ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Заведующий кафедрой:

Д.м.н, профессор, Зуков Руслан Александрович

РЕФЕРАТ

на тему:

Рак складочного отдела гортани

Выполнила:

клинический ординатор 2 года специальности ОНКОЛОГИЯ

Комарова Вера Сергеевна

Проверил:

кафедральный руководитель ординатора

к.м.н., доцент, Гаврилюк Дмитрий Владимирович

Красноярск

2024

Оглавление

[1.Определение 3](#_Toc136936317)

[2. Этиология и патогенез заболевания, эпидемиология заболевания 4](#_Toc136936318)

[3. ТNM классификация 4-6](#_Toc136936320)

[4.Клиническая картина и диагностика 7-8](#_Toc136936321)

[5.Принципы лечения 8-11](#_Toc136936322)

[6. Диспансерное наблюдение 12](#_Toc136936323)

7. Список литературы…………………………………………………………………………………….

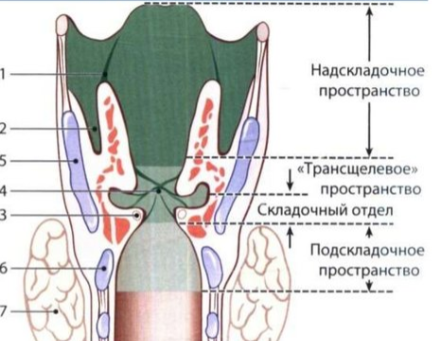
# 

# 1.Определение

Рак гортани – злокачественная опухоль, развивающаяся из элементов неороговевающего эпителия гортани



Складочный отдел: голосовые складки, передняя комиссура, задняя комиссура.



# 2. Этиология и патогенез заболевания, эпидемиология заболевания

# В большинстве случаев в анамнезе больных отмечается длительный период курения, употребления алкоголя, работы в условиях повышенной запыленности (текстильное производство), вдыхание вредных канцерогенных веществ (нефти, продуктов ее перегонки, бензола, фенольных смол, асбеста).

# Высокий риск озлокачествления отмечается при папилломах (рак, ассоциированный с вирусом папилломы человека (ВПЧ)), рецидивирующем папилломатозе, пахидермии, дискератозе.

# Кроме этого, к факторам риска относятся хронические воспалительные процессы (ларингиты)

Стандартизованный показатель заболеваемости раком гортани в России в 2015 г. среди мужчин составил 6,69 случая на 100 тыс. населения, среди женщин – 0,33 на 100 тыс. населения, а показатель смертности – 4,01 и 0,18 на 100 тыс. населения соответственно

# 3. ТNM классификация

Степень распространенности эпителиальных злокачественных опухолей гортани представлена в классификации TNM (международная классификация стадий развития раковых опухолей) 8-го издания в редакции AJCC (Американский объединенный комитет по раку (American Joint Committee on Cancer)). Клиническая классификация TNM

Складочный отдел:

Т1 Опухоль ограничена голосовыми связками (без нарушения подвижности может быть вовлечена передняя или задняя комиссуры);

Т1a Опухоль ограничена одной связкой;

Т1b Опухоль распространяется на обе связки;

Т2 Опухоль распространяется на надсвязочную и/или подсвязочную области с нарушением подвижности голосовых связок;

Т3 Опухоль ограничена гортанью с фиксацией голосовых связок и/или прорастает в надсвязочное пространство, и/или вызывает небольшую эрозию щитовидного хряща;

Т4a Опухоль прорастает в щитовидный хрящ или ткани вокруг гортани: трахею, мягкие ткани шеи, включая глубокие/наружные мышцы языка, лентовидные мышцы, щитовидную железу, пищевод;

Т4b Опухоль прорастает в предпозвоночное пространство, структуры средостения или оболочку сонной артерии.

Символ N указывает на наличие или отсутствие метастазов в регионарных лимфатических узлах (ЛУ):

Nx Недостаточно данных для оценки регионарных ЛУ; N0 Нет признаков метастатического поражения регионарных ЛУ;

N1 Метастаз в одном ЛУ на стороне поражения ≤3 см в наибольшем измерении, экстракапсулярная инвазия (ENE) отсутствует;

N2 Метастаз в одном ЛУ на стороне поражения ≤3 см и ENE+, ˃3 см, но менее 6 см в наибольшем измерении и ENE–; или метастазы в нескольких ЛУ шеи на стороне поражения до 6 см в наибольшем измерении и ENE–; или метастазы в ЛУ шеи с обеих сторон или с противоположной стороны до 6 см в наибольшем измерении и ENE–;

