

Haigusjuht: teadmata  
algkoldega pea-ja kaela  
kasvaja

Darja Altuhhova

4 aasta onkoloogia resident

2007 a.

# Patsient

- 67 a. mees
- Kaebused: 2007 a. juunist tihke valutu moodustis vasakul alalõualuu all
- Varem anamneesis süljenäärme põletikud
- Suitsetaja ca 1/2 pakki päevas
- Haigused: hüpertooniatõbi, krooniline maohaavand, eesnäärme hüperplaasia

# Patsient

- Objektiivne leid: vasakul alalõualuu all liigutatav tihke valutu moodustis  $\times$  ca 4 cm
- Röntg: patoloogia leiuta
- UH: vasakus alalõualuu süljenäärmes kajavaene sõlm  $\times$  2,5 x 3,5 cm
- Peennõelbiopsia: sarvestuv lamarakuline vähk

# Patsient

Võimalikud diagnoosid:

- Teadmata algkoldega vähi metastaas vasaku alalõualuu süljenäärmes
- (Vasaku alalõualuu süljenäärme vähk)

Taktika:

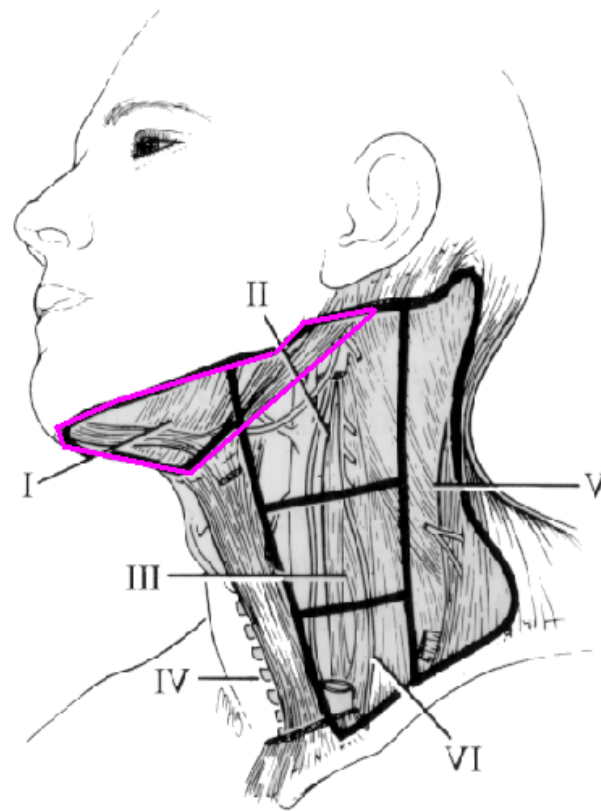
- Operatiivne ravi

# Patsient

Operatsioon:

*Wanach I sin.*

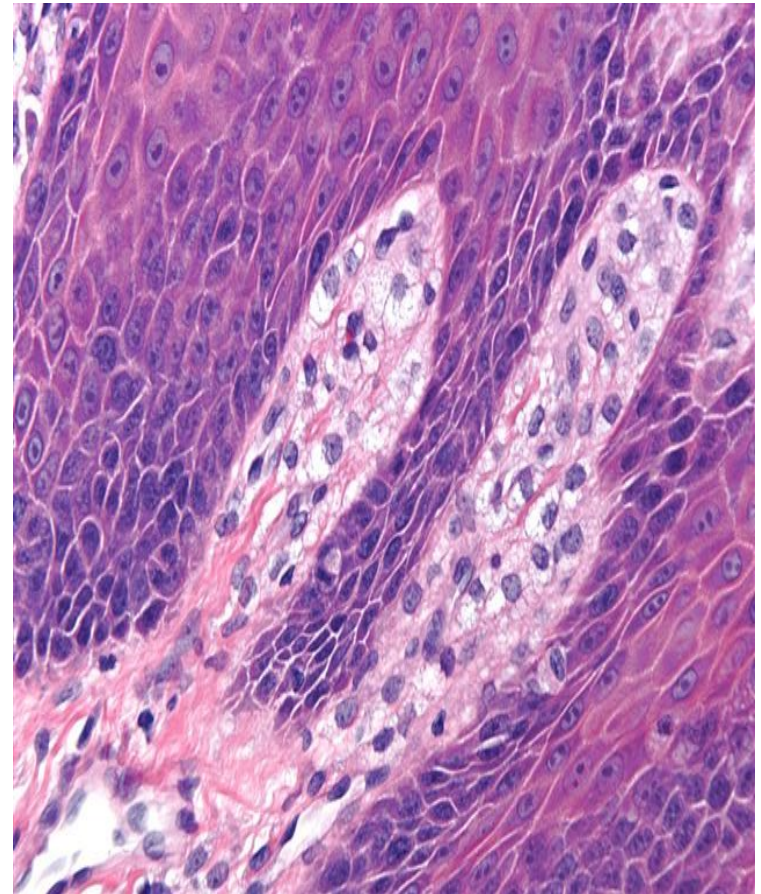
*Extirpatio glandulae  
submandibularis sin.*



# Patsient

## Histoloogia:

- Süljenäärme struktuuridest eraldi asuvad maliigsed lameepiteeli plastid
- Sarvestuva lamarakulise vähi matastaas, G3
- Lõikejooned positiivsed



# Patsient

Diagnoos:

- Teadmata algkoldega lamarakulise vähi metastaas vasakul alalõualuu all
- Positiivsed lõikejooned

Taktika?

