

РАНО ОТКРИВАЊЕ И НАЈСООДВЕТНО ХИРУРШКО ЛЕКУВАЊЕ НА КАРЦИНОМИТЕ ВО УСНАТА ШУПЛИНА

Василевски Б.

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ-Скопје, Клиника за максилофацијална хирургија

Авторовиот ги нагласува проблемите и важноста на раното откривање на малигномите. Дават осврт на клиничките аспекти и на разни клинички симптоми што појекнуваат од лезии на површината од мекиот ткиво во оралниот кавитет. Два симптома се пресудни за да се посомневаме во постоење на претканцероза: ошустиво на болка и лезија што перзистира. Болката се јавува подоцна и има резултат на раси на туморската маса. Врз основа на клиничката слика, авторот укажува на следнава диференцијација: претканцерози, тумори на површината на мекиот ткиво, инфилтративни тумори и тумори кои го зафатиле и коскениот ткиво.

Освен што дискутира за терапевтските можности, авторот ги разгледува и проблемите за раната дијагноза и хируршкиот третман. Хируршкиот зафат, ако е усвоен, треба да биде радикален без мутилација на лицето.

Биопсијата треба да се изведува во болнички услови, а претходно треба да бидат преземени мерки.

Клучни зборови: претканцерозни состојби; лейкоплакија, орална; неоплазми на усната; неоплазми на гингивата; неоплазми на јазикот; под на устата

Бројни статистики покажуваат дека, по честотата, малигномите се на второ место, односно веднаш по кардио-васкуларните заболувања. За ова придонесува и фактот што сè уште не се откриени бројни причинители за нивната појава.

Непознавањето на етиологијата, а од друга страна и непостоењето на ефикасна терапија, бара од нас екстремна активност во чија ве-

рига најважна алка е раната дијагноза на болеста. На карциномите на главата и вратот отпаѓаат 6% од сите можни локализации во човековиот организам. Од тој процент, во 60% од случаите се работи за орален карцином. Проблемот на ракот би можел да биде многу помал кога претканцерозните и почетните канцерски промени би биле откриени навреме и, без одлагање, адекватно лекувани.

Материјал и метод

Со претходна анализа врз нашиот клинички материјал утврдивме дека карциномот во усната шуплина е најзастапен во однос на другите локализации, и тоа со 27% од вкупно 60% карциноми со локализација во оралната шуплина.

Меѓутоа, иако врз слузокожата на сите органи во усната шуплина, вклучувајќи ги и усните, е видлива секоја дури и најмала патолошка промена, поради сиромашната симптоматологија (отсуство на болка и др. симптоми), болеста се открива доцна. Голем број од болните во почетокот не обраќаат внимание на промените. Има случаи кога ги откриваат во најраниот стадиум, меѓутоа не се јавуваат на лекар, туку се лекуваат сами, употребувајќи разни народни лекаства. Исто така, не е мал бројот на болните со орален карцином кои, не знаејќи за постоењето на карциномот, се јавуваат на доктор-стоматолог поради забоболка или за надоместување на претходно извадените заби. При такви случаи докторот-стоматолог е тој кој прв ја открива болеста и добива податоци за карактерот и времетраењето на карциномот во усната шуплина.

Сакаме да истакнеме дека претканцерските промени се многу важни за појавата на карциномот. Тука спаѓаат: еритроплакијата, лейкоплакијата, кератоакантомот, хроничниот хелилит (соларен, грануломатозен), Lichen ruber planus-от, Morbus Bowen, Lupus vulgaris, Xeroder-



Слика 1. Пациент со еритроплакија: на десната страна на образната слузокожа - пред третманот, и истиот пациент по електрокаутеризација

Слика 2. Пациентка со еритроплакија на вентралната страна и со истовремено изразена леукоплакија на дорзалната страна на јазикот

та pigmentosum и состојби по хемиски, механички и термички оштетувања. Особено е чест кај страсните пушачи, кај алкохоличарите и кај оние во чија исхрана постои недостиг на витамин А и Б, како и кај лица со смален инумитет.

Ериџроплакијата најчесто ја откриваме како набрчкана црвена лезија која најчесто се јавува на подот на устата, на вентралната страна на јазикот, на непчените лакови и на мекото непце.

Нејзината патохистолошка слика укажува на дисплазија која патолозите ја идентификуваат и како карцином ин ситу (сл.1 и 2).

Леукоплакијата претставува белузлава лезија, обично тенка, или пак над нивото на слузокожата, најчесто локализирана на букалната слузокожа, на гингивата, јазикот или на дното на усната празнина. Нејзиниот патохистолошки наод укажува на хиперкератоза. Со долгогодишно следење е утврдено дека само 4%-6% од овие лезии можат малигно да алтерираат (сл. 3).

