

ANNALES
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE - SKŁODOWSKA
LUBLIN—POLONIA

VOL. XIX, 54

SECTIO D

1964

Katedra i Klinika Otolaryngologiczna. Wydział Lekarski. Akademia Medyczna w Lublinie
Kierownik: prof. dr med. Benedykt Dylewski

Stanisław KLONOWSKI, Bolesław SEMCZUK

Rak krtani w świetle analizy dziesięcioletniego materiału klinicznego

Рак гортани на основании анализа 10-летнего клинического материала

Laryngeal Carcinoma in the Light of 10-Year-Old Clinical Material

Doniesienia licznych autorów zgodnie stwierdzają znaczne nasilenie chorób nowotworowych w ostatnich latach wśród ludności różnych ras, mieszkającej w różnych strefach klimatycznych. Zwiększenie liczby zachorowań na nowotwory należy tłumaczyć przedłużeniem średniej życia ludzkiego, udoskonaleniem metod diagnostycznych i — szczególnie w odniesieniu do raka — zwiększeniem zawartości substancji rakotwórczych w otoczeniu, które w 90% pochodzą z ostatnich kilku lat (Portman), towarzysząc rozwojowi naszej cywilizacji.

W okresie 1950—1959 obserwowano w Klinice Otolaryngologicznej w Lublinie stałą dążność zwykłą liczby chorych nowotworowych. W kolejnych latach tego okresu procent chorych leczonych z powodu nowotworów w stosunku do ogólnej liczby chorych przedstawia się następująco: 2—2—2,5—2,7—2,9—3,4—4,3—5,1—5,3—5,8. Wynika z nich, że w wymienionym okresie na ogólną liczbę 11 533 chorych leczonych w Klinice, 415 osób (3,6 %) leczono z powodu schorzeń nowotworowych. Procent ten tylko nieznacznie różni się od analogicznej pozycji podanej przez Szymańskiego (3,4 %) w statystyce nowotworów leczonych w okresie 15 lat w Warszawskiej Klinice. Statystyki różnych autorów wykazują, że chorzy na raka krtani stanowią największą grupę wśród schorzeń onkologicznych, leczonych w klinikach laryngologicznych.

W pracy naszej przedstawione dane z materiału Kliniki Lubelskiej, dotyczące wieku chorych (rak krtani), zawodu, płci, czasu trwania objawów do chwili rozpoczęcia właściwego leczenia, umieszczenia i stopnia zaawansowania procesu chorobowego, typu histologicznego, leczenia, oraz pięcioletnich przeżyć. Sądzimy, że omówienie tych zagadnień może, przy porównawczej ocenie materiałów różnych zakładów leczniczych, przyczynić się do lepszego rozumienia kliniki raka krtani.

W okresie dziesięciu lat leczono w Klinice Lubelskiej z powodu nowotworów krtani 130 osób. W grupie tej 110 osób chorowało z powodu raka krtani (84,6% schorzeń nowotworowych krtani), w tym było 102 chorych mężczyzn (92,7%), a tylko 8 kobiet (7,3%). W zestawieniu niniejszym uwzględniono tylko chorych hospitalizowanych z pewnym rozpoznaniem histologicznym, przypadków niepewnych nie brano pod uwagę. Analogiczne dane innych autorów, wyrażające procentowy udział mężczyzn w grupie chorujących na raka krtani, są następujące: Szmurło 92,3%, Łukaszczyk 92,3%, Szymański 95,2%, Buchman 95%, Sylwanowicz i Majcherska 95,1%, Leroux-Robert 96,9%, Ceypek 96,1%, Bystrzanowska 93%, Jankowski 90%, Borsuk i Torzecki 90%. Występowanie schorzenia w zależności od wieku ilustruje tab. 1.

Tabela 1

17—80	wiek	17—40	41—50	51—60	61—70	71—80
110	liczba	5	16	46	36	7
100	procent	4,5	14,4	42,4	32,4	6,3

Grupa chorych w wieku 41—70 lat stanowiła w naszym materiale 89,2% osób leczonych z powodu tego schorzenia. Analogiczne liczby, podane przez innych autorów, wyrażające procentowy udział chorych w wieku 41—70 lat leczonych z powodu raka krtani wynoszą: Łukaszczyk 79,2%, Szymański 90%, Buchman 85,7%, Sylwanowicz i Majcherska 89,5%, Bystrzanowska 79,2%. Wg Szmurły rak krtani najczęściej występuje między 51—60 rokiem życia. Zawód omawianej grupy chorych przedstawia tab. 2.

