

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Úloha sestry v dispenzarizaci nemocných
po léčbě zhoubných nádorů hltanu

Bc. Pavlína Brothánková

Diplomová práce

2009

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Katedra ošetrovatelství
Akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Pavlína BROTHÁNKOVÁ**

Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Ošetrovatelství**

Název tématu: **Úloha sestry v dispenzarizaci nemocných po léčbě
zhoubných nádorů hltanu**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací, studium literatury a popis současné problematiky zhoubných nádorů hltanu.
2. Stanovení podmínek, metod, cílů a výzkumných předpokladů práce.
3. Prokonzultování výběru metod výzkumu s vedoucím práce.
4. Stanovení vhodné metodiky.
5. Analýza a interpretace získaných dat.
6. Kritické zhodnocení a doporučení.


Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná**

Seznam odborné literatury:


1. **ASTL, J.** Otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku. Praha : Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0325-X.
2. **ČIHÁK, R.** Anatomie.2 (2.upravené a dopl. vyd.). Praha : Grada, 2002. ISBN 80-247-0143-X.
3. **HYBÁŠEK, I., VOKURKA, J.** Otorinolaryngologie. Praha : Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1019-1.
4. **HYBÁŠEK, I.** Ušní, nosní a krční lékařství. Praha : Galén, 1999. ISBN 80-7262-017-7.
5. **KLENER, P.** Klinická onkologie. Praha : Galén, 2002. ISBN 80-7262-151-3.

Vedoucí diplomové práce: **prof. MUDr. Viktor Chrobok, CSc., Ph.D.**
Fakulta zdravotnických studií
Konzultant diplomové práce: **MUDr. Karel Pokorný, Ph.D.**
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání diplomové práce: **30. listopadu 2008**
Termín odevzdání diplomové práce: **17. dubna 2009**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 27. února 2009

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Chrudimi dne 7.4.2009

Pavína Brothánková

Poděkování

Poděkování bych chtěla věnovat prof. MUDr. Viktoru Chrobokovi CSc., Ph.D. a MUDr. Karlu Pokornému Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, podněty a čas věnovaný mé diplomové práci. Dále celému kolektivu ORL kliniky, zejména zdravotním sestřám z ambulantní části, za ochotu a výpomoc při získávání potřebných dat.

ANOTACE

Práce uceleně popisuje problematiku zhoubných nádorů hltanu. V teoretické části seznamuje s anatomii a funkcí hltanu, etiologií a patogenezi, histologií, klinickými příznaky, diagnostikou a léčbou tumorů. Podrobněji popisuje problematiku dispenzarizace nemocných a roli sestry. Ve výzkumné části jsou hodnocena data o pacientech dispenzarizovaných na Klinice otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku Pardubické krajské nemocnice, a.s. pro zhoubný nádor hltanu. Data byla získána retrospektivní studií.

KLÍČOVÁ SLOVA

farynx, nádory hltanu, dispenzarizace, role sestry

TITLE

The role of nurse in dispensary care of patients after treatment for pharynx malignant tumours

ANNOTATION

The work comprehensively describes the problem pharynx cancers. The theoretical part introduces the anatomy and function of the pharynx, etiology and pathogenesis, histology, clinical signs, diagnosing and treatment of tumors. Paper describes in detail dispensary care of patients and role of nurse. The research part is evaluated data about patients in dispensary care on Department of Otolaryngology, Head and Neck Surgery in the Regional Hospital Pardubice. Data were obtained by retrospective study.

KEYWORDS

pharynx, pharynx cancer, dispensary care, the role of nurse

Obsah

1 Úvod.....	8
2 Cíle práce	9
3 Teoretická část	10
3.1 Anatomie hltanu.....	10
3.2 Funkce hltanu.....	11
3.3. Nádory hltanu	11
3.3.1 Etiologie a patogeneze	11
3.3.2 Histologie a TNM klasifikace.....	12
3.3.3 Klinické příznaky.....	13
3.3.4 Diagnostika	14
3.3.4.1 Fyzikální vyšetření.....	14
3.3.4.2 Endoskopické metody.....	14
3.3.4.3 Zobrazovací metody	15
3.3.5 Léčba.....	15
3.3.5.1 Chirurgická léčba	16
3.3.5.2 Radioterapie	16
3.3.5.3 Chemoterapie	17
3.3.5.4 Léčba v závislosti na lokalizaci	17
3.3.5.5 Hodnocení výsledků léčby.....	18
3.3.6 Prognóza	18
3.3.7 Dispenzární péče.....	19
3.3.7.1 Schéma kontrol v dispenzarizaci	19
3.3.7.2 Vyšetření v onkologické poradně	20
3.3.7.3 Role sestry v onkologické poradně.....	20
3.3.7.4 Archivace záznamů.....	20
3.3.8 Prevence.....	21
3.3.8.1 Primární prevence	21
3.3.8.2 Sekundární prevence.....	21
3.3.8.3 Terciální prevence.....	21
3.3.9 Ošetrovatelská péče o nemocné s nádory hltanu	22
3.3.9.1 Ošetrovatelská péče v pooperačním období	22
3.3.9.2 Možné ošetrovatelské diagnózy v pooperačním období.....	22
3.3.9.3 Péče o nemocné s komplikacemi a pozdními následky onkologické léčby	22
3.3.9.4 Možné ošetrovatelské diagnózy u pacientů s komplikacemi onkologické léčby	23
3.3.9.5 Péče o tracheostomii v domácím prostředí	23
3.3.9.6 Možné ošetrovatelské diagnózy u pacienta s tracheostomií	24
3.3.9.7 Nutriční podpora nemocných.....	25
4 Výzkumná část.....	26
4.1 Výzkumné předpoklady	26
4.2 Metodika výzkumu	27
4.3 Presentace výsledků.....	28
4.4 Diskuse	57
4.5 Závěr	61
5 Použitá literatura	64
6 Seznam příloh	66
7 Přílohy.....	67

1 Úvod

Teoreticko – výzkumná práce se zabývá problematikou zhoubných nádorů hltanu. Zaměřuje se na možnosti, význam a přínos ošetrovatelské a lékařské péče. Podrobněji popisuje dispenzární péči a roli sestry v onkologické poradně.

Hltan představuje v ORL druhou nejčastější oblast výskytu zhoubných novotvarů. Velkou část z nich tvoří dlaždicobuněčné karcinomy s různým stupněm diferenciacie, s tendencí k lokálnímu šíření a časným vznikem lokoregionálních metastáz. Nádory hltanu se nejčastěji projevují pocitem cizího tělesa v krku, ztíženým nebo bolestivým polykáním a zduřením na krku. Postiženi jsou často kuřáci a lidé s abúzem alkoholu. Takoví jedinci mohou pociťovat jistý dyskomfort v dutině ústní a hltanu dlouhodobě. Stává se proto, že pacient počátečním příznakům nevěnuje pozornost nebo je bagatelizuje a přichází k lékaři pozdě. V době, kdy je nádor rozsáhlý a léčba obtížná. O prognóze onemocnění rozhoduje zejména rozsah primárního nádoru a postižení lymfatických uzlin v době stanovení diagnózy.

Léčba je náročná jak pro pacienta, tak pro jeho okolí. Nemocný je zpravidla léčen komplexní onkologickou léčbou, kombinující základní léčebné modalitty – chirurgický zákrok, radioterapii a chemoterapii. Z těchto důvodů s sebou léčení nese řadu nepříjemných prožitků. Bolest, poruchy polykání, dýchání a verbální komunikace, strach z budoucnosti a další nežádoucí účinky onkologické léčby. Pacienti mohou i několik měsíců po skončení léčby trpět xerostomií, sníženým vnímáním chuti, stomatitidou. Mohou se stát dočasnými nebo trvalými nosiči tracheostomické kanyly.

Kvalitní lékařská a ošetrovatelská péče přispěje k překonání kritického období a zajistí dobrou kvalitu života i následně v domácím prostředí. Dispenzarizace je nedílnou součástí péče o onkologicky nemocné. Úlohou zdravotní sestry je aktivně vyhledávat klientovy potřeby a následně je řešit. Spolupráce s nemocným a jeho rodinou, navázání partnerského vztahu a kvalitní péče jsou předpokladem pro úspěšné zvládnutí problémů spojených s léčbou.

2 Cíle práce

1. Zjistit výskyt zhoubných nádorů hltanu v populaci pardubického regionu.
2. Vysledovat, jaké problémy nejčastěji přivedly pacienty do ordinace ORL lékaře a jaká je průměrná doba mezi objevením prvních příznaků do návštěvy ORL lékaře.
3. Vysledovat, jaké procento pacientů kouřilo cigarety před stanovením diagnózy a jaké množství s kouřením pokračuje v průběhu a po skončení léčby.
4. Vysledovat, jaké komplikace a dlouhodobé nežádoucí účinky a následky s sebou nese komplexní onkologická léčba.

3 Teoretická část

3.1 Anatomie hltanu

Hltan (farynx) je trubice nálevkovitého tvaru, která je zavěšena na lebeční spodině a sahá po dolní okraj prstencové chrupavky. V dospělosti dosahuje délky asi 14 cm. Podílí se na polykání a dýchání, bývá proto nazýván křížovatkou dýchacích a polykacích cest. Podle vztahu hltanu k nosní a ústní dutině a k hrtanu anatomicky rozeznáváme tři části : pars nasalis, pars oralis a pars laryngea. Klinicky nazofarynx (epifarynx), orofarynx (mezofarynx) a hypofarynx. (viz příloha 1)

Nosní část hltanu (pars nasalis) je nejkranialnější a nejširší část. Kranialně je nazofarynx ohraničen spodinou lební, distálně horizontální rovinou procházející měkkým patrem, dorzálně krčními obratli a ventrálně choanami. Do epifaryngu se choanami otevírá dutina nosní. Na bočních stěnách nosohltanu vyúsťují sluchové (Eustachovy) trubice. Lymfatická tkáň tvoří na horní a zadní stěně klenby nosohltanu hltanovou mandli.

Ústní část hltanu (pars oralis) sahá od úrovně měkkého patra (C₂) po rovinu jdoucí jazykou (C₄). Orofarynx komunikuje ventrálně s dutinou ústní přes zúžení isthmus faucium. Zúžení je ohraničeno měkkým patrem, patrovými oblouky a kořenem jazyka. Mezi předním a zadním obloukem patrovým se nachází fossa (sinus) tonsillaris, ve které je uložena patrová mandle.

Hrtanová část hltanu (pars laryngea) je nejkratší částí hltanu. Pokračuje kaudálně z orofaryngu od okraje jazyky do výše obratle C₆, kde krikofaryngeálním svěračem (Killianův) přechází v jícen. Uvnitř na přední stěně je napříč horní okraj příklopky hrtanové – epiglottis. Pod epiglottis je vchod do hrtanu, který je uložen ventrálně od hypofaryngu. Na rozhraní ústní a hrtanové části hltanu se kříží dýchací a polykací cesty.

Lymfatický hltanový okruh (Waldeyerův lymfatický kruh) je tvořen mandlemi a lymfatickými folikly. Mandle jsou orgány nahromaděné lymfoepiteliální tkáň. Lymfatické folikly jsou rozesety v podlizniční vrstvě sliznice hltanu. Tonsilla pharyngea je uložena v klenbě nosohltanu. Tonsilla tubaria je rozložena kolem ústí a uvnitř chrupavčité části sluchové trubice. Párové tonsillae palatinae, patrové mandle, leží mezi patrovými oblouky v hltanové brance. Stroma mandle nese uspořádané lymfatické folikly, které jsou v úzkém kontaktu se soustavou tonzilárních krypt (lakun). Epitel krypt je retikulovaný dlaždicový.

Tonsilla lingualis, jazyková mandle je uložena pod sliznicí kořene jazyka. Volně rozestě lymfatické folikly se pod sliznicí seskupují v pruhy nebo nakupeniny především na přechodu boční stěny hltanu ve stěnu zadní, vždy v těsné souvislosti s vývody slinných žlázek. (4,7,14)

3.2 Funkce hltanu

Hltan se podílí na polykání, dýchání, dále na fonaci a artikulaci. Lymfoepiteliální orgány mají významnou úlohu v organizaci imunitního systému na vstupu antigenů do aerodigestivního ústrojí. Důležité jsou obranné reflexy (dávení, kašel a kýchání). Hltan se podílí na vnímání chuti a ventilaci středoušní dutiny.

Polykání je složitý reflexní děj, který se vybavuje dotykem sousta s patrovými oblouky a s kořenem jazyka. Celý reflex je řízen z prodloužené míchy. Polykací akt má dvě fáze – volní a reflexní. Při volní fázi je sousto rozžvýkáno v dutině ústní a posunuto do hltanového vchodu. Při reflexní fázi se posouvá sousto od hltanového vchodu do jícnu. Při prostupu sousta hltanem jsou všechna spojení hltanu s dýchacími cestami a dutinou ústní uzavřena.

Hltan je součástí horních cest dýchacích. Dochází zde k částečné úpravě vdechovaného vzduchu – zvlhčení, čištění a ohřátí. (8,14)

3.3. Nádory hltanu

3.3.1 Etiologie a patogeneze

Etiologie zhoubných nádorů hltanu není známá, v patogenezi se uplatňuje řada rizikových faktorů. Na vznik zhoubných nádorů hlavy a krku mají vliv chemické, biologické, fyzikální i dědičné faktory. Hltan představuje v ORL oblasti druhou nejčastější lokalitu výskytu zhoubných novotvarů, hned po hrtanu. Nejčastější příčinou vzniku zhoubných nádorů v oblasti dýchacích a polykacích cest je kouření cigaret. Kouření je výrazným rizikovým faktorem vzniku karcinomu faryngu. Tabákový kouř obsahuje více než 40 kancerogenních látek. Boj proti kouření se stal jedním z hlavních preventivních programů. Při současném abúzu tabáku s tvrdým alkoholem je výskyt mnohonásobně vyšší než u samotných kuřáků, alkohol působí jako tzv. kokancerogen (tj. látka, která potencuje vznik karcinomu).

Opakovaný kontakt sliznice s alkoholem vede ke zvýšení propustnosti membrán buněk a usnadnění průniku kancerogenů, rozpuštěných v alkoholu. Abúzus alkoholu způsobuje také nedostatek vitamínu B2, který vede k dysplastickým změnám sliznice. Vliv na vznik karcinomů má i špatná hygiena dutiny ústní, která je častá u silných kuřáků a alkoholiků. Z hlediska výživy se riziko kancerogeneze zvyšuje při vyšší konzumaci solených uzenin, tuků a nedostatku rostlinných vitaminů s antioxidačním účinkem.

U nekuřáků je známá vyšší incidence karcinomů dutiny ústní a hltanu u tzv. syndromu Plummer-Vinson. Chronické dráždění sliznice při gastroesofageálním refluxu má vliv na zvýšení výskytu karcinomů hltanu a hrtanu. Specifická je etiopatogeneze karcinomů nosohltanu, významnou měrou se uplatňují jak faktory genetické, tak i faktory prostředí, mezi kterými je na předním místě infekce virem Ebstein-Barrové. Lidský papiloma virus, typ HPV-16 hraje úlohu v rozvoji rakoviny dutiny ústní a hltanu. Do etiopatogeneze nádorů hlavy a krku zasahují genetické dědičné faktory, které mohou způsobit vyšší sklon k malignizaci buněk. Obecně vyšší sklon ke vzniku maligních nádorů je vázán také na stavy vrozeného či získaného oslabení imunity (např. AIDS).(19, 21)

3.3.2 Histologie a TNM klasifikace

Velkou část zhoubných nádorů hltanu tvoří dlaždicobuněčné karcinomy s různým stupněm diferenciací, s tendencí k lokálnímu šíření a časným vznikem lokoregionálních metastáz. Vzdálené metastázy jsou relativně vzácné. Mezi méně časté histologické typy patří nediferencovaný (anaplastický) karcinom, adenokarcinom, adenoidně cystický karcinom, mukoepidermoidní karcinom a lymfom. Karcinomy všech etází hltanu jsou klasifikovány TNM systémem, který je používán jako standard pro hodnocení nádoru. Principem klasifikace je popis rozsahu nádoru T (tumor = nádor), postižení uzlin N (noduli = uzliny) a přítomnosti vzdálených metastáz M.

Jsou používány dvě formy této klasifikace pro každou lokalizaci - klinická a patologická. Klinická klasifikace (preterapeutická cTNM), spočívá na výsledcích získaných před zahájením léčby (výsledky zobrazovacích metod, endoskopií, biopsií). Patologická klasifikace (postoperativní pTNM), vyžaduje resekci primárního nádoru nebo provedení více biopsií ke stanovení nejvyšší pT kategorie. Patologické zhodnocení regionálních uzlin vyžaduje jejich odstranění v takovém rozsahu, aby mohla být výpověď o nepřítomnosti postižení regionálních

uzlin věrohodná a je také dostatečná k potvrzení postižení uzlin nejvyšší N kategorie. Patologické potvrzení vzdálených metastáz vyžaduje jejich histologický průkaz. (1,8,20)

3.3.3 Klinické příznaky

Klinické příznaky se odvíjí od lokalizace nádoru. Rakovina postihuje nejčastěji patrovou mandli, oblouky patrové a měkké patro, přechází často do kořene jazyka a na trigonum retromolare a méně často na zadní stěnu hltanu. Druhá nejčastější forma vychází přímo z kořene jazyka a šíří se obvykle po hraně jazyka vpřed, do svaloviny jazyka a intratonzilárně, vzácněji přes valekuly na epiglotis. Zpravidla se příznaky vyvíjejí pomalu a nejsou charakteristické. Můžeme je rozdělit na místní a celkové. Místní příznaky se liší podle postižené etáže.

Nádory nosohltanu mohou vést svým objemem k obstrukci, projevům vleklé rýmy, bývá přítomnost krve v sekretu nebo epistaxe. Doprovázen může být dalšími příznaky, huhňavostí, zápachem z nosu a úst, poruchou čichu, bolestmi hlavy, poruchou sluchu, bolestí ucha, obrnou hlavových nervů, zhoršením zraku a zduřením na krku (metastatické postižení krčních uzlin).

