

Nemocní s vícečetnými nádory hlavy a krku

Edvard Geryk¹, Jiří Kozel², Theodor Horváth¹, Petr Kubíček²

¹Fakultní nemocnice, Brno

²Geografický ústav Přírodovědecké fakulty Brno

Z 20 855 nádorů hlavy a krku (HNC), uvedených v registru nádorů ČR v letech 1976–2005 bylo 4 912 vícečetných případů, z toho 3 679 (74,9 %) u mužů a 1 233 (25,1 %) u žen, tj. ze všech hlášených HNC bylo 17,6 % případů u mužů a 19,5 % u žen spojeno s výskytem dalšího nádoru. U mužů bylo 56,3 % primárních a 43,7 % následných HNC, u žen 43,8 % a 56,2 %. Počet primárních HNC rostl během první dekády a pak klesal, počet následných HNC trvale rostl. Ze 14 krajů se vyskytlo 51,6 % vícečetných HNC v pěti krajích (Moravskoslezský, Jihomoravský, Praha, Jihočeský, Středočeský). Nejvíce bylo 28,8 % vícečetných nádorů rtů, 11,9 % tonzil a 11,1 % příušní žlázy. Po primárních 2 070 HNC u mužů se vyskytlo 2 436 následných novotvarů za průměrnou dobu 6,7 roku, po primárních 540 HNC u žen 649 dalších novotvarů za 6,9 roku. Z 425 synchronních případů bylo nejvíce nádorů dýchacího systému, kůže a jiných HNC, z 2 660 metachronních případů nádory kůže, dýchacího a trávicího systému. Následným 2 302 HNC předcházelo 2 858 jiných novotvarů, nejvíce kůže, dýchacího systému a jiných lokalizací HNC. Očekávané nižší zastoupení pokročilých klinických stadií se nepotvrdilo. Z 2 436 následných novotvarů u mužů a 649 u žen bylo hlášeno po primárních časných stadiích HNC 16,1 % mužů a 18,6 % žen v následném stadiu I, II, 10,7 % mužů a 7,8 % žen ve stadiu III, IV; po pokročilých primárních stadiích HNC bylo 8,2 % mužů a 6,5 % žen v následném stadiu I, II, 8,9 % mužů a 5,2 % žen ve stadiu III, IV; nehlášená stadia představovala u mužů 56,1 %, u žen 61,9 %. Všechny 729 dalších pokročilých nádorů (606 mužů, 123 žen) představovalo 3,5 % nemocných s primárním HNC, evidovaných v registru za 30 let, což bylo asi 1 540 nemocných s HNC, postižených dalším pokročilým nádorem z 43 850 HNC za 50 let. K říjnu 2007 přežívalo z primárních HNC 14,7 % mužů a 20,6 % žen a zemřelo 85,3 % mužů a 79,4 % žen. V roce 2015 bude v ČR léčeno téměř 8 tisíc přežívajících s HNC, část z nich s vícečetnými nádory. Naplní se jejich očekávané počty?

Klíčová slova: nádory hlavy a krku, vícečetný výskyt, rozložení podle věku, času, místa, synchronní a metachronní nádory, klinická stadia.

Patients with multiple cancers of head and neck

A total of 20,855 head and neck cancers (HNC), based in the Czech Cancer Registry in 1976–2005, there were notified 4,912 multiple cancers, of which were 3,679 (74.9 %) in males and 1,233 (25.1 %) in females, i.e. 17.6 % cases in males and 19.5 % in females of total HNC, affected by other neoplasms. There were 56.3 % primary and 43.7 % subsequent HNC in males, 43.8 % and 56.2 % in females. The number of primary HNC increased during the first decade and then decreased, the number of subsequent HNC increased steadily. A total of 14 Czech regions were distributed 51.6 % multiple HNC in five regions (Northern and Southern Moravia, Prague, Southern and Central Bohemia). The most frequent were 28.8 % multiple cancers of lips, 11.9 % of tonsils, 11.1 % of parotid glands. The primary 2,070 HNC in males were followed by 2,436 other neoplasms in the average interval 6.7 years; the primary 540 HNC in females were followed by 649 other neoplasms in males in the average interval 6.9 years. The most frequent diagnoses of 425 synchronous cases were cancers of respiratory tract, skin and other HNC, of 2,660 metachronous cases were cancers of skin, respiratory and digestive tract. The subsequent 2,302 HNC were preceded by 2,858 other neoplasms with the most frequent cancers of skin, respiratory tract and other HNC. The expected low representation of advanced clinical stages was not confirmed. Of 2,436 subsequent neoplasms in males and 649 in females were registered after early HNC stages in 16.1 % males and 18.6 % females of stages I, II, in 10.7 % males and 7.8 % females of stages III, IV; after advanced HNC stages were in 8.2 % males and 6.5 % females of stages I, II, in 8.9 % males and 5.2 % females of stages III, IV; the unknown stages represented 56.1 % in males and 61.9 % in females of subsequent neoplasms. All 729 subsequent advanced cancers (606 males, 123 females) represented 3.5 % of total registered cases of HNC during 30 years and about 1,540 patients with HNC affected by other subsequent cancer of 43,850 HNC based in the Czech Cancer Registry during half-century. Up to Oct. 2007, of the primary HNC 14.7 % males and 20.6 % females survived, and those 85.3 % males and 79.4 % females died. Nearly 8,000 patients is estimated to be treated for HNC, some of them with multiple cancers, in the Czech Republic in 2015. Will be reached their expected numbers?

Key words: head and neck cancers, multiple occurrence, distribution by age, time, space, synchronous and metachronous cancers, clinical stages.

Onkologie 2012; 6(5): 260–265

Milník může být časem zetlelý, ale stále musí ukazovat správným směrem.

