

Міністерство освіти та науки України
ДВНЗ “Ужгородський національний університет”
Медичний факультет

Кафедра онкології з курсами радіаційної медицини та реаніматології

Пухлини голови та шиї
Лекція для студентів V-VI курсів

Рак нижньої губи (РНГ)

Епідеміологія раку нижньої губи

■ Рак нижньої губи по відношенню до всіх злоякісних пухлин в Україні складає 2,48% у чоловіків і 0,79% у жінок.

■ Захворюваність на рак губи на Україні у 2005 році дорівнювала 1383 в абсолютних числах, або 2,9 на 100 тис. населення. Найвищі показники захворюваності спостерігаються у Кіровоградській обл. – 4,5, Сумській – 5,1, Хмельницькій – 4,6, Черкаській – 4,7 та у м. Севастополі – 5,6. Низькі показники у м. Києві – 0,4, Закарпатській обл. – 1,3, Харківській - 1,8, Рівненській – 1,8.

Етіологічні фактори та фактори ризику

паління;

вплив атмосферних факторів - зміна вологості, температури, тривала інсоляція;

хронічна травматизація губ;

порушення гігієни порожнини рота;

вірусна інфекція;

чоловіча стать (у чоловіків ризик виникнення РНГ вищий, ніж у жінок).

Класифікація передракових захворювань

- а) *Факультативні передраки:*

- хронічний хейліт,

- тріщини,

- ерозивна та гіперкератотична форми червоного вовчака та плескуватого лишая,

- верукозна лейкоплакія

- дифузний дискератоз

- б) *Облігатні передраки:*

- вогнищеві дискератози,

- папіломи,

Класифікація раку нижньої губи

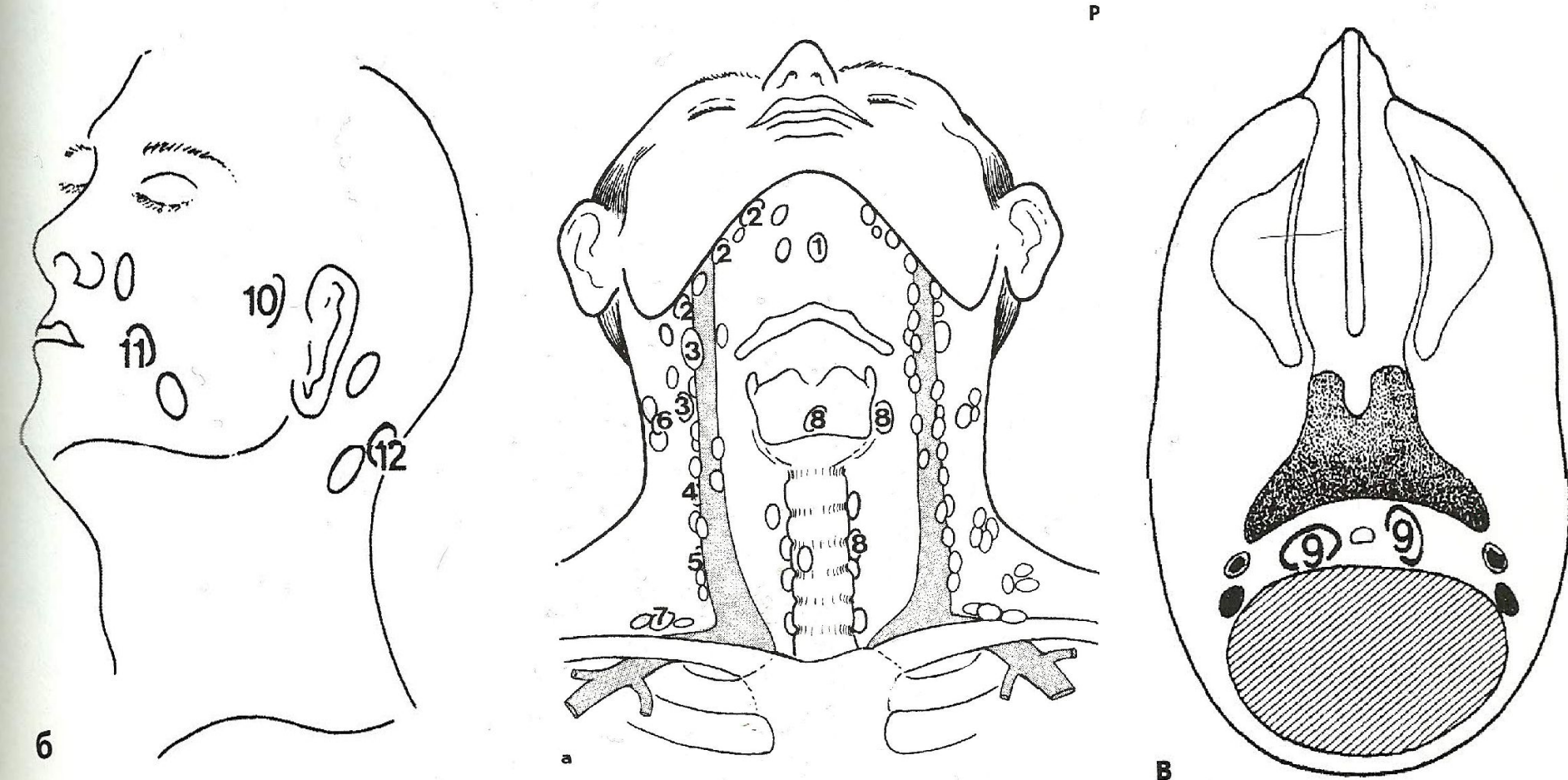
■ За формою росту рак нижньої губи поділяється на:
екзофітний:

■ папілярна та бородавчаста форми

■ ендоефітний

■ виразкова та інфільтративна форми.