Tabela 2

zawód	Rolnicy i prac. na po- wietrzu	Robotnicy	Pracownicy umysłowi	Inne zawody	ogółem
chorzy	76	23	8	3	110
procent	68,4	21,7	7,2	2,7	100

Z zestawienia daje się wyodrębnić dużą grupę chorych, którzy stale wykonywali swój zawód poza pomieszczeniami mieszkalnymi. Są to rolnicy 62 osoby (55,8%) oraz pewna grupa robotników 14 osób (12,6%)

razem 76 osób, czyli 68,4% ogółu leczonych. Identyczna pozycja w pracy Sylwanowicz i Majcherskiej wynosi 44%. Tak duży procent tej grupy zawodowej w naszym materiale statystycznym należy tłumaczyć przewagą ludności rolniczej w lubelskim województwie. Inni autorzy również podkreślają częstsze występowanie raka krtani u rolników i robotników pracujących na wolnym powietrzu (Łukaszczyk, Bystrzanska).

Spośród grupy 110 omawianych chorych 96 osób, tj. 87,2% paliło nałogowo tytoń, którego wpływ patogenetyczny w powstawaniu raka układu oddechowego jest bezsprzecznie ustalony. Z danych Światowej Organizacji Zdrowia wynika, iż więcej niż 50% chorych na raka krtani i płuc, to palący od 25 do 50 papierosów dziennie (cytuję wg Portmana). U 10 chorych (9%) leczonych wystąpienie schorzenia nowotworowego poprzedziło: w 7 przypadkach istnienie chronicznego nieżyty krtani, w 2 przypadkach pachydermia krtani i w 1 przypadku brodawczaki krtani. Okres jaki upłynął od wystąpienia pierwszych objawów schorzenia do chwili rozpoczęcia właściwego leczenia był różnie długi — od 1 miesiąca do 2 lat — średnio 6 miesięcy. Wg statystyk innych autorów okres ten przeciętnie wynosił: 6 miesięcy (Bystrzanska), 10 miesięcy (Montreuil — cytuję wg Bystrzanskiej), 12 miesięcy Sylwanowicz i Majcherska). Łukaszczyk podaje średnio 5 miesięcy dla robotników i 7 miesięcy dla rolników. U 55% naszych chorych minęło ponad 6 miesięcy od wystąpienia pierwszych objawów do chwili rozpoczęcia właściwego leczenia. Identycznie Bystrzanska w swej pracy podaje 53,6%.

Z wyjątkiem raków wychodzących z kieszonki Morgagniego, które dość długo mogą przebiegać bezobjawowo (Łukaszczyk, Lewenfisz), okres niezdiagnozowanego raka krtani wynoszący przeciętnie 10 miesięcy (cytuję wg Bystrzanskiej) wg zdania większości autorów jest zupełnie nieusprawiedliwiony obecnymi możliwościami diagnostycznymi w zakresie krtani. Jedną z przyczyn późnego rozpoznania i leczenia jest ciągle jeszcze bardzo często niedocenianie przez lekarzy ogólnych w sensie dość realnym zagrożenia nowotworowego u niektórych pacjentów w pewnym okresie życia. Jankowski podaje w swej statystyce nowotworów złośliwych górnych dróg oddechowych, że „...niemal co piąty mężczyzna w wieku między 41—60 lat zgłaszający się do ambulatorium kliniki, u którego schorzenie dotyczyło głównie krtani — cierpiał na raka krtani. Co trzeci mężczyzna w tymże wieku przyjęty do Kliniki z powodu schorzenia krtani cierpiał na raka krtani”.

Wyniki badań histopatologicznych pobieranych wycinków z krtani i materiału pooperacyjnego pokrywają się na ogół z dotychczasowymi publikacjami. Dane te uzyskane na naszym materiale ilustruje tab. 3.

