

Рак слизистой оболочки полости рта и губ.


Международная гистологическая и клиническая классификация. Клиническая картина. Анатомические особенности и особенности метастазирования.

Введение.

- Заболеваемость в России злокачественными опухолями слизистой оболочки полости рта в 2013 г. зарегистрирована на уровне 4,9 на 100 тыс. населения, в том числе 7,2 - среди мужчин и 2,6 - среди женщин. Мужчины заболевают чаще женщин в 2,5-3 раза. Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом рака полости рта в 2013 г. составило в нашей стране 6798 человек: 4860 мужчин и 1938 женщин.

Этиология и патогенез.

- Слизистая оболочка органов полости рта (СООПР) и подлежащие ткани представляют особую анатомическую сложность, обуславливающую специфику клинического течения и лечения развивающихся опухолей. Злокачественные опухоли, возникающие в полости рта, - это преимущественно различные виды плоскоклеточного рака.
- В передних двух третях языка локализуются 75% всех злокачественных опухолей языка. Среди других локализаций злокачественных опухолей полости рта 12,9% приходится на слизистую оболочку щек; 10 –15% - на дно полости рта; 8,9% - на слизистую оболочку альвеолярного отростка верхней челюсти и твердого неба; 6,2% - на мягкое небо; 5,9% - на слизистую оболочку альвеолярного отростка нижней челюсти; 1,5% - на язычок мягкого неба и 1,3% - на передние небные дужки.

- 
- Возникновению рака слизистой оболочки полости рта способствуют вредные привычки - употребление алкоголя, курение табака, жевание тонизирующих смесей (нас, бетель), профессиональные вредности (контакт с продуктами перегонки нефти, солями тяжелых металлов), недостаточная гигиена полости рта, кариес, зубной камень, хроническая травма плохо подобранными протезами.
 - Жевание бетеля (смесь листьев бетеля, табака, гашеной извести, специй) и наса (смесь табака, золы, извести, растительных масел) распространено в Средней Азии, Индии. Это обуславливает высокую заболеваемость раком слизистой полости рта в данном регионе.

Предраковые заболевания

- К облигатному предраку относят болезнь Боуэна, к факультативному - лейкоплакию, папиллому, постлучевой стоматит, эрозивно-язвенную и гиперкератотическую формы красной волчанки и красного плоского лишая.
- **Болезнь Боуэна** (*cancer in situ*) на слизистых оболочках проявляется одиночным пятном с гладкой или бархатистой поверхностью; очертания его неровные, четкие, размер - до 5 см. Нередко опухолевый очаг западает. На нем возникают эрозии.
- **Лейкоплакия** - процесс значительного ороговения эпителия на фоне хронического воспаления слизистой оболочки. Различают 3 вида лейкоплакии: простую (плоскую); веррукозную (бородавчатую, лейкокератоз); эрозивную.
- **Простая лейкоплакия** выглядит как пятно белого цвета с четкими краями. Не выступает над уровнем окружающей слизистой оболочки и не поддается соскабливанию. Жалоб у больных не вызывает.

- **Лейкокератоз** возникает на фоне плоской лейкоплакии. Образуются бородавчатые разрастания (бляшки) высотой до 5 мм. При травме бляшки возникают трещины, эрозии, язвы. Больные жалуются на ощущение шероховатости.
- **Эрозивная форма** встречается как осложнение плоской или веррукозных форм. Больные жалуются на болезненность при приеме пищи.
- **Папиллома** - доброкачественная эпителиальная опухоль, состоящая из сосочковых разрастаний соединительной ткани, снаружи покрытых многослойным плоским эпителием. Папилломы имеют белесоватую окраску или цвет слизистой оболочки. Имеют тонкую ножку или широкое основание. Размеры папиллом колеблются от 2 мм до 2 см. Папилломы бывают мягкие и твердые.
- **Простая (хроническая) язва и эрозия** возникают в результате хронического раздражения неудачно изготовленными зубными протезами.
- **Ромбовидный глоссит** - воспалительный процесс на спинке языка в форме ромба. Для заболевания характерно хроническое течение (в течение нескольких лет). Больные жалуются на боль в языке, слюнотечение. При пальпации отмечается уплотнение языка.

Анатомические области и сегменты полости рта.

1. Слизистая оболочка рта:
 - - слизистая оболочка верхней и нижней губ;
 - - слизистая оболочка щек;
 - - ретромолярная область;
 - - щечно-альвеолярные складки, верхний и нижний своды преддверия полости рта;
2. Слизистая оболочка альвеолярного отростка верхней челюсти.
3. Слизистая оболочка альвеолярного отростка нижней челюсти.
4. Слизистая оболочка твердого неба.
5. Язык (корень языка относится к ротоглотке):
 - - слизистая оболочка передних двух третей языка до валикообразных сосочков;
 - - слизистая оболочка нижней поверхности языка.
6. Дно полости рта.