Независно од локализацијата во усната празнина, карциномот скоро секогаш започнува како еритроплазија или како лезија на слузокожата, која обично преминува во улцеративна, а поретко во нодуларна промена. Понатамошната клиничка слика и симптомите зависат од локализацијата.

Поради оваа констатација, како и поради важноста на познавањето на клиничката слика во раниот стадиум на болеста, сакаме да ја опишаме со сите нејзини најважни карактеристики. Ако почетната лезија не се открие навреме, таа по неколку недели ќе развие индурација во нејзината непосредна околина. Тогаш нема место за понатамошно размислување и следење, туку треба активно лекување во смисла на нејзино хируршко отстранување. Во спротивно, особено ако се работи за една инфилтративна форма на карцином, резултатот најчесто ќе остане без успех (сл. 4, 5, 6).

Според тоа, случаи со почетен карцином среќаваме многу ретко, во споредба со оние во понапреден стадиум на болеста. Ова укажува на важноста на изгубеното време од моментот кога болниот ја забележил лезијата до неговото јавување на лекар, односно до дијагностицирањето. За раната дијагноза најодговорен е болниот - и секогаш доаѓа до израз еден ист факт: болниот немал субјективни тегоби, никаква болка, ниту функционално нарушување, и тоа без оглед на видливиот раст на туморот. Секако дека и стоматологот, како прва инстанца на која се обраќа болниот, треба да биде добро упатен во дијагностиката за да може правовремено да ја открие болеста и веднаш да го испрати болниот на клиничко дијагностицирање, односно на хируршко лекување.



Слика 3. Различни локализации на леукоплакија на оралната мукоза

При секоја површна лезија во усната шуплина, потребна е диференцијална дијагноза за да се исклучи постоењето на воспаление или механичка повреда на ткивото. Потребно е исто така да се обрати внимание на субјективните тешкотии и на точноста на информацијата за времетраењето, односно перзистенцијата на лезијата. Времето помеѓу откривањето на лезијата и поставувањето на дијагнозата, според нашиот клинички материјал, изнесува од 6 недели до 4,5 години. Многу е мал бројот на хируршки третирани претканцерози. За жал, ретко ја среќаваме еритроплакијата, а многу почесто леукоплакијата, чија ексцизија и патохистолошка верификација покажа малигна алтерација само кај два случаја од над 40-те дијагностицирани. Според клиничкиот материјал, имаме лекувано поголем број пациенти со Lichen ruber planus, и тоа најчесто со електрокаутеризација и конзервативно-медикаментозен третман. Во досегашното лекување забележавме само два случаја со малигна алтерација, поради што кај нив се извршени поопсежни хируршки интервенции. За жал, еден од нив заврши летално.

Со оглед на тоа дека на лекување доаѓаат случаи во понапреден стадиум на болеста, оправдано се поставува прашањето дали се работи за некој пропуст во дијагнозата или има некоја друга причина: се мисли на болниот, односно на лекарот. Не е неумесно таквото прашање, затоа што тоа така се поставува и во литературата. Точна е констатацијата дека болниот не оди на лекар за совет ако нема субјективни тешкотии. Но, тоа не е сè. Многу се важни и условите во кои тој живее. Еден дел од болните што сами се лекуваат, или пак се лекувани од надрилекари, главно доаѓаат на клиничко лекување во еден понапреден стадиум на болеста, кога можат да се констатираат и бројни регионални метастази. Во таков случај може да се зборува за пропусти од страна на болниот. Од друга страна, ако стоматологот не е добро обучен за рано откривање на болеста, пропустот е негов. Сето ова не упатува на заклучокот дека проблемите почнуваат од првиот контакт на болниот со стоматологот до доаѓањето во болница. Сметаме дека поставувањето на дефинитивната дијагноза не би требало да биде домен на вон-болничката здравствена служба. Според тоа, без оглед на тоа во која мера сомневањето е оправдано, болниот треба да се упати во болница. Меѓутоа не по критериумот на најблиската болница, туку во специјалистички центар, каде што со сигурност сомневањето може да се провери и да се планира соодветна хируршка интервенција. Тоа е најефикасен пат затоа што на тој начин на болниот му се пружа најдобра можност за лекување.

