

## **GUZ SZYI**

U 5% chorych z chorobą nowotworową i u 40% chorych z rakiem umiejscowionym w obrębie głowy i szyi, guz szyi jest pierwszym objawem choroby. W związku z tym każdy guz na szyi powinien przede wszystkim być zdiagnozowany w celu wykluczenia choroby nowotworowej.

Podstawą diagnostyki guzów szyi oprócz badania podmiotowego i przedmiotowego jest ultrasonografia i biopsja aspiracyjna cienkoigłowa guza (nakłucie zmiany cienką igłą i pobranie małej ilości materiału do badania histopatologicznego). W trudnych przypadkach wykorzystuje się badanie tomografii komputerowej oraz rezonans magnetyczny. W razie braku dopowiedzi z biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej, konieczne jest pobranie całego węzła chłonnego do badania histopatologicznego. Do diagnostyki guzów naczyniowych wykorzystywane są badania naczyniowe. W przypadku trudności ze znalezieniem ogniska pierwotnego nowotworu, wykonywane są badania pozytonowej emisyjnej tomografii.

W obrębie szyi znajduje się połowa wszystkich węzłów chłonnych człowieka. Najczęściej spotykanym guzem na szyi jest powiększony węzeł chłonny. Jego powiększenie może mieć charakter: zmiany miejscowej, procesu uogólnionego, procesu odczynowego oraz przerzutu nowotworowego. Stąd diagnostyka różnicowa guzów szyi ma za zadanie określenie procesu prowadzącego do ich powiększenia. Mogą to być:

- Zmiany zapalne wywołane zakażeniem bakteryjnym nieswoistym, zakażeniem bakteryjnym swoistym (gruźlica, kiła, promienica), zakażeniem wirusowym. W tych przypadkach stosuje się leczenie zachowawcze.
- Nowotwory pierwotne i przerzutowe. Pierwotne to najczęściej różnego typu białaczki. W przypadku zmian przerzutowych najczęstszą lokalizacją punktu wyjścia procesu nowotworowego są narządy znajdujące się w obrębie głowy i szyi. Czasami trudne jest znalezienie miejsca wyjścia procesu rozrostowego. U ponad 50% chorych ogniska pierwotne nowotworów ujawniają się w czasie 5-letniej obserwacji.

Czasami ognisko pierwotne nie zostaje wykryte. Leczenie tych procesów zależne jest od postaci nowotworu oraz stopnia zaawansowania procesu. Im wcześniejsze jest rozpoznanie, tym lepsze rokowanie. W przypadku chorób nowotworowych pierwotnie rozwijających się w układzie chłonnym szyi, leczenie operacyjne ogranicza się do pobrania węzła chłonnego do badania histopatologicznego, które odpowie na pytanie, jaki typ rozrostu występuje u chorego. Od tego uzależniony jest sposób leczenia, : chemioterapia, ewentualnie połączona z radioterapią. To leczenie prowadzone jest przez onkologów.

W przypadku potwierdzenia przerzutu nowotworu do węzłów chłonnych na szyi, chory wymaga operacji usunięcia układu chłonnego szyi całkowitego lub operacji zmodyfikowanych. Operacje te mogą prowadzić do ograniczenia ruchów kończyny górnej do tyłu i do góry, bólów w obrębie barku. Jest to związane z koniecznością przecięcia nerwów dochodzących do splotu barkowego. Może również dochodzić do zaburzeń odpływu krwi i chłonki z głowy i szyi, co prowadzi do powstania obrzęków jak również do wystąpienia bólów głowy. Dolegliwości mogą z różnym nasileniem występować do końca życia. Oprócz operacji w obrębie układu chłonnego szyi, konieczne jest podjęcie leczenia w stosunku do narządu, z którego proces nowotworowy wziął początek. Wybrany sposób leczenia zależy od lokalizacji, od stopnia zaawansowania klinicznego i od wyniku badania histopatologicznego. Może to być jednoczasowe leczenie operacyjne lub napromienianie, albo leczenie połączone operacja i napromienianie.

- Guzy pochodzenia gruczołowego (guzy tarczycy i przytarczyc), pochodzenia nerwowego (nerwiaki) i guzy kłęбка szyjnego oraz guzy pochodzenia naczyniowego. W stosunku do tych guzów przyjmujemy raczej leczenie operacyjne. W przypadku guzów naczyniowych i guzów kłęбка szyjnego, operacja poprzedzona jest badaniem naczyniowym połączonym z embolizacją.
- Wady wrodzone w postaci torbieli środkowych szyi i torbieli bocznych szyi (skrzelopochodne) mogą ujawnić się w każdym wieku w postaci guza na szyi. Leczeniem jest operacyjne ich usunięcie.

Chorzy po usunięciu guza szyi, który nie jest wywołany chorobą nowotworową, zgłaszają się na badanie kontrolne w trybie ambulatoryjnym po dwóch tygodniach od operacji. Natomiast chorzy z rozpoznaną chorobą nowotworową są zobligowani do zgłaszania się na badania kontrolne do końca życia. W początkowym okresie co miesiąc, do 3 lat po operacji co 3 miesiące, do 5 lat co 6 miesięcy, w dalszej katamnezie co rok. **Badania kontrolne są niezwykle ważne dla chorego.** Mają one za zadanie wykluczenie wznowy choroby nowotworowej, pojawienia się przerzutów, jak również wystąpienia drugiego ogniska nowotworowego.

Wszelkich informacji dotyczących istoty choroby, proponowanego leczenia udzieli Państwu lekarz prowadzący.