



ONKOLOŠKI
INŠTITUT
LJUBLJANA

INSTITUTE
OF ONCOLOGY
LJUBLJANA

Rak požiralnika

*Kaj morate vedeti
o bolezni?*



ISBN 978-961-6071-44-4

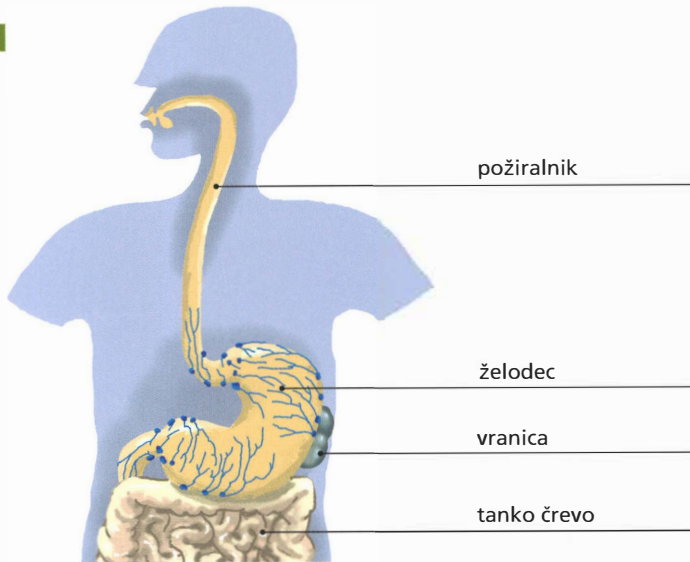


9 789789 616076

Dodatne informacije

Več o dejavnosti Onkološkega inštituta Ljubljana si lahko preberete na spletni strani: www.onko-i.si kjer se nahaja tudi elektronska oblika knjižice.

- 2 Požiralnik
- 3 Kaj je rak?
- 4 Dejavniki tveganja
- 6 Znaki in simptomi
- 7 Diagnostične preiskave
- 10 Zdravljenje
- 10 Operacija – lokalno zdravljenje
 - Možni zapleti po operaciji
- 12 Radioterapija – lokalno zdravljenje z obsevanjem
 - Možni neželeni učinki in posledice obsevanja
- 14 Sistemsko zdravljenje z zdravili-kemoterapija
 - Možni neželeni učinki kemoterapije
- 16 Spremljanje bolnikov
- 17 Prehrana
- 19 Vprašanja, ki jih lahko zastavite zdravniku



Požiralnik je del prebavne cevi med žrelom in želodcem, dolg od 23 do 26 cm. Njegova stena je iz gladkih mišic, razporejenih krožno in vzdolžno, notranjost pa je obdana s sluznico. Večina sluznice je prekrita s poroženevajočim ploščatoceličnim epitelijem, v spodnjem delu pa so žlezni elementi. V klinični praksi pogosto uporabljamo razdelitev požiralnika na vratni del (zgornja tretjina) in prsni del (spodnji dve tretjini). Najpomembnejša naloga požiralnika je prenos hrane iz ust do želodca, kar omogoča časovno usklajeno krčenje njegovih mišic (peristaltika).

Celice, ki sestavljajo tkiva in organe, se v normalnih razmerah delijo v skladu s potrebo organizma. Ko se postarajo, odmrejo in nadomestijo jih nove celice. Včasih ta proces ne teče po ustaljeni poti. Celice se lahko spremenijo, se pričnejo nenadzorovano deliti in s staranjem ne odmrejo. Te »nesmitne« celice tvorijo raščo, ki jo imenujemo tumor. Tumori požiralnika so lahko benigni ali maligni.

Benigni tumorji niso rakavi tumorji, rastejo lokalno, so običajno nenevarni in se po odstranitvi ne ponovijo. Na požiralniku so redki. Običajno ne povzročajo težav in jih večinoma odkrijemo po naključju med endoskopijo.

Maligni tumorji (rakasti tumorji) lahko prerastejo steno požiralnika in se širijo v sosednje organe (želodec, trebušno slinavko, jetra ali črevo) ter ovirajo njihovo delovanje. Rakave celice se lahko odcepijo od primarnega tumorja in po limfnem sistemu ali krvi potujejo v druge organe telesa (bezgavke, jetra, pljuča ali kosti), kjer tvorijo zasevke (**metastaze**).

