

Cancerul de esofag

Ce este cancerul
de esofag?

Lasa-ne sa
iti explicam.

www.anticancerfund.org

www.esmo.org

CANCERUL DE ESOFAG: GHID PENTRU PACIENTI

INFORMATII PENTRU PACIENTI BAZATE PE GHIDURILE DE PRACTICA CLINICA ESMO

Acest ghid pentru pacienti a fost redactat de catre Anticancer Fund (Fondul Anticancer) pentru a ajuta pacientii si rudele acestora sa inteleaga mai bine natura cancerului esofagian si sa aleaga optiunea terapeutica cea mai buna, in concordanta cu subtipul de cancer esofagian. Recomandam ca pacientii sa le ceara medicilor informatii cu privire la investigatiile sau terapiile necesare pentru tipul si stadiul bolii lor. Informatiile medicale descrise in acest document se bazeaza pe ghidurile de practica clinica ale Societatii Europene pentru Oncologie Medicala (ESMO – European Society for Medical Oncology) pentru managementul cancerului esofagian. Acest ghid pentru pacienti a fost elaborat in colaborare cu ESMO si se difuzeaza cu permisiunea ESMO. A fost scris de un medic si revizuit de doi oncologi de la ESMO, inclusiv autorul principal al ghidului de practica clinica pentru specialisti. In plus, a fost revizuit de catre reprezentantii pacientilor din cadrul Grupului de lucru pentru bolnavii de cancer de la ESMO.

Mai multe informatii despre Anticancer Fund (Fondul Anticancer): www.anticancerfund.org

Mai multe informatii despre Societatea Europeana de Oncologie Medicala: www.esmo.org

Veti gasi definitiile cuvintelor marcate cu un asterisc la finalul ghidului.

Cuprins

Definitia cancerului esofagian	3
Care este frecventa cancerului esofagian?	4
Cauzele cancerului esofagian.....	5
Cum este diagnosticat cancerul esofagian?.....	7
Ce este important de stiut pentru a primi tratamentul optim?.....	9
Care sunt optiunile terapeutice?	13
Care sunt posibilele efecte secundare ale tratamentului?	21
Ce se intampla dupa tratament?	23
Definitiiile termenilor medicali	25

Acest text a fost scris de dr. Annemie Michiels (Anticancer Fund-Fondul Anticancer) si revizuit de dr. Gauthier Bouche (Anticancer Fund-Fondul Anticancer), dr. Svetlana Jezdic, pr. Michael Stahl (ESMO) si dl. David Kirby (Asociatia Pacientilor cu Boli ale Esofagului din Regatul Unit - Oesophageal Patients Association UK, in numele Grupului de lucru pentru bolnavii de cancer de la ESMO).

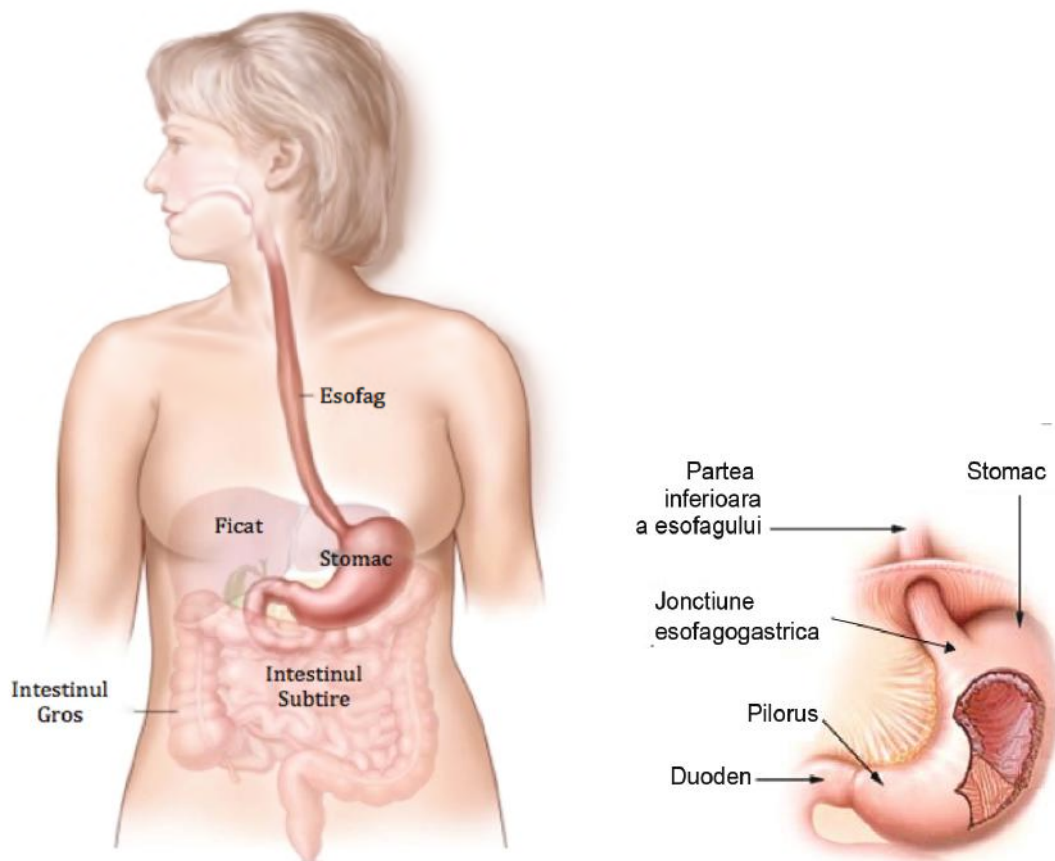
Ghidul a fost tradus in limba romana in cadrul unui proiect al Asociatiei Daruieste Viata (www.daruiesteviata.ro) pentru informarea bolnavilor de cancer, realizat cu sprijinul Fundatiei Vodafone Romania. Traducerea este avizata de Raluca Chifu, traducator, si validata de dr. Octav Ginghina si dr. Sirin Anca Rahal, Departamentul de Chirurgie Oncologica de la Spitalul Clinic Sf. Ioan din Bucuresti.

DEFINITIA CANCERULUI ESOFAGIAN

Aceasta definitie provine de la Institutul National pentru Cancer din Statele Unite ale Americii si este folosita cu permisiunea acestuia.

Cancerul esofagian este o tumoare formata in straturile peretelui esofagian. Esofagul este conductul muscular prin care alimentele trec din cavitatea bucala in stomac.

Cele doua tipuri principale de cancer esofagian sunt carcinomul cu celule scuamoase si adenocarcinomul. Carcinomul cu celule scuamoase este cancerul care se dezvolta pe seama celulelor plate care alcatuiesc mucoasa esofagului. Adenocarcinomul este cancerul care se dezvolta in celulele ce produc si elibereaza mucus* si alte fluide. Ambele tipuri de cancer apar cu o frecventa aproximativ egala.



Anatomia sistemului digestiv (stanga) si anatomia esofagului inferior, a jonctiunii esofagogastrice si a stomacului (dreapta).

Nota importanta referitoare la un alt tip de cancer esofagian

Carcinoamele cu celule mici sunt un tip foarte rar de cancer esofagian. Informatiile oferite in acest ghid pentru pacienti nu se aplica la carcinoamele cu celule mici.

CARE ESTE FRECVENTA CANCERULUI ESOFAGIAN?

In Europa, intre 5 si 10 din 1.000 de barbati si aproximativ 1 din 1.000 de femei vor dezvolta cancer esofagian la un anumit moment al vietii lor.

In 2008, in Europa, aproximativ 35.000 de barbati si 10.000 de femei au dezvoltat cancer esofagian. Exista diferente considerabile intre tarile europene. Cancerul esofagian este mai frecvent in Franta si Regatul Unit si mai rar in Grecia.

Carcinoamele cu celule scuamoase au prevalenta cea mai mare in Asia, in timp ce prevalenta adenocarcinoamelor este mai mare si intr-o ascensiune rapida in tarile vestice. Majoritatea cancerelor esofagiene apar la persoane cu varste de peste 65 de ani.

Discrepantele in distributia geografica a celor doua tipuri principale, carcinomul cu celule scuamoase si adenocarcinomul, se datoreaza diferentelor dintre factorii implicati in dezvoltarea lor. Carcinoamele cu celule scuamoase sunt asociate preponderent cu consumul de alcool si fumatul, in timp ce adenocarcinoamele sunt asociate in special cu refluxul gastroesofagian*, care apare in legatura directa cu obezitatea. Aceasta explica si cresterea prevalentei adenocarcinoamelor in tarile vestice.

CAUZELE CANCERULUI ESOFAGIAN

Pana in prezent, nu este clar motivul aparitiei cancerului esofagian. Totusi, au fost identificati cativa factori de risc*. Un factor de risc creste probabilitatea de aparitie a cancerului, dar nu este nici necesar si nici suficient pentru a-l cauza. Un factor de risc nu este o cauza in sine.

Unii oameni cu acesti factori de risc nu vor face niciodata cancer esofagian, iar altii fara niciunul din acesti factori de risc vor dezvolta totusi cancer esofagian.