Primární nádor orofaryngu je v počátku často bez výraznějších příznaků. Nejčastější je lokalizace v oblasti patrové tonzily. Nemocný mívá pocit pálení a škrábání v krku a pocit cizího tělesa. Rozpad nádoru vede často k foetoru ex ore – zápachu z úst. Orofaryngeální dysfagie a odynofagie jsou vedoucí příznaky nemocí hltanu. Bolesti v krku jsou stupňovány polykáním a často vystřelují do ucha. Dalšími příznaky jsou krvácení z dutiny ústní a zduření na krku.

Počáteční růst nádorů hypofaryngu je rovněž často asymptomatický. Příznaky pokročilého nádoru jsou dysfagie a odynofagie nebo bolest ucha, při prorůstání do laryngu chrapot a vznik inspirační dušnosti. Zužováním polykacích cest dochází k vážnutí sousta a aspiracím.

Mezi symptomy celkové patří zejména úbytek hmotnosti a únava.

Postižení jsou často kuřáci a lidé s abúzem alkoholu. Ti mohou pocíťovat jistý dyskomfort v dutině ústní a hltanu dlouhodobě. Stává se proto, že pacient počátečním příznakům nevěnuje pozornost nebo je bagatelizuje a přichází k lékaři pozdě. V době, kdy je nádor rozsáhlý a léčba obtížná. Metastatické postižení krčních uzlin (zduření na krku) je často prvním příznakem. (10,17,21)

3.3.4 Diagnostika

Při stanovení diagnózy je na prvním místě anamnéza a fyzikální vyšetření. Pokračuje se endoskopickými a zobrazovacími metodami. Rozhodující je bioptické vyšetření, které určí histopatologický typ nádoru a stupeň diferenciaci. (10)

3.3.4.1 Fyzikální vyšetření

Vyšetření dutiny ústní se začíná pohledem na krajinu rtů. V ústech sledujeme sliznici a hodnotíme stav chrupu. Zvláštní pozornost je třeba věnovat jazyku, sledovat jeho kresbu, suchost, zarudnutí, povlaky a pohyblivost.

Na patrových obloucích a měkkém patře pozorujeme souměrnost, tvarové a zánětlivé změny, pohyblivost. Na patrových mandlích sledujeme velikost, souměrnost, povrch, obsah a konzistenci. Větší asymetrie patrových mandlí budí podezření na nádor. Obsah lakun a konzistence mandlí se hodnotí při expresi mandlí. Pozorujeme změny sliznice stěny orofaryngu. Pro vyšetření nosohltanu a hrtanové části hltanu se používají metody zadní rinoskopie a nepřímá laryngoskopie. V současné době jsou stále častěji nahrazovány endoskopickým vyšetřením za pomoci optik v místním znecitlivění - rinoepifaryngoskopií a zvětšovací laryngoskopií.

Vedle vyšetření zrakem se používá v oblasti dutiny ústní a orofaryngu palpáce ukazovákem. Šetrná palpáce při nádorech jazyka a hltanové branky poskytuje orientační informace o hloubce infiltrace.(2,7)

3.3.4.2 Endoskopické metody

Panendoskopické vyšetření je indikováno u většiny pacientů. Kromě získání přesnější představy o rozsahu tumoru má panendoskopie význam i v pátrání po duplicitách.

Epifaryngoskopie je transnazální či transorální přehlédnutí prostoru nosohltanu. Hypofaryngoskopie a přímá laryngoskopie je indikována u nádorů kořene jazyka s šířením do valekul, u nádorů dolního pólu tonzily s přestupem na laterální stěnu nebo u nádorů zadní stěny faryngu a nádorů hypofaryngu.

Ezofagoskopie rigidním instrumentářiím se provádí při podezření na nádor v horní části polykacích cest. Flexibilní endoskopie se používá v souvislosti s implantací stentu.

K vyšetření hrudní části polykacích cest lze zavádět sondy k ultrasonografickému vyšetření, které je využíváno k detekci útvarů uložených extramurálně od stěn polykacích cest.

Materiál při vyšetření lze odebrat probatorní excizí nebo kyretáží. (1,13)

3.3.4.3 Zobrazovací metody

Pro diagnostiku tumorů hltanu a jejich metastáz se ze zobrazovacích metod používají klasické rentgenové zobrazovací metody (RTG), výpočetní tomografie (CT), magnetická rezonance (MR) a vyšetření ultrazvukem. Dále pak scintigrafické vyšetření většinou ve spojení s CT či NMR (PET CT/NMR).

Z klasických rentgenových zobrazovacích metod pro mezo- a hypofarynx se používá vyšetření polykacího aktu baryovou suspenzí. Konvenční zadopřední snímek hrudníku při pátrání po metastatickém postižení plic.

MR a CT zobrazení je vyšetření s vysokou citlivostí. Metody zobrazí kromě hltanu také regionální uzliny. Rozlišení měkčotkáňových struktur je při MR zobrazení lepší než při CT. MR ale klade vyšší nároky na spolupráci a nehybnost pacienta během vyšetření. Obě metody lze provádět s podáním kontrastní látky.

Oblasti měkkých tkání krku jsou spolu s regionálními lymfatickými uzlinami dobře hodnotitelné sonograficky. Jde o neinvazivní a nebolestivé vyšetření, které nepředstavuje pro nemocného zátěž.

Při nejasnostech nálezů zduření na krku lze využít zobrazovacích metod k cílenému odběru vzorku k histologickému (cytologickému) vyšetření. (1,13,25)

3.3.5 Léčba

Léčba nádoru se skládá z vlastní protinádorové léčby a z léčby podpůrné.

Protinádorová léčba využívá jednotlivých léčebných modalit (chirurgie, radioterapie a medikamentózní léčba) k maximální redukci, popřípadě odstranění všech nádorových buněk. Časté je použití více léčebných modalit v kombinaci s cílem zvýšení účinku terapie.

Podpůrná léčba usiluje o co nejlepší kvalitu života pacientů i jejich příbuzných v celém průběhu onkologického onemocnění. Je zaměřena na zmírnění obtíží vyvolaných nádorem a protinádorovou léčbou.

Termín paliativní léčba se používá pro komplexní podpůrnou léčbu nemocných s pokročilým onemocněním v posledních fázích jejich života, kdy již není možné vyléčení. (1,25)

3.3.5.1 Chirurgická léčba

Chirurgie má nezastupitelnou úlohu i při určení diagnózy a stádia onemocnění (exstirpace solitární uzliny, probatorní excize).

Chirurgická léčba má klíčové postavení a pro počáteční stádia je prvotní léčebnou modalitou. U malých nádorů vede zpravidla k vyléčení nebo dlouhodobé remisi. U pokročilých nádorů se chirurgická léčba obvykle neobejde bez nepříjemných následků (anatomických i funkčních). K chirurgickému ošetření patří také jednostranná či oboustranná disekce krčních uzlin. Provádí se pokud možno v jedné době s odstraněním primárního nádoru a představuje úvodní fázi operace. Podle rozsahu metastatického procesu v krčních uzlinách rozeznáváme různé typy disekcí, lišících se rozsahem a radikality. U rozsáhlých krčních metastáz je volena radikální krční disekce, při níž je v bloku s metastázami odstraňován veškerý lymfatický systém na jedné straně krku. Méně radikální krční disekce se označují jako modifikované. V určitých indikacích není nutno odstraňovat celý krční lymfatický systém, ale jenom část spádových lymfatických uzlin s nejvyšším rizikem metastazování podle lokalizace primárního nádoru - selektivní krční disekce. (5,7,10)

3.3.5.2 Radioterapie

Radioterapie využívá k léčbě zejména fotonové a elektronové záření. Léčba ionizujícím zářením je založena na skutečnosti, že většina nádorových buněk je na radiaci citlivější než normální buňky zdravé tkáně. Cílovou strukturou radiace, ve které dochází následkem záření k poškození je DNA. Cílem léčby je zničit nádor při minimálním možném poškození okolních tkání. Používá se zevní ozáření z vysokoenergetických zdrojů, brachyterapie samostatně nebo v kombinaci se zevní radioterapií.

Radioterapie je u nádorů hltnu účinnou léčebnou metodou. Pro pokročilé inoperabilní nádory může být jedinou použitelnou metodou, jindy v návaznosti na operaci zlepšuje výsledek léčby prodloužením bezpříznakového období i celkové doby přežití. Úkolem předoperační radioterapie je zmenšení nádoru a dosažení jeho operability či redukce rozsahu

chirurgického výkonu. Pooperační radioterapie eradikuje zbytkovou chorobu. Radioterapie působí značné nežádoucí účinky (stomatitida, xerostomie, ztráta chuti). (1,10,25)

3.3.5.3 Chemoterapie

V onkologii se pod pojmem chemoterapie rozumí podávání léků s cytotoxickým účinkem. Cytostatika jsou původu syntetického nebo jde o deriváty látek získaných z rostlin či z plísní. Zastavují buněčné dělení a ničí buňky poškozením jejich genetické informace. Cytostatika mají velmi úzkou terapeutickou šíři. Mezi jednotlivými lidmi jsou podstatné rozdíly v rychlosti metabolismu, což vysvětluje individuální rozdíly mezi výskytem výrazných nežádoucích účinků. Vedlejší účinky chemoterapie jsou závislé na podaném léku a mohou být pro pacienta vážnou a nepříjemnou komplikací. Objevuje se nevolnost a zvracení, postižení sliznic, útlum krvetvorby, nefrotoxicita, neurotoxicita, ototoxicita, kardiotoxicita, flebitidy a febrilní stavy.

Zařazení chemoterapie do komplexní léčby zhoubných nádorů hltanu je standardem, ale i předmětem studií. Využit lze neoadjuvantní (před aktinoterapií, předoperační) nebo adjuvantní chemoterapii. Léčebnou variantou směřující ke zlepšení prognózy je pro nemocné s pokročilými nádory konkomitantní chemoradioterapie. Výhoda je v jejich synergním antiproliferačním účinku a potenciaci účinku záření zvýšením citlivosti nádorových buněk k ozáření. Nevýhodou je zesílení nežádoucích účinků. (1,7,10)

3.3.5.4 Léčba v závislosti na lokalizaci

Použití jednotlivých léčebných modalit je kromě dalších faktorů ovlivněno umístěním nádoru v hltanu.

Vzhledem k lokalizaci nádoru nazofaryngu může být léčba zahájena chemoterapií. K chirurgickému odstranění se přistupuje výjimečně. Tumor se podaří obvykle jen zmenšit za současného získání materiálu k histologickému vyšetření. Resekce celého nádoru je velmi komplikovaná a náročná a je proto prováděna jen velmi ojediněle ve vybraných případech. Proveditelná je disekce uzlin. Hlavní léčebnou modalitou pro nádory nosohltanu je ozařování. Nádory prorůstající lební bází lze stabilizovat ozářením tzv. gama nožem.

Pro časná stádia zhoubných nádorů orofaryngu je metodou volby chirurgická léčba. Chirurgické přístupy jsou transorální a zevní - faryngotomie, popřípadě dočasné protěti dolní čelisti, tzv. mandibulotomie, u nejrozsáhlejších tumorů částečná resekce mandibuly. Rozsah

chirurgického výkonu je závislý na lokalizaci a rozsahu nádoru, postižení okolních tkání a regionálních uzlin. Resekce patra a kořene jazyka přináší potíže deglutinační a artikulační. Nádory vyžadující resekci horní části jícnu jsou rozsáhlé a jejich odstranění vyžaduje velmi radikální zákrok. Není-li v jedné době plánovaná rekonstrukční část operace (náhrada faryngu a jícnu volnou jejunální kličkou, pull up žaludku, náhrada jícnu tlustým střevem) je vyveden jícen na krk esofagostomií. Po ukončení onkologické léčby je rekonstrukce zpravidla plánována ve druhém kroku. Bloková disekce krčních uzlin je součástí chirurgické léčby. Vzhledem k relativně vysoké četnosti postižení uzlin zpravidla následuje ozáření zevní nebo v kombinaci s brachyterapií.

U karcinomu hypofaryngu se dává přednost kombinaci chirurgické léčby s radioterapií. Částečná nebo úplná resekce hrtanu a hypofaryngu s disekcí krčních uzlin jsou obvykle nezbytné. (2,7,10)

3.3.5.5 Hodnocení výsledků léčby

Pod pojmem uzdravení se rozumí normální průběh dalšího života až do jeho přirozeného konce, nezávisle na proběhlé nemoci. Tato definice není pro maligní choroby použitelná pro vyhodnocování účinku léčby. Používá se termín dlouhodobé bezpříznakové přežití – long term disease free survival nebo celkové přežití - overall survival.

Bezpříznakové přežití (disease free survival) vyjadřuje, kolik procent léčených nemocných žije po určité době od léčby bez známek nemoci. Celkové přežití (overall survival) vyjadřuje kolik procent pacientů žije po určité době od zahájení léčby ať s příznaky nemoci, nebo bez nich. Remise znamená vymizení (kompletní) příznaků nemoci při klinickém a běžně dostupném laboratorním vyšetření. Relapsem či recidivou se nazývají nově objevené příznaky nemoci u člověka v remisi.

Stanovení počtu dlouhodobě přežívajících vyžaduje dlouhodobé sledování. Pokud není k dispozici, hodnotí se výsledky léčby počtem pacientů, kteří po určité době ještě žijí. (1,24,25)

3.3.6 Prognóza

U karcinomu nazofaryngu je prognóza závislá na typu nádoru a stadiu pokročilosti. Celkově se pětileté přežití pohybuje kolem 50%.

U nádorů orofaryngu je ve stadiu T1-2 pravděpodobnost pětiletého přežití až 70%, u stadia T3-4 pouze 20%. Nepříznivá prognóza je při šíření nádoru do báze jazyka a do regionálních uzlin, pravděpodobnost pětiletého přežití je méně než 10%.

Prognóza u karcinomu hypofaryngu je vážná. Pět let přežívá nejvýše 20% nemocných. (10)

3.3.7 Dispenzární péče

Péče o nemocné se zhoubnými nádory hltanu pokračuje i po ukončení hospitalizace. Neméně důležitá jako vlastní léčba nemocných je jejich následné sledování. Dlouhodobá a komplexní dispenzární péče je zajišťována ve specializovaných onkologických poradnách a na její realizaci se podílí tým nejzkušenějších lékařů a sester. Mezi základní úkoly patří odhalení případné recidivy nádoru, pátrání po obtížích vyplývajících z onkologické léčby a časná detekce dalších nádorů. Důležité je získat důvěru nemocného, projevit zájem o jeho obtíže a být v kontaktu s příbuznými nemocného. Nezbytná je spolupráce s dalšími odborníky při nutnosti následné léčby, sociálními pracovníky, s obvodním lékařem a odborným lékařem, který pacienta odeslal na specializované pracoviště.

Pacienti mohou i několik měsíců po skončení léčby trpět xerostomií, sníženým vnímáním chuti, stomatitidou. Mohou se stát dočasnými nebo trvalými nosiči tracheostomické kanyly.

Úloha lékaře a sestry je širší. Měli by pacientovi pomáhat překonávat problémy psychosociálního a profesionálního znovuzačlenění do společnosti a také mu pomáhat zvládat dlouhodobé či trvalé nežádoucí účinky prodělané léčby. Komplikace onkologické léčby představují pro nemocného nepříjemné prožitky a zhoršují kvalitu života. Důležitá je informovanost a spolupráce s lékařem a sestrou. Pravidelné kontroly a sledování po ukončení léčby jsou podstatnou součástí péče o onkologicky nemocné. (10,18,25)

3.3.7.1 Schéma kontrol v dispenzarizaci

Sledování onkologicky nemocných je trvalé. Včasný záchyt dává největší šance úspěšnosti onkologické léčby. Riziko recidivy je v prvních letech největší. Druhotný nádor může vzniknout v důsledku větší afinity ke kancerogenezi nebo léčbou indukovaný nádor (v ozářené oblasti). Doba, po kterou nemocný zůstává v onkologické poradně závisí na více faktorech. Standardní je období pěti let od poslední léčby. Po této době je nemocný zpravidla předán do péče spádového lékaře ORL. Intervaly mezi lékařskými kontrolami se postupem

času prodlužují v závislosti na klesajícím riziku recidivy zhoubného onemocnění. Schéma kontrol v dispenzární péči je obsahem přílohy 2. (viz příloha 2)

Vyhláška MZ ČR č.60/1997 sb. ukládá povinnost dispenzarizovat všechny nemocné s diagnostikovaným maligním nebo potenciálně maligním onemocněním, dále všechny osoby s familiárním výskytem nádorů a nemocné s diagnostikovanou prekancerózou. (10,18,21)

3.3.7.2 Vyšetření v onkologické poradně

Pacientům, kteří přicházejí do onkologické poradny, je provedeno kromě anamnestických dotazů detailní vyšetření. Důležité je především palpační vyšetření krční krajiny za účelem zjištění případných metastáz a kompletní ORL vyšetření. Důraz je kladen na vyšetření pomocí optik (nosní dutina, nosohltan, hypofarynx, larynx), zhodnotit je nutno (zvláště u nádorů nosohltanu) i nález otoskopický a stav sluchu. V některých případech lékař indikuje vyšetření RTG, UZ, CT nebo MR, méně často PET. Při nejasných nebo nepřehledných nálezech bývá nemocný objednan k přijetí na kontrolní endoskopické vyšetření v celkové anestézii. (18)

3.3.7.3 Role sestry v onkologické poradně

Zdravotní sestra je nedílnou součástí týmu při poskytování dispenzární péče. Vedle své odborné práce může svým přístupem pozitivně motivovat pacienta a psychicky jej podpořit v období obav. Sestra se zaměřuje na psychosociální problémy nemocných, je zodpovědná za administrativní činnost a pomáhá a asistuje lékaři při vyšetřování nemocných a ordinovaných zákrocích.

