СЕМИКВАНТИТАТИВЕН МЕТОД ЗА БОДУВАЊЕ НА СТЕПЕНОТ НА МАЛИГНИТЕТ НА ОРАЛНИОТ КАРЦИНОМ

Моневска-Поповиќ Д., Наумовски С., Кирков А., Божовиќ С.

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје, Универзитетска клиника за максилофацијална хирургија

Апстракт

Планоцелуларниот карцином може да се појави на сите локализации во оралната празнина, најчесто на јазик, но, исто така, и на дното на уснатa празнина, алвеоларниот гребен, тврдото и меко непце и букалната мукоза.

Во поново време се смета дека од есенцијално занчење е пронаоѓање на хистопатолошки фактори кои можат да ни помогнат во предвидување на окултните метастази. Со анализа на овие патохистолошки параметри се определува степенот на малигнитет на туморот и во зависност од тоа се селектираат пациенти за елективна дисекција и агресивна радиотерапија.

Градуирањето на степенот на малигнитет на секој примарен тумор поединечно беше изведено по системот кој го има предложено Nason Richard. Системот на бодување на степенот на малигнитет се покажа веродостоен во предвидување на вратните метастази но и во предвидување на текот и на прогнозата на болеста.

Оралниот карцином не е заболување на модерното време, ова малигно заболување ги загрижувало хирурзите многу одамна. За оралниот карцином е пишувано многу но се уште постојат дилеми актуелни за медицинската јавност. Една од дилемите е зошто оралниот карцином има непредвидлив тек и прогноза и кои фактори се силно асоцирани со текот и прогнозата на болеста. Прогнозата на пациентите со орален канцер зависи првенствено, од клиничкиот стадиум на болеста при првиот преглед на пациентот. Исто така прогнозата на пациентите зависи и од патохистолошкиот карактер на планоцелуларниот карцином.

Токму затоа многу автори ги испитуваат патохистолошките фактори кои можат да влијаат на агресивното однесување на туморот, поврзаноста нивна со брзината на метастазирање како и нивното влијание на времето на преживување. Прв кој укажал на значењето на патохистолошкото градуирање на планоцелуларниот карцином е Broders во 1926 год. Подоцна Jakobsson во 1976 год предложил семиквантитативен метод за градуирање на планоцелуларниот карцином.

Клучни зборови: орални неоплазми, бодување на степен на малигнитет.

Цел на трудот

1. Нашата цел во трудот беше да утврдиме дали семиквантитативниот метод на бодување на степенот на малигнитет може да ни помогне во предвидувањето на вратните метастази и
2. Да утврдиме дали постои корелација помеѓу времето на преживување и степенот на малигнитет на туморот (бодуван по методот на Richard Nason).

Материјал и метод

Во истражувањето беа опфатени 75 пациенти со орален канцер хоспитализирани на Клиника за максилофацијална хирургија Скопје во периодот од 1998 до 2003 година. Во популацијата од 75 пациенти 64 беа мажи а останатите 11, жени. Старосната граница на пациентите се движеше помеѓу 25 и 73 години возраст. Кај сите пациенти по поставената дијагноза со предоперативни испитувања беше направена ресекција на примарниот орален планоцелуларен карцином. Симултана вратна дисекција е изведена кај 60 пациенти а кај 15 пациенти вратните лимфни јазли беа следени на редовни месечни контроли со мануелна палпација на вратот.

Клиничкиот стејџинг ТНМ на пациентите со орален карцином хоспитализирани на Клиниката за максилофацијална хирургија во Скопје е усогласен со American Joint Commity of Cancer (AJCC).

Патохистолошка анлиза на биоптичниот матерјал и вратниот дисекстат беше изведена на Институтот за патохистологија.

Биоптичниот материјал

Градуирањето на степенот на малигнитет на секој примарен тумор поединечно беше изведено по системот кој го има предложено Nason Richard. Беа анализирани следните параметри од биоптичниот материјал на примарниот тумор; степен на клеточна диференцијација, нуклеарен полиморфизам, број на митотски делби, начин на инвазија на туморот во ткивото домаќин, инфламаторна реакција на ткивото домаќин, дезмоплазија, инвазија на туморот во васкуларните и лимфатични простори и длабочина на инвазија на туморот. Секој параметар има три модалитети а секој модалитет е бодуван со 1, 2 или 3 поени. Секој пациент беше бодуван на тој начин што беа собрани сите поени од секој анализиран патохистолошки параметар на биоптичниот материјал од примарниот тумор. Скалата на бодување е со распон од 8 до 24 поени а пациентите ги групирав во три групи; прва до 14 поени, втора од 14 до 17 поени и трета од 17 до 24 поени. (шема бр 1).

