

Treći studentski kongres: Priča o oralnom karcinomu - upoznaj i prepoznaj! : zbornik sažetaka

Edited book / Urednička knjiga

Publication status / Verzija rada: **Published version / Objavljena verzija rada (izdavačev PDF)**

Publication year / Godina izdavanja: **2023**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:127:207447>

Rights / Prava: [Attribution 4.0 International](#)/[Imenovanje 4.0 međunarodna](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-05-19**



Repository / Repozitorij:

[University of Zagreb School of Dental Medicine
Repository](#)



Treći studentski kongres:
Priča o oralnom karcinomu -
upoznaj i prepoznaj!

ZBORNİK SAŽETAKA



ZAGREB
LIPANJ 2023.



ORAL CANCER WEEK



Udruga studenata dentalne medicine

Informacije o kongresu

Datum održavanja: 17. i 18. ožujak 2023.

Mjesto održavanja: Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Mentor projekta: prof. dr. sc. Ivan Alajbeg (alajbeg@sfzg.hr)

Predsjednik organizacijskog odbora: Domagoj Kilić
(dkilic@sfzg.hr)

Članovi organizacijskog odbora: Domagoj Kilić, Gabriela Ljubičić, Ana Marošević, Lara Vranić, Mihaela Vrebac, Andrej Žugaj, Antonija Mendeš, Marija Pavić

Impressum

**Treći studentski kongres: Priča o oralnom karcinomu -
upoznaj i prepoznaj! ZBORNIK SAŽETAKA**

Zagreb, lipanj 2023.

Organizator : Udruga studenata dentalne medicine - Oral Cancer
Week

Mentor projekta: prof. dr. sc. Ivan Alajbeg (alajbeg@sfzg.hr)

ISBN : 978- 953-7781-17-0

Urednici zbornika: Domagoj Kilić, Mihaela Vrebac, Ana Marošević

Uvodna riječ

Dragi sudionici,

Pred Vama se nalazi Zbornik sažetaka s Trećeg studentskog kongresa: Priča o oralnom karcinomu – upoznaj i prepoznaj! koji je ove godine održan 17. i 18. ožujka. Zbornik obuhvaća sažetke predavanja, okruglog stola i sažetke studentskih radova.

Zahvalan sam što smo se i ove godine, mogu reći sada već tradicionalno, okupili s istom željom za znanjem i učenjem, kako bismo danas-sutra mi studenti znanje koje smo gajili tijekom studija implementirali u svoj klinički rad. Cjelokupno zdravlje organizma uključuje i zdravlje usne šupljine i neodvojiva je cjelina. Da bi takva cjelina funkcionirala nije važno postići samo estetiku zuba, ako ona nije nadopunjena zdravljem oralne sluznice. Znam da smo družeći se kroz ove protekle tri godine osvijestili koliko je važno podizati svijest o prevenciji i ranoj dijagnostici oralnog karcinoma. Isto tako pokazali smo put terapeuta i pacijenta kada prevencija zakaže i istaknuli važnost interdisciplinarnog pristupa i suradnje u suvremenim postupcima liječenja oralnog karcinoma. Kao stomatolozi u idealnoj smo poziciji na vrijeme uočiti oralni karcinom, stoga svakom pacijentu pristupajmo individualno posvetivši mu barem jednu minutu potrebnu za pregled sluznice usne šupljine.

Zahvaljujem svim predavačima koji su podržali našu studentsku aktivnost i pomogli nam zajednički napraviti još jedan korak k podizanju svijesti. Zahvaljujem i cijelom organizacijskom timu Oral Cancer Week projekta jer svaki je od vas poticaj i vjetar u leđa u zajedničkoj težnji isticanja prevencije i podizanja svijesti o prisutnosti oralnog karcinoma.



Domagoj Kilić
Predsjednik Organizacijskog odbora
Oral Cancer Week



Program (PETAK 17. OŽUJKA)

- 12:00 - 12:20 REGISTRACIJA SUDIONIKA** (za sudionike uživo)
- 12:20 - 12:30 UVODNA RIJEČ** - OTVARANJE KONGRESA
- 12:30 - 12:50 Nathaniel Simon Triester, DMD** – Oral cancer: Lead time bias and overdiagnosis
- 12:50 - 13:05 dr. sc. Mario Šekerija** – Epidemiologija oralnog karcinoma
- 13:05 - 13:20 Igor Blivajs, dr. med.** – Etiologija oralnog karcinoma
- 13:25 - 13:40 doc. dr. sc. Emil Dediol** - Uloga HPV-a u nastanku i prognozi oralnog karcinoma
- 13:40 - 13:55 izv. prof. dr. sc. Danica Vidović Juras** - Potencijalno maligne oralne promjene
- 14:00 - 14:15 izv. prof. dr. sc. Božana Lončar Brzak** - Izazovi "hvatanja" ranih slučajeva oralnog karcinoma - uloga specijalista i primarnog stomatologa u otkrivanju sumnjivih lezija
- 14:15- 14:30 PAUZA**
- 14:30 - 15:30 RADIONICA** - Kako pregledati usnu šupljinu? // **prof. dr. sc. Vlaho Brailo**
- 15:30 - 15:45 prof. dr. sc. Majda Vučić** - Problematika kliničkih patoloških lezija; procjena displazije i rizika
- 15:45 - 16:00 izv. prof. dr. sc. Lovorka Batelja Vuletić** - Podudarnost kliničkog i patohistološkog nalaza - potreba za multidisciplinarnim pristupom
- 16:00 - 16:15 PAUZA**
- 16:15 - 17:00 RADIONICA** - UZV glave i vrata // **dr. sc. Andrijana Jović**
- 17:00 - 18:00 RADIONICA** - Biopsija i šivanje // **prof. dr. sc. Ivan Alajbeg** i **dr. med. dent. Bruno Špiljak**

Program (SUBOTA 18. OŽUJKA)

- 9:30 - 9:55 REGISTRACIJA SUDIONIKA** (za sudionike uživo)
- 10:00 - 10:15 doc. dr. sc. Krešimir Gršić** - Put od dijagnoze do rekonstruktivne operacije (Prikaz slučaja)
- 10:15 - 10:30 doc. dr. sc. Darko Solter** - Commando - jučer, danas, sutra
- 10:35 - 10:50 Marko Tarle, dr. med.** - Stvarna ili željena suradnja stomatologa i maksilofacijalnog kirurga; koji su koraci i kako olakšati komunikaciju
- 10:50 - 11:05 dr. sc. Marin Prpić** - Liječenje orofaringealnog karcinoma s pozicije kliničkog onkologa
- 11:10 - 11:25 doc. dr. sc. Vesna Bišof** - Liječenje karcinoma usne šupljine s pozicije kliničkog onkologa
- 11:25 - 11:40 prof. dr. sc. Ivan Alajbeg** – Značaj stomatološke skrbi o pacijentu zračenome u području glave i vrata
- 11:45 - 12:15 PAUZA**
- 12:15 - 12:30 doc. dr. sc. Marko Granić** - Novi pogled na liječenje osteoradionekroze
- 12:30 - 12:45 Monika Burja Vladić, dr. med. dent.** - Iskustvo mladog doktora o sustavu edukacije o oralnom karcinomu; koja je razina odgovornosti, znanje i realna mogućnost općeg stomatologa
- 12:50 - 13:50** Predstavljanje studentskih radova
- 13:50 - 14:00 PAUZA**
- 14:00 - 14:05** Proglašenje pobjednika
- 14:05 - 15:20 OKRUGLI STOL** (voditelji **prof. dr. sc. Drago Prgomet** i **prof. dr. sc. Ivan Alajbeg**)
- 15:20 ZATVARANJE KONGRESA**
- 15:20 - 16:00** KONGRESNI RUČAK
- 16:00 - 17:15 RADIONICA** - Biopsija i šivanje // **prof. dr. sc. Ivan Alajbeg** i **Bruno Špiljak, dr. med. dent.**

Sažeci predavanja

doc. dr. sc. Mario Šekerija <i>Epidemiologija oralnog karcinoma</i>	12
Igor Blivajs, dr. med. <i>Etiologija oralnog karcinoma</i>	13
doc. dr. sc. Emil Dediol <i>Uloga HPV-a u nastanku i prognozi oralnog karcinoma</i>	14
izv. prof. dr. sc. Danica Vidović Juras <i>Potencijalno maligne oralne promjene</i>	15
izv. prof. dr. sc. Božana Lončar Brzak <i>Izazovi "hvatanja" ranih slučajeva oralnog karcinoma – uloga specijalista i primarnog stomatologa u otkrivanju sumnjivih lezija</i>	16
prof. dr. sc. Vlaho Brailo <i>Kako pregledati usnu šupljinu?</i>	17
prof. dr. sc. Majda Vučić <i>Problematika kliničkih patoloških lezija; procjena displazije i rizika</i>	18
izv. prof. dr. sc. Lovorka Batelja Vuletić <i>Podudarnost kliničkog i patohistološkog nalaza – potreba za multidisciplinarnim pristupom</i>	19
dr. sc. Andrijana Jović <i>UZV glave i vrata</i>	20
Bruno Špiljak, dr. med. dent. <i>Biopsija i šivanje</i>	21

Sažeci predavanja

doc. dr. sc. Krešimir Gršić

Put od dijagnoze do rekonstruktivne operacije (prikazi slučajeva)

22

doc. dr. sc. Darko Solter

Commando – jučer, danas, sutra

24

Marko Tarle, dr. med.

