

Nowotwory złośliwe języka występują stosunkowo często. Rak płaskonabłonkowy stanowi prawie 95% nowotworów złośliwych części twarzowej czaszki, zaś w obrębie błony śluzowej jamy ustnej 40% to raki języka. Łagodne nowotwory w tej części jamy ustnej należą do rzadkości.

Guzy języka najczęściej pojawiają się w przedniej, ruchomej części, ale również w jego nasadzie. Wybór metody leczenia zależy od umiejscowienia guza. Większość raków wymaga pooperacyjnego naświetlania. Kliniczne objawy przerzutów do węzłów chłonnych wymagają dyssekcji szyi.

Celem pracy było przedstawienie objawów klinicznych i leczenia chorych z rakiem języka w Klinice Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej i Onkologicznej w Łodzi.

Badaniami retrospektywnymi objęto 16 chorych z pełną dokumentacją medyczną i histopatologiczną. Autorzy przedstawili wiek i płeć chorych, umiejscowienie i typ guzów, czynniki ryzyka oraz stopień klinicznego zaawansowania TNM, obecność lub brak przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych oraz sposób leczenia.

U 15 chorych zdiagnozowano raka płaskonabłonkowego, a u 1 chorej raka śluzowo-naskórkowego. Większość guzów była w 2. i 3. stopniu zaawansowania klinicznego, u 14 chorych guz występował w przedniej, ruchomej części języka, u 2 w jego nasadzie. Wszyscy chorzy leczeni byli chirurgicznie lub metodami skojarzonymi (chirurgicznie i radioterapią lub chemioterapią). U 1 chorej wykonano nieskuteczną przedoperacyjną brachyterapię.

**Słowa kluczowe:** język, guzy złośliwe, rak, leczenie.

## Pierwotne nowotwory złośliwe języka

### *Primary malignant neoplasms of the tongue*

**Bogna Zielińska-Kaźmierska, Marta Tyndorf, Piotr Arkuszewski, Joanna Grodecka**

Klinika Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej i Onkologicznej, Instytut Chirurgii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

### Wstęp

Nowotwory złośliwe błony śluzowej jamy ustnej i gardła stanowią 2% wszystkich nowotworów złośliwych człowieka, a ok. 40% z nich to raki języka [1, 2]. Choroba ta dotyczy głównie ludzi w starszym wieku, ale obserwuje się tendencję do zachorowań wśród młodszych osób, a wzrost zachorowań dotyczy niepalących papierosów i niepijących alkoholu kobiet [1, 3]. Według Popovtzera grupa ta stanowi mniej niż 4% ogólnej liczby chorych na raka języka [4–6]. Wielu autorów uważa, że raki języka u młodych ludzi mają przebieg bardziej agresywny niż u starszych [7], wg innych natomiast nie ma dowodów na gorsze rokowanie u młodych pacjentów [8–9]. Śmiertelność wśród chorych z rakiem języka kształtuje się w granicach 40–50% [1, 10].

Nowotwory złośliwe języka są głównie nowotworami pierwotnymi, bardzo rzadko zdarzają się przerzuty z innych narządów, takich jak nerki czy tarczycy [11].

Pod względem histologicznym najczęstszym nowotworem złośliwym języka jest rak płaskonabłonkowy i stanowi on 90% wszystkich rozpoznań [1, 12]. W języku mogą występować również rzadkie dla tej okolicy gruczolakoraki, charakterystyczne dla gruczołów ślinowych podniebienia [13].

Większość chorych podaje w wywiadzie narażenie na znane czynniki ryzyka rozwoju nowotworu, takie jak spożycie alkoholu, palenie tytoniu i zła higiena jamy ustnej [1, 8, 12].

W trakcie długoletnich obserwacji chorych z rakiem języka, u ponad 20% stwierdzono drugi pierwotny nowotwór i ponad 50% z nich zmarło z jego powodu [14, 15].

