

CANCERUL PLANȘEULUI BUCAL

Țibirnă Gh. A.,
Doruc A. S.,
Clipca A. I.,
Postolache A. D.,
Ciorici V. A.,
Darii V. A.,
Cojocaru C. D.,
Clim C. I.,
Țibirnă A. Gh.,
Tarnaruțaia R.

*IMSP Institutul
Oncologic. Laboratorul
Tumori cap și gât și
microchirurgie*

Rezumat

Tumorile maligne ale planșeului bucal ocupă locul al doilea între cancerelor cavității orale, fiind situat procentual foarte aproape de cancerul limbigii. Reprezintă cca. 25-30% din localizările cancerului oral și 2% din totalul cancerelor umane. Apare în special la bărbați, după vîrsta de 45 de ani.

În dezvoltarea cancerului mucoasei cavității bucale cel mai important rol îl are tabagismul, fumătorii avînd un risc de 30 de ori mai mare de a face un cancer al mucoasei cavității bucale. Are importanță consumul cronic de alcool, în cantități mari, infecția cu HPV, patologia cronică dentară. Există în prezent dovezi certe ale unei incidente crescute a cancerului oral la pacienții imunosupresați.

Formele clinice de creștere ale cancerului mucoasei orale sînt:

- ulcerativă,
- nodulară
- fisurală

Cel mai frecvent întîlnite sînt formele de creștere ulcerativă și fisurală. Clinic, tumora poate evolua în 2 direcții, și anume: ulcero-distructiv sau ulcero-vegetant.

Forma ulcero-vegetantă sau proliferativă se prezintă ca o ulceratie acoperită de muguri cărnoși, brăzdați de fisuri și acoperiți de un strat superficial cu aspect granulat.

Forma ulcero-distructivă are o tendință marcată de invazie loco-regională și se prezintă ca o ulceratie cu margini anfractuoză, cu baza îndurată, cu fundul ulceratiei murdar, acoperit de țesut granulat și zone necrotice.

Tratament. Scopul tratamentului multimodal complex în tumorile maligne oro-maxilo-faciale urmărește 2 deziderate majore, și anume:

- 1) perioada de supraviețuire să fie cît mai lungă;
- 2) asigurarea calității vieții, fapt realizat prin plastia reconstructivă imediată sau tardivă, care va favoriza reintegrarea bolnavului cît mai rapid în societate, precum și restabilirea și reabilitarea precoce a disfuncțiilor post-chirurgicale.

Tratamentul multimodal complex include, în funcție de stadializare, starea generală și opțiunea bolnavului, prioritățile fie de etapa chirurgicală asociată cu radio-, chimio-, imunoterapia, fie posibilitatea reconversiei tumorale și/sau a tratamentului paliativ radio-, chimio- și imunoterapic urmat sau nu de intervenția chirurgicală.

În general, conform statisticilor U.I.C.C., rata de supraviețuire în tumorile maligne ale planșeului bucal, după tratamentul multimodal complex, este relativ mică. În T1 este de cca. 68%, în T2 de 42%, iar în T3 este sub 11%. Avînd în vedere aceste statistici sumbre, credem că depistarea precoce, alături de radicalitatea intervenției, în contextul unui tratament multimodal complex, ar mări șansele de supraviețuire ale acestor bolnavi.

Summary

THE CANCER OF THE ORAL FLOOR

Malignant tumors of the floor of the mouth are on the second place among the oral cavity cancers. Localizations are about 25-30% of oral cancer and 2% of human cancers. It occurs mostly in men over the age of 45 years.

Smoking has a important role in the development of buccal mucosa cancer. Smokers have a risk 30 times more likely to develop cancer of the oral mucosa. Chronic alcohol consumption is important in large quantities, HPV infection, and chronic dental pathology. There is now clear evidence of an increased incidence of oral cancer in immunosuppressed patients.

Clinical forms of oral mucosa cancer growth are:

- ulcerative
- nodular
- fissural

The most commonly encountered forms of growth are ulcerative and fissural. Clinically, the tumor can develop in two directions, namely: ulcerative or ulcerative destructive.

