

**REKOMENDACJE
KONSULTANTA KRAJOWEGO
W DZIEDZINIE CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ
ORAZ
POLSKIEGO TOWARZYSTWA CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ
W ZAKRESIE DIAGNOSTYKI I LECZENIA CHORYCH
NA RAKA PRZEŁYKU**

REKOMENDACJE OGÓLNE

Zaleca się aby chorzy na raka przełyku byli leczeni wyłącznie w specjalistycznych ośrodkach referencyjnych z dużym doświadczeniem w leczeniu chorych z tym nowotworem, w których wykonuje się minimum 20 operacji usunięcia przełyku rocznie. Leczenia chorych na raka przełyku ma charakter wielodyscyplinarny.

W zespole wykonującym operacje planową powinno uczestniczyć minimum 3 lekarzy, w tym 2 lekarzy specjalistów chirurgów, w tym jeden z chirurgii onkologicznej oraz jeden lekarz lub dwóch lekarzy szkolących się w dziedzinie chirurgii.

Jeżeli ośrodek nie spełnia kryteriów ilościowych i jakościowych określonych w rekomendacjach ogólnych, to zabieg planowy może zostać wykonany w takim ośrodku, przez zespół chirurgiczny, w którym uczestniczy specjalista chirurg onkolog zatrudniony w systemie konsultanckim.

Ośrodki medyczne wykonujące procedury diagnostyczno-terapeutyczne powinny mieć następujące możliwości:

ORGANIZACYJNE

1. Możliwość wykonania śródoperacyjnego badania histopatologicznego w miejscu.
2. Możliwość wykonania następujących specjalistycznych technik endoskopowych w miejscu:
 - a. technik poprawy obrazowania (barwienie płynem Lugola; NBI)
 - b. resekcji techniką EMR i ESD
 - c. endoultrasonografii (EUS) z biopsją cienkoigłową powiększonych węzłów chłonnych
 - d. technik ablacji i protezowania przełyku;
3. Możliwość wykonania TK w miejscu oraz PET /TK w miejscu lub na podstawie umowy z ośrodkiem zewnętrznym;

4. Możliwość przeprowadzenia leczenia uzupełniającego w miejscu (chemioterapia, radioterapia przed- i pooperacyjna) w miejscu;
5. Regularne zebrania zespołu wielodyscyplinarnego ds. leczenia nowotworów górnego odcinka układu pokarmowego (minimum: gastroenterolog, radiolog, chirurg, onkolog kliniczny, radioterapeuta, patomorfolog).
6. Konieczna jest możliwość prospektywnego monitorowania wskaźników w następujących aspektach:
 - odsetek powikłań chirurgicznych,
 - wskaźnik śmiertelności okołoperacyjnej
 - odsetek miejscowych nawrotów
 - odsetek nieszczelności zespoleń

MERYTORYCZNE

W zakresie diagnostyki

W przypadku podejrzenia raka przełyku każdy chory powinien mieć wykonane:

1. Badanie endoskopowe górnego odcinka przewodu pokarmowego z pobraniem wycinków
2. USG jamy brzusznej i rtg klatki piersiowej
3. Bronchoskopię (z wyjątkiem raków dolnej części przełyku).
4. Po potwierdzeniu rozpoznania nowotworu złośliwego należy wykonać KT jamy brzusznej oraz klatki piersiowej wg uzgodnionego z radiologiem protokołu. W przypadkach zaawansowanych należy rozważyć wykonanie PET/TK.
5. Po wykluczeniu przerzutów odległych (M0) u chorych na raka przełyku należy wykonać badanie EUS z biopsją cienkoigłową powiększonych węzłów chłonnych.
6. U chorych, u których planuje się leczenie chirurgiczne należy ocenić wydolność oddechową oraz stan odżywienia, a następnie wdrożyć postępowanie przygotowujące chorego do operacji (ćwiczenia oddechowe, żywienie immunomodulujące)
7. U chorych z dysfagią, którzy nie są w stanie utrzymać pożądanego stanu odżywienia w czasie leczenia przedoperacyjnego, należy wykonać endoskopowe rozszerzanie nowotworowego zwężenia przełyku lub jejunostomię odżywczą

