

**Robert Brodowski, Piotr Haberko, Tomasz Piskadło, Joanna Wojnar,
Bogumił Lewandowski**

**Zasady rozpoznawania, diagnostyki i leczenia
nowotworów złośliwych jamy ustnej**

Klinika Chirurgii Szcękowo-Twarzowej

Kliniczny Szpital Wojewódzki im. F. Chopina w Rzeszowie

Symptomatologia

Objawy wczesne:

- stwardnienie i naciek błony śluzowej,
- szczelinowate pęknięcie,
- kraterowate owrzodzenie ,
- ból i pieczenie utrudniające spożywanie pokarmów,
- wzmożone wydzielanie śliny,
- foetor ex ore
- nieprzyleganie protezy zębowej.



Symptomatologia

Objawy późne:

- rozchwianie zębów,
- zaburzenia połykania,
- ograniczenie ruchomości języka,
- szczękościsk,
- krwawienie z owrzodzeń,
- złamania patologiczne żuchwy,
- powiększone węzły chłonne szyi.



UWAGA

Owrzodzenie błony śluzowej jamy ustnej obserwowane dłużej niż 2 tygodnie po zastosowanym leczeniu przeciwzapalnym i eliminacji czynników drażniących zawsze musi nasuwać podejrzenie rozwoju choroby nowotworowej i wymaga weryfikacji histopatologicznej.

Obraz kliniczny

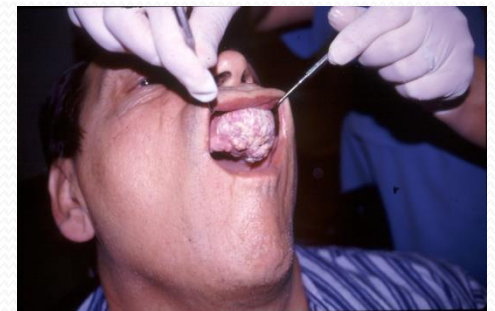
Postać endofityczna:

- ograniczony naciek i stwardnienie ,
- szczelina błony śluzowej,
- owrzodzenie nowotworowe (nieregularne , pogrubiłe brzegi, kraterowate dno pokryte włóknikiem i złuszczone nabłonkiem)



Postać egzofityczna:

- kalafiorowaty guz o pobrużdżonej powierzchni.



DIAGNOSTYKA

CEL

- określenie stopnia zaawansowania guza pierwotnego,
- ocena regionalnych węzłów chłonnych,
- potwierdzenie lub wykluczenie uogólnionego rozsiewu.

Obowiązuje system zaawansowania klinicznego cTNM

i patomorfologicznego pTNM (UICC//AJCC 2010)

Cecha T

T_x nie można ocenić guza pierwotnego,

T₀ nie stwierdza się obecności guza pierwotnego,

T_{is} rak przedinwazyjny (ca in situ),

T₁ guz do 2 cm w największym wymiarze,

T₂ guz o wymiarach od 2 cm do 4 cm,

T₃ guz o średnicy przekraczającej 4 cm,

T₄ guz nacieka tkanki otaczające (mięśnie, skórę, nerwy, kość)



CECHA N



- N x nie można ocenić okolicznych węzłów chłonnych,
- N 0 nie stwierdza się przerzutów w okolicznych węzłach chłonnych,
- N 1 przerzut w jednym z okolicznych węzłów chłonnych, po stronie guza < 3 cm,
- N2a przerzut w pojedynczym węźle chłonnym po stronie guza, o średnicy > 3 cm i < 6 cm,
- N2b liczne przerzuty w węzłach chłonnych po stronie guza < 6 cm,
- N2c przerzuty obustronne lub po przeciwnej stronie guza < 6 cm,
- N 3 przerzut w węźle chłonnym o średnicy ponad 6 cm.

CECHA M

M₀ nie stwierdza się przerzutów odległych,

M₁ stwierdza się przerzuty odległe.

