

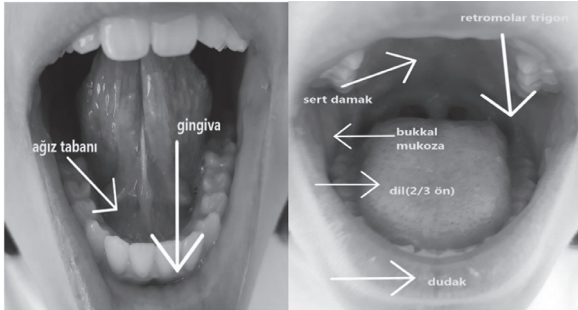
Bölüm 71

ORAL KAVİTE KANSERLERİ

Mehmet Erkan KAPLAMA¹

GİRİŞ

Oral kavite, üst ve alt dudak mukozalarının ve cilt birleşim yeri olan vermillion hattından başlar. Üst arka sınırı; yumuşak damak sert damak birleşme noktası, alt sınırı orta hatta sirkumvallat papillalar (linea terminalis) ve yanlarda ön tonsiller plikalar oluşturur. Bu sınırlar içerisinde alt ve üst dudak, dilin ön üçte ikisi, retromolar trigon, ağız tabanı, bukkal mukoza, gingiva ve sert damak alt bölgeleri mevcuttur (1). **Şekil 1'de oral kavite bölgeleri gösterilmiştir.** Bu bölgeler keratinize yada keratinize olmayan çok katlı yassı epitel ile örtülüdür. Oral kavite sindirim kanalının başlangıç yeridir çeşitli görevleri vardır, bunlardan bazıları yutmaya yardımcı olmak, konuşma, koruyucu bariyerlik, sindirimin başlaması, tat duyusu ve tükürük salgısı sağlamaktır.



Şekil 1:

AYIRICI TANI

Benign Lezyonlar

Fibrom: Mukozal lezyonlardır, sıklıkla oklüz-
yon hattında ortaya çıkarlar. Dil ve dudak daha nadir görüldüğü oral kavite bölgeleridir. Oral kavitede en sık izlenen yumuşak doku lezyonları fibromlardır. Çevre mukoza ile aynı renktedir ve normal mukoza ile devamlılık gösterir, yumuşak kıvamlıdır, gelişim uzun zaman sürecinde olur. Patolojik incelemede kollajen içeren fibröz hiperplazi görülür. Tekrarlayan mukozal travmalardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Tedavisi eksizyondur.

Piyojenik Granülom: Mukozadan nodüler gelişim gösteren granülasyon dokusudur. Büyük kısmı gingival mukozadan gelişir. Nadiren dil, dudak ve bukkal mukozadan da gelişebilir. Büyüklükleri birkaç milimetreden 2-3 cm'ye kadar değişebilir. Kadınlarda daha sık görülür. Vasküler özelliğinden ötürü spontan olarak kanayabilir. Ağrılı olabilir. Etiyolojisi kadınlarda hamilelik sırasındaki hormonal değişikliklerdir. Bununla beraber travma ve enfektif ajanlar da suçlanmaktadır. Tedavi eksizyondur, nüks gösterebilir.

Papillom: Yüzeyden kabarık,saplı, mukoza rengine, karnibahar şekilli lezyonlardır. Genç erişkinlerde, sıklıkla uvula ve yumuşak damak mukozasında görülür. HPV tip 6 ve 11 papillom oluşumunda etkindir. Tedavisi eksizyondur fakat rekürrens görülebilir.

¹ Dr Öğretim Üyesi,Şanlıurfa Mehmet Akif İnan EAH,drmehterkan@yahoo.com

ORAL KAVİTE KANSERLERİNDE BOYUNA YAKLAŞIM

Klinik olarak N1 olan hastalarda boyun diseksiyonu ile radyoterapinin etkinliği eşdeğerdir. Bu tarz vakalarda boyunun tedavisine primer tümörün tedavisine göre karar verilir. Klinik N2 ve N3 olan oral kavite tümörlerinde tedavi boyun diseksiyonu ve adjuvan radyokemoterapidir.

Dil ve ağız tabanı kanserlerinde boyun metastaz olasılığı daha yüksektir. Tümör boyutu (T evresi) artıkça bu oran artmaktadır. Endofitik, invazyon derinliği fazla, lenfovasküler veya perinöral tutulumu olan tümörlerde boyun lenf nodu metastaz riski yüksektir.

Klinik olarak N0 olan hastalarda mikrometastaz şüphesi varsa elektif boyun diseksiyonu önerilmektedir. Bu hastalarda patolojik lenf nodu pozitifliği %30 oranında saptanması sentinel lenf nodu biyopsisi uygulanmasını gündeme gelmiştir. Boyun için uygulanacak tedaviye tümörün yerleşimi, tümörün tedavi şekli, nodal metastazların durumu ve çevre yumuşak dokuya invazyon olup olmadığına bakılarak karar verilir. Boyun 1. veya 2. bölgesinde tek, mobil lenf nodu tutulumunda supraomohiyoid boyun diseksiyonu önerilirken birden fazla lenf nodu varlığında veya ekstrakapsüler yayılda modifiye radikal boyun diseksiyonu ve postoperatif radyoterapi önerilmektedir (18,19).