# Teadmata algkoldega pea-ja kaela kasvajad

- Moodustavad ca 5-10% pea- ja kaela kasvajatest
- Esinevad enamasti vanuses > 40 a.
- Kui patsient on < 40 a. suurenenud sõlmed kaelal on tavaliselt healoomulised (põletikud, embrüonaaljätmete tsüstid)



Sümptomid	Võimalik algkolle
Ninakinnisus, ninaverejooks	Ninaõõs, kõrvalkoopad
Kõrvavalu / kuulmekäigu ummistus	Kuulmekäik, ninaneel, neel, kõri
Takistus/valu suu avamisel, artikulatsiooni häired	Suuõõs, suuneel
Neelamishäired / valu neelamisel	Suuõõs, neel, söögitoru
Toidu aspireerimine	Suuneel, kõri
Häälekähedus	Kõri

Kõige sagedamini annavad metastaase:

- ninaneelu
- suuneelu
- alaneelu

kasvajad

# Sõlmede lateraalsus

## Ühepoolsed sõlmed

- mõelda kasvajale sama poole elundites/struktuurides

## Sõlmed mõlemal pool

- mõelda kasvajale, mis asub keskel paiknevates elundites/struktuurides (nt. keelepära, ninaneel)

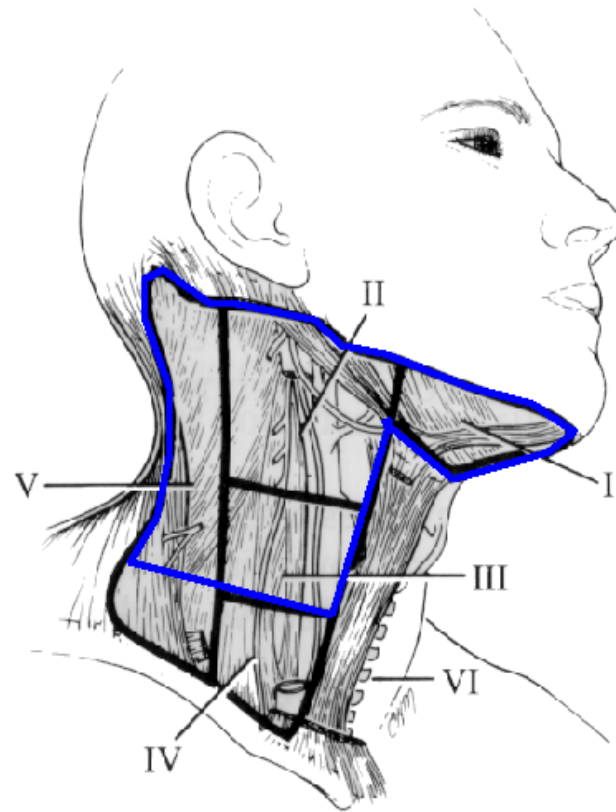
# Metastaasi paiknemine

Kaela I-III, ja  
ülemine V regioon

- algkolele tavaliselt asub pea ja kaela piirkonnas

II regioon - mõelda keelepõhja ja mandli kasvajale

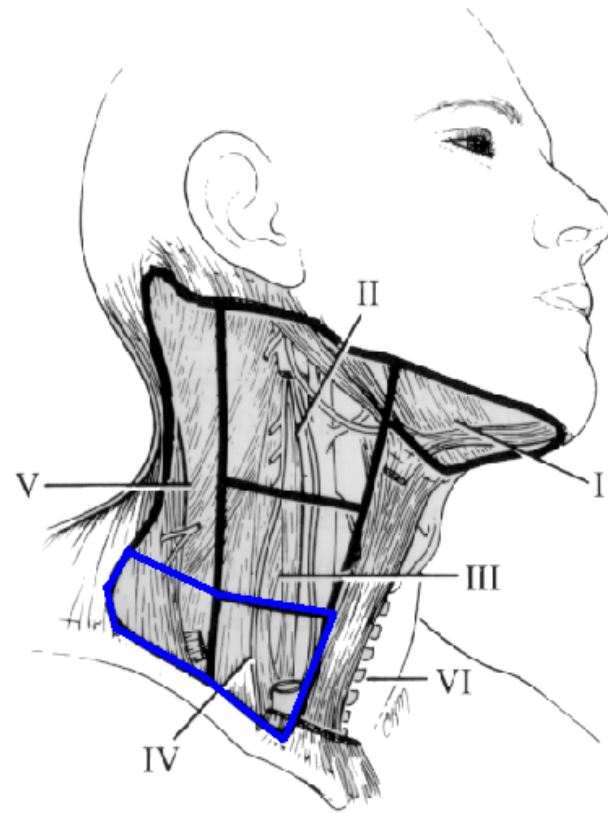
Ülemine V regioon – mõelda ninaneelu kasvajale



