

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра-клиника хирургической стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии

Реферат:

«Рак языка»

Выполнил ординатор

кафедры-клиники хирургической стоматологии и ЧЛХ

по специальности «стоматология хирургическая»

Ермак Анастасия Сергеевна

рецензент д.м.н., проф. Маругина Татьяна Леонидовна

Красноярск 2023

Содержание:

1. Введение.....	3
2. Этиология	4
3. Клиника рака.....	4-8
4. Стадий рака	9
4. Диагностика.....	10
5. Профилактика рака	11
6. Лечение	12
7. Результаты лечения рака полости рта и ротоглотки	14
Список литературы.....	16

Введение.

В общем количестве случаев онкологических заболеваний рак языка диагностируется у 5 %

пациентов. При раке языка гистологически в основном выявляется плоскоклеточный рак. Среди злокачественных заболеваний языка, он составляет практически 95 % случаев.

Около половины опухолей полости рта приходится на рак языка, лечение его является более сложным, чем образования в области губ, из-за более поздней диагностики.

По наблюдениям врачей, проводивших лечение рака языка и его диагностику, чаще всего опухоли появляются на тех участках, которые подвергаются механическому воздействию.

Это может быть раздражение зубами, либо зубными протезами. Среди других видов опухолей чаще всего встречается карцинома языка.

Чаще всего при лечении рака языка выявляются следующие локализации опухоли: на боковой поверхности (60–70 % случаев) и на корне (20–40 %). Намного реже встречаются опухоли на нижней поверхности языка, дорсальной (7 %) или его кончике – всего 3 % случаев.

Главной проблемой диагностики рака языка является практически полное отсутствие симптомов на ранних стадиях.

Первый симптом, который довольно часто беспокоит большинство пациентов — выраженное, долго не заживающее пятно на языке. Это пятно часто начинает кровоточить.

Иногда может возникать боль во рту или на языке. Многие другие, более типичные симптомы болезни, проявляются только на поздних стадиях.

Лечение рака языка будет заключаться в применении комбинированной терапии, включая лучевую терапию, химиотерапию и хирургическое вмешательство.

Рак языка среди прочих видов опухолей составляет 50%. Чаще всего им болеют люди, старше 40 лет. У людей, младших 30 лет, рак языка встречается крайне редко

. Интересно, что среди мужчин заболевание встречается в 5 раз чаще, нежели у представительниц прекрасного пола.

Этиология.

Факторами, способствующими возникновению рака языка у многих пациентов, являются курение и злоупотребление алкоголем. Часто рак языка выявляется у тех, кто курит махорку (самокрут) или трубку, а также употребляющих «нас».

Также причиной возникновения опухоли может стать традиция использования у некоторых народов табака для закладывания в защечную складку или жевания некоторых растений (бетель, листья коки).

Вызывать рак языка, лечение которого будет более затруднено, могут такие заболевания, как синдром Пламмера – Винсона с атрофией слизистой оболочки или глоссит сифилитический.

Что касается предположений о более частом возникновении опухоли на травмируемых участках, то прямой зависимости не выявлено, однако рекомендуется избегать подобных воздействий, как негативно влияющих на слизистую полости рта и языка.

Однако главными причинами, которые вызывают рак языка у большинства пациентов, проходящих лечение, являются все-таки курение и раздражение слизистой табачным дымом и употребление алкоголя.

Клиника рака.

Наиболее распространенная локализация рака языка - боковая поверхность языка (62%), корень языка поражается у 27%, спинка языка - у 7%, верхушка языка - у 2% больных. При гистологическом исследовании у 95% пациентов обнаруживают плоскоклеточный рак. Аденогенные опухоли, исходящие из малых слюнных желез, составляют 2-3% злокачественных новообразований языка, еще реже встречаются базально-клеточные лимфоэпителиомы, локализующиеся обычно в задних отделах языка.

Выделяют 3 периода развития рака органов полости рта: начальный, развитой и период запущенности.

Начальный период. В это время больные чаще всего отмечают непривычные ощущения в зоне патологического очага. При осмотре полости рта могут быть обнаружены различные изменения: уплотнение слизистой оболочки, подлежащих тканей, поверхностные язвы, папиллярные новообразования, белые пятна и др

В этом периоде нужно очень тщательно осматривать органы ротовой полости, так как установлено, что почти в 10 % случаев при первых обращениях к врачу местные поражения слизистой оболочки не были выявлены.