*Stvarna ili željena suradnja stomatologa i maksilofacijalnog kirurga;
koji su koraci i kako olakšati komunikaciju*

25

dr. sc. Marin Prpić

Liječenje orofaringealnog karcinoma s pozicije kliničkog onkologa

26

doc. dr. sc. Vesna Bišof

Liječenje karcinoma usne šupljine s pozicije kliničkog onkologa

27

prof. dr. sc. Ivan Alajbeg

*Značaj stomatološke skrbi o pacijentu zračenome u području glave
i vrata*

28

doc. dr. sc. Marko Granić

Novi pogled na liječenje osteoradionekeoze

29

Monika Burja Vladić, dr. med. dent.

*Iskustvo mladog doktora o sustavu edukacije o oralnom karcinomu;
koja je razina odgovornosti, znanje i realna mogućnost općeg
stomatologa*

30

Sažeci okruglog stola

Suvremeni postupci u tretmanu oralnog karcinoma

moderator: prof. dr. sc. Drago Prgomet

dr. sc. Marin Prpić

specijalist onkologije i radioterapije

32

doc. dr. sc. Krešimir Gršić

spec. otorinolaringologije, subspecijalist plastične i rekonstruktivne kirurgije

34

prof. dr. sc. Drago Prgomet

specijalist otorinolaringologije, subspecijalist plastične kirurgije glave

36

Ivana Šimić mag. log.

logoped na Klinici za ORL i kirurgiju glave i vrata KBC-a Zagreb

38

Sažeci poster prezentacija

NISU SVI MELANOMI JEDNAKI: Odgođena dijagnoza metastatskog nodularnog melanoma na glavi i vratu **40**

Paula Škibola; Ivana Prkačin; Matea Kuna; Domagoj Šarić; Sara Šarlija

Bolesnik s humanim papiloma virus pozitivnim (HPV+), tonzila negativnim planocelularnim karcinomom nepoznatog primarnog sijela **42**

Jelena Bošnjak; Stela Marković; Marin Prpić

Oralni karcinom – prikaz slučaja **44**

Lucija Lučev; Luce Lumezi; Mario Bilić

Kad čujete topot kopita, nemojte tražiti zebre? Od čvora na vratu do dijagnoze primarnog pleomorfnog dermalnog sarkoma(PDS) **46**

Stela Marković; Jelena Bošnjak; Luka Vučemilo

Imunoterapija kao uspješan saveznik u borbi protiv karcinoma grkljana: Prikaz slučaja peristomalnog recidiva bolesti nakon totalne laringektomije **48**

Stela Marković; Davor Kust

HPV–pozitivan planocelularni karcinom glave i vrata **50**

Dora Galić; Barbara Bačun; Petra Galić; Zdravko Grnja; Dorotea Petrović

Sažeci poster prezentacija

Od promuklosti do karcinoma larinksa **52**

Barbara Bačun; Dora Galić; Zdravko Grnja; Lucija Matić; Tihana Mendeš

TKO JE TU OPERATER? – PRIKAZ SLUČAJA **54**

Mirta Peček; Siniša Stevanović

Metahroni karcinom jezika: prikaz slučaja i osvrt na dijagnostičke modalitete pregleda **56**

Dragoljub Đokić; Svetlana Antić; Biljana Marković- Vasiljković; Branko Dožić; Zvezdana Tepavčević

Primena transepitelne biopsije u dijagnostici skvamocelularnog karcinoma jezika – prikaz slučaja **58**

Marija Diković; Čedomir Kuzmanović; Ana Pucar; Drago Jelovac

Sažeci predavanja





Epidemiologija oralnog karcinoma

doc. dr. sc. Mario Šekerija

Hrvatski zavod za javno zdravstvo

mario.sekerija@hzjz.hr



U ovom predavanju bit će prikazane osnovne informacije o raku usne šupljine (dijagnoze C00-C06) i raku orofarinksa (C09-C10), zajednički nazvanim rakom usne šupljine i orofarinksa (RUŠO).

Prema procjenama Međunarodne agencije za istraživanje raka, 2020. godine bilo je 476.125 novih RUŠO dijagnoza (dobno-standardizirana stopom incidencije 5,2 na 100.000). Od toga je njih 377.713 činio rak usne šupljine (17. mjesto po broju slučajeva), a ostalih nešto manje od 100.000 rak orofarinksa (25. mjesto). Promatrani zajedno, slučajevi RUŠO bili bi na 14. mjestu po incidenciji na svijetu, nakon raka gušterače, a prije leukemija.

Prema zadnjim objavljenim podacima Registra za rak (9), u Hrvatskoj su 2020. godine od raka usne šupljine oboljele 344 osobe (244 muškarca), a od raka orofarinksa njih 115 (100 muškaraca), što činu ukupno 459 oboljelih ili 2% svih novih slučajeva raka u Hrvatskoj u toj godini (gruba stopa incidencije 11,3/100.000; rak usne šupljine 8,5/100.000 i rak orofarinksa 2,8/100.000). Prosječna starost prilikom postavljanja dijagnoze bila je 65 godina, 64 godine u muškaraca i 68 godina u žena; 52% oboljelih bilo je mlađe od 65 godina prilikom postavljanja dijagnoze. Procjenjuje se da ukupna prevalencija RUŠO u Hrvatskoj na kraju 2020. godine iznosi oko 3.000 osoba.

Slično kao i s drugim tipovima raka koji su u velikoj mjeri povezani s pušenjem, vidljiv je jasan pad incidencije (i, posljedično, mortaliteta) u muškaraca uz paralelan trend porasta incidencije i mortaliteta u žena, kao odraz promjena u prevalenciji pušenja u Hrvatskoj po spolu u zadnjih pola stoljeća u Hrvatskoj, slično kao i u drugim usporedivim zemljama.



Etiologija oralnog karcinoma

Igor Blivajs dr. med.

Klinika za kirurgiju lica, čeljusti i usta,

Klinička bolnica Dubrava

iblivajs@gmail.com



Oralni karcinom je šesta najčešća maligna bolest u svijetu. Od posebne je važnosti kao čimbenik pobola i smrtnosti u područjima jugoistočne Azije zbog visoke prevalencije navika žvakanja duhana, konzumacije prekomjernih količina alkohola i pušenja. Unatoč napretku u dijagnostici, ranom otkrivanju te metodama liječenja, ukupno petogodišnje preživljenje na svjetskoj razini i dalje jedva prelazi 50% u posljednjih nekoliko desetljeća. Dvije glavne skupine čimbenika koji sudjeluju u patogenezi svih bolesti, tako i malignih mogu se podijeliti na genetske i epigenetske čimbenike. Etiološke čimbenike koji dovode do razvoja oralnog karcinoma također možemo podijeliti na genetske i epigenetske. Pojavnost oralnog planocelularnog karcinoma usne šupljine u snažnoj je korelaciji sa pušenjem, konzumacijom prekomjernih količina alkohola, slabijim nutritivnim i nižim socioekonomskim statusom te svim stanjima koja dovode do imunosupresije.

ORAL CANCER
WEEK



Uloga HPV-a u nastanku i prognozi oralnog karcinoma

doc. dr. sc. Emil Dediol

Klinička bolnica Dubrava, Katedra za maksilofacijalnu kirurgiju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

emildediol@yahoo.com



Uloga i mehanizam HPV-a u karcinogenezi pogotovo kod anogenitalnih karcinoma je dobro poznata. Zadnjih desetljeća dosta se raspravlja o ulozi HPV-a kod karcinoma glave i vrata, kako njegove uloge u nastanku tako i u prognostičkom značenju. U zapadnoj Europi i SAD-u gotovo je došlo do epidemije HPV. induciranog orofaringealnog karcinoma, pogotovo karcinoma tonzile ali na sreću sa dobrom prognozom i odgovorom na primarnu kemoradioterapiju. Još uvijek ostaje pitanje uloge HPV-a u oralnom karcinomu. U studiji provedenoj na Klinici za kirurgiju lica, čeljusti i usta KB Dubrava PCR metodom se izolirao HPV u tumorskim preparatima pacijenata bez tipičnih rizičnih faktora (alkohol i pušenje). Istraživana je i korelacija imunohistokemijskog određivanja p16 i povezanosti sa HPV PCR rezultatima te je nađeno da kod oralnog karcinoma p16 ne može poslužiti kao pouzdani surogat marker prisutnosti HPV-a. Nije nađeno statistički značajne razlike u učestalosti HPV-a kod pacijenata bez tipičnih rizičnih čimbenika i onih koji puše i konzumiraju alkohol. Također nije nađen utjecaj samog HPV-a na prognozu i preživljenje bolesnika. Rezultati su u skladu sa studijama koje govore da za oralni karcinom sam HPV ne igra značajnu ulogu u nastanku karcinoma kao ni u prognozi. Stoga još uvijek za oralni karcinom temelj liječenja ostaje kirurgija.