# Metastaasi paiknemine

Kaela IV ja alumine  
V region

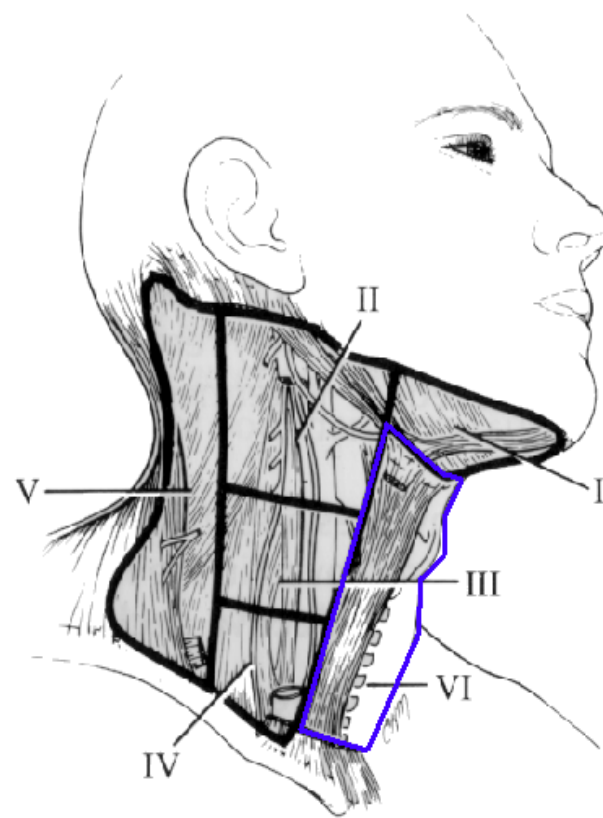
- algkole tavaliselt asub rangluust allpool (nt. kops, magu, rinnanääre)



# Metastaasi paiknemine

Kaela VI regioon

- algkoldeks on tavaliselt kilpnääre, söögitoru või kõri

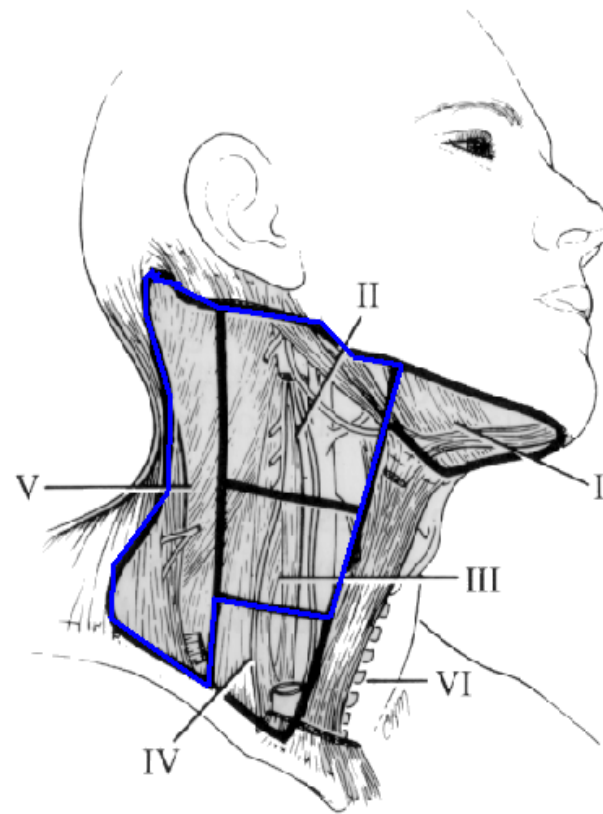


# Tsütoloogia (PNB)

## Lamerakuline vähk

ca 60-85%

- enamasti haaratud II, III ja V regiooni lümfisõlmed
- otsi algkollet nahal, aerodigestiivses traktis



# Tsütoloogia (PNB)

- **Adenokartsinoom** ca 10-20%  
enamasti haaratud supraklavikulaarsed  
lümfiõlmed  
otsi algkollet rangluust allpool (rinnanääre,  
kops, magu)
- **Madalalt diferentseerunud kartsinoom**  
algkoldeks võib olla ninaneel, keelepära,  
kurgumandel
- **Mittediferentseerunud kartsinoom**  
mõelda lümfoomile, melanoomile,  
neerurakulisele vähile, kilpnäärme  
medullaarsele vähile



# Täiendavad uuringud

Kaela I-III, ja ülemine V regioon

- KT pea ja kaela piirkonnast
- MRT pea ja kaela piirkonnast
- FDG-PET
- Panendoskoopia

Kaela IV ja alumine V regioon

- Mammograafia
- KT rindkerest, kõhust, vaagnast
- Larüngoskoopia, bronhoskoopia, gastroskoopia