Зони регіонарного метастазування пухлин голови та шиї

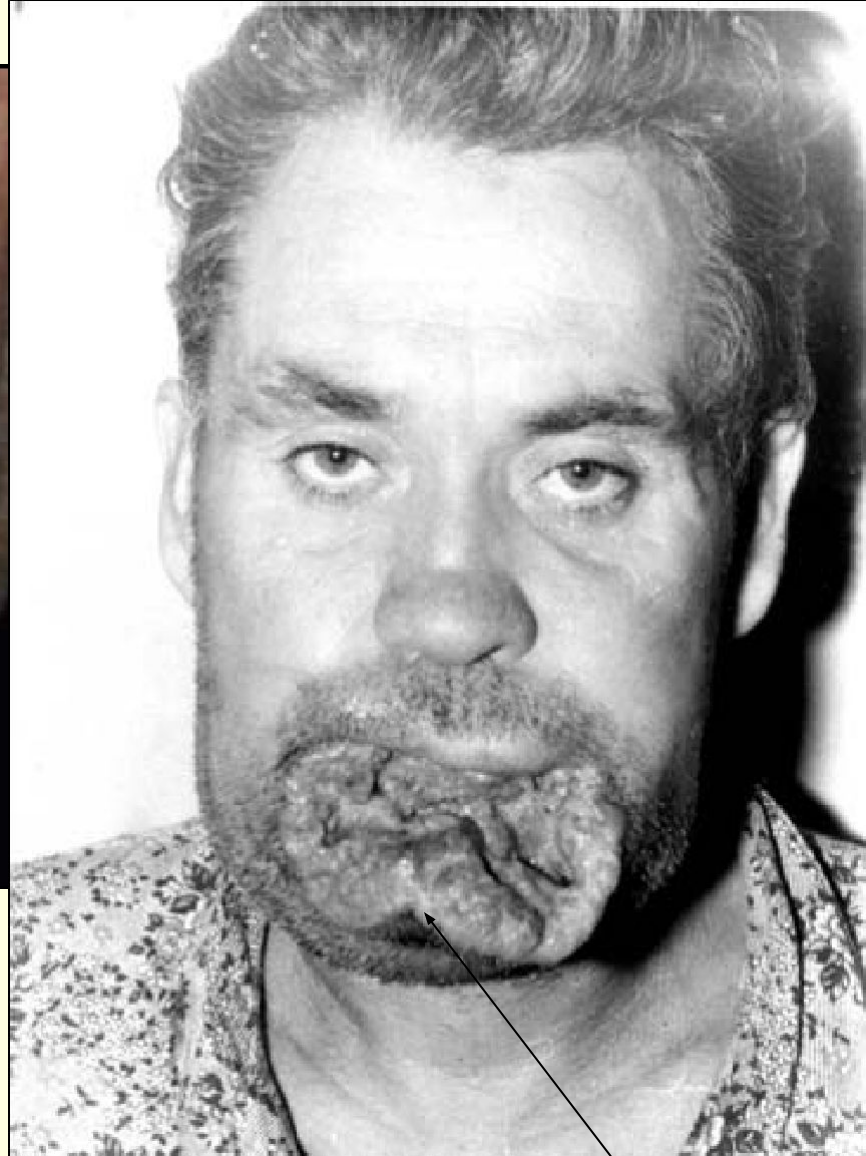


Лімфовузли області голови та шиї:

1- підборідні; 2- піднижньощелепні; 3- верхньояремні; 4- середньояремні; 5- нижньояремні; 6- поверхневі лімфовузли латеральної області шиї; 7- надключичні; 8- передгортанні, претрахеальні, паратрахеальні; 9-заглоткові; 10- привушні; 11- вузли щоки; 12-мастоїдальні і потиличні.



Екзофітний рак нижньої губи.



Ендофітний рак нижньої губи



Рак губи

Класифікація раків губи та ротової порожнини за системою TNM (коди МКХ-0-С00, С02-06)

- Т - ПУХЛИНА

- ~~ТХ - не досить даних для оцінки первинної пухлини~~

- Т0 - первинна пухлина не визначається

- Тis - преінвазивна карцинома (cancer in situ)

- Т1 - пухлина до 2 см у найбільшому вимірі

- Т2 - пухлина до 4 см у найбільшому вимірі

- Т3 - пухлина понад 4 см у найбільшому вимірі

- **Т4 - Губа:** пухлина поширюється на сусідні структури, наприклад, кортикальний шар кістки, нижній альвеолярний нерв, дно ротової порожнини, шкіру обличчя.

