

Joanna Terlikiewicz, Roman Makarewicz

Katedra i Zakład Onkologii Zachowawczej Akademii Medycznej w Bydgoszczy

Zaburzenia połykania

Dysphagia

Streszczenie

W pracy opisano najczęstsze przyczyny i mechanizmy powstawania dysfagii. W części dotyczącej leczenia przedstawiono rolę różnych metod endoskopowych, radioterapii i leczenia farmakologicznego dysfagii. Ponadto omówiono wskazania do gastrostomii odżywczej i postępowanie w ślinotoku.

Słowa kluczowe: dysfagia, rak przełyku, brachyterapia, radioterapia, laseroterapia, endoproteza, gastrostomia, ślinotok

Abstract

In this paper review mechanisms and etiology of dysphagia are presented. A focus is given to endoesophageal procedures, radiotherapy and pharmacological methods in the treatment of dysphagia. Indications to gastrostomy and the treatment of sialorrhoea are presented.

Key words: dysphagia, esophageal cancer, brachytherapy, laserotherapy, gastrostomy, endoprothesis, sialorrhoea

Przyczyny zaburzeń połykania

Połykanie to złożony proces, w którym uczestniczą mięśnie i receptory unerwione przez odpowiednie nerwy czaszkowe, a w jego integracji biorą udział ośrodki korowe i pniowe. W każdej fazie (ustnej, gardłowej i przełykowej) proces połykania może być zaburzony na skutek jednego z 3 mechanizmów: stanu zapalnego, zwężenia mechanicznego i uszkodzenia przewodnictwa nerwowo-mięśniowego. W pewnych sytuacjach klinicznych współlistnieją 2 lub wszystkie te mechanizmy.

Zaburzenia połykania dzieli się na:

- dysfagię ustno-gardłową, w której ruch kęsa pokarmowego jest zaburzony brakiem koordynacji fazy ustnej i gardłowej;
- dysfagię mechaniczną, w której występuje przeszkoda organiczna w obrębie jamy ustnej, gardła czy przełyku;
- dysfagię czynnościową, występującą w przebiegu

nerwic czy schorzeń somatycznych bez podłoża organicznego;

— odynofagię — bolesne połykanie, zaburzające fazę ustną, gardłową i przełykową.

Przyczyny zaburzeń połykania są bardzo liczne, przy czym w przypadku rozpoznania choroby nowotworowej najczęściej wiążą się z miejscowym rozwojem guza. Częstość występowania dysfagii u pacjentów z rozpoznaniem choroby nowotworowej wynosi około 10–23%. Do powstania dysfagii dochodzi najczęściej w przebiegu miejscowo rozrastających się nowotworów jamy ustnej, języka, gardła, przełyku, obturujących światło górnego odcinka przewodu pokarmowego i uniemożliwiających pasaż kęsa pokarmowego. U około 80–90% tych chorych stwierdza się zaburzenia połykania. Dysfagia może być spowodowana uszkodzeniem nerwów czaszkowych odpowiedzialnych za prawidłowy przebieg procesu połykania. Do takiego uszkodzenia dochodzi często w przebiegu nowotworów naciekających podstawę czaszki.

Adres do korespondencji: lek. med. Joanna Terlikiewicz

Katedra i Zakład Onkologii Zachowawczej AM w Bydgoszczy, Regionalne Centrum Onkologii w Bydgoszczy
ul. Romanowskiej 2, 85–796 Bydgoszcz, tel./faks +48 (0 prefiks 52) 374 34 32



Polska Medycyna Paliatywna 2003, 2, 1, 31–38
Copyright © 2003 Via Medica, ISSN 1644–115X

Guzy śródpiersia lub pakiety przerzutowo zmienionych węzłów chłonnych na szyi mogą powodować zaburzenia połykania wskutek ucisku gardła lub przełyku z zewnątrz. Utrudnione połykanie występuje u osób z zaawansowaną chorobą nowotworową, skrajnie osłabionych i wyniszczonych. Do zaburzeń połykania może dochodzić w przebiegu grzybicy i innych stanów zapalnych jamy ustnej, gardła czy przełyku. Również przebyte zabiegi chirurgiczne i napromienianie w obrębie jamy ustnej, języka, gardła oraz przełyku mogą powodować zwłóknienie tkanek, zmniejszenie ruchomości języka, utrudnienie otwarcia jamy ustnej i zwężenie przełyku. U chorych z zaburzeniami świadomości (chorzy nieprzytomni, zespół majaczeniowy) obserwuje się zniesienie odruchu połykania. Do zaburzeń połykania prowadzą także schorzenia nerwowo-mięśniowe: stwardnienie boczne zanikowe, stwardnienie rozsiane, porażenie nerwów dolnej opuszki, np. w przebiegu zawału mózdzku lub po zabiegach operacyjnych dołu tylnego czaszki. Przyczyną tych zaburzeń mogą być także schorzenia niezwiązane bezpośrednio z chorobą nowotworową. Należy do nich: refluks przełykowy, łagodne zwężenie przełyku i niedobór żelaza. U chorych niespokojnych dysfagia może mieć charakter czynnościowy (skurcz przełyku). Rzadką przyczyną dysfagii jest hiperkalcemia [1–3].