Proliferative ulcerative form presents as an ulcer covered with fleshy buds, crossed by cracks and cover a surface layer with grain appearance.

Ulcerative destructive form has a marked tendency to invade locally and represents an ulcer, with ulceration covered with granulation tissue and necrotic areas.

Treatment. Purpose of complex multimodal treatment of malignant tumors of oro-maxillofacial follows two major goals, namely:

1) increase survival time

2) improve quality of life, which is achieved by immediate or delayed reconstructive plastic surgery, which will help the patient reintegrate into society as quickly and early recovery and rehabilitation of post surgical dysfunction.

Complex multimodal treatment includes, according to staging and overall patient choice, or priorities associated with radio-surgical stage, chemotherapy, immunotherapy or retraining opportunity tumor and / or palliative treatment of radio-, chemo-and immunotherapy followed or no by surgery.

Generally, as shown by UICC, the survival rate in malignant tumors of the floor of the mouth after multimodal treatment complex is relatively small. The T1 is about 68%, 42% in T2 and T3 is below 11%. Given these grim statistics, we believe that early detection, with radical surgery, in the context of a complex multimodal treatment would increase the chances of survival of these patients.

Studiile clinico-statistice au stabilit că tumorile maligne ale planșeului bucal ocupă locul al doilea între cancerul cavității orale, fiind situat procentual foarte aproape de cancerul limbii. Reprezintă cca. 25-30% din localizările cancerului oral și 2% din totalul cancerelor umane. Apare în special la bărbați, după vârsta de 45 de ani.

Factorii de risc, incriminați în etiopatogenia bolii, sunt: fumatul, consumul cronic de alcool (în special distilat), microtraumatismele și iritațiile cronice, factori nutriționali, agenți infecțioși, deficiența imună, imunosupresia cronică, leziunile premaligne și/sau leziunile cu potențial de malignizare.

Studiile realizate de diferiți autori privind etiologia cancerului planșeului bucal indică faptul că fumătorii prezintă un risc de 30 de ori mai mare decât nefumătorii, în timp ce foștii fumători prezintă un risc de 9

ori mai mare decât nefumătorii. Într-un raport recent al U.I.C.C. (Haga, mai, 2001) se subliniază faptul că femeile nefumătoare, căsătorite cu fumători cronici, prezintă un risc de cca. 30%; în fluidele tisulare ale nefumătorului au fost identificate hidrocarburi aromatice policiclice, constituenți ai fumului de țigară.

Consumul cronic de alcool în cantități mari, în special distilat, își exercită rolul negativ, dar încă nu se poate preciza dacă acest efect este doar topic direct sau este exercitat indirect prin mecanisme toxice locale sau sistemice.

În ceea ce privește factorii nutriționali, se cunoaște că deficitul cronic de fier și avitaminozele A sunt frecvent întâlnite la bolnavii cu cancer oral. Deficitul cronic de fier se asociază cu un epiteliu subțire, de tip atrofic și vulnerabil la acțiunea factorilor carcinogenetici.

Hipovitaminoza A, în etiologia cancerului planșeului bucal, ar putea fi legată de rolul acestei vitamine în menținerea în limite normale a structurii și funcțiilor epitelului pavimentos stratificat.

Deficitul complexului vitaminic B este implicat în apariția modificărilor degenerative ale mucoasei orale, efect care crește susceptibilitatea epitelului la acțiunea locală a factorilor carcinogeni.

Agenții infecțioși (Candida albicans, Treponema pallidum, virusul papilloma uman, HIV, virusul herpes simplex tip 1) sunt considerați potențiali factori de risc, implicați în etiologia cancerului de planșeu bucal. De altfel, Candida albicans este frecvent întâlnită în așa-numita "leucoplazie pătată", asociere cu marcată tendință de transformare malignă, deoarece se pare că microorganismele Candida au un potențial mare de a cataliza eliberarea de nitrozamine endogene și induc modificări displazice la nivelul mucoasei orale.

Există în prezent dovezi certe ale unei incidențe crescute a cancerului oral la pacienții imunosupresați. La pacienții cu transplant și care sunt imunosupresați cronic, se constată o creștere de 20 până la 50 de ori a incidenței bolii maligne (Langdon). La acești primitori de transplant, cel mai comun cancer este limfomul, urmat de tumori maligne de origine epitelială (risc de dezvoltare de 4 ori mai mare).