Principalii factori de risc pentru carcinomul esofagian cu celule scuamoase sunt:

- **Tutunul:** Fumatul si mestecatul de tutun cresc riscul de carcinom cu celule scuamoase. Acest risc creste direct proportional cu perioada de timp in care o persoana fumeaza sau cu numarul de tigarete pe zi.
- **Consumul de alcool:** Probabilitatea de a dezvolta un carcinom cu celule scuamoase este asociata cu cantitatea de alcool consumata. Consumul combinat de alcool si tutun creste riscul mult mai mult decat fiecare din acesti factori luati separat.
- **Consumul redus de fructe si legume proaspete:** S-a observat un risc mai crescut de aparitie a carcinomului cu celule scuamoase la persoanele care consuma cantitati insuficiente de fructe si legume.
- **Consumul de maté:** Maté este o infuzie a plantei numita yerba mate ce se bea frecvent in America de Sud. Consumul mare de maté (un litru sau mai mult zilnic) creste riscul de a dezvolta carcinom cu celule scuamoase.
- **Mestecatul de tutun betel:** Acesta este un amestec de plante care se mesteca de catre multe populatii din Asia de Sud-Est. Frunzele plantei betel au un efect neurostimulant, dar cresc si riscul de aparitie a cancerului esofagian.
- **Anumite afectiuni medicale:**
 - o Acalazia creste riscul de dezvoltare a carcinomului cu celule scuamoase. Aceasta este o afectiune in care sfincterul care inchide esofagul inferior nu se poate relaxa normal. Deoarece alimentele si lichidele inghitite au tendinta de a se acumula in esofag, portiunea inferioara a acestuia se dilata.
 - o Alte afectiuni rare, precum tiloza palmo-plantara* si sindromul Plummer-Vinson* cresc, de asemenea, riscul aparitiei carcinomului cu celule scuamoase al esofagului.



Principalii factori de risc* pentru adenocarcinomul esofagian sunt:

- **Esofagul Barret:** Reprezinta o situatie in care celulele scuamoase ale esofagului sunt inlocuite cu celule de tip intestinal. Aceasta transformare a unui tip de celule, aflat in mod normal intr-un anumit organ, in alt tip de celule se numeste metaplazie. Fenomenul este de fapt o adaptare a esofagului inferior la expunerea indelungata (timp de mai multi ani) la refluxul* acid provenit din stomac. Celulele metaplazice au o probabilitate mai mare decat cele normale de a se transforma in celule displazice si, in cele din urma, chiar in celule canceroase. Displazia consta in organizarea neregulata a celulelor, afectiune ce poate evolua catre cancer.

Factorii de risc pentru esofagul Barrett sunt:

- Boala de reflux gastro-esofagian: numita uneori boala de reflux acid, este o afectiune cronica in care se produce cu regularitate refluarea continutului acid gastric in esofag, lezandu-l. Simptomul cel mai comun este senzatia de arsura. In consecinta, mucoasa esofagului poate suferi de metaplazie dupa expunerea indelungata la refluxul acid.
- Obezitatea creste riscul de esofag Barrett si adenocarcinom esofagian prin diverse mecanisme. Acest lucru se explica partial prin riscul mai mare de boala de reflux gastro-esofagian, dar exista si o legatura cauzala directa. Refluxul acid este mai frecvent si mai sever la persoanele obeze, in special atunci cand tesutul adipos se acumuleaza preferential la nivelul abdomenului, si nu in zona coapselor si a soldurilor.

Desi majoritatea persoanelor cu esofag Barrett nu vor face niciodata cancer esofagian, acestea ar trebui sa isi faca controale medicale periodice. Un gastroenterolog ar trebui sa efectueze endoscopii si biopsii* la intervale de timp regulate, pentru a detecta cat mai precoce evolutia catre displazie sau cancer esofagian.

- **Alcoolul si fumatul** pot, de asemenea, creste riscul de adenocarcinom, desi efectul este mai redus comparativ cu carcinomului cu celule scuamoase.

Alti factori au fost suspectati de asociere cu un risc crescut de cancer esofagian, de exemplu consumul ridicat de carne rosie sau alimente procesate, consumul de bauturi fierbinti sau expunerea la anumite substante chimice. Altii par a avea un efect protector, ca infectia cu *Helicobacter pylori** la nivelul stomacului sau utilizarea indelungata a medicamentelor din grupul antiinflamatoarelor nesteroidiene* (AINS). Totusi, dovezile sunt neconcludente, fiind necesare mai multe cercetari.

CUM ESTE DIAGNOSTICAT CANCERUL ESOFAGIAN?

Suspiciunea de cancer esofagian poate exista in diferite situatii.

Pentru persoanele cu esofag Barrett, trebuie efectuat un screening regulat pentru a detecta cat mai devreme posibil orice evolutie catre adenocarcinom.

Pentru altii, exista unele simptome care pot indica prezenta unui cancer esofagian.

- Dificultatea la inghitire (disfagia), sughitul sau intoarcerea alimentelor inapoi in esofag
- Pierderea inexplicabila in greutate
- Durerea sau discomfortul in regiunea gatului sau a spatelui
- Raguseala
- Tusea indelungata.
- Varsaturile sau tusea cu sange.

Toate aceste simptome pot fi cauzate si de alte afectiuni, iar medicul, in urma anamnezei, va obtine informatiile necesare pentru stabilirea unui eventual diagnostic. Atunci cand mai multe simptome apar concomitent, si persista, se va lua in considerare intotdeauna efectuarea altor investigatii.

Diagnosticarea cancerului esofagian se bazeaza pe urmatoarele examinari:

1. Examinarea clinica

Medicul va chestiona pacientul despre simptomatologia existenta si va efectua o examinare clinica. Aceasta include examinarea abdomenului si a ganglionilor limfatici* din zona gatului si a axilelor.

2. Examinarea endoscopica

In timpul unei examinari endoscopice a tractului digestiv superior (esofagogastroscoapie), medicul introduce in cavitatea bucala, si de aici in esofagul pacientului, un tub subtire, flexibil, cu o sursa de lumina, numit endoscop. Acesta ii permite medicului sa vada aspectul interior al esofagului, al stomacului si al primei portiuni a intestinului subtire. Medicul poate, de asemenea, verifica partea superioara a traheei (calea aeriana). Daca se observa zone anormale, se pot preleva biopsii* (esantioane de tesut) utilizand instrumente introduse prin endoscop. Aceste probe de tesut sunt examinate in laborator, de catre un medic specialist anatomopatolog (a se vedea examinarea histopatologica*). In timpul unei endoscopii, se poate efectua si o **ecografie endoscopica***. O sonda ecografica se introduce prin cavitatea bucala in esofag. Aceasta ofera imagini ale straturilor peretelui esofagian, ale ganglionilor limfatici* si ale altor structuri din proximitate. Ecoendoscopia ofera informatii cu privire la extensia tumorii in peretele esofagian, in tesuturile din vecinatate sau in ganglionii limfatici din vecinatate, aspecte foarte importante de stiut preoperator pentru pacientii care vor fi supusi unei interventii chirurgicale. Pe langa aceste date medicale, ecoendoscopia ghideaza medicul in cazul in care este necesara practicarea unei punctii (biopsie) dintr-o leziune suspecta, in timpul endoscopiei. Astfel este dovedita necesitatea ecoendoscopiei preoperatorii.



3. Examinarea radiologica

Pentru a facilita diagnosticul si a evalua extinderea tumorii in vederea stabilirii planului de tratament, medicii vor trebui sa efectueze cateva examinari radiologice. Scanarea CT* toraco-abdominala este cel mai des utilizata. Se mai poate efectua si un tranzit baritat, pentru a indica exact localizarea tumorii in esofag. Aceasta implica realizarea unor radiografii* in timpul ingestiei unei substante de contrast. Deoarece substanta de contrast este radioopaca, stratul interior al esofagului este clar subliniat. Se poate utiliza si o scanare PET-CT pentru a stabili extensia cancerului in afara esofagului. De asemenea, se poate efectua o endoscopie a cailor aeriene (faringe, laringe, trahee, bronhii).



4. Examinarea histopatologica*

Specimenul bioptic*, respectiv fragmentul de tesut prelevat in cursul endoscopiei, va fi examinat in laborator de catre un patolog*. Aceasta se numeste examinare histopatologica. Folosind un microscop si alte cateva teste, specialistul va confirma diagnosticul de cancer si va oferi mai multe informatii despre caracteristicile acestuia. Se include aici definirea tipului histologic*, fie carcinom cu celule scuamoase daca tumoarea are punct de plecare din celulele plate ale esofagului, fie adenocarcinom daca se dezvoltă din celule care secreta si elibereaza mucus* si alte fluide. Daca se efectueaza o interventie chirurgicala in vederea rezectiei tumorale, tumoarea si ganglionii limfatici excizati, vor fi de asemenea, supusi unui examen anatomopatologic. Acest lucru este foarte important pentru a confirma rezultatele biopsiei si pentru a oferi mai multe informatii despre tumoare.



CE ESTE IMPORTANT DE STIUT PENTRU A PRIMI TRATAMENTUL OPTIM?

Medicii trebuie sa ia in considerare mai multe aspecte vizand atat pacientul, cat si boala, pentru a stabili optiunea terapeutica potrivita.

Informatii relevante despre pacient:

- istoricul medical personal
- rezultatul examinarii clinice
- starea generala a pacientului
- rezultatele analizelor de sange, inclusiv rezultatul hemoleucogramei pentru a se determina prezenta anemiei*, rezultatul testelor hepatice si renale
- rezultatul endoscopiei si al scanarii CT toraco-abdominala. La unii pacienti se va efectua, in plus, o ecoendoscopie* si/sau un examen radiologic cu substanta de contrast.
- rezultatele evaluarii preoperatorii. In functie de starea generala de sanatate a pacientului, aceasta poate include analize suplimentare de sange, o radiografie* toracica, un EKG* (electrocardiograma) si o spirometrie (testarea functiei respiratorii)
- preferintele pacientului pentru tipul de tratament



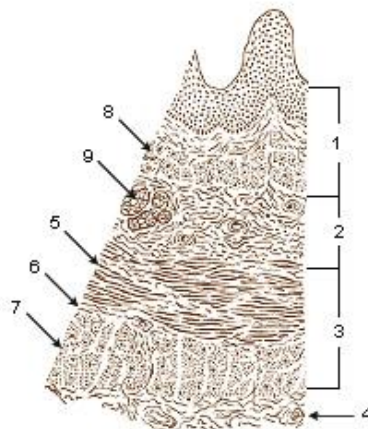
Rezultatele sunt importante pentru a decide daca pacientul poate suporta o interventie chirurgicala.

