

ВЕРУКОЗЕН КАРЦИНОМ НА УСТНАТА КУХИНА. КОЕКЗИСТЕНЦИЯ С ПЛОСКОКЛЕТЪЧЕН КАРЦИНОМ. ОБЗОР НА ЛИТЕРАТУРАТА И ПРОУЧВАНЕ ПРИ 29 СЛУЧАЯ

Павел Станимиров, Анелия Бобева*

Катедра по Стоматологична и Лицево-челюстна хирургия

Стоматологичен факултет- София

**СБАЛЛЧХ-София*

COEXISTENCE OF VERRUCOUS AND SQUAMOUS CELL ORAL CANCER. ANALYSIS OF 29 CASES

Pavel Stanimirov, Anelia Bobeva

*Department of Oral and Maxillofacial surgery; Faculty of
Stomatology- Sofia,*

ABSTRACT

Background. Real verrucous carcinoma is a locally invasive and non-metastatic other form of squamous cell carcinoma. Verrucous carcinoma represents 5% of squamous oral cancer.

AIM: The aim of this study to assess the frequency of coexistence of verrucous and squamous oral carcinoma.

MATERIALS AND METHODS: A retrospective analysis of 29 patients with oral verrucous carcinoma, treated between 1990 and 2003 and clinicopathologic features were evaluated.

RESULTS: The male: female ratio was 3:1. Absolute verrucous carcinoma was found in 14 (63.6%) cases. Coexistence was found in 8 (36.3%) cases.

DISCUSSION:

Squamous cancer component determines worse biological behaviour and prognosis.

In all cases of oral verrucous carcinoma, squamous carcinoma must be sought for in the entire tumorous tissue. The presence of coexistence is a factor, which must be considered in the therapeutic approach and influences prognosis.

Key words: verrucous carcinoma, head and neck neoplasms, oral cavity carcinoma.

Верукозният карцином (ВК) на устната кухина е описан за първи път от Friedell и Rosenthal през 1941 г, по-късно през 1948 година Askerman (1) подробно характеризира тумора като го определя като локално инвазивен, неметастиращ вариант на плоскоклетъчния карцином. ВК заема приблизително 5% от случаите с плоскоклетъчен карцином (ПКК) на

устната кухина. Мъжете са засегнати по-често, като предпочитана възраст е седмото десетилетие.(8) Според Акерман в 60% от случаите тумора се развива на букалната мукоза, 30 % на алвеоларния гребен и гингивата и 10% на пода на устната кухина.(1)

Хистологично туморът е съставен от добре диференциран сквамозен епител. Екзофитната повърхност е съставена от дълги папиломатозни гънки, които обикновено са покрити от изобилие на орто- и/или паракератин, които също така покриват дълбоките повърхности на инвагинациите. (1)

Диференциална диагноза включва бенигни и малигнени плоскоклетъчни пролиферации. Малигнени лезии наподобяващи ВК са добре диференцирани хиперкератотични дисплазии и плоскоклетъчни карциноми характеризиращи се с папиларен или верукозен повърхностен растеж например папиларен плоскоклетъчен карцином и верукоидна дисплазия.(8)

Верукозният “карцином” е с по-доброкачествено биологично поведение в сравнение с ПКК.(3)

Batsakis и сътр. (2) приемат, че истинският верукозен карцином няма метастатична активност и не се описват далечни метастази.

Подобни са схващанията на Medina (5), според който ВК е локално инвазивен, но неспособен за метастазиране освен в случаите с анапластична трансформация към конвенционален, инвазивен ПКК. Описва се висока рецидивност и анапластична трансформация на верукозния карцином след радиотерапия.(3) По литературни данни анапластична трансформация се описва в 7% от случаите.(9) При едно изследване Perez SA (6) не открива ПКК в нито един от 140 препаратата на верукозен карцином.

Medina (5) също описва хибридни тумори характеризиращи се с огнища от по-малко диференцирани конвенционални ПКК със инфилтриращи граници, които наблюдава в 20% от 104 орални верукозни карцинома. Според автора тези находки определят диагнозата “верукозен карцином с коекзистиращи

огнища на ПКК”. Според автора това трябва да насочи вниманието на клинициста за риска от метастази.