Tumora primară are ca punct de plecare mucoasa planșeului bucal sau mai rar, glandele sublinguale sau glandele salivare mici.

Majoritatea tumorilor sunt situate în porțiunea anterioară a planșeului bucal, paramedian. Localizările posterioare situează leziunea spre șantul amigdaloglos și au un prognostic mult mai rezervat.

Tumorile maligne ale planșeului bucal sunt extrem de limfocitare, cu un mare potențial de metastazare la nivel cervical, ca și la distanță. De regulă, afectează grupele ganglionare în nivelurile I, II, III, IV, V. În localizările anterioare, diseminarea limfatică se face bilateral, cointeresarea ganglionară loco-regională fiind precoce; cca. 50% dintre bolnavi prezintă adenopatie submento-submandibulară și cca. 20-25% adenopatie jugulară-carotidiană.

Debutul leziunii maligne la nivelul planșeului bucal poate îmbraca trei aspecte clinice, și anume: ulcerativ, nodular sau fisural.

Debutul ulcerativ se prezintă sub forma unei mici ulcerății dureroase, numai în cazul interesării frenului lingual sau în contact cu alimentele iritante. Se pretează frecvent la confuzii cu altele banale sau cu leziunile de decubit, determinate de protezele mobile instabile. Primul semn de malignitate este îndurarea bazei ulcerăției, ale cărei margini devin proeminente, leziunea aînd aspectul unei “cărți deschise”. De regulă, baza ulcerăției este netedă în tumorile benigne și are un aspect granular în tumorile maligne.

Debutul nodular este mult mai rar și se prezintă sub forma unui mic nodul, nedureros, mobil inițial pe planurile profunde și superficiale. Semnul alarmant care, indică un proces de malignitate, este aderența nodulului, fixarea acestuia și prezența unor limite imprecise în tesuturile înconjurătoare.

Forma fisurală reprezintă leziuni superficiale epiteliale cu traiect liniar; apare în localizările posterioare și este relativ dificil de evidențiat clinic, aceste fisuri fiind de regulă silențioase.

Nu de puține ori leucoplazia la nivelul planșeului bucal se asociază cu o mai mare frecvență a transformărilor maligne, deoarece planșeul bucal constituie un “rezervor decliv”, în care stagnează diverși produși carcinogeni solubili.

În perioada de stare, de cele mai multe ori, procesul neoplazic se extinde la nivelul limbii și la nivelul mucoasei fixe a gingivomucoasei mandibulare.

Clinic, tumora poate evolua în 2 direcții, și anume: ulcero-distructiv sau ulcero-vegetant.

Forma ulcero-vegetantă sau proliferativă se prezintă ca o ulcerăție acoperită de muguri cărnoși, brăzdați de fisuri și acoperiți de un strat superficial cu aspect granular.

Forma ulcero-distructivă are o tendință marcată de invazie loco-regională și se prezintă ca o ulcerăție cu margini anfractuoase, cu baza îndurată, cu fundul ulcerăției murdar, acoperit de țesut granular și zone necrotice.

Afectarea funcțională este prezentă înca de la debut și se accentuează mai ales în perioada de stare. Debutul este marcat de jena dureroasă, provocată doar în actele funcționale și la contactul cu alimentele iritante. Pe măsură ce boala evoluează, durerea crește în intensitate (prin invazia nervului lingual și uneori a nervului glosfaringian) și apare o secreție salivară abundentă, declanșată reflex de prezența tumorii.

Masticația, deglutiția și fonația devin din ce în ce mai dificile, putîndu-se ajunge la o formă gravă de “an-chiloză pelvilinguală” cu afectare funcțională majoră.

Diagnosticul diferențial, în stadiul de debut, se poate face cu leziunile ulcerative produse de microtraumatisme mici și repetate, cu leziunile inflamatorii specifice (sifilis, tuberculoza), cu tumorile chistice ale planșeului bucal (chist dermoid, ranula) sau cu litiata canalului Warthon.