Боли, которые обычно заставляют обращаться к врачу, отмечаются примерно у 25 % больных.

Однако, больше чем в 50% случаев, боли связывают с ангиной, заболеванием зубов и т. д. Особенно часто это наблюдается при раке задних отделов полости рта и альвеолярного края челюсти. Нередко внимание врачей направляется по ложному пути.

В начальном периоде развития рака органов полости рта выделяют три анатомические формы:

а) язвенную;

б) узловую;

в) папиллярную.

- Язвенная форма наблюдается наиболее часто, причем одинаково часто отмечается как быстрое, так и медленное увеличение язвы. Консервативное лечение, как правило, не приводит к уменьшению язвы. Это относится и к следующим формам.
- Узловая форма проявляется уплотнением в слизистой оболочке с белесоватыми пятнами вокруг или затвердением в подлежащих тканях. В последнем случае слизистая оболочка над затвердением может быть не измененной. Уплотнения, как правило, имеют четкие границы, развиваются быстрее, чем язвенная форма.
- Для папиллярной формы характерно появление плотных выростов над слизистой оболочкой. Выросты часто покрыты неизменной слизистой оболочкой, развиваются быстро.

Таким образом, рак органов полости рта, всегда формируясь в наружных слоях слизистой оболочки, в начальном периоде развития может расти не только внутрь ткани, но и наружу. В результате появляются экзо- или эндофитные формы опухолей с деструктивными или продуктивными изменениями.[1]



Начальная степень рака подъязычной области

Развитой период характеризуется появлением многочисленных симптомов.

Почти всех больных беспокоят боли разной интенсивности, хотя иногда, даже при больших опухлях, боли могут отсутствовать. Боли становятся мучительными, имеют локальный характер или иррадиируют в ту или иную область головы, чаще в ухо, височную область. Обычно усиливается саливация в результате раздражения слизистой оболочки продуктами распада. Очень частым симптомом является зловонный запах изо рта - спутник распада и инфицирования опухоли. Перечисленные симптомы встречаются наиболее часто.

В развитом периоде рака слизистой оболочки полости рта выделяют две анатомические формы, которые в свою очередь также подразделяются на несколько групп.

I. Экзофитная форма:

а) папиллярный рак представлен опухолью грибовидной формы с бляшковидными или папиллярными выростами. Такие опухоли имеют четкие границы, располагаются поверхностно и наблюдаются у 25 % всех больных;

б) язвенный рак встречается в 30% случаев: характеризуется наличием язвы с краевым опухолевым валиком активного роста. Несмотря на увеличение язвы последняя все же остается поверхностной, а опухолевый валик как бы ограничивает процесс. В дальнейшем язва увеличивается и становится похожей на кратер. Однако долгое время она остается отграниченной; такое состояние не может расцениваться как проявление инфильтрирующего роста. Язва обычно образуется в результате распада центральных или поверхностных участков опухоли.[9]



Злокачественный процесс поразил корень языка

II. Эндофитная форма:

- а) язвенно-инфильтративная форма встречается часто ($> 41,1$ % случаев). Обычно язва располагается в массивном опухолевом инфильтрате. Границы инфильтрата определить невозможно, он распространяется на глубокие ткани. Язвы часто принимают вид глубоких щелей. Иногда они невелики и тогда опухоль имеет сходство со следующим анатомическим видом;
- б) инфильтративная форма характеризуется диффузным поражением. Слизистая оболочка при этих реже встречающихся (6,1%), но исключительно злокачественных новообразованиях не изъязвляется.[3]

Подразделение рака органов полости рта на анатомические формы преследует цель уточнения характера роста опухоли и определения лечения. Клинический опыт показывает, что эндофитные опухоли, характеризующиеся диффузным ростом, обладают более злокачественным течением, чем экзофитные с ограниченным типом роста.



Поражение спинки языка злокачественным процессом

Период запущенности.

Рак органов полости рта быстро распространяется, опухоль разрушает окружающие ткани и должна быть отнесена к опухолям, которые мы считаем исключительно агрессивными, злокачественными.