Rak na požiralniku je večinoma **ploščatocelični oziroma skvamozni karcinom** (predvsem v zgornji in srednji tretjini) ali **žlezni oziroma adenokarcinom** (predvsem v spodnji tretjini in na prehodu iz požiralnika v želodec). Kadar je tumor na prehodu iz požiralnika v želodec, govorimo o **karcinomu gastroezofagealnega prehoda**. Zelo redki so drugi **karcinomi, melanom, leiomijsarkom, karcinoid in limfom**.

Dejavniki tveganja so dejavniki, ki povečajo možnost za nastanek raka požiralnika.

- **Starost**; pogostnost bolezni je geografsko precej raznolika, povsod po svetu pa narašča s starostjo in je najpogostejša v 6. ali 7. desetletju življenja.
- **Spol**; bolezen je vsaj trikrat pogostejša pri moških.
- **Prehrana**; nepravilna prehrana, predvsem takšna, ki vsebuje premalo svežega sadja in preveč maščob.
- **Kajenje in alkohol**; ploščatocelični rak požiralnika je v nekaterih delih sveta (Azija, južna in vzhodna Afrika, severna Francija) endemičen. Nastanek povezujemo predvsem s čezmernim uživanjem alkohola in tobačnih izdelkov.
- **Čezmerna telesna teža**; razporejena predvsem centralno (abdominalna debelost, tip jabolka).
- **Gastroezofagealna refluksna bolezen (GERB)**; hrana potuje skozi požiralnik v želodec. Spodnji del požiralnika, ki je običajno zaprt, preprečuje, da bi kislina želodčne vsebine zatekala nazaj v požiralnik. Po zaužitju hrane se spodnji del požiralnika sprosti in zaloga hrane preide v želodec. Sprostitev spodnjega dela požiralnika traja v normalnih razmerah le kratek čas. Če traja dlje ali se pojavi celo brez predhodnega požiranja, je to običajno vzrok za obilno vračanje želodčne vsebine v požiralnik. Kislina želodčne vsebine ostaja dlje časa v stiku s sluznico



požiralnika in jo poškoduje, kar občutimo kot bolečino oziroma zgago. Ljudje, ki jih muči zgaga, imajo pogosto tudi druge težave. Najpogosteje se pojavi prehodno vračanje želodčne vsebine v ustno votlino brez bruhanja. Ta pojav imenujemo **regurgitacija**. Kadar bolnik občuti zgago, govorimo o **gastroezofagealni refluksni bolezni (GERB)**. Bolezen lahko traja vse življenje in jo lahko spremljajo hujši zapleti, ki so posledica vnetja v požiralniku.

- **Barrettov požiralnik**; kot posledica dolgotrajne refluksne bolezni se lahko razvijejo vnetne spremembe sluznice požiralnika in posledično spremembe epitelijskega tkiva v spodnjem delu požiralnika. Take spremembe imenujemo Barrettov požiralnik. To je prekancerozno stanje, saj lahko vodi v razvoj invazivnega raka in zahteva posebno obravnavo zdravnika specialista.
- **Genetski dejavniki**; rak požiralnika je pogostejši tudi pri redki genetski bolezni „palmarni tilozi“, za katero je značilno poroženevanje dlani in podplato.

Najboljši način preprečevanja raka na požiralniku je izogibanje kajenju, omejevanje pitja alkoholnih pijač, skrb za zdravo in uravnoteženo prehrano ter normalno telesno težo.

Zgodnje oblike raka požiralnika pogosto ne povzročajo jasnih bolezenskih znakov in simptomov. Z rastjo tumorja se lahko pojavijo naslednji bolezenski znaki in simptomi:

- oteženo požiranje (tipično se najprej zatika trda, kasneje tudi pasirana in tekoča hrana),
- hujšanje,
- bolečina pri požiranju, ki se pogosto širi v hrbet,
- slabost in bruhanje,
- občutek utrujenosti (ki je največkrat posledica slabokrvnosti),
- hripavost in/ali trdovraten kašelj,
- povečane vratne bezgavke,
- izkašljevanje krvi,
- črno blato.