Pierwszym zauważalnym objawem nowotworu jest złe samopoczucie lub znaczna utrata masy ciała, jednak pacjenci z reguły zgłaszają się do lekarza dopiero w momencie pojawienia się dolegliwości bólowych w okolicy języka [12, 16, 17]. Objawy kliniczne nowotworów złośliwych języka zależne są od ich umiejscowienia. Chorzy z guzem w przedniej, ruchomej części najczęściej zgłaszają się z powodu widocznego owrzodzenia lub wygórowania, a u chorych z guzem podstawy języka powodem zgłoszenia się do lekarza jest ból [17].

Według Mackla i wsp. oraz Lama i wsp. 21–40% nowotworów języka umiejscawia się w jego nasadzie, a pozostałe w jego przedniej, ruchomej części [7, 17]. Według Gorskiego i wsp. 78% pacjentów z rakiem przedniej, ruchomej części zgłasza się w 1. lub 2. stopniu zaawansowania klinicznego, a wśród chorych z rakiem nasady 92% zgłasza się w 3. lub 4. stopniu zaawansowania klinicznego [1]. U niektórych chorych z wczesnym stopniem zaawansowania i radykalnym leczeniem guza pierwotnego w krótkim czasie dochodzi do zgonu z powodu wznowy i rozległych przerzutów [18].

Ogólnie zalecaną metodą postępowania z guzem pierwotnym jest leczenie chirurgiczne, ale niektórzy autorzy preferują brachyterapię w 1. i 2. stopniu zaawansowania raka języka [19].

W momencie rozpoznania nowotworu języka, u ok. 32–60% stwierdza się przerzuty do węzłów chłonnych szyjnych [1, 2, 4].

Istnieją trzy metody postępowania z szyjnymi węzłami chłonnymi w przypadku braku klinicznych objawów przerzutów. Pierwsza metoda to profilak-

Malignant neoplasms of the tongue are relatively common. Squamous cell carcinoma accounts for approximately 95% of malignant neoplasms in maxillofacial region. Carcinomas of the tongue make up about 40% of all malignant neoplasms of oral mucosa. Benign neoplasms occur rarely in this region of the oral cavity. Tumours of the tongue mostly appear in the anterior, movable part and also in the base. The choice of treatment depends on location and extent of the tumour. Most cases require radiotherapy after surgical treatment. The presence of clinical nodal metastases should be an indication for The aim of this study was to present clinical behaviour and treatment of patients with malignant neoplasms treated at the Department of Cranio-Maxillofacial Surgery in Lodz.

16 patients with tumours of the tongue were submitted to a retrospective study with full clinical and histopathological documentation. The authors analyzed the age, sex, location and type of neoplasm, the risk factors, the TNM stage and presence or absence of neck lymphatic node metastasis and type of treatment. All the patients have been diagnosed with malignant tumors (1 carcinoma mucoepidermale and 15 squamous cell carcinomas). Most of them were in the T2 or T3 stage of advancement and were spread in the lateral surface, 14 of them located in the anterior, movable part of the tongue, and 2 involving the base. All the patients were surgically treated or received combined method (surgery and radiotherapy or chemotherapy). In one case ineffective brachytherapy had been used before operation.

**Key words:** tongue, malignant tumor, carcinoma, treatment.

tyczna dysekcja szyi w czasie operacji guza pierwotnego, druga to ścisła obserwacja szyi po resekcji guza. Trzecią metodą postępowania w takich przypadkach jest profilaktyczne naświetlanie szyi po wycięciu guza pierwotnego [20]. Lim i wsp. uważają, że w 1. i 2. stopniu zaawansowania raka języka w przypadku niewyczuwalnych klinicznie węzłów ( $N_0$ ) wskazana jest jednostronna elektywna dysekcja szyi, ale nie wpływa ona na dłuższe przeżycie w porównaniu z grupą chorych poddanych ścisłej kontroli [21].