Рак языка быстро инфильтрирует дно полости рта; рак слизистой оболочки альвеолярной части нижней челюсти - костную ткань, щеку, дно полости рта; рак щеки - кожу и т. д. Исключительно злокачественное течение имеет рак корня языка, распространяющийся на глотку и небные дужки.

Следует отметить, что рак слизистой оболочки задней половины полости рта протекает более злокачественно, чем передней. .Лечить злокачественные опухоли образований задней половины полости рта также значительно труднее.



Метастазирование

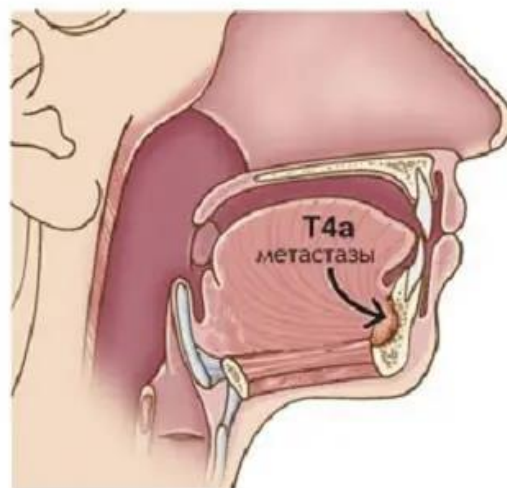
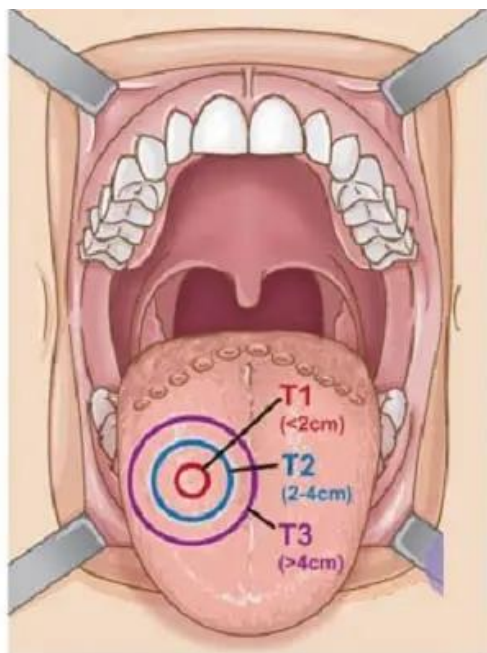
Метастазы рака передних и средних отделов языка появляются вначале в нижнечелюстных и средних яремных глубоких шейных лимфатических узлах.

Рак задних отделов языка метастазирует в первую очередь в верхние яремные и глубокие шейные лимфатические узлы.

Опухоли языка визуализируются путем специальных методов осмотра, степень их распространения уточняется с помощью рентгеновского исследования и компьютерной томографии.

Основным методом оценки состояния регионарных лимфатических узлов остаются пальпация. Морфологическое подтверждение диагноза осуществляется путем исследования соскоба пунктата или биопсии из опухоли.

Для верификации состояния увеличенных лимфатических узлов рекомендуется их пункция даже при наличии морфологически подтвержденного рака языка.[9]



Стадий развития рака.

Стадия	Характеристика
I	Образование имеет маленькие размеры, как правило, в диаметре не превышает 1 см. Не сопровождается дискомфортом, диагностироваться может лишь случайно при плановом осмотре.
II	Опухоль увеличивается в размере. Больной начинает замечать язвочки, участки уплотнения. На данном этапе новообразование распространяется на мышечные ткани, удаётся обнаружить метастазы в ротовой полости, под челюстью.
III	Опухоль занимает больше половины языка, поэтому хорошо заметна. Характеризуется чёткой симптоматикой. Метастазы можно обнаружить в затылочных лимфоузлах, за ушами, под мышками.
IV	Злокачественная опухоль достигает больших размеров, распространяется на весь язык, а также ткани рта, лица. Последняя стадия развития опухоли характеризуется проникновением метастазов во внутренние органы. Они могут поражать головной мозг, сердце, печень, кости. Прогноз крайне неблагоприятный, так как заболевание прогрессирует очень быстро.

