

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
Тюменский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России

Рак слизистой полости рта и нижней губы

Выполнила: студентка
лечебного факультета 604
группы
Агтаева Алия Маратовна

Тюмень 2021

РАК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА



В эту группу относят злокачественные новообразования, исходящие из плоского неороговевающего эпителия слизистой оболочки дна полости рта, щёк, твёрдого и мягкого нёба, альвеолярного отростка верхней и нижней челюстей. Полость рта выстлана многослойным плоским неороговевающим эпителием, в толще которого расположены малые слюнные железы. Железистый рак из последних (чаще на слизистой оболочке нёба) развивается очень редко. Граница между полостью рта и ротоглоткой проходит по нёбно-язычным дужкам, нёбному язычку и желобовидным сосочкам корня языка.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Рак органов полости рта чаще всего встречаются в Индии и Пакистане, некоторых районах Средней Азии. В 2005 г. в России выявлен 2531 случай рака слизистой оболочки полости рта. Заболеваемость составляет 2,25 случая на 100 000 населения. Соотношение мужчин и женщин — 3:1. Средний возраст больных — 60 лет.

ЭТИОЛОГИЯ

Большое значение имеет употребление крепких алкогольных напитков, жевание бетеля и употребление наса (смесь табака, золы, извести и растительных масел). При отсутствии ухода за зубами возникают условия для развития инфекции, чаще возникают предраковые поражения слизистой оболочки.

КЛАССИФИКАЦИЯ

T – первичная опухоль

- TX – недостаточно данных для оценки первичной опухоли.
- T0 – первичная опухоль не определяется.
- Tis – преинвазивная карцинома (карцинома in situ).
- T1 – опухоль размером до 2 см в наибольшем измерении.
- T2 – опухоль размером до 4 см в наибольшем измерении.
- T3 – опухоль размером более 4 см в наибольшем измерении.
- T4a – опухоль прорастает кортикальную пластинку нижней челюсти, глубокие (наружные) мышцы языка, кожу.
- T4b – опухоль прорастает в крылонёбную ямку, боковую стенку глотки, или основание черепа, или внутреннюю сонную артерию

N – регионарные лимфатические узлы

Регионарными являются подбородочно-подчелюстные, поверхностные и глубокие шейные, а также надключичные лимфатические узлы.

- NX – недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов.
- N0 – нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.
- N1 – одиночный лимфатический узел на стороне поражения размером менее 3 см.
- N2a – одиночный лимфатический узел на стороне поражения размером от 3 до 6 см.
- N2b – множественные лимфатические узлы на стороне поражения размером менее 6 см.
- N2c – двусторонние или контралатеральные лимфатические узлы размером менее 6 см.
- N3 – лимфатические узлы размером более 6 см.

M - отдалённые метастазы

- M_X – недостаточно данных для определения отдалённых метастазов.
- M₀ – нет признаков отдалённых метастазов.
- M₁ – имеются отдалённые метастазы.

G – гистопатологическая дифференцировка

- G_X – степень дифференцировки не может быть установлена.
- G₁ – высокая степень дифференцировки.
- G₂ – средняя степень дифференцировки.
- G₃ – низкая степень дифференцировки.
- G₄ – недифференцированные опухоли.

R-классификация

Наличие или отсутствие остаточной опухоли после лечения обозначают символом R.

- R_X – наличие остаточной опухоли не определяется.
- R₀ – остаточной опухоли нет.
- R₁ – микроскопическая остаточная опухоль.
- R₂ – макроскопическая остаточная опухоль.

Группировка по стадиям

- 0 стадия – TisN0M0.
- I стадия – T1N0M0.
- II стадия – T2N0M0.
- III стадия:
 - ✧ T3N0M0;
 - ✧ T1N1M0;
 - ✧ T2N1M0;
 - ✧ T3N1M0.
- IVA стадия:
 - ✧ T1N2M0;
 - ✧ T2N2M0;
 - ✧ T3N2M0;
 - ✧ T4aN0M0;
 - ✧ T4aN1M0;
 - ✧ T4aN2M0.
- IVB стадия:
 - ✧ T4b любая N M0;
 - ✧ T любая N3 M0.
- IVС стадия – любая T любая N M1.