### Materiał własny

W latach 1992–2005 na Oddziale Klinicznym Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej i Onkologicznej UM w Łodzi hospitalizowano 16 chorych z rozpoznaniem pierwotnym nowotworem złośliwym języka, wykluczając grupę pacjentów, u których guz języka był wynikiem naciekania z okolicy dna jamy ustnej. W grupie tej leczonych było 12 mężczyzn w wieku od 27 do 77 lat (średni wiek 57,3) oraz 4 kobiety w wieku od 29 do 74 lat (średni wiek 51,3) (tab. 1). Wśród badanych pacjentów 3 osoby w chwili rozpoznania nie przekroczyły 40. roku życia.

W grupie młodszych pacjentów nie było osób palących tytoń, natomiast w grupie starszych chorych uzależnienie od nikotyny zgłaszała 1 kobieta oraz 8 mężczyzn. Nadużywania alkoholu nie podał żaden chory. Najgorszą higieną jamy ustnej charakteryzowali się mężczyźni po 60. roku życia.

W chwili rozpoznania jeden guz był w stopniu zaawansowania  $T_1$ , 8 w stopniu  $T_2$ , natomiast 7 oceniono na zaawansowanie  $T_3$ . Przerzutów odległych nie stwierdzono u żadnego chorego. Zajęcie węzłów szyjnych oceniono zaś na  $N_0$  u 8,  $N_1$  u 5 oraz  $N_2$  u 3 badanych chorych.

Najczęstszą lokalizacją guza była boczna powierzchnia ruchomej części języka, która zajęta była u 14 chorych, w tym łącznie z dnem jamy ustnej w 4 przypadkach oraz naciekaniami migdałka podniebiennego u 2 chorych. Guz nasady języka rozpoznano u 2 pacjentów, w tym u 1 proces nowotworowy obejmował migdałek podniebienny (tab. 2.).

Objawy podmiotowe zgłaszane przez chorych przy przyjęciu to głównie ból (10 pacjentów), a także dyskomfort spowodowany guzem (6 przypadków), widoczne owrzodzenie (5) i dysfagia (3 chorych). Czas trwania dolegliwości przed zgłoszeniem się do leczenia wynosił od miesiąca do 7 lat, najczęściej ok. 3 mies. (tab. 3.).

Każdy pacjent przed podjęciem leczenia poddany został diagnostyce histopatologicznej. U 15 chorych rozpoznano raka płaskonabłonkowego, najczęściej w stopniu G2, częściowo rogowacającego, a u 1 chorej raka śluzowo-naskórkowego.

Wszyscy chorzy zostali poddani leczeniu chirurgicznemu. U 6 chorych zastosowano wyłącznie leczenie operacyjne, u 5 połączono je z radioterapią po-

**Tabela 1.** Struktura demograficzna grupy badanej

**Table 1.** Demographic background

Wiek	20–29 lat	30–39 lat	40–49 lat	50–59 lat	60–69 lat	70–79 lat
kobiety	1	0	1	0	1	1
mężczyźni	2	0	0	3	6	1

**Tabela 2.** Lokalizacja guzów języka w grupie badanej

**Table 2.** Distribution of primary cancer sites

lokalizacja guza	CzRJ	CzRJ+DJU	CzRJ+MP	CzRJ+DJU+MP	NJ	NJ+DJU
liczba przypadków	9	3	1	1	1	1

CzRJ – część ruchoma języka (OMT – oral movable part of tongue)

DJU – dno jamy ustnej (FM – floor of mouth)

MP – migdałek podniebienny (T – tonsil)

NJ – nasada języka (BT – base of tongue)