- **Т4 - Ротова порожнина:** пухлина поширюється на підлеглі структури (наприклад, кістку, глибокі м'язи язика, верхньощелепний синус, шкіру).

- **Т4а Ротова порожнина (резектабельна):** пухлина поширюється на сусідні структури (наприклад, кортикальний шар кістки, глибокі м'язи язика, верхньощелепний синус, шкіру обличчя)

- **Т4б Ротова порожнина (нерезектабельна):** пухлина поширюється на жувальні м'язи, крилоподібну пластинку або основу черепа і/або охоплює внутрішню сонну артерію

Класифікація раків губи та ротової порожнини за системою TNM (коди МКХ-0-С00, С02-06)

N - РЕГІОНАРНІ ЛІМФАТИЧНІ ВУЗЛИ

NX - не досить даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів

N0 - нема ознак метастатичного ураження лімфатичних вузлів

N1 - метастази в одному гомолатеральному лімфатичному вузлі до 3 см у найбільшому вимірі

N2 - метастази в одному гомолатеральному лімфатичному вузлі до 6 см у найбільшому вимірі, або численні метастази в гомолатеральних лімфатичних вузлах, жоден з яких не перевищує 6 см у найбільшому вимірі, або білатеральні, або контрлатеральні метастатичні лімфатичні вузли розміром до 6 см у найбільшому вимірі

N2a метастаз у гомолатеральному лімфатичному вузлі до 6 см у найбільшому вимірі

N2b численні метастази в гомолатеральних лімфатичних вузлах, жоден з яких не перевищує 6 см у найбільшому вимірі

N2c білатеральні, або контрлатеральні метастатичні лімфатичні вузли розміром до 6 см у найбільшому вимірі

N3 - метастази в лімфатичних вузлах розміром понад 6 см у найбільшому вимірі

M - ВІДДАЛЕНІ МЕТАСТАЗИ

MX - не досить даних для визначення віддалених метастазів

M0 - віддалені метастази не виявляються

M1 - наявні віддалені метастази

Клініка РНГ

- Перебіг хвороби досить спокійний.

- Характеризується утворенням екзофітних папілярних, бородавчастих пухлин на нижній губі. Менш диференційовані пухлини НГ схильні до інфільтративно-виразкового росту і швидкого лімфогенного, рідше гематогенного метастазування.

- Іноді (0,5%) на нижній губі зустрічається базально-клітинний рак.

- Малігнізація і метастазування РНГ не супроводжується відчуттям болю і для хворого майже непомітні. Іноді хворі випадково знаходять у себе у підщелепній або підборідній ділянці щільний метастатичний вузол, що примушує їх звернутись до лікаря.

- Біль настає унаслідок інфікування тканин та запального процесу навколо пухлини та у лімфовузлах і у занедбаних випадках – перебіг хвороби важкий.

Алгоритм діагностики РНГ

— Фізикальне обстеження.

Ультразвукове обстеження ший.

Цитологічне дослідження зскрібка - відпечатку із новоутворення, пунктату лімфатичного вузла.

Езофагоскопія, ларингоскопія.

Біопсія новоутворення з морфологічним дослідженням.

Рентгенографія кісток лицевого відділу черепа.

Загальний та біохімічний аналіз крові, аналіз сечі.

Електрокардіографія.

Рентгенографія ОГК

■ Обстеження на вірус імунodefіциту людини, сифіліс, вірусний гепатит.

■ МРТ або КТ області голови та ший для уточнення поширеності пухлинного процесу.

Диференційна діагностика РНГ

Проводиться з:

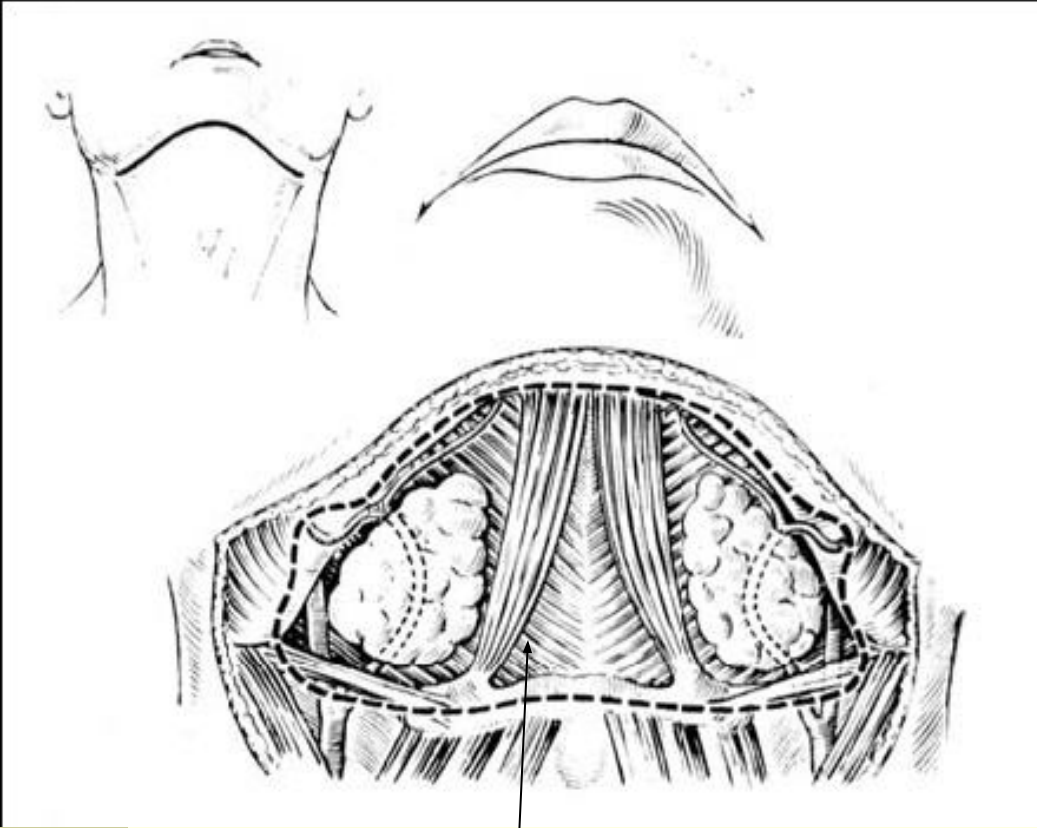
- Папіломою;
- простою виразкою;
- туберкульозною та сифілітичною виразками;
- неспецифічними запальними інфільтратами.