ХИСТОПАТОЛОШКИ СИСТЕМ НА БОДУВАЊЕ

Име презиме на пациент: 113 556

ПАРАМЕТРИ	1 поен	2 поени	3 поени
Клеточна диференцијација	Обемна кератинизација	Умерена кератинизација ✓	Нема кератинизација
Нуклеарен полиморфизам	Нема зголемени нуклеуси	Умерено зголемени нуклеуси ✓	Нематурирани анаполастични нуклеуси
Митотски делби	0-9/10 на големо зголемување ✓	10-19/10	>19/10
Начин на инвазија	Во облик на гранична линија ✓	Во вид на гнезда	Иреѓуларно инфилтрирање
Инфламаторна реакција	Изразена	Умерена ✓	Нема
Дезмоплазија	Нема ✓	Умерена	Изразена
Васкуларна и лимфатична инвазија	Нема	Најверојатно ✓	Сигурна
Ниво на инвазија во длабочина	Субмукоза	Површна мускулатура	Длаболка мускулатура ✓

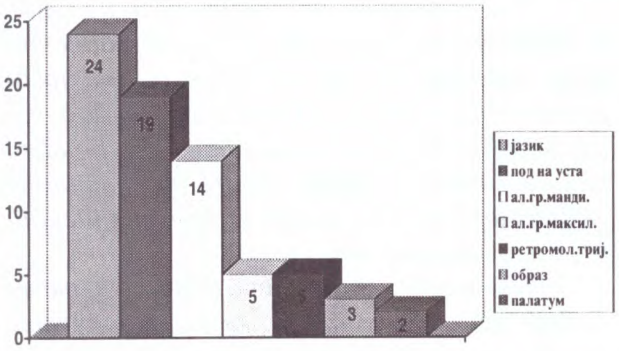
Вкупно: 14

Шема бр.1

Вратниот дисектат беше анализиран од аспект на постоење или непостоење на метастатски лимфни јазли (инциденца и дистрибуција на метастатски лимфни јазли на вратот.)

Резултати

Најчеста локализација на примарниот тумор беше на јазикот - кај 24 (33,3%) лица, подот на устата кај 19 (26,4%), алвеоларен гребен на мандибула кај 14 (19,4%), алвеоларен гребен на максила кај 5 (6,9%), ретромоларен триаголник кај 5 (6,9%), на образ кај 3 (4,2%) и на палатум кај 2 (2,8%) лица.



Графикон 1. *- Дистрибуција според локализација на примарниот тумор*

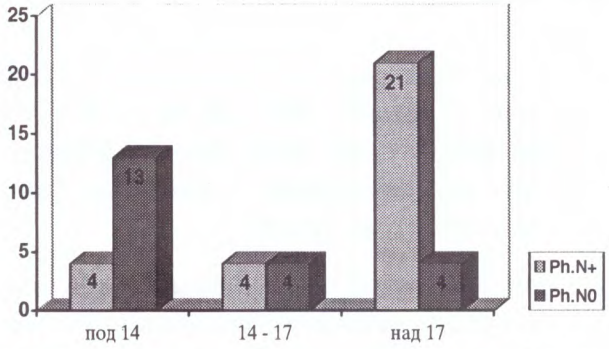
Една од поставените цели беше да се утврди можноста за предвидување на вратните метастази и прогнозата на болеста поз-

навајки го степенот на малигнитет на туморот. Следните резултати даваат објаснување на поставената цел.

Секој пациент беше бодуван на тој начин што беа собрани сите поени од секој анализиран патохистолошки параметар на биоптичниот материјал од примарниот тумор. Скалата на бодување е со распон од 8 до 24 поени а пациентите ги групирав во три групи; прва до 14 поени, втора од 14 до 17 поени и трета од 17 до 24 поени.

***ТАБЕЛА1.** - ДИСТРИБУЦИЈА НА ПАЦИЕНТИТЕ СПОРЕД СТЕПЕНОТ НА МАЛИГНИТЕТ*

поени на малигнитет	А број на пациенти	%
под 14	17	34
од 14 до 17	8	16
над 17	25	50
вкупно	50	100,0



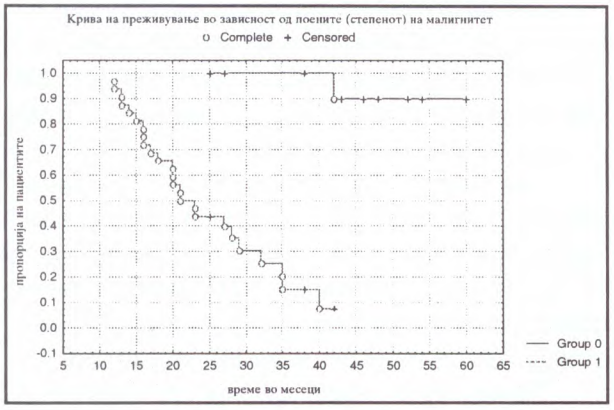
***Графикон 2.** - Скала на малигнитет - дистрибуција според степенот на малигнитет и патохистолошкиот наод на вратните метастази*

***ТАБЕЛА 2.** - СКАЛА НА МАЛИГНИТЕТ - ДИСТРИБУЦИЈА СПОРЕД СТЕПЕНОТ НА МАЛИГНИТЕТ И ПАТОХИСТОЛОШКИОТ НАОД НА ВРАТНИТЕ МЕТАСТАЗИ*

Пх. наод	под 14	14 - 17	над 17	вкупно
Пх. Н+	4	4	21	29
Пх. Н0	13	4	4	21
вкупно	17	8	25	50

На табела 2 и графикон 2 е дадена дис-трибуцијата според степенот на малигнитет и патохистолошкиот наод на вратните метастази. Анализата со Φ^2 тестот со Јејцова корекција, покажува дека постои статистички сигнификантна зависност помеѓу степенот на малигнитет и патохистолошкиот наод на вратните метастази (Φ^2 = 15,44 df = 2 p = 0,00044387).