Před vyšetřením nebo zákrokem je důležité pacienta připravit na plánovaný postup. Spolupráce s nemocným je důležitá, ale zátěž nesmí přesáhnout míru, kterou je schopen vyšetřovaný snést (individuální schopnosti, aktuální zdravotní stav – horečka, bolesti). Nemocného posadíme do vyšetřovacího křesla na dosah ruky připravíme buničitou vatou. Sestra asistuje lékaři, v případě potřeby fixuje hlavu nemocného při nežádoucích pohybech. (2,18)

3.3.7.4 Archivace záznamů

Shromažďování a archivace veškerých nálezů je v rámci dispenzární péče velice důležitá. Osobní data, údaje o onemocnění, kompletní záznamy o léčbě a o kontrolních vyšetřeních

jsou uloženy ve speciálních deskách v kartotéce. Průběžně jsou kontrolovány a koncem roku je provedena podrobnější kontrola. Pacienti, kteří se na kontrolu nedostavili ve stanoveném termínu jsou cíleně vyzváni k návštěvě a jsou vyřazeni zemřelí. (18)

3.3.8 Prevence

3.3.8.1 Primární prevence

Cílem primární prevence je odstraňovat nebo omezovat možné příčiny vzniku nádorových onemocnění. Opírá se o nové poznatky v patogenezi nádorového procesu a o výsledky epidemiologických studií. Rizikových faktorů pro vznik maligních chorob je v dnešním životě poměrně mnoho a nelze se jim vyhnout. Posouzení všech faktorů zevního prostředí je obtížné, ale vliv některých škodlivin je průkazný. Patří sem kouření, alkohol, virové infekce, chemické látky, záření a způsob výživy. V menší míře se mohou uplatnit i některé další faktory. (viz kap. 3.3.1) (1,10)

3.3.8.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence spočívá ve vyhledávání a sledování rizikových jedinců nebo skupin obyvatelstva, ve vyhledávání prekanceróz. Směřovat má k včasnému odhalení počínajícího nádorového onemocnění. Preventivní onkologická prohlídka má být součástí vyšetření každého hospitalizovaného nemocného, i když důvodem jeho přijetí je nenádorové onemocnění. Na sekundární prevenci se mohou podílet i občané. V případě nádorů hltanu je to zejména včasná návštěva lékaře při zjištění tzv. varovných příznaků.

V oblasti hltanu nelze příliš uplatnit samovyšetření. Zejména lidem starším 40 let, kteří pravidelně kouří a pijí alkoholické nápoje se doporučuje prohlédnout jednou měsíčně před zrcadlem obličej, dutinu ústní a zhodnotit souměrnost na obou stranách krku. Nedojde-li k úpravě patologického nálezu do 3-6 týdnů, je vhodné navštívit lékaře. (6,10,22)

3.3.8.3 Terciální prevence

Terciální prevence znamená sledování nemocných s vyléčeným nádorovým onemocněním s cílem včas odhalit recidivu nebo relaps onemocnění. U nemocných, kteří prodělali

protinádorovou léčbu je i jisté riziko vzniku tzv. sekundárních a duplicitních malignit. K zajištění terciální prevence významně přispívá dispenzární péče. (viz kap.3.3.7). (10)

3.3.9 Ošetrovatelská péče o nemocné s nádory hltanu

3.3.9.1 Ošetrovatelská péče v pooperačním období

Ošetrovatelská péče v pooperačním období zahrnuje řadu činností. Patří mezi ně monitorování základních životních funkcí, péče o operační ránu, drény, monitorování bolesti, péče o dýchací cesty, výživu a další. Významným aspektem práce sestry je snížit rizika vzniku pooperačních komplikací. Důležitá je správná edukace pacienta. (2,25)

3.3.9.2 Možné ošetrovatelské diagnózy v pooperačním období

00046 Porušená kožní integrita

00004 Riziko infekce

00132 Akutní bolest

00103 Porušené polykání

00039 Riziko aspirace

00028 Riziko deficitu tělesných tekutin

00108 Deficit sebepéče při koupání a hygieně (15)

3.3.9.3 Péče o nemocné s komplikacemi a pozdními následky onkologické léčby

V průběhu a po skončení léčby zhoubných nádorů hltanu se mohou vyskytovat komplikace spojené s onkologickou léčbou.

V důsledku poškození sliznic vzniká stomatitida a mukozitida. Představují nepříjemnou (změny chuťových vjemů aj.) a bolestivou komplikaci. Omezují příjem potravy a jsou limitujícím faktorem dalšího ozařování. Můžou také být potenciální vstupní bránou pro infekce zvláště u imunokompromitovaných nemocných. Projevy vznikají obvykle po 2 týdnech od zahájení radioterapie a k jejich zhojení dochází po 2 až 3 týdnech po skončení léčby. Důležité je včasné zahájení léčby.

Další nepříjemnou komplikací je xerostomie. Pokles produkce slin se objeví již první týden po ozařování a postupně se zvětšuje. K obnovení salivace, většinou jen částečnému, dochází

až ve značném časovém odstupu (8-10 měsíců) a v řadě případů je trvalá. Pacient je poučen o péči o dutinu ústní. Zuby si čistí správnou technikou, pěnivou pastou s antimikrobiálním účinkem. Používá ústní vody a gely. Je mu doporučeno nekouřit cigarety a nepobývat v zakouřených prostorách. Příjem tekutin by měl být 2 - 3 l denně, s vyloučením kávy a tvrdého alkoholu. Z dietetického hlediska by pacient neměl přijímat lepkavé potraviny a tekutiny, suchá a kořeněná jídla. Kontrola u stomatologa by měla probíhat v intervalu 3 měsíců.

Při ozařování je nutné věnovat pozornost i stavu kůže, na které vzniká postiradiační reakce. Zvýšená kožní reakce je častá při konkomitantní chemoterapii. Nemocného je třeba poučit, aby nosil volný neдрáždivý oděv, nevystavoval kůži slunečnímu záření a udržoval ji v suchu. Ozařovaná místa se nesmí omývat mýdlem, po sprchování lehce vysušit. Během ozařování ošetřujeme kůži mastí.

Předpokladem úspěšného zvládnutí léčebných následků je spolupráce s nemocným, vyhledávání jeho problémů a pravidelné vyšetření dutiny ústní. Vedle lékařské péče stojí i sesterské intervence. Navázání partnerského vztahu, informovanost a porozumění ze strany ošetřujícího personálu. Vzhledem k dlouhodobému přetrvávání obtíží je osvojení režimových, hygienických a dietních doporučení podstatné a má vliv na kvalitu života onkologicky nemocného pacienta. (10,12)

3.3.9.4 Možné ošetřovatelské diagnózy u pacientů s komplikacemi onkologické léčby

- 00103 Porušené polykání
- 00002 Nedostatečná výživa
- 00027 Deficit tělesných tekutin
- 00045 Poškozená ústní sliznice
- 00133 Chronická bolest
- 00078 Neefektivní léčebný režim
- 00044 Porušená tkáňová integrita (15)

3.3.9.5 Péče o tracheostomii v domácím prostředí

Tracheostomie je jedním z následků onkologické léčby. Může být dočasná nebo trvalá. U nemocných s nádory hltnu přichází v úvahu obojí. Edukace pacientů (případně rodinných příslušníků) je jednou z významných součástí komplexní péče o nemocné s tracheostomií.

Z důvodu vyřazení horních dýchacích cest je porušena funkce klimatizační, filtrační a obranná. Je znemožněno smrkání a výrazně limitován čich. Pacient s tracheostomií by měl být poučen, že nemusí cítit „nebezpečné signály“, např. kouř, zápach plynu nebo výpary. Porušená je také funkce břišního lisu, při které se fyziologicky uzavírá glotis, a někteří nemocní mohou mít potíže při stolici nebo zvedání těžkých břemen. V neposlední řadě je narušena tvorba hlasu.

Výměna tracheostomické kanyly musí probíhat za pravidel asepse a antiseptiky. Zavedení je usnadněno použitím lubrikačního prostředku (olej, mast, gel), který by měl být sterilní. Kanyla je zaváděna v mírném záklonu hlavy při nádechu, pomalu kruhovým pohybem, ve střední čáře do průdušnice. Nácvik zavádění je vhodné kvůli zrakové kontrole provádět před zrcadlem.

V domácím prostředí je základním principem udržování průchodnosti a čistoty tracheostomické kanyly. Nemocného je nutné seznámit s péčí o kanylu, která spočívá v mechanické očištění následné desinfekci a řádném opláchnutí vlažnou vodou. Kůži v okolí tracheostomatu je doporučeno ošetřovat indifferenční mastí s cílem zabránit maceraci. K ochraně kůže přispívá i podložení tracheostomické kanyly gázou či komerčně vyráběnou podložkou. Důležité je udržení vlhkosti vdechované směsi, nejčastěji překrytím otvoru tracheostomie trvale zvlhčeným čtvercem gázy.

Psychologická podpora je nedílnou součástí komplexního přístupu k nemocnému s tracheostomií. Pacienti mají řadu obtíží (kašel, možnost vykašlávání sputa i do velké vzdálenosti, omezená schopnost řeči, obavy z dušení apod.), které mohou ovlivnit nejen jejich psychiku, ale schopnost začlenění zpět do rodiny a společnosti. Maximální stupeň empatie ze strany rodiny a zdravotnického personálu by měly být samozřejmostí.

Seznámení nemocného s péčí o kanylu a s řadou kompenzačních pomůcek je jedním z úkolů zdravotní sestry v ORL onkologické poradně.(9,23)

3.3.9.6 Možné ošetřovatelské diagnózy u pacienta s tracheostomií

00036 Riziko udušení

00051 Zhoršená verbální komunikace

00118 Porušený obraz těla

00073 Neschopnost rodiny zvládat zátěž

00069 Neefektivní zvládnutí zátěže (15)

3.3.9.7 Nutriční podpora nemocných

Nádorová malnutrice představuje velmi silný negativní prognostický faktor, je způsobena řadou vlivů. Nádorová tkáň si zpravidla zachovává vysokou úroveň metabolické aktivity, bez ohledu na nutriční stav zbývající části organismu. U hltanu je vzhledem k lokalizaci nedostatečná výživa podpořena poruchou polykání. Polykací obtíže různého charakteru se často objevují spolu s hubnutím mezi prvními příznaky zhoubného postižení hltanu. Další zhoršení nutričního stavu způsobí agresivní protinádorová léčba a její komplikace.

Důležité je vyšetření nutričního stavu a doporučení vhodné diety. Při výběru respektujeme přání nemocného. Vůně zejména teplých jídel může přispívat k nevolnosti, proto jsou doporučována chlazená jídla s studenými nápoji. Nemocným, u nichž se nedaří pomocí dietní rady udržet perorální příjem a tělesnou hmotnost, je ordinováno popíjení po malých dávkách (sipping) nebo umělá klinická výživa. Enterální výživě je u nemocných s nádory hltanu dáвана přednost. Využívá se zavedení nazogastrické sondy a pro dlouhodobé živení perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG) nebo chirurgicky provedená gastrostomie.

U operovaných nemocných je nutriční podpora indikována již v předoperačním období. Na počátku radioterapie je prováděno pečlivé nutriční vyšetření a dietní rada zaměřená k udržení přirozené výživy po celou dobu léčby. V zájmu udržení tělesné hmotnosti a dokončení radioterapie byla úspěšná výživa podávaná cestou perkutánní endoskopické gastrostomie. Používání enterální nebo parenterální výživy během chemoterapie je doporučeno u pacientů těžce malnutričních a neschopných přijímat stravu.

Vztah mezi nutričním stavem pacienta a výsledkem onkologické léčby je stále předmětem klinických studií. (1,11,16)

4 Výzkumná část

4.1 Výzkumné předpoklady

1. Karcinomem hltanu onemocní častěji muži než ženy.
2. Rakovinou je častěji postižen orofarynx než ostatní etáže hltanu.
3. Rozložení počtu dispenzarizovaných pacientů ve spádové oblasti odpovídá velikosti jednotlivých okresů.
4. Mezi prvními příznaky karcinomu hltanu dominuje zduření na krku.
5. Většina pacientů bagatelizuje první příznaky nemoci a navštíví lékaře pozdě.
6. Většina kuřáků nepřestala kouřit v průběhu léčby a po jejím skončení.
7. Pacienti jsou nejčastěji léčeni kombinací modalit chirurgie a radioterapie.
8. Trvalým nosičem tracheostomické kanyly se stává malý počet nemocných.
9. Xerostomie je nežádoucí účinek onkologické léčby, který mnoho pacientů trápí dlouhodobě.

4.2 Metodika výzkumu

Sběr dat byl proveden v Pardubické krajské nemocnici a.s. na Klinice otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku (ORL) analýzou archivovaných chorobopisů a využitím nemocničního informačního systému (NIS) Medea. Do studie byli zařazeni pacienti, kteří byli v letech 1992 - 2008 diagnostikováni, léčeni nebo dispenzarizováni pro zhoubný nádor hltanu. Množství získaných dat odpovídá aktuálnímu stavu archivu Kliniky ORL k prosinci 2008. Zařazeni nebyli pacienti, u kterých se nedohledaly chorobopisy ani ambulantní karty a nejsou evidováni v NIS Medea.

Pro získání informací byla použita retrospektivní studie. Výhodou této metody je získání velkého množství dat v relativně krátkém časovém úseku. Nedohledání některých informací ze zdravotnické dokumentace a absence osobního kontaktu s pacientem je nevýhodou.

Celkový počet pacientů je 299. Do studie bylo zařazeno 279 pacientů, 237 mužů a 42 žen. Průměrný věk ve sledované skupině je 57 let. Nemocní byli ve věkovém rozmezí mezi 20 a 85 roky. Vyřazeno bylo 20 pacientů z důvodu nedohledání potřebných údajů.

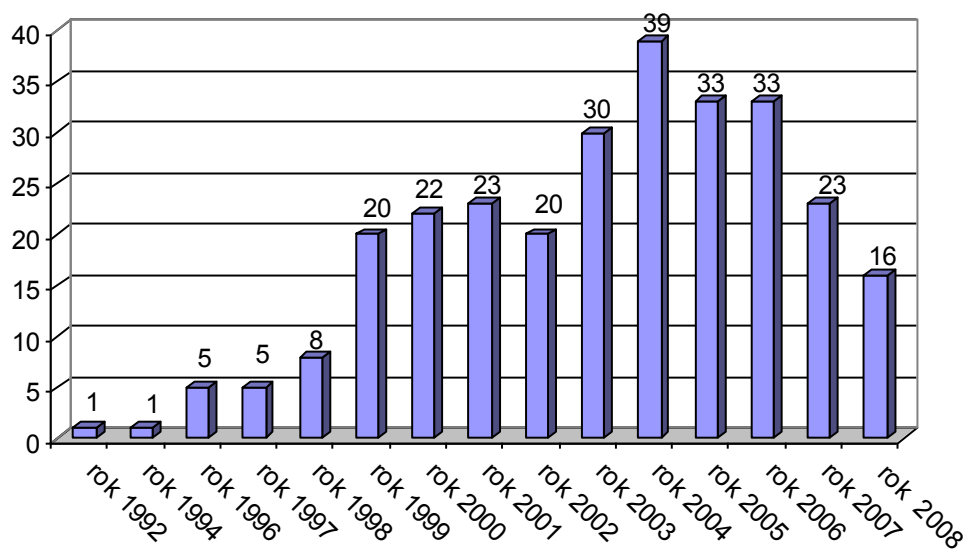
Získané údaje byly zaznamenávány do předem připravené tabulky v programu Microsoft Excel. Zpracovány a analyzovány jsou údaje o rizikových faktorech, diagnostice, léčbě a komplikacích, dispenzární péči, výskytu relapsu nebo recidivy u pacientů se zhoubným nádorem hltanu. Dále demografické údaje týkající se věku, pohlaví, rodinného stavu, vzdělání, zaměstnání, trvalého bydliště a úmrtí. Získané výsledky jsou vyjádřeny absolutní a relativní četností. Zaznamenány jsou v tabulkách a grafech.

4.3 Prezentace výsledků

Přehled nově diagnostikovaných zhoubných nádorů hltanu v jednotlivých letech

Tab. 1 Přehled nově diagnostikovaných zhoubných nádorů hltanu v jednotlivých letech

rok	absolutní četnost	relativní četnost
rok 1992	1	0,4%
rok 1994	1	0,4%
rok 1996	5	1,8%
rok 1997	5	1,8%
rok 1998	8	2,9%
rok 1999	20	7,2%
rok 2000	22	7,9%
rok 2001	23	8,2%
rok 2002	20	7,2%
rok 2003	30	10,8%
rok 2004	39	14,0%
rok 2005	33	11,8%
rok 2006	33	11,8%
rok 2007	23	8,2%
rok 2008	16	5,7%
Σ	279	100,0%



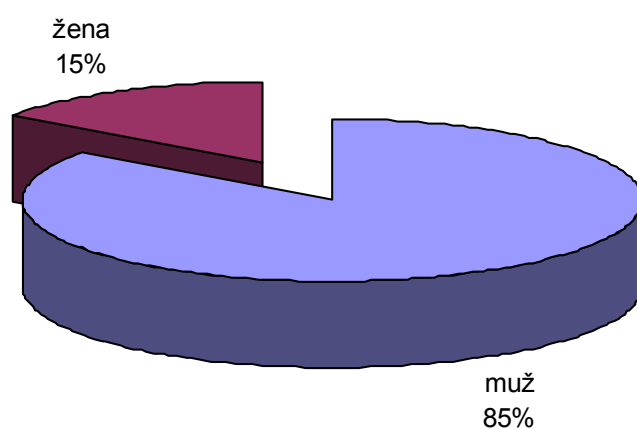
Obr. 1 Graf nově diagnostikovaných zhoubných nádorů hltanu v jednotlivých letech.

Tento graf ukazuje počet nově diagnostikovaných onemocnění v jednotlivých letech.

