

Скъпи Клиент,

Това е Вашият доклад за второ медицинско мнение.

Как да четете доклада

1. Винаги се консултирайте относно откритията в доклада с Вашия лекар.
2. Имайте предвид, че докладът е базиран само на информацията, която сте предоставили, и специалистите на Diagnose.me нямат възможността да ви прегледат лично.
3. Ако Вие или Вашият лекар има някакви последващи въпроси, свързани с този доклад, можете да попитате избрания специалист в рамките на 10 дни след доставяне на доклада.
4. За по-задълбочена дискусия, избраният от Вас специалист може да предложи видео консултация, за да обсъдите въпросите Ви. Имайте предвид, че ще има допълнителна такса за тази услуга.
5. Можете да се свържете с нас по всяко време. Ние сме тук, за да Ви подкрепяме по пътя на Вашето възстановяване.

Пожелаваме Ви бързо възстановяване и се надяваме, че този доклад ще Ви помогне да откриете правилната диагноза и най-ефективното лечение,

Екипът на Diagnose.me

Доклад по случай на Diagnose.me

Номер на случай
Създаден на



Специалист

Гастрологично-онкологичен екип

Проф. Др. Флориан Волф
Образен диагностик



Проф. Др. Клаус
Хирург



Проф. Др. Джералд Прагер
Онколог



1. Клинична информация

Пол [REDACTED]
Година на раждане [REDACTED]

2. Подробности за прегледи и изследвания

Медицински данни	Описание	Дата на преглед
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

3. Въпроси на пациента

Ние знаем точната диагноза на съпруга ми – рак на хранопровода. Това, което ни е интересно, е възможността за друг вид операция или различно лечение от това, назначено от местните онколози. Проблемът е, че те искат да премахнат не само тумора в хранопровода, но заедно с него ларинкса и фаринкса. Следователно, съпругът ми ще загуби гласните си струни, ще има проблеми с дишането и дори и с храненето – ще бъде поставена стомашна тръба. Трудно е човек да приеме толкова неочаквана промяна на обстоятелствата, затова прибягваме до тази опция.

4.1. Описание на откритията: Проф. Др. Флориан Волф

Хистология:

Спинуцелуларен карцином на хранопровода (умерено диференциран, некератиращ), втори стадий. Нашествие в субепителната тъкан. Имунохистохимия: p63 аСК5/6 позит., p16, СК19, СК7 негат. Ki67 позит. в 20% от раковите клетки. Няма чревна метаплазия. НР негат. в материала.

Ядрено-магнитен резонанс на лице и шия с контраст (Gadovist), (заключителен доклад, предоставен от клиента):

Тумор в проксималната част на хранопровода, с размери приблизително 28x38мм (APxLL), дължина 60мм. Проксималната му част започва от нивото на хрущялния крикоид, луменът е деформиран и стенозиран. Отпред вляво има друга лезия с размер 26x18mm (v.s. лимфен възел), която е в контакт със задната част на левия лоб на щитовидната жлеза. Туморът е в контакт с мембранната част на трахеята, повърхностна инфилтрация не може да бъде изключена.

Трахеята е леко отклонена надясно.

Няма цервикална лимфаденопатия.

Основни слюнчени жлези и щитовидна жлеза без патоморфологични находки.

Фарингеална област нормална. Има удебеляване на лигавицата в каудалната част на максиларния синус, други параназални синуси нормални, без патологично съдържание.

Няма наличие на подозрителни лезии в костите.

Заключение: Стенозиращ ТУ на проксималната част на хранопровода със съседна лимфаденопатия. Възможна повърхностна инфилтрация на предната мембранна част на трахеята.

КТ скенер на шия, гърди и стомах (естествена, артериална и венозна фаза):

В проксималния хранопровод има голям тумор с обща дължина около 6см и аксиален диаметър до 5см. За локалните детайли на тумора, вижте доклада на ядрено-магнитния резонанс. Възможна е инфилтрация на хрущялния крикоид, както и на

мембранната част на трахеята. Има и дълъг контакт със щитовидната жлеза. Трахеята е леко компресирана от лявата страна.

Има уголемени лимфни възли в горната част на корема в близост до аортата от лявата страна. Белите дробове изглеждат нормално, с изключение на някои фиброзни промени.

Черният дроб е нормален, както и костите и другите структури в корема.