Úvod

Nádory hlavy a krku (HNC – Head and Neck Cancer) zahrnují topograficky širokou skupinu zhoubných novotvarů (ZN). V letech 1959–1976 (MKN-7: dg. 140–148 a MKN-8: dg.

140–149), tj. do ustavení Národního onkologického registru (NOR) bylo v ČR evidováno u mužů 8 910 HNC (3,3 % ze všech ZN), u žen 3 264 (1,3 %). V letech 1977–2009 (MKN-10: dg. C00–C14) bylo do NOR nahlášeno u mužů 24 218 (2,7 % ze všech ZN) u žen 7 458 (0,9 %). Celkem bylo v letech 1959–2009 při dosažené úrovni hlášení (1) evidováno v ČR

43 850 případů HNC (graf 1), 75,5 % u mužů a 24,5 % u žen s podobnou lokalizací v letech 1976–2009 (tabulka 1). Incidence v roce 2009 dosáhla 994 (19,3/100 tis.) HNC u mužů a 363 (6,8/100 tis.) u žen (2), prevalence vzrostla v letech 1989–2005 u mužů z 2564 (50,9/100 tis.) na 4 292 (85,8/tis.), u žen z 1 085 (20,4/100 tis.) na 2 019 (38,5/100 tis.) (3).

Tabulka 1. Nádory hlavy a krku v ČR 1976–2009

Novotvar	Dg.	Muži	% x)	Ženy	% x)
ret	C00	3 558	14,5	1 233	16,2
kořen jazyka	C01	1 806	7,4	364	4,8
jiná část jazyka	C02	2 865	11,7	789	10,4
gingivy	C03	767	3,1	341	4,5
spodina úst	C04	2 368	9,6	378	5
patro	C05	918	3,7	325	4,3
jiná část úst	C06	826	3,4	400	5,3
parotis	C07	1 401	5,7	1 189	15,7
slinné žlázy	C08	507	2,1	433	5,7
tonzily	C09	4 141	16,9	1 044	13,8
orofaryng	C10	1 293	5,3	207	2,7
nazofaryng	C11	1 272	5,2	526	6,9
sin. Pyriformis	C12	641	2,6	51	0,7
hypofaryng	C13	1 852	7,5	238	3,1
jiná lokalizace	C14	342	1,4	78	1
celkem		24 557	100	7 586	100

x – procentní podíl z nádorů hlavy a krku

Tabulka 3. Lokalizace primárních a následných nádorů hlavy a krku

Dg. (ICD-10)	Lokalizace	AN	%	Muži	Ženy
C00	ret	1 413	28,8	1 094	319
C01	kořen jazyka	271	5,5	229	42
C02	jiná část jazyka	400	8,1	305	95
C03	dásně	160	3,2	121	39
C04	spodina ústní	303	6,2	259	44
C05	patro	184	3,7	139	45
C06	neurčená část úst	192	3,9	127	65
C07	příušní žláza	541	11,1	300	241
C08	jiné slinné žlázy	163	3,3	89	74
C09	mandle	585	11,9	445	140
C10	orofaryng	175	3,6	145	30
C11	nazofaryng	206	4,2	145	61
C12	sinus pyriformis	69	1,4	61	8
C13	hypofaryng	199	4,1	176	23
C14	nepřesná lokalizace	51	1	44	7
C00-C14	celkem	4 912	100	3 679	1 233

Tabulka 4. Klinická stadia primárních nádorů hlavy a krku podle věku nemocných

Stadium	0–49 let		50–69 let		70–79 let		80 + let		Celkem	
	AN	%	AN	%	AN	%	AN	%	AN	% a)
I, II	117	5,7	520	25,1	192	9,2	45	2,2	874	42,2
III, IV	125	6	420	20,3	78	3,8	9	0,4	632	30,5
neznámé	78	3,8	342	16,5	126	6,1	18	0,9	564	27,3
celkem muži	320	15,5	1 282	61,9	396	19,1	72	3,5	2 070	100
I, II	22	4,1	95	17,6	77	14,2	38	7	232	43
III, IV	12	2,2	69	12,8	27	5	8	1,5	116	21,5
neznámé	38	7	82	15,2	54	10	18	3,3	192	35,5
celkem ženy	72	13,3	246	45,6	158	29,2	64	11,8	540	100

a) procentní zastoupení stadií ze všech HNC

Tabulka 2. Vícečetné nádory hlavy a krku podle pořadí diagnózy

Pořadí	Celkem	%	Muži	Ženy
1.	2 610	53,1	2 070	540
2.	1 957	39,8	1 377	580
3.	247	5	163	84
4.	57	1,2	37	20
5. a více	41	0,8	32	9
celkem	4 912	100	3 679	1 233

Skutečnost, že i nemocní s nádory v oblasti hlavy a krku, mohou být postiženi dalším novotvarem, topograficky a histologicky odlišným od primární diagnózy, nemusí být vždy součástí diagnostické rozvahy. Spojení více tumorů s nepříznivou lokalizací a biologickou povahou omezuje nastavené léčebné schéma a zkracuje délku přežití.

Nádory rtů

Více než 95 % je tvoří karcinom dlaždicovitých buněk, většinou na spodním rtu (4). Vzhledem k ochranné pigmentaci na slunci je častější u bělochů, z nich pětkrát častěji u mužů (5). Nemocní s časným stadiem přežívají 5 a 10 let od 93 % do 90 %. Popsaným rizikem je dlouhodobá expozice UV záření a kouření, genetická predispozice, imunosuprese, špatný socioekonomický status, vysoká spotřeba alkoholu, chybná hygiena úst a světlá pleť (6). Mírně vyšší riziko dalších nádorů se uvádí během prvních 10 let s vyšší hodnotou u starších osob, zejména mužů. Signifikantní trojnásobné zvýšení se týkalo dalších nádorů rtů, slinných žláz, úst a Hodgkinova lymfomu, nižší riziko bylo u dalších nádorů hrtanu, plic a melanomu kůže (7). Vícečetné nádory ústní dutiny a dýchacích cest (8) jsou asi následkem kouření (5) a profesní expozice UV záření u mužů se světlou pletí s následným melanomem (9). Recipročně vyšší se uvádí výskyt nádorů rtů po Hodgkinově lymfomu, NH-lymfomu, chronické lymfocytární leukemii (10) a po transplantacích (11).