Классификации TNM можно получить детальную информацию о стадии рака языка:

Стадия I - T1, N0, M0 – опухоль имеет размер менее 2 см, нет поражения лимфоузлов, не наблюдаются метастазы.

Стадия II - T2, N0, M0 - злокачественное новообразование распространяется в глубь органа, но не нарушает лимфу.

Стадия III - T3, N0, M0 или T1-T3, N1, M0 – раковыми клетками занята большая часть ротовой полости с разными вариациями распространения патологического процесса.

Стадия IV:

4a - T4a, N0, M0 или T4aN1, M0 или T1-T4a, N2, M0

4b - T4b, любые N, M0 или любые T, N3, M0

4c - любые T, N, M1

Для 4 стадии онкопатологии характерно поражение лимфоузлов и метастазирование в отдалённые органы.

Диагностика рака языка

Ранняя диагностика делает лечение рака языка более успешным.

Для этого нужно обращать внимание на все изменения состояния слизистой языка и полости рта, при наличии длительно незаживающих язв, пятен красного или белого цвета нужно незамедлительно обращаться к врачу.

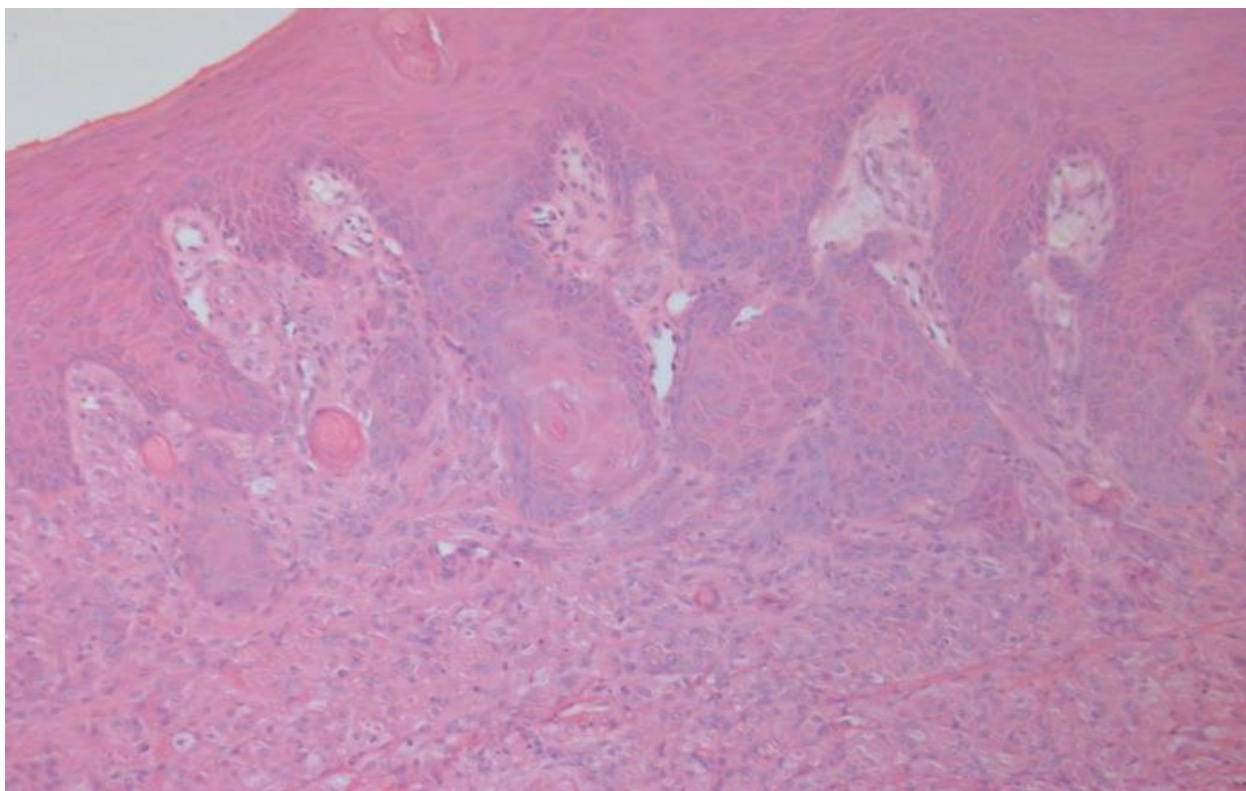
В отличие от других видов опухолей заподозрить рак языка можно уже в результате осмотра.