Заклучение:

Голям тумор в проксималния хранопровод – според изображенията е в стадий T4b. Що се отнася до M и N стадирането, бих изчакал ПЕТ/КТ скенер. В близост до аортата в горната част на корема има увеличени лимфни възли, което може да означава стадий M1, ако ПЕТ е положителен.

С уважение,
Проф. Др. Флориан Волф

4.2.Описание на откритията: Проф. Др. Джералд Прагер

Опции за лечение

За цервикален плоскоклетъчен карцином N + се препоръчва дефинитивна химио-лъчетерапия, ако не се открият далечни метастази (M0). Следователно, препоръчвам завършване на стадирането с ПЕТ-КТ скенер на глава, шия, гръден кош и корем.

Ако туморът е в стадий N + и/или T4b, препоръчвам да се проведе химио-лъчетерапия с цисплатин и флуороурацил:

например

Цисплатин 75 mg/m² BSA за 2 часа i.v., ден 1

5-FU 1000 mg / m² BSA за 24 часа ден 1-4

Q=28 дни, за 4 цикъла

Първите 2 цикъла трябва да са едновременно с лъчетерапия с обща доза 50,4 Gy (1,8-2,0 Gy на ден).

Имайте предвид, че може да се появи дисфагия, затова трябва да се обмисли имплантиране на PEG-тръба преди лечението. Препоръчвам първо да се направи бронхоскопия, за да се изключи инфилтрация на трахеята или частична обструкция.

След 2 цикъла трябва да се извърши повторен КТ скенер, за да се оцени реакцията към лечението, например 4 седмици след химио-лъчетерапията.

Тази препоръка е в съответствие с указанията V3/2015 на NCCN;

Моля, имайте предвид, че препоръката е второ мнение, базирано на предоставените от Вас резултати, и може да е различно при индивидуален пациент.

Ако имате още някакви въпроси, не се колебайте да се свържете с мен!

С уважение,
Проф. Др. Джералд Прагер

Важно: (от проф. Волф след консултация с проф. Прагер) Ако лимфният възел в близост до аортата в горната част на корема е позитивен след ПЕТ-КТ скенер, прогнозата е лоша и химиотерапията ще е по-дълга (4 цикъла).

4.3. Описание на откритията: Проф. Др. Клаус Качирек

Според наличната информация, пациентът има плоскоклетъчен карцином на цервикалния хранопровод, започващ от нивото на крикоида, както е посочено в доклада на ядрено-магнитния резонанс. Препоръчваме допълнително да се извърши ПЕТ-КТ скенер на цяло тяло, за да се изключат далечни метастази.

Ако няма далечни метастази, според настоящите указания (на NCCN) цервикалните или цервикоторакални езофагеални карциноми с размер <5 см от крикофарингеуса следва да бъдат лекувани с дефинитивна химио-лъчетерапия. Палиативната езофагектомия може да се обмисли като вариант за пациенти с цервикален рак на хранопровода, които развиват локализиран, резектабилен рецидив на хранопровода, или нелечима стриктура след дефинитивна химио-лъчетерапия, в случай че няма далечен рецидив.

Хирургичният подход е увреждащ и степента на оцеляване не е по-добра в сравнение с дефинитивна химио-лъчетерапия. Следователно, не можем да препоръчаме оперативно отстраняване в този случай.

Перкутанната ендоскопска гастростомия (PEG тръба) трябва да се има предвид преди да се започне дефинитивната химио-лъчетерапия, защото храненето може да бъде проблем, а поставянето на PEG тръба може да бъде затруднено, когато туморната стеноза се увеличи.

С уважение,
Проф. Др. Клаус Качирек

5. Заключение и съвет: Проф. Др. Флориан Волф

Според указанията и съветите на проф. Прагер и проф. Качирек, най-добрият вариант за лечение би бил химиотерапия, комбинирана с лъчетерапия, както е споменато по-горе.

Преди всичко, за окончателно стадиране препоръчвам да се направи ПЕТ-КТ скенер, за да се изключат или да се потвърдят патологични лимфни възли или метастази.

В зависимост от резултата на ПЕТ-КТ скенера, бих започнал химио-лъчетерапия. Според последните препоръки и указания, хирургическа намеса не води до по-висока степен на преживяемост. Освен това, болезнеността след такава радикална хирургическа намеса би била много висока (както е описано от самия пациент).

Ако имате допълнителни въпроси, не се колебайте да се свържете отново с мен!

С уважение,
Проф. Др. Флориан Волф