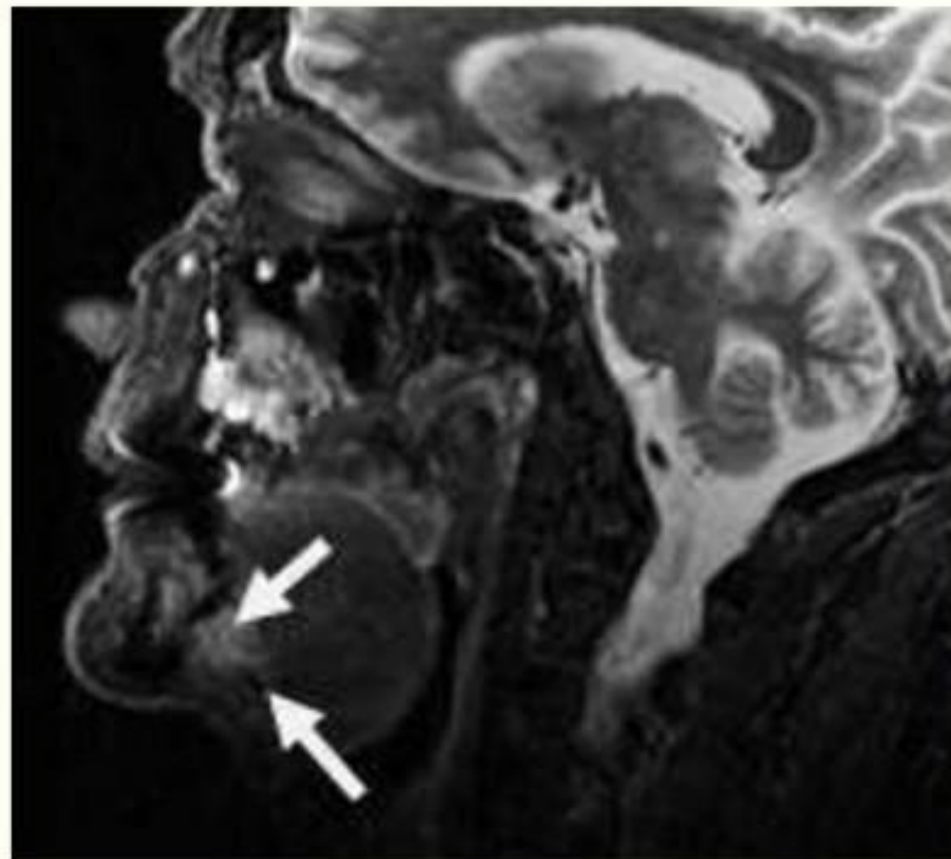
ДИАГНОСТИКА

Анамнез

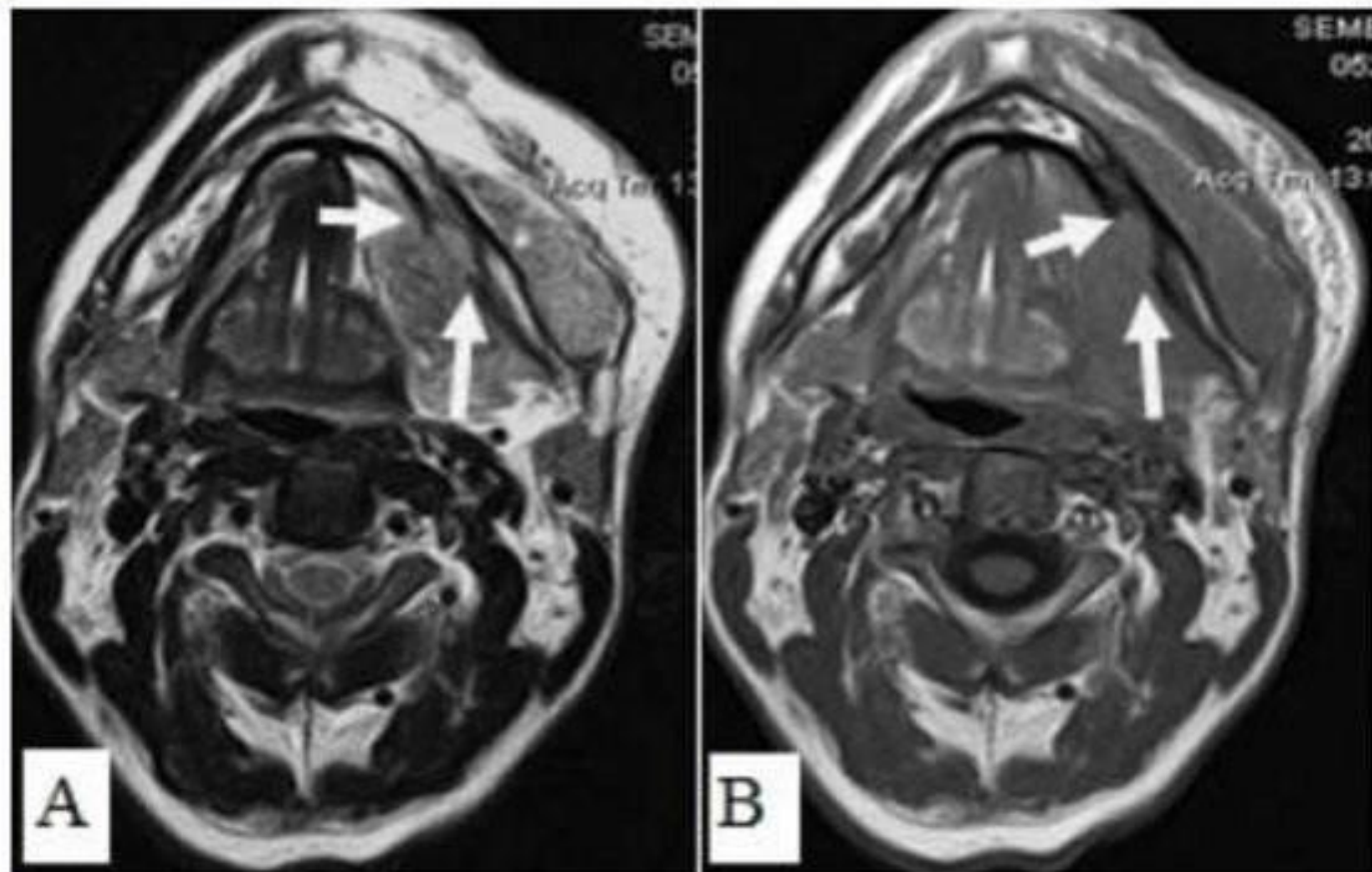
• Начало заболевания обычно бывает бессимптомным, поэтому к врачу обращаются с болезненным образованием под языком. После присоединения инфекции появляются боли, кровотечение, неприятный запах изо рта, неуклонное нарастание симптомов.

Физикальное обследование

- ■ Осмотр и пальцевое исследование дна полости рта, языка.
- ■ Пальпация подчелюстной области и шеи с обеих сторон.
- ■ УЗИ языка, шеи, органов брюшной полости.
- ■ Рентгенологическое обследование органов грудной клетки.
- ■ Рентгенография нижней челюсти.
- ■ Биопсия опухоли и взятие мазков-отпечатков для цитологического исследования.
- ■ Пункция лимфатических узлов шеи для цитологического исследования.
- ■ КТ лицевого отдела черепа (по показаниям).
- ■ Сканирование костей скелета (по показаниям).
- ■ ЭКГ.