Klasyfikacja zaawansowania klinicznego

0° T isNoMo

I° T₁NoMo

II° T₂NoMo

III° T₃NoMo; T₁N₁Mo; T₂N₁Mo; T₃N₁Mo

IVA° T_{4a}NoMo; T_{4a}N₁Mo; każde T N₂Mo

IVB° każde T N₃Mo; T_{4b} każde N Mo

IVC° każde T, każde N, M₁

Algorytm postępowania diagnostycznego

Ocena zaawansowania guza pierwotnego, ustalenie cechy T

- badanie podmiotowe,
- badanie przedmiotowe jamy ustnej,
- pobranie wycinka z guza celem weryfikacji histopatologicznej,
- OPG w przypadku podejrzenia naciekania kości,
- TK z kontrastem lub MRI części twarzowej czaszki.

Algorytm postępowania diagnostycznego

Ocena węzłów chłonnych szyi (cecha N)

- badanie przedmiotowe,
- USG, TK, MRI
- BACC

Algorytm postępowania diagnostycznego

Diagnostyka przerzutów odległych (cecha M)

- PA i boczne, TK klatki piersiowej,
- USG i/lub TK jamy brzusznej,
- PET/TK w przypadku III^o i IV^o zaawansowania raka

ZASADY LECZENIA

CELE WSPÓŁCZESNEJ TERAPII ONKOLOGICZNEJ

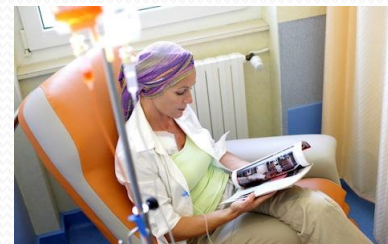
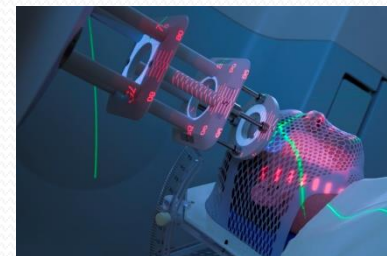
- wyleczenie choroby nowotworowej,
- uzyskanie optymalnej jakości życia (utrzymanie lub przywrócenie funkcji układu stomatognatycznego,
- estetyka twarzy (akceptowalny wygląd chorego),
- zapobieganie negatywnym skutkom terapii onkologicznej,
- wczesne wykrywanie i leczenie wznów oraz nowotworów metachronicznych.

Metody leczenia

Leczenie radykalne:

- chirurgiczne wycięcie nowotworu;
- radioterapia;
- chemioterapia;
- leczenie skojarzone.

Leczenie paliatywne



Leczenie chirurgiczne

CEL leczenia w I i II stopniu zaawansowania klinicznego:

1. radykalne wycięcie guza z min. 5 mm marginesem tkanek zdrowych,
2. elektywne usunięcie węzłów chłonnych I, II i III przedziału węzłowego szyi po stronie guza.

CEL leczenia w III i IV stopniu zaawansowania klinicznego:

1. radykalne wycięcie raka z min. 5 mm marginesem tkanek zdrowych,
2. selektywna lub radykalna operacja węzłowa po stronie guza oraz selektywna operacja węzłowa po stronie przeciwnej.

Każde wycięcie raka z badaniem Intra Operationem

Radioterapia

- w I i II stopniu zaawansowania klinicznego może być leczeniem radykalnym,
- do leczenia radykalnego kwalifikowani są chorzy z rakiem niskozróżnicowanym (G3) oraz rakiem niezróżnicowanym (G4),
- brachyterapia,
- dawka 66 – 70 Gy,
- w III i IV stopniu zaawansowania jest uzupełnieniem zabiegu resekcyjnego (radioterapia adiuwantowa),
- leczenie paliatywne.

Powikłania Radioterapii

Ostry odczyn popromienny:

- 3 tydzień radioterapii,
- rumień,
- złuszczenie suche lub wilgotne naskórka,
- obrzęk i zaczerwienienie błony śluzowej jamy ustnej,
- trudności w przełykaniu pokarmów, chrypka.



