Karcinom jícnu

Karcinom jícnu je nejčastějším a nejvýznamnějším maligním tumorem jícnu. Jeho incidence se odhaduje asi na 5 na 100 tisíc za rok, u mužů je cca 2x častější než u žen. Hned v úvodu je nutné rozdělit jej na ***spinocelulární*** (dlaždicobuněčný) ***karcinom*** a ***adenokarcinom***.

Spinocelulární karcinom zahrnuje asi 90% případů karcinomu jícnu, zatímco adenokarcinom pouze 10%. Adenokarcinom většinou postihuje distální část jícnu a je-li v blízkosti přechodu žaludek-jícen, pak mluvíme o adenokarcinomu gastroezofageální junkce. Zhoubné tumory GE junkce tvoří jakýsi přechod mezi tumory jícnu a žaludku a poněkud se od obou skupin odlišují v metodách chirurgické léčby.

Příčiny

Výraznými rizikovými faktory vzniku ***spinocelulárního karcinomu*** je **kouření** a **alkoholizmus**, riziko je vysoké zvláště u tvrdého alkoholu. Kromě toho je rizikové je i žvýkání tabáku a betelových lístků. Vyšší výskyt dlaždicobuněčného karcinomu je u pacientů s chronickou achalázií a u korozivní ezofagitidy. Z dietních faktorů má kromě přísunu alkoholu pro rozvoj karcinomu efekt i **nedostatek vitaminů**, obzvláště A, E, C a B. Kromě typů potravin je důležitá i jejích příprava, za rizikové se považuje **popíjení horkých nápojů**.

Adenokarcinom jícnu vzniká na podkladě dysplázií v nekompletní intestinální metaplázii Barrettova jícnu a jedná se tedy o možnou tragickou komplikaci **refluxní nemoci jícnu**. Znovu opakuji, že tento typ tumoru se nachází zejména v distálním jícnu a spadá tak do skupiny tumorů gastroezofageální junkce.

Genetická predispozice nemá tak velký význam jako u jiných tumorů a zřejmě se v rozvoji karcinomu jícnu jedná spíše o „podpůrně“ působící efekt. Za významný genetický předpoklad se považuje mutace onkogenu známého jako **cyklin D1**.

Rozvoj malignity nebývá rychlý a může mu předcházet relativně dlouhé období stádia dysplázie, která postupně malignizuje.

Projevy

Mezi hlavní projevy patří **dysfágie** (porucha polykání) a **odynofágie** (bolest při polykání). Za další varovné příznaky je považováno **nechutenství** a **úbytek na váze**, může dojít k nebolestivému **zvětšení mízních uzlin** hrudníku. Při prorůstání do okolních tkání se mohou objevit **bolesti na hrudi**, **chrapot**, **kašel** a **bolesti hrudní páteře**.

Diagnostika

Podezření získáváme zejména z anamnézy (klinické obtíže, rizikové faktory). Relativně nezatěžující vyšetření je **kontrastní pasáž jícnem**, při které kontrastní látka prokáže zúžení a masu tumoru. Základním diagnostickým vyšetřením je nicméně ezofagogastroskopie, která tumor vizualizuje, může určit jeho polohu a hlavně odebrat biopsie k histologickému zhodnocení. Ezofagogastroskopie může být doplněna **chromoendoskopickým vyšetřením**, při kterém jsou na stěnu jícnu endoskopem se sprejovým katétrem nanesena určitá barviva (zejména ředěný Lugolův roztok) k lepšímu zvýraznění patologické tkáně. Doplňujícími vyšetřeními jsou **endosonografie** ke zhodnocení lokálního stagingu a **CT vyšetření hrudníku a břicha** k vyloučení vzdálené generalizace. Méně dostupnou zobrazovací metodou je PET CT s využitím fluorodeoxyglukózy.

Z výše zmíněných vyšetření bychom měli získat informace o histologickém charakteru, agresivitě a TNM stagingu nádoru, který určí jeho stádium. To je důležitá informace, protože podle něj se určuje další léčebný postup.

TNM staging (nutno znát stavbu stěny jícnu)

Tis – karcinom in situ – neproniká do submukózy

T1 – karcinom proniká do lamina propria nebo do submukózy, ale **ne do muscularis propria**

T2 – karcinom proniká do muscularis propria

T3 – karcinom proniká do adventicie

T4 – karcinom proniká do okolních struktur

N1 – postižena 1-3 lokální uzliny

N2 – postiženo 4-6 lokálních uzlin

N3 – postiženo nad 6 lokálních uzlin

M1 – vzdálené metastázy

Celkově existují 4 stádia: **stádium I znamená T1N0M0**, **stádium IIA je T2-3N0M0**, **stádium IIB je T1-2N1M0**. Vše ostatní je stádium III a IV, přičemž při M1 se vždy jedná o stádium IV.

Léčba

Podobně jako u jiných tumorů můžeme rozlišit terapii na kurativní (léčebnou) a paliativní (symptomatickou). U stádia Tis a T1 lze většinou provést endoskopický zákrok v podobě endoskopické mukozální resekce (EMR) nebo endoskopické submukózní disekce (ESD).

Základem kurativní terapie je v současné době **chirurgická léčba**. U nemocných ve stádiu I a IIA bez průkazu napadení lokálních uzlin může být kurativní až v 60%. Principem je ezofagektomie s náhradou jícnu tubulizovaným tlustým střevem. Odstraňuje se úsek 10 cm jícnu nad- i pod tumorem s okolními tkáněmi a lymfatickými uzlinami, u adenokarcinomů v okolí kardie se provádí i částečná nebo totální gastrektomie (odstranění částí nebo celého žaludku). Dlouhodobý efekt je poněkud lepší u spinocelulárního karcinomu než u adenokarcinomu.

Radioterapie sama o sobě nemá významné využití, nejvíce snad jako paliativní brachyterapie (zavedení zářiče přímo do jícnu). Využívá se spíše jako **neoadjuvantní** (předoperační). nebo **adjuvantní** (pooperační) ozáření.

Chemoterapii je možné využít jako primární léčbu u inoperabilního karcinomu, efekt je lepší než u radioterapie. Jinak je chemoterapie vhodná jako neoadjuvantní i adjuvantní léčba. Podává se především cisplatina a 5-fluorouracil.

Další možností je kombinace výše uvedených modalit do podoby samostatné, neoadjuvantní, nebo adjuvantní **chemoradioterapie**.

Paliativní terapie spočívá zejména v tlumení případných bolestí a zajištění dostatečné výživy a hydratace. Zajištění průchodnosti jícnu lze provést endoskopickým zavedením metalického stentu. U inoperabilních nemocných s dosud průchodným jícnem, kteří jsou v celkově dobrém stavu, je možné zvážit provedení PEG.