

Odjel za maksilofacijalnu kirurgiju
Opće bolnice, Osijek
šef Odjela dr. J. Hanzer

Naša iskustva u tretmanu karcinoma usne*

J. HANZER i Đ. TRBOJEVIĆ

Relativno česta lokalizacija karcinoma su usne, pogotovo donja. Karcinom u početnom stadiju može izgledati kao mala i bezazlena patološka promjena na usni, ali ako se pravilno i na vrijeme ne počne liječiti, može dovesti do teških komplikacija pa i do smrtnog ishoda. Neobično važno u ovakvim slučajevima je rano postavljanje sumnje na malignom od strane liječnika opće prakse i stomatologa te rano upućivanje ovakvih bolesnika u ustanovu u kojoj se može postaviti sigurna dijagnoza i provesti pravilno liječenje.

Karcinom usne javlja se relativno često. Po *Abel* u karcinom usne otpada oko 0,5% svih karcinoma. U našoj bolničkoj kazuistici, u rasponu od 5 godina, karcinom usne se pojavljuje u 5% slučajeva svih hospitaliziranih bolesnika, što predstavlja relativno veliki postotak. Mnogo češće ga nalazimo u muškaraca nego u žena. Po *Andersonu*, 95% otpada na muškarce, a 5% na žene. U našem materijalu je taj odnos nešto manji, kako će kasnije biti i tablički prikazano.

Prema histološkoj građi, rak usne se javlja u dva osnovna oblika i to kao planocelularni, koji je mnogo češći i kao bazeocelularni koji je rjeđi. Planocelularni karcinom javlja se najčešće na crvenom dijelu usnice tj. vermilionu, dok je na koži usana rjeđi.

Bazeocelularni karcinom se javlja u pravilu samo na koži usana, dok ga na vermilionu ne nalazimo.

Na ovom mjestu moramo spomenuti i jedan poseban oblik karcinoma pločastog epitela, a to je tzv. bazeocelularni oblik planocelularnog karcinoma (*Wustrov*) ili karcinoma intermedijare prema francuskoj literaturi, odnosno karcinoma bazeoskvamozum prema američkoj literaturi.

Ovakvi oblici planocelularnog karcinoma pravili su ponekad, naročito ranije, poteškoće u postavljanju pravilne histološke dijagnoze. Često su se zamjenjivali s bazaliomima pa je prema tome nerijetko bila izvršena insuficijentna terapija. U ovakvih oblika se zapravo radi o dediferencijaciji pločastog epitela k stanicama koje sliče cilindričkim stanicama bazalnog sloja epidermisa. Obratan

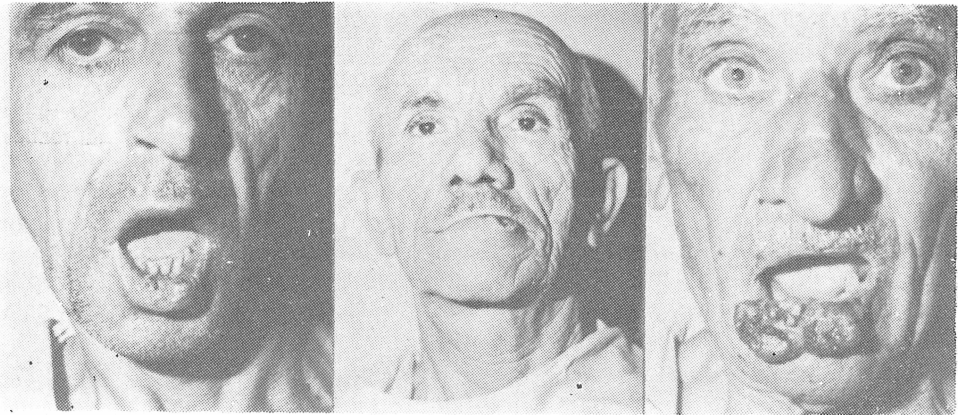
* Rad pročitana na Simpoziju stomatologa Slavonije i Baranje u Osijeku 1973.

je slučaj bazeocelularnog karcinoma, gdje zapravo dolazi do izražene težnje k diferencijaciji nezrele embrionalne stanice u bazalnom sloju epidermisa, prema cilindričnoj stanici. Ovakvi oblici su izrazito maligni i ne smiju se zamijeniti za bazaliome.