SONUÇ

Oral kavitede en sık skuamöz hücreli karsinomlar görülür. İnsidansı yüksektir ve önlenemez faktörler kanser oluşumunda etkindir. Tedavi, genelde hem fonksiyon açısından hem de görünüm açısından tatmin edici olmayabilir. Premalign lezyonlarda maligniteye dönüşüm sıklığının yüksek olduğu göz önüne alındığında, bunlar potansiyel olarak kötü huylu lezyonlar olarak kabul edilmelidir. Oral kavite kanserli hastalarda tedavi sonuçları rekonstrüksiyon ve adjuvan tedavideki gelişmelere bağlı olarak son on yılda, önemli ölçüde iyileşmiştir. Oral kavite kanserlerinden korunma ve erken tanı için toplumu risk faktörleri ve hastalık belirtileri hakkında bilinçlendirmek gereklidir.

Anahtar kelimeler: Oral kavite tümörleri, dudak kanserleri, ağız tabanı kanserleri, dil kanseri, retromolar bölge kanserleri

Kaynakça

1. Cummings CW. (2005). Otolaryngology-Head and Neck Surgery 4th ed. Mosby, Inc, Philadelphia
2. Neville BW, Day TA. Oral cancer and precancerous lesions. CA Cancer J Clin. 2002 Jul-Aug;52(4):195-215.
3. Yıldırım, B., Şengüven, B., Barış. Potansiyel Malign Bozukluklar Ve Ağız Kanseri Şüphesi Bulunan Lezyonlara Yaklaşım Ve Diş Hekimlerinin Erken Tanıdaki Rolü. Ankara Diş Hekimleri Odası Klinik Bilimler Dergisi, 5 (2):881-886.
4. Öztürk, B., Coşkun, U., Yaman, E. Oral kavite kanserlerinde risk faktörleri, premalign lezyonlar ve kemoprevansiyon. Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi.2(19):117-126.
5. Benekli, M., 2016. Kanser Oluşumu ve Risk Faktörleri. docplayer.biz.tr. Erişim: 05.10.2017.
6. Başarer N, Hafız G. Oral Kavite Kanserleri, Anatmik Özellikler ve Klinik Gidiş. In: Engin K, Erişen L (eds). Baş Boyun Kanserleri. Bursa: Nobel Tıp Kitabevleri; 2003. 237-43.
7. Gillison, M.L.(2007) Current topics in the epidemiology of oral cavity and oropharyngeal cancers. Head and Neck.
8. Zhang J, Gao F, Yang AK, et al. Epidemiologic characteristics of oral cancer: single-center analysis of 4097 patients from the Sun Yat-sen University Cancer Center. Chin J Cancer. 2016 Mar 3;35:24
9. Kumar M, Nanavati R, Modi TG, et al. Oral cancer: Etiology and risk factors: A review, J Cancer Res Ther. 2016 Apr-Jun;12(2):458-63
10. Reichart, P.A. Identification Of Risk Groups For Oral Precancer And Cancer And Preventive Measures. Clin Oral Invest, 5: 207-213.
11. Kawakita D, Hosono S, Ito H, et al. Impact of smoking status on clinical outcome in oral cavity cancer patients. Oral Oncol. 2012 Feb;48(2):186-91.
12. Blot WJ. Smoking and drinking in relation to oral and pharyngeal cancer. Cancer Res. 1988; 48: 3282-7.
13. Chaturvedi AK, Engels EA, Pfeiffer RM, et al. Human papilloma virus and rising oropharyngeal cancer in the United States. J Clin Oncol 2011;29:4294.
14. Gluckman JL, Savoury WL. Carcinoma of the oral cavity. Otolaryngology, 3rd edition: 2041-67.
15. Lydiatt MW, Patel SG, O'Sullivan B, et al. Head and neck cancers major changes in the American Joint Committee on cancer eighth edition cancer staging manual. CA : A Cancer Journal For Clinicians. 2017;67(2); 122-137
16. Funk GF, Karnell LH, Robinson RA: Presentation, treatment and outcome of oral cavity cancer: a National Cancer Data Base Report, Head Neck 2002; 24: 165-80.
17. Tanyeri, G., Eskiizmir, G., 2014. Dudak Kanserlerine Yaklaşım, Güncel Tedavi Yöntemleri ve Rekonstrüksiyon Teknikleri. Turk Arch Otolaryngol. 52: 22-32

18. Kim RY, Ward BB, Brockhoff HC 2nd, et al. Correlation of Lymph Node Density With Negative Outcome Predictors in Oral and Maxillofacial Squamous Cell Carcinoma. *J Oral Maxillofac Surg*. 2016 Oct;74(10):2081-
19. Chen WC, Lai CH, Fang CC, et al. Identification of High-Risk Subgroups of Patients With Oral Cavity Cancer in Need of Postoperative Adjuvant Radiotherapy or Chemo-Radiotherapy. *Medicine (Baltimore)*. 2016 May;95(22):e3770