Tabela 3

Budowa histologiczna	Chorzy	Procent
<i>ca planoepitheliale</i>	99	90,1
<i>ca solidum</i>	8	7,2
<i>adenocarcinoma</i>	3	2,7

Z zestawienia wynika, że najczęstszą formą histologiczną, bo stwierdzoną aż u 99 chorych, była postać raka różnicująca się w kierunku nabłonka naskórka względnie wielowarstwowego płaskiego błon śluzowych, tj. raki płaskonabłonkowe, które stwierdzono w 90,1%. Według Preobrażńskiego raki krtani w 96% są płaskokomórkowe, w 2% kolczystokomórkowe, w 1% podstawnokomórkowe i w 1% gruczolakoraki (cyt. wg Dobrzańskiego). Szymański w swej statystyce podaje, że u 70,5% chorych stwierdzono raka płaskokomórkowego, u 20,5% raka kolczystokomórkowego, u 1% chorych gruczolakoraka i postać podstawnokomórkową, a u 8% chorych guz nowotworowy rozpoznano histologicznie jako *neoplasma malignum*. Bystrzanska podaje, że u 89,6% chorych rozpoznano *ca planoepitheliale*, u 7,5% *ca spinocellulare*, u 2,3% *ca papillomatosum* i u 0,6% leczonych *ca cylindrocellulare*. Mackenty w swoim materiale znalazł w 96% raka płaskokomórkowego, w 2% raka podstawnokomórkowego i w 1% gruczolakoraka, Jackson podaje częstość występowania raka płaskokomórkowego w krtani na 98% ogółu leczonych (cyt. wg Szczurowskiego), Szczucka na 95,7%. Wszyscy autorzy są zgodni, że rak płaskokomórkowy jest najczęściej spotykanym typem raka krtani.

Niezmiernie ważnym momentem w omawianym schorzeniu, decydującym w bardzo znacznym stopniu o możliwościach terapeutycznych i rokowaniu, jest stan zaawansowania choroby nowotworowej, w jakim chory rozpoczyna leczenie. Stosowany w raku krtani podział Łukaszczyka uwzględnia cztery stopnie zaawansowania schorzenia. Stopień I — guz ograniczony do jednej części krtani, np. nagłośni, struny głosowej itp.

- Stopień II — guz przechodzi na sąsiednią część krtani, lub zajmuje tylko jedną część krtani, daje niezbyt duże jednostronne przerzuty do węzłów chłonnych szyi.
- Stopień III — guz przechodzi na dwie sąsiednie części krtani, daje niewielkie przerzuty do okolicznych węzłów chłonnych.
- Stopień IV — guz obejmuje kilka części krtani, daje przerzuty obustronne do okolicznych węzłów chłonnych.

Podział ten nie określa dokładnie dynamiki procesu nowotworowego, stanu nacieczenia chrząstek, komponenty zapalnej, tj. tych elementów, które mają wielkie znaczenie w wyborze właściwego postępowania klinicznego i w takowym były uwzględniane. Bardziej celowe wydaje się zastosowanie w raku krtani podziału klinicznego typu TNM (*tumor, nodulus, metastasis*) zgłoszonego na VII Kongresie Przeciwrakowym w Londynie w r. 1959 przez Międzynarodową Unię do Walki z Rakiem. W polskim piśmiennictwie podział taki podał Jasiński. Zastosowanie tego podziału umożliwiłoby jednolite klasyfikowanie materiału klinicznego, zgłaszającego się do leczenia i bezsprzecznie zwiększyłoby wartość porównawczej oceny wyników leczenia. Byłby on właściwą podstawą dla ustalenia wskazań i zastosowania poszczególnych metod leczenia, bowiem wybór metody terapeutycznej w chorobie nowotworowej zależy w znacznym stopniu od stanu zaawansowania schorzenia. Duże rozbieżności, spotykane w statystycznej ocenie wyników, zdaniem wielu autorów Bystrzanaowska, Piquet, Carpentier), są następstwem niejednolitego i dość dowolnego wyboru metody leczenia. Dla naszego materiału przyjęto jednak stosowany dotychczas w piśmiennictwie podział wg Łukaszczyka określający stopień zaawansowania schorzenia w raku krtani. Umożliwia on porównawczą ocenę z opublikowanymi danymi innych polskich autorów.