Przyczyny zaburzeń połykania u pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową przedstawiono w tabeli 1.

Objawy i rozpoznawanie

Podstawą diagnostyki zaburzeń połykania jest dokładnie zebrany wywiad dotyczący dolegliwości chorego i pozwalający ocenić fazę zaburzenia połykania.

Jeżeli zaburzenia dotyczą fazy ustnej, następuje wyciek śliny lub pokarmu z jamy ustnej, zaleganie pokarmu lub śliny w jamie ustnej albo oba te stany jednocześnie. W fazie gardłowej kęs pokarmowy może utknąć w gardle, przedostawać się do nosa, wywoływać odruchy wymiotne, dławienie się, kaszel; pokarm może zostać zaaspirowany do dróg oddechowych. Zwracanie pokarmu odbywa się bez udziału tłoczni brzusznej i kurczów żołądka. W fazie przełykowej pokarm zatrzymuje się w przełyku, co wywołuje ból, uczucie pieczenia, palenia za mostkiem. Dolegliwość tę chorzy określają jako zgagę, którą w niektórych przypadkach łagodzi przyjęcie pokarmu lub połykanie śliny. Regurgitacja, czyli ulewianie się do gardła kwaśnego płynu, najczęściej jest spowodowane rozluźnieniem zwieraczy przełyku i często występuje w uchyłkach przełyku.

Tabela 1. Przyczyny dysfagii w zaawansowanej chorobie nowotworowej [2]

Table 1. Causes of dysphagia in advanced neoplasms [2]

Spowodowane przez nowotwór

- Guz w jamie ustnej, gardle, przełyku
- Naciekanie ściany gardłowo-przełykowej — uszkodzenie splotów nerwowych
- Ucisk z zewnątrz (masa guza na szyi, w śródpiersiu)
- Okołonerwowe szerzenie się nowotworu
- Naciekanie nowotworu wzdłuż podstawy czaszki — porażenie nerwów czaszkowych
- Przerzuty do podstawy czaszki — porażenie nerwów czaszkowych
- Naciekanie opon mózgowych — porażenie nerwów czaszkowych
- Przerzuty do mózgu
- Zespoły paraneoplastyczne

Związane z nowotworem i/lub osłabieniem

- Suchość w jamie ustnej
- Grzybica gardła i przełyku
- Zakażenie bakteryjne gardła
- Niepokój — spazm przełyku
- Skrajne osłabienie (pacjent umierający)
- Hiperkalcemia (rzadko)

Spowodowane leczeniem

- Leczenie chirurgiczne
- Popromienne włóknienie (utrudnienie otwierania ust, ruchów języka, przedłużony pasaż przełykowy)
- Przemieszczanie protezy wewnątrzprzełykowej
- Leki (neuroleptyki, metoklopramid)

Przyczyny współistniejące

- Refluks przełykowy
- Łagodne zwężenie
- Niedobór żelaza

W chorobie nowotworowej dysfagia zwykle początkowo dotyczy pokarmu stałego, z czasem następują trudności w połykaniu płynów. Jeżeli przyczyną dysfagii są zaburzenia nerwowo-mięśniowe, jednocześnie występuje utrudnienie połykania pokarmu stałego i płynnego [2, 4].

Na podstawie wywiadu zebranego od chorego często trudno ustalić lokalizację zmian patologicznych. Konieczna jest więc dalsza diagnostyka, obejmująca badanie przedmiotowe, badania radiologiczne i endoskopowe z badaniami biopsyjnymi. W diagnostyce obrazowej zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej ma istotne znaczenie w przypadku obecności ciał obcych w przełyku, perforacji zachyłków gruszkowatych i przełyku. Badanie to pozwala ocenić śródpiersie i układ oskrzelowo-płucny. Przy badaniu radiologicznym górnego odcinka przewodu pokarmowego podaje się środek kontrastowy, co powoduje uwidocznienie ściany przełyku, uchyłków, zwężeń, ciał ob-

cych i przetok. U chorych z podejrzeniem uszkodzenia ścian drogi pokarmowej (pourazowe, nowotworowe, pozapalne, jatrogenne) badania radiologiczne należy wykonywać z użyciem jałowych środków kontrastowych (np. gastrografina). Wydostawanie się kontrastu poza gardło czy przełyk wskazuje wysokość i rozległość uszkodzenia ścian. Badanie endoskopowe umożliwia ocenę ścian gardła, krtani, przełyku i pobranie wycinków do badań mikroskopowych. W wybranych przypadkach korzystne jest wykonanie ultrasonografii, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego i endoskopowej ultrasonografii. W przypadku zmian patologicznych zlokalizowanych w obrębie jamy ustnej, gardła lub krtani badanie laryngologiczne (z badaniem węzłów chłonnych szyi) uzupełnione badaniem biopsyjnym zwykle pozwala na rozpoznanie [5].