Nádory dutiny ústní a hltanu

Relativní přežití 5 let karcinomu z dlaždicovitých buněk vykazuje 62 % žen, 58 % mužů, 61 % bělochů a 40 % černochů (12). Společná spotřeba alkoholu a tabáku je vysokým rizikem (13), také nedostatek ústní hygieny, ovoce a zeleniny (14). Riziko vzniku dalších nádorů v oblasti úst a hltanu po jejich primární diagnóze bylo 16–33krát vyšší podle lokalizace a mírně vyšší u dalších nádorů hrtanu a plic, kolorekta, žaludku, jater slinivky, močového měchýře a ano-

Tabulka 5. Klinická stadia následných nádorů hlavy a krku podle věku nemocných

Stadium	0–49 let		50–69 let		70–79 let		80 + let		Celkem	
	AN	%	AN	%	AN	%	AN	%	AN	% a)
I, II	44	2,7	291	18,1	162	10,1	94	5,8	591	36,7
III, IV	64	4	359	22,3	132	8,2	62	3,9	617	38,3
neznámé	34	2,1	184	11,4	121	7,5	62	3,9	401	24,9
celkem muži	142	8,8	834	51,8	415	25,8	218	13,6	1 609	100
I, II	17	2,5	72	10,4	114	16,4	83	12	286	41,3
III, IV	12	1,7	81	11,7	54	7,8	46	6,6	193	27,8
neznámé	10	1,4	57	8,2	74	10,7	73	10,5	214	30,9
celkem ženy	39	5,6	210	30,3	242	34,9	202	29,1	693	100

a) procentní zastoupení stadií ze všech HNC

Tabulka 6. Zastoupení klinických stadií vícečetných nádorů hlavy a krku 1976–2005

Období	Stadium	Primární HNC		Následné HNC	
		AN	%	AN	%
1976–1980	I, II	66	14,7	16	15,8
	III, IV	19	4,2	8	7,9
	neznámé	363	81	77	76,2
1981–1985	I, II	268	53,3	100	45,2
	III, IV	98	19,5	41	18,6
	neznámé	137	27,3	80	36,2
1986–1990	I, II	300	58,9	124	46,1
	III, IV	140	27,5	73	27,1
	neznámé	69	13,6	72	26,8
1991–1995	I, II	197	42,3	166	41,6
	III, IV	191	41	146	36,6
	neznámé	78	16,7	87	21,8
1996–2000	I, II	187	44,7	210	36,9
	III, IV	175	41,9	226	39,7
	neznámé	56	13,4	133	23,4
2001–2005	I, II	88	33,1	261	35,1
	III, IV	125	47	316	42,5
	neznámé	53	19,9	166	22,3
1976–2005	Celkem	2 610		2 302	

Tabulka 7. Klinická stadia mezi primárními nádory hlavy a krku a následnými novotvary

Primární HNC	Následné ZN	celkem	Muži	%	Ženy	%
stadium I	ST I, II	360	265	10,9	95	14,6
	ST III, IV	193	161	6,6	32	5
	neznámé	355	269	11	86	13,3
stadium II	ST I, II	152	126	5,2	26	4
	ST III, IV	118	100	4,1	18	2,8
	neznámé	156	121	5	35	5,4
stadium III	ST I, II	113	93	3,8	20	3,1
	ST III, IV	125	108	4,4	17	2,6
	neznámé	151	125	5,1	26	4
stadium IV	ST I, II	128	106	4,4	22	3,4
	ST III, IV	127	110	4,5	17	2,6
	neznámé	180	150	6,2	30	4,6
neznámé	ST I, II	241	174	7,1	67	10,3
	ST III, IV	166	127	5,2	39	6
	neznámé	520	401	16,5	119	18,3
		3 085	2 436	100	649	100

genitálií (7, 15, 16). Signifikantní zvýšení rizika análních a cervikálních nádorů, vulvy a penisu, následujících po primárních orálních nádorech, zejména tonzil a kořene jazyka popsaly studie

o excesivním přenosu HPV infekce (17, 18). Je zajímavé, že masivní ozařování 60 % nemocných s nádory úst a hltanu nevedlo k vyššímu výskytu dalších tumorů v okolních tkáních (7).

Nádory slinných žláz

Nemocní s těmito heterogenními a neobvyklými nádory dosahují relativní přežití 5 a 10 let od 75 % do 71 % (19). Prokázané riziko ionizujícího záření (20, 21), zpracování dřeva a pryže, expozice niklu a radioaktivním materiálům (22, 23) podporuje kouření (24). Signifikantní zvýšení se týkalo následných orálních nádorů, plic a průdušek, štítné žlázy a prsu mužů (7) ve shodě s jinými studiemi (8), související snad se zvýšenou radioterapií a lékařskými prohlídkami hlavy a krku. Vztah nádorů slinných žláz k nádorům prsu žen nebyl nalezen.

Nádory nosohltanu

Výskyt je častější u mužů a asijské populace s relativním přežitím 5 let 58 %. Popsaným rizikem je vysoká spotřeba solených ryb s obsahem nitrosaminů, expozice formaldehydu, EBV infekce (25). Signifikantní zvýšení se týkalo následných nádorů jazyka, jícnu, plic, nosních dutin, kostí a NH-lymfomu (7) snad jako následek kouření a předcházejícího ozáření (25).