В данном случае лечение и диагностику можно начать на ранних стадиях, Для получения более полной картины распространения образования и начала лечения рака языка у пациента требуются цитологическое исследование и биопсия с последующей гистологической верификацией.

Также используют такие методы диагностики, как компьютерная томография, магнитно-резонансная томография.

Степень распространения опухоли перед началом лечения рака языка определяется как визуально, так и пальпаторно.

Цитологический метод исследования важен на начальных этапах болезни для диагностики предопухолевых состояний или небольших по размерам новообразований.[8]



Гистологическая картина плоскоклеточного рака языка (гематоксилин эозин, увеличение 10х)

Профилактика рака языка

В качестве профилактики возникновения рака языка в первую очередь следует отметить отказ от курения и сокращение употребления алкоголя.

По статистике лечение рака языка чаще требуется мужчинам именно по причине большего распространения среди них курения. Однако с ростом популярности сигарет среди женщин, у них также был зафиксирован рост заболеваемости.

Еще один фактор, предотвращающий возникновение рака языка – гигиена полости рта. Она заключается в своевременной чистке зубов и регулярном посещении стоматолога. Наличие разрушенных или гнилых зубов с острыми краями, зубного камня – все это причины постоянного травмирования языка и слизистой рта. Поэтому нужно регулярно проводить лечение всех поврежденных зубов.

Также нужно своевременно лечить предраковые состояния слизистой языка. Чаще всего среди них встречается лейкоплакия – образование в виде сероватых или голубоватых бляшек.

Своевременное удаление их помогает избежать развития рак языка, лечение которого требует гораздо больше усилий.

Нужно обращать внимание и на возникновение не- больших язвочек и папиллом: если они уплотняются, не исчезают длительное время – это повод обратиться к врачу.

Лечение рака языка

При лечении рака языка используются лучевой, хирургический или комбинированный методы. Независимо от использованных средств лечение рака языка разделяют на два этапа: воздействие на самó образование лучевым или хирургическим путем, и лечение метастазов.

На начальных этапах развития рака языка лечение начинается с помощью лучевой терапии (ДГЛТ) и является достаточно успешным – удается излечить больных до 60–85 % случаев.

Однако при использовании комбинированного метода, включающего лучевое воздействие и хирургическую операцию, лечение рака языка будет еще более эффективным: до 94 % больные излечившихся на первой стадии развития опухоли.

В хирургическом лечении рака языка до настоящего времени широко применяется половинная электрорезекция языка (гемиррезекция языка).