Potencijalno maligne oralne promjene

izv. prof. prim. dr. sc.

Danica Vidović Juras



Zavod za oralnu medicinu Stomatološkog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Zavod za bolesti usta Kliničkog bolničkog centra Zagreb
dvjuras@outlook.com

2020. godine revidirana je definicija i klasifikacija potencijalnih zloćudnih poremećaja oralne sluznice. Prema aktualnoj definiciji riječ je o „bilo kojoj nenormalnoj promjeni oralne sluznice koja je povezana sa statistički povećanim rizikom od razvoja raka usne šupljine“. Promjene obuhvaćene klasifikacijom su: leukoplakija, proliferativna verukozna leukoplakija, eritroplakija, oralna submukozna fibroza, oralni lihen planus, aktinička keratoza (aktinični heilitis), lezije nepca kod obrnutog pušenja, diskoidni lupus eritematosus, urođena diskeratoza, oralna lihenoidna lezija, oralna bolest presatka protiv primatelja.

Ove entitete važno je prepoznati, liječiti i pratiti sa svrhom poboljšanja kvalitete života, prevencije i ranog prepoznavanja raka usne šupljine.

Izazovi "hvatanja" ranih slučajeva oralnog karcinoma – uloga specijalista i primarnog stomatologa u otkrivanju sumnjivih lezija

izv. prof. dr. sc. Božana Lončar Brzak

Zavod za oralnu medicinu Stomatološkog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

loncar@sfzg.hr



Pregled sluznice usne šupljine u trajanju od jedne minute trebao bi biti sastavni dio pregleda kod izabranog doktora dentalne medicine, s ciljem što ranijeg dijagnosticiranja potencijalno sumnjivih promjena. Nužno je poznavati uobičajene anatomske osobine oralne sluznice kako bi se otkrila odstupanja u njenom izgledu te poznavati moguće rizične čimbenike za nastanak oralnog karcinoma. Predavanje će dati smjernice o identifikaciji i isključenju mogućih uzroka promjena na sluznici, preporučenom postupku liječenja, razdoblju kontrole te dokumentaciji potrebnoj za slanje pacijenta na specijalističku obradu. Pacijenti kojima je postavljena dijagnoza oralnog karcinoma mogu imati različite posljedice liječenja u usnoj šupljini, od kojih su neke doživotne, kao npr. osteoradionekroza. Nužno je poznavati potrebne modifikacije tijekom invazivnih stomatoloških zahvata kod ovih pacijenata. Doktor dentalne medicine ima važnu ulogu u održavanju oralnog zdravlja i poboljšanju kvalitete života pacijenata savjetovanjem pacijenta, propisivanjem potpore terapije te provođenjem redovitih stomatoloških kontrola.



Radionica "Kako pregledati usnu šupljinu?"

prof. dr. sc. Vlaho Brailo



*Zavod za oralnu medicinu Stomatološkog fakulteta
Sveučilišta u Zagrebu, Zavod za bolesti usta
Kliničkog bolničkog centra Zagreb
brailo@sfzg.hr*

Radionica "Kako pregledati usnu šupljinu" ima za cilj naučiti studente kako vršiti preglede za rano otkrivanje oralnog karcinoma. Studentima će se demonstrirati tehnika pregleda oralne sluznice koju će studenti potom uvježbavati jedni na drugima. Poseban naglasak staviti će se na prepoznavanje normalnih anatomskih struktura i morfoloških varijacija oralne sluznice.

ORAL CANCER
WEEK



Problematika kliničkih patoloških lezija; procjena displazije i rizika



prof. dr. sc. Majda Vučić

Klinički zavod za patologiju „Ljudevit Jurak“

KBC Sestre milosrdnice, Katedra za patologiju

Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu

majda.vucic@kbcsm.hr

Oralni pločasti karcinom ima izrazito nepovoljnu prognozu i loše preživljenje. Proces kancerogeneze epitela je progresivni, kumulativni događaj u kome se nakupljaju genetske aberacije koje postupno dovode do stvaranja tumora i njegove daljnje invazije i progresije. Kod dijela bolesnika karcinomu prethodi razvoj potencijalno malignih lezija oralne sluznice koje klinički uključuju najčešće eritroplakiju i/ili leukoplakiju. Histološka dijagnoza kod takvih kliničkih lezija može biti različita: hiperkeratoza, hiperplazija epitela ili displazija epitela. Oralna epitelna displazija (OED) je kronični, progresivni prekursor na oralnoj mukozi koji je povezan s određenim rizikom progresije u pločasti karcinom. U histološkom nalazu OED morfološki obuhvaća atipiju stanica, gubitak normalnog sazrijevanja stanica i pravilne stratifikacije višeslojnog pločastog epitela. U podlozi većine eritroplakija se nalazi histološki OED, dok je on prisutan u do 30% oralnih lezija koje su klinički leukoplakije. U rutinskoj patohistološkoj dijagnostici ne postoji biološki i/ili molekularni marker koji bi dodatno stratificirao OED. OED stratificiramo i graduiramo patohistološki na temelju morfoloških kriterija. Prijašnje klasifikacije uključivale su uglavnom trirazinske klasifikacije; blaga displazija, srednje teška displazija i slučajeve teške displazije koji posljedično nose i veći rizik moguće maligne transformacije i progresije u pločasti karcinom. Morfološka stratifikacija u WHO klasifikaciji iz 2017. godine je dvorazinska / binarna; blaga i teška displazija. Graduiranje OED-a je vrlo važno kako bi se što bolje klinički stratificirao rizik za ove bolesnike i adekvatnije individualiziralo njihovo praćenje u eri personaliziranog praćenja i liječenja pacijenata.



Podudarnost kliničkog i patohistološkog nalaza – potreba za multidisciplinarnim pristupom



izv. prof. dr. sc. Lovorka Batelja Vuletić

Zavod za patologiju, Medicinski fakultet Sveučilište u Zagrebu

Zavod za patologiju i citologiju, KBC Zagreb

lovorka.batelja.vuletic@mef.hr

U pacijenata s oralnom patologijom, osobito neoplazmama, za definitivnu dijagnozu te adekvatno liječenje izuzetno je važan multidisciplinarni pristup. Sukladno Union for International Cancer Control (UICC)/American Joint Committee on Cancer (AJCC) TNM klasifikaciji usnice i oralne šupljine 8th izdanje, razlikuju se preneoplastični entiteti; oralna epitelna displazija i proliferativna verukozna leukoplakija, benigne neoplazme: kongenitalni epulis granularnih stanica, tumor granularnih stanica i ektomezenhimalni hondromiksoidni tumor te maligne neoplazme: karcinom pločaste diferencijacije mobilnog dijela jezika, karcinom baze jezika koji se dijeli u HPV pozitivne karcinome koji mogu biti pločaste ili neuroendokrine diferencijacije te HPV negativne karcinome pločaste diferencijacije. Uzorci biopsije oralne šupljine i usnice promjera su do 0.5 cm, prikaz odnosa epitela i podležee strome neophodan je za analizu histološkog crteža što je uvjetovano pravilnim uklapanjem u parafinski blok, a što je izuzetno teško kod uzoraka promjera do 0.3 cm. Morfologija je dominantna u postavljanju patološke dijagnoze oralne epitelne displazije te oralnih neoplazmi, a prema potrebi moguća je i imunohistokemijska analiza te HPV tipizacija. Podaci kojima raspolaže kliničar od velike su važnosti patologu za interpretaciju histološkog crteža, a razumijevanje patološkog nalaza od strane kliničara važni su u daljnjem postupanju s pacijentom.

Motiviranost i educiranost doktora dentalne medicine, uključujući vještinu uzimanja tkivnih uzoraka, motiviranost i educiranost doktora medicine specijalista patologa, kritičnost prema kvaliteti bioptičkog materijala, edukacija laboratorijskog osoblja u patološkom laboratoriju, izuzetno su važne karike u dijagnostičkom procesu. Samo korelacija anamnestičkih podataka, kliničke slike, adekvatno uzet tkivni uzorak, pravilna orijentacija tkivnog uzorka, patohistološki nalaz i aktivna komunikacija svih sudionika dijagnostičko- terapijskog postupka rezultiraju točnom dijagnozom i optimalnim postupkom s pacijentom.



Radionica "UZV vrata"

dr. sc. Andrijana Jović

*Klinički zavod za dijagnostičku i intervencijsku
neuroradiologiju KBC Zagreb*

andrijana.jovic1@gmail.com



Pojava karcinoma usne šupljine i orofarinksa posljednjeg je desetljeća u porastu kod mlađih odraslih osoba, bez prisutnih uobičajenih čimbenika rizika kao što su alkohol i pušenje. To se povezuje porastom incidencije infekcija visokorizičnim sojevima HPV- a. Radi točnije procjene stadija bolesti ultrazvuk je pokazao visoku točnost. To se pokazalo posebno korisnim kod utvrđivanja dubine invazije primarnog tumora te kod utvrđivanja statusa limfnih čvorova vrata.