Inače, bazeocelularni karcinom se klinički, histološki, a i biološki bitno razlikuje od planocelularnog; sporije raste, ne metastazira i uopće se smatra manje malignim tumorskim oblikom. Regionalne limfne metastaze planocelularnog karcinoma usne pojavljuju se relativno kasno, a učestalost im je oko 10 — 14^{9/16}%. Prvo se po pravilu javljaju u submandibularnoj i submentalnoj regiji, a tek kasnije i u drugim limfoglandulama vrata. U izrazito rijetkim slučajevima može doći i do hematogenog rasipa tumorskih stanica. Vremenski možemo podijeliti metastaze na one koje se verificiraju prije bilo koje terapije tumora i na one koje se zapravo pojave određeno vrijeme poslije terapije tumora.

Samo na prvi pogled ova je pojava nelogična. Međutim, tumačenje se nalazi u činjenici da su one postojale i prije tretiranja raka, samo je broj tumorskih stanica u njima relativno malen, tako da se one našim metodama pretraga ne daju ustanoviti. One se mogu pojaviti u različito dugom intervalu od operacije, tj. nekoliko mjeseci pa i dulje.

Što se tiče kliničke slike planocelularnog karcinoma usne, koji zapravo predstavlja srž ovog prikaza, može se reći da se on pojavljuje uglavnom u tri osnovna oblika: kao induracija usne, kao ulceracija i kao egzofitički izraštaj.



Sl. 1. Indurativni oblik Ca donje usne. — Sl. 2. Ulcerozni oblik Ca donje usne. — Sl. 3. Egsofitički oblik Ca donje usne.

Najčešće se javlja kao izraštaj sa ulceracijom, koja je ponekad prekrivena krustom, a s vremena na vrijeme javlja se i slabija hemoragija. Lokalizacija je najčešća na paramedijalnim dijelovima vermilion, iako ga nalazimo i u predjelu angulusa, kao i u središnjim partijama usne. Sa svoje početne lokalizacije, on se polako širi u svim smjerovima, ali nekako jače u širinu nego u dubinu. Ako se pravovremeno ne poduzmu adekvatne terapijske mjere, dolazi do sve jačeg razaranja tkiva usne pa čak i do kontinuiranog prijelaza na obraz, odnosno

u dubinu na čeljusne kosti. Rjeđe se karcinom javlja kao indurativno odebljanje usne, koje u kasnijoj formi dovodi do ulceracije, radi nekroze tkiva. Konačno, nije tako rijedak ni njegov egzofitički oblik, koji može imati oblik cvjetače ili roga.

Što se tiče etiologije karcinoma usne, ona nije poznata kao u karcinoma drugih lokalizacija, a od kokancerogenih faktora navode se različiti fizikalni i kemijski kronični podražaji.

U prvom se redu spominje djelovanje sunčevih zraka, što je po većini autora i glavni uzrok daleko veće učestalosti raka na donjoj usni nego na gornjoj, jer je ta usna direktnije i jače izložena sunčevim zrakama. Nadalje, danas se dosta govori i o pušenju, kao jednom od važnih faktora pri nastanku karcinoma s lokalizacijom na usnama. Zatim neka patološka stanja povećavaju mogućnosti nastajanja raka na usni, a to je u prvom redu leukoplakija, što smo i mi u našem materijalu ustanovili.

Što se tiče dijagnoze, ona se postavlja na temelju anamneze, kliničkog nalaza kao i intraoperacijske odnosno tzv. ex tempore patohistološke pretrage. Anamnestički podatak koji mora pobuđivati sumnju da se radi o malignomu je dugotrajni rast patološke promjene na usni, koja je refraktorna na uobičajenu konzervativnu terapiju. Smatramo, ako neki izraštaj, ulceracija ili skvama traje usprkos konzervativnoj terapiji dulje od 2 — 3 tjedna, zahtijeva bezuvjetno upućivanje ovakvih bolesnika u ustanovu, gdje će se moći postaviti sigurna dijagnoza i provesti odgovarajuće liječenje.

