
Nowotwory złośliwe jamy ustnej i szyi w materiale Kliniki Chirurgii Szcękowo-Twarzowej w Poznaniu w okresie 2002–2004

Malignant tumors of the oral cavity and neck in Clinic of Maxillo-Facial Surgery in Poznań from 2002–2004

Leszek Lewandowski, Krzysztof Osmola, Marian Nowaczyk

Katedra i Klinika Chirurgii Szcękowo-Twarzowej AM w Poznaniu

◆

Summary

Increasing number of malignant neoplasms of the oral cavity and facial region as well as lower age of the patients hospitalized were the interest of the authors. **Material and methods.** Clinical data from the years 2002–2004 were analysed in this paper. In this study the factors as: sex and age of patients, tumor localization, histological examinations, surgical treatment of the tumor and lymph nodes are reported. **Results.** During the 3 years period there were 346 tumors of the oral cavity treated in Clinic of Maxillofacial Surgery in Poznań. Epidemiologic studies have revealed a increased number of squamous cell carcinomas and other malignant tumors as lymphomas, adenoid cystic carcinomas and sarcomas of the oro-facial region. The staging of the tumors is similar as in previous years. **Conclusions.** The study shows better knowledge about oral malignancies in dentists and general practitioners. The tumor patients are surgically treated earlier as in previous years.

Hasła indeksowe: nowotwory złośliwe jamy ustnej, leczenie, epidemiologia

Key words: malignancies of the oral cavity, treatment, epidemiology

Otolaryngol Pol 2007; LXI (3): 286–289 © 2007 by Polskie Towarzystwo Otolaryngologów – Chirurgów Głowy i Szyi

Jak podają liczne doniesienia raki płaskonabłonkowe stanowią ponad 90% wszystkich nowotworów złośliwych jamy ustnej [2–4, 14, 17, 18]. W Europie raki jamy ustnej występują u 4,6–5% w odniesieniu do wszystkich chorych z chorobami nowotworowymi, natomiast w Indiach zachorowalność przekracza nawet 45%. Najmniej, bo 0,7–1% raków jamy ustnej obserwuje się w krajach skandynawskich [7].

Crosher i McIlroy [1] podają, że w okresie 6 lat w Szkocji z powodu raka leczono 1891 pacjentów, a w Kuwejcie w okresie 10 lat zarejestrowano 10 539 przypadków raka jamy ustnej i krtani. Jako główną przyczynę tak wysokiej liczby zachorowań Morris i wsp. [13] uznają złą higienę

jamy ustnej i palenie papierosów.

W Polsce statystyki nie w pełni oddają zachorowalność onkologiczną ze względu na błędy „niedorejestrowania”, które są oceniane nawet na 20% [17, 18]. Dlatego statystyki z różnych ośrodków onkologicznych mogą przyczynić się do zweryfikowania zachorowalności na nowotwory złośliwe jamy ustnej i szyi w Polsce.

CEL PRACY

Celem badań jest ustalenie częstości występowania nowotworów złośliwych, ich rodzajów i umiejscowienia oraz sposobów leczenia.

Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

MATERIAŁ

Materiał stanowi grupa 346 chorych leczonych w Klinice Chirurgii Szczykowo-Twarzowej w okresie 2002–2004 z powodu nowotworów złośliwych jamy ustnej, szczęk i szyi.

WYNIKI

W okresie 3 lat (2002–2004) w Klinice Chirurgii Szczykowo-Twarzowej w Poznaniu leczono 346 chorych z nowotworami jamy ustnej i szyi oraz 25 chorych z rakami podstawnokomórkowymi w obrębie twarzy, których wyłączono ze statystyki. Średnia wieku dla kobiet wynosi 56,5 lat, dla mężczyzn 52,1. Występowanie nowotworów było częstsze u mężczyzn (3,1:1). Największą grupę 280 przypadków stanowili chorzy z rakami płaskonabłonkowymi, co stanowi 89,2% ogólnej liczby, w tym pierwotnych guzów było 249, wznowy leczono u 31 chorych (tab. I).

