

Rak jamy ustnej i wargi/*Cancer of the oral cavity and lip*

Zalecenia postępowania w przypadkach raka jamy ustnej i wargi przedstawiono na 2 planszach, poprzedzono krótkim wprowadzeniem i dokładną charakterystyką TNM.

Nowotwory złośliwe jamy ustnej (C02–C06) i wargi (C00), stanowiące w klasyfikacji TNM jedną wspólną grupę narządową, stanowią w Polsce 26% ogółu rejestrowanych złośliwych nowotworów w obrębie głowy i szyi [1]. Granicę tak ujętej lokalizacji narządowej stanowi od przodu linia oddzielająca czerwień wargową od skóry warg, od tyłu zaś linia odgraniczająca podniebienie twarde i podniebienie miękkie, umowna linia oddzielająca okolice zatrzonowcową i łuk podniebienny-językowy i w obrębie języka linia biegnąca wzdłuż brodawek okolonnych [2].

W 2003 r. zarejestrowano w Polsce 1512 nowych zachorowań i 850 zgonów z powodu złośliwych nowotworów jamy ustnej i wargi. Na raka jamy ustnej częściej zapadają mężczyźni (M:K=3,1:1,0), a szczyt zachorowań przypada na przedziały wieku 50–59 i 60–69. Jedynie w odniesieniu do raka wargi dominują zachorowania u pacjentów starszych (65–84 lat) [1]. Najczęstsze lokalizacje raka jamy ustnej to język, dno jamy ustnej i warga dolna [3]. Najgorzej rokują chorzy z ogniskiem pierwotnym w obrębie języka i dna jamy ustnej. Już w chwili zgłoszenia w ponad 50% przypadków stwierdzane są u nich przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych, tj. węzłów I, II i III regionu szyi, przy czym dla wargi górnej i błony śluzowej policzka dodatkowo do węzłów twarzowych i przyuszniczych [3–5]. Podstawowym czynnikiem determinującym skuteczność leczenia w raku jamy ustnej jest stopień zaawansowania miejscowego i klinicznego choroby. Mimo relatywnie łatwej diagnostyki (oglądanie, palpacja), odsetek przypadków diagnozowanych w znacznym stopniu zaawansowania klinicznego choroby jest wysoki (brak aktualnych polskich danych).

Na przestrzeni ostatnich 20 lat (1984–2003) obserwuje się niewielki spadek bezwzględnej liczby zachorowań w tej grupie nowotworów (1702 w 1984 r.; 1512 w 2003 r.), mimo iż w tym samym okresie ogólna liczba zachorowań w grupie nowotworów złośliwych głowy i szyi wzrosła z 5086 przypadków w 1984 r., do 5812 w 2003 r. [1].

Rak płaskonabłonkowy (*Carcinoma planoepitheliale*) stanowi ok. 95% przypadków raka jamy ustnej. Rak brodawkowaty (*Carcinoma verrucosum*) i inne formy raka nabłonkowego i gruczołowego (z drobnych gruczołów ślinowych jamy ustnej) występują sporadycznie [3, 5]. Istotnym elementem obrazu klinicznego w raku jamy ustnej jest możliwość wieloogniskowego wzrostu nowotworu w tej lokalizacji narządowej i wysokie ryzyko współistnienia bądź metachronicznego wystąpienia drugiego ogniska pierwotnego. Ryzyko drugiego ogniska u pacjentów po leczeniu raka jamy ustnej oceniane jest na ok. 4% w skali każdego roku [6, 7].

Zaawansowanie miejscowe nowotworu jamy ustnej i wargi (wg AJCC 2002) [2]