# I/v kontrastainega KT

- Valikmeetod kaela suurenenud lümfisõlmede hindamiseks ja algkolde otsimiseks (odavam, vähem aega nõudev)

Saab hinnata:

- kliiniliselt negatiivseid lümfisõlmede regioone
- veresoonte haaratust
- kirurgilise operatsiooni teostatavust

# I/v kontrastainega KT

Patoloogiliste lümfisõlmede radioloogilised kriteeriumid

- Ümar kuju, ebaregulaarne kontuur
- Sõlme minimaalne diameeter aksiaalsetel lõikudel
  - > 1.5 cm jugulodigastrilises ja submandibulaarses piirkonnas
  - > 1 cm teistes regioonides
  - > 0.8 cm retrofarüngaalsel
- Lümfisõlmede grupid ( $\geq 3$ ), mõõtmega 0.6-1.5 cm
- Nekroosi tunnused: ebaühtlane kontrasteerumine, madala tihedusega ala lümfisõlme keskel

# MRT

- INFO MRT kasutamise kohta algkolde leidmiseks on piiratud
- *inversion recovery* MRT on üks valikrežiimidest algkolde leidmiseks

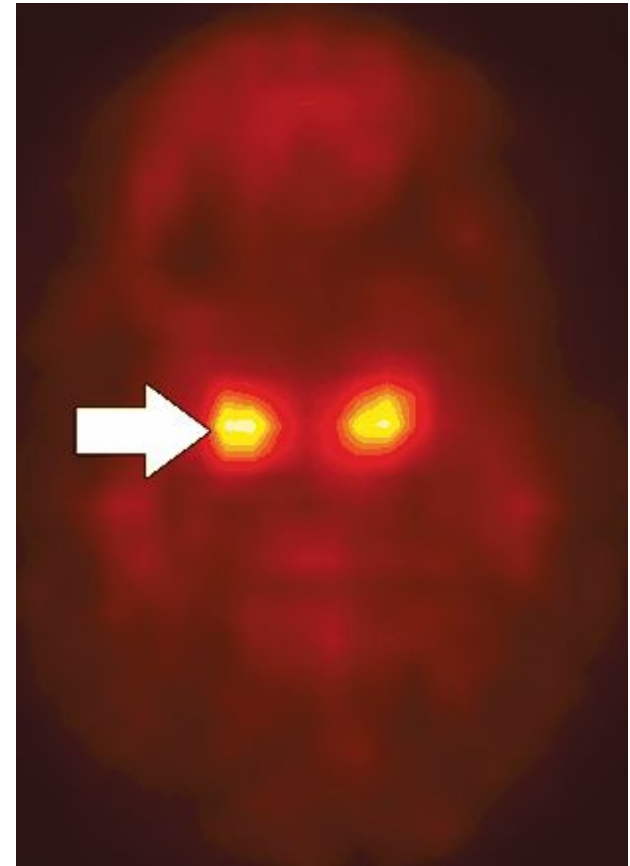
# MRT

Näidustused:

- Kahtlus keelepära kasvajale
- Kahtlus ninaõõne ja ninakõrvalkoobaste kasvajale
- Kahtlus kasvaja koljusisesele levikule

# PET

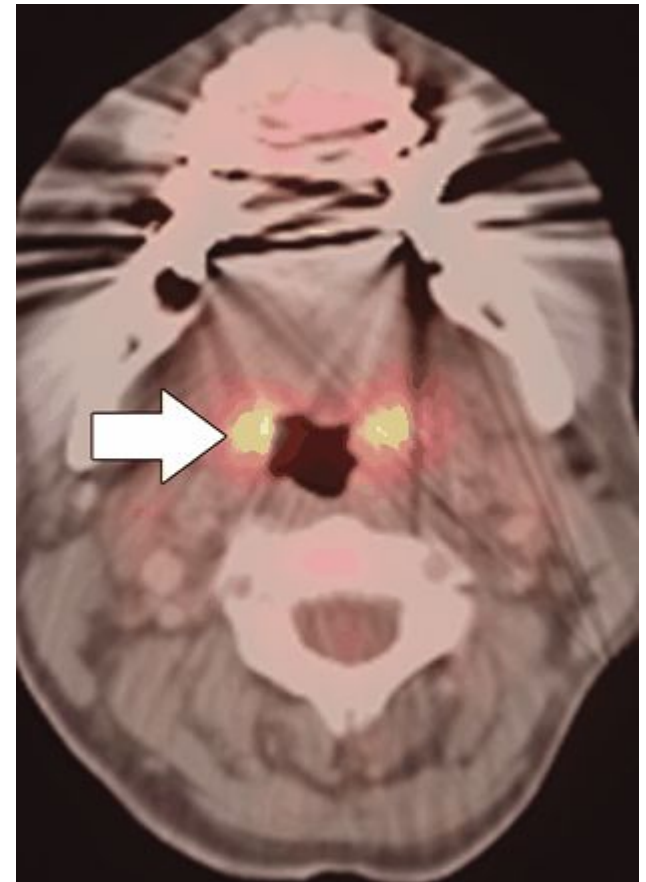
- Võimalik kasutada enne panendoskoopiat biopsia võtmiskohtade määramiseks
- Kuna PET-is puuduvad anatoomilised orientiirid praegu üldiselt kasutatakse PET/CT uuringut