Клиническая картина

- В основном ранние жалобы пациентов со злокачественными опухолями слизистой оболочки полости рта сводятся к непривычным ощущениям или болям в области десны, языка, горла, щеки.
- Большинство злокачественных опухолей полости рта имеют строение плоскоклеточного рака, реже - аденокарцином (рак из малых слюнных желез). На долю плоскоклеточного рака приходится около 95 % всех гистологических форм рака слизистой оболочки полости рта. Частота поражения различных анатомических областей полости рта такова: подвижная часть языка - 50 %; дно полости рта - 20 %; щека, ретромолярная область - около 20 %; альвеолярная часть нижней челюсти - 4 %; другие локализации - 6%.

Особенности течения при разных локализациях.

- **Рак языка** чаще всего локализуется на боковых поверхностях (до 70 % случаев), реже поражается нижняя поверхность языка (около 10 %). Поражение корня происходит примерно в 20 % случаев. Поскольку корень языка анатомически является частью ротоглотки, злокачественные опухоли этой зоны отличаются от опухолей подвижной части языка по течению и чувствительности к консервативным методам лечения. Больные обращаются к врачу с жалобами на длительно незаживающую язву. Иногда опухоли могут превышать 4 см. В более поздних стадиях появляются боли, зуд, жжение.

- 
- При раке дна полости рта больные часто обращаются к врачу, когда опухоль достигает больших размеров, отмечаются распад новообразования, зловонный запах изо рта, кровотечение. При таких процессах почти у 50 % пациентов к моменту обращения в специализированное учреждение имеются признаки регионарного метастазирования. Больных также могут беспокоить припухлость или язва во рту, расшатывание и выпадение зубов, кровоточивость слизистой оболочки полости рта. Позднее присоединяются жалобы на затрудненное открывание рта (тризм), трудность или невозможность приема пищи, неприятный запах изо рта и обилие слюны, на появление припухлости шеи и лица, похудение.

- При осмотре и пальпации слизистой **щек и ретромолярной области** может быть выявлена плотная безболезненная бляшка серого или розового цвета с мелкобугристой поверхностью, немного выступающая над уровнем слизистой оболочки, с четкими границами. Можно увидеть плотный, безболезненный узел серо-розового цвета с четкими границами. Он значительно выступает над уровнем неизменной слизистой оболочки. Поверхность его средне или крупнобугристая. Опухолевый узел имеет широкое и плотное основание. Можно наблюдать язву неправильной формы, с бугристым дном и неровными, приподнятыми краями. Цвет ее бывает различным - от темно-красного до темно-серого. При пальпации язва умеренно болезненная и плотная. Вокруг язвы выражена опухолевая инфильтрация. Рак слизистой оболочки полости рта может проявляться также в виде инфильтрата с нечеткими границами, покрытого неизменной слизистой оболочкой. Чаще всего инфильтрат плотной консистенции, болезненный. Больные редко обращаются к врачу вследствие бессимптомного течения.