Informatii relevante despre tumoare:

- **Stadializarea**

Medicii utilizeaza stadializarea pentru a evalua extinderea cancerului (cat de mult s-a raspandit in organism) si prognosticul* pacientului. Sistemul de stadializare TNM este utilizat in mod obisnuit. Combinatia dintre T (dimensiunea tumorii si invazia tesutului din vecinatate), N (afectarea nodurilor limfatici) si M (metastazele* sau raspandirea cancerului la alte organe ale corpului) va clasifica tumoarea intr-unul din stadiile prezentate mai jos.

Pentru a intelege definitiile extinderii locale a tumorii, este important de stiut ca peretele esofagian este alcatuit din mai multe straturi, dupa cum se ilustreaza in imaginea de mai jos:



Sectiune prin peretele esofagian. Dinspre interior spre exterior, straturile sunt:

1. Mucoasa* alcatuita din epiteliu*, lamina propria* si musculara mucoasei*(8). Mucoasa sau membrana mucoasa este stratul interior al esofagului si secreta o serie de fluide.
2. Submucoasa* contine glandele esofagiene (9). Submucoasa sustine mucoasa si o conecteaza cu straturile musculare subiacente. Glandele produc mucus si se deschid la suprafata printr-un canal lung. Mucusul are rol in lubrifierea si protejarea peretelui esofagian.
3. Straturile musculare (5, 6, 7). Acestea se contracta alternativ, pentru a ajuta alimentele ce traverseaza esofagul sa inainteze.
4. Tunica adventice. Acest strat exterior este alcatuit din tesut conjunctiv, ce asigura sustinerea esofagului.

Pentru a lua decizia corecta in ceea ce priveste tratamentul, este fundamentala cunoasterea stadiului exact al cancerului. Prognosticul* este favorabil, cand stadiul este icipient. De obicei, stadializarea se efectueaza de doua ori: preoperator, dupa examinarea clinica si radiologica si dupa interventia chirurgicala. Daca se intervine chirurgical, stadializarea va tine cont si de examenul anatomopatologic al tumorii extirpate.

Tabelul de mai jos prezinta diferitele stadii ale cancerului esofagian. Definitile sunt tehnice, asa ca se recomanda sa consultati medicul pentru explicatii mai detaliate.

Stadiul	Definitie
Stadiul 0	Carcinom in situ, afectand doar epiteliul* sau la examinarea histopatologica* se observa o displazie de grad inalt, nu si transformare maligna. Displazia reprezinta o organizare neregulata a celulelor care captusesc esofagul. Tumoarea nu s-a raspandit in ganglionii limfatici* sau in alte parti ale organismului.
Stadiul I	Tumoarea invadeaza mai adanc peretele esofagian, dar nu s-a extins in ganglionii limfatici sau in alte parti ale organismului.
Stadiul IA	Tumoarea invadeaza mucoasa* (T1a) sau submucoasa* (T1b).
Stadiul IB	Tumoarea invadeaza stratul muscular (T2)

Stadiul II	<i>Tumoarea invadeaza cel mai profund strat al peretelui esofagian, numit tunica adventice sau afecteaza 1-2 ganglioni limfatici din apropiere. Nu s-a extins in alte parti ale corpului.</i>
Stadiul IIA	<i>Tumoarea invadeaza tunica adventice (T3). Nu exista diseminare in ganglionii limfatici.</i>
Stadiul IIB	<i>Tumoarea invadeaza mucoasa (T1a), submucoasa (T1b) sau stratul muscular (T2) si sunt afectati 1-2 ganglioni limfatici din vecinatate.</i>
Stadiul III	<i>Tumoarea afecteaza mai mult de 2 ganglioni limfatici sau a inceput sa invadeze tesaturile din apropiere. Nu exista diseminare in alte parti ale organismului.</i>
Stadiul IIIA	<i>- Tumoarea invadeaza pleura*, pericardul* sau diafragma*, fara a se extinde la ganglionii limfatici sau - Tumoarea invadeaza tunica adventice si 1 sau 2 ganglioni limfatici din apropiere sau - Tumoarea invadeaza mucoasa, submucoasa sau stratul muscular si 3-6 ganglioni limfatici regionali</i>
Stadiul IIIB	<i>Tumoarea afecteaza tunica adventice si 3-6 ganglioni limfatici</i>
Stadiul IIIC	<i>- Tumoarea invadeaza pleura*, pericardul* sau diafragma* si 1-6 ganglioni limfatici sau - Tumoarea invadeaza tesaturile din apropiere, precum aorta, o vertebra sau traheea (caile aeriene), indiferent de afectarea ganglionara sau - Mai mult de 6 ganglioni limfatici sunt afectati, indiferent de invazia locala a tumorii</i>
Stadiul IV	<i>Este prezenta diseminarea in alte parti ale corpului, indiferent de invazia locala a tumorii si de gradul de afectare a ganglionilor limfatici.</i>

- **Rezecabilitatea**

Chirurgii pot decide ca tumoarea este, fie operabila (rezecabila), ceea ce inseamna ca este posibila excizia sa completa in cadrul interventiei chirurgicale, fie inoperabila (nerezecabila), adica nu se poate opera. O tumoare poate fi inoperabila fie pentru ca are un gard extins de invazie in tesaturile din apropiere sau in ganglionii limfatici*, este in proximitatea imediata a vaselor sanguine importante ori prezinta invazie la distanta. Din punctul de vedere al clasificarii TNM, nu exista o linie care sa delimiteze cu exactitate intre tumorile operabile si cele inoperabile, dar tumorile aflate in stadii incipiente au o probabilitate mai mare de a fi rezecabile. Decizia unei interventii chirurgicale se va lua si in functie de starea generala a pacientului.

- **Localizarea tumorii la nivelul esofagului**

Pentru optiunea terapeutica optima, este importanta cunoasterea localizarii tumorii. In functie de localizarea lor verticala de-a lungul esofagului, tumorile pot fi:

- cervicale, care corespund regiunii superioare (situate la nivelul gatului);
- intratoracice, corespunzatoare regiunii mijlocii, de la nivelul pieptului;
- situate in jonctiunea gastroesofagiana, corespunzatoare partii inferioare, in conexiune cu stomacul.

- **Rezultatele biopsiei***

Biopsia va fi examinata in laborator, procedura numita examinare histopatologica*. A doua examinare histopatologica implica examinarea tumorii si a ganglionilor limfatici* dupa ce au fost indepartati chirurgical. Aceasta este foarte importanta pentru a confirma rezultatele biopsiei si a furniza mai multe informatii despre cancer. Rezultatele examinarii histopatologice trebuie sa cuprinda:

- **Tipul histologic***

Tipul histologic este dat de tipul celulelor care alcatuiesc tumoarea. Daca tumoarea se dezvolta pe seama celulelor epiteliale plate, care alcatuiesc mucoasa esofagului, este vorba despre un carcinom cu celule scuamoase. Daca tumoarea este alcatuita din celulele ce produc si elibereaza mucus* si alte fluide, este un adenocarcinom. Daca medicul anatomopatolog* descrie cancerul ca fiind un carcinom cu celule mici, un tip foarte rar de cancer esofagian, tratamentul va fi unul adecvat acestui tip. Informatiile din acest ghid pentru pacienti nu se refera la carcinoamele cu celule mici.

- **Gradul**

Se bazeaza pe gradul de diferentiere intre celulele esofagiene normale si cele tumorale si pe rapiditatea multiplicarii lor. Pentru cancerul esofagian, gradarea se face intre 1 si 4. Cu cat gradul este mai mic, cu atat mai favorabil va fi prognosticul*.

Pe langa examinarea histopatologica la microscop a biopsiei, patologul* va efectua anumite teste care ofera informatii despre genele celulelor tumorale. Aceste teste includ hibridizarea fluorescanta in situ* (FISH*) sau imunohistochimia*.

- **Statusul HER2***

Acest test trebuie efectuat pentru adenocarcinoamele localizate in portiunea inferioara a esofagului, in apropierea jonctiunii cu stomacul. Utilizand un test FISH* sau de imunohistochimie, medicul anatomopatolog investigheaza receptorii de la nivelul celulelor canceroase. Unele celule poseda mai multi receptori numiti HER2, intr-unul dintre cromozomii* celulei. Gena HER2 influenteaza caracteristicile celulei tumorale privind dezvoltarea si migrarea acesteia, prin producerea unei proteine. In plus, este un element important in definirea optiunilor terapeutice. Atunci cand exista prea multe copii ale HER2 si, respectiv, o cantitate prea mare a proteinei corespunzatoare in celulele tumorale, vorbim despre un cancer HER2-positiv. Altfel, statusul HER2 este negativ. Tumorile HER2 pozitive au o natura agresiva.

CARE SUNT OPTIUNILE TERAPEUTICE ?

Elaborarea planului de tratament implica un abord interdisciplinar. Aceasta presupune o comisie formata din medici specialisti care emite o opinie multidisciplinara*. Planul de tratament va fi conceput in functie de informatiile relevante mentionate anterior.