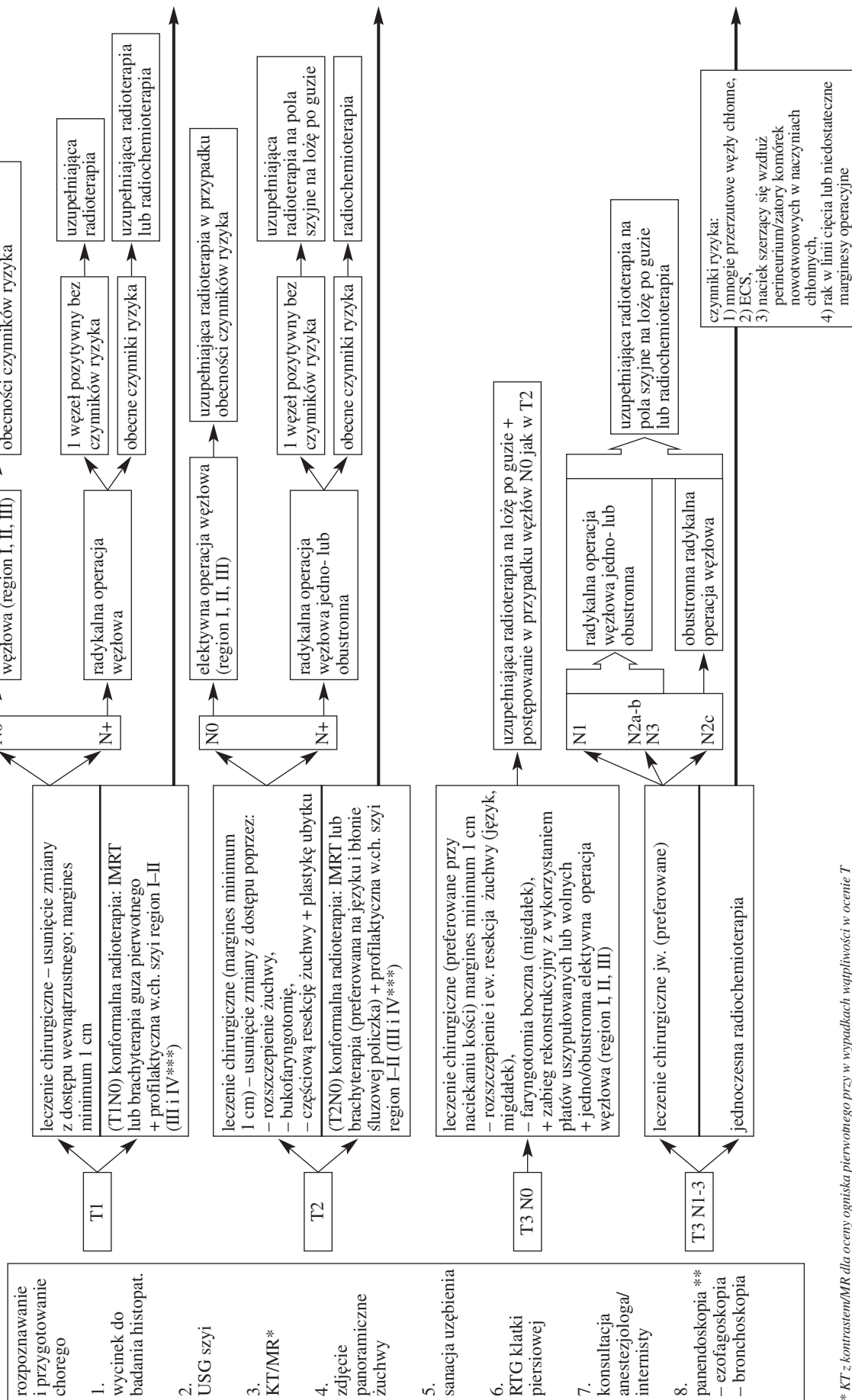
- Tx nie można ocenić guza pierwotnego
 T0 nie stwierdza się obecności guza pierwotnego
 Tis nowotwór przedinwazyjny

- T1 guz nieprzekraczający 2 cm w największym wymiarze
 T2 guz nieprzekraczający 4 cm w największym wymiarze
 T3 guz przekracza 4 cm w największym wymiarze
 T4 (warga) guz przekracza korową warstwę kości, nacieka nerw zębodołowy dolny, dno jamy ustnej lub skórę twarzy (policzka lub nosa)
 T4a (jama ustna) guz nacieka struktury otaczające (poprzez korową warstwę kości głębokie zewnętrzne mięśnie języka: bródkowo-językowy, gnykowo-językowy, podniebienny-językowy, rylcowo-językowy, zatokę szczękową, skórę twarzy)
 T4b guz nacieka żwaczę, wyrostek skrzydłowy, podstawę czaszki i/lub tętnicę szyjną wewnętrzną