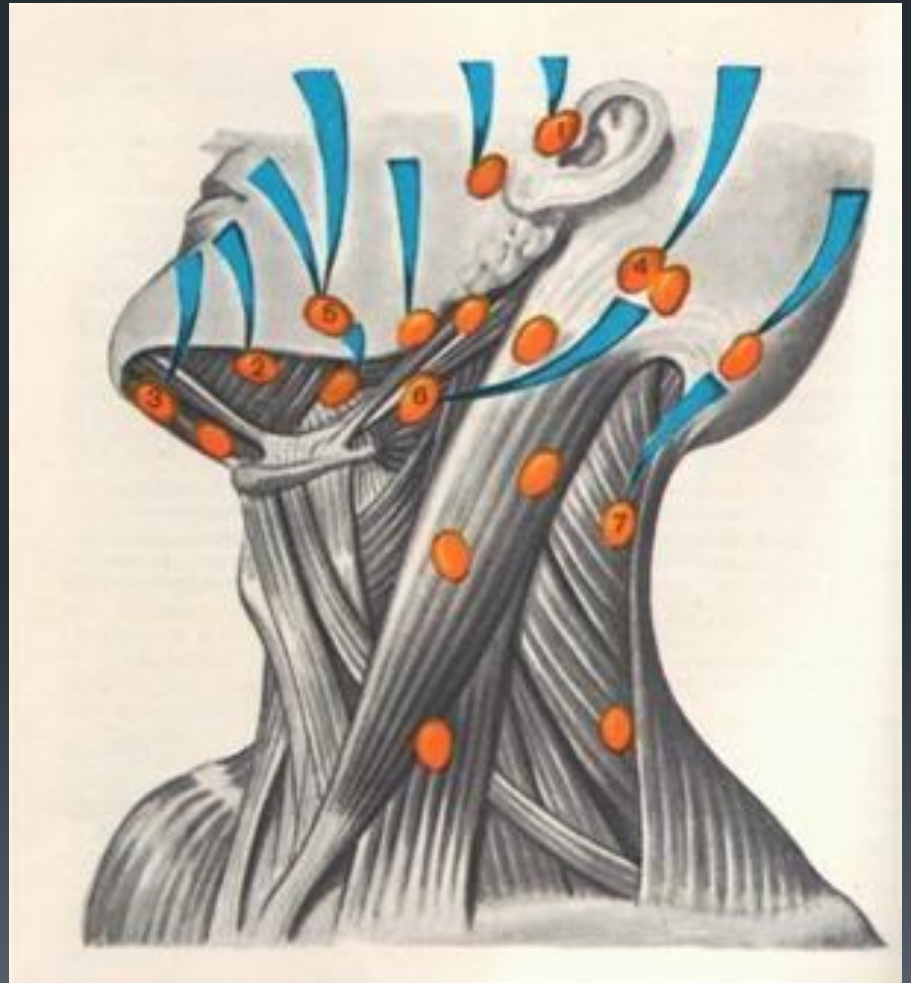


ФОРМЫ РОСТА И ПУТИ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ

- Выделяют следующие формы роста злокачественных опухолей полости рта:
 - • язвенную;
 - • инфильтративную;
 - • папиллярную.
- Рак слизистой оболочки задних отделов полости рта протекает более злокачественно, чем передних отделов, характеризуется быстрым ростом, частым метастазированием и хуже поддается лечению.

Метастазирование рака слизистой полости рта

Рак органов полости рта рано метастазирует лимфогенно в подчелюстные, подбородочные, глубокие яремные лимфатические узлы шеи с частотой 40-75 % при всех стадиях



Рак слизистой оболочки полости рта, язвенная форма

При язвенной форме определяется язва с неровными, кровоточащими краями



Рецидив рака слизистой оболочки полости рта, инфильтративная форма

При инфильтративной форме отмечается сильный болевой синдром, пальпируется плотный инфильтрат, без четких границ, бугристый. Над инфильтратом отмечается истончение слизистой оболочки



Папиллярная форма рака щеки

Папиллярная форма представлена опухолью, выступающей над поверхностью слизистой оболочки. Отличается более медленным, чем 2 другие формы, ростом.




Гистологическая классификация

- I. Опухоли, исходящие из многослойного плоского эпителия.
 - А. Доброкачественные:
 - 1. Плоскоклеточная папиллома.
 - Б. Злокачественные:
 - 1. Интраэпителиальная карцинома (карцинома *in situ*).
 - 2. Плоскоклеточный рак.
 - 3. Разновидности плоскоклеточного рака:
 - а) веррукозная карцинома;
 - б) веретеночлеточная карцинома;
 - в) лимфоэпителиома.

- II. Опухоли, исходящие из железистого эпителия.
- III. Опухоли, исходящие из мягких тканей.
 - А. Доброкачественные:
 - 1. Фиброма.
 - 2. Липома.
 - 3. Лейомиома.
 - 4. Рабдомиома.
 - 5. Хондрома.
 - 6. Остеохондрома.
 - 7. Гемангиома:
 - а) капиллярная;
 - б) кавернозная.
 - 8. Доброкачественная гемангиоэндотелиома.
 - 9. Доброкачественная гемангиоперицитома.
 - 10. Лимфангиома:
 - а) капиллярная;
 - б) кавернозная;
 - в) кистозная.
 - Б. Злокачественные:
 - 1. Фибросаркома.
 - 2. Липосаркома.
 - 3. Лейомиосаркома.
 - 4. Рабдомиосаркома
 - 5. Хондросаркома.
 - 6. Злокачественная гемангиоэндотелиома (ангиосаркома).
 - 7. Злокачественная гемангиоперицитома.
 - 8. Злокачественная лимфангиоэндотелиома (лимфангиосаркома).
 - 9. Злокачественная шваннома.
 - 11. Нейрофиброма.
 - 12. Неврилеммома (шваннома).

- **IV. Опухоли, исходящие из меланогенной системы.**
- А. Доброкачественные:
 - 1. Пигментный невус.
 - 2. Непигментный невус.
- Б. Злокачественные:
 - 1. Злокачественная меланома.
- V. Опухоли спорного или неясного гистогенеза.
- А. Доброкачественные:
 - 1. Миксома.
 - 2. Зернисто-клеточная опухоль (зернисто-клеточная «миобластома»).
 - 3. Врожденная «миобластома».
- Б. Злокачественные:
 - 1. Злокачественная зернисто-клеточная опухоль.
 - 2. Альвеолярная мягкотканая саркома.
 - 3. Саркома Капоши.