Na ogólną liczbę 110 chorych przyjętych do kliniki — 20% zgłosiło się w I stopniu (zaawansowania schorzenia), 31% w stopniu II, 31,9% w stopniu III a 17,1% w IV stopniu. Stopień zaawansowania (według Łukaszczyka) oraz umiejscowienie schorzenia w naszej grupie chorych przedstawia tab. 4.

Liczba leczonych w okresie wczesnym — pierwszym wynosiła zaledwie 20% ogółu leczonych. Jasiński i współpracownicy, stosując analogiczny podział kliniczny zaawansowania schorzenia, podają w swej pracy nieco większą liczbę zgłaszających się do leczenia w stopniu I. Wynosi ona 23,1% dla chorych z terenu Śląska. Największą grupę chorych, obejmującą w naszym materiale aż 83 osoby tworzyli chorzy, u których zmiany nowotworowe w różnym stopniu obejmowały okolice nalewek, fałdów nalewkowonagłośniowych, struny rzekome, kieszonki

Morgagniego, w okresach późniejszych infiltrując w kierunku nagłośni lub strun głosowych. Obserwujemy tu bardzo duży odsetek stanów zaawansowanych, które nie miały proporcjonalnego odpowiednika w czasookresie dolegliwości odczuwanych przez chorych przed rozpoczęciem leczenia, z wyjątkiem stanów bardzo zaawansowanych.

Tabela 4

Umiejscowienie	S t o p i e ń				Ogółem
	I	II	III	IV	
Nagłośnia	5	4	1		10
Głośnia	13	2			15
Pcdgłośnia		4			4
Inne	4	24	34	19	81
r a z e m	22	34	35	19	110
procent	20,0	31,0	31,9	17,1	100

Operacyjnie oraz metodą skojarzoną z rentgenoterapią leczono w Klinice Lubelskiej około 27% chorych. W materiale Kliniki Warszawskiej grupa ta wynosi 30,5% leczonych chorych (Bystrzanska). Naświetleniem promieniami Roentgena leczono 63,8% pacjentów (w pracy Bystrzanskiej stanowili oni 60,3% leczonych). Grupę tę tworzyli pacjenci, u których zastosowano leczenie energią promienistą z wyboru, względnie w skojarzeniu z leczeniem operacyjnym, następnie chorzy, którzy odmówili leczenia operacyjnego, oraz nieliczni pacjenci, u których z różnych względów zastosowano leczenie paliatywne. Zabiegi usunięcia krtani wykonywano dwuczásowo. Daje to możliwość choremu przystosowania się do zmienionych warunków oddychania (Dylewski), a także zmniejsza możliwość wnikania infekcji do śródpiersia (Lewenfisz). Pacjenci nie leżeni, którzy zgłosili się w stanie tak zaawansowanym, że nie kwalifikowali się do jakiegokolwiek leczenia, jak również ci, którzy nie zgodzili się na proponowane leczenie stanowili około 22,7% przyjętych do leczenia. Analogiczna pozycja w pracy Bystrzanskiej wynosi 20,7% i jest potwierdzeniem danych spostrzeganych również na naszym materiale o zbyt dużej liczbie chorych trafiających wciąż do zakładu specjalistycznego w stanie nie nadającym się do jakiegokolwiek leczenia.

Podanie metod terapeutycznych i szczegółowych wyników leczenia nie leży w założeniach tej pracy. Jednak już na podstawie dotychczasowych danych na naszym materiale, można podkreślić — co potwierdzają również i inni autorzy — że wczesne przypadki raków strun prawdziwych, których postać histofornatyczna nie sugeruje promieniooporności (Laskowski), leczone promieniami Roentgena, ulegają wyleczeniu w bardzo znacznym procencie (przeżycia 5-letnie). Baclesse podaje 94% wyleczeń po rentgenoterapii w *ca chordae* I stopnia, M. Cutler jest przekonany o wysokiej wartości napromieniowania w klasycznych przypadkach kwalifikujących się do laryngofisury (cyt. wg Miodońskiego). Znaczny procent wyleczeń po rentgenoterapii wczesnego raka strun głosowych ma duże znaczenie praktyczne. Wielu chorych, a zwłaszcza rolników i robotników rolnych, którzy w naszej grupie stanowili 68,4% leczonych, bardzo często nie zgadzało się na proponowane leczenie operacyjne nawet w tych przypadkach, gdzie mogło być ono jedyną metodą leczenia radykalnego.