Što se tiče terapije karcinoma usne, danas se uglavnom uspješno služimo dvim metodama i to: iradijacijskom terapijom i kirurškim zahvatom. U novije vrijeme ima navoda da može biti uspješna i regionalna intraarterijska primjena citostatika. Ova metoda, po našem mišljenju, ima više osnova za primjenu u slučajevima proširenih karcinoma, na lokalizacijama u usnoj šupljini i na jeziku, jer danas postoje dobro obrađene različite rekonstruktivne kirurške metode, koje omogućavaju nadomještanje i velikih defekata usne, koji nastaju kao posljedica radikalnog odstranjenja tumora, s dobrim estetskim i funkcionalnim efektom. U terapiji manjih karcinoma rezultati iradijacijske i kirurške terapije nekako su podjednaki. Ipak smatramo da prednost treba dati kirurškoj terapiji, a ta prednost postaje sve očitija što je tumor veći. Osnovu za ovakav stav nalazimo u slijedećem:

1. U pravilu, ne smije se započeti sa iradijacijom bez prethodno postavljene sigurne dijagnoze, uz pomoć patohistološke pretrage. Da bi se ova mogla obaviti, ipak se mora kirurški uzeti malo tkiva tumora, a to ako se ne nastavi odmah istovremenim kirurškim odstranjenjem tumora, pogoduje propagaciji tumorskih stanica. U današnjem stanju razvoja medicinske znanosti, punkcija kao i biopsija operabilnog tumora predstavlja vitium artis.

2. Smatramo na temelju naših iskustava da je broj recidiva poslije iradijacije ipak veći, a usnica ostaje ožiljasto promijenjena te u estetskom i funkcionalnom pogledu manje vrijedna.

3. Rekonstruktivni zahvati u smislu rješavanja defekta nastalog poslije kirurškog odstranjenja recidiva, nakon iradijacije su teže provodljivi, baš radi navedenih promjena tkiva usne.

4. Ne smijemo smetnuti s uma da postoji određeni broj karcinoma, koji su rezistentni na iradijacijsku terapiju.

Operabilnost tumora usne se povećavala usporedo s razvojem plastične kirurgije, u smislu mogućnosti rekonstrukcije defekata usne, poslije radikalnog odstranjenja tumora. Kako su se uvodile bolje rekonstruktivne metode, povećavala se i radikalnost operativnih zahvata, a bez većeg unakaženja bolesnika u estetskom i funkcionalnom pogledu.

Što se tiče historijskog razvoja rekonstruktivnih metoda, u smislu rješavanja defekata usne, nalazimo prve podatke još prije naše ere od strane R o m a n a G e l s u s a, koji je defekt usne poslije lezije riješio režnjevima sa obraza. S vremenom su se metode usavršavale, a naročito je plodno u tom pogledu bilo devetnaesto stoljeće. Spomenut ćemo samo neka imena autora tih metoda, a to su: P i e t r o S a b a t t i n i u Italiji, D a n a c S t e i n pa zatim D i e f f e n b a c h, B u r o w, B e r n a r d, B r u n s, E s t l a n d e r, A b b e, a u novije vrijeme G i l l i e s, C o n v e r s e, K a z a n j i a n i drugi.

Izbor pojedine metode ovisi o položaju i veličini samog defekta te o starosti bolesnika. Ima preporuka da se kirurško tretiranje karcinoma usne provodi u dva akta, odnosno u dva vremena. Prvo da se izvrši radikalna ekscizija tumora, a površina defekta opskrbi mukodermalnim šavovima. Drugi akt se izvodi najranije 6 — 12 mjeseci poslije prvog operativnog zahvata, a u smislu rekonstrukcije usne i to, jasno, samo u slučaju ako se nije na rubovima defekta pojavila recidiva. Smatramo da je ovaj stav imao svoju osnovu ranije, kad se nije kontrolirala intraoperativno periferija ekscidiranog tkiva s tumorom. Mi smo svakako pristalice primarne rekonstrukcije usne, jer prepuštanje bolesnika sekundarnoj rekonstrukciji, dovodi u velikom broju slučajeva do stvaranja invalidnosti, kako u estetskom, tako u funkcionalnom pa i socijalnom pogledu.

Manji defekti usne daju se direktno ušiti bez veće tenzije. Kad su defekti veći, prednost dajemo onim rekonstruktivnim metodama, koje za korekciju upotrebljavaju lokalne režnjeve. Smatramo da je na taj način nekako najbolje zadovoljen uvjet da se izgubljeno tkivo nadomjesti istovrsnim, a to su preostali dijelovi usne. Na taj način se održava kontinuitet m. orbikularisa oris, što osigurava najbolji funkcionalni efekt.

