

Dr. PácZ Zoltán Dr. Huszka János

Szájüregi daganatok

Összefoglalás:

A szerzők ismertetik a szájüregi tumor előfordulásának gyakoriságát. Felhívják a figyelmet a praecancerosus állapotok felismerésének fontosságára és kezelésére. Ismertetik a leggyakoribb szájüregi rosszindulatú tumorok lokalizációját, kezelési lehetőségét. Hangsúlyozzák a megelőzés fontosságát és a szűrővizsgálat jelentőségét, melyben kiemelkedően fontos szerepe van a családorvosnak.

Szomorú tény, hogy az Egyesült Államok Nemzeti Ráktársasága 1990-es jelentése szerint az összes rákos esetek halálzása vonatkozásában a magyar férfiak az első, a magyar nők a harmadik helyen állnak a nemzetközi összehasonlításban, azóta pedig a nők a második helyre léptek elő.

Szájüregi daganatok esetében mindkét nem az első helyen áll, a halált okozó összes daganat 4%-t teszik ki ezen daganatok, ami azt jelenti, hogy hazánkban a rákos betegségekben elhunytak minden ötödike szájüregi daganatban szenvedett.⁹

Maga az elnevezés nem pontos, mert némely daganat az anatómiai határokat átlépve a szájüregből a nyelvgyökre, garatba terjed, másrészt a kezelésnél a nyaki régió nyirokcsomóit is el kell távolítani.

Miért ilyen magas ezen daganatok száma? Ez összetett kérdés, pontos választ adni nem tudunk.

Annyi biztos, hogy számos rizikótényező játszik szerepet, így a dohányzás, alkohol, táplálkozás, levegőszennyeződés, számos szájüregi mikroorganizmus. Amennyiben rossz a szájhygiéne, az egészséges flóra egyensúlya felborul, a patogén mikrobák elszaporodnak és különböző betegségek forrásai lehetnek.

Nem lehet eléggé hangsúlyozni a dohányzás és az alkohol szerepét. Különösen veszélyes a napi 2 csomag vagy több cigaretta, a napi 2 dl 40%-os tömény ital, 1, 2 l bor vagy 5 üvegsör.⁴ Amennyiben egy nem dohányzó és alkoholt nem fogyasztó egyén rizikófaktora 1, akkor a dohányosoké 15, az alkoholosoké 13, ha a kettő együtt szerepel, akkor 13 X 15⁸

Mint minden szerv esetében, itt is meg-

különböztethetünk jó és rosszindulatú daganatokat, valamint hám, kötőszöveti, odontogén illetve csontdaganatokat.

A jóindulatú tumorok vagy rejtve maradnak, vagy nem okoznak panaszt, vagy tüneteket okozva eltávolításra kerülnek. A panasz lehet vérzés (haemangioma), lehet nagyságánál fogva idegentest érzés, szájzárás nehézség (lipoma, gingiva tumorok). Hámeredetű jóindulatú tumor leggyakrabban papilloma. Kötőszöveti lágyrész daganat lehet fibroma, epulis, lipoma, haemangioma, teleangiectasia, lymphangioma, myxoma, izomszöveti és idegszöveti.

Számos odontogén tumor ismert, így az ameloblastoma, elmeszesedő odontogén hámtumor (Pindborg-tumor), fibroma ameloblasticum, dentinoma, fibroma odontogenicum, myxoma odontogenes, cementoma, odontoma stb.

Fontos, hogy az eltávolított, jóindulatúnak tűnő tumor is minden esetben szövettani vizsgálatra kerüljön.⁸

Praecancerosisek

Nagyon lényeges a daganatot megelőző állapotok felismerése és kezelése. Megkülönböztetünk praecancerosus laesiot és állapotot.

Laesionak nevezzük a megváltozott morfológiájú szövetterületet, melyben carcinoma gyakrabban fordulhat elő, mint a hasonló lokalizációjú, normálisnak látszó nyálkahártyán. Ilyen, pl. a leukoplakia, erythroplakia. Praecancerosus állapotban a szájnyálkahártya általános állapota megváltozott, melyhez a carcinoma szignifikánsan megnövekedett rizikója társul. Pl. vashiányos anaemia, lichen oris.