Svrha ove radionice je upoznati se s ultrazvučnim pregledom vrata te ultrazvučnim osobinama benignih i malignih limfnih čvorova vrata.

ORAL CANCER
WEEK



Radionica “Biopsija i šivanje”

Bruno Špiljak, dr. med. dent.

poslijediplomski doktorski studij,

Stomatološki fakultet, Sveučilište u Zagrebu,

bruno.spiljak@gmail.com



Precizna dijagnostika lezija u usnoj šupljini često zahtijeva histološku potvrdu radne dijagnoze. U tu svrhu, specijalisti oralne medicine nerijetko provode postupak biopsije u usnoj šupljini. Iako se biopsija uobičajeno koristi u dijagnostičke svrhe, u brojnim se slučajevima ujedno provodi i kao terapijska metoda. Neophodno je istaknuti i činjenicu kako biopsija i patohistološki nalaz predstavljaju i dokument sudskomedicinske vrijednosti. Postoji nekoliko razloga zašto bi se kliničar odlučio za provođenje biopsije, prvenstveno isključivanje mogućeg raka ili potencijalno maligne lezije ili pak praćenje moguće maligne transformacije ranije dijagnosticiranog oralnog potencijalno malignog poremećaja, kao i pomoć u postavljanju dijagnoze kada kliničar ima sumnje, bez obzira na prirodu patologije. Znatno rjeđe i etički krajnje dvojbeno, nekad se provodi s ciljem udovoljavanja zabrinutim pacijentima koji su kancerofobični. Biopsija, primjerena da je izvodi opći stomatolog, jest ona koja je ekscizijska i ujedno terapijska. To uključuje manje i dostupne promjene, poput uklanjanja fibroma, epulisa, piogenog granuloma, mukokele, a ponajlakše polipa peteljkaste baze. Incizijsku biopsiju kod sumnje na moguću displaziju ili rak trebao bi isključivo provoditi iskusan kliničar, kako bi se minimizirala mogućnost uzimanja nereprezentativnog uzorka kojim bi se riskiralo podcjenjivanje opasnosti lezije. Unatoč razvrstavanju u nekoliko podtipova prema nizu podjela, sama tehnika izvođenja biopsije sastoji se od nekoliko koraka. Nakon odabiranja područja za biopsiju, u lokalnoj anesteziji se čini rez te se uzima uzorak. Potom, ukoliko je potrebno, slijedi postupak šivanja područja s kojeg je uzet uzorak. Obrada uzorka započinje pohranjivanjem u adekvatan medij, ovisno o željenoj pretrazi. Uzorak, uz identifikaciju, prate relevantni klinički podaci kojima olakšavamo patologu u sužavanju dijagnoza. Danas se u literaturi opisuje širok ili raznovrstan raspon operativnih tehnika i metoda koje nam mogu pomoći u dijagnosticiranju i liječenju oralnih i maksilofacijalnih patoloških entiteta. Raspon zahvata koji se provode trebao bi ovisiti o znanju, iskustvu i mogućnosti terapeuta da razumije moguće posljedice i komplikacije određenog zahvata. Pažljiva manipulacija tkivom, uz poznavanje i poštivanje anatomskih struktura i osnovnih kirurških načela, ključni su elementi za uspješno proveden postupak biopsije.



Put od dijagnoze do rekonstruktivne operacije (prikazi slučajeva)

doc. dr. sc. Kresimir Grsic



Odjel za kirurgiju glave i vrata, Klinika za bolesti uha, nosa, grla i kirurgiju glave i vrata, KBC Zagreb

kresimir.grsic@gmail.com

Prema statističkim podacima ukupno petogodišnje preživljenje bolesnika s planocelularnim karcinomima glave i vrata nije se značajno promijenilo zadnjih pedesetak godine. Kumulativno djelovanje alkohola sa kemijskih elementima koji nastaju iz dima cigarete najčešći su uzročnici ovog karcinoma. Muškarci stariji od pedeset godina, nezdravog stila života, predilekcijska je populacija pogođena ovim karcinomom. Zadnjih dvadeset godina karcinomi orofarinksa u osoba mlađih dobnih skupina koje su svojim stilom života izložene humanom papiloma virusu postaju po incidenciji najbrže rastući segment karcinoma glave i vrata.

Usprkos suvremenim multimodalnim principima liječenja; kirurgiji koja je nadopunjena rekonstruktivnim postupcima te suvremenom kemoradioterapijnim protokolima ukupno petogodišnje preživljenje bolesnika s tumorima glave i vrata značajno se ne mijenja. Tendencija očuvanja organa; primarno njegove funkcije, nastoji terapiju pomaknuti u smjeru kemoradioterapijskog liječenja. Izbjegavanjem složenih i dugotrajnih operacijskih zahvata cilj je uz pomoć suvremenih onkoloških protokola postići potpuno izlječenje, a uz očuvanu funkcionalnost gornjeg aerodigestivnog sustava. Iako je takav princip moguće primijeniti na većinu sijela planocelularnog karcinoma glave i vrata, tumori usne šupljine tu predstavljaju izuzetak. Oni se i dalje primarno najuspješnije liječe kirurškim zahvatom. Kirurški zahvati prilikom resekcije planocelularnih karcinoma glave i vrata predmnijeva opsežnu resekciju s izazivanjem funkcionalnih i estetskih deficita koje se nastoje umanjiti složenim plastično- rekonstruktivnim postupcima. Konačni funkcionalni ishod takvih bolesnika u većoj je mjeri ovisan o stadiju bolesti i širini resekcije, a manje o ekstenzivnosti plastično-rekonstruktivnog postupka.



Rano otkrivanje i dobra dijagnostička obrada omogućit će izvođenje kirurškog postupka koji će minimalno narušiti funkcionalno senzorno motoričke elemente usne šupljine. Krajnji rezultat kod takvih bolesnika će biti izvrstan funkcionalni ishod, a ukupno petogodišnje preživljenje preko devedeset posto. Uznapredovali stadiji bolesti podrazumijevati će ekstenzivni zahvat; opsežnu resekciju sa žrtvovanjem značajnog volumena funkcionalnog tkiva, te pasivnu rekonstrukciju kojom će se isto tkivo nastojati nadoknaditi. Nepovoljan funkcionalni ishod onkološkog liječenja dodatno će još biti narušen neophodnim adjuvantnim onkološkim postupkom; kemoradioterapijom, koje će utjecati na razvoj kroničnih nuspojava; nedostatak slina, fibrozu vezivnog tkiva, usporenje cijeljenja rane i sl.

U radu su prikazani brojni slučajevi bolesnika sa planocelularnim karcinomima usne šupljine. S obzirom na stadij bolesti prikazani su preferirani modaliteti liječenja koji će uz minimalne jatrogene nuspojave dovesti do maksimalne prezervacije funkcije gornjeg aerodigestivnog sustava.

ORAL CANCER
WEEK



„Commando operacija“ – jučer, danas, sutra

doc. dr. sc. Darko Solter

Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice,

Klinika za otorinolaringologiju i kirurgiju glave i vrata

darko.solter@gmail.com



“Commando operacija” je kolokvijalni naziv za radikalnu kompozitnu resekciju tumora usne šupljine. Ovim kirurškim postupkom se u bloku odstranjuje primarna tumorska lezija zajedno s kosti donje čeljusti i pripadajućim limfatičkim tkivom vrata. U široku ga je uporabu uveo pedesetih godina prošlog stoljeća Hayes Martin te postavio osnovni koncept za resekciju uznapredovalih tumora usne šupljine. Prema suvremenim smjernicama za kirurško liječenje tumora usta, indikacija za resekciju kosti donje čeljusti, je primarni osealni tumor ili infiltracija čeljusti epitelnim tumorom usne šupljine. Iste smjernice podjednako zagovaraju kompartment resekciju i kod manjih tumora usta koji ne zahtijevaju resekciju kosti donje čeljusti. Golemi estetski i funkcionalni ispad nakon opsežnih resekcijskih postupaka u usnoj šupljini diktira potrebu za neodgođenom rekonstrukcijom. To je osobito važno kod segmentalne resekcije mandibule pri čemu je prekinut kontinuitet donje čeljusti i onemogućena adekvatna mastikacija. Zlatni standard u rekonstrukciji ovih defekata danas je uporaba slobodnih reznjeva. Najčešće koristimo kompozitne slobodne reznjeve koji sadrže vaskulariziranu kost i epitelnu sastavnicu za rekonstrukciju oralne sluznice. Kod defekata koji obuhvaćaju višestruke epitelne površine ili kod kojih postoji potreba za većim volumenom mekih tkiva koristimo kimerične slobodne reznjeve. Oni su u osnovi građeni od višestrukih reznjeva, prirodno spojenih na jednu vaskularnu peteljku. Napredak tehnologije rezultirao je konceptom 3D bioprintinga koji predviđa rekonstrukciju defekata uporabom računalnih modela, bioloških 3D pisača i matičnih stanica. Ovakvi postupci bioinženjeringa u budućnosti će znatno unaprijediti rekonstruktivne opcije nakon resekcije tumora glave i vrata.



