

Vážený klient,

Toto je Váš druhý odborný posudok.

Ako čítať tento posudok

1. Nálezy vždy konzultujte s Vaším ošetrojúcim lekárom.
2. Prosím berte na vedomie, že posudok je vyhotovený iba na základe informácií, ktoré ste nám poskytli a špecialisti z Diagnose.me nemajú možnosť vyšetriť Vás osobne.
3. V prípade, že Vy alebo Váš doktor máte akékoľvek doplňujúce otázky týkajúce sa tohto posudku, máte možnosť ich špecialistovi položiť do 10 dní od doručenia posudku.
4. Pre detailnejšiu diskusiu ohľadom Vašich otázok k posudku, máte možnosť dodatočnej video konzultácie. Radi by sme Vás informovali, že video konzultácia je spoplatnená.
5. Prosím neváhajte nás kedykoľvek kontaktovať. Sme tu pre Vás a radi Vás podporíme počas Vašej cesty k uzdraveniu.

Želáme Vám skoré zlepšenie a veríme, že aj tento posudok Vám napomôže k správnej diagnóze a efektívnej liečbe,

Váš tím Diagnose.me

Diagnose.me odborný posudok

Číslo prípadu



Vytvorený



Špecialista

Gastrologicko-onkologický tím

Prof. Dr. Florian Wolf

Rádiológ



Prof. Dr. Klaus Kaczirek

Chirurg



Prof. Dr. Gerald Prager

Onkológ



1. Klinické informácie

Pohlavie



Rok narodenia



2. Detaily vyšetrenia

Medicínske dáta	Popis	Dátum vyšetrenia

3. Pacientova otázka

Vieme, že manžel má stanovenú presnú diagnózu-rakovinu pažeráka. Nám ide ale o to, či nie je možná aj iná operácia alebo liečba ako určili naši [REDACTED] onkológovia. Ide o to, že pri operácii chcú zobrať nielen nádor v pažeráku, ale aj hrtan a hltan. Tým pádom by manžel mal prísť o hlasivky, problémy s dýchaním a aj problémy s jedením - zaviedla by sa sonda do žalúdka. Je ťažké sa zo dňa na deň zmieriť s takouto skutočnosťou, preto ma napadla ešte táto možnosť.

4.1 Popis nálezu: Prof. Dr. Florian Wolf

Histológia:

spinocelulárny karcinóm pažeráka (stredne diferencovaný, nerohovatejúci), grade II. Invázia do subepiteliálneho väziva. Imunohistochemicky: P63 CK5 / 6 pozit., p16, CK19, CK7 negat. Ki67 pozitívne v 20% nádorových buniek. Bez intestinálnej metaplázia. HP negat. v danom materiáli.

MR tváre a krku s podaním kontrastu (Gadovist): (Správu poskytol klient):

V prox. časti pažeráka je prítomný TU o veľkosti cca 28x38mm (APxLL) v dĺžke cca 6cm. Proximálna časť začína približne v úrovni krikoidnej chrupky, lumen je deformovaný, stenotizovaný. Vľavo ventrálne na neho nalieha ďalšie ložisko o veľkosti cca 26x18mm (v.s. LU), ktoré nalieha na zadnú časť ľavého laloka štítnej žľazy. TU nalieha na pars membranacea trachey, nemožno vylúčiť jej povrchovú infiltráciu.

Trachea je mierne deviovaná doprava.

Bez LAP na krku.

Veľké slinné žľazy a štítna žľaza bez patomorfologických zmien.

Oblasť faryngu bez pozoruhodností.

Na spodine ľavej maxil. dutiny zhrubnutie sliznice, inak zobrazené PND primerane vyvinuté, bez patologického obsahu.

Skelet bez suspektných ložiskových zmien.

Záver: Stenotizujúci TU proximálnej časti ezofágu zrejme aj s príľahlou LAP. Možná povrchová infiltrácia pars membranacea trachey.

CT krku hrudníka a brucha (natívne, arteriálna a venózna fáza):

V proximálnom ezofágu je veľký tumor o celkovej dĺžke okolo 6 cm a axiálnom priemere do 5 cm. Pre lokálne podrobnosti nádoru pozri správu MR. Možná infiltrácia cartilago cricoidea, ako aj pars membranacea trachey. Tiež je prítomný dlhý kontakt so štítnou žľazou. Trachea je z ľavej strany mierne komprimovaná.

Zväčšené lymfatické uzliny v hornej časti brucha v blízkosti aorty vľavo.

Pľúca vyzerajú normálne, až na niektoré fibrotické zmeny.

Pečeň je primeraná, ako aj kosti a ďalšie štruktúry brucha.

Záver:

Rozsiahly nádor v proximálnom pažeráku - podľa zobrazovacích metód ide o štádium T4b. Pokiaľ ide o M a N staging, počkal by som na PET/CT. Zväčšené lymfatické uzliny v blízkosti aorty v hornej časti brucha by mohli mať za následok zaradenie do M1, ak by bola PET pozitívna.