I když porovnání s ostatními karcinomy nejsou vícečetné HNC tak časté, dispenzární péče o tyto nemocné by měla s kontrolou metastatického rozsevu obsahovat také algoritmus pro screening nejčastějších následných novotvarů, které jsou v pokročilém klinickém stadiu fatální komplikací (26). Příspěvek analyzuje případy HNC, hlášené jako primární a následné malignity.

Metodika

Metodicky jsme dodrželi postup z rozboru 290 312 nádorových multiplicit u české populace (27). Vícečetné nádory rtu (dg. C00), jazyka (dg. C01–C02), dutiny ústní (dg. C03–C06), žláz a tonzil (dg. C07–C09), orofaryngu, nazofaryngu a hypofaryngu (dg. C10–C14) byly zpracovány z údajů NOR, kam byly nahlášeny od května 1976 do prosince 2005. K primárním a následným nádorům HNC, vztaženým k rodným číslům nemocných, byly přiřazeny další novotvary (dg. C00–C97 a D00–D48) a po kontrole kódů a verifikaci ÚZIS ČR 17. 10. 2007 byla jejich identifikace odstraněna. Multiplicitní ZN za celý věk (0–85+ let) a jeho ekonomicky produktivní období (35–64 let), topografie a klinická stadia byly u mužů a žen zpracovány do kontingenčních tabulek podle klasifikace nemoci v době určení diagnózy. Průměrný interval vzniku dalšího novotvaru byl doplněn výskytem novotvarů trávicího (C15–C26) a dýchacího systému (C30–C39), melanomu a kůže (C43–C44), prsu (C50), pohlavních orgánů žen (C51–C56) a mužů (C61–C63), močových cest (C64–C68), krevetvorby

a lymfatických uzlin (C81–C96), *ca in situ* a nejisté povahy (D00–D48) podle výskytu synchronního (do jednoho roku po primárním karcinomu) nebo metachronního (v dalších letech).

Výsledky

Za období 1976–2005 bylo z 20 855 evidovaných HNC u mužů hlášeno 3 679 (17,6%) případů spojených s výskytem dalšího novotvaru, z 6 315 HNC u žen bylo 1 233 (19,5%) vícečetných. Podle pořadí se vyskytlo u mužů 2 070 (56,3%) primárních a 1 609 (43,7%) následných HNC po předcházející malignitě, u žen 540 (43,8%) primárních a 693 (56,2%) následných (tabulka 2). Podle lokalizace byly vícečetnými nádory častěji postiženy rty u 1 413 (28,8%) nemocných, tonzily 585 (11,9%) a příušní žlázy 541 (11,1%) (tabulka 3).

Počet vícečetných HNC se zvyšoval ze 73 případů v roce 1976 na 231 v roce 2001 a pak mírně klesal na 187 případů v roce 2005, z toho počet primárních HNC rostl během první dekády a pak klesal, počet následných HNC trvale rostl (graf 2). Za celé období vykázal nejvíc vícečetných HNC kraj Moravskoslezský 638 (13%), Jihomoravský 608 (12,4%), Praha 447 (9,1%), Jihočeský 429 (8,7%) a Středočeský 411 (8,4%) (graf 3).

Klinická stadia

Jejich zastoupení bylo u obou pohlaví podobné. Z primárních HNC bylo hlášeno v časných stadiích u mužů 42,2%, u žen 43% případů, v pokročilých stadiích u mužů 30,5%, u žen 21,5%, neznámých stadií bylo u mužů 27,3%, u žen 35,6%. Mezi následnými HNC bylo 36,7% u mužů a 41,3% u žen časných stadií, 38,3% u mužů a 27,8% u žen pokročilých stadií a nehlášeno bylo 24,9% stadií u mužů a 30,9% u žen.

Podle věku byla klinická stadia zastoupena:

- Primární HNC (tabulka 4):
 - u mužů do 69 let 1 602 (77,4%) případů, z toho 637 (30,8%) v časných, 545 (26,3%) pokročilých a 420 (20,3%) neznámých stadiích; nad 70 let 468 (22,6%) případů, z toho 237 (11,4%) v časných, 87 (4,2%) pokročilých a 144 (7%) neznámých stadiích
 - u žen do 69 let 318 (58,9%) případů, z toho 117 (21,7%) v časných, 81 (15%) pokročilých a 120 (22,2%) neznámých stadiích; nad 70 let 222 (41,1%) případů, z toho 115 (21,3%) v časných, 35 (6,5%) pokročilých a 72 (13,3%) neznámých stadiích.
- Následné HNC (tabulka 5):
 - u mužů do 69 let 976 (60,6%) případů, z toho 335 (20,8%) v časných, 423 (26,3%) pokročilých a 218 (13,5%) neznámých stadiích; nad 70 let 633 (39,4%) případů, z toho 256

(15,9%) v časných, 194 (12,1%) pokročilých a 183 (11,4%) neznámých stadiích

- u žen do 69 let 249 (35,9%) případů, z toho 89 (12,9%) v časných, 93 (13,4%) pokročilých a 67 (9,6%) neznámých stadiích; nad 70 let 444 (64,1%) případů, z toho 197 (28,5%) v časných, 100 (14,4%) pokročilých a 147 (21,2%) neznámých stadiích.

V letech 1976–2005 se zvýšil za obě pohlaví podíl časných stadií u primárních HNC z 14,7% na 33,1% a následných HNC z 15,8% na 35,1% (maximum 1986–90), vzrostl také podíl pokročilých stadií u primárních HNC z 4,2% na 47% a následných HNC z 7,9% na 42,5% (maximum 2001–2005), naopak klesl podíl neznámých stadií primárních HNC z 81% na 19,9% a následných HNC z 76,2% na 22,3% (maximum 1976–1980) (tabulka 6).