МРТ дна полости рта в сагиттальной проекции в режиме Т2-ВИ. Опухоль дна полости рта размерами 2,0x1,8 см с распространение на основание языка Т1N0M0 (стрелки). Границы опухоли четко визуализируются, структура однородная



МРТ полости рта в аксиальной проекции в режиме T2-ВИ (A) и T1-ВИ (B). Рак дна полости рта с распространением на нижнюю челюсть, инфильтрацией мягких тканей щечной, подбородочной области слева. Выявляется деструкция кортикального слоя нижней челюсти слева, поражение костного мозга (стрелки)

Лабораторные исследования

- Определение группы крови и резус-фактора.
- Реакция Вассермана.
- Определение антител к ВИЧ.
- Исследование крови на австралийский антиген и гепатит С.
- Общий анализ крови.
- Общий анализ мочи.
- Биохимический анализ крови.
- Электрокоагулография (по показаниям).
- Цитологическое исследование отпечатка с опухоли языка.
- Цитологическое исследование пунктата лимфатического узла шеи.
- Срочное цитологическое исследование отпечатков с операционного материала (по показаниям).
- Консультация, пересмотр стёкол цитологических препаратов.
- Изготовление и патоморфологическое исследование операционного препарата срочное (по показаниям).
- Консультация, пересмотр стёкол или блоков патоморфологических препаратов (у консультативных больных).



КОНСУЛЬТАЦИЯ ДРУГИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

- Консилиум с участием хирурга, радиолога и химиотерапевта.
- Консультация терапевта (по показаниям).
- Консультация кардиолога (по показаниям).
- Консультация анестезиолога.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- Лейкоплакия.
 - Эритроплакия.
 - Дисплазия эпителия.
 - Рак слизистой оболочки альвеолярного отростка нижней челюсти.
 - Рак языка.
-

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ

• Вначале появляется безболезненное уплотнение, вызывающее чувство инородного тела; в дальнейшем симптомы заболевания связаны с изъязвлением (боль, ограничение подвижности языка, кровоточивость). Идентифицировать злокачественную язву от обычного стоматита во рту можно по отеку и припухлости щек, болезненности и постоянному дискомфорту даже в состоянии покоя. Насторожить должно длительное незаживление раны и ее кровоточивость.



Диагноз устанавливается на основании:

- 1) анамнестических данных, а именно наличие новообразования, не поддающегося консервативному лечению в течение 2–3 нед.;
- 2) физикального обследования, включающего тщательный клинический осмотр, пальпацию образования и прилежащих тканей и регионарных лимфатических узлов (ЛУ);
- 3) цитологического исследования соскоба, мазков, пунктата из первичной опухоли, пунктата из увеличенных или подозрительных ЛУ;
- 4) патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала;
- 5) инструментального обследований, включая ультразвуковое исследование (УЗИ) тканей полости рта, УЗИ шеи, компьютерную томографию (КТ)/ магнитнорезонансную томографию (МРТ), позитронно-эмиссионную компьютерную томографию (ПЭТ-КТ), фиброларингоскопию (ФЛС) по показаниям.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение рака полости рта зависит от стадии заболевания

- I–II стадия – дистанционная, брахи- или сочетанная лучевая терапия в СОД 40–70 Гр, включающая подчелюстную зону регионарного метастазирования. При недостаточной эффективности лечения после 40 Гр выполняют резекцию мягких тканей полости рта.
- III стадия – на первом этапе проводят химиолучевое лечение. На следующем этапе в случае радиорезистентности опухоли производят операцию (по показаниям – резекцию дна полости рта, глубоких мышц языка, нижней челюсти). При наличии регионарных метастазов одновременно выполняют радикальную шейную диссекцию.
- IV стадия – комплексное лечение: неoadъювантная химиотерапия, лучевая терапия, при отсутствии противопоказаний операция. Зоны регионарного метастазирования включают в поле облучения, СОД на эти зоны составляет 40–50 Гр. При отдалённых метастазах проводят паллиативное химиолучевое лечение.

ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ

Срок наблюдения:

- 1-й год после лечения – 1 раз в 3 мес.
- 2–3-й год после лечения – 1 раз в 4 мес.
- 4–5-й год после лечения – 1 раз в 6 мес.
- 6-й и последующие годы после лечения – 1 раз в год.

ПРОФИЛАКТИКА

Исключение курения, крепкого алкоголя. Уход за зубами и полостью рта в основном совпадают с таковыми при профилактике рака языка.

ПРОГНОЗ

При T1 5-летняя выживаемость составляет 85%, при T2 – 75%, при T3 – 60% и при T4 – 30%. К показателям неблагоприятного прогноза следует отнести прорастание опухоли в язык, нижнюю челюсть, мышцы дна полости рта.

РАК ГУБЫ



РАК ГУБЫ – злокачественная опухоль из многослойного плоского эпителия красной каймы нижней или верхней губы. Кожа и слизистая оболочка губы поражаются опухолевым процессом вторично.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Удельный вес опухолей губы в структуре заболеваемости населения России злокачественными новообразованиями составляет 1%. Более 75,7% злокачественных новообразований губы диагностированы у мужчин. Грубый (5,3) и стандартизованный (4,2) показатели заболеваемости мужчин выше, чем аналогичные показатели заболеваемости женщин (соответственно 1,5 и 0,7). Пик заболеваемости приходится на возраст старше 70 лет (15,7).

Факторы, способствующие развитию рака губы

Курение, алкоголь, канцерогенные вещества, вирусные инфекции (Herpes zoster).

ПРОФИЛАКТИКА

Исключение курения, алкоголя, воздействия канцерогенных веществ.

СКРИНИНГ

Ежегодная диспансеризации

КЛАССИФИКАЦИЯ

T – первичная опухоль

- ТХ – недостаточно данных для оценки первичной опухоли.
- Т0 – первичная опухоль не определяется.
- Тis – преинвазивная карцинома (карцинома in situ).
- Т1 – опухоль размером до 2 см в наибольшем измерении.
- Т2 – опухоль размером до 4 см в наибольшем измерении.
- Т3 – опухоль размером более 4 см в наибольшем измерении.
- Т4а – опухоль прорастает кортикальную пластинку нижней челюсти, глубокие (наружные) мышцы языка, гайморову пазуху, кожу.
- Т4b – опухоль прорастает в крылонёбную ямку, боковую стенку глотки, или основание черепа, или внутреннюю сонную артерию.

Примечание.

- К глубоким мышцам языка относят подъязычно-язычную, шилоязычную, подбородочно-язычную, нёбно-язычную мышцы.
- Поверхностной эрозии костно-зубной впадины первичной опухоли десны недостаточно для обозначения процесса как Т4.
- В случаях, когда имеются сомнения в распространённости опухоли на кость, руководствуются параграфом 4 общих правил системы TNM: «Если имеются сомнения в правильности определения категорий Т, N или М, то надо выбирать низшую (т.е. менее распространённую) категорию». Если при сцинтиграфии находят очаг патологически повышенного накопления радиофармпрепарата, то опухоль относят к категории Т4.

N – регионарные лимфатические узлы

NX – недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов.

N0 – нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.

N1 – метастазы в одном лимфатическом узле на стороне поражения размером до 3 см и менее в наибольшем измерении.

N2 – метастазы в одном или нескольких лимфатических узлах на стороне поражения размерами до 6 см в наибольшем измерении или метастазы в лимфатических узлах шеи с обеих сторон, или с противоположной стороны размерами до 6 см в наибольшем измерении.