S pozdravom,
Prof. Dr. Florian Wolf

4.2 Popis nálezu: Prof. Dr. Gerald Prager

Možnosti liečby

U spinocelulárneho karcinómu krku N+ sa odporúča definitívna chemorádioterapia, ak nie sú detekované vzdialené metastázy (M0). Preto navrhujem najprv dokončiť staging pomocou (PET)-CT vyšetrenia hlavy, krku, hrudníka a brucha.

Ak sa nádor zaradí ako N+ a/alebo T4b, navrhujem chemorádioterapiu s cisplatinou a fluorouracilom:

napr.

Cisplatina 75 mg/ m² BSA počas 2 hodín i. v., deň 1

5-FU 1000 mg/m² BSA počas 24 hodín, deň 1-4

Q = 28 dní, 4 cykly

Prvé 2 cykly by mal byť sprevádzané rádioterapiou až do celkovej dávky 50,4 Gy (1,8 až 2,0 Gy/deň).

Berte do úvahy, že sa môže vyskytnúť dysfágia (ťažkosti s prehĺtaním), a preto by sa mala zvážiť implantácia PEG-sondy ešte pred liečbou. Odporúčam najprv urobiť bronchoskopiu na vylúčenie infiltrácie trachey alebo jej parciálnej obštrukcie.

Po 2 cykloch, napr. 4 týždne po chemorádioterapii by malo byť vykonané CT vyšetrenie kvôli restaging-u a zhodnoteniu odpovede na liečbu.

Toto odporúčanie je v súlade s pokynmi NCCN V3 / 2015;

Prosím, buďte si vedomí skutočnosti, že toto odporúčanie je druhé stanovisko na základe poskytnutých výsledkov a môže sa líšiť pri individuálnom nastavení pacienta.

Ak máte ešte nejaké otázky, prosím neváhajte ma kontaktovať!

S úctou,
Prof. Dr. Gerald Prager

Poznámka: (od prof. Wolfa po konzultácii s prof. Pragerom): V prípade, ak lymfatická uzlina v blízkosti aorty v hornej časti brucha bude pozitívna v PET/CT, prognóza je horšia a chemoterapia by bola dlhšia (4 cykly).

4.3 Popis nálezu: Prof. Dr. Klaus Kaczirek

Z dostupných informácií vieme, že pacient má spinocelulárny karcinóm cervikálnej časti pažeráka začínajúci v úrovni krikoidnej chrupky, ako je uvedené v správe MR. Odporúčame dodatočne vykonať celotelové (PET)/CT vyšetrenie kvôli vylúčeniu prítomnosti vzdialených metastáz.

Ak nie sú prítomné žiadne vzdialené metastázy, podľa aktuálnych guideline-ov (NCCN) cervikálne alebo cervikotorakálne karcinómy pažeráka <5 cm od m. cricopharyngeus by mali byť liečené definitívnou chemorádioterapiou. Paliatívna ezofagektómia môže byť zvažovaná u pacientov s rakovinou cervikálnej časti pažeráka, u ktorých vznikne lokalizovaná, resekabilná ezofageálna recidíva alebo neliečiteľná striktúra po definitívnej chemorádioterapii, pokiaľ nie je prítomná vzdialená recidíva.

Chirurgický prístup je mutilujúci a v porovnaní s definitívnou chemorádioterapiou nezlepšuje prežitie. Preto nemôžeme v tejto situácii odporučiť operáciu.

Pred definitívnou chemorádioterapiou je potrebné zvážiť perkutánnu endoskopickú gastrostómiu (PEG), pretože prijímanie potravy sa môže stať problémom a umiestnenie sondy PEG, keď sa stenóza zapríčinená nádorom zväčší, môže byť obtiažne.

S pozdravom,
Prof. Dr. Klaus Kaczirek

5. Závěry a doporučení: Prof. Dr. Florian Wolf

Podľa pokynov a rád prof. Pragera a prof. Kaczireka by najlepšou možnosťou liečby bola chemoterapia v kombinácii s rádioterapiou, ako bolo uvedené vyššie.

Predovšetkým pre definitívny staging odporúčam urobiť PET/CT vyšetrenie, aby sa vylúčili alebo preukázali patologické lymfatické uzliny alebo metastázy.

V závislosti na výsledku PET/CT vyšetrenia by som začal chemorádioterapiu. Podľa súčasných guideline-ov by chirurgická resekcia nevedla k lepšiemu prežitiu. Navyše morbidita tak radikálnej resekcii by bola veľmi vysoká (ako popísal aj samotný pacient).

Ak máte akékoľvek ďalšie otázky, neváhajte a kontaktujte ma znova!

S pozdravom,
Prof. Dr. Florian Wolf