Stvarna ili željena suradnja stomatologa i maksilofacijalnog kirurga – koji su koraci i kako olakšati komunikaciju

Marko Tarle univ. mag. med.

Klinika za kirurgiju lica, čeljusti i usta, Klinička bolnica Dubrava

tarlemarko1@gmail.com



Planocelularni karcinom usne šupljine (OSCC) je najčešći zloćudni tumor glave i vrata, odnosno šesnaesti najčešći karcinom u svijetu, s relativno lošim petogodišnjem doživljenjem od oko 55% unatoč značajnom napretku dijagnostičkih i terapijskih postupaka posljednjih 30-ak godina. U 2020. godini dijagnosticirano je 377 713 novih slučajeva diljem svijeta s karcinomom usne i usne šupljine, dok je 177 757 bolesnika umrlo. Bolest se uglavnom dijagnosticira u uznapredovalom stadiju, a više od 40% bolesnika ima prisutne regionalne metastaze u trenutku dijagnoze bolesti. Razlozi neprihvatljive dijagnoze u kasnijim stadijima bolesti ovise o čimbenicima vezanima uz bolesnika, pružatelje zdravstvene zaštite, efikasnosti zdravstvenog sustava i preventivnih nacionalnih programa. Psihosocijalna problematika kroničnih konzumenata alkohola, društvena isključivost, manjak znanja, strah i panika neki su od razloga nejavljanja liječniku ili stomatologu u ranim stadijima bolesti. Nedostatak znanja o početnoj simptomatologiji OSCC-a pružatelja primarne zdravstvene zaštite kao i preopterećenost zdravstvenog sustava uz nedostatak nacionalnih preventivnih programa probira uvelike doprinose kasnijoj dijagnozi karcinoma. Većina bolesnika u ranijem stadiju bolesti posjetili su stomatologa gdje je postojala prilika za ranijom dijagnozom. Intenzivnija i proaktivna edukacija stomatologa i liječnika obiteljske medicine o OSCC-u tijekom studiranja, putem raznih aktivnosti studentskih sekcija, zajedničkih tribina, simpozija, kongresa i aktivnosti stručnih društava imperativ je u postizanju otkrivanja ove bolesti. Nakon postavljanja sumnje na karcinom važno je znati uputiti pacijente u Referentne centre za liječenje OSCC-a. Maksilofacijalni kirurzi, zaduženi za kirurško liječenje OSCC-a, usko su vezani uz stomatologiju te im je zajednička obaveza putem brojnih aktivnosti utjecati na smanjenje smrtnosti oboljelih od OSCC-a.



Liječenje orofaringealnog karcinoma s pozicije kliničkog onkologa dr. sc. Marin Prpić



*Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, Klinički bolnički centar
Sestre Milosrdnice, Vinogradska cesta 29, Zagreb, Hrvatska
Stomatološki fakultet, Sveučilište u Zagrebu, Hrvatska
marin.prpic@kbcsm.hr*

Orofarinks čini srednji dio ždrijela i obuhvaća: stražnju trećinu tj. bazu jezika, tonzilarne regije s nepčanim lukovima, meko nepce i stražnji zid ždrijela. Unazad nekoliko desetljeća pratimo sve veću incidenciju slučajeva karcinoma orofarinksa kod mlađih bolesnika povezanih sa infekcijom HPV-om, dok se bilježi pad incidencije kod starijih bolesnika kod kojih je on povezan s pušenjem i konzumacijom alkohola. Najčešći podtip je HPV16 (oko 90 %). Najčešći prvi simptomi karcinoma orofarinksa su grlobolja i/ili bezbolna oteklina na vratu. Kod uznapredovale bolesti javlja se još i otežano i bolno gutanje, trizmus i otežano pomicanje jezika s promjenama u govoru. Bolesnici s HPV pozitivnim tumorima se često prezentiraju s ranim T-stadijem bolesti i uznapredovalim N-stadijem. U 95% slučajeva riječ je o planocelularnim karcinomima različitih stupnjeva diferencijacije (gradusa). Obavezno je određivanje pozitiviteta na HPV. Zbog bogate mreže limfnih kapilara, velik postotak bolesnika ima zahvaćene limfne čvorove na vratu, često i u kirurški nepristupačnim čvorovima. Kako se bolest uglavnom otkriva u uznapredovaloj fazi, u kirurški relativno nepristupačnom području, prognoza je često loša (HPV negativni bolesnici). Bolesnici s lokalno uznapredovalim HPV pozitivnim karcinomom imaju bolji odgovor na provedeno liječenje i poboljšano ukupno preživljenje. U bolesnika s T0-3,N3 ili T4, N0-3 združena primjena radioterapije i sistemnog liječenja predstavlja primarnu metodu onkološkog liječenja. Radioterapija bi se trebala provoditi IMRT tehnikom, zbog preciznosti samog liječenja, odnosno smanjivanja nuspojava u bolesnika. Kod ranih karcinoma (T1, T2) terapija izbora je primarna radioterapija tj. zračenje primarnog tumora i vratnih limfnih čvorova koji su pod rizikom od zahvaćenosti bolešću ili operativni zahvat koji uključuje široku eksciziju primarnog tumora i disekciju pripadajuće strane vrata. Tumori smješteni blizu središnje linije, posebno baze jezika, mekog nepca i stražnje stijenke ždrijela zahtijevaju profilaktičko liječenje i kontralateralne strane vrata.



Liječenje karcinoma usne šupljine s pozicije kliničkog onkologa

doc. dr. sc. Vesna Bišof

*Klinika za onkologiju, Klinički bolnički centar Zagreb,
Medicinski fakultet u Zagrebu,
vesna.bisof@kbc-zagreb.hr*



Iako je usna šupljina lako dostupna svakodnevnom pregledu 40-50% bolesnika u trenutku postavljanja dijagnoze ima lokoregionalno uznapredovalu bolest. Većina ovih karcinoma je uzrokovana navikama bolesnika tj. alkoholom i pušenjem. Lokalna i lokoregionalno uznapredovala bolest se liječe dominantno operativnim zahvatom. Adjuvantna radioterapija se primjenjuje postoperativno u slučaju prisutnosti rizičnih čimbenika za povrat bolesti (pT3, pT4, bliski rub, pN2, pN3, pozitivni limfni čvorovi u regiji IV ili V, perineuralna invazija, limfna invazija) u patohistološkom nalazu dok se adjuvantna kemoradioterapija primjenjuje u slučaju ekstrakapsularnog širenja i/ili pozitivnog kirurškog ruba. Primarna kemoradioterapija se primjenjuje u liječenju neresektibilne lokoregionalno uznapredovale bolesti kod bolesnika dobrog općeg stanja. Nove tehnike zračenja omogućavaju bolju poštedu okolnih zdravih struktura što znatno utječe na kvalitetu života.

Metastatska bolest se liječi kod PD-L1 (ligand proteina programirane stanične smrti 1) pozitivnih tumora pembrolizumabom ili kombinacijom kemoterapije na bazi soli platine i pembrolizumaba.

U zaključku treba naglasiti važnost multidisciplinarnog pristupa liječenju bolesti i zbrinjavanja nuspojava liječenja, ali i važnost prevencije i ranog otkrivanja bolesti.



Značaj stomatološke skrbi o pacijentu zračenome u području glave i vrata



prof. dr. sc. Ivan Alajbeg

*Zavod za oralnu medicinu Stomatološkog
fakulteta Sveučilišta u Zagrebu*

alajbeg@sfzg.hr

Radioterapija (RT) tumora usne šupljine, glave i vrata uzrokuje oralne komplikacije sa značajnim morbiditetom, katkada i mortalitetom. Uvođenjem multimodalnog timskog pristupa koji uključuje i odgovornog stomatologa osigurava se bolji ukupni uspjeh liječenja i umanjuju se reverzibilna i ireverzibilna oštećenja oralnih tkiva u polju zračenja.

Korištenjem adekvatnog protokola pregledavamo pacijentov oralni status i pripremamo ga za RT, ali i pacijenta pripremamo kognitivno i psihološki na izazove koje nosi terapijski postupak i s njime povezane nuspojave. Donedavno pacijenti nisu uopće bili pod formalnim nadzorom od strane stomatologa prije, tijekom i nakon RT. Još uvijek to nije slučaj u većini naših centara. Kao posljedica toga, susretali smo se s čestim prekidima zračenja uslijed oralnog mukozitisa, kao i sa slučajevima ozbiljnih kasnih oralnih komplikacija. Uvođenjem mjera prevencije i liječenja oralnih komplikacija RT kao standardne prakse te koristeći protokol sukladan s međunarodno prihvaćenim kliničkim praksama, temeljen na uključivanju stomatologa tijekom svih faza liječenja i praćenja, postiže se da se RT ne prekida zbog mukozitisa, radijacijski se karijes sprječava trajnom fluoridacijom, čime incidencija osteoradionekroze opada uslijed smanjene potrebe za vađenjem zuba nakon RT. Uvođenje ovakve skrbi je iznimno zahtjevan zadatak i sporo se razvija. Međutim, ti naponi imaju značajan klinički i financijski učinak na liječenje bolesnika s tumorima usne šupljine, glave i vrata.