PRIKAZ NAŠE KAZUISTIKE

U Odjelu za maksilofacijalnu kirurgiju Opće bolnice Osijek, u vremenskom razdoblju od 5 godina, tj. od 1. kolovoza 1968. do 1. rujna 1973, kirurški su tretirana 154 bolesnika, oboljela od karcinoma usana. Muških bolesnika je bilo 126, a ženskih 28, odnosno, u postocima, 82⁰/₀ : 18⁰/₀. Na donjoj su usni bila 132 karcinoma, a na gornjoj 22. Planocelularnih karcinoma je bilo 140, a bezeocelularnih 14, odnosno u postocima 90,3⁰/₀ : 9,7⁰/₀ (tab. 1).

Odnos učestalosti karcinoma usne i životne dobi, vidi se iz tablice 2 i iz nje se vidi da je ona najčešća u bolesnika 6. decenija obaju spolova. Nismo imali jednog bolesnika mlađeg od 30 godina (tab. 2).

| Spol | Ca Plano-cellulare | | Ca Baseo-cellulare | | Ukupno | ‰ |
|--------|--------------------|------------|--------------------|------------|--------|-----|
| | Gornja usna | Donja usna | Gornja usna | Donja usna | | |
| M. | 8 | 113 | 3 | 2 | 126 | 82 |
| Ž. | 5 | 14 | 6 | 3 | 28 | 18 |
| Ukupno | 13 | 127 | 9 | 5 | 154 | 100 |

Tab. 1.

| Ca PLANOCELLULARE | | | | | | | | | |
|-------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|--------|----|
| Spol | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60-69 | 70-79 | 80-89 | 90 < | Ukupno | ‰ |
| M. | 4 | 19 | 27 | 40 | 24 | 5 | 2 | 121 | 85 |
| Ž. | 1 | 3 | 2 | 7 | 5 | 1 | | 19 | 15 |

| Ca BASEOCELLULARE | | | | | | | | |
|-------------------|-------|-------|-------|-------|-------|------|--------|----|
| Spol | 30-49 | 50-59 | 60-69 | 70-79 | 80-89 | 90 < | Ukupno | ‰ |
| M. | | | 2 | 2 | 1 | | 5 | 35 |
| Ž. | | 2 | 2 | 3 | 2 | | 9 | 65 |

Tab. 2.

Od ukupnog broja bolesnika, 12 ih je imalo recidivu poslije iradijacije, a u ostalih se do tada nije provodila nikakva terapija u smislu liječenja tumora.

PRINCIP NAŠEG RADA

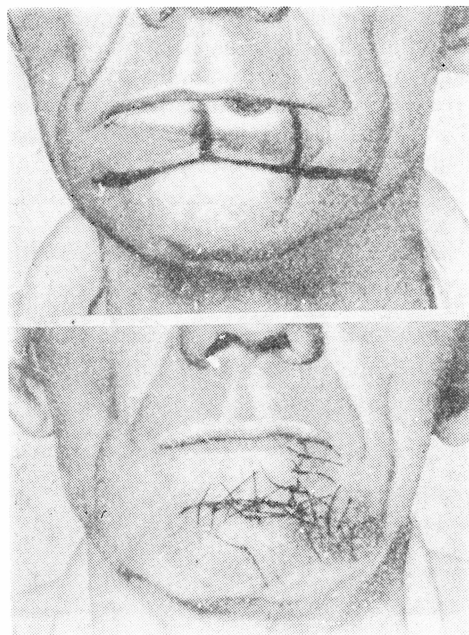
Pošto smo na temelju anamneze i kliničkog nalaza postavili sumnju na karcinom usne, nakon priprema bolesnika pristupili bismo operativnom zahvatu, najčešće u općoj anesteziji. Tumor smo ekscidirali u cijeloj debljini usnice makroskopski »do u zdravo«.