Схеми стандартного лікування хворих на рак губи, ротової порожнини та глотки

Стадія захворювання	Обсяг стандартного лікування
Стадія I-II (T1-2N0M0)	Променева терапія. Хірургічне лікування
Стадія III (T3N0M0, T1-3N1M0)	1.Хіміотерапія. 2. Променева терапія. 3. Хірургічне лікування.
Стадія IV (T4N0-1M0, T1-4N2-3 M0-1)	1. Хіміотерапія. 2. Променева терапія. 3. Хірургічне лікування (при резектабельних пухлинах).

Перелік оперативних втручань у хворих на рак губи, ротової порожнини

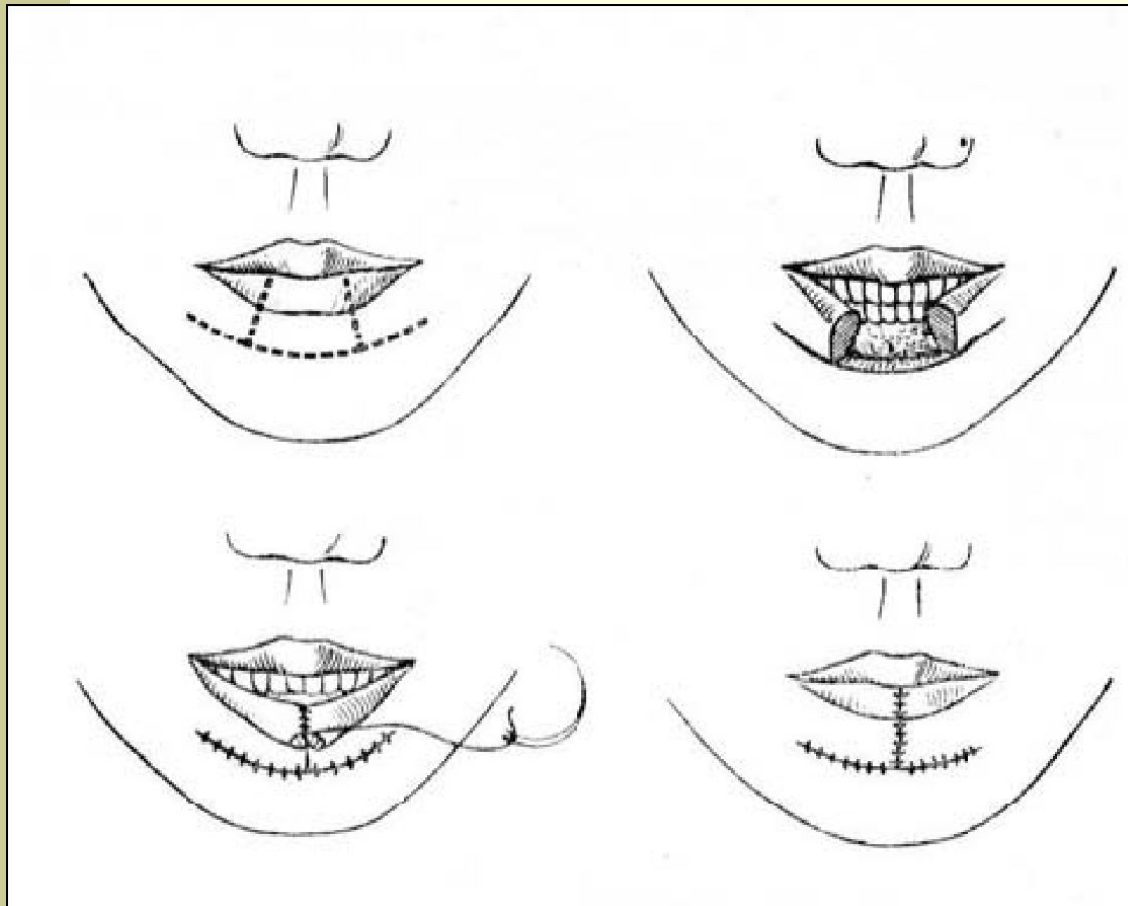
Основний перелік оперативних втручань	Вид операції	Стадії
	Резекція органу або кріодеструкція	Стадії I-II (T1-2N0M0)
	Комбінована операція з резекцією сумісних тканин та органів	Стадія III-IV (T3-4N0-3 M0-1)
	Розширена або комбінована з резекцією суміжних тканин та органів	Стадія IV (T4N0M0, T3-4 N1M0, T1-4N2-3M0, T1-4N1-3M1)
	Перев'язка зовнішньої сонної артерії або її гілок	стадія III-IV
	Фасциально-футлярна шийна дисекція або операція Крайля	при N1-3 незалежно від стадії
Додатковий перелік	Пластично - відновлювальні операції	Стадії II -III