- **VI. Неклассифицированные опухоли.
Опухолоподобные состояния.**

- 1. Обычная бородавка.
- 2. Сосочковая гиперплазия.
- 3. Доброкачественное лимфоэпителиальное поражение.
- 4. Слизистая киста.
- 5. Фиброзное разрастание.
- 6. Врожденный фиброматоз.
- 7. Ксантогранулема.
- 8. Пиогенная гранулема.
- 9. Периферическая гигантоклеточная гранулема (гигантоклеточный эпulis).
- 10. Травматическая невринома.
- 11. Нейрофиброматоз.

МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ПО СИСТЕМЕ TNM (2009)

- **Анатомические области**
- **Ротовая полость**
 - *I. Слизистая оболочка щек:*
 - 1. Слизистая оболочка верхней и нижней губы.
 - 2. Слизистая оболочка щеки.
 - 3. Слизистая оболочка ретромолярной области.
 - 4. Слизистая оболочка преддверия рта.
 - *II. Верхняя десна.*
 - *III. Нижняя десна.*
 - *IV. Твердое нёбо.*
 - *V. Язык:*
 - 1. Спинка языка и боковые поверхности кпереди от желобовидных сосочков.
 - 2. Нижняя поверхность языка.
 - *VI. Дно ротовой полости.*

■ Регионарные лимфатические узлы

- Регионарные узлы N для всех анатомических областей головы и шеи (за исключением носоглотки и щитовидной железы) аналогичны. Группы регионарных лимфатических узлов представлены ниже.
- 1. Подбородочные лимфатические узлы.
- 2. Поднижнечелюстные лимфатические узлы.
- 3. Верхние яремные лимфатические узлы.
- 4. Средние яремные лимфатические узлы.
- 5. Нижние яремные лимфатические узлы.
- 6. Поверхностные лимфатические узлы латеральной области шеи (по ходу спинномозгового корешка добавочного нерва).
- 7. Надключичные лимфатические узлы.
- 8. Предгортанные, претрахеальные, паратрахеальные лимфатические узлы.
- 9. Заглоточные лимфатические узлы.
- 10. Околоушные лимфатические узлы.
- 11. Щечные лимфатические узлы.
- 12. Сосцевидные и затылочные лимфатические узлы.

Клиническая классификация TNM

- **T – первичная опухоль:**
- T1 – опухоль до 2 см в наибольшем измерении;
- T2 – опухоль более 2 см, но не более 4 см в наибольшем измерении;
- T3 – опухоль более 4 см в наибольшем измерении;
- T4a – опухоль распространяется на соседние структуры: глубокие мышцы языка (подбородочно-язычную, подъязычно-язычную, небно-язычную и шило-видно-язычную), медиальную пластинку крыловидного отростка основной кости, нижнюю челюсть, твердое небо, гортань;
- T4b – опухоль распространяется на крыловидные мышцы, крыловидные отростки основной кости, латеральную стенку носоглотки, основание черепа или на стенку сонной артерии.

- **N – регионарные лимфатические узлы:**
- NX – недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов;
- N0 – нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов;
- N1 – метастазы в одном лимфатическом узле на стороне поражения до 3 см и менее в наибольшем измерении;
- N2 – метастазы в одном или нескольких лимфатических узлах на стороне поражения до 6 см в наибольшем измерении, или метастазы в лимфатических узлах шеи с обеих сторон, или с противоположной стороны до 6 см в наибольшем измерении;
- N2a – метастазы в одном лимфатическом узле на стороне поражения до 6 см в наибольшем измерении;
- N2b – метастазы в нескольких лимфатических узлах на стороне поражения до 6 см в наибольшем измерении;
- N2c – метастазы в лимфатических узлах с обеих сторон или с противоположной стороны до 6 см в наибольшем измерении;
- N3 – метастаз в лимфатическом узле более 6 см в наибольшем измерении.
- **M – отдаленные метастазы:**
- MX – недостаточно данных для определения отдаленных метастазов;
- M0 – нет признаков отдаленных метастазов;
- M1 – имеются отдаленные метастазы

Группировка по стадиям

| Стадия | TNM |
|------------|---|
| I стадия | T1 N0 M0 |
| II стадия | T2 N0 M0 |
| III стадия | T3 N0 M0 T1 N1 M0 T2 N1 M0 T3 N1 M0 |
| IVA стадия | T1 N2 M0 T2 N2 M0 T3 N2 M0 T4a N0 M0 T4a N1 M0 T4a N2 M0 |
| IVB стадия | T4b любая N M0 Любая T N3 M0 |
| IVC стадия | Любая T любая N M1 |