Ogólna liczba pięcioletnich wyleczeń na naszym materiale wynosi około 38,7% leczonych w różnych stopniach zaawansowania. Jest ona zbliżona do liczby podanej w statystyce New i jego współpracowników, którzy określają ogólną liczbę wyleczonych na 46,5% (cyt. wg Bystrzanskiej), oraz prawie identyczna z wynikami Aubry Baclesse'a, którzy podają 39% ogólnych wyleczeń. Negus podaje, że we wczesnych przypadkach raka strun głosowych leczenie operacyjne daje 65,8% trwałych wyników, Gluck i Soerenson podają 88% trwałych wyników operacyjnych w *ca chordae*, New na analogicznym materiale — 83,6%. M. Aubry podając w swojej pracy wyniki pięcioletnich wyleczeń wczesnie operowanych raków głośni określa je na 88%, Chevalier-Jackson — 87,2% (cyt. według Aubry), Leroux-Robert — 97%. Rentgenoterapia analogicznego materiału wg M. Cutlera daje 64% wyleczeń nawet wtedy, gdy struny prawdziwe wykazują ograniczoną ruchomość. Baclesse wyniki pięcioletnich przeżyć po rentgenoterapii ograniczonego raka strun głosowych ocenia na 94%. Inni autorzy, omawiając wyniki leczenia operacyjnego i promieniami Roentgena w przypadkach bardziej zaawansowanych, obserwują już znacznie mniejszy procent pięcioletnich wyleczeń. Wynosi on (cyt. wg Aubry i Baclesse) dla raków podgłośni — Aubry 55%, Pietrantonio 60%, Baclesse 50%, dla nagłośni — Alonso 50%, Pietrantonio 66%. Ten sam procent pięcioletnich wyleczeń obliczanych dla ogółu leczonych wynosi tylko 39% wg Aubry i Baclesse.

Z przedstawionego materiału naszej Kliniki i piśmiennictwa wynika, że:

1. Rak krtani jest najczęstszym schorzeniem onkologicznym w klinice laryngologicznej.

2. Występuje przede wszystkim u mężczyzn — w naszym materiale stanowili oni 92,7% leczonych. Grupa chorych w wieku 41—70 lat wynosiła 89,2% ogółu leczonych w tym schorzeniu.

3. 87,2% leczonych z powodu raka krtani paliło nałogowo tytoń.

4. Największą grupę stanowili chorzy wykonujący stale swój zawód poza pomieszczeniami mieszkalnymi, w naszym materiale 68,4%.

5. W obecnym stanie naszych możliwości terapeutycznych wyleczeniu mogą ulec tylko nowotwory w okresie lokalnym — wczesnym. W raku krtani procent pięcioletnich wyleczeń, bardzo wysoki w okresach wczesnych (Baclesse 94%, Aubry 88%, Chevalier-Jackson 87,2%, Gluk i Soerensen 88%) spada do kilkunastu a nawet kilku procent w stanach bardzo zaawansowanych i sięga zaledwie kilkudziesięciu dla ogółu leczonych (Aubry i Baclesse 39%, New i współpracownicy 46,5%, Jasiński i współpracownicy 32,6%). Dlatego jest bardzo ważne, aby chorzy trafiali w jak najwcześniejszym okresie schorzenia do właściwego leczenia specjalistycznego. Decyduje to bowiem o rokowaniu, wyborze metody leczenia, związanej z nią rehabilitacji i stopniu następowego inwalidztwa.

6. Wyniki pięcioletnich przeżyć po rentgenoterapii chorych na raka strun głosowych, w przypadkach wczesnych i promienioczułych, nie odbiegają od wyników leczenia operacyjnego a często w niektórych statystykach podawanych przez autorów procent ten jest nawet większy.