N2a Метастаз в одном ЛУ на стороне поражения ≤3 см и ENE+; или ˃3 см, но менее 6 см в наибольшем измерении и ENE–;

N2b Метастазы в нескольких ЛУ на стороне поражения до 6см в наибольшем измерении и ENE-;

N2c Метастазы в ЛУ с обеих сторон или с противоположной стороны до 6 см в наибольшем измерении и ENE–;

N3 Метастаз в ЛУ более 6 см в наибольшем измерении и ENE–; или метастаз в одном ипсилатеральном ЛУ >3 см и ENE+; или множественные ипсилатеральные, контралатеральные или билатеральные метастазы с ENE+; или единственный контралатеральный метастаз любого размера ENE+;

N3a Метастаз в ЛУ более 6 см в наибольшем измерении и ENE–;

N3b Метастаз в одном ипсилатеральном ЛУ >3 см и ENE+; или множественные ипсилатеральные, контралатеральные или билатеральные метастазы с ENE+; или единственный контралатеральный метастаз любого размера и ENE+;

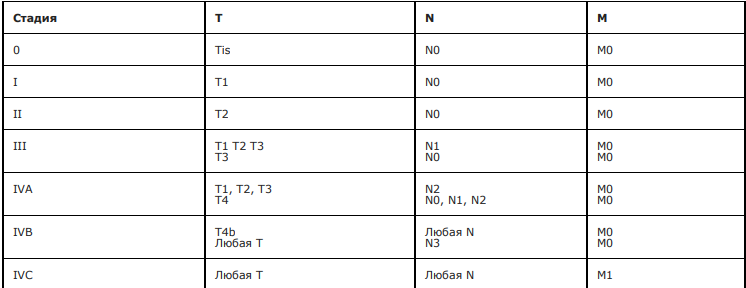
Символ М характеризует наличие или отсутствие отдаленных метастазов:

Mx Недостаточно данных для определения отдаленных метастазов;

М0 Нет признаков отдаленных метастазов;

М1 Имеются отдаленные метастазы.

Группировка по стадиям



# Степень дифференцировки:

# G Не может быть оценена;

# G Высокодифференцированный;

# G Умеренно-дифференцированный;

# G Низкодифференцированный.

# 4. Клиническая картина и диагностика

Наиболее частыми клиническими симптомами рака гортани являются изменение тембра голоса, осиплость, поперхивания

Диагноз устанавливается на основании:

-анамнестических данных, а именно наличия новообразования;

-физикального обследования, включающего тщательный клинический осмотр, пальпацию образования и прилежащих тканей и регионарных ЛУ;

-цитологического исследования соскоба, мазков, пунктата из первичной опухоли, пунктата из увеличенных или подозрительных ЛУ;

-патолого-анатомического исследование биопсийного (операционного) материала; инструментального обследования, включая фиброларингоскопию, пункцию узловых образований в мягких тканях шеи под контролем ультразвукового исследования (УЗИ) мягких тканей и ЛУ шеи, компьютерную томографию (КТ)/магнитно-резонансную томографию (МРТ), позитронно-эмиссионную томографию, совмещенную с КТ (ПЭТ/КТ)

4.1. Жалобы и анамнез

Рекомендуется при сборе анамнеза у пациентов с предполагаемой опухолью гортани с целью диагностики заболевания обращать внимание на следующие клинические симптомы:

стойкое нарушение голосовой функции в виде осиплости, редко кашель. Если процесс перекрывает просвет гортани, могут присоединиться явления затруднения дыхания; постоянный кашель, боль в горле, не проходящая на фоне антибактериального, противовоспалительного лечения; увеличение шейных ЛУ

4.2 Физикальное обследование

Рекомендуется у пациентов с предполагаемой опухолью гортани при физикальном осмотре с целью планирования дальнейшего обследования обращать внимание на следующие клинические симптомы: изменение контуров шеи; увеличение регионарных ЛУ; изменение подвижности, ширины остова гортани

4.3 Инструментальные диагностические исследования

Всем пациентам с подозрением на рак гортани рекомендуется проведение фиброларингоскопии с последующим патолого-анатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала, цитологическим исследованием отпечатков, мазков с поверхности слизистой оболочки верхних дыхательных путей с целью определения распространенности и верификации опухоли