De obicei, tratamentul va combina masuri interventionale care:

- Actioneaza asupra cancerului la nivel local, precum chirurgia sau radioterapia*
- Actioneaza asupra celulelor canceroase din intreg organismul prin terapie sistemica*, precum chimioterapia.

Tipul si amplitudinea tratamentului vor depinde de stadiul cancerului, de caracteristicile tumorii si de riscurile posibile.



Tratamentele enumerate mai jos au beneficii, riscuri si contraindicatii specifice. Se recomanda sa intrebati oncologul despre beneficiile asteptate si riscurile fiecarui tip de tratament, pentru a fi informati in legatura cu posibilele consecinte. Pentru unii pacienti sunt disponibile mai multe optiuni, iar alegerea trebuie discutata in functie de raportul dintre beneficii si riscuri.

Cand o tumoare este considerata a fi rezecabila si starea pacientului o permite, interventia chirurgicala este tratamentul de electie. Aceasta in cazul unei tumori localizate. Interventia chirurgicala este optiunea preferata, dar, deoarece chirurgia esofagului presupune riscuri mari, nu toti pacientii pot fi operati. Stadiul tumorii, localizarea, tipul histopatologic al tumorii (adenocarcinom sau carcinom cu celule scuamoase) si starea generala a pacientului sunt considerente decisive in a determina daca e posibila efectuarea cu succes a operatiei. Raspandirea tumorii la alte organe exclude in mod normal interventia chirurgicala.

Planul de tratament pentru adenocarcinomul in stadiile 0-III

Tumoarea este de tip adenocarcinom si este limitata la esofag sau extinsa la structurile adiacente. Ganglionii limfatici regionali pot sa fie sau nu afectati. Nu exista diseminare in alte organe.*

1. Tumoarea este considerata operabila

Tratamentul recomandat este interventia chirurgicala. Portiunea din esofag care contine tumoarea va fi excizata.

Pentru stadiile avansate local (stadiul III), tratamentul va fi discutat in echipa multidisciplinara*. In functie de extinderea si de stadiul tumorii, chimioterapia* poate fi administrata inainte si dupa operatie sau se poate administra o combinatie de chimioterapie si radioterapie* inaintea operatiei. Aceasta strategie are scopul de a reduce dimensiunea tumorii si de a distruge celulele canceroase care ar putea sa nu fie eliminate prin interventia chirurgicala, imbunatatind astfel rezultatele operatiei.

Operatia

Operatia este prima optiune la pacientii cu o stare generala buna. Chiar si atunci cand exista invazia locoregionala a ganglionilor limfatici*, interventia chirurgicala ramane cel mai bun tratament. Totusi, afectarea ganglionilor limfatici ofera un prognostic rezervat si, de aceea, va fi luata in discutie in echipa multidisciplinara* administrarea unui tratament combinat care include chimioterapia sau chimioterapie plus radioterapie* atunci cand se suspecteaza ca exista ganglioni limfatici invadati.

Proceduri chirurgicale

Portiunea din esofag care contine tumoarea se excizeaza chirurgical. Exista mai multe moduri si tehnici de extirpare a tumorii. Tipul de interventie chirurgicala este discutabil. Decizia in ceea ce priveste tehnica depinde de localizare, de extinderea tumorii si de competenta chirurgului. In afara de extirparea esofagului, asa cum este descris mai jos, chirurgul, in acelasi timp operator, excizeaza ganglionii limfatici locoregionali. Acestia vor fi examinati de catre medicul anatomopatolog pentru a determina prezenta celulelor canceroase, lucru important pentru stadializare. In cele mai multe cazuri, se va face si rezectie gastrica.



Esofagul si ganglionii limfatici pot fi indepartati efectuand 2 incizii (la gat si abdomen) sau 3. Cand cea mai mare parte a esofagului este rezecata, inseamna ca tumoarea este extirpata cu margini de siguranta. Ulterior, stomacul este ascensionat si anastomozat la portiunea superioara a esofagului. In unele cazuri, chirurgul va practica plastia esofagiana cu intestine.

Nu este clar ce tip de operatie ar trebui recomandat, aceasta fiind o decizie care va depinde in principal de experienta chirurgului.

Chirurgia esofagiana presupune un nivel ridicat de risc. Chirurgii trebuie sa fie familiarizati cu aceste tipuri de proceduri. Riscurile si efectele secundare ale chirurgiei esofagiene vor fi prezentate ulterior in acest ghid. Ele trebuie discutate cu medicii inaintea operatiei.

Terapia adjuvanta

Terapia adjuvanta este administrata pe langa tratamentul principal care, in acest caz, consta in interventia chirurgicala de indepartare a tumorii. Chimioterapia utilizata inainte de operatie si, daca e posibil, dupa aceasta reprezinta tratamentul standard. Combinatia dintre radioterapie si chimioterapie inainte de operatie este o alta posibilitate. Beneficiile si riscurile fiecarei strategii sunt explicate mai jos.

Chimioterapia reprezinta utilizarea medicamentelor pentru a distruge celulele canceroase sau pentru a limita cresterea lor. Atunci cand se administreaza inainte de operatie, intentia este de a reduce dimensiunea tumorii, pentru a o face mai usor de operat. Aceasta strategie se numeste chimioterapie preoperatorie sau **neo-adjuvanta**. Este indicata in toate tipurile de cancer esofagian, dar are cele mai multe beneficii in cazurile de adenocarcinom.



Pacientii cu adenocarcinom localizat in partea inferioara a esofagului (langa stomac) pot beneficia de chimioterapie administrata inainte si dupa operatie. Chimioterapia administrata atat preoperator, cat si postoperator se numeste **chimioterapie perioperatorie**. In mod curent, ea le este recomandata pacientilor cu adenocarcinom avansat local.

Medicamentele utilizate pentru tratarea adenocarcinomului sunt cisplatin*, 5-fluorouracil* si, uneori, epirubicina*, in functie de decizia medicului curant.

Cele mai frecvente efecte secundare ale chimioterapiei sunt descrise mai jos. Efectele secundare sunt de obicei reversibile dupa incheierea tratamentului. Exista unele strategii disponibile pentru a impiedica sau a ameliora cateva dintre aceste efecte. Ele trebuie discutate cu medicul curant.

Combinatia de radioterapie* si chimioterapie administrate inainte de operatie (**radiochimioterapie preoperatorie**) este o alta optiune terapeutica. Este inca sub semnul intrebării ce pacienti beneficiaza de aceasta abordare mai agresiva a tratamentului. Chimioterapia foloseste substante medicamentoase cu scopul de a distruge celulele tumorale sau de a le limita cresterea. Radioterapia foloseste radiatii directionate la nivelul zonei de localizare tumorala, cu scopul de a distruge celulele tumorale. Efectele radiochimioterapiei preoperatorii sunt inca in curs de cercetare, nefiind dovedite la toti pacientii. Radiochimioterapia* reprezinta combinarea chimioterapiei cu radioterapia in acelasi interval de timp, dupa un anumit program. Cercetari recente au aratat ca administrarea radiochimioterapiei urmata de interventie chirurgicala ar creste rata supravieturii la pacienti, mai ales la cei cu adenocarcinom local avansat. Din nefericire, utilizarea atat a radioterapiei, cat si a chimioterapiei creste riscul de aparitie a efectelor secundare. S-a dovedit ca pacientii pot fi slabiti inainte de operatie si, astfel, pot avea un risc crescut de complicatii postoperatorii. Din acest motiv, nu toti pacientii vor face radiochimioterapie preoperator si o echipa multidisciplinara* de medici va decide terapia optima individualizata pentru fiecare pacient. Este totusi recomandata la toti pacientii la care exista invazie tumorala profunda la nivelul peretelui esofagian sau la nivelul structurilor vecine.

Reactiile adverse ale radiochimioterapiei le cumuleaza pe cele ale chimioterapiei si radioterapiei. Medicamentele cele mai utilizate sunt cisplatin* si 5-fluorouracil* dar si alte substante pot fi utilizate, la indicatia medicului curant. Cele mai frecvente reactii adverse ale chimioterapiei si radioterapiei sunt descrise mai jos in text. De obicei, acestea sunt reversibile dupa incheierea tratamentului. Sunt disponibile unele strategii terapeutice pentru a impiedica sau a ameliora amplitudinea acestor reactii secundare. Ele trebuie discutate in avans cu medicii.

Chimioterapia si radiochimioterapia pot fi administrate si dupa operatie, caz in care reprezinta un tratament postoperator sau adjuvant. Totusi, in prezent nu este clar ce beneficii aduc chimioterapia si radiochimioterapia administrate postoperator, iar efectele secundare ale tratamentului pot fi dificil de suportat. Singura exceptie unde chimioterapia sau radiochimioterapia postoperatorie arata un beneficiu clar este la pacientii cu adenocarcinom al partii inferioare a esofagului, dupa interventia chirurgicala limitata. Aceasta inseamna ca, in timpul operatiei, au fost extirpati doar un numar limitat de ganglioni limfatici* impreuna cu portiunea de esofag afectata.

2. Tumoarea este considerata inoperabila

Daca tumoarea este considerata inoperabila sau daca starea generala a pacientului nu permite practicarea unei interventii chirurgicale, este preferata combinatia dintre chimioterapie* si radioterapie* (radiochimioterapie), deoarece aceasta s-a dovedit a fi mai eficienta decat radioterapia independenta. Medicamentele administrate de obicei sunt cisplatin* si 5-fluorouracil*, dar si altele pot fi utilizate, in functie de decizia medicului. Poate fi luata in considerare efectuarea exclusiv a chimioterapiei. Alegerea tratamentului va fi facuta intotdeauna in cadrul echipei multidisciplinare*.