Preparat smo odmah poslali na patohistološku analizu i obično smo u roku od desetak minuta dobivali od patologa podatke o vrsti patološke tvorbe, a ako se radilo o malignomu i stupanj njegove malignosti te stanje na periferiji ekscidiranog tkiva s tumorom. Ukoliko je i bilo na periferiji preparata negdje tumorskih stanica, na tom smo mjestu proširivali defekt novom ekscizijom, koliko je bilo potrebno. Od rekonstruktivnih operativnih metoda, u većini smo slučajeva upotrebljavali lokalne režnjeve i to po metodi E s t l a n d e r, nešto modificiranoj B e r n a r d o v o j metodi, a druge smo metode upotrebljavali od slučaja do slučaja.

Unazad tri godine upotrebljavamo lokalne kvadrangularne kližuce režnjeve.

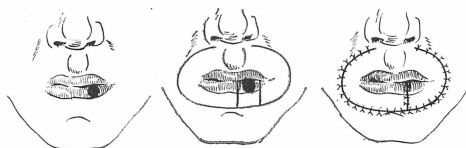
Pri tome sječemo kožu, potkožno tkivo i mišić, a nastojimo uvijek očuvati neurovaskularni snop tj. n. facijalis i po mogućnosti što više živčanih niti. Sluzni-

cu sjećemo samo koliko je potrebno da bi se režnjevi mogli bez tenzije ušiti. Na taj način rekonstruirana usnica ima održan svoj tonus i funkciju, a senzibilnost nije bitno oštećena. Sličnu je metodu objavio prof. K a r a p a n d ž i ć na Četvrtom kongresu za plastičnu i maksilofacijalnu kirurgiju u Ohridu 1972. g, gdje je taj autor naveo dobre rezultate i izvijestio da je upotrebljava od 1967. g.



Sl. 4. Ca usne, defekt tretiran lokalnim ključnim režnjevima.

Od naša 154 operirana bolesnika, imali smo samo jednu recidivu karcinoma na gornjoj usnici. Bolesnik je odbio ponovni operativni zahvat i dalje je tretiran iradijacijskom terapijom, ali bez uspjeha i na kraju je zbog obilnih metastaza i umro.



Sl. 5. Shematski prikaz naše modifikacije Gilliesove metode.

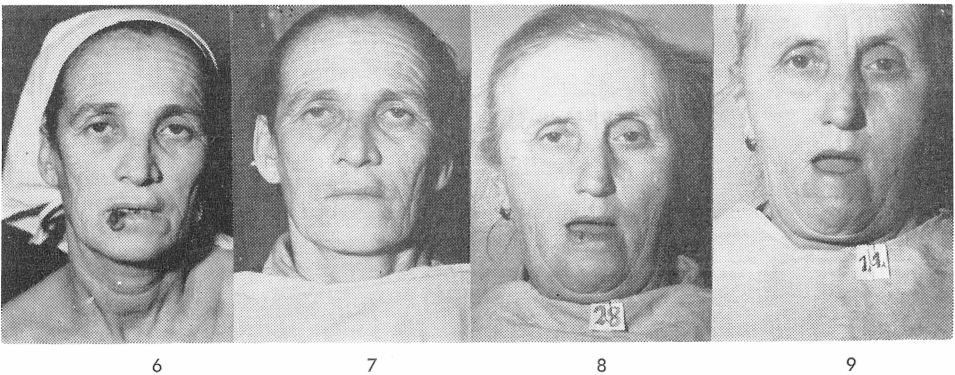
Inače, od 154 operirana bolesnika, registriran je smrtni ishod kao posljedica karcinoma usne u četvorice. Ni jedan od te četvorice nam nije dolazio redovito na kontrolu, već su se prvi puta javili u rasponu od 6 mjeseci do 2 godine poslije operacije, već sa obilnim metastazama.

Što se tiče kirurškog tretiranja regionalnih limfnih metastaza, atakiramo samo onda ako ih kliničkom pretragom možemo ustanoviti, a nikako ne radimo preventivnu ekstirpaciju regionalnih limfoglandula, kako preporučaju neki autori. Ako su metastaze lokalizirane samo u predjelu submandibularne i submentalne regije, u pravilu činimo samo suprahoidnu disekciju vrata, a tek ako su zahvaćene i ostale limfoglandule, izvodimo kompletnu radikalnu disekciju.

Ne samo rano postavljenje dijagnoze i liječenje karcinoma usne, već i neprekidna planska kontrola operiranih bolesnika omogućuje pravovremeno uočavanje recidiva, odnosno regionalnih limfnih metastaza, što ima neprocjenljivu vrijednost za daljnju prognozu ovakvih bolesnika. Obično prve godine bolesnika naručujemo da dolazi svakog mjeseca, a kasnije rjeđe. Usprkos našim nastojanjima i upornim pozivima, određeni broj bolesnika ne dolazi redovito na kontrolu.