Втората поставена цел ни беше да утврдиме дали степенот на малигнитет на туморот (бодуван по предложениот метод) корелира со времето на преживување.



***Графикон 3.** - Крива на преживување во зависност од поените (степенот)на малигнитет кај испитаниците*

до 14 поени на малигнитет - 0 над 14 поени на малигнитет - 1
до 14 поени- вкупно 18 умрени 1 (5,6%) живи 17 (94,4%)
над 14 поени - вкупно 32 умрени 25 (78,1%) живи 7 (21,9%)
Лог - ранк тест :
Ѣ Ѣ = - 12,49 Сум = 24,495 Вар. = 5,7588
Φ^2 = - 5,20599 п = 0,000001 Сиг.

Постои статистичка сигнификантност (зависност) помеѓу поените (степенот) на малигнитет и времето на преживување кај нашите испитаници.

Дискусија

Во ова истражување ги сумиравме и бодувавме сите патохистолошки параметри формирајќи единствен систем на бодување на степенот на малигнитет на туморот. Скалата на бодување е со распон од 8 до 24 поени. Најдовме дека само кај 10% пациенти со степен на малигните под 14 поени постоеја вратни метастази. Во ова истражување системот на бодување на степенот на малигнитет се покажа сигнификантно асоциран со вратните метастази но и со времето на преживување. Кај пациентите со висок скор на малигнитет имавме лошо време на преживување.

Beenken (1) во своето истражување нашол дека степенот на диференцијација, пер-

инеурална и васкуларна инвазија и вратниот статус во иницијалниот стадиум на болеста се сигнификантно асоцирани со појавата на рецидиви и времето на преживување.

O-charoenrat (4) докажал дека туморите кои имаат длабочина над 5 мм, што значи ја инвадираат мускулатурата, се со висок ризик од окултни метастази, со чести рецидиви и лошо време на преживување.

Giacomara (2) нашол силна сигнификантност помеѓу ИЦГ (степен на малигнитет) и вратните метастази. Сите пациенти со 13 и помалку бодови на ИЦГ немале метастази а пациентите со над 13 поени сите имале патохистолошки докажани метастази.

Nason (3) во една студија го применил Jacobbson-овиот модел за степенување на малигнитетот и констатирал дека сите пациенти со 9 поени немале вратни метастази а сите со 18 и повеќе поени биле со вратни метастзи.

Заклучок

Познавањето на патохистолошките фактори на туморот, кои се асоцирани со вратните метастази и прогнозата на болеста е од есенцијално значење во правилен избор на тераписки протокол. Системот на бодување на степенот на малигнитет на туморот ќе ни помогне во предвидување на вратните метастази но уште повеќе во предвидување на агресивното однесување на туморот.

SEMIQUANTITATIVE METHOD FOR ORAL CANCER MALIGIGNANSY GRADING

Monevska-Popović D., Naumoski S., Kirkov A., Božović S.

Summary

Planocellular carcinoma can occur in any location within the oral cavity.The most frequent reason for a lethal outcome in patients are the neck metastases and the local relepses.In resent years authors consider that is essential to discover the histopathological parametars that might help in predicting the neck metastasis and survival of the patients.In this investigation grading of the degree of malignity was individualu executed to every patient according to the system suggested by Nason Richards.My findings sugested that the grading system of the malignity degree proved valid in predicting the neck metastasis as well as predicting the corse and prognosis of the disease.

Key words: neoplasms oral, maliginansy staying.

Литература

1. T1 and T2 skuamous cell carcinoma of the oral tongue: prognostic factors and the role of elective lymph node dissection *Samuel W.Beenken*, Helen Krontiras,William A. Maddx Laringoscop e 1999 :1160-4 April
2. Predictive factors of nodal metastases in oral cavitu nad oropharynx carcinomas *Vittorio Giacomarra*; Giancarlo Tirelli, Ledia Papanikolla, Rossana Bussani Head and Neck 1999 March 124-130
3. Cervical node metastasis in erly scuamous cellcarcinoma of the mouth;Predictive value of multiple histologic parametars *Nason WR*.
4. World J Surg.14,606-609,1990 Tumor thicness predict cervical nodal metastasis and survival in oral cancer *O-charoernart* Oral Oncology 2003; 39:386-390
5. Поповиќ-Моневска Д., Орален канцер, Евалуација на дијагностичките процедури и улогата на елективната дисекција Докторска дисертација Стоматолошки факултет Скопје 2004 год,