# PET/CT

Puudused:

- FDG füsioloogiline kogunemine
- Ebapiisav lahutusvõime
- Põletikulised protsessid
- Ebapiisav kogunemine (*avidity*)



# PET/CT

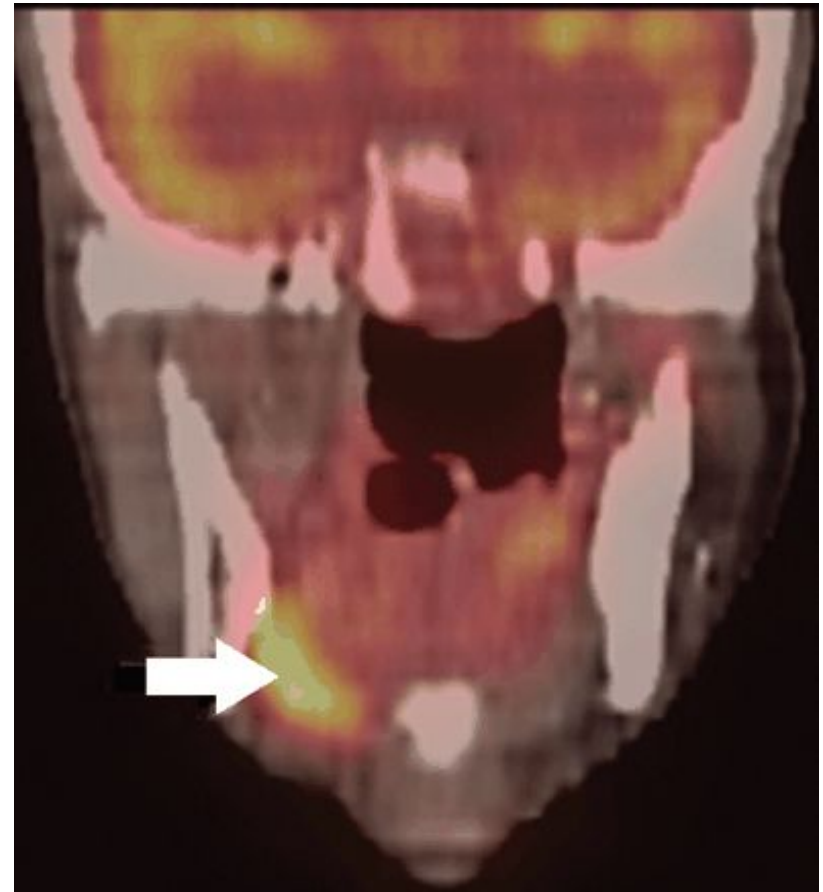
FDG füsioloogiline kogunemine:

- ninakarbikud
- süljenäärmed
- Waldeyer'i ringi lümfoidne kude (ninaneelu mandel, kurgumandlid, keelemandlid)
- silmaliigutaja-, närimis-, suupõhja-, häälemoodustamises osalevad lihased
- häälepaelad



# PET/CT

- Asümmeetriline füsioloogiline FDG kogunemine *mylohyoid* lihases



# PET/CT

Ebapiisav lahutusvõime:

- Teoreetiliselt PET/CT abil saab avastada kolded, mille suurus on  $> 0.5$  cm
- Kasvaja mõõtmetega  $< 1$  cm, mis ei kogu FDG väga intensiivselt võib jääda avastamata

# PET/CT

Ebapiisav kogunemine:

- On kasvajaid milles FDG kogunemine on madal (süljenäärme kasvajakad, nekrotiseerunud kasvajakad)

# PET/CT

- Algkolde avastamise määr 25-30%
- Ei ole rutiinselt kasutatav algkolde avastamiseks (piiratud kättesaadavus, kõrge hind, valenegatiivsed, valepositiivsed tulemused)

# Panendoskoopia

Protseduur tehakse  
anesteesia  
tingimustes

Põhjalikult uuritakse:

- ninaneel
- keelepära
- kurgumandlid
- pirnsopised
- sõrmuskõhre alune piirkond



# Panendoskoopia

Kahtlastest piirkondadest võetakse  
biopsiad

Järgneb ösofagoskoopia

Kui algkolle ei ole leitud soovitatakse  
teha unilateraalne/ bilateraalne  
tonsillektoomia

- Täiendavate uuringute abil saab avastada kuni 50 % esialgselt teadmata algkoldega kasvajatest

# Tüüpiline patsient

- Metastaas kaela II või I lümfisõlmede regioonis
- Lümfisõlme suurus: 3-6 cm (N2)
- Histoloogia: lamarakuline kartsinoom, G3
- Algkole: kurgumandel, keelepära (ca 80%)