**Tabela 3.** Główne skargi naszych chorych  
**Table 3.** Main complaints of our patients

Lp.	Czas trwania objawów przed rozpoznaniem	Główny objaw	Wystąpienie wznowy	Zgon
1.	9 mies. 4 mies.	– guz – ból	tak	nie
2.	8 mies.	– ból	nie	nie
3.	3 mies.	– ból (owrzodzenie)	tak	tak
4.	3 mies.	– ból (owrzodzenie) – dysfagia	tak	tak
5.	4 mies.	– ból	nie	nie
6.	4 mies. 2 mies.	– ból – guz	tak	tak
7.	2 mies.	– ból	tak	tak
8.	3 mies.	– niebolesne owrzodzenie	nie	tak
9.	4 mies.	– guz	tak	tak
10.	7 lat 3 mies.	– guz – ból	tak	tak
11.	5 lat 1 mies.	– leukoplakia – bolesny guz	tak	tak
12.	2 mies.	– owrzodzenie – fetor ex ore	tak	
13.	rok	– guz	tak	tak
14.	4 mies.	– owrzodzenie – ból	nie	nie
15.	2 mies.	– dysfagia	tak	tak
16.	3 mies.	– dysfagia	nie	nie

operacyjną, u 1 chorego wykonano resekcję guza z chemioterapią adjuwantową, a 4 chorych poddano skojarzonej radiochemioterapii pooperacyjnej. W 1 przypadku z ostatniej grupy wykorzystano najpierw przedoperacyjną, ale nieskuteczną brachyterapię (tab. 4.). W leczeniu chirurgicznym stosowano 3 metody postępowania: resekcję guza z uważną obserwacją szyjnych węzłów chłonnych w okresie pooperacyjnym (4 przypadki chorych N<sub>0</sub>), resekcję guza z jednoczasową dysekcją nadgnykową (7 chorych) oraz resekcję połączoną z operacją Crile'a (5 chorych) – ryc. 1.

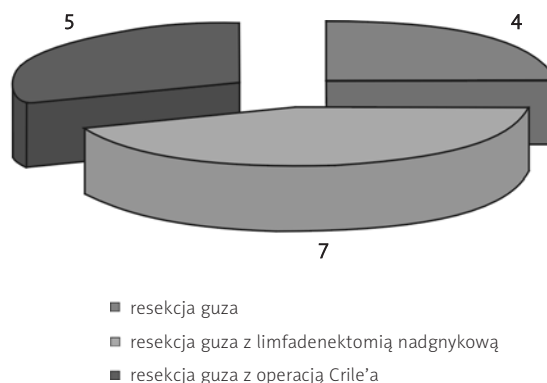
W okresie obserwacji chorych stwierdzono wznowę procesu nowotworowego u 10 pacjentów, z czego 9 pacjentów zmarło z powodu choroby zasadniczej. Podkreślenia wymaga fakt, że wszyscy chorzy z grupy poniżej 40. roku życia zmarli w czasie od 3 mies. do 7 lat od momentu rozpoznania.

## Dyskusja

Najczęściej na raka języka chorują mężczyźni w średnim wieku, palący tytoń i nadużywający alkoholu [4]. Według Popovtzer'a i wsp. występowanie wznowy u chorych na raka języka waha się w granicach 50% oraz większa śmiertelność u młodych ludzi występowała w pierwszym 2 latach po zdiagnozowaniu, co jest zgodne z naszymi obserwacjami [4].

**Tabela 4.** Rodzaj zastosowanej terapii  
**Table 4.** Treatment modalities

Rodzaj leczenia	Chirurgiczne	Chirurgiczne + chemioterapia	Chirurgiczne + radiochemioterapia	Chirurgiczne + radioterapia
liczba chorych	6	1	4	5



**Ryc. 1.** Zastosowane metody leczenia chirurgicznego  
**Fig. 1.** Surgical treatment

W naszym materiale u połowy chorych w chwili zdiagnozowania nie występowały klinicznie przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych i jest to zgodne z badaniami innych autorów [1, 2, 4].