V říjnu 2007 přežívalo z 2 070 primárních HNC 304 (14,7%) mužů, z toho 8,4% v časných, 3,7% pokročilých a 2,6% neznámých stadiích, zemřelo 1 766 (85,3%) mužů, z toho 33,9% v časných, 26,9% pokročilých a 24,5% neznámých stadiích; z 540 primárních HNC přežívalo 111 (20,6%) žen, z toho 9,1% v časných, 4,3% pokročilých a 7,2% neznámých stadiích, zemřelo 429 (79,4%) žen, z toho 33,9% v časných, 17,2% pokročilých a 28,3% neznámých stadiích. Ke stejnému termínu přežívalo z 1 609 následných HNC 239 (14,9%) mužů, z toho 8,3% v časných, 4,6% pokročilých a 2% neznámých stadiích, zemřelo 1 370 (85,1%) mužů, z toho 28,5% v časných, 33,7% pokročilých a 22,9% neznámých stadiích; z 693 následných HNC přežívalo 161 (23,2%) žen, z toho 13,7% v časných, 6,5% pokročilých a 3% neznámých stadiích, zemřelo 532 (76,8%) žen, z toho 27,6% v časných, 21,4% pokročilých a 27,8% neznámých stadiích (graf 4).

Další zhoubné novotvary

U 2 070 mužů s primárním HNC se vyskytlo 2 436 následných novotvarů s průměrným intervalem vzniku 6,7 roku, u 540 žen se vyskytlo 649 případů v intervalu 6,9 roku. Během prvního roku zjištěného primárního HNC bylo za obě pohlaví evidováno 425 (13,8%) následných novotvarů, během pěti let 1 300 (42,1%), deseti let 711 (23,1%), patnácti let 347 (11,2%) a během 29 let dalších 302 (9,8%) ZN (graf 5). Z 425 následných novotvarů v synchronním výskytu bylo nejvíc 97 ZN dýchacích cest, 86 ZN kůže a 84 jiných ZN hlavy a krku (graf 6), v dalších letech z 2 660 metachronních novotvarů bylo 694 ZN kůže, 640 ZN dýchacího a 493 ZN trávicího systému (graf 7). Následným onemocněním HNC před-

cházel u 1 609 mužů 2 010 primárních tumorů, u 693 žen 848 primárních tumorů s převahou 1 321 ZN kůže, 328 jiných ZN hlavy a krku a 302 ZN dýchacích cest (graf 8).

Vztah mezi zastoupením klinických stadií u primárních a následných nádorů byl následující:

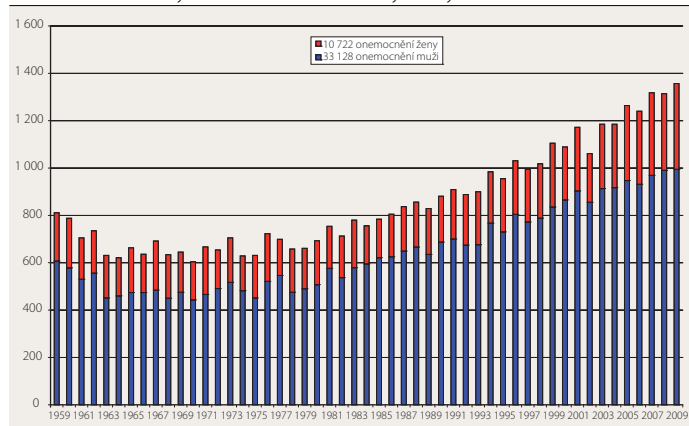
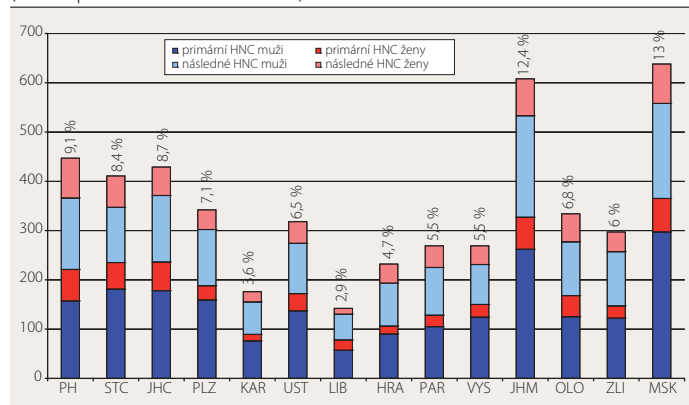
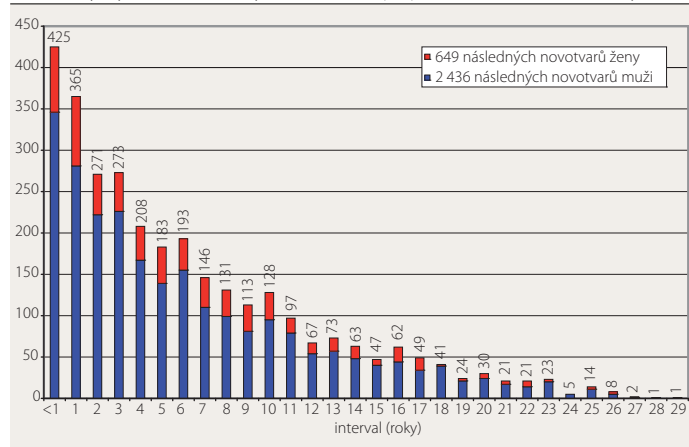
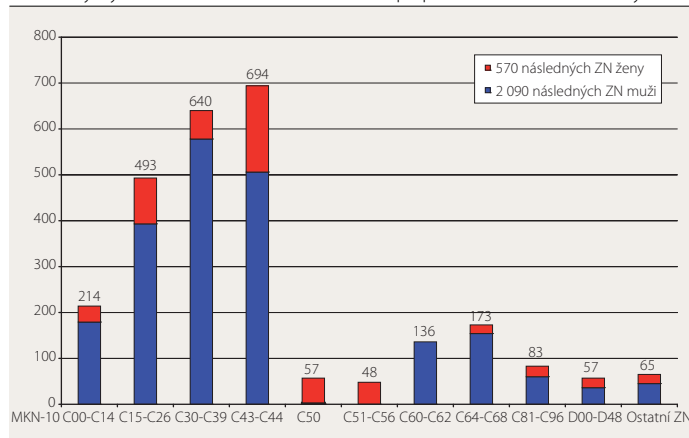
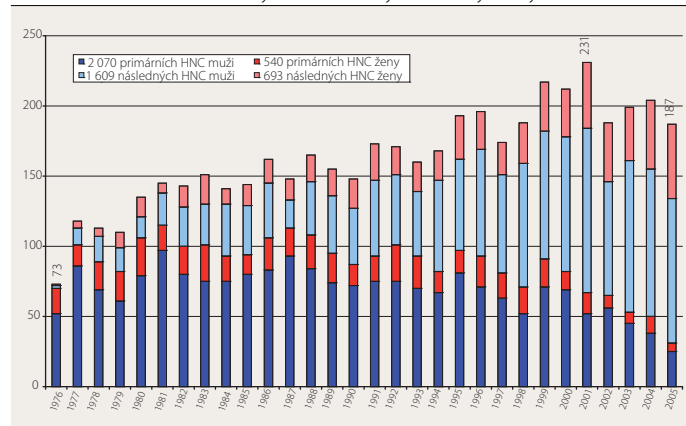
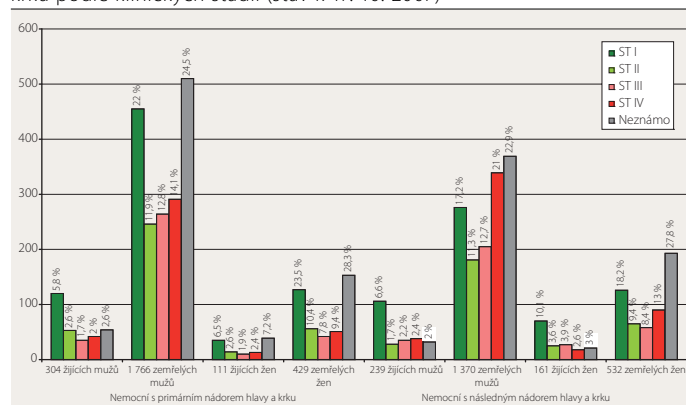
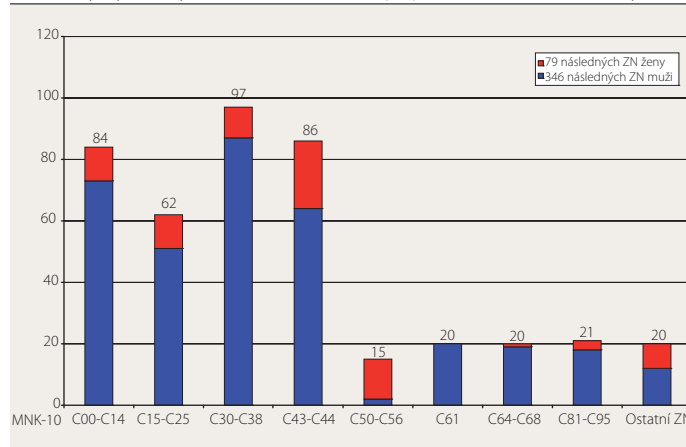
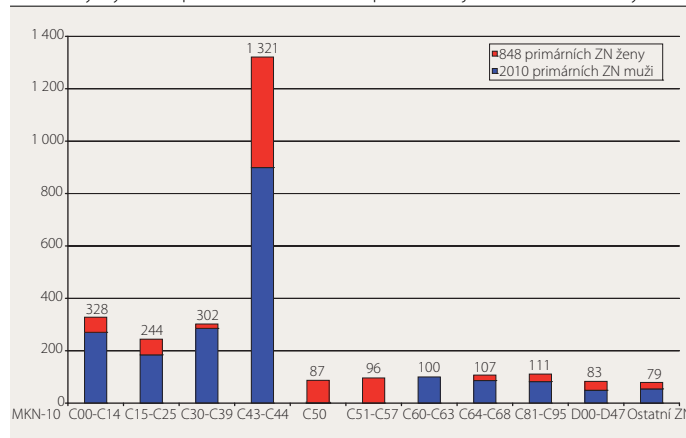
- z nemocných s primárními HNC v časných stadiích byly následné novotvary diagnostikovány ve stadiu I a II u 16,1% mužů a 18,6% žen, ve stadiu III a IV u 10,7% mužů a 7,8% žen
- u nemocných s primárními HNC v pokročilých stadiích byly následné novotvary diagnostikovány ve stadiu I a II u 8,2% mužů a 6,5% žen, ve stadiu III a IV u 8,9% mužů a 5,2% žen.
- nehlášených stadií bylo 56,1% případů u mužů a 61,9% u žen (tabulka 7).