Ti znaki in simptomi so lahko posledica tudi drugih obolenj!

Če omenjene težave trajajo več kot tri tedne, je zelo pomembno, da se oglasite pri osebnem zdravniku!

Pred odločitvijo o načinu zdravljenja mora bolnik opraviti preiskave za določitev obsega bolezni. Na osnovi opravljenih preiskav določimo **klinični TNM stadij bolezni**, pri čemer z oznako T označujemo velikost tumorja, z N lego in število prizadetih bezgavk in z M navzočnost morebitnih oddaljenih zasevkov.

Za oceno lokoregionalne razširjenosti (ocena prizadetosti požiralnika in pripadajočih bezgavk) opravimo:

- **Rentgensko slikanje požiralnika in želodca s kontrastnim sredstvom (ezofagogastrogram)**. Pred rentgenskim slikanjem bolnik spije tekočino, ki vsebuje barij. Tako postanejo spremembe na sluznici požiralnika vidne na rentgenski sliki.
- **Ezofagogastroduodenoskopija (endoskopija) z biopsijo tumorskih sprememb**. Glede na namen ezofagoskopije govorimo o diagnostični ezofagoskopiji in ezofagoskopiji kot metodi zdravljenja (terapevtska ezofagoskopija). To je preiskava z endoskopom, upogljivo cevko, sestavljeno iz številnih optičnih vlaken, prek katerih se slika notranjosti požiralnika prenaša na televizijski monitor, ki omogoča pregled sluznice požiralnika. Pred pregledom zdravnik specialist s pršilom, ki vsebuje anestetik,



omrtviči žrelo in požiralnik, tako da preiskovanec cevko lažje pogoltne. Med endoskopijo odvzame delček tkiva za preiskavo – pravimo, da je opravil **biopsijo**. Odvzeto tkivo zdravnik patolog pregleda pod mikroskopom in oceni, ali je sprememba rakasta. Endoskopijo opravijo v bolnišnici ali specialističnih gastroenteroloških ambulantah ter diagnostičnih centrih. Velja za najbolj zanesljivo diagnostično metodo v zgodnjem odkrivanju raka požiralnika. Pri zelo majhnih tumorjih, ki zajemajo le sluznico požiralnika, lahko med ezofagoskopijo te spremembe odščipnejo. Takrat je to lahko način zdravljenja in govorimo o terapevtski ezofagoskopiji. Običajno se ezofagoskopija kombinira z gastroduodenoskopijo, med katero pregledajo tudi sluznico želodca in začetnega dela dvanajstnika.

- **Endoskopski ultrazvok (UZ) požiralnika.** UZ je izredno hitro mehansko nihanje, ki potuje v telo v obliki zelo kratkih valov. Zdravo tkivo absorbira in odbija valove drugače kot tumor. Odbito valovanje prejema pretvornik, slika pa se zdravniku, ki preiskavo opravlja, projicira na monitor. Pri endoskopskem UZ se bolniku v požiralnik vstavi posebna cevka, prek katere z ultrazvočnimi valovi preiskujejo požiralnik in njegovo neposredno okolico. Preiskava



omogoča določitev globine prodora tumorja v steno, sosednje organe in prizadetost področnih bezgavk.

- **Bronhoskopija.** Pri tej preiskavi se endoskop vstavi skozi nos v dihalne poti. Z njo si lahko ogledamo sluznico sapnice in večjih dihalnih poti. Preiskavo opravimo pri bolnikih, pri katerih je tumor v višini razcepišča sapnice ali nad njo. Z njo lahko ocenimo morebitno vraščanje tumorja požiralnika v zadnjo steno sapnice, kar lahko pomembno vpliva na izbor načina zdravljenja.
- **Računalniška tomografija (CT) prsnega koša** je vrsta rentgenskega slikanja, pri katerem je rentgenski aparat direktno povezan z računalnikom in posname niz podrobnih slik notranjih organov. Včasih je za boljše razlikovanje struktur treba uporabiti kontrastno sredstvo, ki ga bolnik dobi v žilo.