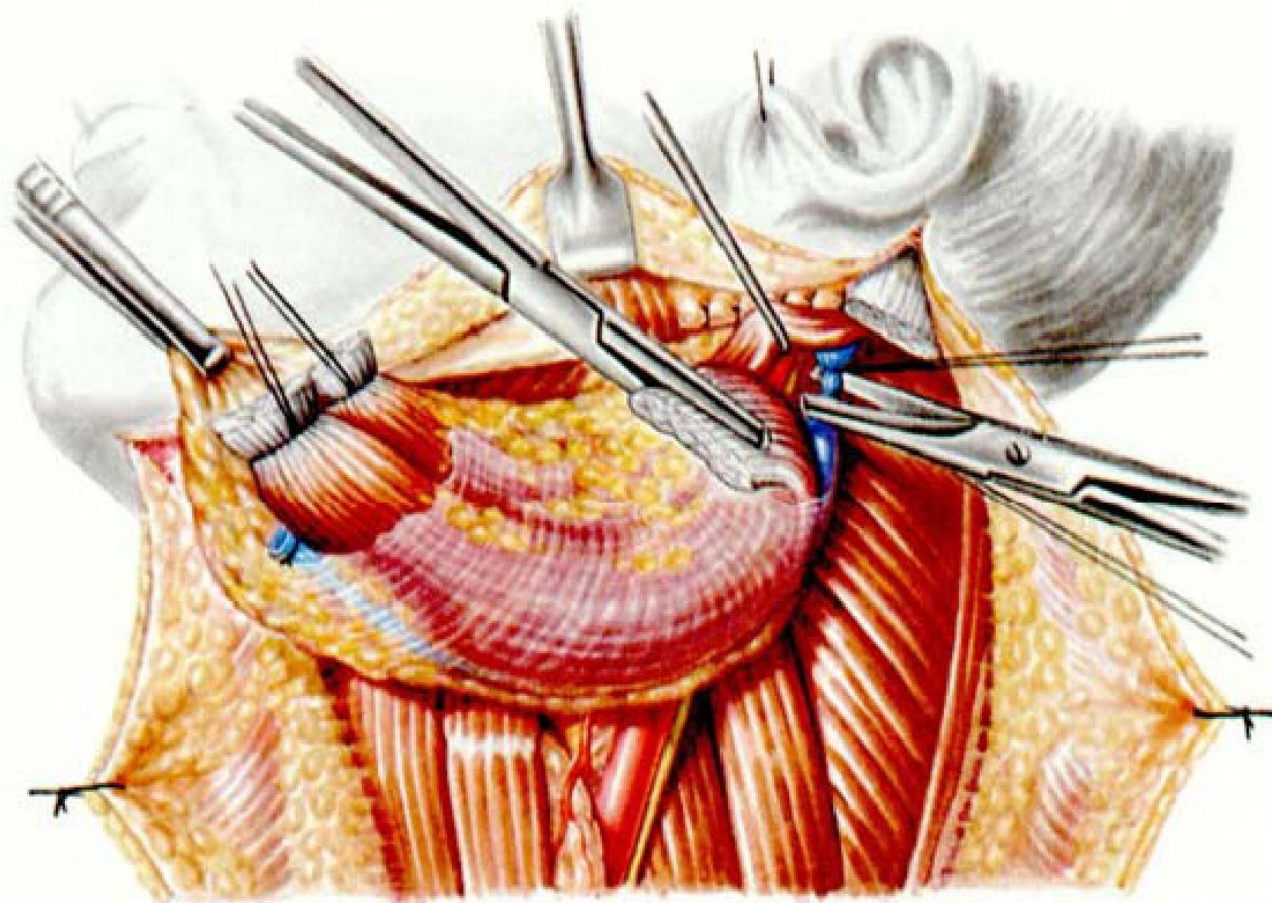
Операція Ванаха

(виконується при стадії ІІА).

З цього доступу після відсепаровки шкіряних клаптів видаляються єдиним блоком з клітковиною та *m. platysma* обидві підщелепні слинні залози, підборідні та підщелепні лімфовузли. У ряді випадків при гістологічному дослідженні у не збільшених л/вузлах знаходять мікрометастази.