Radiochimioterapie si chimioterapie pot fi administrate fie cu intentie curativa, fie pentru ameliorarea simptomelor, in functie de extinderea tumorii.

Cele mai frecvente efecte secundare ale chimioterapiei si radioterapiei sunt descrise mai jos in text. Ele sunt de obicei reversibile dupa incheierea tratamentului. Exista unele strategii disponibile pentru a impiedica sau a ameliora o parte din aceste efecte, care trebuie discutate cu medicul curant.

Planul de tratament pentru carcinomul cu celule scuamoase in stadiile 0-III

Tumoarea este alcatuita din celule scuamoase si se limiteaza la esofag sau s-a extins la structurile adiacente. Ganglionii limfatici regionali pot fi afectati sau nu. Nu exista raspandire in alte parti ale organismului.*

1. Tumoarea este considerata operabila

Tratamentul recomandat este cel chirurgical. Partea de esofag care contine tumoarea va fi indepartata. Tipul interventiei va depinde de extinderea tumorii.

In tumorile care au invadat cel mai adanc strat al peretelui esofagian sau structurile adiacente, chimioterapia independenta sau o combinatie de chimioterapie* si radioterapie* (radiochimioterapie) administrata inaintea operatiei poate imbunatati rezultatele interventiei. Daca tumoarea raspunde bine la chimioterapie sau radiochimioterapie, interventia chirurgicala poate fi amanata sau poate deveni inutila. Aceste optiuni terapeutice se vor discuta intr-o echipa multidisciplinara.

Dupa operatie, poate fi luata in discutie o serie suplimentara de sedinte de radiochimioterapie, daca tumoarea nu a putut fi rezecata complet.

Interventia chirurgicala

Interventia chirurgicala este tratamentul de electie pentru cancerul aflat in stadii incipiente, la pacientii cu o stare generala buna. Chiar si atunci cand ganglionii limfatici* din apropiere sunt afectati, operatia ramane cel mai indicat tratament. Totusi, afectarea ganglionilor limfatici scade sansele de vindecare a pacientilor si, de aceea, va fi luata in discutie in echipa multidisciplinara* administrarea unui tratament combinat, care include chimioterapia sau chimioterapia asociata cu radioterapie*, atunci cand se suspecteaza afectarea ganglionilor limfatici din stadiul initial.

Procedee chirurgicale

Exista mai multe tehnici de extirpare a tumorii. Decizia asupra tehnicii va depinde de localizare, de extinderea tumorii si de expertiza chirurgului. Pe langa excizia esofagului (descrisa mai jos), chirurgul va rezece toti ganglionii limfatici din vecinatate, impreuna cu esofagul. Acestia vor fi examinati de catre anatomo-patolog* pentru a vedea daca in interiorul lor apar celule canceroase.

- **Rezectia endoscopica* pentru carcinoamele cu celule scuamoase limitate la mucoasa***

Rezectia endoscopica reprezinta indepartarea unei parti a esofagului prin endoscopie. Pentru aceasta operatiune, medicul introduce un tub subtire, flexibil, cu o sursa de lumina, numit endoscop prin gura pacientului. Endoscopul este prevazut cu un instrument chirurgical ce permite efectuarea unei rezectii a tumorii. Procedura este recomandata pentru carcinoamele scuamocelulare limitate la mucoasa si poate fi efectuata in centre specializate, unde chirurgii sau gastroenterologii* au experienta cu acest tip de interventii. Per total, aceasta tehnica permite salvarea esofagului pacientului.

- **Indeprtarea partiala sau totala a esofagului pentru cancerul scuamocelular care s-a extins la stratul cel mai profund al peretelui esofagian sau la structurile adiacente, cu sau fara invazia ganglionilor limfatici* regionali**

Tipul de interventie depinde de localizarea tumorii. Pe langa operatie, in tumorile care invadeaza cel mai profund strat al peretelui esofagian sau structurile adiacente, o combinatie intre chimioterapie* si radioterapie* administrata inaintea operatiei poate reduce dimensiunea tumorii si, astfel, poate imbunatati rezultatul procedurii.



- **Cancerul scuamocelular al partii superioare a esofagului (cervical)**

Esofagul si ganglionii limfatici pot fi indepartati utilizand 2 incizii (la nivelul gatului si al abdomenului) sau 3. Decizia asupra tipului de interventie chirurgicala apartine chirurgului si este influentata de experienta acestuia.

- **Cancerul scuamocelular al partii mijlocii a esofagului (intratoracic)**

Atunci cand un carcinom cu celule scuamoase este localizat in portiunea mijlocie a esofagului, se recomanda esofagectomia transtoracica. Chirurgii vor efectua doua incizii, una in abdomen si alta in torace. Cea mai mare parte a esofagului va fi extirpata, ceea ce inseamna ca tumoarea este indepartata impreuna cu margini extinse de tesut sanatos deasupra si dedesubtul acesteia. Apoi, stomacul va fi ridicat si conectat la portiunea superioara a esofagului. Atunci cand stomacul nu poate fi utilizat, chirurgii folosesc o parte din intestin pentru a inlocui esofagul.

- **Cancerul scuamocelular al portiunii inferioare a esofagului (jonctiunea esofago-gastrica)**

Cand tumoarea este localizata in portiunea inferioara a esofagului, langa stomac, o parte din stomac va fi de asemenea indepartata. Portiunea ramasa din stomac se va conecta la portiunea superioara a esofagului. De obicei se fac 2 incizii, una in abdomen si alta la nivelul gatului, dar niciuna in torace. Unele tehnici preuspun 3 incizii, la nivelul abdomenului, toracelui si gatului.

Chirurgia esofagului implica riscuri mari si nu este lipsita de efecte secundare. Chirurgii trebuie sa aiba experienta in acest tip de proceduri. Riscurile si efectele secundare ale chirurgiei esofagiene sunt prezentate mai departe in acest document si trebuie discutate de la inceput cu medicii.

Terapia adjuvanta

Reprezinta tratamentul administrat pe langa cel principal, in acest caz interventia chirurgicala de indepartare a tumorii.

Decizia de a administra chimioterapie si, uneori, radioterapie* inainte de operatie depinde de extinderea si de stadiul tumorii.

Decizia de a combina chimioterapia cu radioterapia dupa operatie depinde de extirparea in totalitate sau doar partial a tumorii de catre chirurg.

Radiochimioterapie* este combinatia dintre chimioterapie si radioterapie in acelasi interval de timp, administrata dupa un anumit program. Chimioterapia inseamna utilizarea medicamentelor cu scopul de a distruge celulele tumorale sau de a le limita cresterea. Radioterapia tinteste distrugerea celulelor canceroase folosind radiatii directionate exact spre zona afectata.

Efectul radiochimioterapiei administrate inainte de operatie este inca in studiu si nu s-a dovedit inca un beneficiu pentru toti pacientii. Cercetari recente sugereaza ca radiochimioterapie urmato de operatie ar putea creste rata de supravietuire la pacientii cu carcinom scuamocelular care s-a extins la stratul cel mai profund al peretelui esofagian sau structurile adiacente. Din nefericire, utilizarea concomitenta a radioterapiei si a chimioterapiei creste riscul aparitiei efectelor secundare. S-a aratat ca pacientii pot fi lipsiti de resurse inainte de operatie si pot prezenta un risc mai mare de complicatii severe dupa aceasta. Din acest motiv, inca nu este clar care pacienti ar beneficia de radiochimioterapie preoperatorie. Aceasta este, totusi, recomandata pentru toti pacientii cu o tumoare care s-a extins la cel mai profund strat al peretelui esofagian sau la structurile adiacente.

Efectele secundare ale radiochimioterapiei le includ pe cele ale chimioterapiei si pe cele ale radioterapiei. Cele mai frecvente vor fi descrise mai tarziu in text (a se vedea "*Care sunt posibilele efecte secundare ale tratamentului?*"). In mod normal, ele sunt reversibile odata cu incheierea tratamentului. Sunt disponibile unele strategii pentru a impiedica aparitia sau a ameliora amplitudinea acestor reactii. Toate trebuie discutate de la inceput cu medicii.

Cand medicii observa ca tumoarea raspunde bine la radiochimioterapie, pot decide sa continue cu acest tratament si sa amane interventia chirurgicala. Un raspuns al tumorii inseamna ca dimensiunea tumorii se reduce datorita tratamentului. Raspunsul este evaluat dupa simptomele pacientului, prin endoscopie* (cu noi biopsii*) si prin tehnici imagistice. Acestea pot fi esofagograma*, scanarea CT* sau PET-CT*. In cazul unui raspuns pozitiv, medicii pot creste doza de radiatii. Studiile au aratat ca, facand acest lucru, supravietuirea pacientilor este aceeasi ca in cazul operatiei. Totusi, exista o probabilitate mai mare ca tumoarea sa repara in acelasi loc in esofag. De aceea, monitorizarea intensiva a pacientului de catre o echipa multidisciplinara* experimentata si efectuarea imediata a unei interventii chirurgicale in cazul progresiei tumorii sunt foarte importante.

In unele cazuri, interventia chirurgicala nu este necesara. Tratamentul se numeste radiochimioterapie definitiva. Aceasta tactica este recomandata mai ales pacientilor cu o tumoare in regiunea superioara, cervicala a esofagului, deoarece aceste tumori sunt greu de indepartat chirurgical.