Wykonanie powyższych badań jest istotne u pacjentów dotąd niezdiagnozowanych. Należy zwrócić uwagę, aby nie wykonywać badań diagnostycznych u osób w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej, o ile ich wyniki nie wpłyną istotnie na postępowanie terapeutyczne, a jedynie przyczynią się do pogorszenia jakości życia.

Leczenie

Leczenie zaburzeń połykania zależy od miejsca i przyczyny je wywołującej oraz od stopnia zaawansowania choroby nowotworowej. Zawsze istotna jest rozmowa z chorym i rodziną, wyjaśnienie przyczyny dysfagii oraz możliwości leczenia.

W przypadku grzybicy jamy ustnej, gardła, przełyku zaleca się podawanie kilka razy dziennie nystatyny w zawieszynie i doustnie ketokonazolu w dawce 200 mg/d. lub flukonazolu w dawce 200 mg/d. W zakażeniach bakteryjnych jamy ustnej i gardła stosuje się antybiotyki o szerokim spektrum działania, miejscowo płukanie 1-procentowym roztworem wody utlenionej, roztworem nadmanganianu potasu czy ziołami o działaniu przeciwzapalnym. W zapaleniu błony śluzowej jamy ustnej, na tle bakteryjnym po napromienianiu lub po chemioterapii, skuteczne jest także miejscowe stosowanie benzydaminu (płyn, spray) lub indometacyny w płynie. Podawanie środków miejscowo znieczulających, takich jak 2-procentowy roztwór lignokainy, 1-procentowy roztwór polokainy i 0,25-procentowy roztwór bupiwakainy, może poprawić komfort chorego i pozwolić na dokładną toaletę jamy ustnej oraz przyjmowanie pokarmu [2, 3, 6, 7].

Jeżeli przyczyna dysfagii jest nieodwracalna, postępowanie polega na udzieleniu choremu i rodzinie porad dietetycznych i pomocy przy połykaniu. Wska-

zówki dietetyczne dotyczą częstego spożywania małych ilości potraw, najlepiej rozdrobnionych lub płynnych, a także unikanie suchego, twardego pokarmu. Dodawanie śmietany do potraw pomaga zapewnić wysoką zawartość kaloryczną pożywienia. Można również podawać preparat wysokoenergetyczny, np. Nutridrink (1 opak. 200 ml, 300 kcal), zawierający wszystkie składniki odżywcze. Pomoc przy połykaniu stanowi ważny element postępowania. Istotna jest właściwa pozycja głowy, z podbródkiem lekko skierowanym w kierunku klatki piersiowej, co pozwala na zamknięcie dostępu do tchawicy w trakcie połykania. U chorych osłabionych, wymagających karmienia ważne jest wolne podawanie pokarmu, tak aby chory mógł spokojnie go połknąć. Zaleca się przyjmowanie pozycji siedzącej przynajmniej 0,5–1 godziny po jedzeniu lub piciu, a także robienie częstych przerw w jedzeniu przy uczuciu zmęczenia [3, 6].

Można podjąć próbę steroidoterapii w leczeniu dysfagii spowodowanej uciskiem guza nowotworowego z zewnątrz na przełyk i miejscowym naciekaniem nerwów odpowiedzialnych za połykanie. Leczenie należy rozpocząć od dożylnego stosowania deksametazonu w dawkach 8–16 mg jednorazowo i kontynuować przez kilka dni, stopniowo zmniejszając dawkę do minimalnej dawki skutecznej [8].

U chorych z dysfagią wywołaną zaawansowanym rakiem przełyku istnieje wiele możliwości postępowania udrażniającego [9]. Należy pamiętać, że wybrana metoda leczenia w postępowaniu paliatywnym powinna spełniać wiele istotnych kryteriów: — czas leczenia powinien być jak najkrótszy; — leczenie powinno być proste, niewymagające skomplikowanej procedury przygotowawczej; — czas oczekiwania na leczenie powinien być krótki; — leczenie powinno być możliwe do przeprowadzenia w warunkach ambulatoryjnych; — spodziewany efekt paliatywny powinien być szybki [10].