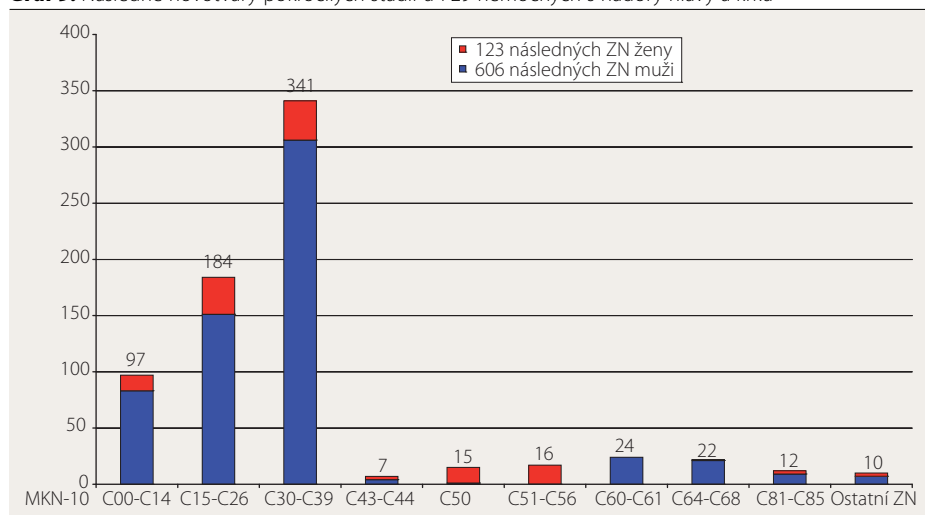
Pokud se týká nejpočetnějších diagnóz z 729 následných novotvarů v pokročilých stadiích (u 606 mužů a 123 žen), vyskytlo se nejvíc 341 ZN dýchacího a 184 trávicího systému a 97 jiných tumorů hlavy a krku (graf 9).

Diskuze

Dostupná literatura o vícečetných nádorech naznačuje, že od první Billrothovy zprávy z roku 1889 (28), se kromě varujících statistik a hledání rizik životního stylu a indukovaného vlivu primární radio a chemoterapie mnoho nezměnilo. Za desetiletí vývoje evidence nádorů a jejich multiplicit umožňují údaje NOR víc porovnat klinické znaky podle jednotlivých nádorů a jejich skupin s náměty pro dispenzární péči než posoudit míru léčebného rizika. Na výskyt dalších malignit po HNC upozornily přehledy SEER registrů, ale nepotvrdily signifikantní vliv léčby primární diagnózy (29).

Bez ohledu na vysoký počet nehlášených klinických stadií byl po primárním HNC zjištěn následný ZN v pokročilém stadiu u 729 nemocných (606 mužů, 123 žen) tj. 23,6% ze všech 3 085 následných ZN (tabulka 7). Pak z 20 855 nových případů HNC za 30 let v NOR bylo nejméně 3,5% nemocných postiženo dalším pokročilým novotvarem, což za půl století v ČR představuje asi 1 540 nemocných. Jejich roční průměr 30 případů nemusí být hrozivý, pokud by stadia III a IV nebyla zastoupena také mezi 1 362 nemocnými s nehlášeným klinickým stadiem. Pak asi třetina nemocných s primárním HNC mohla být postižena dalším pokročilým novotvarem. Tento vývoj zasluhuje pozornost ve spektru všech 22 607 pokročilých novotvarů, na které jsme z dat NOR upozornili i na zřetelné či skryté příčiny jejich vývoje (26). Uvedené častější nádoro-

Graf 1. Trend nových onemocnění nádory hlavy a krku v ČR**Graf 3.** Nemocní s vícečetnými karcinomy hlavy a krku podle krajů (zastoupení v letech 1976–2005)**Graf 5.** Výskyt 3 085 následných novotvarů po primárních nádorech hlavy a krku**Graf 7.** Výskyt 2 660 metachronních novotvarů po primárních nádorech hlavy a krku**Graf 2.** Trend 4 912 nemocných s vícečetnými nádory hlavy a krku 1976–2005**Graf 4.** Přeživající a zemřelí s primárním nebo následným nádorem hlavy a krku podle klinických stadií (stav k 17. 10. 2007)**Graf 6.** Výskyt 425 synchronních novotvarů po primárních nádorech hlavy a krku**Graf 8.** Výskyt 2 858 primárních novotvarů předcházejících nádorům hlavy a krku

Graf 9. Následné novotvary pokročilých stadií u 729 nemocných s nádory hlavy a krku

ry dýchacího a trávicího systému a HNC s jinou lokalizací vedou k větší klinické obezřetnosti onkologů, stejně jako nemelanomové tumory kůže, které s průměrnou dobou 7,3 roku předcházejí následným karcinomům jako první znamení vysokého rizika maligního stavu (30).

I při zastoupení 19,5 % HCN u žen, spojených s dalším ZN proti 17,6 % u mužů, vykazují ženy absolutními počty multiplicit a dalšími charakteristikami (stadia, přežívání, průměrný interval, věkové zastoupení) příznivější výsledky. Snad to souvisí s riziky životního stylu mužů včetně kouření, alkoholu a sexuálních praktik. Komentáři jejich rizik jsme se nemohli věnovat pro omezený rozsah sdělení a zájemce odkazujeme na početnou literaturu. Při zpracování a komentáři multiplicit jsme dodrželi správné označení nádorů hlavy a krku, zjištěných jako primární a následné diagnózy, oproti ostatním novotvarům, které se vyskytly po HNC nebo jim předcházely. Jejich opakované pojmy byly určeny správnému pochopení textu, i když na úkor jeho plynulosti.

Závěr

Předpokládali jsme, že i přes potíže, spojené s prováděním systematické dispenzární péče u nemocných s HNC, podíl pokročilých stadií následných novotvarů bude nízký. Bdělost lékařů a snaha samotných pacientů by měla jejich výskyt minimalizovat. Ponecháváme na posouzení odborníků, zda uvedené počty tomu nasvědčují. Při pokračujícím trendu v roce 2015 bude v ČR dispenzarizováno téměř 8 tisíc přežívajících s HNC, z toho asi 5 tisíc ve věku 35–64 let (3),

mezi kterými budou také nemocní s vícečetnými malignitami. Jejich incidence klepe na dveře obyvatel a u části vezme za kliku i několik nádorů. Věříme, že ve smyslu úvodního přísloví najdou zejména kuřáci poučení z padesátileté statistiky nejen vícečetných nádorů hlavy a krku.