Dupa operatie, partea din esofag care a fost extirpata va fi examinata de catre un patolog* in laborator, proces numit examinare histopatologica*. Medicul va verifica daca marginile partii rezecate sunt libere si, astfel, daca intreaga tumoare a fost indepartata. Daca se gasesc celule canceroase in marginile portiunii rezecate, inseamna ca o parte a tumorii nu a fost eliminata. In acest caz, se poate administra radiochimioterapie suplimentara, pentru a elimina celulele canceroase ramase in organism. Acesta se numeste tratament postoperator sau adjuvant.

Astazi inca nu este clar ce beneficiu ar aduce administrarea radiochimioterapiei dupa interventia chirurgicala.

2. Tumoarea este considerata inoperabila

Pentru pacientii in stare necorespunzatoare sau care nu doresc sa fie supusi unei interventii chirurgicale, radiochimioterapia* are un efect mai bun decat radioterapia* ca unic tratament. Tratamentul va fi intotdeauna discutat intr-o echipa multidisciplinara*. Medicamentele administrate in mod uzual sunt cisplatinul* si 5-fluorouracilul*, dar si altele pot fi avute in vedere, in functie de decizia medicului curant. Doza de radiatii considerata ca tratament standard poate fi de pana la 60 Gy sau peste; de obicei se recomanda doze mai inalte. Gy este abrevierea pentru Gray si reprezinta unitatea de masura pentru o doza de radiatii care se administreaza in cursul radioterapiei. Radiochimioterapia poate fi administrata fie cu intentie curativa, fie pentru a ameliora simptomele sau in ambele scopuri, in functie de extinderea tumorii.

Planul terapeutic pentru boala metastatica* (stadiul IV)

Tumoarea este fie cu celule scuamoase, fie de tip adenocarcinom si s-a raspandit in alte parti ale organismului, precum plamanii sau ficatul, indiferent de invazia locala si de afectarea ganglionilor limfatici.*

Pacientii cu cancer esofagian metastatic pot fi luati in considerare pentru anumite optiuni terapeutice cu scopul de a li se ameliora simptomele. Alegerea va fi facuta in functie de situatia lor individuala.

Tratamentul local

Brahiterapia este un tip de radioterapie* in care materialul radioactiv este plasat direct in sau langa tumoare. Datorita apropierii de tumoare si a distantei scurte pe care radiatia trebuie sa o parcurga, se pot administra doze mai mari de radiatii decat in radioterapia externa, care utilizeaza radiatii venite din afara organismului si indreptate spre aria tumorală. Aceasta tactica poate ameliora disconfortul si dificultatile de inghitire la pacientii cu cancer esofagian metastatic*. S-a dovedit ca are un efect mai bun pe termen lung si mai putine reactii adverse decat plasarea unui **stent**. Un stent este un tub de metal amplasat in interiorul esofagului pentru ca acesta sa nu mai fi blocat de tumoarea in crestere si care permite trecerea mancarii prin esofag. Efectele secundare ale brahiterapiei sunt durerile de gat temporare si greturile. Totusi exista riscul ca tumoarea sa creasca dupa un timp peste un capat al stentului si sa blocheze din nou esofagul.

Terapia sistemică*

Terapia sistemică este aceea care are drept țintă toate celulele canceroase aflate în corp. Chimioterapia* este principalul tip de terapie sistemică, spre deosebire de terapiile locale, precum chirurgia sau radioterapia*, care acționează asupra celulelor canceroase dintr-o arie delimitată. Chimioterapia poate ajuta la reducerea simptomelor și trebuie luată în considerare îndeosebi pentru pacienții cu o stare generală și de sănătate bună. În general, se folosesc cisplatin* și 5-fluorouracil*. Totuși, unele medicamente noi din aceleși clase terapeutice par să aibă eficacități mai înalte și oferă o îmbunătățire a calității vieții.

Pacienții cu adenocarcinom al părții inferioare a esofagului trebuie supuși unui proces de screening pentru statusul HER2*. Când există prea multe copii ale genei HER2 sau o cantitate prea mare a proteinei HER2, vorbim despre un cancer HER2-pozitiv. În acest caz, un medicament numit trastuzumab* poate fi adăugat chimioterapiei. Trastuzumabul este un medicament care ținteste exact proteina HER2. Acest tip de tratament se numește terapie țintită*.

CARE SUNT POSIBILELE EFECTE SECUNDARE ALE TRATAMENTULUI?

Riscurile si efectele secundare ale operatiei

Extirparea esofagului este o procedura chirurgicala cu risc inalt. Ea implica anumite riscuri si poate cauza probleme de sanatate nedorite, numite complicatii. De obicei, acestea se pot trata, dar uneori sunt dificil de gestionat si pot fi fatale.

Unele riscuri sunt comune cu ale tuturor interventiilor chirurgicale efectuate sub anestezie generala*. Aceste complicatii sunt rare si includ tromboza* venoasa profunda, problemele cardiace sau respiratorii, sangerarile, infectiile sau reactiile la anestezie. Desi aceste riscuri exista, medicii vor lua cele mai potrivite masuri pentru a le reduce la minimum.

Conectarea stomacului cu partea ramasa din esofag se numeste anastomoza. Aceasta anastomoza poate fi neetansa dupa operatie sau poate provoca o infectie la nivelul toracelui. Dupa un timp, ingustarea (stenozarea) esofagului din cauza formarii cicatricii poate cauza dificultati la inghitire. In timpul endoscopiei*, aceasta ingustare poate fi dilatata din nou, atenuand problema.

La unii pacienti, golirea stomacului dureaza mai mult decat inainte, lucru care poate provoca greturi si varsaturi. Altii acuza arsuri la stomac, deoarece muschiul care separa esofagul de stomac a fost inlaturat. Exista medicamente eficiente care sa amelioreze aceste simptome. Un nutritionist* sau un dietetician poate sa sfatuiasca si sa ajute pacientii sa reincepta alimentatia si sa adapteze gradual alimentele si bauturile consumate la procesul de vindecare a esofagului.

Riscurile si efectele secundare ale chimioterapiei*

Cele mai importante reactii adverse sunt:

- caderea parului
- greata si varsaturile
- diareea
- durerile sau ulceratiile la nivelul gurii
- numarul mic de celule sanguine. Scaderea numarului de celule albe va determina un risc mai mare de a suferi de infectii, iar vindecarea lor va fi mai grea. Scaderea numarului de celule rosii* duce la anemie*, care poate provoca oboseala si dispnee. Scaderea trombocitelor* poate face pacientii mai sensibili la invinetire si sangerare (de ex. sangerari nazale sau gingivale).

In afara de acestea, fiecare medicament poate produce diferite efecte nedorite. Cele mai comune sunt cele enumerate mai jos, dar nu toti pacientii le vor avea si nu la aceeasi gravitate.

- 5-fluorouracilul* poate da oboseala, care poate dura cateva luni dupa incheierea tratamentului.

- Cisplatinul* poate duce la pierderea auzului si la afectare renala. Functia renala este verificata prin efectuarea unor analize de sange inainte de inceperea tratamentului. Pentru a impiedica deteriorarea acesteia, este foarte important sa se consume o cantitate mare de apa in cursul tratamentului.
- Epirubicina* produce rareori afectarea muschiului inimii, de obicei doar atunci cand este utilizata pentru mai multe luni sau la persoanele cu probleme cardiace anterioare. Daca aveti afectiuni cardiace, medicul va decide o examinare inainte de tratament, pentru a vedea daca functia cardiaca va fi afectata in cursul terapiei. De asemenea, medicamentul poate creste sensibilitatea pielii la lumina solara si poate provoca inrosirea suprafetelor expuse la radioterapie* in trecut. Urina se poate colora in rosu sau roz pentru cateva zile dupa tratament. Aceasta nu este din cauza prezentei sangelui, ci se datoreaza culorii substantei.

Riscurile si efectele adverse ale radiochimioterapiei*

Efectele adverse ale radiochimioterapiei sunt la fel cu acelea ale chimioterapiei* (anterior) si radioterapiei. Principalele efecte adverse ale radioterapiei administrate la nivelul toracelui si/sau al stomacului sunt slabiciunea si durerea intensa in gat. Deoarece alimentatia poate fi dificila, unii pacienti pierd temporar in greutate sau necesita administrarea de fluide intravenos*.

Riscurile si efectele secundare ale terapiei tintite*

Cel mai comune efecte adverse provocate de trastuzumab* sunt oboseala, diareea si reactii precum frisoanele, febra, starea de rau, respiratia suieratoare, durerile de cap si slabiciunea. Aceste reactii se reduc, de obicei, pe masura ce tratamentul continua.

CE SE INTAMPLA DUPA TRATAMENT?

Nu este neobisnuit ca pacientii sa experimenteze simptome legate de tratament chiar si dupa incheierea acestuia.

- Deseori apar anxietate, tulburari ale somnului sau depresie in faza post-terapeutica; pacientii care prezinta aceste simptome pot beneficia de asistenta psihologica.
- Tulburarile de memorie si dificultatile de concentrare sunt efecte secundare obisnuite ale chimioterapiei* si, in general, sunt reversibile in cateva luni.
- Inghitirea poate fi dureroasa pentru un timp, mai ales in ce priveste alimentele solide. Un nutritionist* sau un dietetician poate indruma pacientul in reluarea alimentatiei si adaptarea dietei in functie de procesul de vindecare a esofagului.



Controalele medicale*

Dupa incheierea tratamentului, medicii propun un program de urmarire constand in consultatii regulate ce au ca scop:

- evaluarea efectelor adverse ale tratamentului si tratarea lor
- asigurarea de asistenta psihologica si informatii pentru a usura intoarcerea la o viata normala
- detectarea posibilelor recidive* cat mai curand posibil

Nu exista un interval de timp standard recomandat pentru vizitele de control.