Leggyakoribb praecancerosus laesio a leukoplakia, mely a szájnyálkahártya 5 mm-nél nagyobb letörölhetetlen fehér foltja, ami klinikailag és patológiailag más betegségcsoportba nem sorolható be, és nem társul hozzá semmilyen fizikai vagy kémiai oki tényező, kivéve a dohányzást.

Lényegében hyperkeratinizációval járó krónikus gyulladás.

Oka elsősorban a dohányzás, bár nem minden dohányosnál fordul elő, és előfordul nem dohányosnál is, itt viszont fokozott veszélyt jelent.^{12,5}

Több típusa ismert, lehet homogén, nem homogén (verucosus forma) és nodularis. Gyakori a *Candida albicans*-szal történő felülfertőződése, ami külön kezelést igényel.

Előfordulása a különböző statisztikák

szerint 0,57% és 3,6% között van, a malignizálódás 5-6%-ra tehető, a simplex formánál 4,6%, míg erozív esetben 28%.

Kezelés előtt lényeges a histopathológiai vizsgálat. Fontos a beteg rendszeres ellenőrzése, és A vitamin adása javasolt.

A leukoplakiánál sokkal rosszabb prognózisú az erythroplakia megjelenése, hámatrophia és kifejezett dysplasia észlelhető, mely lehet a szájfenéken, retro-molaris területen és a mandibula alveoláris nyálkahártyáján. Észleléskor kb. 90%-ban a szövettani kép invazív carcinomát vagy carcinoma in situ-t mutat.

Praecancerosus laesiot jelent még a cheilitis chr. actinica, a cheilitis glandularis, a cornu cutaneum, a keratoma senile és a naevus pigmentosus is.

Számos praecancerosus állapot létezik, közülük leggyakoribb a lichen oris, melynek hététerében autoimmun folyamatot feltételeznek. A többi állapot kisebb jelentőségű, így a sideropenias anaemia, a discoid lypus erythematosus, a submucosus fibrosis, a xeroderma pigmentosus.¹²

Szájüregi rosszindulatú daganatok

A rosszindulatú daganatok közül a legjelentősebb a hámeredetű carcinoma, mely a szájüregi tumorok 90%-át adja. Kiindulhat a szájüreget bélelő laphámából és a mirigyes szervek hámból. A fennmaradó 10%-ot a kötőszövet rosszindulatú tumorai, különféle sarcomák adják.

A laphámrákokat kiindulási helyük alapján csoportosíthatjuk.

Aránylag gyakori az ajakrák, mely az alsó és felső ajakról egyaránt kiindulhat. Előbbi eset a gyakoribb, az utóbbi viszont rosszabb indulatú, gyakrabban ad áttétet. Lehet exophyt, ulceralis vagy verrucosus formájú. A régebben alkalmazott ékkimetszés ma szinte műhiba. Egyértelműen a műtéti kezelés preferált a sugárkezeléssel szemben.

Ritkább előfordulású a bucca carcinoma, mely megjelenhet az elülső, középső és hátsó régióban, valamint az áthajlási redőben is. Minél hátrább helyezkedik el, annál rosszabb prognózisa van. Széles alapon eltávolítva gyógyítható, de nagyon hamar ad áttétet.

A szájüregi rosszindulatú daganatok 30-40%-át a nyelvrák adja, az esetek 80%-a férfiaknál jelentkezik. Az elülső harmadban jelentkező daganat hamar ráterjed a szájfenékre, a nyelvgyökön lévő pedig hátrafelé a tonsilla és mandibula irányába. A

Dr. PácZ Zoltán Dr. Huszka János
Fővárosi Szent István Kórház
Fül-Orr-Gége, Fej-nyaksebészeti Osztálya
1096 Budapest, Nagyvárad tér 1.

daganat lehet infiltráló vagy exophyt jellegű. Gyakran és korán ad áttétet, először a nyaki nyirokcsomókban, majd később a tüdőbe is. Minél közelebb helyezkedik el a középvonalhoz, annál sűrűbben észlelhető kétoldali metastasis. A szájfenéken a vénás és nyirokkeringés keresztjeződik, emiatt gyakran látunk ellenoldali áttétet.