Za oceno morebitne razširjenosti bolezni v organe drugod po telesu mora bolnik opraviti še:

- **UZ ali CT trebuha** in občasno nekatere druge preiskave (**scintigrafija kosti, PET CT ...**), za katere se zdravnik lahko odloči odvisno od bolnikovih težav.

Pred pričetkom zdravljenja opravimo tudi **krvne preiskave** in **hematest** (test prisotnosti krvi v blatu).

Na podlagi določenega kliničnega TNM stadija, lege tumorja, starosti bolnika, njegovega splošnega zdravstvenega stanja in telesne zmogljivosti ter sočasnih bolezni se **multidisciplinarni konzilij**, ki ga sestavljajo kirurg, onkolog internist in onkolog radioterapevt, odloči o vrsti zdravljenja.

Zdravljenje je lahko **lokalno** in/ali **sistemsko**. Operacija in obsevanje sta lokalni zdravljenji, s katerima odstranijo oziroma zmanjšajo tumor v požiralniku in njegovi bližini. Zdravljenje s kemoterapijo (citostatiki) je sistemsko zdravljenje, saj omogoča tudi uničevanje oddaljenih zasevkov.

Rak požiralnika zdravimo z operacijo in/ali z radiokemoterapijo.

Namen kirurškega zdravljenja je popolna odstranitev tumorja in področnih bezgavk. Odstranijo lahko celoten požiralnik (totalna ezofagektomija) s pripadajočimi bezgavkami ali le oboleli del požiralnika z varnostnim robom (subtotalna ezofagektomija). V tem primeru se preostali zdravi del požiralnika poveže direktno z želodcem, tako da bolnik lahko požira. Če je tumor v vratnem delu požiralnika, je običajno potrebna tudi odstranitev dela žrela, grla in vratnih bezgavk. Ker je taka

Zdravnik (kirurg, onkolog internist ali onkolog radioterapevt), ki bo vodil vaše nadaljnje zdravljenje, vam bo opisal različne možnosti zdravljenja in pričakovane rezultate. Skupaj bosta oblikovala najustreznejši načrt zdravljenja.

Operacija
– lokalno zdravljenje

operacija tehnično zelo zahtevna in jo lahko spremljajo številni zapleti, se pri teh bolnikih lahko odločamo samo za zdravljenje z obsevanjem in/ali kemoterapijo.

V Sloveniji so bolniki z rakom požiralnika operirani na Oddelku za torakalno kirurgijo Kliničnega centra v Ljubljani ali Mariboru. Odstranjeni tumor in področne bezgavke pregleda patolog in določi **patohistološki TNM stadij bolezni**. Multidisciplinarni konzilij se na osnovi teh podatkov odloči o potrebi po morebitnem dopolnilnem zdravljenju (obsevanje in/ali kemoterapija).

Če kirurg tumorja ne more odstraniti v celoti in/ali obstajajo oddaljeni zasevki, naredi le paliativen poseg, ki je namenjen lažšanju bolnikovih težav. Ob motnjah prehranjevanja prihaja v poštev razširitev požiralnika na mestu zožitve z laserjem ali vstavitvijo posebne cevke opornice v požiralnik («**stent**»). Za **gastrostomo** se odločamo pri popolni nezmožnosti požiranja hrane, pomeni pa vstavev hranilne cevke čez kožo direktno v želodec.



Možni zapleti po operaciji

Možni zapleti po kirurškem posegu so lahko krvavitev, slabo celjenje spoja med požiralnikom in želodcem, moteno celjenje ran, pljučnica, motnje v odvajanju blata (zaprtje ali driska), motnje prehranjevanja, utrujenost. Če po

operaciji ni večjih zapletov, bolnik ostane v bolnišnici 14 dni, obdobje okrevanja pa lahko traja tudi več tednov.