N2a – метастазы в одном лимфатическом узле на стороне поражения размером до 6 см в наибольшем измерении.

N2b – метастазы в нескольких лимфатических узлах на стороне поражения размером до 6 см в наибольшем измерении.

N2c – метастазы в лимфатических узлах с обеих сторон или с противоположной стороны размером до 6 см в наибольшем измерении.

N3 – метастаз в лимфатическом узле размером более 6 см в наибольшем измерении.

M – отдалённые метастазы

MX – недостаточно данных для определения отдалённых метастазов.

M0 – нет признаков отдалённых метастазов.

M1 – имеются отдалённые метастазы.

G – гистопатологическая дифференцировка

GX – степень дифференцировки не может быть установлена.

G1 – высокая степень дифференцировки.

G2 – средняя степень дифференцировки.

G3 – низкая степень дифференцировки.

G4 – недифференцированная опухоль.

R-классификация

Наличие или отсутствие остаточной опухоли после лечения обозначают символом R.

Определения R-классификации применимы ко всем локализациям опухолей головы и шеи.

RX – наличие остаточной опухоли не определяется.

R0 – остаточной опухоли нет.

R1 – микроскопическая остаточная опухоль.

R2 – макроскопическая остаточная опухоль.

ГРУППИРОВКА ПО СТАДИЯМ

- Стадия 0 – T_{is}N₀M₀.
- Стадия I – T₁N₀M₀.
- Стадия II – T₂N₀M₀.
- Стадия III:
 - ✧ T₁₋₂N₁M₀;
 - ✧ T₃N₀₋₁M₀.
- Стадия IVA:
 - ✧ T₁₋₃N₂M₀;
 - ✧ T_{4a}N₀₋₂M₀.
- Стадия IVB:
 - ✧ T_{4b} любая N M₀;
 - ✧ любая T N₃ M₀.
- Стадия IVC – любая T любая N M₁.



ДИАГНОСТИКА

Анамнез

• Жалобы на появление на губе шероховатого уплотнения, бородавки, трещины; эти изменения постепенно увеличиваются в размерах, изъязвляются.

Физикальное обследование

- ■ Осмотр и пальцевое обследование губы, щёчно-десневого кармана, слизистой оболочки альвеолярных отростков челюстей.
- ■ Пальпация подчелюстной области и шеи с обеих сторон.
- ■ УЗИ губы, шеи, органов брюшной полости.
- ■ Рентгенологическое исследование органов грудной клетки.
- ■ Рентгенография нижней челюсти.
- ■ Биопсия опухоли и мазки-отпечатки для цитологического исследования.
- ■ Пункция лимфатических узлов шеи для цитологического исследования.
- ■ КТ лицевого отдела черепа (по показаниям).
- ■ Сканирование костей скелета (по показаниям).
- ■ ЭКГ



Лабораторные исследования


- Определение группы крови и резус-фактора.
- Реакция Вассермана.
- Определение антител к ВИЧ
 - Исследование крови на австралийский антиген и гепатит С.
- Общий анализ крови.
- Анализ мочи общий.
- Анализ крови биохимический.
- Биохимическая коагулограмма.
- Цитологическое исследование отпечатка с опухоли языка.
- Цитологическое исследование пунктата лимфатического узла шеи.
- Срочное цитологическое исследование отпечатков с операционного материала (по показаниям).
- Консультация, пересмотр стёкол цитологических препаратов.
- Изготовление и патоморфологическое исследование операционного препарата срочное (по показаниям).
- Консультация, пересмотр стёкол или блоков патоморфологических препаратов (у консультативных больных)

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- Паракератоз и акантоз.
- Лейкоплакия.
- Ограниченный гиперкератоз.
- Хейлит Манганотти.
- Папиллома.
- Кератоакантома.
- Кожный рог.
- Эрозивно-язвенная и гиперкеротическая формы красной волчанки и красного плоского лишая.
- Постлучевой хейлит и стоматит.