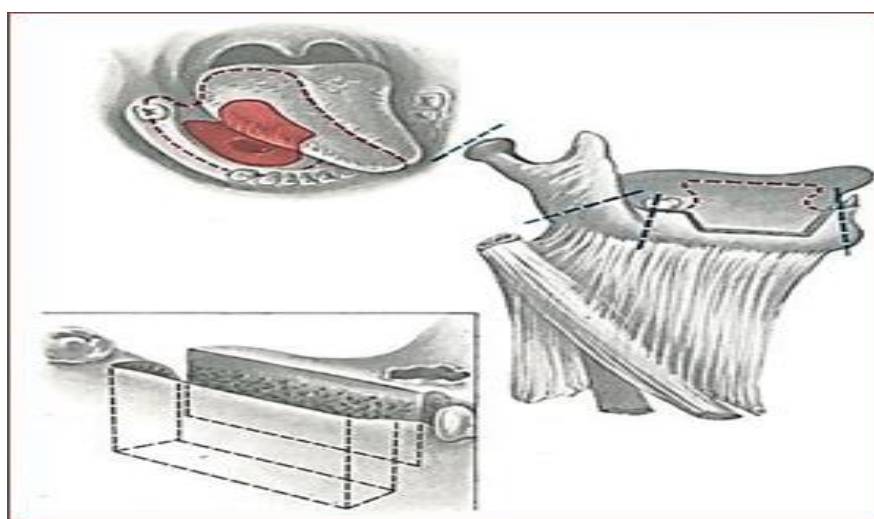
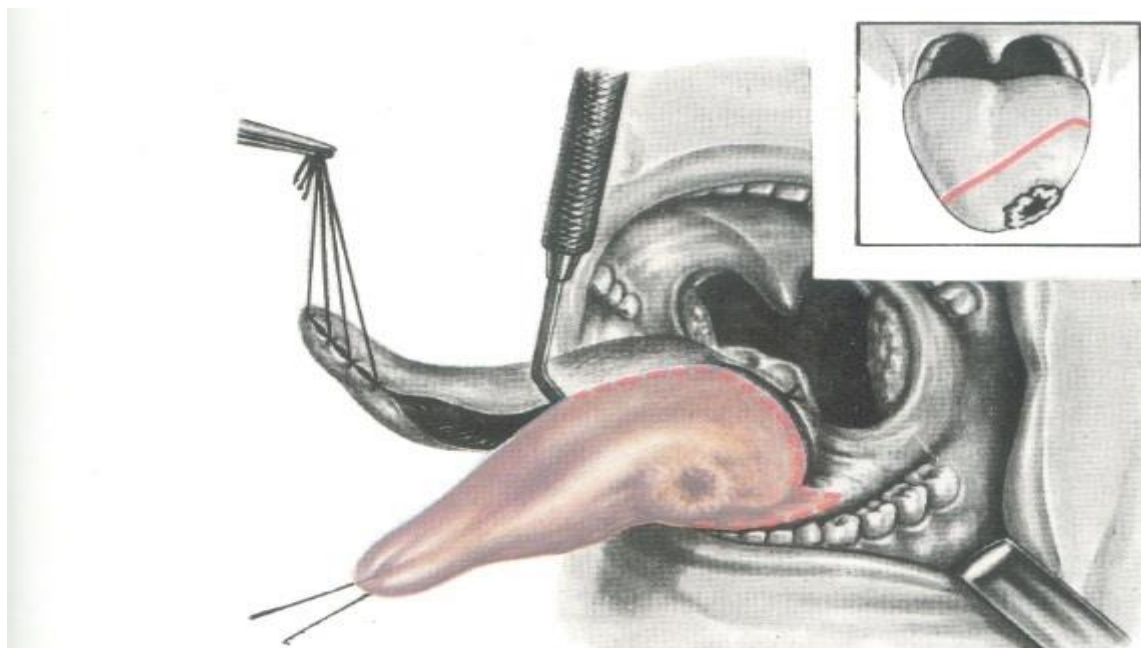
Эта операция выполняется так же, как при раке I–II стадий. Границы иссечения – не менее 2–4 см здоровых тканей.

В развитом периоде развития рака языка наиболее эффективным лечением является комбинированный подход (лучевое + хирургическое).

При местно-распространенном раке подвижной части языка и дна полости рта выполняется комбинированная половинная электрорезекция языка с резекцией дна полости рта (при показаниях и резекцией нижней челюсти) с одномоментной пластикой кожно-мышечными лоскутами дефектов тканей языка и дна полости рта.

Важной составляющей лечения рака языка является лечение метастазов, так как случаи метастазирования наблюдаются у 23–40 % больных.[[2]

Своевременное их выявление и удаление хирургическим путем позволяет более эффективно лечить основное заболевание.



132. Варианты электросечения тканей дна полости рта при раке.

Внизу и слева — схема электрорезекции тканей дна полости рта с одновременной резекцией внутренней части нижней челюсти, к которой примыкает опухоль.

Лучевая терапия

Лучевая терапия может быть основным методом лечения у больных с небольшими опухолями полости рта и ротоглотки. У пациентов с опухолями

значительных размеров, наряду с операцией, используют лучевой метод для уничтожения оставшихся опухолевых клеток.

Лучевую терапию также применяют для облегчения боли, прекращения кровотечения, устранения затрудненного глотания. При опухолях полости рта и ротоглотки наиболее часто используют наружное облучение. Лечение проводится 5 раз в неделю в течение 5–7 недель.

У некоторых больных может быть применена брахитерапия (внутреннее облучение). При этом в опухоль или вблизи нее на определенное время вводятся металлические стержни, содержащие радиоактивный материал. Перед выпиской домой эти стержни удаляются.