W zakresie leczenia

W przypadku rozpoznania raka przełyku po wykluczeniu obecności przerzutów odległych oraz określeniu stopnia zaawansowania postępowanie powinno być następujące:

1. W przypadku jednoogniskowego **raka wczesnego** przełyku (ciężka dysplazja - HGD, T1a) należy rozważyć leczenie endoskopowe; w przypadku wieloogniskowości należy zaproponować leczenie chirurgiczne;
 2. Jeśli guz jest resekcyjny leczenie chirurgiczne należy zaoferować tym wszystkim chorym, których stan ogólny i wydolność fizjologiczna pozwalają na wykonanie takiej operacji.
- Nie kwalifikują się do resekcji chorzy o następującej charakterystyce:
 - guzy T4b z naciekaniami serca, dużych naczyń, tchawicy lub innych narządów;
 - guzy o dużych rozmiarach z przerzutami do węzłów chłonnych w wielu lokalizacjach, w połączeniu z podeszłym wiekiem lub złym stanem sprawności ogólnej chorego;
 - guzy pierwotnie nieoperacyjne przy braku odpowiedzi (lub progresji) na leczenie przedoperacyjne;
 - rak połączenia przełykowo-żołądkowego z przerzutami do węzłów chłonnych nadobojczykowych;
 - chorzy z przerzutami odległymi (M1), w tym chorzy z przerzutami do pozaregionalnych węzłów chłonnych.
 - U chorych na raka szyjnego odcinka przełyku (tj. <5 cm od mięśnia pierścienno-gardłowego), a także chorych niekwalifikujących się (z powodu chorób współistniejących) lub niewyrażających zgody na leczenie chirurgiczne, a wciąż pozostających w dobrym stanie sprawności, należy rozważyć zastosowanie radykalnej chemio-radioterapii.
 - Chorzy na raka przełyku o zaawansowaniu miejscowym lub miejscowo-regionalnym (T1b-4a N0-3 M0) w dobrym stanie sprawności i bez innych przeciwwskazań do wykonania rozległej operacji powinni otrzymać przed operacją neoadiuwantową radio-chemioterapię.
 - W rakach gruczołowych połączenia przełykowo-żołądkowego stosuje się okołoperacyjną chemioterapię.
 - Najczęściej stosowany dostęp operacyjny obejmuje: ezofagogastrektomię przezrozworową (bez otwierania klatki piersiowej); laparotomię i prawostronną torakotomię; prawostronną torakotomię i laparotomię z zespoleniem na szyi; lewą torakotomię lub dostęp piersiowo-brzuszy z zespoleniem w klatce piersiowej lub na szyi.

- Narządy zastępcze dla przełyku to (w kolejności preferencji): żołądek, okrężnica, jelito cienkie.
- Można stosować zarówno standardowy, jak i rozszerzony zakres wycięcia węzłów chłonnych:
 - Rozszerzony zakres limfadenektomii należy wykonać we wszystkich stopniach zaawansowania, z wyjątkiem przypadków najwcześniejszych (HGD, T1a N0 M0) i najbardziej zaawansowanych (≥ 7 węzłów chłonnych z przerzutami) oraz dobrze zróżnicowanych guzów pN0 M0.
 - Zalecane jest wycięcie 10 węzłów u chorych z guzami T1, 20 przy T2 oraz 30 przy T3–4.
 - Optymalnym sposobem jest dwu- lub trójpolowa limfadenektomia: regionalny chłonny splot brzuszny, piersiowy i ewentualnie szyjny w wyselekcjonowanej klinicznie (na podstawie EUS/USG szyjne \pm biopsja) grupie chorych.

Zalecane jest zbadanie histopatologiczne co najmniej 15 węzłów chłonnych w celu właściwego określenia stopnia zaawansowania nowotworu

Radio-chemioterapię uzupełniającą należy zawsze rozważyć u chorych po resekcji nieradykalnej (R1/2).