Výskyt zhoubných nádorů hltanu v závislosti na pohlaví

Tab. 2 Výskyt zhoubných nádorů hltanu v závislosti na pohlaví

pohlaví	absolutní četnost	relativní četnost
muž	237	84,9%
žena	42	15,1%
Σ	279	100,0%



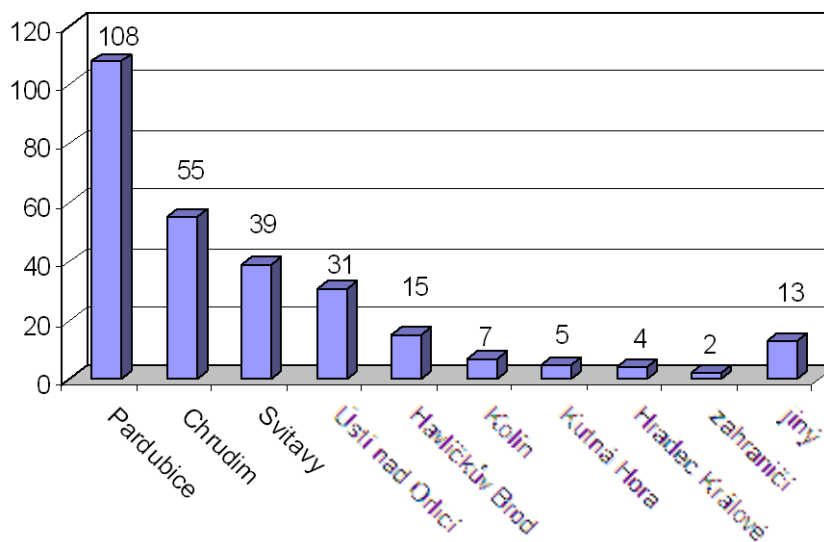
Obr. 2 Graf výskytu zhoubných nádorů hltanu v závislosti na pohlaví

Tento graf znázorňuje výskyt zhoubných nádorů hltanu v závislosti na pohlaví. Onemocnění postihuje výrazně častěji muže než ženy. Z celkového počtu 279 pacientů je 237 mužů (85%) a 42 žen (15%).

Složení dispenzarizovaných pacientů podle okresu trvalého bydliště

Tab. 3 Složení dispenzarizovaných pacientů podle okresu trvalého bydliště

okres	absolutní četnost	relativní četnost
Pardubice	108	38,7%
Chrudim	55	19,7%
Svitavy	39	14,0%
Ústí nad Orlicí	31	11,1%
Havlíčkův Brod	15	5,4%
Kolín	7	2,5%
Kutná Hora	5	1,8%
Hradec Králové	4	1,4%
zahraničí	2	0,7%
jiný	13	4,7%
Σ	279	100,0%



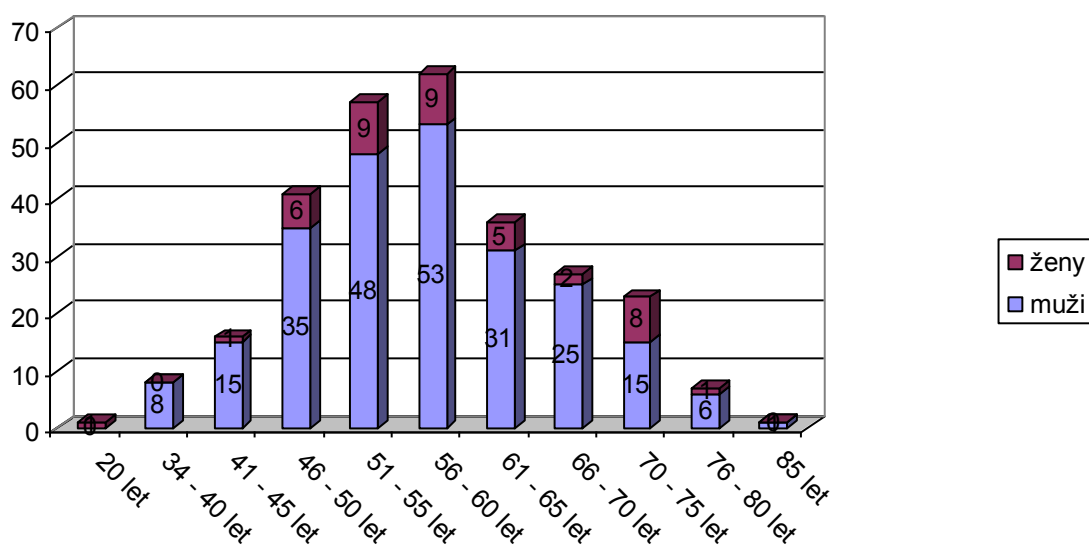
Obr. 3 Graf složení dispenzarizovaných pacientů podle okresu trvalého bydliště

Téměř 38% pacientů mají trvalé bydliště v okrese Pardubice, 20% v okrese Chrudim. Dva pacienti mají trvalé bydliště v zahraničí (Slovensko, Korea). Z jiných okresů je to Rychnov nad Kněžnou, Pelhřimov, Trutnov, Ostrava, Boskovice, Náchod, Nymburk, Jihlava, Blansko a Jičín.

Věk v době stanovení diagnózy zhoubného nádoru hltanu

Tab. 4 Věk v době stanovení diagnózy zhoubný nádor hltanu

věk	muži	ženy
20 let	0	1
34 - 40 let	8	0
41 - 45 let	15	1
46 - 50 let	35	6
51 - 55 let	48	9
56 - 60 let	53	9
61 - 65 let	31	5
66 - 70 let	25	2
70 - 75 let	15	8
76 - 80 let	6	1
85 let	1	0
Σ	237	42



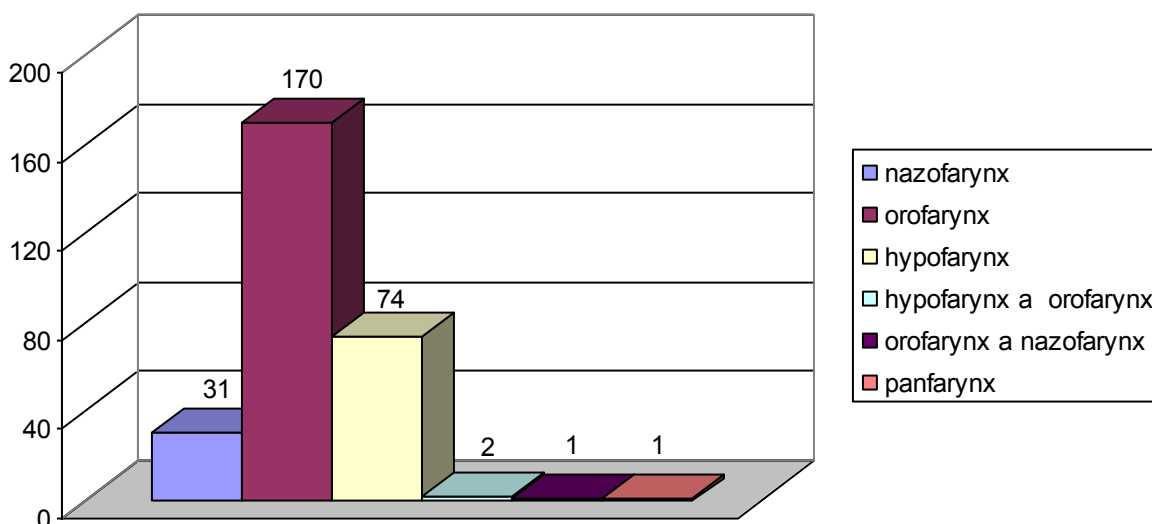
Obr. 4 Graf věku v době stanovení diagnózy zhoubného nádoru hltanu

Nejmladšímu pacientovi bylo v době stanovení diagnózy 20 let, nejstaršímu 85 let. Nejvíce pacientů bylo diagnostikováno mezi 51 až 60 rokem. Průměrný věk při stanovení diagnózy zhoubného nádoru hltanu je 57 let.

Rozdělení výskytu zhoubných nádorů hltanu podle etáží

Tab. 5 Rozdělení výskytu zhoubných nádorů hltanu podle etáží

etáže	absolutní četnost	relativní četnost
nazofarynx	31	11,1%
orofarynx	170	60,9%
hypofarynx	74	26,5%
hypofarynx a orofarynx	2	0,7%
orofarynx a nazofarynx	1	0,4%
panfarynx	1	0,4%
Σ	279	100,0%



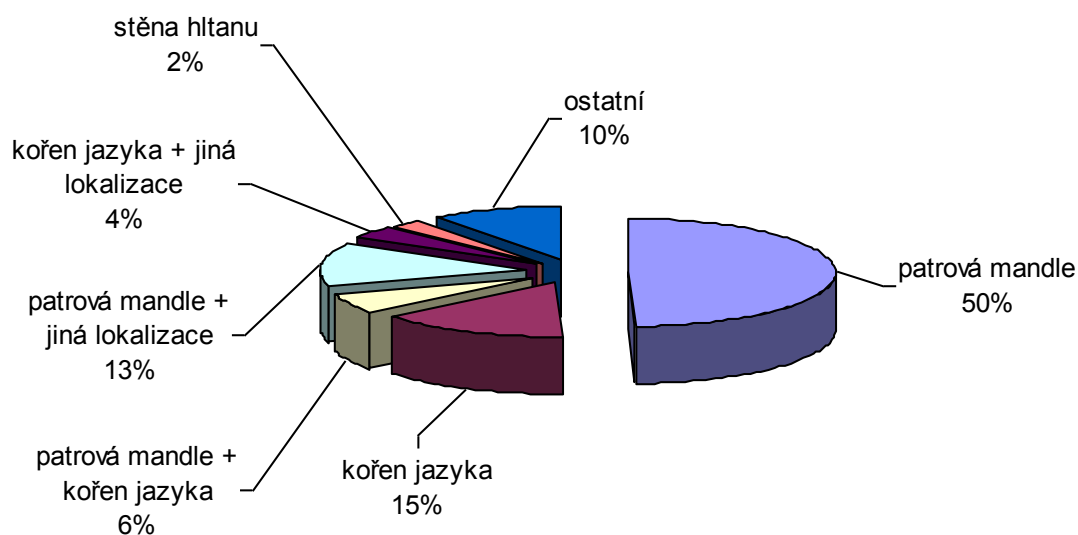
Obr. 5 Graf rozdělení výskytu zhoubných nádorů hltanu podle etáží

Orofarynx je postižen v 61%, hypofarynx v 27% a nazofarynx v 11%. Ve třech případech je současně postižen hypofarynx a orofarynx a v jednom případě orofarynx a nazofarynx. V jednom případě jsou současně postiženy všechny tři etáže.

Lokalizace karcinomu v orofaryngu

Tab. 6 Lokalizace karcinomu v orofaryngu

lokalizace	absolutní četnost	relativní četnost
patrová mandle	86	49,4%
kořen jazyka	26	14,9%
patrová mandle + kořen jazyka	11	6,3%
patrová mandle + jiná lokalizace	22	12,6%
kořen jazyka + jiná lokalizace	7	4,0%
stěna hltanu	4	2,3%
ostatní	18	10,3%
Σ	174	100,0%



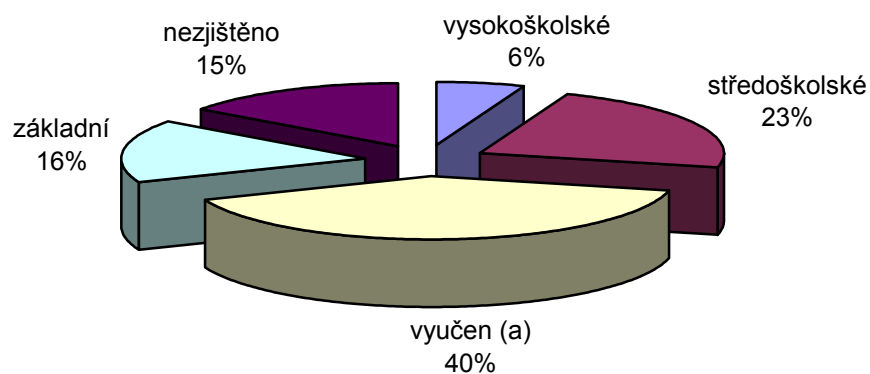
Obr. 6 Graf lokalizace karcinomu v orofaryngu

V orofaryngu je karcinom nejčastěji lokalizován na patrové mandli. Druhým nejčastějším místem je kořen jazyka.

Složení nemocných podle vzdělání

Tab. 7 Složení nemocných podle vzdělání

vzdělání	absolutní četnost	relativní četnost
vysokoškolské	16	5,7%
středoškolské	64	22,9%
vyučen (a)	112	40,1%
základní	45	16,1%
nezjištěno	42	15,1%
Σ	279	100,0%



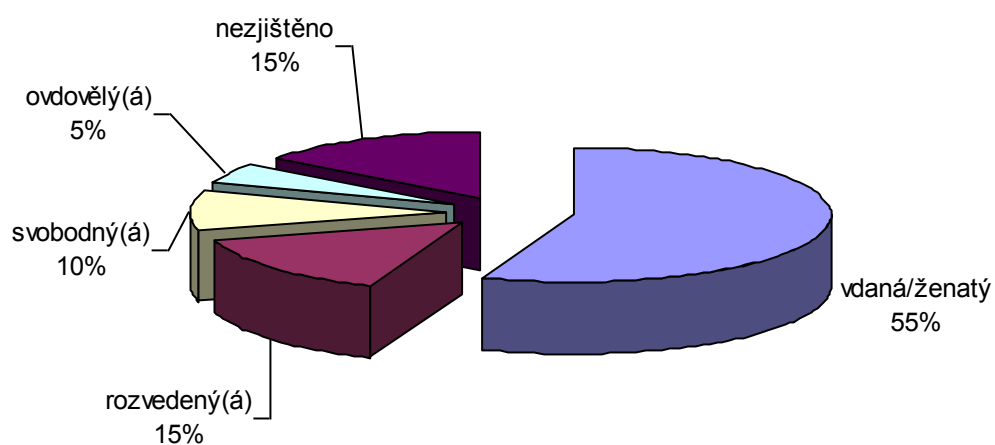
Obr. 7 Graf složení nemocných podle vzdělání

Vysokoškolské vzdělání má 6% nemocných. 23% pacientů má středoškolské vzdělání, 16% základní a 40% je vyučeno. U 15% nebyla tato informace zjištěna.

Rozdělení pacientů podle rodinného stavu

Tab. 8 Rozdělení pacientů podle rodinného stavu

rodinný stav	absolutní četnost	relativní četnost
vdaná/ženatý	156	55,9%
rozvedený(á)	42	15,1%
svobodný(á)	27	9,7%
ovdovělý(á)	13	4,7%
nezjištěno	41	14,7%
Σ	279	100,0%



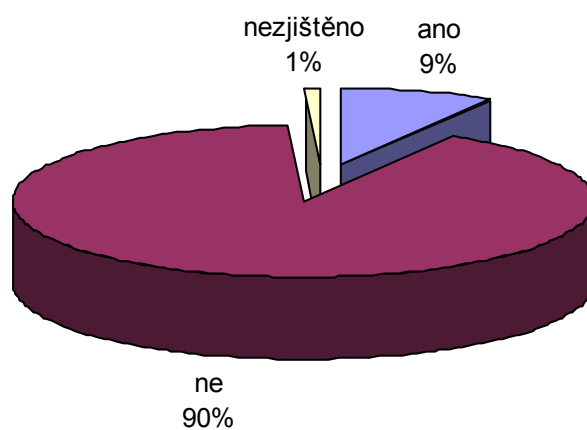
Obr. 8 Graf rozdělení pacientů podle rodinného stavu

Rodinný stav vdaná/ženatý je u 55% nemocných. Rozvedených je 15%, svobodných 10 %, ovdovělých 5% a u 15% tento údaj nebyl zjištěn.

Výskyt malignity v osobní anamnéze

Tab. 9 Výskyt malignity v osobní anamnéze

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
ano	24	8,6%
ne	253	90,7%
nezjištěno	2	0,7%
Σ	279	100,0%



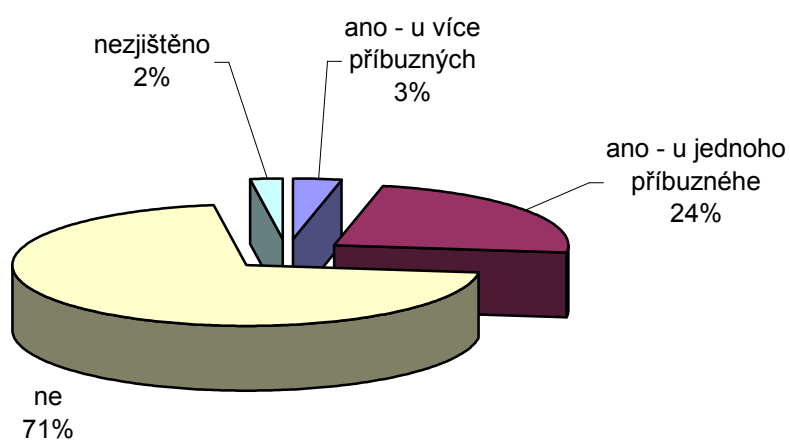
Obr. 9 Graf výskytu malignity v osobní anamnéze

Nádorové onemocnění v osobní anamnéze se vyskytuje u 9% nemocných, u 90% ne. U 1% nebyl tento údaj zjištěn.