Трапецієподібна резекція
нижньої губи



Операція Крайла

(запозичене з Атласу онкологічних операцій під ред. Б.Є. Петерсона)

Виконується при численних рухомих метастазах у регіонарні лімфатичних вузлів шиї або при метастазах у лімфовузли шиї з обмеженою рухомістю, спаяними з анатомічними структурами шиї.

Особливості лікування та фракціонування променевої терапії та зон опромінення у хворих на рак губи, ротової порожнини та глотки

Вид лікування	Загальна доза, фракціонування та зони опромінення	Особливості використання
Променева терапія	Стадія I-IV (T1-4N0-1M0-1) Разова вогнищева доза 2,0 – 2,5 Гр. Сумарна вогнищева доза за 2 етапи – 60 Гр.	Виконується в 2 етапи

Схеми медикаментозного лікування (хіміотерапія, гормонотерапія, імунотерапія) у хворих на рак губи. ротової порожнини та глотки

Схема медикаментозного лікування та дозування препаратів		Особливості використання
Основний перелік схем медикаментозного лікування.	Індукційна хіміотерапія препаратами: цисплатин 100 мг/м ² 1-й день, або карбоплатин 450 мг/м ² 1-й день + Флуороурацил 1000 мг інфузія 1-5 дні	Курс лікування проводиться перед променевою терапією
Додатковий перелік схем (можуть використовуватись при достатньому матеріально-технічному забезпеченні)	Доцетаксел 80 мг/м ² + цисплатин 100 мг/м ² + Флуороурацил 1000 мг	Курс лікування проводиться перед променевою терапією

Прогноз

- Результати п'ятирічного життя хворих на рак нижньої губи складають близько 60-70%. При III ст. - 30-40%.

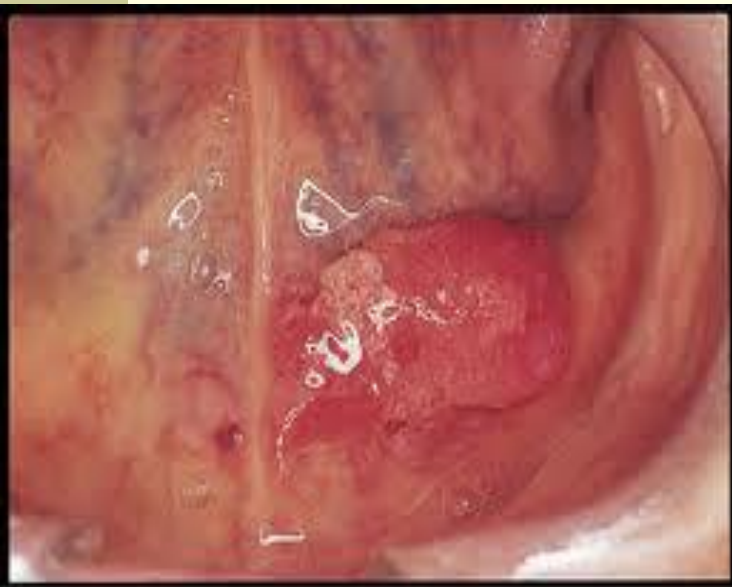
Профілактика РНГ

- Велику роль у зниженні захворюваності на рак нижньої губи відіграють масові профілактичні огляди, на яких виявляють передракові захворювання нижньої губи. Санація цих хворих є найкращим методом профілактики раку.

Рак языка (РЯ)



- Рак языка з переходом на дно порожнини рота



Photograph reproduced with permission from Health Scotland and Glasgow Dental Hospital

Рак языка





Деякі аспекти раку язика (РЯ)

Частота раку язика становить 60% усіх ракових пухлин слизової оболонки ротової порожнини. Рак язика має звичайний розвиток на боковій поверхні язика у його передніх і середніх відділах. Біля 25% спостережень припадають на корінь язика.

Етіологічні фактори та фактори ризику:

паління;
недотримання правил гігієни порожнини рота;
хронічні травми слизової оболонки каріозними
зубами, протезами;
жування бетелю, насу;
віковий фактор – понад 50 років;
стать- чоловіки хворіють частіше

Клініка РЯ

Клінічно у ранніх стадіях рак передніх і середніх відділів найчастіше має виразкову форму. У задніх відділах і корені частіше зустрічається інфільтративна форма.

Алгоритм діагностики РЯ

Фізикальне обстеження.

Ультразвукове обстеження шиї.

Цитологічне дослідження зскрібка - відпечатку із новоутворення, пунктату лімфатичного вузла.

Езофагоскопія, ларингоскопія.

Біопсія новоутворення з морфологічним дослідженням.

Рентгенографія кісток лицевого відділу черепа

Загальний та біохімічний аналіз крові, аналіз сечі.

Електрокардіографія.

Рентгенографія ОГК

■ Обстеження на вірус імунодефіциту людини, сифіліс, вірусний гепатит.

■ МРТ або КТ голови та шиї для визначення поширеності пухлини.