Novi pogled na liječenje osteoradionekroze

doc. dr. sc. Marko Granić

*Zavod za oralnu kirurgiju Stomatološkog fakulteta
Sveučilišta u Zagrebu*

granic@sfzg.hr



Osteoradionekroza čeljusti označava odumiranje kosti čeljusti koja je usko povezana sa radioterapijom glave i vrata. To je komplicirana bolest sa nepredvidljivim ishodom liječenja. Najčešće nastaje nakon vađenja zuba kod pacijenata koji su prošli radioterapiju. Mehanizmi nastanka ove bolesti nisu do kraja razriješeni, međutim pokazalo se da posljedice radioterapije u vidu gubitka salivacije, inhibiranja angiogeneze, promjena sluznice i povećanoj sklonosti infekcijama doprinose nastanku ove bolesti.

Liječenje ove bolesti se tradicionalno izvodilo kombinacijom konzervativne i kirurške terapije. U ovom će predavanju biti spomenuti novi pogledi i protokoli liječenja ove bolesti, kao i programi prevencije.

ORAL CANCER
WEEK



Iskustvo mladog doktora o sustavu edukacije o oralnom karcinomu – koja je razina odgovornosti, znanje i realna mogućnost općeg stomatologa



Monika Burja Vladić, dr. med. dent.

poslijediplomski doktorski studij, Stomatološki fakultet

Sveučilište u Zagrebu,

Dom Zdravlja Zagreb – Centar

mburja@sfzg.hr

Svaki mladi doktor stomatologije na početku svoje karijere nalazi se u okovima straha koji drže nesigurnost i nedovoljno kliničko iskustvo. Novije, kao i nadolazeće generacije, svjesnije su problematike oralnog karcinoma, kao i nužnosti holističkog pristupa novodijagnosticiranom pacijentu.

Educiranjem još u studentskim danima, budući doktor stomatologije postaje „dalekovidniji“ te stjecanjem dodatnih vještina i znanja postiže sigurnost i staloženost u prvim koracima kod potencijalno maligno oboljelog pacijenta. Oralni karcinom bolest je životnog stila, a koji je, u većini slučajeva, u rukama pojedinca. Liječnik dentalne medicine nema moć promijeniti životne navike pojedinaca, no svakako može slijediti principe prvaka preventivne medicine, dr. Andrije Štampara, koji kaže kako liječnik ujedno mora biti i edukator te dijeliti svoje znanje među narodom. Prva, Druga, a sada već i Treća Priča po redu, zajedno s već dobro poznatim stručnjacima, izvrsna je podloga svim generacijama u promicanju edukacije kao najbolje prevencije, a također ostavlja neizbrisiv i neprocjenjiv trag znanja u karijeri (mladog) liječnika.

Okrugli stol

***Suvremeni postupci u
tretmanu oralnog karcinoma***

ORAL CANCER
WEEK



Suvremeni postupci u tretmanu oralnog karcinoma

dr. sc. Marin Prpić

Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, KBC Sestre Milosrdnice, Vinogradska cesta 29, Zagreb, Hrvatska
Stomatološki fakultet, Sveučilište u Zagrebu, Hrvatska
marin.prpic@kbcsm.hr



Usnu šupljinu čine mukozni dio usnice, prednje dvije trećine jezika, sluznica obraza, gingiva, retromolarno područje, dno usne šupljine i tvrdo nepce. Tumori usne šupljine su u velikoj većini (90-95%) planocelularni karcinomi. Stupnjevanje se provodi prema TNM-klasifikaciji. Ova regija ima vrlo bogatu limfnu drenažu, a primarni tumori usne šupljine primarno diseminiraju u vratne regije I do III. Regionalne presadnice su prisutne kod postavljanja dijagnoze u oko 30% bolesnika, no rizik pojave presadnica ovisi i o lokalizaciji primarnog tumora. Srednje preživljenje za malignome usne šupljine (kad se izuzme usna) iznosi 40-65%. Prognoza ovisi o uznapređovalosti bolesti, kako primarnog tumora, tako i o statusu vratnih limfnih čvorova.

Velika je važnost multidisciplinarnog pristupa u liječenju ovog sijela jer ono ujedinjuje funkcije žvakanja, gutanja i artikulacije govora. Današnje mogućnosti rekonstrukcije mikrovaskularnim kirurškim tehnikama poboljšale su funkcionalne rezultate bolesnika s lokalno uznapređovalom bolešću. Kod bolesnika s ranim stadijem bolesti I i II., operativni zahvat je terapija izbora, a uključuje široku lokalnu eksciziju. Male tumorske lezije (Tis, T1, T2) podjednako se uspješno liječe radioterapijom ili operacijom. Radioterapija ima prednost ukoliko bi operacija izazvala prevelike funkcionalne i/ili estetske defekte. U bolesnika s lokalno uznapređovalom bolešću (stadij III i IV.) obzirom na veličinu primarnog tumora i/ili zahvaćenost regionalnih limfnih čvorova i /ili okolnih struktura je indicirano multimodalno liječenje. Ono uključuje kirurški zahvat kojim se odstranjuje primarni tumor, a defekt po potrebi rekonstruira slobodnim režnjem i disekcija regija na vratu, nakon čega slijedi adjuvantna radioterapija sa ili bez konkomitantne kemoterapije.



Modernim metodama radioterapije, odnosno upotrebom intenzitet modulirane radioterapije, došlo je do optimizacije liječenja, odnosno bolje pokrivenosti tumora s većom poštedom organa od rizika, osobito parotidnih žlijezdi. Kemoterapija, ciljana terapija i imunoterapija su rezervirane za bolesnike s inoperabilnim, lokalno uznapređovalim, metastatskim ili recidivirajućim karcinomom. Kemoterapija je dobro etablirani oblik liječenja, koji je neselektivan, te se još uvijek traže manje toksične metode liječenja, osobito u bolesnika s lokalno uznapređovalom bolesti. Imunoterapija je postala, u prethodnih nekoliko godina, novi standard liječenja u rekurentnoj/metastatskoj bolesti. Imunoterapija se može primijeniti samostalno ili u kombinaciji s kemoterapijom (combo pristup). Suvremeni postupci, dakle obuhvaćaju suradnju više struka, koje surađuju u okviru multidisciplinarnog tima, gdje se ovisno o veličini tumora te proširenosti bolesti, te prethodnom liječenju, određuju optimalni modaliteti liječenja.



Suvremeni postupci u tretmanu oralnog karcinoma

doc. dr. sc. Kresimir Grsic

Odjel za kirurgiju glave i vrata, Klinika za bolesti uha, nosa, grla i kirurgiju glave i vrata, KBC Zagreb
kresimir.grsic@gmail.com



Planocelularni karcinom glave i vrata je heterogena bolest karakterizirana malignim i nekontroliranim rastom mnogoslojnog pločastog neoroženog epitela koji oblaže sluznicu usne šupljine i ždrijela. Terapijski postupak planocelularnog karcinoma glave i vrata zasniva se na multimodalnom i multidisciplinarnom pristupu. Ovisno o stadiju i lokaciji karcinoma nastoji se kombinacijom kirurgije, radioterapije, kemoterapije, te u zadnjih nekoliko godina imunoterapije, postići maksimalne stope izlječenja, a pritom sačuvati kvalitetu života bolesnika. Kvaliteta života prezentira se kroz postterapijsku mogućnost normalnog uzimanja hrane, disanja koje nije ovisno o kanili, te normalnoj vokalnoj i socijalnoj komunikaciji.

Današnje planiranje liječenja tumora glave i vrata zasniva se na TNM sustavu koji karcinome klasificira na temelju mehaničke veličine tumora, te prisutnosti regionalnih ili udaljenih metastaza. Tek pojedini patohistološki kriteriji; kao što je pozitivan kirurški rub, proboj kapsule limfnog čvora, odnosno perineuralno ili perivaskularno širenje tumora mogu utjecati na dodatnom izboru adjuvantne terapije.

Za razliku od drugih tumorskih sijela u tijelu; u području glave i vrata ne postoji niti jedan marker na temelju kojeg bi mogli bolest otkriti u ranoj fazi, te ga na temelju njegovih vrijednosti postoperativno kontrolirati. Samim tim ne postoji niti biomarker na temelju kojeg bi planirali opseg kirurškog zahvata.



S druge strane određivanjem p16 proteina, kojeg povezujemo sa infekcijom humanim papiloma virusom, prediktivni je faktor za povoljan odgovor bolesnika s orofaringealnim karcinomom na kemoradioterapijsko liječenje.