Výskyt nádorového onemocnění v rodinné anamnéze

Tab. 10 Výskyt nádorového onemocnění v rodinné anamnéze

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
ano - u více příbuzných	9	3,2%
ano - u jednoho příbuzného	66	23,7%
ne	198	71,0%
nezjištěno	6	2,2%
Σ	279	100,0%



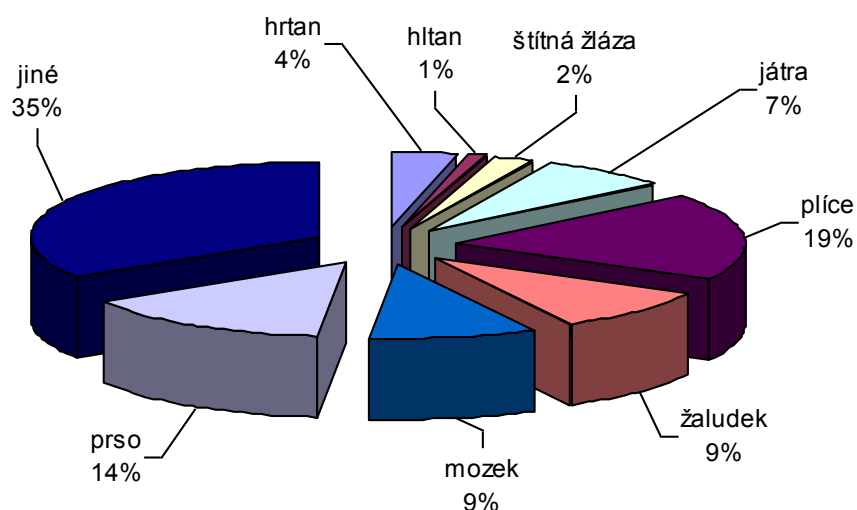
Obr. 10 Graf výskytu nádorového onemocnění v rodinné anamnéze

Nádorové onemocnění v rodinné anamnéze se objevilo u 27% nemocných. Nádor v rodinné anamnéze se nevyskytuje v 71%. U 2% nebyla tato informace zjištěna.

Přehled nádorových onemocnění vyskytujících se v rodinné anamnéze

Tab. 11 Přehled nádorových onemocnění vyskytujících se v rodinné anamnéze

zhoubný nádor	absolutní četnost	relativní četnost
hrtan	3	3,5%
hltan	1	1,2%
štítná žláza	2	2,4%
játra	6	7,1%
plice	16	18,8%
žaludek	8	9,4%
mozek	8	9,4%
prso	12	14,1%
jiné	29	34,1%
Σ	85	100,0%



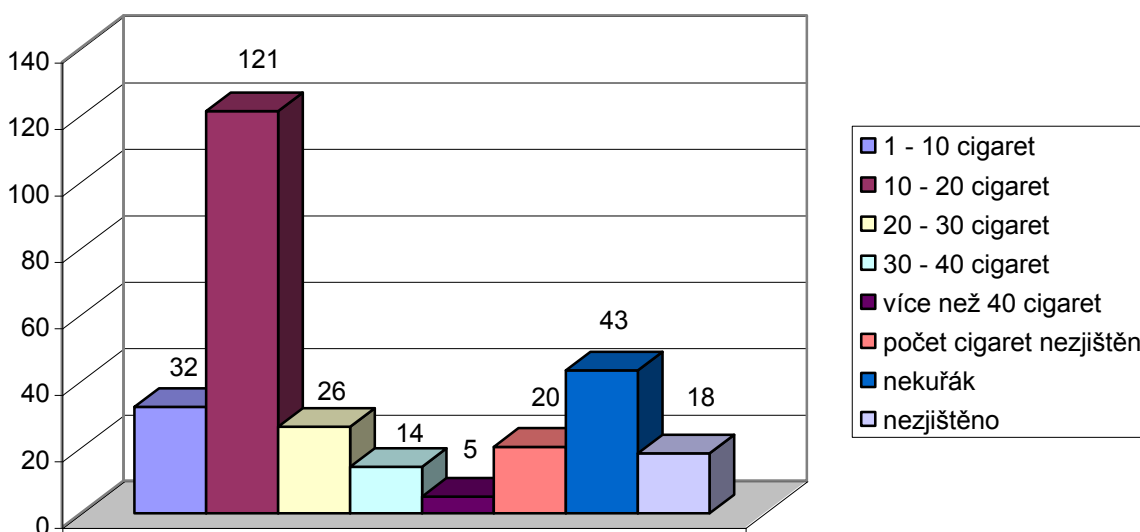
Obr. 11 Graf nádorových onemocnění vyskytujících se v rodinné anamnéze

V rodinné anamnéze se nejčastěji vyskytl zhoubný nádor plic u 19% příbuzných, druhý nejčastější je zhoubný nádor prsu u 14% příbuzných. Z ORL oblasti se u 4% příbuzných vyskytl zhoubný nádor hrtanu, u 2% štítné žlázy a u 1% hltanu.

Kouření před stanovením diagnózy

Tab. 12 Kouření před stanovením diagnózy

počet cigaret	absolutní četnost	relativní četnost
1 - 10 cigaret	32	11,5%
10 - 20 cigaret	121	43,4%
20 - 30 cigaret	26	9,3%
30 - 40 cigaret	14	5,0%
více než 40 cigaret	5	1,8%
počet cigaret nezjištěn	20	7,2%
nekuřák	43	15,4%
nezjištěno	18	6,5%
Σ	279	100,0%



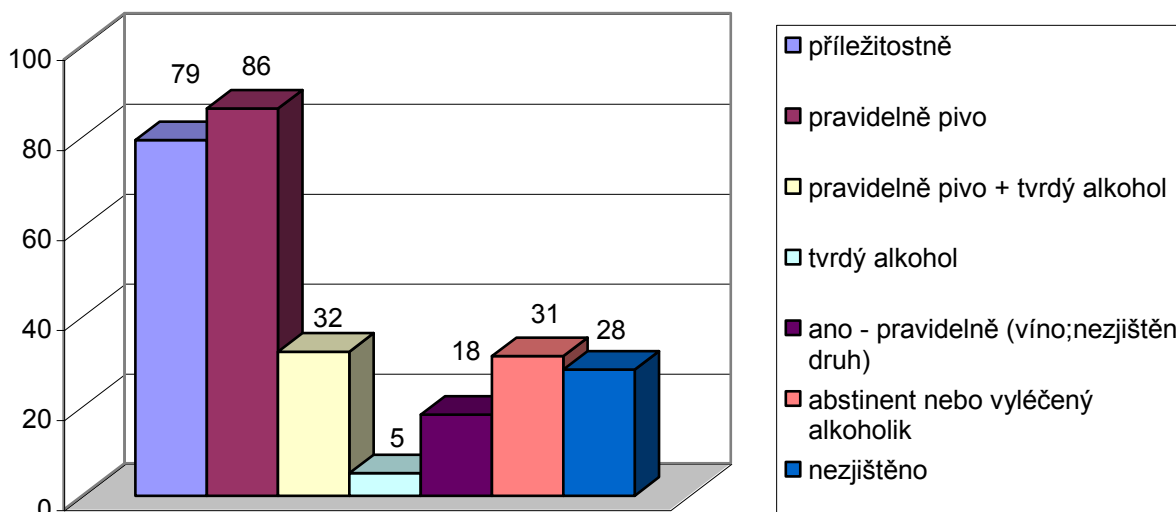
Obr. 12 Graf znázorňující kouření před stanovením diagnózy

Před stanovením diagnózy nekouřilo pouze 43 osob. Nejvíce lidí uvedlo, že kouří 10-20 cigaret denně. U 18 lidí se nepodařilo tento údaj zjistit.

Požívání alkoholu před stanovením diagnózy

Tab. 13 Požívání alkoholu přes stanovením diagnózy

alkohol	absolutní četnost	relativní četnost
příležitostně	79	28,3%
pravidelně pivo	86	30,8%
pravidelně pivo + tvrdý alkohol	32	11,5%
tvrdý alkohol	5	1,8%
ano - pravidelně (víno;nezjištěn druh)	18	6,5%
abstinent nebo vyléčený alkoholik	31	11,1%
nezjištěno	28	10,0%
Σ	279	100,0%



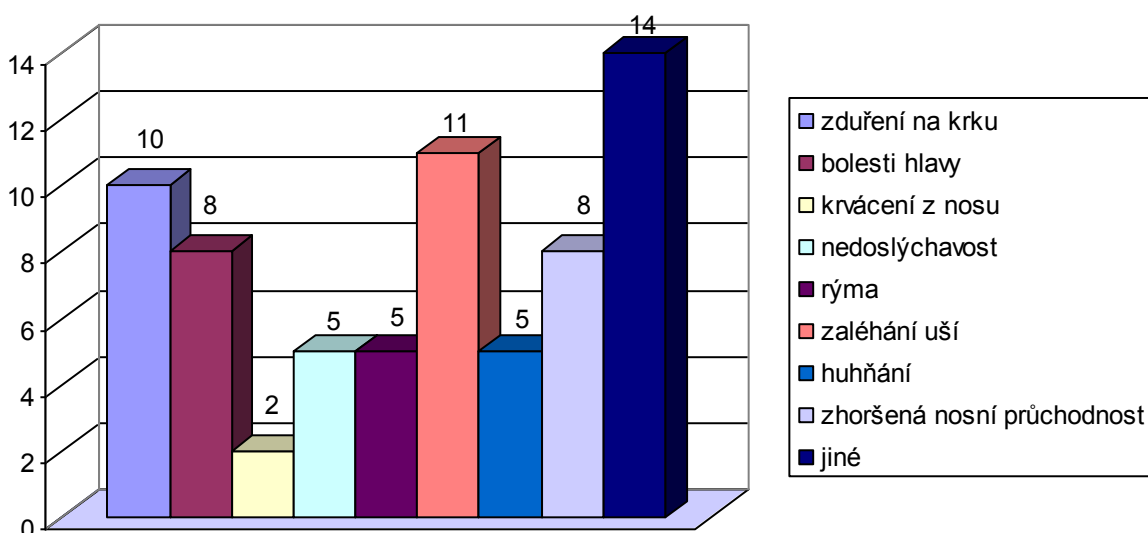
Obr. 13 Graf znázorňující požívání alkoholu před stanovením diagnózy

79 osob uvedlo, že před stanovením diagnózy konzumuje alkohol příležitostně, 86 pravidelně pivo, 32 pravidelně pivo i tvrdý alkohol. 31 osob je abstinentů, 3 z nich jsou vyléčení alkoholici. U 28 nemocných se tento údaj nepodařilo zjistit.

Příznaky onemocnění u nádorů nazofaryngu

Tab. 14 Příznaky onemocnění u nádorů nazofaryngu

příznaky	absolutní četnost	relativní četnost
zduření na krku	10	14,7%
bolesti hlavy	8	11,8%
krvácení z nosu	2	2,9%
nedoslýchavost	5	7,4%
rýma	5	7,4%
zaléhání uší	11	16,2%
huhňání	5	7,4%
zhoršená nosní průchodnost	8	11,8%
jiné	14	20,6%
Σ	68	100,0%



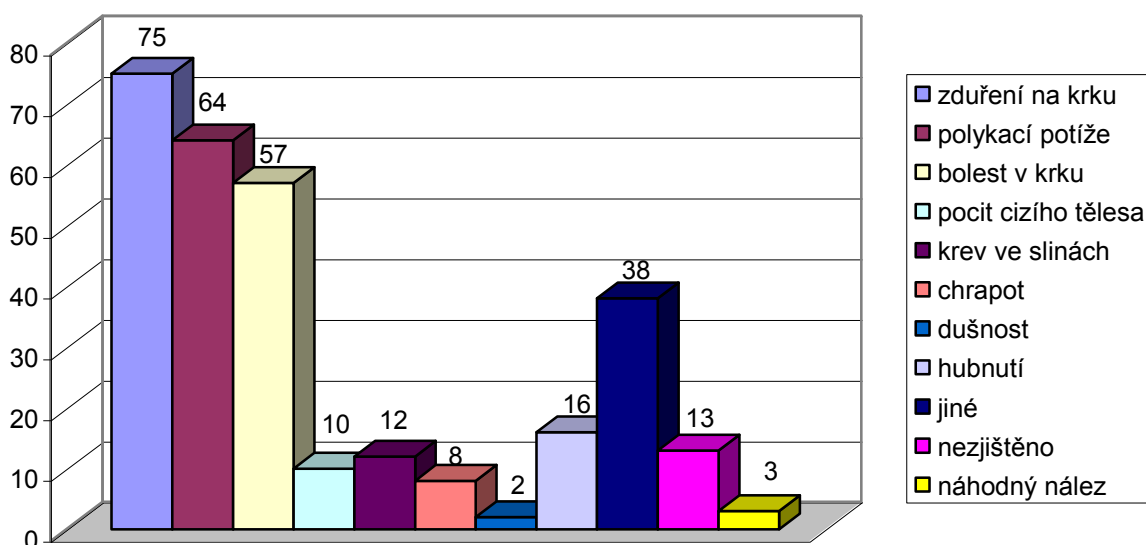
Obr. 14 Graf příznaků onemocnění u nádorů nazofaryngu

Mezi nejčastější příznaky při postižení nosohltanu patří zaléhání uší (16%), zduření na krku (15%), zhoršená nosní průchodnost (12%), bolesti hlavy (12%), dále huhňání, rýma a nedoslýchavost.

Příznaky onemocnění u nádorů orofaryngu

Tab. 15 Příznaky onemocnění u nádorů orofaryngu

příznak	absolutní četnost	relativní četnost
zduření na krku	75	25,2%
polykací potíže	64	21,5%
bolest v krku	57	19,1%
pocit cizího tělesa	10	3,4%
krev ve slinách	12	4,0%
chrápot	8	2,7%
dušnost	2	0,7%
hubnutí	16	5,4%
jiné	38	12,8%
nezjištěno	13	4,4%
náhodný nález	3	1,0%
Σ	298	100,0%



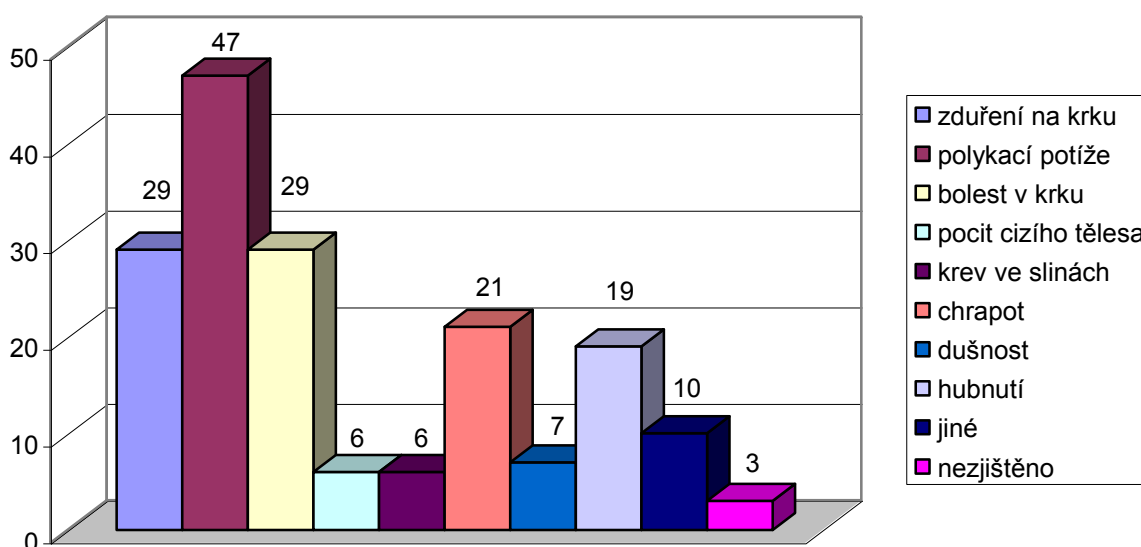
Obr. 15 Graf příznaků onemocnění u nádorů orofaryngu

U nádorů orofaryngu se mezi prvními příznaky vyskytuje nejčastěji zduření na krku (25%), polykací potíže (22%), bolest v krku (19%), pocit cizího tělesa v krku (3%) a krev ve slinách (4%). Z celkových příznaků udává hubnutí přes 5% nemocných.

Příznaky onemocnění u nádorů hypofaryngu

Tab. 16 Příznaky onemocnění u nádorů hypofaryngu

příznak	absolutní četnost	relativní četnost
zduření na krku	29	16,4%
polykací potíže	47	26,6%
bolest v krku	29	16,4%
pocit cizího tělesa	6	3,4%
krev ve slinách	6	3,4%
chrápot	21	11,9%
dušnost	7	4,0%
hubnutí	19	10,7%
jiné	10	5,6%
nezjištěno	3	1,7%
Σ	177	100,0%



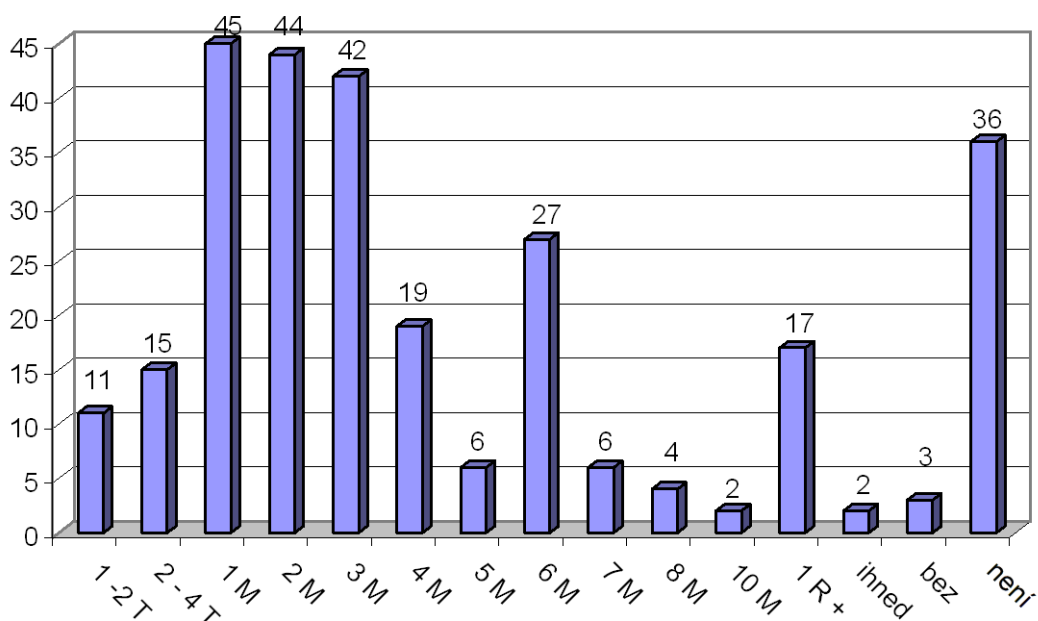
Obr. 16 Graf příznaků onemocnění u nádorů hypofaryngu

Při postižení hypofaryngu udává nejvíce pacientů polykací potíže (27%), zduření na krku (16%), bolest v krku (16%) a chrápot (12%). Z celkových příznaků udává hubnutí téměř 11% nemocných..