Рекомендуется всем пациентам с раком гортани выполнить УЗИ ЛУ шеи с пункцией подозрительных ЛУ c целью уточнения распространенности заболевания и планирования лечения

Рекомендуется выполнить КТ органов грудной клетки с внутривенным (в/в) контрастированием или без него при распространенном раке гортани с поражением регионарных ЛУ в целях выявления отдаленных метастазов

Рекомендуется выполнить позитронную эмиссионную томографию, совмещенную с компьютерной томографией всего тела (ПЭТ/КТ) с фтордезоксиглюкозой при стадиях III–IV в целях исключения наличия отдаленных метастазов, а также для оценки эффективности лечения, в том числе для подтверждения полной резорбции регионарных метастазов после ЛТ/химиолучевой терапии (ХЛТ) и решения вопроса об отказе от лимфаденэктомии (в случае консервативного лечения на 1-м этапе) и по индивидуальным показаниям

Рекомендуется пациентам с раком гортани выполнить КТ или МРТ области головы и шеи с в/в контрастированием в случае подозрения распространения опухоли на хрящи гортани, основание черепа, и магистральные сосуды шеи

Комментарии: В случае отсутствия противопоказаний и при подозрении на переход опухоли на гортаноглотку/пищевод выполнение МРТ целесообразно при планировании проведения ЛТ/ ХЛТ

# 5.Лечение

Карцинома in situ

Всем пациентам с карциономой in situ рекомендована эндоларингеальная резекция (удаление новообразования гортани методом лазерной деструкции) (предпочтительно) или ЛТ с целью повышения выживаемости и сохранения голосовой функции

T1, T2, N0

Рекомендована ЛТ в самостоятельном варианте или резекция гортани (эндоскопическая (удаление новообразования гортани методом лазерной деструкции) или открытая) с целью повышения выживаемости и сохранения голосовой функции

При наличии неблагоприятных прогностических факторов (НПФ) – микроскопическая остаточная опухоль в крае резекции (R1) показана ререзекция (если возможна), при невозможности – адъюватная ЛТ. Показанием для проведения послеоперационной ЛТ также является наличие следующих НПФ: pT3–4, периневральная, периваскулярная, перилимфатическая инвазия, pN2–3. Показанием для проведения послеоперационной одновременной ХЛТ является наличие ENE+ изолированно или в комплексе с другими НПФ

T1–2, N+

При раке гортани стадии T1–2, N+ рекомендована конкурентная ХЛТ или индукционная ХТ, или резекция гортани (эндоскопическая (удаление новообразования гортани методом лазерной деструкции) или открытая) с односторонней или двусторонней шейной лимфодиссекцией с целью увеличения показателей выживаемости и сохранения голосовой функции

После хирургического лечения дальнейшую тактику лечения проводят в зависимости от наличия/отсутствия НПФ по данным планового патолого-анатомического исследования операционного материала. Отсутствие НПФ и pN0-статус не требуют дополнительного лечения, целесообразно динамическое наблюдение. Показанием для проведения послеоперационной ЛТ/ХЛТ является наличие следующих НПФ: pT3–4, периневральная, периваскулярная, перилимфатическая инвазия, pN+. При наличии только НПФ R1 показана ререзекция (если возможна), при невозможности – конкурентная ХЛТ. Наличие ENE+ изолированно или в комплексе с другими НПФ – показание для проведения конкурентной ХЛТ

При полной/частичной регрессии первичного очага после индукционной ХТ (по данным КТ или МРТ с в/в контрастированием первичной опухоли и шеи, фиброларингоскопии, УЗИ шеи) целесообразна самостоятельная ЛТ или ХЛТ. При регрессии опухоли в пределах стабилизации или менее целесообразно хирургическое лечение с последующим решением вопроса о показаниях к проведению ЛТ/ХЛТ

При наличии остаточной опухоли и/или метастатических ЛУ после окончания ЛТ/ХЛТ целесообразно хирургическое лечение. В случае полной регрессии после использования консервативных методов лечения показано динамическое наблюдение

Т3, N0

При раке гортани T3N0 пациентам рекомендована конкурентная ХЛТ с целью повышения выживаемости и сохранения голосовой функции

При полной/частичной регрессии первичного очага после индукционной ХТ (по данным КТ или МРТ с в/в контрастированием первичной опухоли и шеи, фиброларингоскопии, УЗИ шеи) целесообразна самостоятельная ЛТ или ХЛТ. При регрессии опухоли в пределах стабилизации или менее целесообразно хирургическое лечение с последующим решением вопроса о показаниях к проведению ЛТ/ХЛТ. При наличии остаточной опухоли и/или метастатических ЛУ после окончания ЛТ/ХЛТ целесообразно хирургическое лечение. В случае полной регрессии после использования консервативных методов лечения показано динамическое наблюдение