Następną w kolejności grupę stanowiły raki gruczołowo-torbielowate (27 przypadków), z czego w 80% stwierdzono je na podniebieniu, pozostałe 20% dotyczyło umiejscowień w śliniankach przyusznej i podżuchwowej oraz w błonie śluzowej policzka.

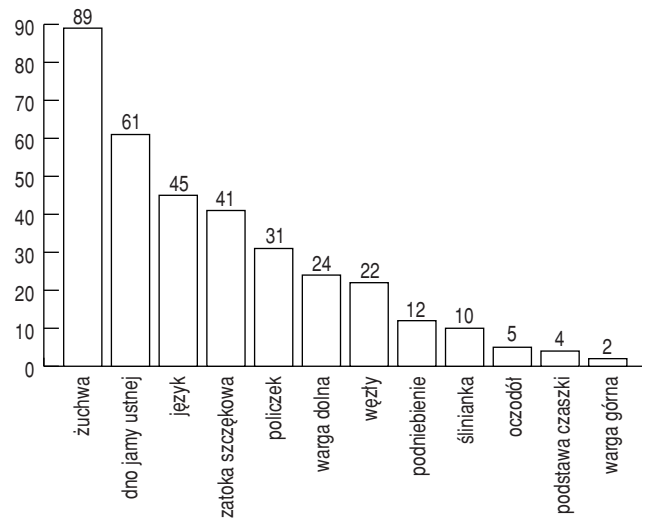
Warto zwrócić uwagę na chłoniaki, które w ostatnim czasie są stwierdzane coraz częściej. Niebolesne, długo powiększone węzły chłonne muszą podlegać weryfikacji cytologicznej po wykonaniu punkcji cienkoigłowej pod kontrolą USG lub standardowym badaniem histopatologicznym całego węzła.

U 6 chorych obserwowano czerniaki umiejscowione w jamie ustnej, zatoce szczękowej i nosie. Pomimo gorszego rokowania w przypadkach śluzówkowej lokalizacji czerniaka, radykalne zabiegi połączone z immunoterapią dają możliwość przeżycia tym chorym nawet do 5 lat i powyżej.

Analiza dotycząca wieku chorych z chorobami nowotworowymi potwierdziła częstość występowania nowotworów w poszczególnych grupach wiekowych, lecz uwagę zwraca przesunięcie pojawiania się guzów u osób młodych. Szczegółowe zestawienie występowania nowotworów w poszczególnych grupach wiekowych przedstawiono w tabeli II.

Tabela II. Występowanie nowotworów złośliwych w grupach wiekowych

20-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	Powyżej 80 lat	Razem
12	23	40	109	89	41	32	346



Ryc. 1. Umiejscowienie nowotworów w badanej grupie chorych

Najczęstszym umiejscowieniem nowotworu było dziąsło dolne, trójkąt zatrzonowcowy, policzek. Taka lokalizacja często powodowała naciekanie i niszczenie struktury kostnej żuchwy. Zdarzało się, że stosunkowo niewielkie owrzodzenie dziąsła dolnego lub błony śluzowej wykazywało w obrazie RTG znaczne zniszczenie kości na dużej przestrzeni. W kilku przypadkach stwierdzono rozprzestrzenianie się nowotworu w istocie gąbczastej żuchwy z zachowaniem struktury korowej, co wymagało rozszerzenia zakresu resekcji kości. Jak przedstawiono w ryc.1 dno jamy ustnej i język są kolejnymi pod względem częstości występowania lokalizacjami guzów jamy ustnej (ryc. 1).

Dużą grupę stanowiły także guzy w obrębie zatoki szczękowej.