Evoluția tumorilor maligne ale planșeului bucal este de regulă rapidă, cu invazia țesuturilor din aproape în aproape, către limba sau către alte structuri, cum ar fi periostul și apoi osul mandibular, cu implicarea

nervului alveolar inferior, glandei sublinguale sau glandei submaxilare.

Starea generală a bolnavilor se agravează rapid, din următoarele cauze:

- dificultăți mari în alimentație, din cauza durerilor pe care actele de masticăție și deglutiție le provoacă și le accentuează;
- dureri continue, de intensitate mare, care se accentuează pe măsura creșterii și invaziei procesului tumoral;
- intoxicația și casexia neoplazică;
- apariția complicațiilor supurative;
- hemoragiile mici și repetate, care contribuie la agravarea stării generale; frecvent, apare erodarea de către tumoră a structurilor vasculare, fapt care conduce la hemoragii grave, dificil de stăpînit, adesea cu sfîrsit letal.

În tumorile maligne ale planșeului bucal, că de altfel în majoritatea tumorilor maligne oro-maxilo-faciale, mortalitatea ridicată este determinată în principal, de imposibilitatea de a eradica leziunea primară la nivel local, precum și de caracterul extrem de limfophil al acestor tumori. În general, conform statisticii U.I.C.C., rata de supraviețuire în tumorile maligne ale planșeului bucal, după tratamentul multimodal complex, este relativ mică, în T1 este de cca 68%, în T2 de 42%, iar în T3 este sub 11%. Avînd în vedere aceste statistici sumbre, credem că depistarea precoce, alături de radicalitatea intervenției, în contextul unui tratament multimodal complex, ar mări șansele de supraviețuire ale acestor bolnavi.



Fig. 1 Leucoplazie a planșeului bucal, care a evoluat spre un carcinom spinocelular.



Fig. 2 Aspect clinic al unei tumori maligne ulcero-distructive, în „foaie de carte” la nivelul planșeului bucal.



Fig. 3 Carcinom verucos al hemiplanșeului bucal.



Fig. 4 Tumora a planșeului bucal extinsa in mucoasa crestei alveolare.



Fig. 5 Tumora ulcero-distructiva a plaseului bucal, care a invadat secundar mucoasa crestei alveolare și corpul mandibulei.



Fig. 6 Adenopatie metastatica submandibulara fixata, consecutiva tumorii maligne a planșeului bucal.

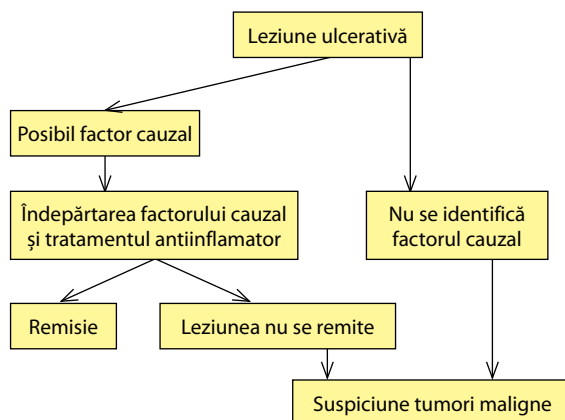


Fig. 7 Algoritm de diagnostic în leziunile ulcerative bucale

Diagnosticul precoce al formelor de debut presupune o anamneză corectă și un examen clinic minuțios și competent, alături de investigații paraclinice uzuale, cum ar fi de ex. Colorația intravitală cu albastru de toluidină, biopsia sau citologia exfoliativă. De altfel, orice simptom fără o etiologie exactă sau prezența unei mici leziuni, care nu se încadrează într-un tablou clinic uzual, va orienta spre o suspiciune de tumoră malignă (fig. 7).

Stabilirea unui diagnostic precoce în cancerul planșeului bucal are următoarele avantaje:

- tumora este minim invazivă, iar extirparea chirurgicală poate fi radicală;
- tratamentul chirurgical este facil;
- posibilitatea de metastazare este minimă;
- tratamentul asociat radio- și chimioterapic se poate iniția precoce.