При раке гортани T3N0 пациентам рекомендована индукционная ХТ c целью сохранения органа и повышения выживаемости

При раке гортани T3N0 пациентам хирургическое лечение в объеме ларингэктомии с резекцией щитовидной железы на стороне поражения, пре- и ипсилатеральной паратрахеальной лимфодиссекцией с целью повышения выживаемости

В отдельных случаях, рассматриваемых в индивидуальном порядке, при отсутствии эрозии щитовидного хряща возможно выполнение органосохраняющей трансоральной лазерной резекции. Данный вид лечения должен выполняться в клиниках с большим опытом подобных манипуляций. После хирургического лечения дальнейшую тактику лечения проводят в зависимости от наличия/отсутствия НПФ по данным ПГИ. Отсутствие НПФ и pN0-статус не требуют дополнительного лечения, целесообразно динамическое наблюдение. Показанием для проведения послеоперационной ЛТ/ХЛТ является наличие следующих НПФ: pT3–4, периневральная, периваскулярная, перилимфатическая инвазия, pN+. При наличии только НПФ R1 показана ререзекция (если возможна), при невозможности – конкурентная ХЛТ. Наличие ENE+ изолированно или в комплексе с другими НПФ – показание для проведения конкурентной ХЛТ

Т3, N+

При раке гортани T3N+ пациентам рекомендована конкурентная ХЛТ с целью повышения выживаемости и сохранения голосовой функции

При полной/частичной регрессии первичного очага после индукционной ХТ (по данным КТ или МРТ с в/в контрастированием первичной опухоли и шеи, фиброларингоскопии, УЗИ шеи) целесообразна самостоятельная ЛТ или ХЛТ. При регрессии опухоли в пределах стабилизации или менее целесообразно хирургическое лечение с последующим решением вопроса о показаниях к проведению ЛТ/ХЛТ. При наличии остаточной опухоли и/или метастатических ЛУ после окончания ЛТ/ХЛТ целесообразно хирургическое лечение. В случае полной регрессии после использования консервативных методов лечения показано динамическое наблюдение

При раке гортани T3N+ пациентам рекомендована индукционная ХТ c целью сохранения органа и повышения выживаемости

При полной/частичной регрессии первичного очага после индукционной ХТ (по данным КТ или МРТ с в/в контрастированием первичной опухоли и шеи, фиброларингоскопии, УЗИ шеи) целесообразна самостоятельная ЛТ или ХЛТ. При регрессии опухоли в пределах стабилизации или менее целесообразно хирургическое лечение с последующим решением вопроса о показаниях к проведению ЛТ/ХЛТ. При наличии остаточной опухоли и/или метастатических ЛУ после окончания ЛТ/ХЛТ целесообразно хирургическое лечение. В случае полной регрессии после использования консервативных методов лечения показано динамическое наблюдение . При раке гортани T3N+ пациентам рекомендовано хирургическое лечение в объеме ларингэктомии с резекцией щитовидной железы на стороне поражения, пре- и ипсилатеральной паратрахеальной лимфодиссекцией, а также шейная лимфаденэктомия на стороне поражения с целью повышения выживаемости

В отдельных случаях, рассматриваемых в индивидуальном порядке, при отсутствии эрозии щитовидного хряща возможно выполнение органосохраняющей трансоральной лазерной резекции. Данный вид лечения должен выполняться в клиниках с большим опытом подобных манипуляций. При переходе опухоли за срединную линию необходима двусторонняя шейная лимфодиссекция. После хирургического лечения дальнейшую тактику лечения проводят в зависимости от наличия/отсутствия НПФ по данным ПГИ. Отсутствие НПФ и pN0-статус не требуют дополнительного лечения, целесообразно динамическое наблюдение. Показанием для проведения послеоперационной ЛТ/ХЛТ является наличие следующих НПФ: pT3–4, периневральная, периваскулярная, перилимфатическая инвазия, pN+. При наличии только НПФ R1 показана ререзекция (если возможна), при невозможности – конкурентная ХЛТ. Наличие ENE+ изолированно или в комплексе с другими НПФ – показание для проведения конкурентной ХЛТ