Leczenie chirurgiczne

Zastosowanie zespolenia omijającego lub częściowej resekcji przełyku przynosi dobry efekt paliatywny, umożliwia usunięcie masy guza i zapobiega tworzeniu przetoki, ropnia, krwawienia w przebiegu progresji nowotworu. Zabiegom tym towarzyszy jednak względnie duża śmiertelność okołooperacyjna i względnie wysoki odsetek powikłań, a ich przeprowadzenie wymaga zwykle długotrwałej hospitalizacji, co wiąże się ze zmniejszeniem komfortu życia chorych. Odsetek odpowiedzi mierzonych poprawą połykania wynosi przy zastosowaniu leczenia chirurgicznego około 70%,

przy częstości powikłań 20–57% i śmiertelności 10–20%. Jak wynika z obserwacji, około 30% pacjentów po paliatywnym leczeniu chirurgicznym doświadcza nawrotu dysfagii i wymaga stosowania innych form leczenia udrażniającego [11–13].

Teleradioterapia

Metoda ta polega na leczniczym wykorzystaniu promieniowania jonizującego (źródło promieniowania jest umieszczone w pewnej odległości od pacjenta) w celu zniszczenia komórek nowotworowych. W schematach leczenia paliatywnego stosuje się dawki całkowite od 20 Gy podanych w ciągu 1 tygodnia do 50 Gy podanych w ciągu 5 tygodni. Złagodzenie dolegliwości, głównie dysfagii i bólu, uzyskuje się u około 80% pacjentów podczas 3–6-miesięcznego stosowania teleradioterapii [11, 13].

Metody endoskopowe

Laseroterapia

Jest to metoda termiczna, w trakcie której dochodzi do odparowania (waporyzacji) guza nowotworowego najczęściej przy użyciu lasera Nd: YAG o mocy 1–100 W, wysyłającego falę świetlną o długości 1064 nm.

Odparowanie guza nowotworowego można wykonać metodą wsteczną (technika *retrograde*) przez wprowadzenie fiberoskopu do światła przełyku poniżej nacieku nowotworowego i następnie wycofowanie fiberoskopu. Jeśli nie jest to możliwe, waporyzację przeprowadza się techniką postępującą (*prograde*). Laseroterapia skutecznie przywraca połykanie u około 75–100% chorych, a tym samym znacznie poprawia się ich komfort życia. Korzystny efekt paliatywny, po utrzymaniu drożności przełyku, utrzymuje się przez ok. 6–8 tygodni. Po upływie tego czasu utrzymanie drożności światła przełyku wymaga powtarzania zabiegów laseroterapii. Zaletą tej metody jest możliwość uzyskania natychmiastowego efektu paliatywnego i powtarzania jej w razie nawrotu dolegliwości. Zabieg jest dobrze tolerowany przez chorych. Do najczęstszych powikłań laseroterapii należą: perforacja ściany przełyku, krwawienia, posocznica. Stanowią one ogółem około 5% przypadków.

Korzystny efekt laseroterapii można utrwalić dzięki połączeniu jej z brachyterapią [14–18].

Rozszerzanie mechaniczne

W tej metodzie leczenia paliatywnego stosuje się rozszerzadła Savarry-Gillarda lub balony hydrostatyczne, które w sposób mechaniczny udrażniają przełyk. Korzystny efekt poprawy warunków połykania

(poszerzenie światła przełyku do 15 mm) uzyskuje się u około 90–100% chorych, jednak efekt ten jest zwykle krótkotrwały (1–2 tygodni). Jego utrzymanie wymaga powtarzania zabiegów raz w tygodniu. Odsetek powikłań wynosi około 5%; należą do nich perforacja i krwawienia [9, 19].

Iniekcje alkoholu absolutnego

Jest to prosta i dostępna metoda leczenia paliatywnego, polegająca na ostrzykiwaniu guza nowotworowego alkoholem, co prowadzi do jego martwicy i rozpadu. Metodę tę stosuje się w przypadku guzów rosnących egzofitycznie. Przy zastosowaniu tej metody poprawę warunków połykania uzyskuje się u około 80% chorych, nawrót dysfagii występuje po około 4–5 tygodniach. Częstość powikłań jest podobna jak w przypadku laseroterapii [20, 21].