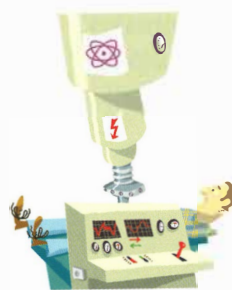
Radioterapija je obsevanje raka z visokoenergijskimi žarki, ki jih tvorijo linearni pospeševalniki zunaj telesa bolnika (zunanje obsevanje ali **teleradioterapija**). Sočasno z obsevanjem bolniki običajno dobivajo kemoterapijo, saj ta stopnjuje njegov učinek, obenem pa z zdravili uničujemo morebitne mikrozasevke.

S **pooperacijskim** obsevanjem in kemoterapijo zdravimo bolnike z rakom na prehodu požiralnika v želodec, pri katerih je bil tumor odstranjen v celoti, vendar je lokalno napredoval in/ali so bile prizadete področne bezgavke.

Zdravimo tudi bolnike, pri katerih je šlo za neradikalno odstranitev z mikroskopskim ostankom bolezni. V zadnjih letih se tudi pri nas vse bolj uveljavlja **predoperacijsko** zdravljenje s kemoterapijo in/ali obsevanjem. S tem zdravljenjem želimo doseči zmanjšanje tumorja in tako večjo možnost za njegovo popolno operacijsko odstranitev, sočasno pa uničujemo morebitne oddaljene mikrozasevke.

Če z operacijo raka ni mogoče odstraniti v celoti, se zdravniki praviloma odločimo za **radikalno** zdravljenje (zdravljenje z namenom ozdravitve) z obsevanjem in

Radioterapija – lokalno zdravljenje z obsevanjem



kemoterapijo, pri čemer je doza obsevanja višja. Obsevanje je lahko del **paliativnega** zdravljenja. Če po sklepu konzilija radikalno zdravljenje iz kakršnegakoli razloga ni upravičeno (preobsežna bolezen, slabo splošno stanje bolnika, pomembne sočasne bolezni ...), bolnike obsevamo, da bi jim olajšali težave, ki jih povzročajo tumor ali oddaljeni zasevki.

Možni neželeni učinki in posledice obsevanja

V obsevalno polje je vedno delno zajeto tudi okolišno zdravo tkivo, zaradi česar se lahko pri bolnikih pojavijo neželeni učinki zdravljenja. Pojav in jakost neželenih učinkov sta odvisna od velikosti obsevanega področja in trajanja obsevanja. Neželeni učinki so pri različnih ljudeh lahko različno izraženi, njihova intenzivnost pa se med zdravljenjem spreminja. Med samim obsevanjem se lahko pojavijo suha usta in žrelo, pekoč občutek v žlički ali požiralniku, težje požiranje, slabost in bruhanje, vnetje kože v obsevalnem polju, utrujenost, izguba teka, hujšanje. Zdravnik vam bo svetoval, kako premagovati morebitne neželene učinke obsevanja, ki po koncu zdravljenja ponavadi izzvenijo.

Zdravljenje s kemoterapijo pomeni uničevanje rakavih celic z zdravili - citostatiki, ki zavirajo delitev in rast rakavih celic. Razlika med operacijskim posegom ali obsevanjem in kemoterapijo je v tem, da citostatiki potujejo po krvi in tako dosežejo tudi oddaljene organe, kjer so lahko zasevki. Zato takšno zdravljenje imenujemo **sistemsko zdravljenje**. Žal pa večina citostatikov deluje tudi na zdrave celice in tako povzročajo neželene učinke. Citostatiki se običajno uporabljajo v različnih kombinacijah (sheme zdravljenja), zdravljenje samo pa poteka v **ciklih**. Odmerku zdravil sledi čas počitka, po treh do štirih tednih sledi nov cikel zdravljenja. Bolnik dobiva kemoterapijo v žilo v bolnišnici.

S kemoterapijo lahko v kombinaciji z obsevanjem zdravimo:

- **radikalno**, brez operacije;
- **predoperacijsko**, pri čemer poskušamo tumor zmanjšati in omogočiti popolno odstranitev tumorja in prizadetih bezgavk med kasnejšo operacijo;
- in pri redkih bolnikih **pooperacijsko**.