В ряде случаев используют как наружное, так и внутреннее облучение. Побочные эффекты лучевой терапии: покраснение кожи, сухость во рту, боль в горле, осиплость голоса, частичная потеря вкуса, слабость. Из осложнений лечения может возникнуть повреждение щитовидной железы и сосудов, питающих головной мозг.[5]

Химиотерапия

Под химиотерапией подразумевается применение противоопухолевых препаратов. Ее можно использовать перед операцией или лучевой терапией для сокращения размеров опухоли.

В ряде случаев химиотерапию применяют в сочетании с облучением или операцией. Для химиотерапии рака полости рта и ротоглотки наиболее часто используются цисплатин и 5-фторурацил.

Кроме того, могут быть применены и другие препараты: метотрексат, блеомицин, карбоплатин. Препараты используют как по отдельности, так и в комбинации для усиления противоопухолевого эффекта.[6]

Побочные эффекты химиотерапии могут проявляться в виде тошноты, рвоты, потери аппетита, облысения, появления язв во рту, утомляемости, повышенной восприимчивости к инфекции, кровоточивости.

Большинство побочных эффектов со временем проходит, некоторые из них, например, нарушение слуха при применении цисплатина, могут быть стойкими.

Результаты лечения рака полости рта и ротоглотки

Применение операции или лучевой терапии у пациентов с I стадией рака позволяет добиться длительной выживаемости в 80–85 % случаев, а при II стадии – в 60–80 %.

У пациентов с III–IV стадиями рака полости рта и ротоглотки применяют 2 или все 3 метода лечения.

При этом длительная выживаемость колеблется от 20 до 50 %.

Что происходит после окончания лечения рака полости рта и ротоглотки? После проведенного лечения по поводу рака полости рта и ротоглотки у больного могут возникнуть проблемы с речью и глотанием. [7]

Специалисты (логопед, диетолог) дадут консультацию и назначат соответствующие процедуры для устранения имеющихся проблем.

У больных, перенесших лечение по поводу злокачественных опухолей полости рта и ротоглотки, имеется повышенный риск развития рецидива или развития новой опухоли.

Рецидивы обычно возникают в течение первых 2 лет после окончания лечения, поэтому пациенты должны находиться под тщательным врачебным наблюдением и проходить обследование.

У 30–40 % больных, получавших лучевую терапию, может быть низкий уровень гормонов щитовидной железы. Таким пациентам показана консультация эндокринолога и назначение соответствующей терапии.

Доказано, что у больных, перенесших лечение по поводу рака полости рта и ротоглотки, имеется повышенный риск развития рецидива или новой опухоли, особенно если они курят или злоупотребляют алкогольными напитками. Поэтому настоятельно рекомендуется избавиться от этих привычек.[8]

Литература.

1. Алиева С.Б., Алымов Ю.В., Кропотов М.А. и др. Рак слизистой оболочки полости рта. Онкология. Клинические рекомендации. Под ред. М.И. Давыдова. М.: Издательская группа РОНЦ, 2015. С. 27 - 37.
2. Романов И.С., Яковлева Л.П. Вопросы лечения рака полости рта. Фарматека 2013; (8): 59 - 63.
3. Гельфанд И.М., Романов И.С., Удинцов Д.Б. Тактика лечения локализованных форм рака слизистой оболочки полости рта. Опухоли головы и шеи 2016; 6: 43 - 5.
4. Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность). Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ "НМИЦ радиологии" Минздрава России, 2017. С. 3, 11, 15, 16.
5. Яковлева Л.П. Лечение рака слизистой оболочки полости рта. Опухоли головы и шеи 2013; (3): 20 - 5.
6. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. 5-е изд., доп. и перераб. М.: Практическая медицина, 2013. С. 119 - 146.
7. Babu N.H., Devi B.V.L., Kadiyala S. et al. Accuracy of preoperative ultrasonography in measuring tumor thickness and predicting the incidence of cervical lymph node metastasis in oral cancer. J Dr NTR Univers Health Sci 2018; 7(4): 241 - 4
8. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines(R)). Cancer of the Oral Cavity. Version 2.2018
9. Романов И.С., Яковлева Л.П., Удинцов Д.Б. и др. Особенности регионарного метастазирования плоскоклеточного рака полости рта, выявляемого при профилактических лимфодиссекциях. Стоматология 2012; 91(4): 2; 3; 7; 28 - 31