Doba od objevení prvních příznaků do návštěvy ORL lékaře

Tab. 17 Doba od objevení prvních příznaků do návštěvy ORL lékaře

doba	absolutní četnost	relativní četnost
1 -2 týdny	11	3,9%
2 - 4 týdny	15	5,4%
1 měsíc	45	16,1%
2 měsíce	44	15,8%
3 měsíce	42	15,1%
4 měsíce	19	6,8%
5 měsíců	6	2,2%
6 měsíců	27	9,7%
7 měsíců	6	2,2%
8 měsíců	4	1,4%
10 měsíců	2	0,7%
1 rok a více	17	6,1%
ihned	2	0,7%
bez obtíží	3	1,1%
nezjištěno	36	12,9%
Σ	279	100,0%



Obr. 17 Graf doby od objevení prvních příznaků do návštěvy ORL lékař

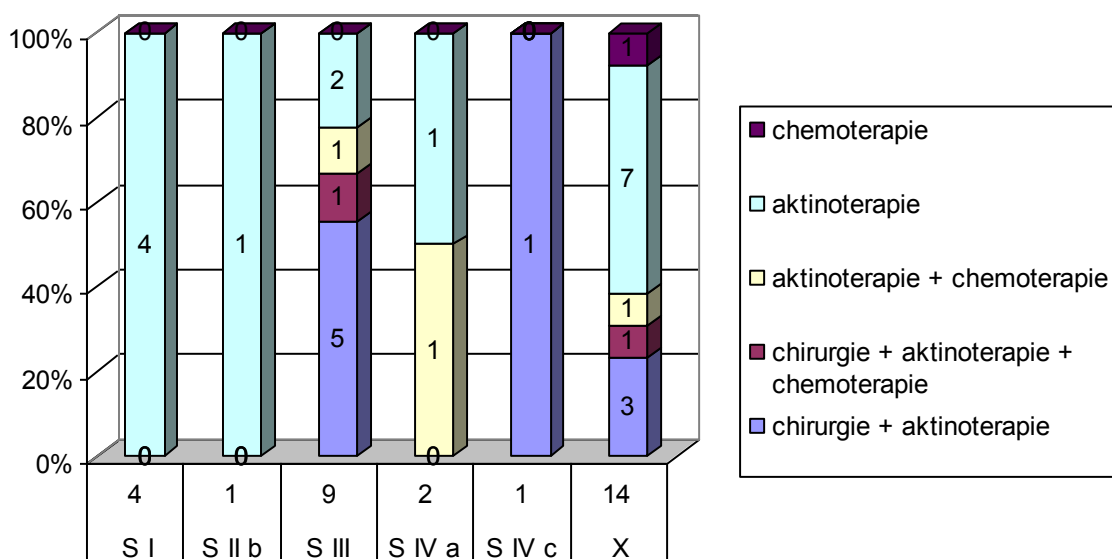
Průměrná doba od objevení prvních příznaků do návštěvy ORL lékaře jsou 3,78 měsíce.

(T=týdny, M=měsíce, 1 R +=1 a více roků, bez=bez obtíží, není=nezjištěno)

Léčba nádorů nazofaryngu

Tab. 18 Typ léčby nádorů nazofaryngu

stadium	počet pacientů	chirurgie + aktinoterapie	chirurgie + aktinoterapie + chemoterapie	aktinoterapie + chemoterapie	aktinoterapie	chemoterapie
I	4	0	0	0	4	0
II b	1	0	0	0	1	0
III	9	5	1	1	2	0
IV a	2	0	0	1	1	0
IV c	1	1	0	0	0	0
X	14	3	1	1	7	1
Σ	31	9	2	3	15	1



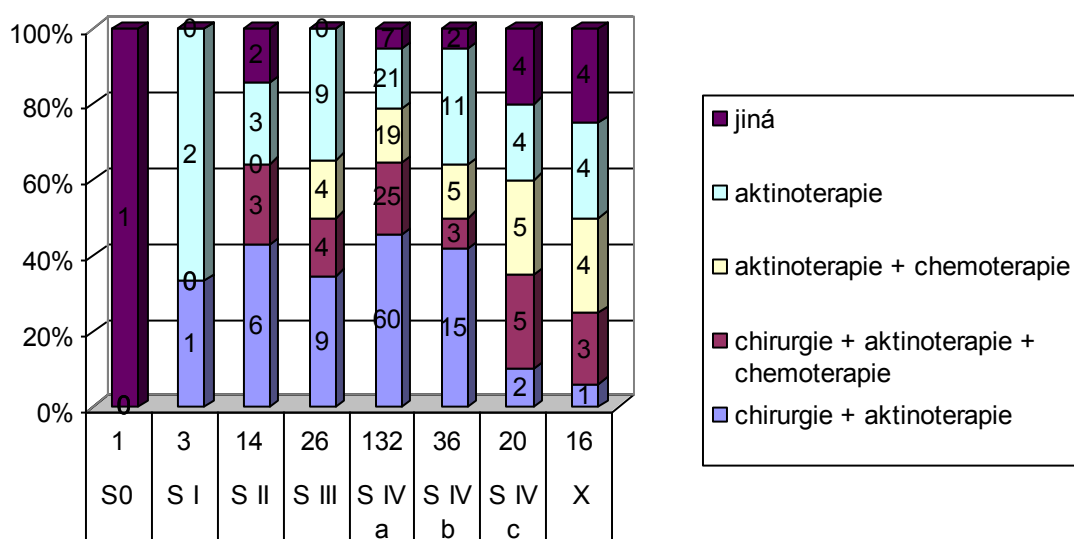
Obr. 18 Graf typu léčby nádorů nazofaryngu.

15 nemocných bylo léčeno pouze aktinoterapií. 9 nemocných kombinací chirurgické léčby a aktinoterapie. 3 nemocní kombinací aktinoterapie a chemoterapie a 2 nemocní kombinací všech tří léčebných modalit.

Léčba nádorů oro-, hypofaryngu

Tab. 19 Typ léčby nádorů oro-,hypofaryngu

stadium	počet pacientů	chirurgie + aktinoterapie	chirurgie + aktinoterapie + chemoterapie	aktinoterapie + chemoterapie	aktinoterapie	jiná
0	1	0	0	0	0	1
I	3	1	0	0	2	0
II	14	6	3	0	3	2
III	26	9	4	4	9	0
IV a	132	60	25	19	21	7
IV b	36	15	3	5	11	2
IV c	20	2	5	5	4	4
X	16	1	3	4	4	4
Σ	248	94	43	37	54	20



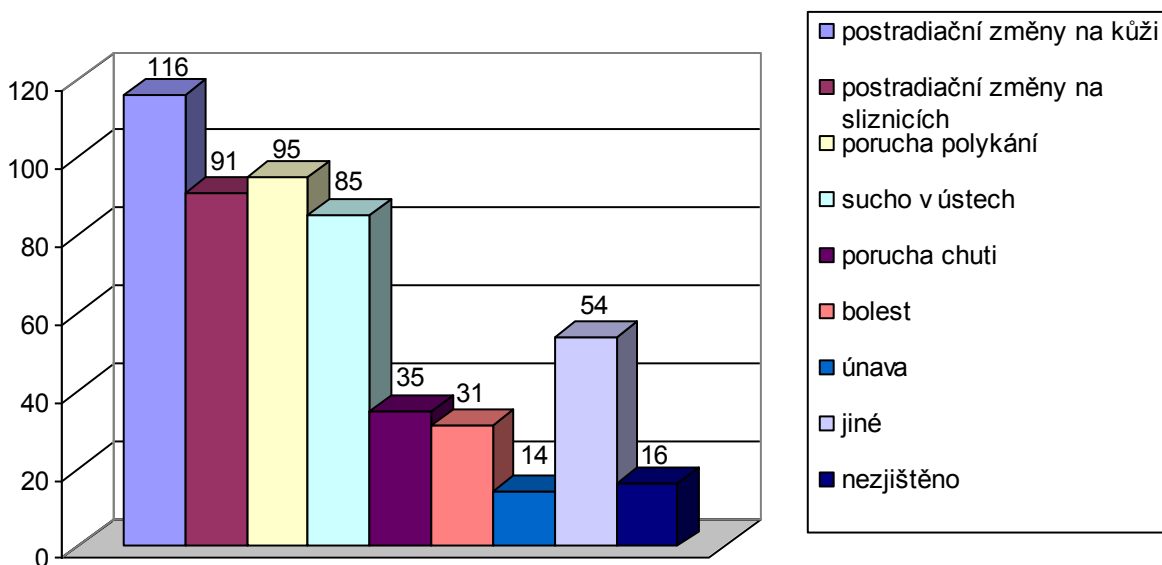
Obr. 19 Graf typu léčby nádorů oro-,hypofaryngu

94 nemocných bylo léčeno kombinací modalit chirurgie a aktinoterapie. 54 bylo léčeno pouze aktinoterapií. Kombinace chirurgie, aktinoterapie a chemoterapie je třetí nejčastější varianta, použita byla u 43 nemocných.

Časné nežádoucí účinky onkologické léčby

Tab. 20 Časné nežádoucí účinky onkologické léčby

nežádoucí účinky	absolutní četnost	relativní četnost
postradiační změny na kůži	116	21,6%
postradiační změny na sliznicích	91	16,9%
porucha polykání	95	17,7%
sucho v ústech	85	15,8%
porucha chuti	35	6,5%
bolest	31	5,8%
únava	14	2,6%
jiné	54	10,1%
nezjištěno	16	3,0%
Σ	537	100,0%



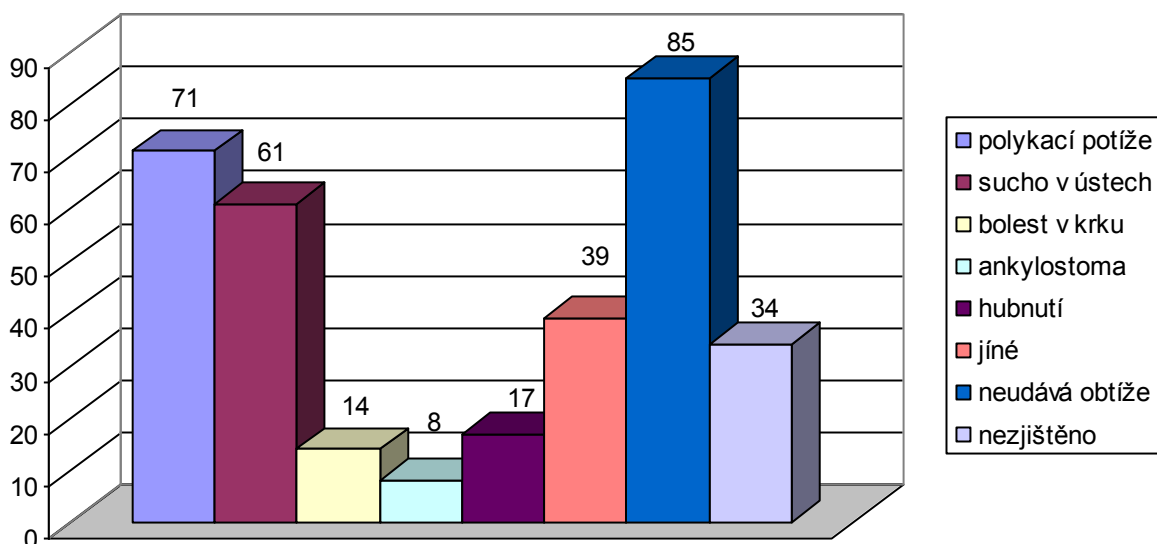
Obr. 20 Graf časných nežádoucí účinky onkologické léčby

Mezi časné nežádoucí účinky onkologické léčby patří postradiační změny na kůži (22%) a sliznicích (17%). Časté jsou polykací potíže (18%), sucho v ústech (16%) a poruchy chuti (7%).

Pozdní nežádoucí účinky onkologické léčby

Tab. 21 Pozdní nežádoucí účinky onkologické léčby

nežádoucí účinky	absolutní četnost	relativní četnost
polykací potíže	71	21,6%
sucho v ústech	61	18,5%
bolest v krku	14	4,3%
ankylostoma	8	2,4%
hubnutí	17	5,2%
jiné	39	11,9%
neudává obtíže	85	25,8%
nezjištěno	34	10,3%
Σ	329	100,0%



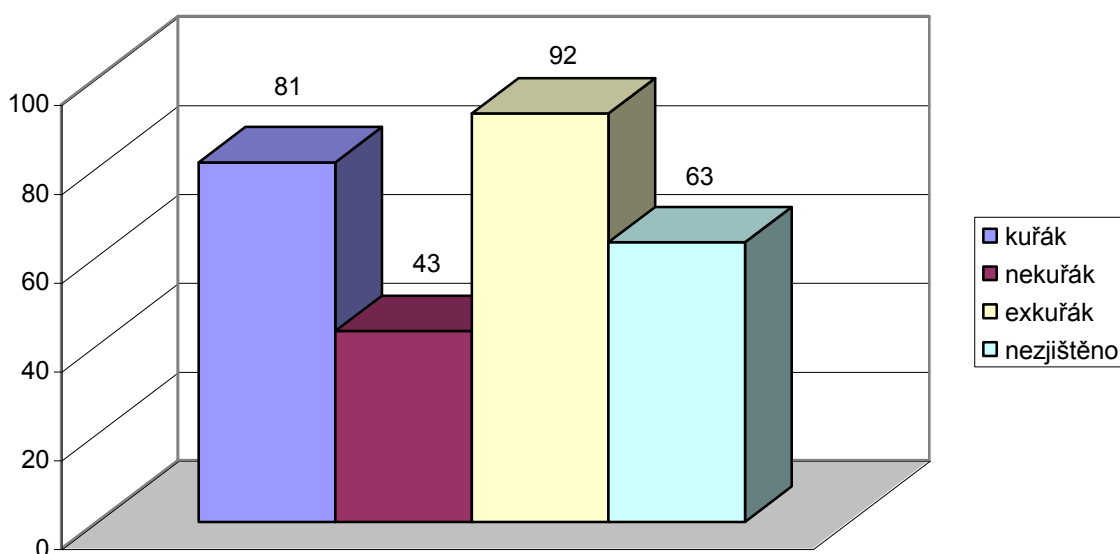
Obr. 21 Graf pozdních nežádoucí účinky onkologické léčby

Z pozdních nežádoucích účinků onkologické léčby se nejčastěji vyskytují polykací potíže (22%) a sucho v ústech (19%). Relativně velké množství nemocných obtíže neudává (26%).

Kouření cigaret v průběhu a po ukončení léčby

Tab. 22 Kouření cigaret v průběhu a po ukončení léčby

kouření	absolutní četnost	relativní četnost
kuřák	81	29,0%
nekuřák	43	15,4%
exkuřák	92	33,0%
nezjištěno	63	22,6%
Σ	279	100,0%



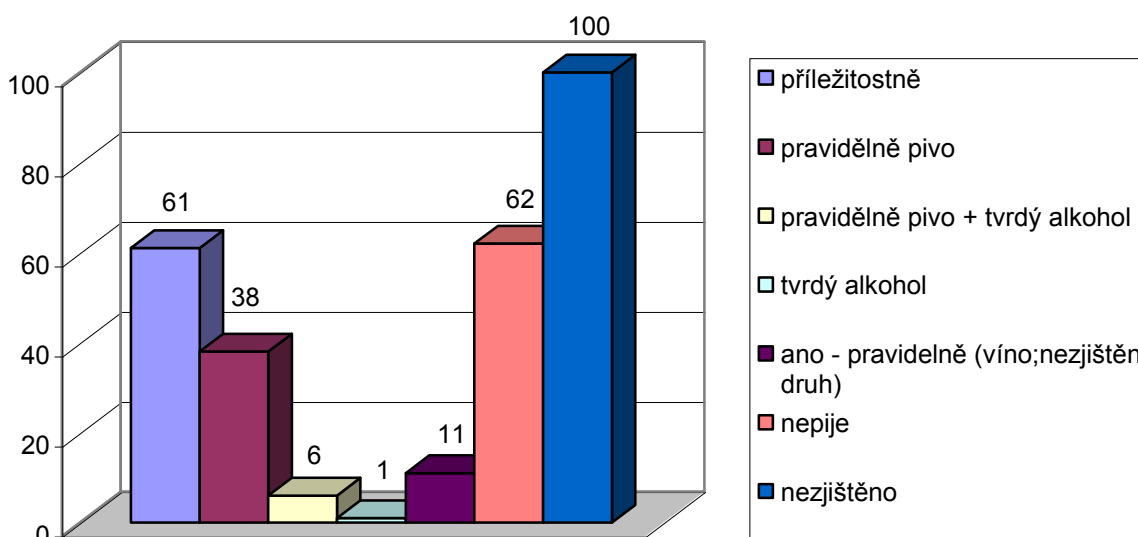
Obr. 22 Graf znázorňující kouření cigaret v průběhu a po ukončení léčby

Z celkového počtu 218 kuřáků před léčbou přestalo kouřit cigarety 92 (33%) pacientů. Kuřáky je nadále 81 (29%) nemocných.