Proteżowanie

Metoda ta polega na wprowadzeniu za pomocą endoskopu lub przez niewielkie nacięcie chirurgiczne do miejsca zwężenia w przełyku specjalnie przygotowanych endoprotez wykonywanych ze stali lub tworzyw sztucznych. Obecnie coraz rzadziej stosuje się sztywne protezy plastikowe (Celestin, Atkinson). Częściej używa się znacznie droższych metalowych protez rozprężalnych. Najczęściej do zabiegów proteżowania kwalifikuje się chorych z przetoką przełykowo-tchawiczą, przełykowo-oskrzelową, w przypadku bardzo długich nacieków nowotworowych i po wyczerpaniu innych metod leczenia paliatywnego. W celu założenia protezy należy wcześniej wykonać rozszerzanie światła przełyku. Zaletą tej metody leczenia paliatywnego jest możliwość uzyskania natychmiastowej poprawy warunków połykania (90–95% chorych). Postępowanie to jest jednak obciążone dużym ryzykiem powikłań (13–29%). Do najczęstszych powikłań należą: perforacja, krwawienia, duszność wskutek ucisku tchawicy, przemieszczanie protezy i jej zamknięcie przez guz, a także martwica spowodowana uciskiem protezy na ścianę przełyku [11, 22, 23].

Brachyterapia

Technika brachyterapii w leczeniu dysfagii spowodowanej rakiem przełyku polega na śródprzełykowej aplikacji izotopów promieniotwórczych w trakcie badania endoskopowego.

Odpowiedni dobór cech fizycznych radioizotopu i właściwe rozmieszczenie źródeł promieniowania umożliwia podanie dużej dawki w obrębie tkanek zmienionych chorobowo, przy równoczesnym, szybkim obniżeniu dawki poza leczonym obszarem. W porównaniu z napromienianiem z zewnątrz po-

zwala to na istotne ograniczenie rozmiaru uszkodzeń popromiennych tkanek zdrowych. Większość autorów zaleca stosowanie wyłącznej brachyterapii w leczeniu paliatywnym u chorych w starszym wieku, wyniszczonych, z odległymi przerzutami lub w przypadku wznowy po wcześniej stosowanej teleradioterapii. W przypadku znacznego zwężenia światła przełyku, uniemożliwiającego wprowadzenie aplikatora, brachyterapię często poprzedza się zabiegami rozszerzającymi lub laseroterapią. Przegląd piśmiennictwa wskazuje, że brachyterapia śródprzełykowa, mimo że nie wpływa istotnie na czas przeżycia chorych, u większości z nich poprawia komfort przeżycia. W napromienianiu śródprzełykowym stosuje się dawki całkowite od 10–22,5 Gy w 1–3 frakcji, podawane w odstępach tygodniowych. Poprawę połykania uzyskuje się u 60–70% chorych. Średni czas poprawy waha się w granicach 2,5–5 miesięcy. Średni czas przeżycia chorych wynosi 4–6 miesięcy. Chociaż wyniki te są porównywalne do osiągniętych przy stosowaniu teleradioterapii, większość autorów podkreśla, że jest to skuteczna metoda postępowania paliatywnego, zwłaszcza u chorych, którzy nie są w stanie znieść kilkutygodniowego napromieniania wiązką zewnętrzną [24–26].

Terapia fotodynamiczna

Metoda ta opiera się na aktywacji pod wpływem światła lasera związków chemicznych, np. pochodnych hematoporfiryny, i wyzwoleniu szeregu reakcji biochemicznych, prowadzących do zaburzenia krążenia w guzie, niedotlenienia i następowej martwicy nowotworu. Jednocześnie dochodzi do naprawy uszkodzonych tkanek zdrowych. Zabiegi wykonuje się przy użyciu endoskopu i światła lasera argonowego. Terapia fotodynamiczna umożliwia uzyskanie względnie długotrwałego efektu paliatywnego u około 80–90% chorych. Do najczęstszych powikłań terapii fotodynamicznej zalicza się fotouczulenie, ból w klatce piersiowej, gorączkę, perforację i zwężenie światła przełyku [27–29].

W Polsce ta metoda leczenia udrażniającego jest mało dostępna i stosunkowo kosztowna.

Koagulacja dwubiegunowa

Koagulacja dwubiegunowa (BICAP, *bipolar cautery probe*) to metoda leczenia udrażniającego polegająca na elektrokoagulacji nacieku nowotworowego (metoda termicznej ablacji), pozwalająca na szybką poprawę warunków połykania już po jednej sesji leczenia. Wskazania do zastosowania tej metody stanowią guzy rosnące okrężnie, naciekająco; minimalna grubość ściany przełyku w obrębie guza musi wynosić 5 mm w każdym kierunku. Często przed zastosowa-

niem BICAP konieczne jest przeprowadzenie mechanicznego rozszerzania światła w obrębie guza, co grozi rozerwaniem ściany przełyku. Przy zastosowaniu tej metody uzyskuje się korzystny efekt paliatywny u 87% chorych, a odsetek powikłań wynosi około 10–20% (perforacja, zwężenie, krwawienie) [30, 31].

Metody leczenia paliatywnego dysfagii spowodowanej zwężeniem światła przełyku przedstawiono w tabeli 2.