Piśmiennictwo

1. Krajowy Rejestr Nowotworów: <http://148.81.190.231/coi>.
2. American Joint Committee on Cancer. AJCC Cancer Staging Handbook, sixth Edition. Greene FL i wsp. [red.]. Springer, New York 2002.
3. Jasione-Kupnicka D. Jama ustna i gardło środkowe. W: Nowotwory. Zarys patologii onkologicznej. Kordek R i wsp. [red.]. Zakład Patologii Nowotworów AM w Łodzi. Łódź 2001, 58-65.
4. Bień S [red.]. Rozpoznawanie i leczenie przerzutów nowotworowych do węzłów chłonnych głowy i szyi. Alfa-medica press, Bielsko-Biała 2005.
5. Kowalik S, Halczy-Kowalik L [red.]. Rak jamy ustnej. Wydawnictwo Pomorskiej Akademii Medycznej, Szczecin 2001.
6. Boysen M, Loven JO. Second malignant neoplasms in patients with head and neck squamous cell carcinomas. *Acta Oncol* 1993; 32: 283-98.
7. Larson JT, Adams GL, Fattah HA. Survival statistics for multiple primaries in head and neck cancer. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1990; 103: 14-20.

Zalecenia postępowania w przypadku raka JAMY USTNEJ

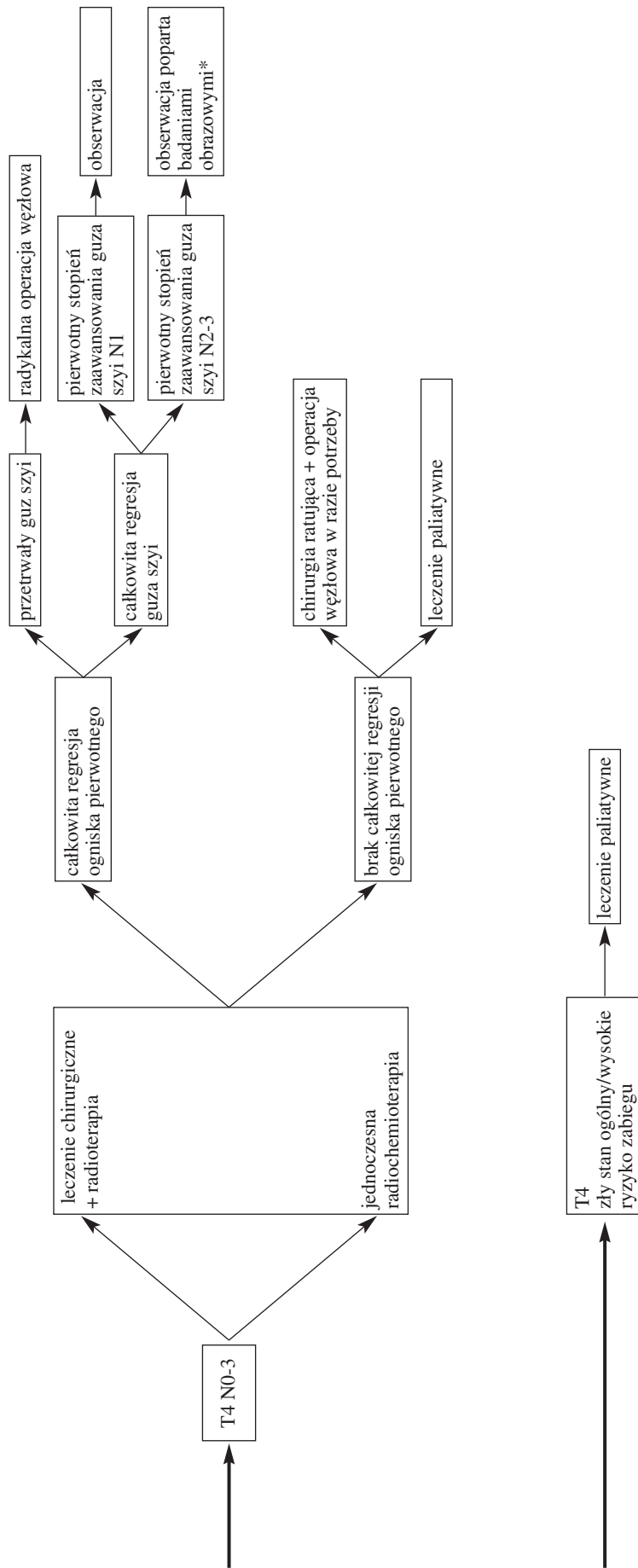


* KT z kontrastem/MR dla oceny ogniska pierwotnego przy w wypadkach wątpliwości w ocenie T

** zalecana w przypadkach: drugich nowotworów pierwotnych

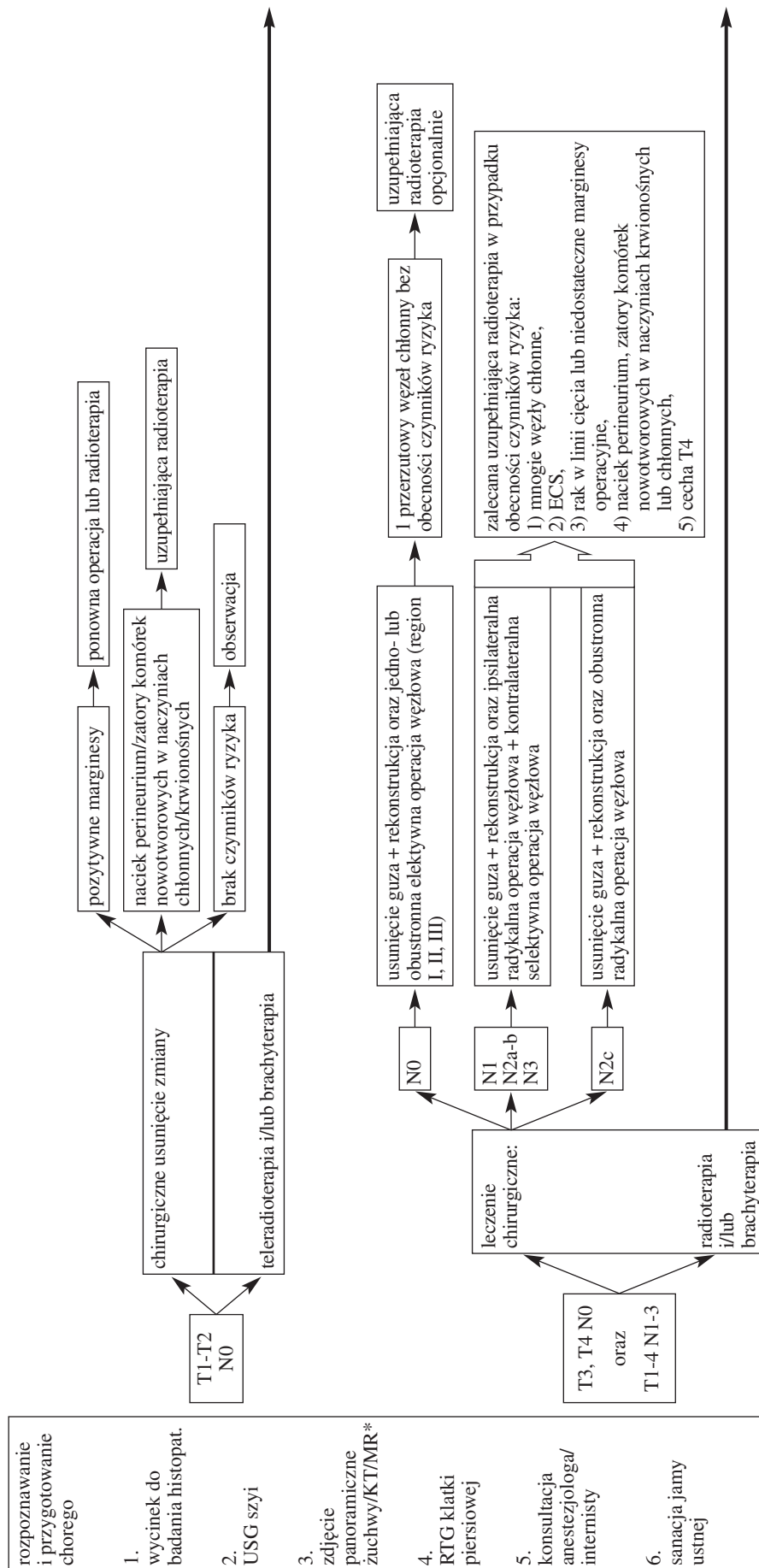
*** w przypadkach raka ruchomej części języka