A szájfenék rákja gyakoriságban a nyelv, ajakrak után következik. Csaknem mindig az elülső harmadban észlelhető, gyakran társul leukoplakiához. Gyorsan terjed a nyelvre vagy a mandibula periosteumára, a sublingualis és a submandibularis nyálmirigyre. Az exophyt típusú jobb indulatú, mivel környezetét kevésbé infiltrálja. Szövettanilag közepesen differenciált laphámrák. Áttétet mindkét oldalon kell keresni.³

A szájpad carcinoma esetén jelentős a különbség a kemény és lágy szájpad daganat közt.

Kemény szájpadról kiinduló tumrok idősebb férfiaknál jelentkezhetnek, gyakran leukoplakiából indulhatnak ki. Szövettanilag jól differenciált laphámrák képét mutatja. Műtéttel jól kezelhetők, áttétet ritkán képeznek.

Lágy szájpad carcinomák 3-szor gyakrabban jelentkeznek, mint a kemény szájpad tumorok. Környezetüktől nehéz elkülöníteni, hamar terjednek a garat képleteire. Ha ráterjed már a nyelvgyökre is, akkor igen rossz a prognózis. Szövettanilag rosszul differenciált laphámcarcinomák.

A gingiva carcinomája 10-12%-ra tehető. 2-3-szor gyakrabban található férfiaknál, mint nőknél.

Leggyakrabban az alveoláris ív hátsó harmadából indul ki, a tumor lehet exophyt, fekélyes vagy verrucosus jellegű. Szövettanilag rendszerint jól differenciált laphám carcinoma. A mandibulán elhelyezkedő hamarabb metastatizál, mint a maxillán lévő.

Időben kezelve, az érintett csontot is el távolítva relatíve jó a prognózis.

Szájüregi carcinomák kezelése

Legfőbb szempont, hogy a sebészi kezelés az elsődleges. Tökéletes gyógyulás radikális eltávolítás és megfelelő utókezelés esetén várható.

A primer daganat sebészi kezelését monoblock műtétként a regionalis nyirokcsomók eltávolításával együtt kell végezni. Ez lehet radikális vagy funkcionális nyaki blockdissectió. A műtét kiterjesztését a nyaki nyirokcsomók CT, MR vagy UH vizsgálata, aspirációs cytológiai eredménye szabja meg. A radikális nem befolyásolhatja az attól való félelem, hogy a

szövethiányt hogyan pótoljuk. Pótlás történhet bőr és nyálkahártyával, csípőcsonttal való mandibula-rekonstrukcióval, jelentős szövethiány esetén nyeles lebennyel.⁸

Amennyiben kétséges az operabilitás lehetősége, jó eredményt ad a műtét előtti és utáni citosztatikus kezelés. Posztoperatív irradiációt csaknem minden beteg esetén elvégeztetjük.

Amennyiben bármely okból műtét nem végezhető, sugárkezelés vagy citosztatikus kezelés jön szóba.

Reménytelen esetekben is ajánlott palliatív kezelés adása. Egyes különleges lokalizációjú tumrok esetén az intraarterialis kemoterápia is segíthet. Nagyon jó eredményt észleltek a Cisplatin adásával.^{6,7,10}

Szájüregi daganatok megelőzése, onkológiai szűrővizsgálat

Minden kezelésnél fontosabb a betegség korai felismerése, mert teljes gyógyulásra ekkor számíthatunk igazán. Ezt a célt szolgálja a szűrővizsgálat, ami sajnos nincs megszervezve, és a most induló népegészségügyi programban sem kap jelentőséget megfelelő helyet, pedig jóval egyszerűbb és olcsóbb lenne, mint pl. a vastagbél daganatok korai kórismézése.

Felmerül a kérdés, ki végezze a vizsgálatot?

Az 1973-as rendelkezés stomato-onkológiai központokat jelölt ki, ami nem tudta betölteni feladatát, egész lakosság szűrésére elégtelen volt, másrészt a leginkább veszélyeztetettek sosem jelentek meg a rendelésen.¹ Különböző felmérésekből tudjuk, hogy hazánk lakosságának kb. 10%-a sosem volt fogorvosnál, kb. 15% csak akkor, amikor türelhetlen fájdalma miatt fogat húzatott. Ugyancsak 10-15%-ra tehető azok száma, akik fogat még sosem mosnak. Ilyen adatok alapján érthető, hogy miért mi állunk a világ élvonalában a szájüregi daganatok tekintetében.