Sonda odżywcza, gastrostomia, mikrojejunostomia

W skrajnych przypadkach, w razie nieskuteczności powyższych sposobów postępowania udrażniającego, w celu utrzymania odżywienia należy zastosować sondę odżywcza, gastrostomię lub mikrojejunostomię odżywcza. Sonda odżywcza stosowana długotrwanie może prowadzić do licznych powikłań i przyczynić się do pogorszenia komfortu życia. Natomiast gastrostomia powinna być rozwiązaniem ostatecznym i decyzję o jej wykonaniu można rozważać tylko w niektórych sytuacjach klinicznych, ponieważ znacznie pogarsza jakość życia. Dość powszechnie przeprowadza się gastrostomię, częściej mikrojejunostomię chirurgiczną (zabiegi wymagają znieczulenia ogólnego) i nieco rzadziej — przezskórną endoskopową gastrostomię (PEG, *percutaneous endoscopic gastrostomy*) (głównie ze względu na wysoki koszt zestawu). Przezskórna endoskopowa gastrostomia jest prostą procedurą przeprowadzaną w znieczuleniu miejscowym, nie wymaga wykonywania zabiegu na sali operacyjnej, wiąże się z niewielką liczbą powikłań. Metody tej nie należy stosować u pacjentów z wodobrzuszem, owrzodzeniem żołądka i ze skazą krwotoczną. Odżywianie przy użyciu zarówno sondy odżywcze, jak i gastrostomii jest przeciwwskazane u pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej. Wciąż dyskusyjne są wskazania do stosowania tych metod u osób z przewlekłymi schorzeniami neurologicznymi. Wiele zależy od szybkości pogarszania się stanu chorego, decyzji pacjenta i rodziny. W wątpliwych przypadkach należy odczekać kilka dni lub tygodni przed podjęciem decyzji. Lepiej nie zacząć leczenia, niż przerwać je w krótkim czasie po wprowadzeniu [32–35].

Algorytm decyzyjny dla przezskórnej endoskopowej gastrostomii (PEG) (wg Rabencka i wsp. 1997) przedstawia rycina 1 [36].

Ślinotok

Przy całkowitym zwężeniu światła przełyku lub gardła i niemożności przełykania śliny zaleca się sto-

Tabela 2. Metody leczenia paliatywnego dysfagii spowodowanej zwężeniem światła przełyku
Table 2. Palliative treatment of dysphagia caused by narrowing of esophagus

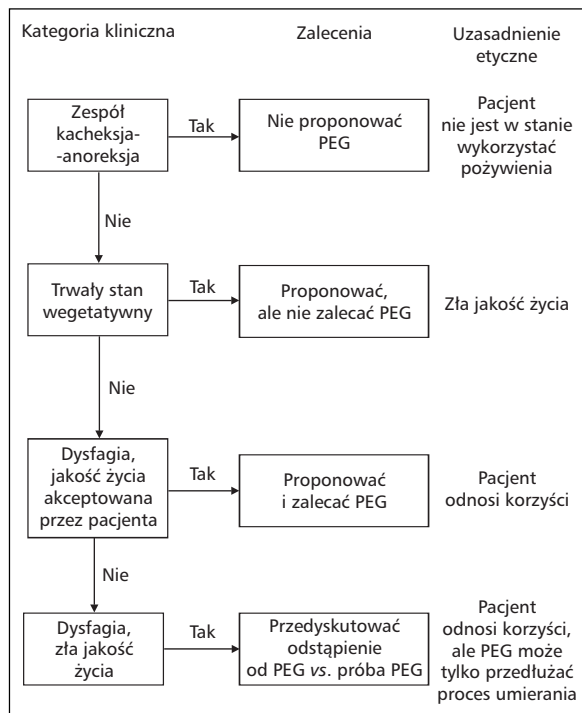
Metoda leczenia	Poprawa połykania (% odpowiedzi)	Średni czas trwania odpowiedzi	Powikłania	Zalety	Wady
Leczenie chirurgiczne	70%	ok. 5 miesięcy	Krwawienie Przetoka Powikłania okołozabiegowe	Dobry efekt paliatywny	Duża śmiertelność
Teleradioterapia	80–90%	3–6 miesięcy	Popromienne zapalenie śluzówki przełyku Owrzodzenie popromienne Zwężenie światła przełyku Przetoka	Dobry efekt paliatywny	Dłuższy czas leczenia — 1–2 tygodnie Brak natychmiastowego efektu
Brachyterapia	60–70%	2,5–5 miesięcy	Popromienne zapalenie śluzówki przełyku Owrzodzenie popromienne Zwężenie światła przełyku Przetoka	Krótki czas leczenia Leczenie ambulatoryjne	Dostępność
Laseroterapia	75–100%	6–8 tygodni	Krwawienie Perforacja ściany przełyku Krwawienie Posocznica	Natychmiastowy efekt paliatywny Możliwość powtarzania	Dostępność
Proteżowanie	90–95%	Kilka miesięcy	Perforacja Krwawienie Ucisk na tchawicę — duszność Przemieszczenie protezy Martwica ściany przełyku	Natychmiastowy efekt paliatywny	
Terapia fotodynamiczna	80–90%	Brak danych	Fotouczulenie Ból w klatce piersiowej Gorączka Perforacja Zwężenie światła przełyku		Dostępność Wysoki koszt
BICAP	80%	Brak danych	Perforacja Zwężenie Krwawienie		Dostępność Wysoki koszt
Rozszerzenie mechaniczne	90–100%	1–2 tygodni	Perforacja ściany przełyku Krwawienie	Niski koszt Szybki efekt paliatywny Dostępność	Krótkotrwały efekt
Iniekcja alkoholem do guza	80%	4–5 tygodni	Krwawienie Perforacja	Niski koszt Szybki efekt paliatywny Dostępność	Krótkotrwały efekt