Metastatska bolezen (prisotni so oddaljeni zasevki) je neozdravljiva. Bolnike zdravimo **paliativno**, da bi jim lajšali težave, s kemoterapijo in/ali obsevanjem. Po doslej opravljenih preiskavah standardnega sistemskega

Sistemsko zdravljenje z zdravili



zdravljenja pri metastatski boleznici zdaj ni, najpogosteje pa se odločamo za derivate platine in citostatike iz skupine fluoropirimidinov. O pričetku sistemskega zdravljenja se odločamo pri vsakem bolniku posebej, odvisno od obsega bolezni in bolnikove kondicije, možne učinkovitosti tovrstnega zdravljenja in neželenih učinkov.

Možni neželeni učinki kemoterapije

Pred začetkom zdravljenja vam zdravniki in medicinske sestre razložijo, kakšni so možni neželeni učinki, in predlagajo načine, kako jih premagovati.

Pojav in jakost neželenih učinkov sta odvisna od izbrane kombinacije zdravil in trajanja zdravljenja. Neželeni učinki so pri različnih ljudeh različno izraženi, njihova intenzivnost pa se lahko med zdravljenjem spreminja. Med kemoterapijo se lahko pojavijo splošna utrujenost, slabokrvnost, slabost in bruhanje, okužbe, ranice v ustih, driska, izguba las, rdečina dlani in podplatov.

Sodelovanje z zdravnikom je izredno pomembno.

Pred vami je veliko odločitev, ki jih boste morali sprejeti. Navajamo nekaj priporočil, ki vam bodo pri tem pomagale:

- Zapisujte si informacije, ki jih dobivate, in vprašanja, ki se vam porodijo in jih želite zastaviti zdravniku.
- Bodite informirani. Poučite se o preiskavah, posegih in zdravlilih, ki jih dobivate.

- Opazujte svoje telo, redno kontrolirajte telesno težo.
- Poiščite organizacije – društva, v katerih se združujejo bolniki z rakom.
- Na obisk k zdravniku pripeljite prijatelja ali sorodnika, ki vam bo pomagal zabeležiti podatke, ki jih boste dobili od zdravnika.
- Vprašajte zdravnika o vsem, kar vas o vaši bolezni zanima.

Po končanem zdravljenju so še pet let potrebni redni kontrolni pregledi in kontrolne preiskave. Prvi dve leti se kontrolni pregledi opravljajo na tri mesece, nato na pol leta. Po petih letih prevzame sledenje bolnika osebni zdravnik.

Spremljanje bolnikov



Prehrana bolnika z rakom se bistveno ne razlikuje od uravnotežene varovalne prehrane zdravega človeka, vendar se pri bolnikih z rakom požiralnika presnova večinoma spremeni. Pri raku gre za stresno stanje, ko so potrebe po hranilih zvečane in so razgraditveni procesi v organizmu močno pospešeni, presnovne spremembe pa se še poglobijo z zdravljenjem in stradanjem. Osnovni posledici sta oslABLJENO delovanje imunskega sistema in izguba telesne mase. Bolniki se hitreje utrudijo in slabše prenašajo zdravljenje, zato mora prehrana bolniku takoj po postavitvi diagnoze in med zdravljenjem zagotoviti povečane energijske in beljakovinske potrebe. Skrbno načrtovana prehrana je bistvenega pomena, saj omogoča bolniku vzdrževanje dobre kondicije in prispeva k boljšemu počutju ter uspešnemu zdravljenju. Nekateri bolniki med zdravljenjem nimajo teka, muči jih slabost, bruhanje, imajo lahko suha usta, vnetje sluznic, pogosto se spremeni tudi občutek za okus. Pomembno je, da uživajo dovolj beljakovin. Ker ti bolniki pogosto nimajo apetita, naj večkrat na dan jedo majhne količine energetsko goste hrane, ki nima močnega vonja ali okusa. Zaradi spremenjene presnove mora biti vnos hrane porazdeljen čez ves dan.

Po operaciji bolnik lahko dobiva hranilne snovi neposredno v žilo. Nekateri bolniki bodo v kasnejšem poteku bolezni ali med zdravljenjem z obsevanjem in/ali kemoterapijo potrebovali **nazogastrično sondo** (upogljivo plastično cev, ki jo prek nosa ali ust vstavijo v želodec) ali **gastrostomo**, dokler ne bodo sposobni samostojno požirati.