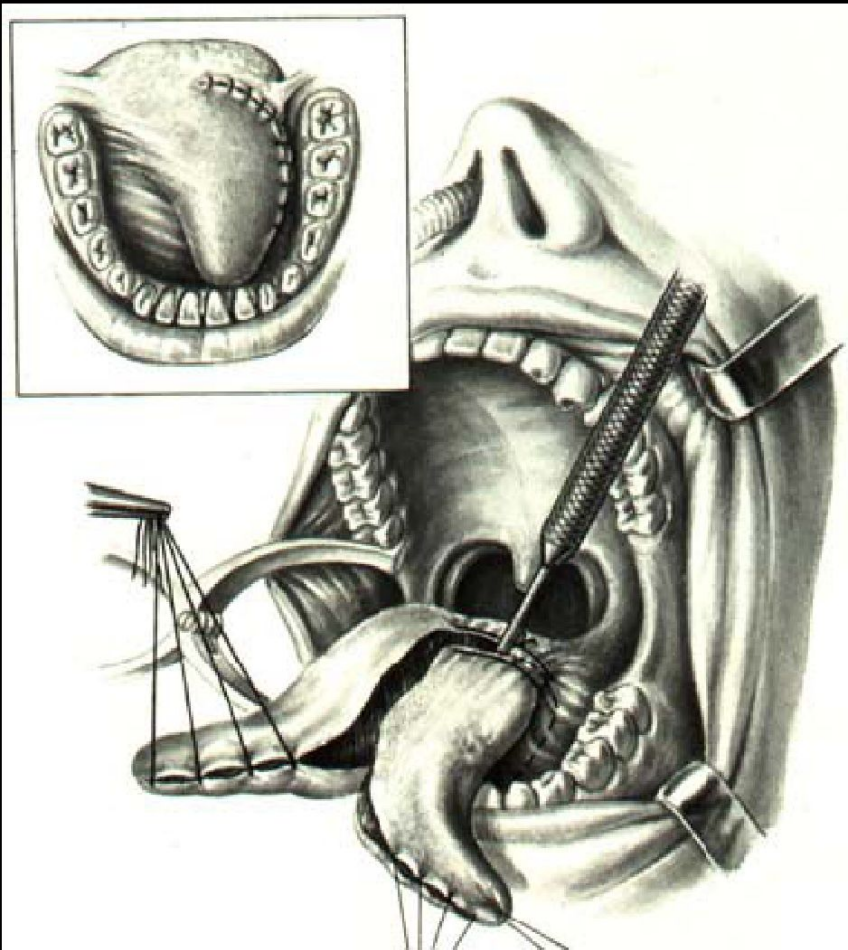
Диференційна діагностика РЯ

Проводиться з:

- Папіломою;
- простою виразкою;
- туберкульозною та сифілітичною виразками;
- неспецифічними запальними інфільтратами.

Лікування РЯ

Лікування раку язика, як правило, комбіноване. Через два-три тижні після завершення променевої терапії при I-II стадіях процесу виконують половинну резекцію язика, при III - можлива розширена операція. На другому етапі лікування проводиться футлярно- фасціальна лімфаденектомія шиї, у випадку метастатичних конгломератів - операція Крайла.



Половинна резекція язика
(запозичене з Атласу онкологічних операцій під ред.
Б.Є. Петерсона)

- **Рак слизових оболонок
порожнини рота (РСОПР)**

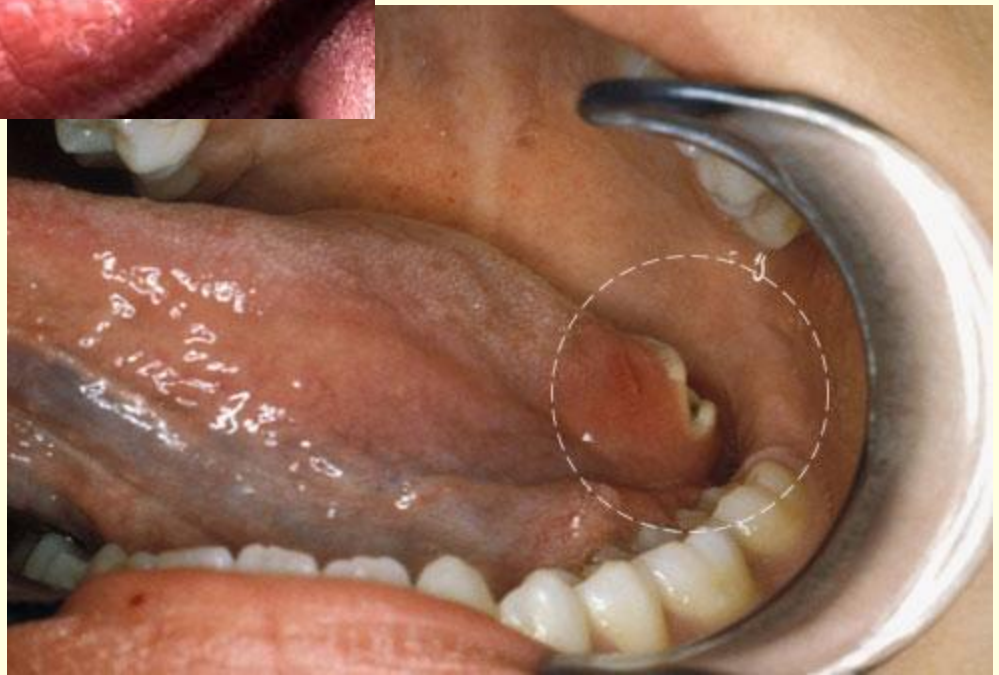


Mouth Cancer



— Рак слизової оболонки порожнини рота

Рак слизової оболонки порожнини рота



Епідеміологія РСОПР

- Рак слизових оболонок порожнини рота складає 1-2% від усіх злоякісних новоутворень.