*Zpracování podkladů podpořilo MZ ČR
projektem koncepčního rozvoje výzkumné organizace 65269705 (FN Brno).*

*Za ověření vstupních údajů a metodické připomínky k textu děkujeme dlouholeté pracovníci
ÚZIS ČR paní Elišce Vankové.*

Literatura

- Geryk E, Horváth T, a kol. Zátěž nádory u české populace na pozadí demografie a ekonomiky. ČLČ, 2013; v tisku.
- ÚZIS: Novotvary 2009 ČR. ÚZIS ČR, 2012; 264, www.uzis.cz.
- Konečný M, Geryk E, Kubiček P, kol. Prevalence nádorů v České republice, 1989–2005–2015. Brno: PíF MU, 2008; 69.
- Veness M. Lip cancer: important management issues. Australas J Dermatol 2001; 142(1): 30–32.
- de Visscher JG, van der Waal I. Etiology of cancer of the lip. A review. Int J Oral Maxillofac Surg 1998; 27(3): 199–203.
- Moore S, Johnson N, Pierce A, et al. The epidemiology of lip cancer: a review of global incidence and aetiology. Oral Dis 1999; 5(3): 185–195.
- Brown LM, McCarron P, Freedman DM. New malignancies following cancer of the buccal cavity and pharynx. In: Curtis RE at al. New malignancies among cancer survivors: SEER cancer registries 1973–2000. Bethesda (MD), Nat Canc Inst 2006; 15–57.
- Winn DM, Blot WJ. Second cancer following cancers of the buccal cavity and pharynx in Connecticut, 1935–1982. Natl Cancer Inst Monogr 1985; 68: 25–48.
- Armstrong BK, Krickler A. The epidemiology of UV induced skin cancer. J Photochem Photobiol B 2001; 63(1–3): 8–18.
- Brennan P, Coates M, Armstrong B, et al. Second primary neoplasms following non-Hodgkin's lymphoma in New South Wales, Australia. Br J Cancer 2000; 82(7): 1344–1347.

- Curtis RE, Rowlings PA, Deeg HJ, et al. Solid cancers after bone marrow transplantation. N Engl J Med 1997; 336: 897.
- Forastiere A, Koch W, Trotti A, et al. Head and neck cancer. N Engl J Med 2001; 345(26): 1890–1900.
- Franceschi S, Levi F, La Vecchia C, et al. Comparison of the effect of smoking and alcohol drinking between oral and pharyngeal cancer. Int J Cancer 1999; 83(1): 1–4.
- Brown LM, Gridley G, Diehl SR, et al. Family cancer history and susceptibility to oral carcinoma in Puerto Rico. Cancer 2011; 92(8): 2102–2108.
- Hemminki K, Jiang Y, Dong C. Second primary cancers after anogenital, skin, oral, esophageal and rectal cancers: etiological links? Int J Cancer 2001; 93(2): 294–298.
- Rafferty MA, O'Dwyer TP. 2001. Secondary primary malignancies in head and neck squamous cell carcinoma. J Laryngol Otol 2001; 115(12): 988–991.
- Herrero R, Castellsague X, Pawlita M, et al. 2003. Human papillomavirus and oral cancer: the IARC multicenter study. J Natl Cancer Inst 2003; 95(23): 1772–1783.
- Gillison ML, Shah KV. Chapter 9: Role of mucosal human papillomavirus in nongenital cancers. J Natl Cancer Inst Monogr 2003; 31: 57–65.
- Shrestha P, Huang JW, et al. Primary epithelial tumors of salivary glands, histogenesis, histomorphological and immunohistochemical implications, diagnosis and clinical management. Crit Rev Oncol Hematol 1996; 23(3): 239–260.
- Saku T, Hayashi Y, Takahara O, et al. Salivary gland tumors among atomic bomb survivors, 1950–1987. Cancer 1997; 79(8): 1465–1475.
- Modan B, Chetrit A, Alfandary E, et al. Increased risk of salivary gland tumors after low-dose irradiation. Laryngoscope 1998; 108(7): 1095–1097.
- Horn-Ross PL, Ljung BM, Morrow M. Environmental factors and the risk of salivary gland cancer. Epidemiology 1997; 8(4): 414–419.
- Swanson GM, Burns PB. Cancers of the salivary gland: workplace risks among women and men. Ann Epidemiol 1997; 7(6): 369–374.
- Hayes RB, Bravo-Otero E, Kleinman DV, et al. Tobacco and alcohol use and oral cancer in Puerto Rico. Cancer Cause Control 1999; 10(1): 27–33.
- McDermott AL, Dutt SN, Watkinson JC. The aetiology of nasopharyngeal carcinoma. Clin Otolaryngol Allied Sci 2001; 26(2): 82–92.
- Geryk E, Dítě P, Trna J, Kozel J, kol. Klinická stadia u nemocných s vícečetnými novotvary. Onkologie 2010; 4(6): 357–361.
- Geryk E, Dítě P, Kozel J, kol. Nádorové multiplicity u české populace. Čas Lék Čes 2010; 149(4): 178–183.
- Billroth T, Winiwarter A. Die allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie. Berlin, G. Reimer, 1889: 971.
- American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2009, No. 500809, Atlanta: American Cancer Society; 2009: 24–41.
- Geryk E, Dítě P, Sedláková L. kol. Trend vícečetných nemelanomových nádorů kůže z pohledu jejich epidemiologie. Dermatologie pro praxi 2010; 4(1): 5–9.

Článek přijat redakcí: 25. 6. 2012

Článek přijat k publikaci: 17. 9. 2012

MUDr. Edvard Geryk

Fakultní nemocnice, Brno
Jihlavská 20, 602 00 Brno
egeryk@fnbrno.cz