Powikłania późne:

- suchość jamy ustnej - kserostomia,
- kwitnąca próchnica,
- wtórne infekcje bakteryjne i grzybicze w jamie ustnej,
- trudności w przełykaniu,



Ograniczenia dawki z uwagi na narządy krytyczne

Radioterapia pooperacyjna

Cel: zmniejszenie ryzyka wznowy lokoregionalnej.

WSKAZANIA:

1. brak „bezpiecznego” marginesu resekcji.

W przypadku nieradykalności makroskopowej należy zawsze dążyć do poszerzenia obszaru resekcji.

2. niskie histopatologicznie zróżnicowanie wyciętego nowotworu G3, G4

3. stwierdzenie przerzutu nawet w jednym węźle chłonnym.

Rola RT pooperacyjnej jest przedmiotem wielu kontrowersji.

Techniki radioterapii

TELERADIOTERAPIA – napromienianie z zewnątrz

- bomba kobaltowa, promieniowanie gamma, GammaKnife, CyberKnife
- akceleratory liniowe, promieniowanie fotonowe lub wiązka elektronów
- akcelerator protonowy,



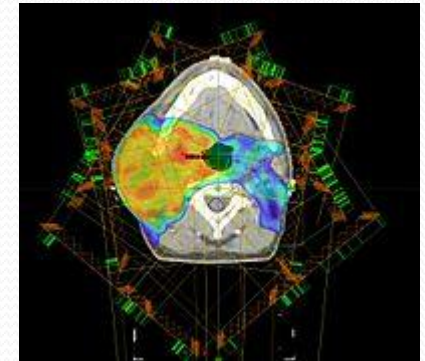
BRACHYTERAPIA

źródło promieniowania umieszczone bezpośrednio w tkance nowotworowej, bliźnie lub łoży pooperacyjnej.
(Cs-137; Ir-192; Co-60; J-131; Sr-89)



IMRT

radioterapia z modulacją intensywności wiązki



VMAT

terapia łukowa z modulacją intensywności wiązki ; rotacyjne IMRT



CHEMIOTERAPIA



WSKAZANIA:

1. leczenie indukcyjne (neoadiuwantowe), którego celem jest zahamowanie gwałtownego przebiegu choroby i zmniejszenie masy guza, umożliwiając leczenie chirurgiczne lub radioterapię.
2. leczenie skojarzone - radiochemioterapia, prowadzone równolegle lub naprzemiennie,
3. leczenie paliatywne chorych z przerzutami odległymi lub nieoperacyjnym nawrotem raka.

Leczenie celowane (molekularnie ukierunkowane)

Cetuksymab

chimeryczne przeciwciało monoklonalne, blokujące zewnątrzkomórkowe domeny receptorów naskórkowego czynnika wzrostu EGFR (epidermal growth factor receptor)

Nadekspresja EGFR na powierzchni komórek rakowych prowadzą do złej odpowiedzi na radioterapię i chemioterapię i gorsze rokowanie.

Wykazano wyższą skuteczność RT w skojarzeniu z cetuksymabem



Leczenie ratujące

Leczenie chirurgiczne

- wznowa miejscowa, wznowa w układzie chłonnym szyi
- warunkiem leczenia jest możliwość zastosowania nowoczesnym metod rekonstrukcji ubytku tkanek
- tracheostomia,
- PEG (przezskórna endoskopowa gastrostomia)

Powtórna radioterapia

- bardzo wysokie ryzyko powikłań,
- odstęp min. 6 miesięcy,

Obserwacja *follow-up*

Po zakończeniu leczenia radykalnego stała obserwacja

- 1 rok - badanie kontrolne co miesiąc;
- drugi rok - co 2 miesiące;
- trzeci rok - co 3 miesiące;
- czwarty i piąty rok - co 6 miesięcy;
- od 6 roku - nie rzadziej niż 1 raz w roku.

Obserwacja

USG szyi

pierwsze po 2-3 miesiącach, potem co 6 miesięcy do 5 lat

TK

po 3, 6 i 12 miesiącach, następnie raz na rok do 5 lat

RTG klatki piersiowej

raz na rok do 5 lat

USG jamy brzusznej

raz na rok do 5 lat

PET/TK

każdorazowo w przypadku wątpliwości



DZIĘKUJĘ