Doar atunci cand radiochimioterapia* a fost unicul tratament al cancerului scuamocelular avansat local, fara interventie chirurgicala, se va efectua o supraveghere foarte stricta. Aceasta este necesara pentru a detecta orice marire sau extindere a tumorii (numita progresie) cat mai curand posibil si a efectua rapid interventia chirurgicala.

Controalele medicale la oncolog trebuie sa cuprinda:

- Descrierea istoricului, enumerarea simptomelor si examinarea clinica. Medicul sau dieteticianul se va concentra, de asemenea, asupra dietei si posibilelor probleme de alimentatie.
- In unele cazuri, medicul poate solicita o noua endoscopie* cu o posibila biopsie* sau tehnici imagistice, precum un tranzit baritat esofagian*, o scanare CT* sau PET-CT*.

Intoarcerea la o viata normala

Poate fi dificil de trait cu ideea ca boala canceroasa ar putea reveni. Pe baza cunostintelor actuale, nu se poate recomanda nicio metoda specifica pentru a descreste riscul de recidiva* dupa incheierea tratamentului. Din cauza cancerului in sine si a tratamentului, revenirea la o viata normala poate sa nu fie usoara pentru unele persoane. Pot aparea intrebari legate de imaginea personala, de oboseala, munca, emotii sau stilul de viata. Discutarea acestor probleme cu rudele, prietenii sau medicii poate fi de folos. Unele persoane pot beneficia de sprijin si din partea grupurilor de fosti pacienti sau pot apela liniile telefonice ce ofera informatii specializate.

Ce se intampla cand cancerul revine?

Daca boala revine, se numeste recidiva*. Tratamentul depinde de locul si extinderea recidivei si de tratamentele administrate anterior. Cancerul poate reaparea in esofag sau in alta parte a corpului.

Daca boala revine in esofag, acest tip de recidiva este tratat adeseori prin indepartarea esofagului. Daca pacientul nu poate suporta interventia chirurgicala din cauza altor probleme de sanatate, cancerul poate fi tratat cu chimioterapie, radioterapie sau ambele.

Daca boala recidiveaza la nivel local dupa operatie, se poate administra radioterapie si/sau chimioterapie. Daca radioterapia a fost utilizata inainte, repetarea ei este o optiune foarte rar recomandata. Daca anterior s-a utilizat chimioterapia, aceasta poate fi repetata in general. Uneori se folosesc aceleasi medicamente ca in prima cura, dar adeseori se folosesc alte variante.

Cancerul esofagian care reapare in alte organe sau tesuturi* trebuie tratat asa cum s-a aratat anterior, in sectiunea intitulata "Planul terapeutic pentru boala metastatica* (stadiul IV)".

DEFINITIILE TERMENILOR DIFICILI

5-fluorouracil

Medicament folosit pentru tratarea simptomelor cancerului de colon, de san, de stomac si de pancreas. Este folosit si sub forma de crema, pentru a trata anumite boli de piele. 5-fluorouracilul opreste productia de ADN de catre celule si poate distruge celulele canceroase. Este un tip de antimetabolit si se mai numeste 5-FU sau fluorouracil.

Anemie

Boala caracterizata prin diminuarea numarului de globule rosii din sange sau a valorii hemoglobinei. Fierul care contine hemoglobina duce oxigenul de la plamani in tot corpul, proces diminuat in cazul anemiei.

Anestezie

Stare reversibila de pierdere a constientei, in care pacientul nu simte durere, nu are reflexe normale si raspunde mai putin la stres. Este indusa artificial prin folosirea anumitor substante, cunoscute drept anestezice. Poate fi completa sau partiala si permite pacientului sa treaca prin interventii chirurgicale.

Biopsie

Inlaturarea unor celule sau tesuturi* pentru examinarea lor de catre un patolog*. Acesta poate studia tesuturile la microscop sau poate efectua alte teste. Exista mai multe tipuri de proceduri pentru biopsie. Cele mai comune includ: (1) biopsia incizionala, in care numai o mostra de tesut este inlaturata, (2) biopsia excizionala, in care intreaga zona cu probleme este inlaturata si (3) biopsia cu acul, in care o mostra de tesut sau lichid este inlaturata cu un ac. Atunci cand se foloseste un ac gros, procedura se numeste punctie tisulara, iar atunci cand se foloseste un ac subtire, procedura se numeste aspiratie cu ac fin.

Chimioterapie

Tip de tratament pentru cancer care foloseste medicamente pentru a distruge celulele canceroase si/sau a limita cresterea lor. Aceste medicamente sunt administrate de obicei pacientilor prin perfuzare lenta intr-o vena, dar pot fi administrate si oral, prin perfuzie directa intr-un membru sau prin perfuzare in ficat, in functie de localizarea cancerului.

Cisplatin

Medicament folosit pentru tratarea multor tipuri de cancer, care contine metalul numit platina. Ucide celulele canceroase prin alterarea ADN-ului si impiedicarea divizarii acestora. Cisplatinul este un tip de agent alchilant.

Cromozom

Structura organizata care codeaza genele. Acestea sunt codul organismului pentru caracteristici precum culoarea parului sau genul. Celulele umane au 23 de perechi de cromozomi* (un total de 46). Celulele canceroase sau leucemice au adesea o anomalie cromozomiala, care consta intr-o schimbare a cromozomilor*; spre exemplu, duplicarea cromozomiala, care inseamna detinerea unui cromozom in plus (al 47-lea) sau pierderea unui cromozom (45 de cromozomi*). O inversiune genetica sau cromozomiala apare atunci cand nu este adaugat sau sters niciun cromozom*, insa o portiune este inversata. Spre exemplu, in cuvantul „irevns”, mijlocul a fost inversat.

Diafragma

Muschiul subtire de sub plamani si inima, care separa pieptul de abdomen.

Ecografie endoscopica

Procedura in care un endoscop este introdus in corp. Endoscopul este un tub subtire, cu o sursa de lumina si o lentila pentru vizualizare. O sonda de la capatul endoscopului este folosita pentru a face unde sonore de mare intensitate sa se loveasca de organele interne, pentru a crea o imagine (sonograma). Se mai numeste endosonografie si EUS.

EKG/electrocardiograma

Grafic care arata schimbarile in activitatea electrica a inimii de-a lungul timpului. Se realizeaza cu un instrument numit electrocardiograf. Graficul poate arata anomalii, precum artere blocate, schimbari ale electrolitilor (particule cu incarcare electrica) si schimbari in modul in care curentii electrici trec prin tesutul cardiac. Se mai numeste ECG.

Endoscopie/endoscopic

Procedura medicala in care medicul introduce un instrument asemeni unui tub in corp pentru a se uita in interior. Exista mai multe tipuri de endoscopii, fiecare fiind gandit pentru o anumita parte a corpului.

Epirubicina

Medicament folosit impreuna cu alte tipuri de medicamente pentru tratarea cancerului de san in stadiu incipient care s-a raspandit la ganglionii limfatici*. Este studiat si pentru a fi folosit in tratarea altor tipuri de cancer. Epirubicina este un tip de antibiotic din clasa antraciclinelor. Se mai numeste Ellence si epirubicin hidroclorid.

Epiteliu

Termenul se refera la celulele care captureaza organele cavitare si glandele si la acelea care formeaza suprafata exterioara a corpului. Celulele epiteliale ajuta la protejarea organelor. Majoritatea produc mucus* sau alte secretii.

Esofagograma (tranzit baritat al esofagului)

Serie de radiografii ale esofagului facute dupa ce pacientul bea un lichid care contine sulfat de bariu (o forma a elementului metalic bariu, de culoare alb-argintie). Sulfatul de bariu imbraca si evidentiaza peretele interior al esofagului, facilitand vizualizarea sa cu raze X. Se mai numeste esofagograma de contrast.

Factor de risc

Element care creste riscul de dezvoltare a unei boli. Cateva exemple de factori de risc pentru cancer sunt varsta, istoricul familial care include anumite tipuri de cancer, fumatul, expunerea la radiatii sau la anumite substante chimice, infectiile cu anumite virusuri sau bacterii si unele schimbari genetice.

Follow-up (Urmarire)

Monitorizarea starii de sanatate a unei persoane de-a lungul timpului, dupa ce s-a facut tratamentul. Include urmarirea starii de sanatate a unei persoane care a participat la un studiu clinic pentru o anumita perioada de timp, atat in timpul studiului, cat si dupa finalizarea lui.

Ganglion limfatic

Masa rotunjita de tesut limfatic* inconjurat de o capsula de tesut conjunctiv. Ganglionii limfatici filtreaza limfa si stocheaza limfocitele. Sunt localizati de-a lungul vaselor limfatice si se mai numesc glande limfatice.

Gastroenterolog

Medic specializat in diagnosticarea si tratarea bolilor sistemului digestiv.

Helicobacter pylori

Tip de bacterie care cauzeaza inflamatii si ulcere in stomac sau in intestinul subtire. Persoanele infectate cu Helicobacter pylori au un risc mai mare de a dezvolta cancer de stomac, inclusiv limfom MALT (al tesutului limfoid asociat mucoasei). Se mai numeste H. pylori.

Hematie/Celula sanguina rosie

Cel mai frecvent tip de celula sanguina. Este substanta care ii ofera sangelui culoarea rosie. Functia sa principala este sa transporte oxigen.

HER2

Proteina implicata in cresterea normala a celulelor. Se gaseste in unele tipuri de celule canceroase, inclusiv cele mamare si ovariene. Celulele canceroase prelevate pot fi testate pentru prezenta HER2/neu, in scopul de a se decide tipul optim de tratament. HER2/neu este un tip de receptor de tirozin-kinaza. Se mai numeste c-erbB-2, receptor EGF uman 2 si receptor pentru factorul uman de crestere epidermica 2.