КОНСУЛЬТАЦИЯ ДРУГИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

- Консилиум с участием хирурга, радиолога и химиотерапевта.
- Консультация терапевта (по показаниям).
- Консультация кардиолога (по показаниям).
- Консультация анестезиолога.



Критерии установления заболевания или состояния

Диагноз устанавливается на основании жалоб, анамнеза, физикального и инструментального обследования, при этом морфологическая верификация является обязательным достоверным критерием постановки диагноза.

ЛЕЧЕНИЕ

- Обычно лечение рака губы заключается в предоперационной лучевой терапии, включающей первичный очаг и зоны регионарного метастазирования, в дозе 40–50 Гр с последующей резекцией губы и шейной лимфаденэктомией. При этом нужно учитывать, что опухолевая инвазия распространяется значительно дальше, чем это может быть оценено визуально.
- При опухолях, растущих в ткани дна полости рта или в нижнюю челюсть, производят сложное хирургическое вмешательство, включающее частичное или полное удаление губы, резекцию тканей дна полости рта и резекцию нижней челюсти. После таких операций многие больные нуждаются в замещении удалённых тканей или у них формируют оростому.
- При наличии пальпируемых шейных метастазов после лучевой терапии необходима радикальная шейная диссекция с обязательным удалением клетчатки подчелюстной и подбородочной областей. При двустороннем поражении лимфатических узлов шеи хирургический этап лечения разбивают на два этапа. Вторым этапом выполняют шейную лимфодиссекцию с противоположной стороны через 2–3 нед после первой операции.
- Для профилактики затёка слюны в верхние дыхательные пути накладывают трахеостому.

Лечение рака губы в зависимости от стадии заболевания

- I–II стадии – дистанционная, брахи- или сочетанная лучевая терапия в СОД 40–70 Гр, включающая подчелюстную зону регионарного метастазирования. При недостаточной эффективности лечения после достижения дозы 40 Гр выполняют резекцию губы. Возможно использование крио- и лазерной деструкции.
- III стадия – лечение начинают с лучевой терапии; на следующем этапе при радиорезистентной опухоли выполняют резекцию губы. При наличии регионарных метастазов удаляют лимфатические узлы и клетчатку шеи.
- IV стадия – лечение комплексное: неoadъювантная полихимиотерапия, предоперационная дистанционная лучевая или брахитерапия, широкое иссечение опухоли, при необходимости с пластикой дефекта. Обязательное облучение зоны регионарного метастазирования шеи и подчелюстной области в СОД 40–50 Гр с обеих сторон. Дальнейшая тактика в отношении метастазов в лимфатических узлах шеи зависит от эффективности проведённого лечения: продолжение лучевой терапии до СОД 70 Гр и радикальная шейная диссекция. При IVС стадии проводят паллиативную химиолучевую терапию



ПРОГНОЗ

Прогноз неблагоприятный: 5-летняя выживаемость после комбинированного лечения составляет не более 50%.

ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ

- Сроки наблюдения:
 - 1-й год после лечения – 1 раз в 3 мес;
 - 2–3-й год после лечения – 1 раз в 4 мес;
 - 4–5-й год после лечения – 1 раз в 6 мес;
 - 6-й и последующие годы после лечения – 1 раз в год.

Литература

- 1. Научно-практическое издание. Клинические рекомендации. Онкология. Под редакцией В. И. Чиссова.
- 2. Онкология : учебник с компакт-диск / под ред. В. И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007
- 3. Клинические рекомендации. Злокачественные новообразования губы. Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: С00. Возрастная группа: взрослые. Год утверждения: 2020 г.
- 4. Злокачественные новообразования полости рта. Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: С02.0, С02.1, С02.2, С02.3, С02.8, С02.9, С03, С04, С05.0, С06 Возрастная группа: Взрослые. Год утверждения: 2020 г