Požívání alkoholu v průběhu a po ukončení léčby

Tab. 23 Požívání alkoholu v průběhu a po ukončení léčby

alkohol	absolutní četnost	relativní četnost
příležitostně	61	21,9%
pravidelně pivo	38	13,6%
pravidelně pivo + tvrdý alkohol	6	2,2%
tvrdý alkohol	1	0,4%
ano - pravidelně (víno;nezjištěn druh)	11	3,9%
nepije	62	22,2%
nezjištěno	100	35,8%
Σ	279	100,0%



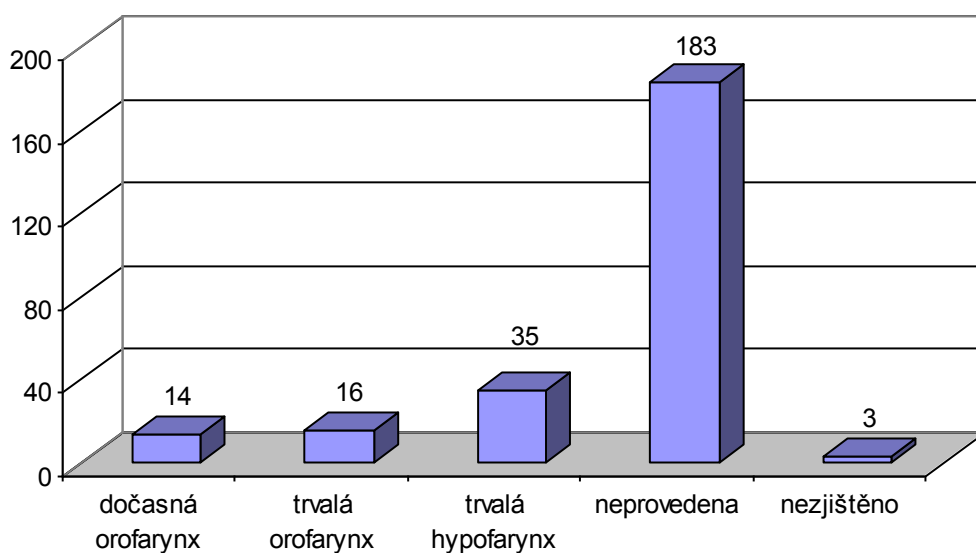
Obr. 23 Graf znázorňující požívání alkoholu v průběhu a po ukončení léčby

61 osob uvádí, že po ukončení léčby konzumuje alkohol příležitostně, 38 pravidelně pivo, 6 pravidelně pivo i tvrdý alkohol. 62 osob alkohol nepije. U 100 nemocných se tento údaj nepodařilo zjistit.

Provedení tracheostomie u nemocných s nádory oro-, hypofaryngu

Tab. 24 Provedení tracheostomie u nemocných s nádory oro-, hypofaryngu

tracheostomie	relativní četnost	absolutní četnost
dočasná orofarynx	14	5,6%
trvalá orofarynx	16	6,4%
trvalá hypofarynx	35	13,9%
neprovedena	183	72,9%
nezjištěno	3	1,2%
Σ	251	100,0%



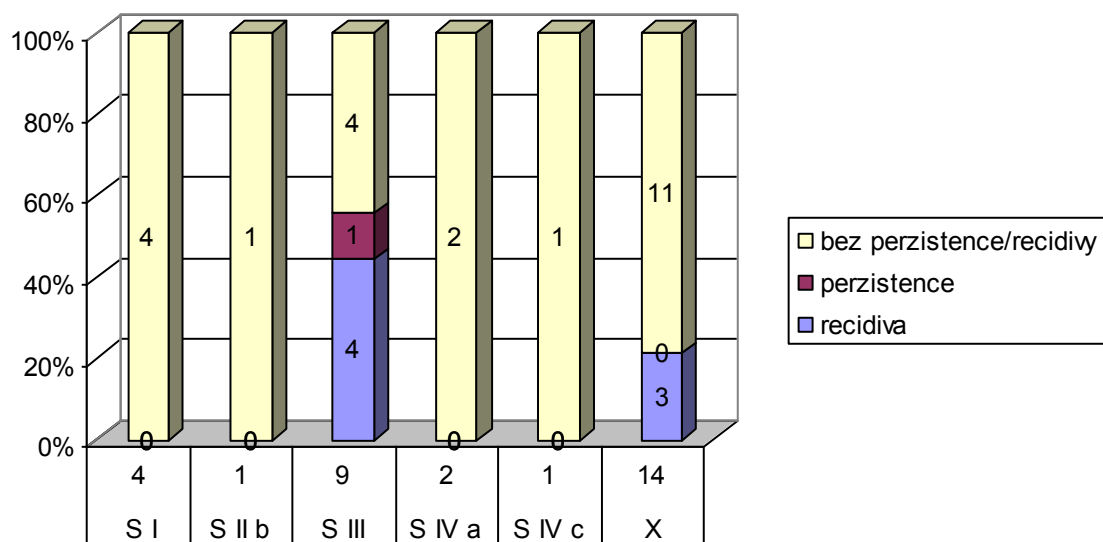
Obr. 24 Graf provedení tracheostomie u nemocných s nádory oro-, hypofaryngu

U 73% nemocných nebyla tracheostomie provedena. U nádorů orofaryngu byla dočasná tracheostomie provedena v 5,6%, trvalá v 6,4%. U třech pacientů byla nejprve provedena dočasná a později i trvalá tracheostomie. U nádorů hypofaryngu byla trvalá tracheostomie provedena u 14% nemocných. U 1% nebyl tento údaj zjištěn.

Recidiva a perzistence onemocnění u nádorů nazofaryngu

Tab. 25 Recidiva a perzistence onemocnění u nádorů nazofaryngu

stadium	počet pacientů	recidiva	perzistence	bez perzistence/recidivy
I	4	0	0	4
II b	1	0	0	1
III	9	4	1	4
IV a	2	0	0	2
IV c	1	0	0	1
X	14	3	0	11
Σ	31	7	1	23



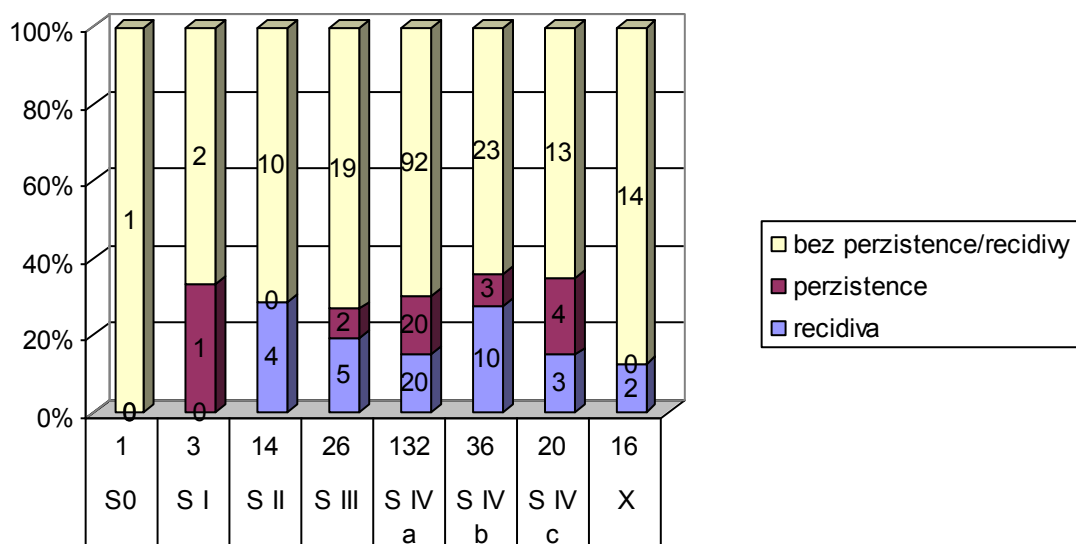
Obr. 25 Graf recidivy a perzistence onemocnění u nádorů nazofaryngu

Recidiva se objevila u 7 nemocných. Perzistence onemocnění byla zjištěna u 1 pacienta s nádorem nosohltanu.

Recidiva a perzistence onemocnění u nádorů oro-, hypofaryngu

Tab. 26 Recidiva a perzistence onemocnění u nádorů oro-, hypofaryngu

stadium	počet pacientů	recidiva	perzistence	bez perzistence/recidivy
0	1	0	0	1
I	3	0	1	2
II	14	4	0	10
III	26	5	2	19
IV a	132	20	20	92
IV b	36	10	3	23
IV c	20	3	4	13
X	16	2	0	14
Σ	248	44	30	174



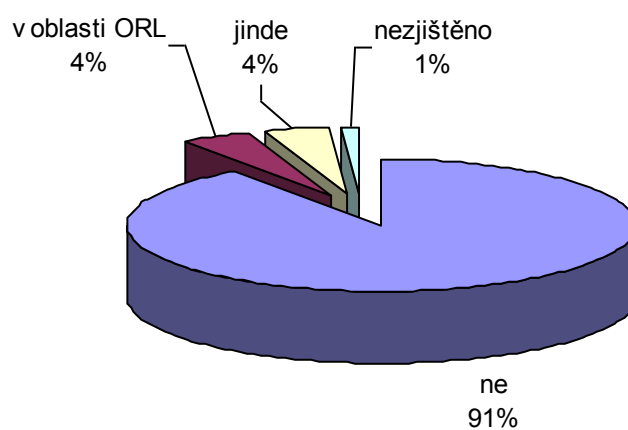
Obr. 26 Graf recidivy a perzistence onemocnění u nádorů oro-, hypofaryngu

Recidiva se objevila u 44 nemocných. Perzistence onemocnění byla zjištěna u 30 pacientů s nádorem oro-, hypofaryngu.

Přítomnost duplicitního nádoru

Tab. 27 Přítomnost duplicitního nádoru

duplicita	relativní četnost	absolutní četnost
ne	252	90,3%
v oblasti ORL	12	4,3%
jinde	12	4,3%
nezjištěno	3	1,1%
Σ	279	100,0%



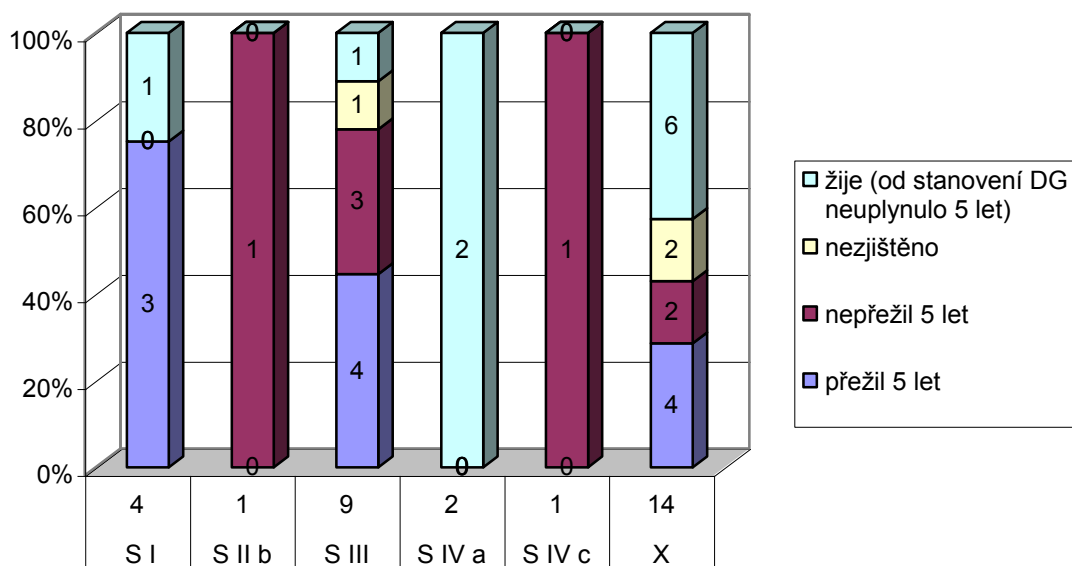
Obr. 27 Graf přítomnosti duplicitního nádoru

Duplicitní nádor nemá 91% nemocných. U 4% pacientů se objevil V ORL oblasti a u stejného procenta jinde. U 1% nebyl tento údaj zjištěn.

Pětileté přežití u pacientů s nádory nazofaryngu

Tab. 28 Pětileté přežití u pacientů s nádory nazofaryngu

stadium	počet pacientů	přežil 5 let	nepřežil 5 let	nezjištěno	žije (od stanovení DG neuplynulo 5 let)
I	4	3	0	0	1
II b	1	0	1	0	0
III	9	4	3	1	1
IV a	2	0	0	0	2
IV c	1	0	1	0	0
X	14	4	2	2	6
Σ	31	11	7	3	10



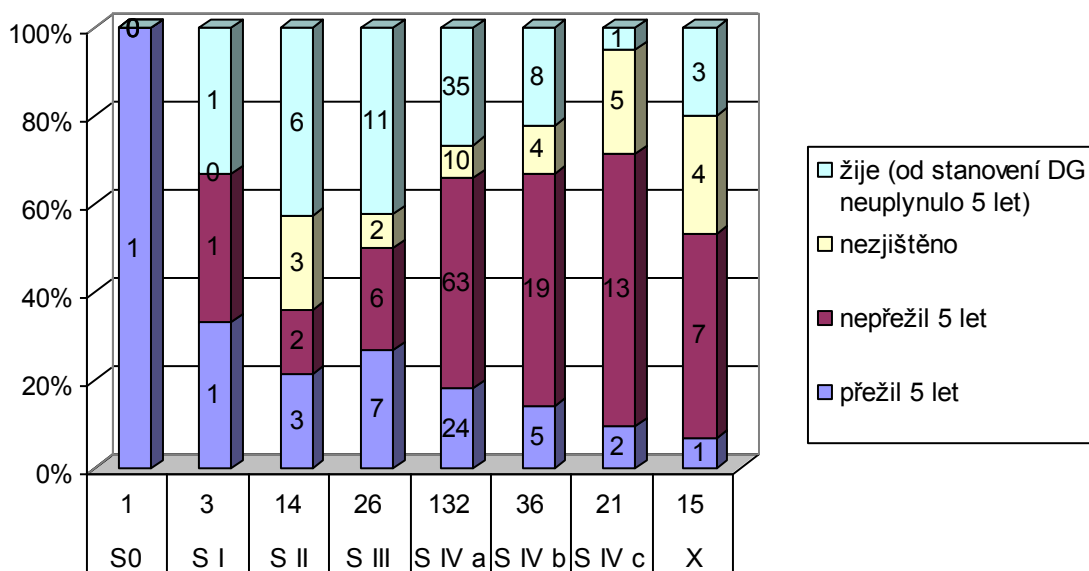
Obr. 28 Graf pětiletého přežití u pacientů s nádory nazofaryngu

Pět let přežilo 11 pacientů s nádorem nosohltanu. Pětileté období nepřežilo 7 nemocných. 10 osob žije, ale od stanovení diagnózy neuplynulo 5 let. U 3 osob se tento údaj nepodařilo zjistit.

Pětileté přežití u pacientů s nádory oro-, hypofaryngu

Tab. 29 Pětileté přežití u pacientů s nádory oro-, hypofaryngu

stadium	počet pacientů	přežil 5 let	nepřežil 5 let	nezjištěno	žije (od stanovení DG neuplynulo 5 let)
0	1	1	0	0	0
I	3	1	1	0	1
II	14	3	2	3	6
III	26	7	6	2	11
IV a	132	24	63	10	35
IV b	36	5	19	4	8
IV c	20	2	13	4	1
X	16	1	7	5	3
Σ	248	44	111	28	65



Obr. 29 Graf pětiletého přežití u pacientů s nádory oro-, hypofaryngu

Pět let přežilo 44 pacientů s nádorem oro- nebo hypofaryngu. Pětileté období nepřežilo 111 nemocných. 65 osob žije, ale od stanovení diagnózy neuplynulo 5 let. U 28 osob se tento údaj nepodařilo zjistit.

4.4 Diskuse

Výzkumný předpoklad 1

Karcinomem hltanu onemocní častěji muži než ženy.

Tento výzkumný předpoklad se potvrdil. Muži byli postiženi nádorem hltanu výrazně častěji. Z celkového počtu onemocnělo pouze 42 žen (15%) a 237 mužů (85%).

Procentuální zastoupení se zhruba shoduje se statistickými údaji UZIS ČR (2005). Počet nově zjištěných novotvarů hltanu u mužů činí 442 (81%) a u žen 102 (19%).

Výzkumný předpoklad 2

Rakovinou je častěji postižen orofarynx než ostatní etáže hltanu.

Tento výzkumný předpoklad se potvrdil. Orofarynx byl nádorem postižen u 170 (71%) osob. Hypofarynx u 74 (26%) osob a nazofarynx u 31(11%) osob. V jednom případě byl primární nádor lokalizován současně v orofaryngu a nazofaryngu, ve dvou případech v orofaryngu a hypofaryngu a v jednom případě ve všech třech etážích.

Tento výsledek odpovídá údajům uváděným v odborné literatuře.

Výzkumný předpoklad 3

Rozložení počtu dispenzarizovaných pacientů ve spádové oblasti odpovídá velikosti jednotlivých okresů.

Tento výzkumný předpoklad se nepotvrdil. 108 (46%) nemocných žije trvale v okrese Pardubice, 55 (24%) osob v okrese Chrudim, 39 (17%) v okrese Svitavy a 31 (13%) v okrese Ústí nad Orlicí. Z údajů Českého statistického ústavu má nejvíce obyvatel okres Pardubice (166 519), dále Ústí nad Orlicí (139 381), Svitavy (104 934) a nejméně Chrudim (104 351).

Ve studii jsou porovnávány pouze okresy Pardubického kraje, vzhledem k tomu, že dispenzarizováni jsou v PKN převážně nemocní z tohoto kraje.

Malé zastoupení pacientů z okresu Ústí nad Orlicí a Svitavy je zřejmě dáno tím, že se vyskytují v periférii Pardubického kraje. Vzhledem k tomu, že nemocní mají právo volby zdravotnického zařízení mohou dojíždět do nemocnic jiného kraje.

Tab. 30 Přehled výskytu nádorů v okresech Pardubického kraje

okres	počet tumorů	relativní četnost	počet obyvatel v okrese	relativní četnost
Pardubice	108	46,4%	166 519	32,3%
Chrudim	55	23,6%	104 351	20,3%
Svitavy	39	16,7%	104 934	20,4%
Ústí nad Orlicí	31	13,3%	139 381	27,1%

Výzkumný předpoklad 4

Mezi prvními příznaky karcinomu hltanu dominuje zduření na krku.