# Patsient

Täiendavad uuringud:

- KT pea ja kaela piirkonnast i/v kontrastainega
- MRT pea ja kaela piirkonnast

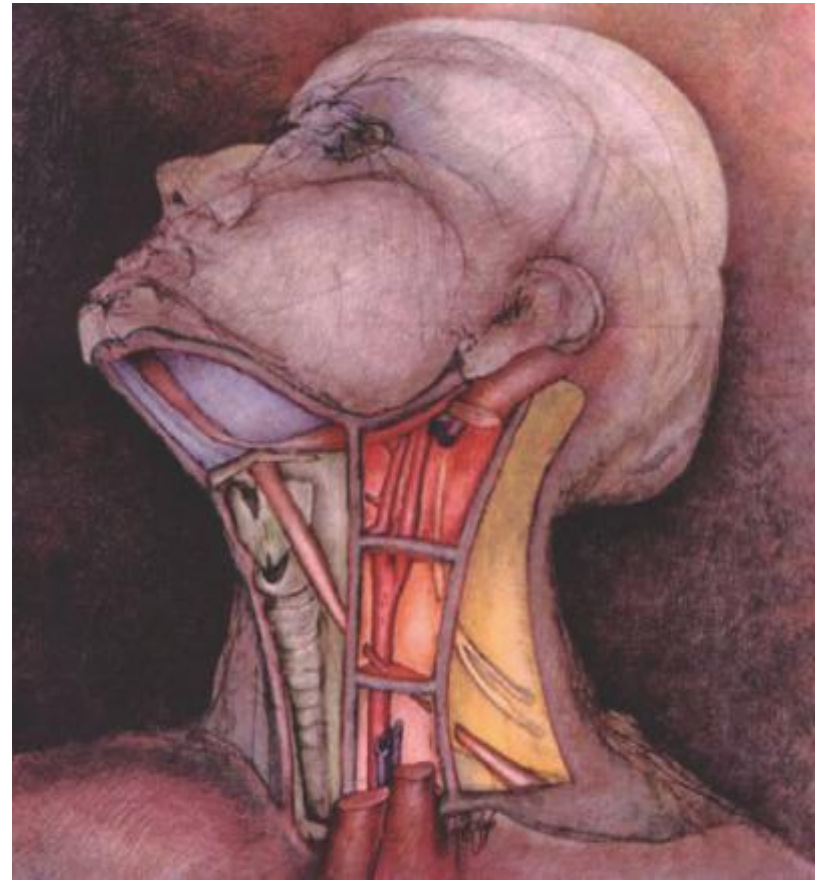
Alkohollet ei leitud

# Ravi

- Standartravi puudub
- Läbiviidud ainult retrospektiivsed uuringud, milles patsientide arv suhteliselt väike

# Kirurgiline ravi

- Metastaasi kirurgiline eemaldamine
- +/- Kaela lümfisõlmede eemaldamine



# Adjuvantne kiiritusravi

## Näidustused:

- Positiivsed lõikejooned
- Läbikasv lümfisõlme kapslist
- Lümfisõlme mõõtmed  $> 3\text{cm}$
- Metastaasid  $> 2$  lümfisõlmes

## Eesmärgid:

- Vähendada riski retsidiivi tekkeks kaela lümfisõlmedes
- Ennetada algkolle ilmumist

# Kiiritusravi või kombineeritud radiokemoteraapia

Näidustatud kui:

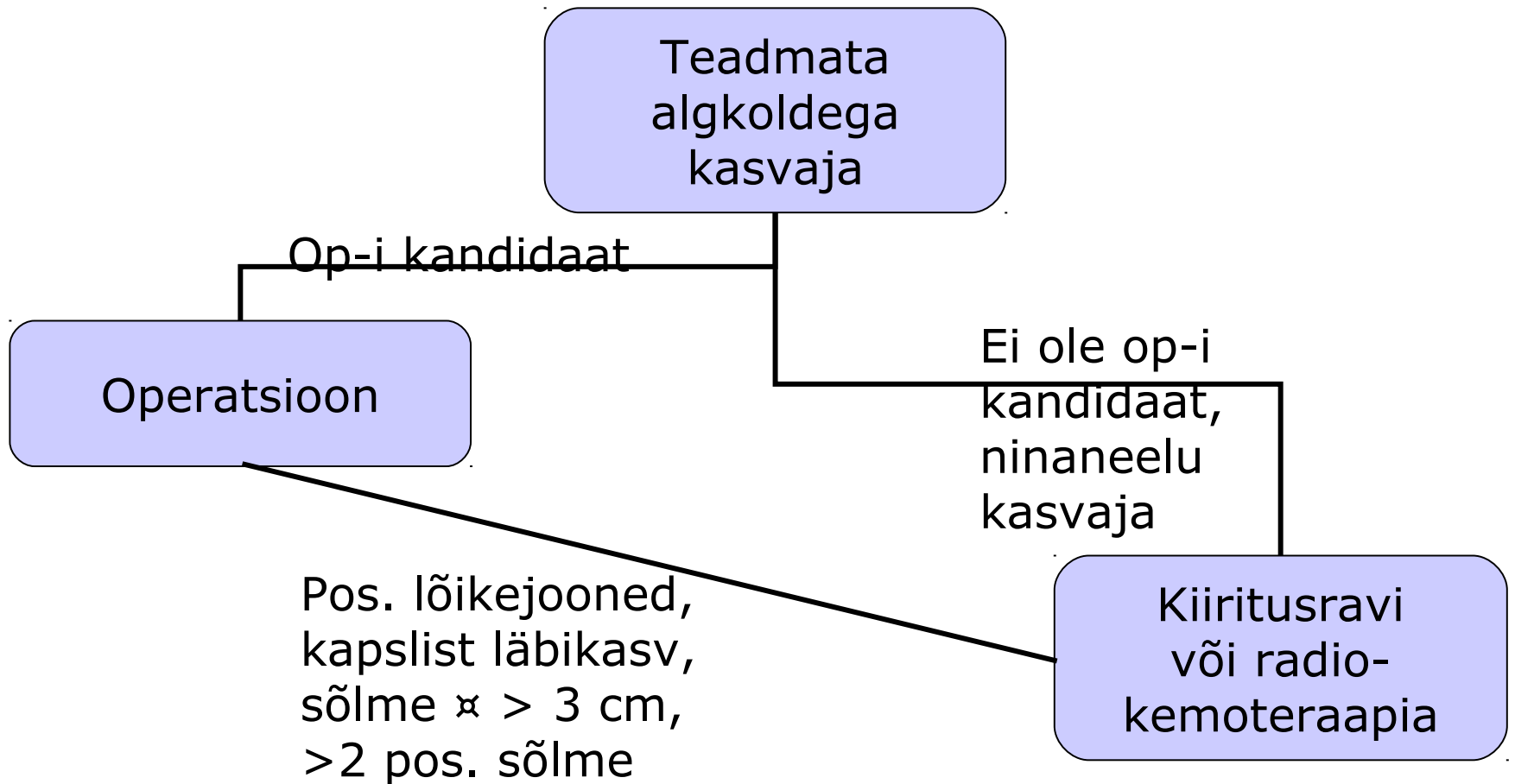
- Patsient keeldub operatsioonist
- Kirurgiline ravi ei ole teostatav (nt. kapslist läbikasv, magistraalveresoonte haaratus)
- Ninaneelu kasvaja

# Kiiritusravi maht

Puuduvad üksmeel ja rahvusvahelised ravijuhised

- **Ühepoolne kaela lümfisõlmede kiiritusravi**  
retsidiivi tekke risk on ca 2 x kõrgem kui suurema mahuga kiiritusravi korral
- **Mõlemapoolne kaela lümfisõlmede kiiritusravi +/- kogu neelu ja kõri limaskesta kiiritus**  
rohkem kõrvaltoimeid, tavaliselt näidustatud kui tegemist on
  - N3 haigusega (lümfisõlme suurus > 6 cm)
  - noore ja heas üldseisundis patsiendiga

# Raviskeem



# Patsient

## Diagnoos:

- Teadmata algkoldega lamerakulise vähi metastaas vasakul alalõualuu all

## Taktika:

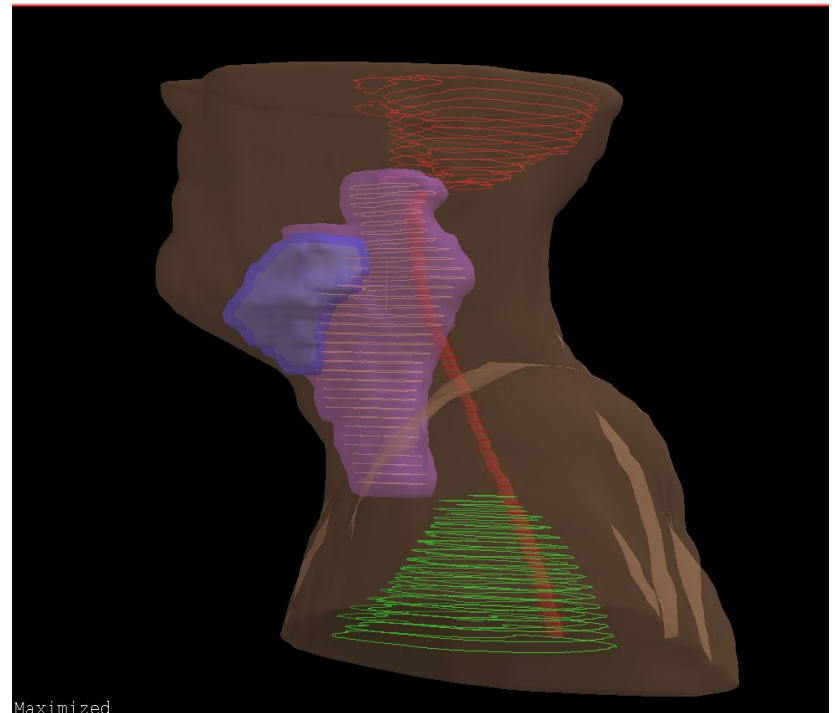
- Positiivsed lõikejooned
- Vanus, kaasuvad haigused



