Rak nosowej części gardła	1	0	1
Przerzuty do węzłów chłonnych szyi (rak sutka)	1	0	1
Przerzuty do węzłów chłonnych szyi (FPI)	1	0	1
Ogółem	53	11	64



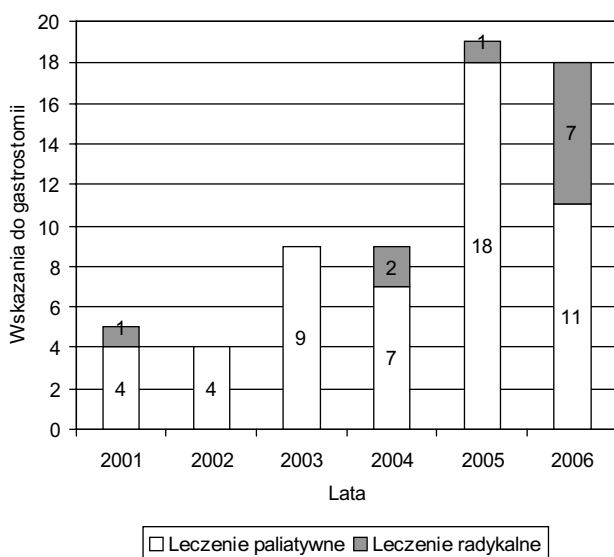
Ryc. 1. Liczba i rodzaj gastrostomii (klasyczna/PEG) w poszczególnych latach

cientów uprzednio nie leczonych, którzy zgłosili się w skrajnym zaawansowaniu choroby nowotworowej, uniemożliwiającym odżywianie drogą *per os* (rak krtani i gardła dolnego – 6 przypadków, rak przełyku – 1 przypadek). U 6 pacjentów do założenia gastrostomii doszło w wyniku powikłań radykalnego leczenia przyczynowego. Były to: – długotrwała przetoka dolnogardłowo-skinna u pacjentów po zabiegu laryngektomii bądź laryngektomii z częściową hypofaryngektomią (n=4), – przetoka ślinowa w przedniej części dna jamy ustnej u pacjenta po rozległej resekcji z powodu raka wargi dolnej (n=1),

– przetoka ślinowa u pacjenta po resekcji raka gardła środkowego (n=1).

W 5 przypadkach gastrostomia była elementem planu radykalnego leczenia i wykonano ją jednocześnie bądź bezpośrednio przed zabiegiem operacyjnym resekcji raka gardła dolnego (n=2) bądź środkowego (n=1); operację przeprowadzono przed rozpoczęciem radio-chemioterapii w przypadku raka gardła dolnego (n=1) i raka gardła środkowego (n=1).

W 55 przypadkach gastrostomię wykonano metodą Kadera lub Witzela z otwarciem powłok brzusznych, a w 9 przypadkach metodą endoskopową PEG. W ostatnim roku istotnie zwiększyła się liczba chorych operowanych metodą PEG (ryc. 2). Nie zaobserwowano żadnych ciężkich powikłań w całej analizowanej grupie. Powikłania nie stwarzające zagrożenia to w 10 przypadkach wysuszenie się drenu żołądkowego bądź odczyn zapalny w okolicy otworu gastrostomijnego.



Ryc. 2. Ilość i wskazania do wykonania gastrostomii (element leczenia paliatywnego bądź radykalnego) w poszczególnych latach

W grupie pacjentów leczonych paliatywnie czas przeżycia po wykonanej gastrostomii wynosił średnio 52 dni (min. 3 dni, max. 244 dni).

Spośród 11 chorych, u których gastrostomię wykonano jako element leczenia przyczynowego, w 8 przypadkach została ona zamknięta po zakończeniu leczenia. W dwóch przypadkach konieczne było pozostawienie gastrostomii z uwagi na trwałe zwężenie w obrębie gardła dolnego i szyjnej części przełyku, uniemożliwiające prawidłowe odżywianie. W jednym przypadku, gdzie gastrostomia stanowiła element przygotowania do zamknięcia rozległej przetoki gardłowo-skinnej, cho-

ry zrezygnował z kolejnych etapów leczenia i odżywia się poprzez gastrostomię

DYSKUSJA

Krytyczna analiza własnego materiału każe nam postawić pytanie, czy gastrostomia w leczeniu paliatywnym nie jest wykonywana zbyt późno? Przeszkodą przed szerszym, wcześniejszym stosowaniem paliatywnej gastrostomii jest obawa pacjenta i jego rodziny przed kolejną, tym razem „brzuszną” operacją. Często jednak opóźnienie założenia gastrostomii, to brak umiejętności właściwego, otwartego przedstawienia choremu jego sytuacji w okresie paliatywnym leczenia choroby. Większość pacjentów z zaawansowanym rakiem głowy i szyi musi mieć wykonywaną klasyczną gastrostomię, ponieważ z reguły guz stanowiący przeszkodę przy połykaniu nie pozwala na przeprowadzenie przez gardło rury endoskopowej. Dobrze, jeśli możliwe jest założenie drenu nosowo-żołądkowego i spokojne przygotowanie pacjenta do operacji. Często jednak skrajnie niedożywiony i odwodniony pacjent, u którego nie udaje się przepchnąć przez zwężenie nowotworowe sondy nosowo-żołądkowej, wymaga przede wszystkim nawodnienia, a gastrostomia wykonywana jest w trybie przyspieszonym.