Tabela I. Rodzaje nowotworów w analizowanej grupie chorych

Rak płaskonabłonkowy	249
Oblak	27
Chłoniak	13
Mięsak	9
Czerniak	6
Gruczolakorak	4
Chemodektoma	1
Przerzuty z innych narządów	6
Wznowa guza	31
Razem	346

Tabela III. Rodzaje wykonanych zabiegów chirurgicznych

Limfadenektomia nadgnykowa jednostronna	83
Limfadenektomia nadgnykowa obustronna	60
Inne zabiegi węzłowe selektywne	54
Operacje Crile'a	35
Resekcja żuchwy	89
Usunięcie guza z tkanek miękkich	54
Resekcja języka	45
Resekcja szczęki	41
Egzenteracja oczodołu	5
Razem	475

Podstawowym sposobem terapii nowotworów złośliwych jest leczenie chirurgiczne. Część ośrodków postępuje bardzo radykalnie z guzem oraz węzłami chłonnymi, inne przyjmują metodę bardziej oszczędzającą wykonując selektywne zabiegi węzłowe. W tab. III przedstawiono różne sposoby postępowania, które można ogólnie scharakteryzować jako radykalne w stosunku do guza nowotworowego.

Postępowanie z węzłami chłonnymi uzależniono od lokalizacji guza i klinicznych oraz ultrasonograficznych cech węzłów. W przypadkach guzów wielkości T 2 – 4 umiejscowionych w dnie jamy ustnej, języku lub okolicy zatrzonowcowej zawsze wykonywano nadgnykową limfadenektomię lub radykalne usunięcie układu chłonnego szyi, gdy wcześniej na podstawie punkcji w USG (BACC) lub badaniu *intra operationem* stwierdzono przerzuty do węzłów szyjnych. W innych przypadkach stosowano elektywną limfadenektomię nadgnykową lub zabiegi selektywnej limfadenektomii na podstawie obrazowania USG lub MR.

DYSKUSJA

Problem zwiększania się liczby chorych z powodu nowotworów pierwotnych jamy ustnej jest obserwowany we wszystkich ośrodkach zajmujących się ich leczeniem, w tym również w poznańskiej Klinice Chirurgii Szczękowo-Twarzowej. Coraz więcej pacjentów z taką lokalizacją nowotworów trafia także na inne oddziały, w tym na laryngologię, onkologię, dermatologię, chirurgię plastyczną, gdzie są poddawani leczeniu. Część chorych z bardzo zaawansowanymi zmianami poddawana jest radio- lub chemioterapii albo jedynie leczeniu paliatywnemu. Małe zmiany nowotworowe są nawet

leczone ambulatoryjnie lub w placówkach prywatnych. Dlatego ustalenie dokładnej statystyki dotyczącej epidemiologii onkologicznej jest trudne i to także jest przyczyną błędu „niedorejestrowania”.

Przedstawione przez nas zestawienia zachorowalności w odniesieniu do poszczególnych rodzajów nowotworów złośliwych są zbliżone do podawanych przez innych autorów [1, 2, 4, 6–8, 15, 17, 18].

Analiza wieku badanej grupy chorych wykazała, że do leczenia trafiają częściej młodzi ludzie, u których rokowanie nie jest zwykle pomyślne, mimo radykalnych, często okaleczających zabiegów. Dużą grupę leczonych operacyjnie stanowili pacjenci powyżej 80 roku życia, którzy dobrze znosili również rozległe operacje, o czym donosi się w piśmiennictwie [9, 11, 16].

Zakres zabiegów operacyjnych zależy od wielu czynników, jak umiejscowienie, stopień zaawansowania nowotworów, histologiczna złośliwość, i stan węzłów chłonnych oraz od doświadczenia lekarzy i wyposażenia oddziałów. Z tych powodów wskazania do operacji ustala się zawsze indywidualnie dla każdego chorego, a porównywanie zabiegów wykonanych w różnych ośrodkach onkologicznych jest trudne [5, 10, 12, 15].

WNIOSKI

Obserwuje się obniżanie wieku chorych z nowotworami jamy ustnej. Brak aktualnej statystyki epidemiologicznej złośliwych nowotworów jamy ustnej nie pozwala częściowych opracowań odnieść do analizy pochodzącej z całego kraju.