7. Konieczna jest jednolita klasyfikacja stadialna nowotworów krtani, będąca podstawą wskazań do poszczególnych metod leczenia oraz dla opracowywania i porównywania wyników leczenia. Wydaje się, że tym wymogom najlepiej odpowiada podział systemu TNM.

PIŚMIENICTWO

1. Aubry M., Baclesse F.: *Les Annal. d'Otolaryngol.* 76, 5—26, 1959.
2. Dobrzański A.: *Pamiętnik 22 Zjazdu Otolaryngol. Polskich, PZWL, Warszawa 1953*, s. 127.
3. Dylewski B.: *Pamiętnik 22 Zjazdu Otolaryngol. Polskich, PZWL, Warszawa 1953*, s. 127.
4. Borsuk J., Torzecki Z.: *Otolar. Pol.* 4, 271—274, 1953.
5. Buchman L. A.: *Woprosy Onkologii*, 8, 91—97, 1962.
6. Bystrzanowska T.: *Otolar. Pol.* 11, 351—363, 1957.
7. Ceypek T.: *Otolar. Pol.* 1, 98—106, 1947.

8. Jankowski W.: Pamiętnik 22 Zjazdu Otolaryng. Polskich, PZWL, Warszawa 1953, ss. 91—98.
9. Jasiński W.: Pol. Tyg. Lek. 14, 14—19, 1959.
10. Jasiński W. i inni: Pol. Tyg. Lek. 12, 18—23, 1957.
11. Laskowski J.: Zarys onkologii, PZWL, Warszawa 1955, ss. 53—118, 119—128.
12. Leroux-Robert J.: Les Annal. d'Otolaryngol. 76, 533—566, 1959.
13. Lewenfisz H.: Pamiętnik 22 Zjazdu Otolaryng. Polskich, PZWL, Warszawa 1953, ss. 18—26.
14. Lewenfisz H.: Pamiętnik 22 Zjazdu Otolaryng. Polskich, PZWL, Warszawa 1953, ss. 129—130.
15. Łukaszczyk F.: Zarys Onkologii, PZWL, Warszawa 1955, ss. 328—339.
16. Łukaszczyk F. i inni: Nowotwory, 4, 246—260, 1954.
17. Miodoński J.: Pamiętnik 22 Zjazdu Otolaryng. Polskich, PZWL, Warszawa 1953, ss. 26—34.
18. Miodoński J.: Otolar. Pol. 1, 1—9, 1954.
19. Miodoński J.: Otolar. Pol. 2, 93—100, 1954.
20. Portman G.: Revue de Laryngol. 81, 1—32, 1960.
21. Sylwanowicz L., Majcherska B.: Les Annal. d'Otolaryngol. 77, 610—618, 1960.
22. Szczurkowski C.: Otolar. Pol. 4, 255—231, 1953.
23. Szczucka Z.: Otolar. Pol. 17, 191—195, 1963.
24. Szmurło J.: Monografie 5, 5—6, 1938.
25. Szymański J.: Otolar. Pol. 2, 88—100, 1948.

РЕЗЮМЕ

В настоящей работе описывается группа в 110 больных, лечившихся от рака гортани; при описании во внимание бралась частота появления этого заболевания, возраст, пол, профессия, локализация, гистологический род, длительность болезни, степень болезни в моменте начала лечения и общий процент излечения в течение 5-ти лет. Авторы предлагают необходимость осуществления однородной стадияльной классификации этого рода заболевания.

SUMMARY

The present paper concerns a group of 110 patients treated for laryngeal carcinoma. The incidence rate, age, sex, occupation, site, histological type, duration of symptoms, degree of advancement at the beginning of treatment, and the overall 5 year survival rate are considered. The authors postulate the necessity of introducing a uniform stage classification for laryngeal carcinoma of the TNM type.

Papier druk. sat. III kl. 80 g.

Format 70 × 100

Druku str. 9

Annales UMCS Lublin 1964

LZGraf, im. PKWN, Lublin, Unicka 4

Zam. 2785, 28.VIII.64

800 + 50 egz. H-3

Manuskrypt otrzymano 28.VIII.64

Data ukończenia 11.IX.65