Pacjenci, którym sondę nosowo-przełykową zamieniono na gastrostomię, szybko przekonują się do tej drogi odżywiania, podkreślając zwłaszcza to, że dren nie jest widoczny, nie drażni w nosie, a jego samoobsługa jest łatwiejsza [2,4]. W przypadku istnienia przetoki ślinowej zamiana drenu nosowo-przełykowego na gastrostomię znacznie ułatwia opatrunki, redukując wyraźnie uporczywy ślinotok z przetoki.

Szersze stosowanie gastrostomii, jako planowego elementu leczenia radykalnego, jest bliską perspektywą, w ślad za upowszechnianiem się chemio-radioterapii w leczeniu zaawansowanych nowotworów głowy i szyi. Gastrostomia, jako element radykalnego leczenia chirurgicznego w przypadku złożonych resekcji i rekonstrukcji, czy w przypadku leczenia powikłań (przetok) chirurgicznych, winna być spokojnie rozważona, zwłaszcza tam, gdzie chory przystępuje do leczenia ze znaczącym niedożywieniem. Nasze własne – pozytywne doświadczenia w tej mierze, dotyczą jednak pojedynczych przypadków.

WNIOSKI

1. W analizowanym materiale w większości przypadków gastrostomia zakładana była z przyczyn paliatywnych. W tej grupie wcześniejsze

założenie gastrostomii może poprawić jakość życia i ograniczyć tempo postępującego wyniszczenia nowotworowego.

2. W analizowanej grupie chorych dominującym sposobem wykonania gastrostomii odżywczej były metoda Kadera lub Witzela z otwarciem powłok brzusznych.
3. W większości przypadków zaawansowanego raka jamy ustnej, gardła i krtani gastrostomia klasyczna jest jedyną metodą możliwą do wy-

konania z technicznego punktu widzenia. W części przypadków wykonanie gastrostomii klasycznej wynikało z ograniczonej dostępności do techniki PEG we wstępnym okresie gromadzenia materiału.

4. Należy dążyć do poszerzenia wskazań do gastrostomii jako planowego elementu leczenia radykalnego zaawansowanych nowotworów głowy i szyi.

Piśmiennictwo

1. Gauderer MWL, Ponsky JL, Izant RJ. Gastrostomy without laparotomy. A percutaneous endoscopic technique. *J Pediatr Surg* 1980; 15:872-5.
2. Magne N, Marcy PY, Foa C, Falewee MN, Schneider M, Demard F, Bensadoun RJ. Comparison between nasogastric tube feeding and percutaneous fluoroscopic gastrostomy in advanced head and neck cancer patients. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2001 Feb; 258(2): 89-92.
3. Bień S, Ziółkowska M. Rola gastrostomii w leczeniu chorych z nowotworami głowy i szyi. *Otorinolaryngologia - przegląd kliniczny* 2007; 6(1): 1-6.
4. Hujala K, Sipila J, Pulkkinen J, Grenman R. Early percutaneous gastrostomy nutrition in head and neck cancer patients. *Acta Otolaryngol* 2004; 124:847-50.
5. Avander T, Berge S, Appel T, von Lindern JJ, Martini M, Mommsen J, Kipnowski J, Niederhagen B. Percutaneous endoscopic gastrostomy for long-term feeding of patients with oropharyngeal tumors. *Nutr Cancer* 2004; 50:40-5.
6. Dudrick SJ, Brown W, Biggs CG. Nutritional management of patients with head and neck tumors. (w) *Comprehensive management of head and neck tumors.* Thawley SE, Panje WR, Batsakis JG, Lindberg RD (red.). WB Saunders Comp, Philadelphia 1999; 45-58.
7. Nguyen NP, Moltz CC, Frank C, Vos P, Smith HJ, Karlsson U, Dutta FA, Midyett FA, Barloon J, Sallah S. Dysphagia following chemoradiation for locally advanced head and neck cancer. *Ann Oncology* 2004; 15:383-8.
8. Goguen LA, Posner MR, Norris CM, Tishler RB, Wirth LJ, Annino DJ, Gagne A, Sullivan CA, Sammartino DE, Haddad RI. Dysphagia after sequential chemoradiation therapy for advanced head and neck cancer. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2006; 134:916-22.