PIŚMIENNICTWO

1. Dutkiewicz W, Jankowska-Kuc M, Dorocki P, Paskal J, Matusewicz S. Guzy jamy ustnej i gardła środkowego w materiale chorych oddziału laryngologii szpitala wojewódzkiego w Zielonej Górze. *Otolaryngol. Pol* 1997; 28(supl.): 236–239.
2. Franceschi S, Bidoli E, Herrero R, Munoz N. Comparison of cancers of the oral cavity and pharynx worldwide: etiological clues. *Oral Oncol* 2000; 36: 106–115.
3. Gadomska H, Juszczyk-Popowska B. Zapadalność na nowotwory złośliwe jamy ustnej. *Czas Stomatol* 1983; 10: 747–750.
4. Rawashdeh MA, Mataka I. Malignant oral tumors in Jordanians, 1991–2001. A descriptive epidemiological study. *Int J Maxillofac Surg* 2004; 33: 183–188.

5. Zatoński W, Tyczyński J. Nowotwory złośliwe w Polsce w 1991 roku. Warszawa: Centrum Onkologii; 1994.
6. Didkowska J, Wojciechowska U, Tarnowski W, i wsp. Nowotwory złośliwe w Polsce w 1999 roku. Warszawa: Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie; 2002.
7. Kryst L. Rak płaskonabłonkowy jamy ustnej. Warszawa: Komitet Badań Naukowych; 1994.
8. Crosher R, Mc Ilroy R. The incidence of other primary tumours in patients with oral cancer in Scotland. Br J Oral Maxillofac Surg 1998; 36: 58–62.
9. Osmola K, Lewandowski L. Chirurgiczne leczenie przerzutów do węzłów chłonnych po operacjach raka tarczycy. Dental Forum 2004; 1: 101–103.
10. Kruk-Zagajewska A, Szmeja Z, Piątkowski K, Pazdrowski J, Karlik M. Rak jamy ustnej i części ustnej gardła w materiale Kliniki Otolaryngologii Akademii Medycznej w Poznaniu w latach 1980-1999. Otolaryngol Pol 2001; 55(4): 377–382.
11. Lenecki A. Analiza częstości występowania i leczenia nowotworów głowy i szyi w materiale własnym. Rozprawa doktorska. Otolaryngol Pol 2004; 58(2): 385–387.
12. Smith HR, Morgan BC. Can screening older patients for cancer save lives? Clin Geriatr Med 1992; 8: 51–67.
13. Kruk-Zagajewska A, Nowak K, Kordylewska M, Gawęcki W. Stan jamy ustnej u chorych po operacjach nowotworów złośliwych języka i struktur przyległych. Otolaryngol Pol 2006; 60(6): 817–822.
14. Lewandowski L, Grodzki J, Sosnowski P. Nowotwory naciekające oczodół ze struktur anatomicznych obrzeża. Poznańska Stomatol 2001; 28: 29–35.
15. Spitz MR. Epidemiology and risk factors in head and neck cancer. Semin Oncol 1994; 21: 281–288.
16. Kowalik S. Reconstruction mandibular with pedicle bone grafts. Int J Oral Surg 1980; 9(1): 45–49.
17. Lewandowski L. Ankieta jakości funkcjonowania pacjentów po rozległych operacjach onkologicznych. Nowiny Lek 1999; 68(9): 826–828.
18. Morris RE, Mahmeed BE, Gjorgov AN, Jazaf HG, Rashid B. The epidemiology of lip, oral cavity and pharyngeal cancers in Kuwait. Br J Oral Maxillofac Surg 2000; 38: 316–319.

Adres autora:

Leszek Lewandowski
Klinika Chirurgii Szcękowo-Twarzowej
AM w Poznaniu
ul. Przybyszewskiego 49
Poznań

Praca wpłynęła: 6.06.2006 r.