Medina (5) и Tharp ME (9) съобщават, че първичната хирургична ексцизия осигурява туморен контрол в 82%-85% (5;9) от пациентите и в 94% при повторна хирургия по повод рецидив. Според McClure (3) както и McDonald JS (4) и Tharp ME (9) ЛТ самостоятелно или комбинирана с хирургия се използва за лечение на определени тумори на устната кухина обикновени при неподходящи за хирургия пациенти или като палиативен метод при напреднало заболяване.

ЦЕЛ И ЗАДАЧИ:

Целта на настоящото изследването е ретроспективно да се проучат случаите на верукозен орален рак за периода 1990-2003, като се ревизират хистологичните препарати на случаите с диагноза “Верукозен карцином” за установяване на случаите на коекзистенция на верукозен и плоскоклетъчен карцином. Да се дадат данни за възрастовото, половото разпределение, TNM стадия, локализацията.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ:

Ретроспективно са прегледани медицинските документи на 980 пациента с плоскоклетъчен рак на устните и устната кухина диагностицирани, лекувани и проследявани в Клиниката по ЛЧХ към катедрата по СЛЧХ на Стоматологичен факултет-София трансформирана в СБАЛЛЧХ от 2000г. за периода 1990-2003.

Прегледани бяха биопсичните хистологични фишове на всички диагностицирани и лекувани случаи с рак на устните и устната кухина, от където се взеха данни за възраст, пол, локализация, размер на първичния тумор, TNM стадия, хистологична диагноза.

Прегледани бяха лечебните картони “история на заболяването” на стационарираните случаи за допълване на липсващите данни.

Всички хистологични стъкла и парафинови блокчета на диагнозите “верукозен карцином” бяха издирени от хистоархива, като избледнелите или увредени препарати бяха изработени повторно.

При всички случаи при които не се установи коекзистенция на ПКК на изработените към момента на диагнозата препарати се пристъпи към микроскопско серийно изследване на целия резервен материал от парафиновите блокчета за изключване на риск от пропускане на огнища от ПКК в зони от тумора,

които не са изследвани към момента на първичната диагноза в миналото.

РЕЗУЛТАТИ:

Случаи на поставена хистологична диагноза “Верукозен карцином” за периода 1990-2003 установихме при 28 (2,9%) от общо 980 случая с ПКК на устната кухина. В 21 случая верукозен карцином се установи при мъже и в 7 случая при жени. Съотношението мъже:жени е 3:1. Най-засегнатата възраст беше групата на 60-69 годишните с 10 случая, следвана от групите 50-59 и 70-79 годишните по 8 случая. Най възрастния пациент беше мъж на 85 години, най-младия пациент — жена на 31 години. В T1 бяха 8 мъже и 2 жени, в T2 — 9 мъже и 3 жени, T3 — 2 мъже и 2 жени и в T4 2 мъже. Най-честата локализация за мъжете беше долната устна, пода на устната кухина и гингивата на долната челюст (по 4 случая), следвани по-равно от ръба на езика и бузата (по 3 случая), при 2 е локализиран върху гингивата на максилата и в 1 случай в ретромоларното пространство. При един пациент липсват данни за точната локализация. При жените се установи равномерно разпределение по един за всяка от изброените локализации. При 7 случая хистологичният материал беше недостатъчен, поради което бяха изключени. Патохистологично оценяване се извърши при 22 (2,5%) пациента с рак на устната кухина. При 14 (63.6%) пациенти се установи “чист” верукозен карцином. При 8 (36.3%) се установи коекзистенция на верукозен карцином с участъци от плоскоклетъчен карцином.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Наличието на плоскоклетъчна компонента във верукозен карцином определя лошото биологично поведение на тумора. При всички случаи, при които се поставя патохистологична диагноза “верукозен карцином” е необходимо щателно серийно изследване на целия туморен материал за изключване на спиноцелуларна коекзистенция. При всички случаи на плоскоклетъчна коекзистенция огнищата от плоскоклетъчен компонент се намираха в дълбоките участъци на инвазивния фронт, което определя необходимостта от правилно взимане на биопсия. Ние приемаме, че терапевтичният подход при случаите на хибридни верукозни карциноми трябва да бъде по стандартите за плоскоклетъчен карцином.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ackerman LV: Verrucous carcinoma of the oral cavity. Surgery 23:670,1989 squamous cell carcinomas. Scand J Dent Res. 1987 Jun;95(3): 229-49.
2. Batsakis JG, et al: The pathology of head and neck tumors: verrucous carcinoma. Part 15. Head Neck Surg 5:29, 1982.
3. McClure DL, Gullane PJ, and Slinger RP: Verrucous carcinoma: changing concepts in management. J Otolaryngol 117, 1984.
4. McDonald JS, Crissman JD, Gluckman JL. Verrucous carcinoma of the oral cavity. Head Neck Surg 1982;5:22-28.
5. Medina JE, Dichtel W, Luna MA. Verrucous-squamous carcinomas of the oral cavity. A clinicopathologic study of 104 cases. Arch Otolaryngol 1984 Jul;110(7):437-40
6. Perez CA, et al: Anaplastic transformation in verrucous carcinoma of the oral cavity after radiation therapy. Radiology 86: 108,1966
7. Shafer WG. Verrucous carcinoma. Int Dent J 1972;22:451-459.
8. Sternberg SS et al. Diagnostic surgical pathology. Volume 1. Second edition. Lippincott-Raven 1996
9. Tharp ME and, Shidnia H. Radiotherapy in the treatment of verrucous carcinoma of the head and neck. Laryngoscope 1995 Apr;105(4 Pt 1):391-6

Journal of IMAB - Annual Proceedings (Scientific Papers) - 2004, Book 2

СЪВРЕМЕННО ЛЕЧЕНИЕ НА ОНКОЛОГИЧНИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ В УСТНАТА КУХИНА

А. Киселова-Янева, Д. К. Тодоров*, К. Тодоров**
МУ – Стоматологичен факултет – София, Катедра по лицево-челюстна рентгенология и орална диагностика
*Национален онкологичен център, София, Президент на Българското онкологично общество
**Областен диспансер за онкологични заболявания – София-град, Кабинет по вътрешни болести

MODERN TENDENCY OF COMPLEX CANCER THERAPY

A. Kisselova-Janeva, D. Todorov*, K. Todorov**
Medical University - Faculty of Stomatology - Sofia
*National Oncological Center, President of Bulgarian Oncological Society
**Cancer Center - Sofia

SUMMARY

In the current article we discuss modern tendency of complex cancer therapy.

The future development of oncology is based on drug treatment, which is a new method of treatment with a dynamic development.

There are presented: general pharmacodynamics and pharmacokinetics of oncodrug's; the significant indications, contraindications; side and toxic effects and the new strategy of complex drug treatment.

Онкозаболяванията включват над 200 различни нозологични единици. Характеризират се с:

- * нарушени контролни механизми на клетъчната пролиферация
- * диференциация и апоптоза

- * хетерогенност на клетъчните популации
- * ранно дисеминиране и микрометастазиране
- * инвазиран растеж и др.

Етиология: образуването на един злокачествен тумор е сложен, продължителен и многофакторен процес. Преминава през следните стадии:

* инициация — с продължителност от минути до часове и дни

* промоция — от няколко седмици до няколко години — натрупват се генетични промени в соматичните клетки

- * прогресия

Злокачествените тумори имат дълъг латентен период, клинично асимптомен, следван от няколко клинични стадия:

- * локален
- * локо-регионален
- * рецидиви и/или далечни метастази
- * нови тумори

КАНЦЕРОГЕНИ:

* химически — полициклични ароматни въглеводи, нитрозоамини, ароматни амини, аминоксопроизводни, алкохол, алкилиращи агенти, андрогени,