Т4a, любая N

При раке гортани T4aNлюбая рекомендовано хирургическое лечение в объеме ларингэктомии с тиреоидэктомией, пре- и ипсилатеральной паратрахеальной лимфодиссекцией, односторонней или двусторонней шейной лимфодиссекцией с целью повышения выживаемости

После хирургического лечения дальнейшую тактику лечения проводят в зависимости от наличия/отсутствия НПФ по данным ПГИ. Отсутствие НПФ и pN0-статус не требуют дополнительного лечения, целесообразно динамическое наблюдение. Показанием для проведения послеоперационной ЛТ/ХЛТ является наличие следующих НПФ: pT3–4, периневральная, периваскулярная, перилимфатическая инвазия, pN+. При наличии только НПФ R1 показана ререзекция (если возможна), при невозможности – конкурентная ХЛТ. Наличие ENE+ изолированно или в комплексе с другими НПФ – показание для проведения конкурентной ХЛТ

Отдельные пациенты со стадией Т4a, которые отказались от операции

При раке гортани T4a рекомендована конкурентная ХЛТ или индукционная полихимиотерапия (ПХТ) с последующей оценкой эффекта с целью повышения выживаемости пациента

Комментарий: при полной/частичной регрессии первичного очага после индукционной ХТ (по данным КТ или МРТ с в/в контрастированием первичной опухоли и шеи, фиброларингоскопии, УЗИ шеи) целесообразна самостоятельная ЛТ или ХЛТ. При регрессии опухоли в пределах стабилизации или менее целесообразно хирургическое лечение с последующим решением вопроса о показаниях к проведению ЛТ/ХЛТ. При наличии остаточной опухоли и/или метастатических ЛУ после окончания ЛТ/ХЛТ целесообразно хирургическое лечение. В случае полной регрессии после использования консервативных методов лечения показано динамическое наблюдение

При оценке общего состояния пациента по шкале оценки общего состояния онкологического пациента по версии Восточной объединенной группы онкологов (ECOG) 0–1 пациентам с раком гортани cтадии T4bлюбаяN, или с неоперабельными регионарными метастазы, отдаленными метастазами M1 или пациентам, не подходящим для оперативного лечения рекомендовано рассмотреть вопрос о проведении ПХТ или монохимиотерапии (в отдельных случаях возможно рассмотреть ХЛТ) с целью повышения выживаемости, или симптоматическое лечение с целью облегчения симптомов болезни

Пациентам с раком гортани cтадии T4bлюбаяN, или с неоперабельными регионарными метастазы, отдаленными метастазами M1 или пациентам, не подходящим для оперативного лечения при оценке общего состояния пациента по шкале ECOG 2 рекомендована монохимиотерапия или симптоматическое лечение

Пациентам с раком гортани cтадии T4bлюбаяN, или с неоперабельными регионарными метастазы, отдаленными метастазами M1 или пациентам, не подходящим для оперативного лечения при оценке общего состояния пациента по шкале ECOG 3 рекомендовано симптоматическое лечение

# 

# 6. Диспансерное наблюдение

Рекомендуется соблюдать следующую периодичность и методы наблюдения после завершения лечения:

в 1-й год физикальный осмотр, сбор жалоб и инструментальные обследования по показаниям рекомендуется проводить каждые 1–3 мес,

во 2-й год – с интервалом в 2–6 мес,

на сроке 3–5 лет – 1 раз в 4–8 мес,

после 5 лет с момента операции визиты проводятся 1 раз в год или при появлении жалоб, у пациентов с высоким риском рецидива или появлением жалоб перерыв между обследованиями может быть сокращен

Объем обследования:

анамнез и физикальное обследование;

УЗИ ЛУ шеи с 2 сторон, органов брюшной полости и малого таза;

КТ/МРТ области головы и шеи по показаниям, а также при недоступности зоны адекватному физикальному осмотру;

фиброларингоскопия;

рентгенография органов грудной клетки каждые 12 мес;

КТ/МРТ грудной клетки, органов брюшной полости по показаниям;

ПЭТ/КТ по показаниям;

определение уровня тиреотропного гормона каждые 6–12 мес, если проводилось облучение шеи в целях оценки функции щитовидной железы.

7. Список литературы

## 1. Автор: Пачес А. И. Издательство: Практическая медицина, Россия «Опухоли головы и шеи»

2. Клинические рекомендации «Рак гортани» 2020 год

3. Хирургия и онкология головы и шеи Джатина Ша (пер. с англ. под ред. академика РАН, д.м.н., профессора И.В. Решетова)-2023