Tratament. Scopul tratamentului multimodal complex în tumorile maligne oro-maxilo-faciale urmărește 2 deziderate majore, și anume:

- 1) perioada de supraviețuire să fie cât mai lungă;
- 2) asigurarea calității vieții, fapt realizat prin plastia reconstructivă imediată sau tardivă, care va favoriza reintegrarea bolnavului cât mai rapid în societate, precum și restabilirea și reabilitarea precoce a disfuncțiilor postchirurgicale.

Excizia tumorală și chirurgia reconstructivă sunt strâns legate una de cealaltă și constituie chiar aspecte de bază ale conduitei terapeutice, care urmează a fi instituite bolnavilor cu tumori maligne ale planșeului bucal. Deși principiile chirurgiei excizionale și cele ale chirurgiei reconstructive sunt diferite, cele 2 aspecte trebuie luate în considerație în stabilirea algoritmului terapeutic. În orice caz, este important să nu se facă compromisuri în terapia excizională în favoarea aspectului reconstructiv.

Tratamentul multimodal complex include, în funcție de stadializare, starea generală și opțiunea bolnavului, prioritățile fie de etapa chirurgicala asociată cu radio-, chimio-, imunoterapia, fie posibilitatea reconversiei tumorale și/sau a tratamentului paliativ radio-, chimio- și imunoterapic urmat sau nu de intervenția chirurgicală.

Intervenția chirurgicală cuprinde 3 etape și anume:

- a) extirparea tumorii primare cu margini libere negative (in limita de siguranță oncologică) și se adresează formei T;
- b) plastia reconstructivă a defectului postoperator, imediată sau tardivă;
- c) evidarea cervicală, care se adresează formei N0 N1 N2.

Pentru tumorile maligne în stadiul T1 și T2, se practică pelvectomia sau glosopelvectomia parțială, cu sau fără rezecție marginală osoasă, în timp ce pentru tumorile din T3, T4 se preferă hemipelvimandibulectomia sau hemiglosopelvimandibulectomia, intervenții ample care comportă o afectare funcțională și fizionomică majoră.

Plastia reconstructivă a defectului postoperator se realizează de regulă prin: sutura margino-marginală sau cicatrizare per secundam, pentru defectele mici din T1. Pentru defectele din T2, T3, se folosesc lambourile locale, lambourile pediculate sau lambourile liber vascularizate și transferate, care pot reface părțile moi, că și substratul osos. De regulă, se preferă plastia reconstructivă imediată, pentru a iniția cât mai rapid posibil radioterapia.

Frecvent, tumorile maligne ale planșeului bucal se asociază cu suferințe de ordin general ale aparaturii

cardiovascular, respirator, digestiv sau renal. Se estimează că cca. 40% din bolnavii prezentați la primul consult suferă de malnutriție. Aceste deficiențe nutriționale trebuie corectate, înaintea efectuării unor intervenții chirurgicale de amploare.

Examenul clinic general și investigațiile paraclinice vor avea ca scop primordial evaluarea oportunității unei intervenții chirurgicale majore. Această decizie este importantă, întrucât bolnavul — la care se contraindică intervenția chirurgicală — va urma metode alternative de tratament, cum ar fi radio — și/sau chimioterapia cu aspect curativ sau paliativ.

Bibliografie

1. Burlibasa C — Chirurgie orala și maxilo-faciala, Ed. Medicala, 2001.
2. Gupta M — Multimodality treatment for advanced oral cancer, J Oral Oncol, vol. 37, apr. 2001.
3. Shah JP — Preliminary result of the evaluation of the quality of life in the cancer of mouth,
4. International Congress on Oral Cancer, Haga, apr. 2001.
5. Langdon JD — Oral cancer, Ed. Arnold, 1998.
6. Roodenburg J — Oral and maxillo-facial surgery, Ed. Mosby, 1999.
7. Scully, Pindborg — Oral and maxillo-facial surgery, Ed. Mosby 1991.
8. Пачес А. И. Опухоли головы и шеи. М., 1995 г.
9. Цыбырнэ Г. А. Лечение местно-распространенного рака головы и шеи. Кишинёв, Штиинца. 1987
10. Gheorghe Țibîrnă. Atlas chirurgia oncologică în imagini. Chișinău 2011