При поставувањето на дијагноза, биопсијата, иако претставува мала траума, сметаме дека не смее рутински да се применува туку само во неиздиференцираните случаи за да се от-



Слика 4. Пациент со инфилтративен карцином пред и по третман



Слика 5. Пациент со карцином на палатумот пред и по третман

крие дали се работи за карцином. При помали лезии, најдобро е да се спроведе радикално, или, ако се работи за некоја поголема лезија, дефинитивниот хируршки зафат да не се одлага повеќе од 5 дена од дијагностицирањето. Треба, исто така, да се има предвид и фактот дека голем број хистолошки наоди се негативни за постоење на малигном, особено кај биоптичниот материјал, поради пропусти при интервенцијата или пак ако е испратен несоодветен дел од улцерозната промена во која најчесто има воспаление и детритус. Отворено сме против цитолошко-аспирационата верификација на карциномот во оралната шуплина и сметаме дека колку и да е едноставна, не треба да се применува.



Слика 6. (А) Пациент по хируршки ирадиационен третман на инвазивен карцином на долната усна; (Б) реконструктивен зафат со кожномускулни резанки и формиран вермилион од лингвална резанка

Докторот-стоматолог е првата инстанца на која болниот се обраќа и тој треба да биде добро упатен во раната дијагностика на малигномите во оралната шуплина.

Дијагнозата е поврзана со клиничката слика, нејзината интерпретација и оцена во раниот стадиум на болеста претставува најважниот момент во лекувањето на овие заболувања. Сметаме дека проблемот на карциномите во усната шуплина би можел да биде многу помал кога преканцерозните и канцерозните промени би биле откриени навреме и веднаш најадекватно лекувани.

EARLY DIAGNOSIS AND MOST ACCEPTABLE SURGICAL TREATMENT OF THE ORAL CANCER

Vasilevski B.

Summary

The problems and importance of early detection is pointed out. The author considered on the basis of clinical aspects, various clinical symptoms of lesions on the surface of soft tissues of the oral cavity. Two symptoms can be used for differentiation-no subjective complaints and the persistence of the process. Pain is absent. It is a late symptom caused by an excessive growth of the tumor. On the basis of the clinical appearance, the author suggests the following differentiation: praecancer, tumors on the surface of the soft tissues, infiltrating tumors and tumors invading the bone.

Along with the discussed therapy, the author deals with the problems of early diagnosis and surgical treatment. Surgical intervention, if it is successful, should be radical without any mutilation of the face.

Biopsy should be performed on the hospitalized patients only after all the preparatory measures for therapy have been carried out.

Key words: precancerous conditions; leucoplakia, oral; lip neoplasms; gingival neoplasms, tongue neoplasms, mouth floor

Литература

1. GERGELIJ E. Latentni karcinom. Med Pregl 164:173, br.11-12, Novi Sad, 1951.
2. FLEGER J. Kožne i spolne bolesti. Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb, 1965. str. 403, 410, 411.
3. HIGGINSON J. Cancer epidemiology and cancer prevention. UICC Bulletin 5: 2, 1967.
4. MONTGOMERY FA, VON HAAM E. A study of the exfoliative cytology in patients with carcinoma of the oral mucosa, J. Dent. Res. 30:308,1951.
5. O'DONELL EW, DAY E, VENET L. Early detection and diagnosis od cancer, The CV Mosby Co, Saint Louis 1962.
6. PINDBORG JJ. Studies in oral cancer epidemiology (2). Frequency of oral cancer. J Dent Res 1963; (suppl. To No I) 42: 346.
7. PIŠČEVIĆ A, KARAPANDŽIĆ M. Karcinom usana. Stomatol GI Srb br.3, 1964; (3): 152-8.
8. POPOVIĆ D. Rezidue karcinoma u zračenim tkivima predela lica i usne šupljine (doktorska disertacija). Jugoslavija: Stomatološki fakultet, Beograd, 1978, str. 45, 189-208.
9. SANDLER HC. The cytologic diagnosis of the tumors of the oral cavity. Acta Cytol 1964; 8: 114.
10. SELBACH GJ, VON HAAM E. The clinical value of oral cytology. Acta Cytol 1963; 7: 337.
11. THOMA K, GOLDMAN H. Oral pathology (5 ed). Mosby Co, St Louis,1960.
12. ČUPAR I. Klinički problemi malignih tumora usta i čeljust. Chir Maxillofac Plast 1956; 1.
13. ČUPAR I. Recent advances in the diagnosis of cancer. Year Book Medical Publishers Inc, Chicago, 1966.
14. UICC. U: SPAVENTI Š, RADOVAN I, KEROS P. Klinička onkologija. Medicinska knjiga, Beograd-Zagrab,1975, str. 20, 34,125-7.