ZAKLJUČAK

1. Karcinom usne javlja se relativno često u našoj kazuistici i to pretežno na donjoj usnici muškaraca.
2. Učestalost pojavljivanja je najveća u 6. deceniju u oba spola.
3. Samo pravovremeno postavljanje dijagnoze kao i adekvatni kirurški zahvat daju najbolje rezultate i šanse za preživljavanje ovakvih bolesnika.



Sl. 6 i 7. Ca usne, defekt tretiran lokalnim kližućim režnjem. — Sl. 8 i 9. Ca usne — naša modifikacija Gilliesove metode.

Od naših slučajeva prikazujemo dva karcinoma donje usne, prije i poslije operacije (sl. 6, 7, 8 i 9).

Sažetak

Autori iznose svoja iskustva u kirurškom tretiranju karcinoma usne. Operirali su 154 bolesnika oboljela od karcinoma usne. Recidivu su imali samo u jednom slučaju, a svega 4 bolesnika su umrli. Ni jedan od te četvorice nije dolazio redovito na kontrolu.

Od rekonstruktivnih metoda pri rješavanju defekta usne, poslije radikalnog odstranjenja tumora, autori preferiraju lokalne arterijske režnjeve, jer su njima postigli najbolje estetske i funkcionalne rezultate.

Autori smatraju da se bez intraoperacijske patohistološke pretrage ne smije operirati ni jedna patološka tvorba na usnici sumnjiva na malignom.

Summary

EXPERIENCES IN THE TREATMENT OF LIP CANCER

The authors report about their experiences in surgical treatment of lip cancer. 154 patients have been operated on for lip cancer. There was only one relapse and four patients died. All four of them did not come for regular control.

From reconstructural methods used in solving the lip defects after a radical operation, the authors prefer local arterial flaps because thus were achieved the best aesthetic and functional results.

The authors opinion is that no operation of any questionable change on lips can be performed without an intraoperational pathohistological analysis.

Zusammenfassung

ERFAHRUNGEN IN DER BEHANDLUNG VON LIPPENKREBS

Die Verfasser berichten über eigene Erfahrungen bei der chirurgischen Behandlung von 154 Lippenkrebspatienten.

Einmal war ein Rezidiv und 4 Kranke starben, diese kamen nicht zu regelmässigen Kontrollen.

Von den rekonstruktiven Methoden nach einer Radikaloperation ziehen die Autoren lokale arterielle Lappen vor, weil dadurch die besten kosmetischen und funktionellen Resultate erzielt wurden.

Die Verfasser sind der Meinung dass man ohne pathohistologischer Untersuchung intra operationem keine auf Tumor verdächtige Erscheinung operieren soll.

LITERATURA

- BARLOVIĆ M.: Kirurško liječenje karcinoma usnice, Chir. Maxillofac. Plast., Vol. 6, Fasc. 1, 1967
- CONVERSE J. M.: Reconstructive Plastic Surgery, Vol. 2, Saunders, London, 1968
- KABAKOV, B. D.: Operacii na gubah i prirotovoi oblasti, Operativnaja čelostno-licevaja hirurgija, Gosudarstvennoe izdatelestvo medicinskoj literaturi, Leningrad, 1963
- SCHUCHARD, K.: Operation an den Lippen, Chirurgische Operationslehre, Johann Ambrosius Barth, Leipzig, 1954
- WANG, M. K. H., MACOMBER, W. B., CONVERSE, J. M., SMITH, D. W.: Deformities of the lips and Cheeks, Reconstructive plastic Surgery, W. B. Saunders, Philadelphia — London, 1967
- WUSTROV, F.: Die Tumoren des Gesichtsschädels, Urban und Schwarzenberg, München — Berlin, 1965
- ŠTAJNER, A. HANZER, J. VUJIĆ, M.: Osvrt na našu kazuistiku karcinoma kože lica i usne, Acta Chir. Jug., Vol. 19, 1972
- KARAPANDŽIĆ, M.: Rekonstrukcija defekata usana arterijskim reznjevima, Acta Chir. Jug., Vol. 19, 1972