U prikazu se raspravlja o potencijalnim biomarkerima izoliranih iz zdravog ili bolesnog tkiva koji bi se koristili za određivanje terapijskog postupka u bolesnika s tumorskim procesima u području usne šupljine i ždrijela. Takav marker mora imati mogućnost „screeninga“, mora biti prognostički i prediktivni, a idealno je da je usput terapijska meta. Posebno su interesantni tekući biomarkeri, čije je izoliranje moguće iz krvi, seruma ili sline. Cilj je da su oni po svojim karakteristikama, odnosno terapijskom cilju identični tkivnim markerima.

Uvođenjem preciznih biomarkera biti će u budućnosti moguće otkriti bolest u ranoj fazi bolesti. To bi omogućavalo da je terapijski postupak što jednostavniji za bolesnika, ali istovremeno dostatan na potpunu eliminaciju bolesti. S druge strane uznapredovale faze bolesti bi dobivale optimalnu terapiju koja nužno ne bi odgovarala samo fizičkom stadiju bolesti već njegovim biološkim karakteristikama.



Suvremeni postupci u tretmanu oralnog karcinoma

Prof. dr. sc. Drago Prgomet

Klinika za bolesti uha, nosa i grla i kirurgiju glave i vrata, Medicinski fakultet u Zagrebu

Klinički bolnički centar Zagreb

dprgomet2@gmail.com



Karcinom usne šupljine (OSCC) obuhvaća karcinome sluznice usana, dna usne šupljine, oralnog dijela jezika, bukalne sluznice, donje i gornje gingive, tvrdog nepca i retromolarnog trigonuma. Pristupi liječenju OSCC-a uključuju pojedinačno liječenje kirurškim zahvatom, radioterapijom (radioterapija vanjskim snopom (EBRT) i/ili brahiterapija) kao i adjuvantnu sistemsku terapiju. Odabir pojedinačnog ili kombiniranog modaliteta temelji se na uvažavanju stadija bolesti, očekivane prognoze i uspjeha liječenja, očekivanog funkcionalno i estetskog rezultata tj poremećaja, općeg stanje pacijenta i mogućnosti koja pojedina ustanova pruža kako s kadrom tako i opremom. Svaki od ovih pristupa nosi sa sobom i niz nedostataka.

Kirurgija zahtijeva uklanjanje kancerogenog tkiva koje uzrokuje funkcionalni poremećaj u smislu teškoća govora i gutanja te estetski defekt. Radioterapija ima značajne nuspojave poput dermatitisa, mukozitisa, kserostomije, osteomijelitisa i zubnog karijesa. Kemoterapija za posljedicu ima posljedicu sustavnog negativnog učinka na cijeli organizam, posebice izazivajući imunosupresiju. Prvi rezultati istraživanja liječenja s ciljanom, imunološkom i genskom terapijom, pokazuje obećavajuće rezultate s manje nuspojava. S brzim razvojem nanotehnologije, sustavi za isporuku nanolijekova i inteligentni DDS koriste se u ciljanoj terapiji karcinoma glave i vrata. Onkolitička virusna terapija prepoznata je kao obećavajući novi terapijski pristup liječenju raka. Virusi koji inficiraju i ubijaju stanice raka nazivaju se onkolitičkim virusima.



Oni pokreću imunološki sustav indukcijom specifičnog antitumorskog imuniteta tijekom onkolitičkih aktivnosti. Utišavanje ili uređivanje gena može biti putem RNA interferencije (RNAi) i grupiranih, pravilno raspoređenih, kratkih palindromskih ponavljanja povezanih s proteinom stanične apoptotičke osjetljivosti (CRISPR/Cas). U pravilu se reiradijacija standardnim postupcima izbjegava zbog lošeg terapijskog učinka i značajne toksičnosti, te je primjena radiokirurgije tj. stereotaktične radioterapije tijela (engl. Stereotactic body radiotherapy-SBRT) pokazala bolji učinak u liječenju i bolju kvalitetu života u dobro selektiranim slučajevima u slučaju recidiva. Uz citostatike na bazi platine (cisplatina i karboplatina) te lijekova na bazi taksana (docetaksel i paklitaksel), inhibitora receptora epidermalnog faktora rasta-tirozin kinaze (cetuksimab), zadnjih godina su i intenzivna istraživanja u primjeni imunološke terapije. Imunoterapija je jedan od novijih entiteta koji obećava, barem može biti od velike pomoći kao adjuvantna terapija. Nedostaci kirurškog zahvata, mogu se značajno smanjiti imunoterapijom kada se koristi u kombinaciji s ovim modalitetima liječenja. Ovaj noviji modalitet liječenja u području liječenja raka mogao bi postati četvrti stup koji podržava kirurgiju, kemoterapiju i radioterapiju. Pažljiv odabir bolesnika ključ je uspješnosti imunoterapije. Obzirom na složenost i izazove u liječenju karcinoma usne šupljine, uz nove navedene postupke, za dobar rezultat liječenja neophodan je multidisciplinarni pristup. Tim ne čini samo otorinolaringolog i kirurg glave i vrata i onkolog već i radiolog, stomatolog, anesteziolog i specijalist za liječenje boli, nutricionist, logoped, onkološka sestra, psiholog, fizioterapeut i socijalni radnik. Multidisciplinarnost uz primjenu novih terapijskih postupaka su garancija sve boljih rezultata u liječenju oralnog karcinoma.



Suvremeni postupci u tretmanu oralnog karcinoma

Ivana Šimić, mag.logoped

Klinika za bolesti uha, nosa i grla i kirurgiju glave i vrata – Fonijatrija, Klinički bolnički centar Zagreb

simic.ivana24@gmail.com



Liječenje oralnog karcinoma je vrlo često praćeno značajnim poremećajem funkcija govora, disanja, produkcije glasa, hranjenja, bez obzira da li se radi o kirurškom liječenju kao najčešćem obliku liječenja ili primjenom kemoradioterapije. Treba imati na umu, da takvi bolesnici i prije, obzirom na opsežnost tumora kao i strukturu usne šupljine koja je zahvaćena imaju problemne u navedenim funkcijama. Zbog toga je važno u tijeku dijagnostike, prije odabira i početka tretmana učiniti logopedski status ali i početi i ranu logopedsku terapiju. Posljedice nakon liječenja oralnog karcinoma mogu biti: promjene u anatomiji usne šupljine, gubitak zuba, gubitak/promjene anatomske strukture kao što su jezik i meko nepce, promjene u hvatištu mišića, gubitak funkcije usana, gubitak ili promjene u osjetu, promjenama u izgledu lica. Neželjene teškoće nakon liječenja disfagija, dizartrijske, artikulacijske teškoće, estetski poremećaji, psihosocijalni poremećaji koji mogu značajno narušiti kvalitetu života i zahtijevaju multidisciplinarnu intervenciju.

Nakon sprovedenog liječenja imperativ je što ranija logopedska rehabilitacija. Primarne logopedske rehabilitacijske tehnike su: posturalne tehnike, senzorne tehnike, motoričke vježbe, manevri gutanja (supraglotično gutanje, gutanje s naporom i Mendelssohnov manevr), modifikacije konzistencije prehrane. S ciljem jačanja orofaringealne muskulature rade se i vježbe vježbanju jačanja pokreta jezika, vježbe jačanja mišića usnica, vježbe jačanja/razgibavanja orofacijalne muskulature, vježbe gutanja, neke od TalkTools metoda, te TheraBite uređaj. Rehabilitacija funkcionalnih poremećaja kod oralnog karcinoma je kompleksan, ali neophodan proces, kojega bi trebao proći svaki bolesnik s ciljem podizanja kvalitete života, osamostaljenja i vraćanje u svakodnevno životno funkcioniranje.

Poster prezentacije



ORAL CANCER
W E E K

NISU SVI MELANOMI JEDNAKI: Odgodena dijagnoza metastatskog nodularnog melanoma na glavi i vratu

Paula Škibola[1], Ivana Prkačin[2], Matea Kuna[2],
Domagoj Šarić[1], Sara Šarlija[1]



[1] Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Zagreb, Hrvatska /University of Zagreb, School of Medicine, Zagreb, Croatia

[2] Klinika za kožne i spolne bolesti, Klinički bolnički centar Sestre Milosrdnice Zagreb, Zagreb, Hrvatska/ Department of Dermatology and Venereology, Sestre milosrdnice University Hospital Zagreb, Zagreb, Croatia

NISU SVI MELANOMI JEDNAKI: Odgodena dijagnoza metastatskog nodularnog melanoma na glavi i vratu

UVOD

Melanom je rak kože uzrokovan malignom promjenom melanocita. Učestalost melanoma u velikom je porastu u cijelom svijetu, što rezultira javnozdravstvenim problemima. Nodularni melanom (NM) je glavni uzrok smrti zbog melanoma, ističući važnu podskupinu 'agresivnog tankog' melanoma. Cilj ovog slučaja je pokazati važnost rane dijagnoze i adekvatne intervencije, smanjujući stope metastatske bolesti i mortaliteta.