BICAP (*bipolar cautery probe*) — koagulacja dwubiegunowa

sowanie leków antycholinergicznymi (buskolinizyna 30–120 mg/d.), trójcyklicznymi lekami przeciwdepresyjnymi, fenotiazynami, alkaloidami belladony. Istnieje możliwość zahamowania wydzielania śliny przez jednorazowe napromienienie wiązką zewnętrzną gruczołów ślinowych dawką 4–10 Gy [2].

Komentarz autorski

Należy podkreślić, że w wyborze metody leczenia paliatywnego znaczący udział powinien mieć chory, któremu należy w rzetelny i wyczerpujący sposób przedstawić możliwe korzyści z planowanego leczenia i jego powikłania.



Rycina 1. Algorytm decyzyjny dla przezskórnej endoskopowej gastrostomii (PEG) [36]

Figure 1. Decision algorithm for percutaneous endoscopic gastromy (PEG) [36]

Opierając się na doświadczeniach własnych, wydaje się, że spośród wielu metod leczenia udrażniającego laseroterapia, teleradioterapia i brachyterapia są metodami skutecznymi i dostępnymi w większości ośrodków onkologicznych w Polsce. Jedną z istotnych zalet tych metod jest możliwość przeprowadzenia leczenia w warunkach ambulatoryjnych. Natomiast iniekcje alkoholu absolutnego i rozszerzanie mechaniczne dają zwykle krótkotrwały efekt paliatywny, chociaż uzyskuje się go szybko, a metody te są tanie i dostępne. Terapia fotodynamiczna, bardzo droga, nadal jest trudno dostępna w Polsce. Metody leczenia chirurgicznego z kolei są obciążone zbyt wysokim ryzykiem powikłań i śmiertelności i raczej nie powinny być postępowaniem z wyboru w leczeniu paliatywnym dysfagii.

Protezowanie przełyku jest bardzo skuteczną metodą leczenia udrażniającego, zwłaszcza u chorych, u których dysfagia jest spowodowana uciskiem z zewnątrz, lub u chorych z przetoką przełykowo-tchawiczą.

Piśmiennictwo

1. Dobrzyński P., Chęciński P. Zaburzenia połykania (dysfagia). *Terapia* 2001; 1: 35–38.
2. Twycross R. Alimentary symptoms — dysfagia. W: (red.) Symptom management in advanced cancer. Radcliffe Medical 1997; 349: 496–498.