# Patsient

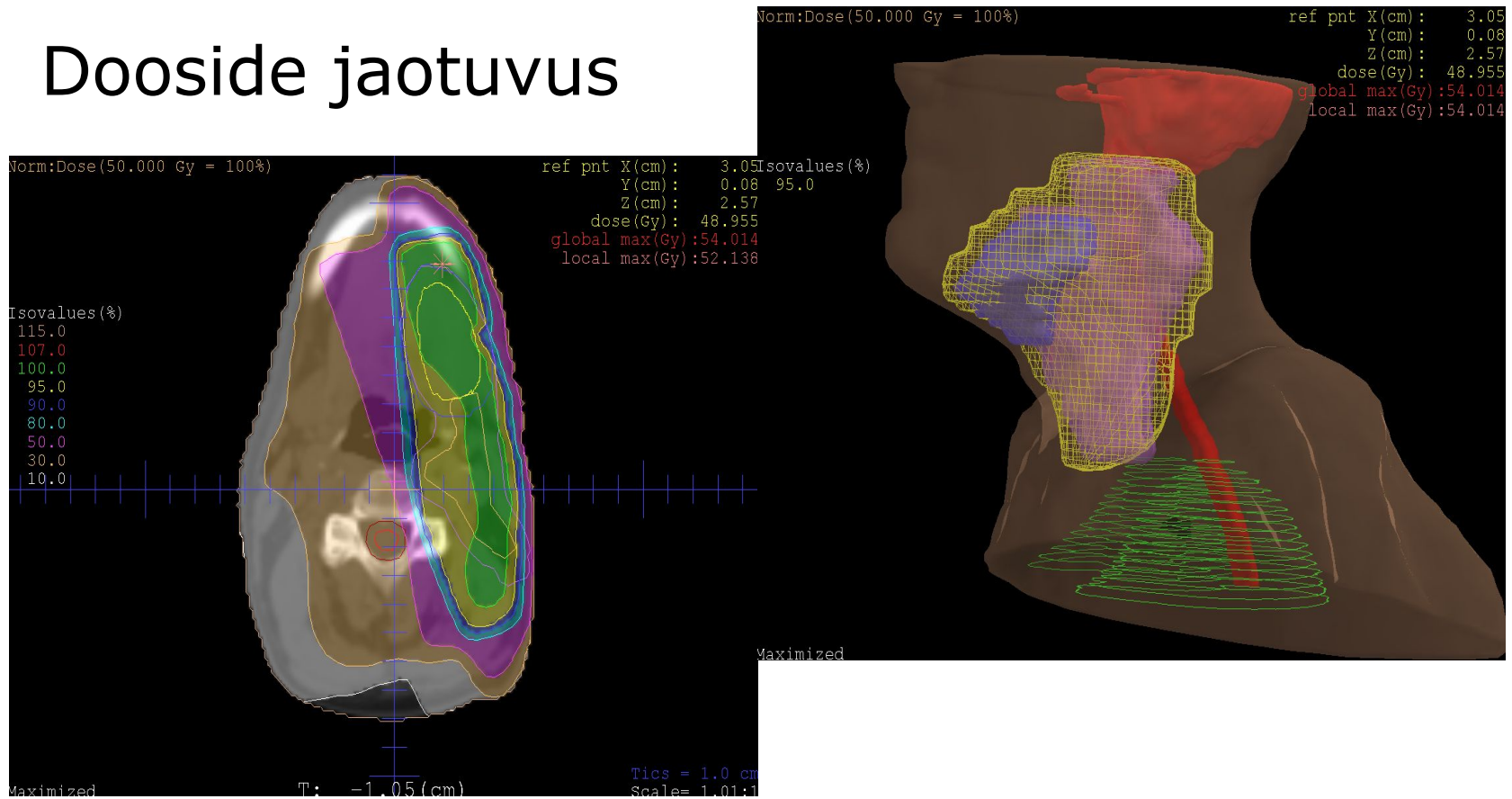
## ⇒ Adjuvantne kiiritusravi

- operatsiooni loožile
- kaela IB-IV regiooni  
lümfisõlmedele  
vasakul



# Patsient

## Dooside jaotuvus



# Prognoos

Prognoos sarnaneb patsientidega, kellel on teadaolev kasvaja pea- ja kaela regioonis:

- 5 a. haiguse vaba elulemus on 10-25%
- 5 a. üldine elulemus on 30-50%

Prognoosi mõjutavateks faktoriteks on:

- Lümfisõlmede staadium (N1-2 parem prognoos)
- Lamerakulise vähi puhul kapslist läbikasv
- Kasvaja diferentseerumisaste (mida madalam, seda parem prognoos)

- Tänan!