Cały czas dyskutuje się nad wartością profilaktycznej dyssekcji szyi u chorych na raka jamy ustnej, klinicznie, bez objawów przerzutów do węzłów chłonnych w trakcie leczenia guza pierwotnego. W wynikach leczenia Kaneko i wsp. podają, że lepsze wyniki przeżycia obserwowane były w grupie chorych poddanych profilaktycznej dyssekcji szyi, niż w grupie chorych, u których zastosowano ścisłą kontrolę po zabiegu guza pierwotnego. Według tych autorów wynika to głównie z występowania przerzutów do węzłów chłonnych niewyczuwalnych klinicznie i usunięcia ich podczas pierwszego zabiegu. Jeżeli nie wykonano by tego zabiegu, to kolejna operacja na szyi zostałaby przeprowadzona w momencie dużego stopnia zaawansowania przerzutów do węzłów chłonnych szyjnych. Autorzy podkreślają jednocześnie postęp w diagnostyce szyi i uważają, że dokładne badania w okresie przedoperacyjnym i pooperacyjnym wydają się lepsze, niż profilaktyczna dyssekcja szyi [20]. Iwai i wsp. zaproponowali wykonanie badania MR przedoperacyjnego, stwierdzającego głębokość nacieku nowotworowego w języku i ustalili, że wskazaniem do limfadenektomii szyjnej jest głębokość nacieku równa bądź przekraczająca 6 mm [22]. Z naszych obserwacji wynika, że u większości chorych, u których w momencie diagnostyki nie było powiększonych węzłów chłonnych, wystąpiły przerzuty w krótkim czasie

po usunięciu guza pierwotnego języka. Jednak nasza niewielka grupa chorych z rakiem języka nie upoważnia do obiektywnej oceny wartości diagnostycznej sposobu postępowania z węzłami chłonnościami N<sub>0</sub>.

### Podsumowanie

1. Najczęstszym objawem nowotworu złośliwego języka jest ból.
2. W analizowanej grupie chorych rak języka najczęściej występował u palących mężczyzn w 6. dekadzie życia i dotyczył przedniej, ruchomej części języka.
3. U osób poniżej 40. roku życia śmiertelność wyniosła 100% (w naszym materiale).
4. W przedstawionym materiale najczęstszą lokalizacją guzów była boczna powierzchnia języka, która jest dostępna badaniu klinicznemu. Wysoki stopień zaawansowania miejscowego nowotworów w momencie zgłoszenia się chorych do placówki specjalistycznej świadczył zatem o braku świadomości onkologicznej pacjentów lub zaniebaniach lekarskich.