Етіологічні фактори та фактори ризику:

паління;
недотримання правил гігієни порожнини рота;
хронічні травми слизової оболонки каріозними
зубами, протезами;
жування бетелю, насу;
віковий фактор – понад 50 років;
стать- чоловіки хворіють частіше

Фонові передракові стани:

- лейкоплакії;
- лейкокератози;
- декубітальні виразки;
- папіломи.

Форми РСОПР

- **Макроскопічно** рак слизових оболонок порожнини рота поділяють на такі форми:
- **екзофітно-папілярну;**
- **ендофітно-виразкову;**
- **підслизово-інфільтративну.**

Гістологічні типи РСОПР

- Гістологічно більше 90% пухлин мають будову плоскоклітинного роговіючого і нероговіючого раку.
- У задніх відділах язика спостерігаються аденогенні раки, в його корені - циліндроми та мукоепідермоїдні раки.

К л і н і к а

РСОПР

Клінічні прояви залежать від локалізації процесу. Найчастіше спостерігається враження язика (50-55%). Друге місце посідає рак дна порожнини рота (22%), третє - слизової оболонки щоки (12,9%).

Клініка РСОПР

У клінічному перебігу виділяють три періоди - початкових проявів, розвиненої фази та занедбаної (термінальної) стадії.

В початковому періоді спостерігаються неприємні відчуття, печія при вживанні гострої і солоної їжі, помірний біль у зоні патологічного вогнища. При огляді порожнини рота можливо виявити невелику поверхневу виразку, або бляшкоподібне ущільнення, а іноді папіломатозні розростання на слизовій оболонці.

У фазі розвиненого захворювання спостерігається біль, посилена слинотеча, часто неприємний запах. При огляді в цей період найчастіше знаходять виразку з щільними валикоподібними краями. Виразка болюча, часто кровить, дно її нерівне, червоно-сірого кольору. При інфільтративній формі часто спостерігається велике, дифузне ущільнення, іноді з щілиноподібною виразкою в центрі.

У термінальному періоді з'являється нестерпний біль, порушується мова, ковтання. Часто виникають кровотечі.

Метастазування РСОПР

- Метастазування раку слизових оболонок порожнини рота йде майже виключно лімфогенно і дуже швидко у підщелепні і глибокі шийні лімфовузли.

Алгоритм діагностики РСОПР

Фізикальне обстеження.

Ультразвукове обстеження шиї.

Цитологічне дослідження зскрібка - відпечатку із новоутворення, пунктату лімфатичного вузла.

Езофагоскопія, ларингоскопія.

Біопсія новоутворення з морфологічним дослідженням.

Рентгенографія кісток лицевого відділу черепа.

Загальний та біохімічний аналіз крові, аналіз сечі.

Електрокардіографія.

Рентгенографія ОГК

■ Обстеження на вірус імунодефіциту людини, сифіліс, вірусний гепатит.

■ МРТ або КТ голови та шиї для визначення поширеності пухлини.

■ Консультація хірурга-онколога, радіолога, анестезіолога, хіміотерапевта.

Рак дна порожнини рота

- Найчастіше спостерігається у осіб, що мають шкідливі звички - жування насу, бетелю. Пухлини локалізуються у бокових відділах, де можуть розповсюджуватись на нижню поверхню язика, діафрагму рота, альвеолярний край нижньої щелепи.
- Перебіг хвороби швидкий, рано виникає метастазування.

Рак слизової оболонки щоки

- При локалізації у передніх відділах характерний біль при відкриванні роту, невеликі кровотечі з виразки. Пухлина дуже швидко інфільтрує товщу щоки, м'язи, що викликає тризм. При локалізації у задніх відділах щоки пухлина розповсюджується на гілку нижньої щелепи, піднебінні дужки. Ця анатомічна ділянка важко досяжна для лікування.
- Метастазування найчастіше одnobічне.

Рак м'якого піднебіння

- веде до деструкції язичка з наступною перфорацією і порушенням ковтання, фонації.

Рак твердого піднебіння

- можлива деструкція кісток і проростання пухлини до порожнини носа або гайморової пазухи.

Лікування РСОПР

- При I стадії раку слизової оболонки порожнини рота лікування хірургічне або променеве.
- При II - комбіноване і складається з передопераційного опромінення з наступним висіченням пухлини.
- При III стадії лікування також комбіноване, однак операції набувають розширеного характеру з опроміненням і видаленням зон регіонарного метастазування.
- Для цитостатичного лікування використовують метотрексат, блеоміцин, препарати платини, адриабластин.