Dla raka JAMY USTNEJ



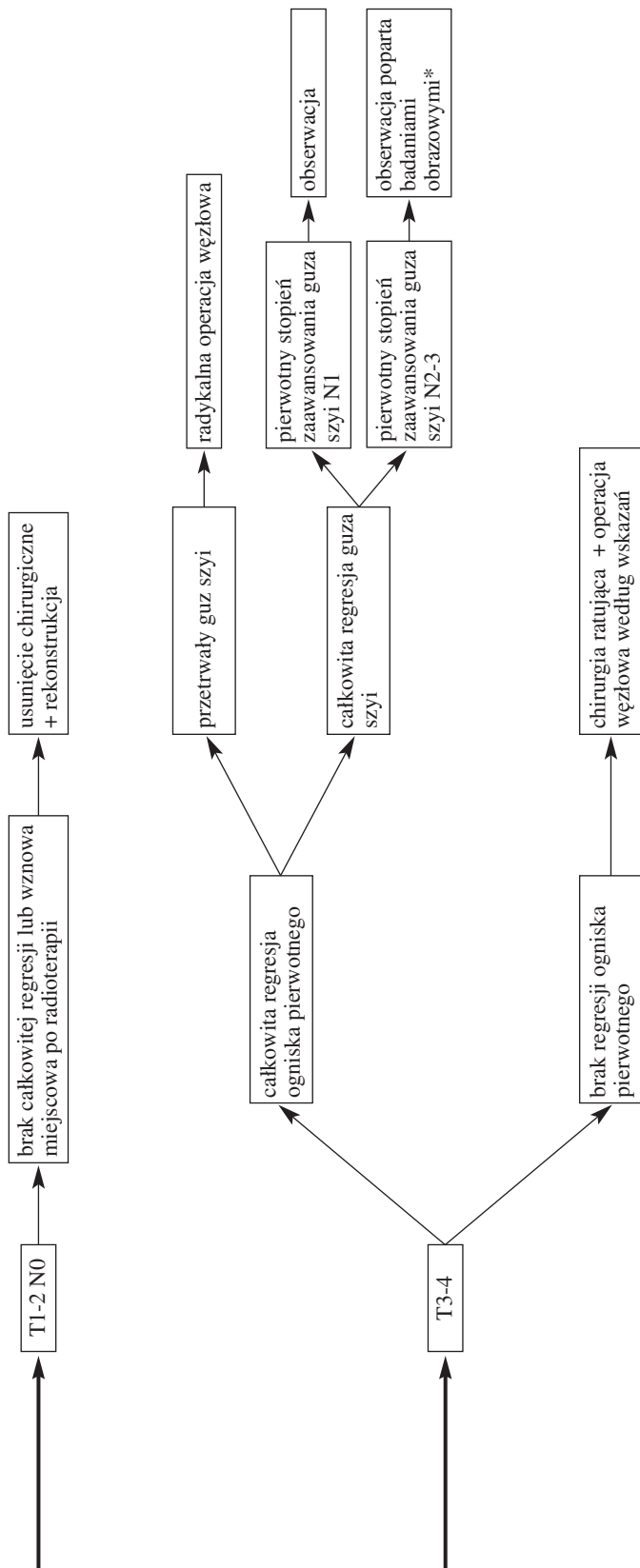
* istnieje na świecie ośrodki zalecające elektryczną radykalną operację węzłową

Zalecenia postępowania w przypadku raka WARGI



* jeżeli są cechy kliniczne sugerujące naciekanie okostnej czy kości

Dla raka WARGI



* istnieje na świecie ośrodki zalecające elektrywną radykalną operację węzłową