Hibridizare Fluorescenta In Situ (FISH)

Tehnica folosita de patologi* pentru a identifica modificarile genelor si ale cromozomilor*. Aceasta permite detectarea unor schimbari unice, care ajuta medicii sa afle ce tip de leucemie are un pacient.

Histopatologie

Studiul celulelor si tesuturilor* bolnave prin folosirea unui microscop.

Imunohistochimie

Se refera la procesul detectarii de antigeni (de exemplu, proteine) in celulele unei sectiuni de tesut*, prin exploatarea principiului anticorpilor care se leaga in mod special de antigenii din tesuturile biologice. Acesti antigeni sunt vizualizati cu ajutorul unui marker, cum ar fi o vopsea fluorescenta, o enzima sau aur coloidal. Colorarea imunohistochimica se foloseste pe scara larga in diagnosticarea celulelor anormale, cum sunt cele din tumorile canceroase.

Intravenos

În interiorul unei vene. Se referă de obicei la introducerea unui medicament sau a unei alte substanțe printr-un ac sau un tub inserat într-o venă. Se mai numește IV.

Lamina propria

Lamina propria este un strat subțire de țesut* conjunctiv liber situat sub epiteliu* și care, împreună cu epiteliul, formează mucoasa*. Termenul de mucoasă sau membrana mucoasă se referă întotdeauna la combinația dintre epiteliu și lamina propria.

Metastaza/metastatic

Răspândirea cancerului dintr-o zonă a corpului în alta. O tumoră formată din celule care s-au răspândit se numește tumoră metastatică sau metastază și conține celule identice aceluia din tumoră originală.

Mucoasa

Partea interioară umedă a anumitor organe și cavități ale corpului. Glandele din mucoasă produc mucus*. Se mai numește și membrana mucoasă.

Mucus

Mucusul este o substanță alunecoasă secretată de membranele mucoase care captusește multe dintre suprafețele interne ale corpului. Acesta conține proteine, enzime antimicrobiene, anticorpi și sare. Mucusul protejează celulele din epiteliul* sistemelor respirator, gastrointestinal, urinar, genital, vizual și auditiv.

Musculara mucoasei

Strat subțire și profund de fibre musculare netede, găsit în unele membrane mucoase și în tractul digestiv. Separă membranele mucoase de un strat mai adânc de țesut, numit submucoasă.

Nutritionist

Specialist în domeniul sănătății, care oferă sfaturi în ceea ce privește impactul alimentelor și al nutriției asupra sănătății. Unele persoane folosesc termenul de dietetician ca sinonim pentru nutritionist, însă există diferențe importante de la o țară la alta în ceea ce privește pregătirea de care are nevoie o persoană pentru a fi recunoscută ca nutritionist sau ca dietetician. În unele țări, orice persoană se poate autointitula expert în nutriție, chiar dacă a învățat doar pe cont propriu.

Opinie multidisciplinară (Abordare multidisciplinară)

Planificare a tratamentului în care mai mulți medici experți în diferite discipline (specialități medicale) discută boala și opțiunile de tratament pentru un pacient. În tratarea cancerului, o opinie multidisciplinară poate include un oncolog medical (care oferă medicamentele cele mai potrivite pacientului), un chirurg oncolog (care operează cancerul în cauză) și un oncolog radiolog* (care tratează bolnavul cu radiații*). Se mai numește și consiliu pentru tumori.

Patolog

Medic specializat în histopatologie*, studiul celulelor și țesuturilor bolnave prin folosirea unui microscop.

Pericard

Pericardul este un sac cu pereti dubli care inconjoara inima si „radacinile” marilor vase de sange. El are mai multe functii: tine inima in cavitatea toracica si previne cresterea excesiva a inimii atunci cand se mareste volumul de sange. In interiorul pericardului se afla cavitatea pericardica, plina cu lichid pericardic, care reduce frecarea dintre membranele pericardice.

Pleura

Strat subtire de tesut* care acopera plamanii si captuseste peretele interior al cavitatii toracice, protejand si acoperind plamanii. Acest tesut secreta o cantitate mica de lichid care actioneaza ca un lubrifiant, permitand plamanilor sa se miste lin in cavitatea toracica in timpul respiratiei.

Prognostic

Modalitatea probabila in care va evolua o boala; probabilitatea de recuperare sau de recurenta* a acesteia.

Radiochimioterapie (chimioiradiere)

Tratament care combina chimioterapia* cu radioterapia.

Radioterapie

Terapie in care radiatiile sunt folosite in tratarea cancerului, orientate intotdeauna spre locatia specifica a bolii.

Raze X

Razele X sunt o forma de radiatie folosita pentru a obtine imagini din interiorul unor obiecte. In medicina, razele X sunt folosite in mod frecvent pentru a obtine imagini ale interiorului corpului.

Recidiva

Cancer sau boala (de obicei auto-imuna) care a revenit, de regula dupa o perioada de timp in care nu a fost prezenta sau nu a putut fi detectata. Poate reveni in acelasi loc unde a fost descoperita tumoarea initiala (primara) sau in alta zona din corp. Se mai numeste cancer recurent sau boala recurenta.

Reflux gastroesofagian

Intoarcerea continutului acid al stomacului in esofag (tubul care leaga cavitatea bucala de stomac). Se mai numeste reflux esofagian, reflux gastric si reflux acid.

Scanare PET-CT

Procedura in care o cantitate mica de glucoza radioactiva (zahar radioactiv) este injectata intr-o vena, iar un scanner este folosit pentru a face fotografii detaliate, computerizate, ale zonelor din interiorul corpului unde este folosita glucoza. Cum celulele canceroase adesea folosesc mai multa glucoza decat cele normale, imaginile pot fi folosite pentru a gasi celulele canceroase din corp. Se mai numeste tomografie cu emisie de pozitroni.

Sindrom Plummer-Vinson

Boala marcata de anemie cauzata de deficienta de fier si de cresterea sub forma de retea a unor membrane in gat, care duc la dificultati de inghitire. Acest sindrom poate creste riscul de cancer esofagian. Se mai numeste sindromul Paterson-Kelly si disfgie sideropenica.

Submucoasa

În tractul gastrointestinal, submucoasa este stratul de țesut* conjunctiv neregulat dens sau țesut conjunctiv liber care susține mucoasa* și o leagă de masa fibrelor musculare netede subiacente (fibre dispuse circular în straturile de mușchi longitudinali).

Terapie sistemică/tratament sistemic

Tratament care folosește substanțe ce călătoresc prin fluxul sanguin, atingând și afectând celule din tot corpul. Chimioterapia și imunoterapia sunt exemple de terapie sistemică.

Terapie țintită/tratament țintit

Tip de tratament care folosește medicamente sau alte substanțe, cum ar fi anticorpii monoclonali, pentru a identifica și a ataca anumite tipuri de celule canceroase. Terapiile țintite pot avea mai puține efecte secundare decât alte tipuri de tratamente pentru cancer.

Tesut

Grup sau strat de celule care lucrează împreună pentru a îndeplini o anumită funcție.

Tiloza

Boala mostenită marcată de hipercheratoza palmelor și a talpilor (calozități) și de pete de țesut alb anormal la nivelul gurii, cunoscute drept leucoplazie orală.

Tip histologic

Categorie din care face parte o tumoră, în funcție de caracteristicile celulelor și ale altor structuri văzute la microscop.

Tomografie computerizată (scanare CT)

Forma de radiografie în care organele corpului sunt scanate cu raze X*, iar rezultatele sunt sintetizate de un computer pentru a genera imagini cu părțile corpului.

Trastuzumab

Anticorp monoclonal gândit pentru a se atașa de HER2*. Prin această atașare, activează celulele sistemului imunitar, care apoiucid celulele tumorale. Trastuzumabul oprește, de asemenea, HER2 să producă semnale care duc la creșterea celulelor tumorale. Aproximativ un sfert din toate cancerele la sân și o cincime din cancerele de stomac manifestă supraexpresia genei HER2.

Trombocite (plachete)

Mici fragmente de celule care joacă un rol fundamental în formarea cheagurilor de sânge. Pacienții cu un număr mic de trombocite risca sângerări severe. Pacienții cu un număr mare de trombocite risca tromboze (formarea de cheaguri de sânge care pot bloca vasele de sânge și pot provoca accidente vasculare cerebrale sau alte boli grave) sau sângerări severe, din cauza disfuncției trombocitare.

Tromboza venoasă profundă

Formarea unui cheag de sânge într-o venă profundă de la nivelul piciorului sau al pelvisului inferior. Simptomele pot include durere, umflare, căldură și înroșire în zona afectată. Se mai numește și DVT (deep vein thrombosis).

Ghidurile ESMO și ale Anticancer Fund (Fondului Anticancer) sunt destinate să ajute pacienții, rudele și apropiații lor să înțeleagă natura diferitelor tipuri de cancer și să evalueze cele mai bune variante de tratament. Informația medicală din aceste ghiduri pentru pacienți se bazează pe Ghidurile de Practică Clinică ale ESMO, care sunt menite să ghideze medicii în diagnosticarea, urmărirea și tratamentul diferitelor tipuri de cancer. Aceste ghiduri sunt produse de Anticancer Fund (Fondul Anticancer) în colaborare cu Grupul de Lucru pentru Ghiduri al ESMO și Grupul de Lucru pentru Pacienți al ESMO.

Pentru mai multe informații, accesați www.esmo.org,
www.anticancerfund.org