Azt hiszem, az lenne az egyedüli lehetséges megoldás, hogy bármelyik orvos, akit a beteg valamilyen panaszával felkeres, elvégezné a szájüreg vizsgálatát, viszont erre az egyszerű vizsgálatra is meg kell tanítani mindenkit, hogy a nyelvlapoccal nem lenyomni kell a nyelvet, hanem ellenkezőleg, felemelni, áttekinteni a szájfeneket kétoldalt, és végignézni a nyelvszéleket, buccat és gingivát. Nyelvgyöki tumor igazán csak tükrözéssel lehet felismerni. Óriási segítséget jelentene, ha a családorvosokat meg tudnánk nyerni erre a munkára. Ők ismerik legjobban a beteg környezetét, állapotát, előző betegségeit, gyógyszerelését. A szakorvosi hálózat, akár **fül-**

orr-gégészeti, akár **szájsebészeti** szívesen lenne **partner** ebben a munkában, készséggel vállalná az együttműködést. Legjobb lenne ezt a kórházi osztályok ambulanciáival kiépíteni, mert a vizsgálatot, szövettanit is, ott célszerű elvégezni, ahol a beteg további kezelésének feltételei is adottak. A megelőzés terén egyaránt feladatok van az egyénnek és a társadalomnak is. Az egyén feladata olyan életstílus, életmód kialakítása, melyben kerüli a rizikófaktorokat, a társadalomé pedig, hogy a környezetünkben minden károsító tényezőt távol tart a lakosságtól, minimálisra csökkenti a környezetszennyezést. A szomorú statisztikák adatai csak akkor javulhatnak, ha mindkét fél megtesz minden tőle telhetőt az egészséges életmód és környezet kialakításához.

Irodalomjegyzék:

- Bánóczy Jolán dr.: *Az orális carcinomák korai diagnosztikája – kinek a feladata* Lege Artis Medicinæ 1998. 8. 882-883.
- Dombi Csaba dr. és Bánóczy Jolán dr.: *A szájüregi daganatok megelőzésének lehetőségei stomato – onkológiai szűrővizsgálatokkal*. Magyar Fogorvos. VII. évf. 98. 11-12.
- Kótai Zsuzsa dr., Élő János dr. *Nyelv-szájfenék adenocarcinomák*. Fül-orr-gégegyógyászat. 43. évf. 1997. 4. 249-252
- Mark H Beers M. D. és Robert Berkow M. D.: *MSD Orvosi kézikönyv*. Melania kiadó Kft. Bp. 1969. 758-759. o.
- Molnár András dr.: *A szájüregi precancerosus elváltozásai*. Qvintessenz Fogtechnika 1998. 8. 22-23
- Olasz Lajos dr., Németh Árpád dr., Nyárádi Zoltán dr., Tamóczy Tamás dr. és Királyfalvi László: *Kombinált cisplatin-tartalmú kemoterápia randomizált vizsgálata a fej – nyak régióban lévő planicellularis rákok kezelésében*. Orvosi Hetilap 2000. 4 (45) 2433-2437
- Olasz Lajos dr., Szabó Imre dr., Kwaskie Francis dr., Horváth Anna dr., és Királyfalvi László: *Szájüregi laphámrákok praeoperatív kemoterápiájának és sugárterápiájának összehasonlító vizsgálata*. Orvosi Hetilap 133 évf. 16. szám. 961-965.
- Szabó György dr.: *Szájsebészet, maxillofacialis sebészet*. Egyetemi tankönyv. Semmelweis kiadó Bp. 1997.
- Tamás László dr., Péter Zoltán dr., Kiefer Gábor dr.: *Adatok a fej-nyaki daganatok epidemiológiájához Magyarországon*. Orvosi Hetilap 1998. 139.(7) 355-359
- Uzsoki utcai kórház Onkoradiológiai központ. Szájüregi daganatok nem sebészi kezelése