Tento výzkumný předpoklad se potvrdil, ale vedle zduření na krku se téměř u stejného počtu nemocných objevily polykací potíže, které dominují u nádorů hypofaryngu. Zduření na krku se objevilo mezi prvními příznaky u nádorů nazofaryngu u 10 (15%) nemocných a u nádorů hypofaryngu u 29 (16%) nemocných. U nádorů orofaryngu se objevilo u 75 (25%) a v této etáži mělo dominantní zastoupení.

U nádorů nosohltanu dominuje mezi prvními příznaky zaléhání uší, které pacienty trápí více než nebolestivé zduření na krku. Nádory hypofaryngu vedou k polykacím potížím dříve, než se objeví zduření na krku.

Odborná literatura uvádí, že metastatické postižení krčních uzlin je často prvním příznakem. (10,21)

Výzkumný předpoklad 5

Většina pacientů bagatelizuje první příznaky nemoci a navštíví lékaře pozdě.

Tento výzkumný předpoklad se potvrdil. Průměrná doba mezi objevením prvních příznaků a návštěvou ORL lékaře je relativně dlouhá a činí téměř 4 měsíce (3,78 měsíce).

Odborná literatura uvádí, že onemocní zejména kuřáci a první příznaky nemoci jsou nespecifické. Je proto předpokládáno, že časový interval mezi objevením prvních příznaků a vyhledáním odborného lékaře bude spíše delší.

Výzkumný předpoklad 6

Většina kuřáků nepřestala kouřit v průběhu léčby a po jejím skončení.

Tento výzkumný předpoklad se nepotvrdil. Kouřit cigarety přestalo 92 (33%) pacientů. Kuřáky je nadále 81 (29%) nemocných.

Při léčbě zářením, jsou publikována rizika horšího výsledku léčby u nemocných, kteří kouří v průběhu léčby. Popisováno je také intenzivnější vnímání postradiačních reakcí u kuřáků.

Kuřáky zůstalo relativně velké množství nemocných. Úkolem sestry je působit na nemocného výchovně a vysvětlit mu rizika spojená s tímto škodlivým návykem.

Výzkumný předpoklad 7

Pacienti jsou nejčastěji léčeni kombinací modalit chirurgie a radioterapie.

Tento výzkumný předpoklad se potvrdil. Kombinací modalit chirurgie a radioterapie bylo léčeno 94 (38%) nemocných. Druhým nejčastějším způsobem je pouze radioterapie u 54 (22%) nemocných a dále kombinace léčby chirurgické, radioterapie a chemoterapie 43 (17%) nemocných.

Odborný článek uvádí, že dominantní postavení v léčbě nádorů hlavy a krku má chirurgie a radioterapie. (5)

Výzkumný předpoklad 8

Trvalým nosičem tracheostomické kanyly se stává malý počet nemocných.

Tento výzkumný předpoklad se potvrdil. Trvalá tracheostomie byla provedena u 51 (21%) nemocných s nádorem orofaryngu nebo hypofaryngu.

Nádory hltanu jsou uváděny mezi indikacemi pro provedení dočasné nebo trvalé tracheostomie. Trvalá tracheostomie výrazně ovlivňuje kvalitu života nemocného.

U 183 (73%) nemocných s nádorem oro-, nebo hypofaryngu nebyla tracheostomie provedena. U nádorů orofaryngu byla dočasná tracheostomie provedena ve 14 (5,6%) případech, trvalá v 16 (6,4%). U třech pacientů byla nejprve provedena dočasná a později i

trvalá tracheostomie. U nádorů hypofaryngu byla trvalá tracheostomie provedena u 35 (14%) nemocných. Nádory nosohltanu nebyly indikací u žádného nemocného, svojí lokalizací nezpůsobují dušnost.

Výzkumný předpoklad 9

Xerostomie je nežádoucí účinek onkologické léčby, který mnoho pacientů trápí dlouhodobě.

Tento výzkumný předpoklad se úplně nepotvrdil. 71 (22%) nemocných trápí dlouhodobě polykací potíže. Sucho v ústech je na druhém místě a udává jej 61 (19%) pacientů. Je třeba upozornit, že polykací potíže a sucho v ústech spolu úzce souvisí.

Komplexní onkologická léčba s sebou nese řadu nežádoucích účinků. K alespoň částečnému obnovení salivace může dojít s odstupem času. Polykací potíže způsobené anatomickými a funkčními změnami, ale přetrvávají dlouhodobě a jejich charakter bývá spíše stejný. V onkologické poradně nemocní upozorní na potíže stejného charakteru nebo změny k horšímu. Pokud naopak dochází ke zmírnění, nemusí pacient obtíže sdělit.

V odborném článku je uvedeno, že nejčastější získaná xerostomie je postradiační, u nemocných léčených aktinoterapií pro maligní onemocnění v oblasti horních dýchacích a polykacích cest. (12)

4.5 Závěr

Cíl č. 1 : Zjistit výskyt zhoubných nádorů hltanu v populaci pardubického regionu.

Výzkumný předpoklad 1 : Karcinomem hltanu onemocní častěji muži než ženy.

Tento výzkumný předpoklad se potvrdil. Muži byli postiženi nádorem hltanu výrazně častěji. Z celkového počtu onemocnělo pouze 42 žen (15%) a 237 mužů (85%).

Výzkumný předpoklad 2 : Rakovinou je častěji postižen orofarynx než ostatní etáže hltanu.

Tento výzkumný předpoklad se potvrdil. Orofarynx byl nádorem postižen u 170 (71%) osob. Hypofarynx u 74 (26%) osob a nazofarynx u 31(11%) osob. V jednom případě byl primární nádor lokalizován současně v orofaryngu a nazofaryngu, ve dvou případech v orofaryngu a hypofaryngu a v jednom případě ve všech třech etážích.

Výzkumný předpoklad 3 : Rozložení počtu dispenzarizovaných pacientů ve spádové oblasti odpovídá velikosti jednotlivých okresů.

Tento výzkumný předpoklad se nepotvrdil. 108 (39%) nemocných žije trvale v okrese Pardubice, 55 (20%) osob v okrese Chrudim, 39 (14%) v okrese Svitavy a 31 (11%) v okrese Ústí nad Orlicí. Z údajů Českého statistického ústavu má nejvíce obyvatel okres Pardubice (166 519), dále Ústí nad Orlicí (139 381), Svitavy (104 934) a nejméně Chrudim (104 351).

Cíl č. 2 : Vysledovat, jaké problémy nejčastěji přivedly pacienty do ordinace ORL lékaře a jaká je průměrná doba mezi objevením prvních příznaků do návštěvy ORL lékaře.

Výzkumný předpoklad 4 : Mezi prvními příznaky karcinomu hltanu dominuje zduření na krku.

Tento výzkumný předpoklad se potvrdil, ale vedle zduření na krku se téměř u stejného počtu nemocných objevily polykací potíže, které dominují u nádorů hypofaryngu. Zduření na krku se objevilo mezi prvními příznaky u nádorů nazofaryngu u 10 (15%) nemocných a u nádorů hypofaryngu u 29 (16%) nemocných. U nádorů orofaryngu se objevilo u 75 (25%) a v této etáži mělo dominantní zastoupení.

Výzkumný předpoklad 5 : Většina pacientů bagatelizuje první příznaky nemoci a navštíví lékaře pozdě.

Tento výzkumný předpoklad se potvrdil. Průměrná doba mezi objevením prvních příznaků a návštěvou ORL lékaře je relativně dlouhá a činí téměř 4 měsíce (3,78 měsíce).

Cíl č. 3 : Vysledovat, jaké procento pacientů kouřilo cigarety před stanovením diagnózy a jaké množství s kouřením pokračuje v průběhu a po skončení léčby.

Výzkumný předpoklad 6 : Většina kuřáků nepřestala kouřit v průběhu léčby a po jejím skončení.

Tento výzkumný předpoklad se nepotvrdil. Z celkového počtu 218 kuřáků před léčbou přestalo kouřit cigarety 92 (33%) pacientů. Kuřáky je nadále 81 (29%) nemocných.

Cíl č. 4 : Vysledovat, jaké komplikace a dlouhodobé nežádoucí účinky a následky s sebou nese komplexní onkologická léčba.

Výzkumný předpoklad 7 : Pacienti jsou nejčastěji léčeni kombinací modalit chirurgie a radioterapie.

Tento výzkumný předpoklad se potvrdil. Kombinací modalit chirurgie a radioterapie bylo léčeno 94 (38%) nemocných. Druhým nejčastějším způsobem je pouze radioterapie u 54 (22%) nemocných a dále kombinace léčby chirurgické, radioterapie a chemoterapie 43 (17%) nemocných.

Výzkumný předpoklad 8 : Trvalým nosičem tracheostomické kanyly se stává malý počet nemocných.

Tento výzkumný předpoklad se potvrdil. Trvalá tracheostomie byla provedena u 51 (21%) nemocných s nádorem orofaryngu nebo hypofaryngu.

Výzkumný předpoklad 9 : Xerostomie je nežádoucí účinek onkologické léčby, který mnoho pacientů trápí dlouhodobě.

Tento výzkumný předpoklad se úplně nepotvrdil. 71 (22%) nemocných trápí dlouhodobě polykací potíže. Sucho v ústech je na druhém místě a udává jej 61 (19%) pacientů. Je třeba upozornit, že polykací potíže a sucho v ústech spolu úzce souvisí.

Zhoubné nádory hltanu se vyskytují v ORL po nádorech hrtanu na druhém místě. Protinádorová léčba využívá jednotlivých modalit – chirurgie, radioterapie a chemoterapie, často v kombinaci. Neméně důležitá jako vlastní léčba je i následné sledování nemocných formou dispenzární péče.

Zdravotní sestra je součástí týmu při poskytování dispenzární péče a vedle své odborné práce zajišťuje i administrativní činnost v onkologické poradně. Důležitá je komunikace s nemocným, navázání partnerského vztahu a pomoc při překonání psychosociálních problémů znovuzачlenění do společnosti. Nabádání nemocného k odnaučení rizikového chování (kouření) a k osvojení režimových, hygienických a dietních návyků je důležité vzhledem k dlouhodobě přetrvávajícím obtížím. Specifické potíže se přidávají u nemocných po provedení trvalé tracheostomie. Pacientům je třeba zdůraznit nutnost následných kontrol, jako součást terciální prevence.

5 Použitá literatura

1. ADAM, Z., VORLÍČEK, J., KOPTÍKOVÁ, J. *Obecná onkologie a podpůrná léčba*. Praha : Grada, 2003. ISBN 30-247-0677-6
2. ASTL, J. *Otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku*. Praha : Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0325-X.
3. BETKA, J., ČERNÝ, E. *Atlas chirurgie hlavy a krku*. Praha : Triton, 2005. ISBN 80-7254-557-4
4. ČIHÁK, R. *Anatomie.2 (2.upravené a dopl. vyd.)*. Praha : Grada, 2002. ISBN 80-247-0143-X.
5. GÁL, B., *Chirurgické postupy při léčbě nádorů hlavy a krku*. Dostupné na WWW : http://www.linkos.cz/vzdelavani/_OnkoPece/4_07/03.pdf
6. HRUBÁ, M., FORETOVÁ, L., VORLÍČKOVÁ, H. *Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění*. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2001. ISBN 80-238-7618-X.
7. HYBÁŠEK, I., VOKURKA, J. *Otorinolaryngologie*. Praha : Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1019-1.
8. HYBÁŠEK, I. *Ušní, nosní a krční lékařství*. Praha : Galén, 1999. ISBN 80-7262-017-7.
9. CHROBOK, V., ASTL, J., KOMÍNEK, P. a kol. *Tracheostomie a koniotomie*. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-031-3.
10. KLENER, P. *Klinická onkologie*. Praha : Galén, 2002. ISBN 80-7262-151-3.
11. KLENER, P., VORLÍČEK, J., at al. *Podpůrná léčba v onkologii*. Praha : Galén, 1998. ISBN 80-902501-2-2
12. KLOUČKOVÁ, J., MEJZLÍK, J. *Xerostomie z pohledu ošetřovatelství*. Florence, 2006, č.11
13. KLOZAR, J. *Speciální otorinolaryngologie*. Praha : Karolinum, 2004. ISBN 80-246-1125-2
14. KOMÍNEK, P., CHROBOK, V., ASTL, J. *Záněty hltanu*. Havlíčkův Brod : Tobiáš, 2005. ISBN 80-7311-064-4
15. MAREČKOVÁ, J. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1399-3

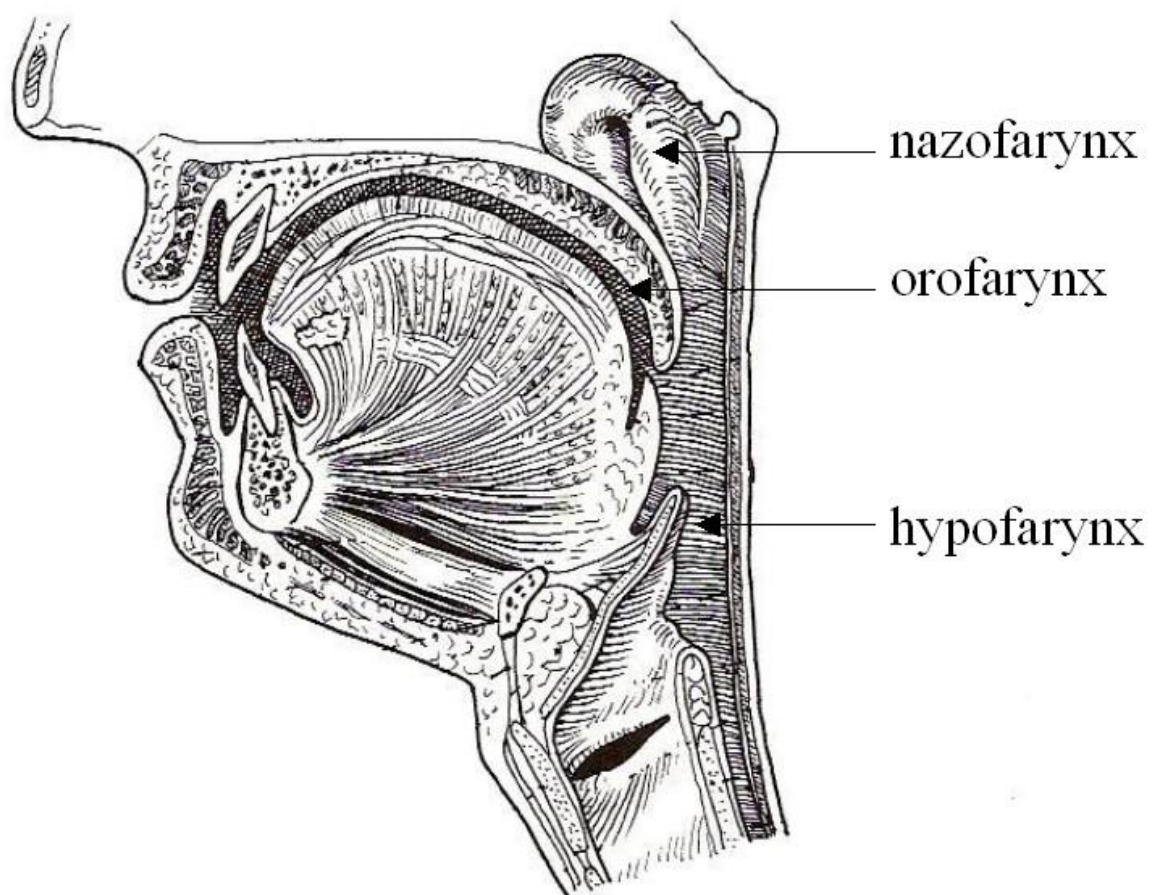
16. MCRACKAN, T., et al. *Effect of Body Mass Index on Chemoradiation Outcomes in Head and Neck Cancer*. Laryngoscope 118 : 1180-1185, 2008
17. MECHL, Z. a kol. *Nádory hlavy a krku*. Dostupné na WWW: <http://www.linkos.cz/pacienti/brozury/100.pdf>
18. MEJZLÍK, J., VALENTOVÁ, M., ŠKVRŇÁKOVÁ, J. *Dispenzarizace chirurgicky nebo kombinovaně léčených onkologických nemocných*. Florence, 2008, č.1, s. 20-21
19. NEUWIRTHOVÁ, J. *Vznik maligních nádorů hlavy a krku*. Dostupné na WWW: http://www.linkos.cz/vzdelavani/_OnkoPece/4_07/02.pdf
20. NOVÁK, J., BEŠKA, F. *TNM klasifikace zhoubných novotvarů*. 6.vydání. Praha : Ústav zdravotnické statistiky a informatiky ČR, 2004. ISBN 80-7280-391-3
21. PETRUŽALKA, L., KONOPÁSEK, B. *Klinická onkologie*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0395-0.
22. SKALA, E., *Rakovina v oblasti hlavy a krku*. Dostupné na WWW : <http://www.lpr.cz/down/publikace/hlava.doc>
23. SMILEK, P., *Péče o nemocné s tracheální kanylou*. Dostupné na WWW : http://www.linkos.cz/vzdelavani/_OnkoPece/4_07/04.pdf
24. SUNDARAM, K., et al. *Carcinoma of the Oropharynx : Factors Affecting Outcome*. Laryngoscope 115 : 1536-1542, 2005
25. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1716-6

6 Seznam příloh

1. Hltan – sagitální řez (3)
2. Schéma dispenzárních kontrol na ORL klinice PKN, a.s.

7 Přílohy

1. Hltan – sagitální řez (3)



2. Schéma dispenzárních kontrol na ORL klinice PKN, a.s.

Doporučené intervaly dispenzarizačních kontrol:

- 1. a 2. rok kontroly po 3 měsících.
- 3. - 5. rok kontroly po 6 měsících.
- Další roky kontroly po 12 měsících.

Prováděná vyšetření :

- klinické ORL vyšetření
- endoskopie v celkové anestézii dle aktuální potřeby (zpravidla u nejasných nálezů vyžadujících přesnější posouzení rozsahu a odběr vzorku k histologickému vyšetření)
- RTG plic a srdce (obvykle 1x ročně)
- ostatní zobrazovací metody podle aktuální potřeby (CT, UZ, PET CT)
- laboratorní vyšetření (biochemie, hematologie apod.)