### Piśmiennictwo

1. Gorsky M, Epstein JB, Oakley C, et al. Carcinoma of the tongue: a case series analysis of clinical presentation, risk factors, staging, and outcome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2004; 98: 546-52.
2. Najeib T. Clinicopathological presentation of tongue cancers and early cancer treatment. *J Coll Physicians Surg Pak* 2006; 16: 179-82.
3. Chitapanarux I, Lorvidhaya V, Sittitrai P, Pattarasakulchai T, Tharavichitkul E, Sriuthaisiriwong P, Kamnerdsupaphon P, Sukthomya V. Oral cavity cancers at a young age: analysis of patient, tumor and treatment characteristics in Chiang Mai University Hospital. *Oral Oncol* 2006; 42: 83-8.
4. Popovtzer A, Shpitzer T, Bahar G, Marshak G, Ulanowski D, Feinmesser R. Squamous cell carcinoma of the oral tongue in young patients. *Laryngoscope* 2004; 114: 915-17.
5. Son YH, Kapp DS. Oral cavity and oropharyngeal cancer in a younger population. *Cancer* 1985; 55: 441-4.
6. Sarkaria JN, Harari PM. Oral tongue cancer in young adults less than 40 years of age: rationale for aggressive therapy. *Head Neck* 1994; 16: 107-11.
7. Lam L, Logan RM, Luke C, Rees GL. Retrospective study of survival and treatment pattern in a cohort of patients with oral and oropharyngeal tongue cancers from 1987 to 2004. *Oral Oncol* 2006; 23, pełna wersja dostępna na stronach internetowych Elsevier.
8. Goldstein DP, Irish JC. Head and neck squamous cell carcinoma in the young patient. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2005; 13: 207-11.
9. Konsulov SS. Surgical treatment of anterolateral tongue carcinoma. *Folia Med* 2005; 47: 20-3.
10. Alho OP, Teppo H, Mäntyselkä P, Kantola S. Head and neck cancer in primary care: presenting symptoms and the effect of delayed diagnosis of cancer cases. *CMAJ* 2006; 174: 779-84.
11. Torres-Carranza E, Garcia-Perla A, Infante-Cossio P, Belmonte-Caro R, Loizaga-Iriondo JM, Gutierrez-Perez JL. Airway obstruction due to metastatic renal cell carcinoma to the tongue. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2006; 101: 76-8.
12. Durazzo MD, de Araujo CE, Brandao Neto Jde S, et al. Clinical and epidemiological features of oral cancer in a medical school teaching hospital from 1994 to 2002: increasing incidence in women, predominance of advanced local disease, and low incidence of neck metastases. *Clinics* 2005; 60: 293-8.
13. Tincani AJ, Altemani A, Martins AS, Barreto G, Valerio JB, Del Negro A, Araujo PP. Polymorphous low-grade adenocarcinoma at the base of the tongue: an unusual location. *Ear Nose Throat J* 2005; 84: 794-5, 799.
14. Sessions D, Spector GJ, Lenox J, Haughey B, Chao C, Marks J. Analysis of treatment results for oral tongue cancer. *Laryngoscope* 2002; 112: 616-25.
15. Merckx MA, van Gulick JJ, Marres HA, Kaanders JH, Bruaset I, Verbeek A, de Wilde PC. Effectiveness of routine follow-up of patients treated for T1-2N0 oral squamous cell carcinomas of the floor of mouth and tongue. *Head Neck* 2006; 28: 1-7.
16. Ulanowski D, Stern Y, Roizman P, Druzd T, Shpitzer T, Gutman D, Feinmesser R. Value of minimal residual disease in patients with early cancer of the tongue. *Am J Otolaryngol* 2004; 25: 240-4.
17. Mackle T, O'Dowyer T. A comparative analysis of anterior versus posterior squamous cell carcinoma of the tongue: a 10-year review. *J Laryngol Otol* 2006; 120: 393-6.
18. Umeda M, Komatsubara H, Ojima Y, Minamikawa T, Shibuya Y, Yokoo S, Ishii J, Komori T. A comparison of brachytherapy and surgery for the treatment of the stage I-II squamous cell carcinoma of the tongue. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2005; 34: 739-44.
19. Kaneko S, Yoshimura T, Ikemura K, et al. Primary neck management among patients with cancer of the oral cavity without clinical nodal metastases: a decision and sensitivity analysis. *Head Neck* 2002; 24: 582-90.
20. Lim YC, Lee JS, Koo BS, Kim SH, Kim YH, Choi EC. Treatment of contralateral N0 neck in early squamous cell carcinoma of the oral tongue: elective neck dissection versus observation. *Laryngoscope* 2006; 116: 461-5.
21. Iwai H, Kyomoto R, Ha-Kawa S, Lee S, Yamashita T. Magnetic resonance determination of tumor thickness as predictive factor of cervical metastasis in oral tongue carcinoma. *Laryngoscope* 2002; 112: 457-61.

### Adres do korespondencji

dr med. **Bogna Zielińska-Każmierska**

Klinika Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej i Onkologicznej  
Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. N. Barlickiego  
ul. Kopcińskiego 22  
90-153 Łódź  
tel./faks +48 42 677 67 88