Bolnikom svetujemo, da dnevno količino hrane zaužijejo v več manjših obrokih/prigrizkih. Četudi ima bolnik težave s požiranjem, lahko poje redkejšo in mehkejšo hrano z različnimi prelivami ali omakami. Primerne so juhe, pireji, sladoledi in pudingi, ki so hranljivi in jih bolnik lažje požira. Stradanje, neredna ali enolična prehrana so škodljivi! Če bolnik ne more zaužiti zadostne količine beljakovin, energije in mikrohranil z običajno hrano, mu lahko strokovnjaki za prehrano pomagajo s prehranskimi dodatki, ki vsebujejo koncentrirane oblike pomembnih hranil.

Če bolnik kljub zadostnemu vnosu hranil izgublja telesno težo ali se med zdravljenjem pojavijo neželeni učinki, ki onemogočajo vnos hrane, naj se o tem pogovori z medicinsko sestro ali zdravnikom, ki imata znanje o prehrani rakastih bolnikov. Izguba telesne teže lahko vodi v stanje **rakaste kaheksije** (stanje popolne telesne izčrpanosti), ki je izrazito negativen dejavnik v procesu zdravljenja bolezni in zmanjšuje bolnikove možnosti za ozdravitev.



Vprašanja, ki jih lahko zastavite zdravniku

Diagnostične preiskave

Katere preiskave so potrebne pri sumu na rak požiralnika? Ali so boleče?
Kdaj bom preiskave opravil? Kje in kdaj bom dobil izvide preiskav?

Zdravljenje

- Kakšne možnosti zdravljenja prihajajo v poštev v mojem primeru in katero zdravljenje je najprimernejše zame?
- Ali lahko sodelujem v kateri od razpoložljivih kliničnih raziskav?
- Ali bom moral/-a ostati v bolnišnici? Koliko časa?
- Kdo bo sodeloval v mojem zdravljenju? Kakšna bo njihova vloga pri mojem zdravljenju?
- Kako bo zdravljenje vplivalo na moje vsakodnevno življenje?
- Kakšno hrano naj uživam med zdravljenjem?
- Ali bom zmožen/-na nadaljevati svoje vsakodnevne aktivnosti?
- Kakšne so vaše izkušnje z zdravljenjem bolnikov z rakom požiralnika?

Neželeni učinki

- Katere neželene učinke lahko pričakujem? Kako dolgo bodo trajali?
- Na koga naj se obrnem, če se bodo pojavili neželeni učinki?
- Ali bom imel/-a bolečine?

Spremljanje po končanem zdravljenju

- Kako bo po končanem zdravljenju teklo spremljanje moje bolezni?
- Kako pogosti bodo redni pregledi? Kje jih bom opravljal in katere preiskave bodo potrebne?

- Ali obstaja skupina za samopomoč, v katero bi se lahko vključil?
- Ali obstajajo civilne organizacije, kje lahko dobim več informacij o raku, še posebno o raku požiralnika?
- Ali obstajajo spletne strani s koristnimi informacijami o raku požiralnika?

Razno

avtorji

Franc Anderluh
Irena Oblak
Vaneja Velenik
Janja Ocvirk
Zvezdana Hlebanja
Martina Reberšek
Miha Sok (Klinični oddelek za torakalno kirurgijo,
Univerzitetni klinični center, Ljubljana)

urednik

Franc Anderluh

recenzent

Janez Žgajnar

lektorica

Petra Blagšič

oblikovalka

Maja Licul

ilustrator

Damijan Stepančič

tisk

Birografika BORI

izdal

Onkološki inštitut Ljubljana, 2008

izdajo omogočila

Roche farmacevtska družba d.o.o.
Vodovodna cesta 109, 1000 Ljubljana
www.roche.si

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616.329-006

RAK požiralnika : kaj morate vedeti o bolezni? /
[avtorji Franc Anderluh ... [et al.]; urednik Franc Anderluh ;
ilustrator Damijan Stepančič]. - Ljubljana : Onkološki inštitut,
2008

ISBN 978-961-6071-44-4

1. Anderluh, Franc
237469440