3. Twycross R.G. Dysphagia, dyspepsia and hiccup. W: Doyle D., Hanks G.W.C., Mc Donald N. red. *Oxford Textbook of palliative medicine*. Oxford University Press 1993; 291–299.
4. Traczyk Z., Trzebski A. *Fizjologia człowieka z elementami fizjologii stosowanej i klinicznej*. PZWL, Warszawa 1990.
5. Dunphy J.E. *Współczesne rozpoznawanie i leczenie w chirurgii*. PWZL, Warszawa 1980.
6. Leppert W., Kozikowska J., Łuczak J. Objawy ze strony układu pokarmowego u chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową. *Nowa Medycyna* 1997; 18–39.
7. Mueller B.A. i wsp. Mucositis management practices for hospitalized patients: National survey results. *Journal of Pain and Symptom Management* 1995; 10: 510–520.
8. Carter R. i wsp. Pain and dysphagia in patients with squamous carcinomas of the head and neck: the role of perineural spread. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1982; 72: 598–606.
9. Cola L.R., Sauter E.R. Current problems in cancer. *Esophageal Cancer* 1994; 4: 189–248.
10. Parker R.G. Palliative use of ionizing radiations. *Acta Oncologica* 1996; 35: 981–987.
11. Bown S.G. Palliation of malignant dysphagia: surgery, radiotherapy, laser, intubation alone or in combination. *Gut* 1991; 32: 841–844.
12. Ellis F.H. Cancer of the esophagus and cardia. Role of surgery in palliation. *Postgraduate Medicine* 1984; 75, 3: 139–147.
13. Roth J.A., Lichter A.S., Putnam J.B. Cancer of the esophagus. W: *Cancer Principles and Practice of Oncology*. De Vita V.T. red. J.B. Lippincot Co, Philadelphia 1993; 776–815.
14. Carter R. i wsp. Laser recanalization versus endoscopic intubation in the palliation of malignant dysphagia: a randomized prospective study. *British Journal of Surgery* 1992; 79: 1167–1170.
15. Lewis-Jones C.M. i wsp. Laser therapy in the palliation of dysphagia in oesophageal malignancy. *Palliative Medicine* 1995; 9: 327–330.
16. Murray F.E. i wsp. Palliative laser therapy for advanced esophageal carcinoma: an alternative perspective. *American Journal of Gastroenterology* 1988; 83: 816–820.
17. Otto W. Zastosowanie lasera w paliatywnym leczeniu raka przełyku. *Medycyna* 2000; 45/46; 1994.
18. Renwick P., Whitton V., Moghissi K. Combined endoscopic laser therapy and brachytherapy for palliation of esophageal carcinoma: a pilot study. *Gut* 1992; 33: 435–438.
19. Ellul J., Morgan R. Palliation of malignant dysphagia from esophageal cancer. *British Journal of Hospital Medicine* 1996; 55, 5: 272–274.
20. Chung S. i wsp. Palliation of malignant oesophageal obstruction by endoscopic alcohol injection. *Endoscopy* 1994; 26: 275–277.
21. Nwokolo C.U. i wsp. Palliation of malignant dysphagia by ethanol induced tumour necrosis. *Gut* 1994; 35: 299–303.
22. Feins R.H. i wsp. Palliation of inoperable oesophageal carcinoma with the Wallstent endoprosthesis. *Annals of Thoracic Surgery* 1996; 62: 1603–1607.
23. Tytget G.N.J., den Hartog Jager, Bartelsmen J. Endoscopic Prosthesis for advanced esophageal cancer. *Endoscopy* 1986; 18: 32–39.
24. Brewster A.E., Davidson S.E., Makin W.P. Intraluminal brachytherapy using the high dose rate microSelectron in the palliation of carcinoma of the esophagus. *Clinical Oncology* 1995; 7: 102–105.
25. Flores A.D., Rowland C.G., Wei Bo Yin. High dose rate brachytherapy for carcinoma of the esophagus. W: *A textbook of brachytherapy*. Nag S. red. Armonk Futura Publ. 1994, 275–299.

26. Syed A.M.N., Puthawala A.A., Saverance S.R. Intraluminal irradiation in the treatment of esophageal cancer. *Endocuriether/Hyperther Oncol.* 1987; 3: 105–113.
27. Reed C. Comparison of difference treatments of unresectable esophageal cancer. *World J. Surg.* 1995; 19: 828–835.
28. Karenor S., Shopove M., Getor M. Photodynamic therapy in gastrointestinal cancer. *Lasers Surg. Med.* 1991; 11: 395–408.
29. Maier A., Tomaselli F., Gebhard F. Palliation of advanced esophageal carcinoma by photodynamic therapy. *Ann. Thorac. Surg.* 2000; 69: 1006–1009.
30. Johnston J., Fleischer D., Petrini J. Palliative bipolar electrocoagulation therapy of obstructing esophageal cancer. *Gastrointestinal Endoscopy* 1988; 33: 349–416.
31. Misiuna P., Chmurzyński K., Dąbrowski A. Paliatywne endoskopowe leczenie nowotworowych zwężeń przełyku ze stawem BICAP. *Tumor Probe. Acta Endoscopica Polona* 1992; 187–122.
32. Ashby M.A. i wsp. Percutaneous gastrostomy as a venting procedure in palliative care. *Palliative Medicine* 1991; 5: 147–150.
33. McCamish M.A., Crocker N.J. Enteral and parenteral nutrition support of terminally ill patients: practical and ethical perspectives. *The Hospice Journal* 1993; 9: 107–129.
34. Moran B.J., Frost R.A. Percutaneous endoscopic gastrostomy in 41 patients: indications and clinical outcome. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1992; 85: 320–321.
35. Opuchlik A., Pertkiewicz M. Przezskórna gastrostomia endoskopowa (PEG) w chorobach neurologicznych. *Terapia* 1998; 1: 35–38.
36. Rabeneck i wsp. Ethically justified, clinically comprehensive guidelines for percutaneous endoscopic gastrostomy tube placement. *Lancet* 1997; 349: 496–498.