PRIKAZ SLUČAJA

Pacijent star 59 godina upućen je na odjel dermatologije zbog višestrukih rastućih potkožnih nodula u nuchalnom području. Dermatološkim pregledom otkrivena je nodularna eritematozno-lividna, djelomično egzulcerirana tumorska masa veličine 3 cm na koži donjeg lijevog abdomena. Na tijelu, udovima i u nuchalnom području nađeno je više nodula, nepomičnih u odnosu na podlogu.

NOT ALL MELANOMA ARE EQUAL: Delayed metastatic Nodular Melanoma diagnosis on head and neck

INTRODUCTION

Melanoma is a skin cancer caused by a malignancy of melanocytes. Incidence of melanoma is rapidly increasing worldwide, which results in public health problems. Nodular melanoma (NM) is the major contributor for fatal melanoma, and it has been associated with melanoma-specific death, highlighting an important subgroup of 'aggressive thin' melanoma. The aim of this case is to show importance of early diagnosis and adequate intervention, reducing the rates of metastatic disease and mortality.

CASE REPORT

A 59 years-old patient presented to dermatology department because of multiple growing subcutaneous nodules in the nuchal area. A dermatological examination revealed a 3 cm nodular erythematous-livid, partially ulcerated tumor mass on the skin of the lower left abdomen.



Indicirana je biopsija primarne tumorske mase na koži abdomena, a PHD je potvrdio nodularni melanom (Clark IV, Breslow IV), s maksimalnom debljinom od 9,5 mm, ulceracijom i 9 mitozama/mm². Učinjen je PET-CT te su potvrđene višestruke metastaze na različitim dijelovima tijela. Bolesnik je upućen na odjel onkologije radi daljnje evaluacije i planiranja terapije.

ZAKLJUČAK

NM je povezan s lošijim ishodom bolesti u usporedbi s melanomom koji se površinski širi. Odgovarajući pregled i PHD analiza presudni su za odgovarajuće i precizno određivanje stadija tumora i liječenje, ali često predstavljaju izazov. Rano prepoznavanje ovih agresivnih melanoma može otvoriti put učinkovitijoj prevenciji i strategijama probira, kao i medicinskim tretmanima za agresivne primarne tumore u ranoj fazi. Postizanje ovih ciljeva donijelo bi značajne koristi za pacijente.

KLJUČNE RIJEČI: biopsija, nodularni melanom, metastaze

Multiple nodules were found on the body, limbs and in the nuchal area, immobile in relation to the base. Biopsy of the primary tumor mass on the abdomen skin was indicated, and PHD confirmed nodular melanoma (Clark IV, Breslow IV), with maximum thickness of 9.5 mm, ulceration and 9 mitoses/mm². A PET-CT was performed and confirmed multiple metastases on various parts of the body. Patient was referred to oncology department for further evaluation and therapy planning.

CONCLUSION

NM is associated with worse disease outcome when compared to superficial spreading melanoma. Proper examination and PHD analysis are crucial to appropriate staging and management but are also often challenging. Identifying these aggressive melanomas early may pave the way to more effective prevention and screening strategies, or to upfront medical treatments for aggressive primary tumors. Accomplishing these aims would yield considerable benefits for patients.

KEYWORDS: biopsy, metastases, nodular melanoma



Bolesnik s humanim papiloma virus pozitivnim (HPV+), tonzila negativnim planocelularnim karcinomom nepoznatog primarnog sjela



Jelena Bošnjak [1], Stela Marković [1], Marin Prpić [2,3]

[1] Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu / School of Medicine, University of Zagreb

[2] Katedra za onkologiju, Stomatološki fakultet, Sveučilište u Zagrebu / Chair of Oncology, School of Dental Medicine, University of Zagreb

[3] Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, KBC Sestre milosrdnice, Zagreb / Department of Oncology & Nuclear Medicine, Sestre milosrdnice University Hospital Center, Zagreb

Bolesnik s humanim papiloma virus pozitivnim (HPV+), tonzila negativnim planocelularnim karcinomom nepoznatog primarnog sjela

UVOD U TEMU

Incidencija karcinoma nepoznatog primarnog sjela s metastazama u limfne čvorove glave i vrata iznosi između 2 i 9 %, i u daljnjem je padu zbog sve boljih metoda detekcije primarnog tumora i bolje kirurške vizualizacije. Histološki se najčešće radi o planocelularnom karcinomu.

PRIDRUŽENI SLUČAJ

Bolesnik star 50 godina upućen je na otorinolaringološki odjel zbog čvora na vratu desno koji je primijetio unazad mjesec dana. Učinjen je UZV vrata s citološkom punkcijom i dobiven je nalaz metastaze planocelularnog karcinoma. CT pretragom na desnoj strani vrata u regiji IIa prikazana su dva limfna čvora patoloških značajki, jedan inhomogene strukture sa cističnom zonom veličine 15 mm, a drugi neposredno kaudalno od njega veličine 16 mm i inhomogenije imbibicije.

Patient with human papillomavirus positive (HPV+), tonsil-negative squamous cell carcinoma of an unknown primary site

INTRODUCTION TO THE TOPIC

The incidence of cancer of unknown primary site with metastases to neck lymph nodes varies between 2 to 9 % and is further declining due to more precise diagnostics. Histologically, squamous cell carcinomas are the most common.

ASSOCIATED CASE

A 50-year-old patient was referred to the otorhinolaryngology department because of a lump on the right side of the neck first noticed a month ago. An ultrasound scan of the neck with a cytological puncture was performed, and a squamous cell carcinoma metastasis was found. A CT scan showed two lymph nodes with pathological features on the right side of the neck in region IIa, one of inhomogeneous structure with a cystic zone measuring 15 mm, and the other immediately caudal to it, measuring 16 mm and with more inhomogeneous imbibition.



Učinjenom obradom nije nađeno primarnog sjela bolesti. Dalje je učinjena tonsilektomija sa selektivnom disekcijom vrata desno, regije II-Va. Patohistološka analiza tkiva pokazala je tonsile bez nalaza tumorskih stanica dok su u dva limfna čvora pronađene solidne nakupine tumorskog tkiva, uz imunohistokemijski pozitivnu reakciju na p16. Odlučeno je da će se kod bolesnika provesti adjuvantna radioterapija. Nakon CT simulacije i izrade plana radioterapije je započeto s terapijom. U bolesnika je provedena primarna 3D-konformalna radioterapija na područje prethodno pozitivnih regija limfnih čvorova vrata s desne strane (regija II) s ukupnom dozom od 64 Gy u 32 frakcije te na područje ostalih regija limfnih čvorova vrata desno (III-V), uključujući retrostiloidnu regiju, 50 Gy u 25 frakcija.

ZAKLJUČAK

U bolesnika s HPV+ tumorom u limfnim čvorovima vrata, nepoznatog primarnog sjela, optimalna terapija je operativni zahvat s adjuvantnom radioterapijom. U bolesnika je provedena radioterapija na područje limfnih čvorova s ipsilateralne strane vrata. Regije radioterapije i područje zračenja moraju se odrediti individualno za svakog pojedinog bolesnika s nepoznatim primarnim tumorom.

KLJUČNE RIJEČI: humani papiloma virus, tumori nepoznatog primarnog sjela, planocelularni karcinom glave i vrata, limfne metastaze, multimodalno liječenje

The primary site was not found with performed diagnostics. Next, a tonsillectomy with selective right neck dissection (regions II-Va) was performed. The pathohistological analysis of the tissue showed that the tonsils were free of tumor cells, while solid accumulations of p16-positive tumor tissue were found in lymph nodes. Treatment was continued with radiotherapy. After CT simulation and preparation, the patient underwent primary 3D-conformal radiotherapy with a total dose of 64 Gy in 32 fractions to the area of previously positive regions of the neck on the right (region II) and a dose of 50 Gy in 25 fractions was applied to the other regions of the neck on the right (III-V), including the retrostyloid region.

CONCLUSION

In patients with an HPV+ tumor of lymph nodes with an unknown primary site, the optimal therapy is a surgical treatment with adjuvant radiotherapy. The patient underwent radiotherapy of the lymph nodes on the ipsilateral side of the neck. The volume of the radiation field must be determined individually for each patient with an unknown primary tumor.

KEYWORDS: human papillomavirus, unknown primary neoplasms, squamous cell carcinoma of head and neck, lymphatic metastases, combined modality therapy

Oralni karcinom – prikaz slučaja

Lucija Lučev [1], Luce Lumezi [1], Mario Bilić [1,2]

[1] Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu /School of Medicine, University of Zagreb

[2] Klinika za bolesti uha, nosa i grla i kirurgiju glave i vrata, KBC Zagreb /Department of Otolaryngology, Head and Neck Surgery, University Hospital Centre Zagreb



Oralni karcinom – prikaz slučaja

UVOD

Planocelularni karcinom usne šupljine je maligni tumor epitelnog podrijetla. Pojavljuje se u pušača i osoba koje konzumiraju alkoholna pića, a može biti povezan i s HPV infekcijom. Jedna od najčešćih lokalizacija je dno usne šupljine. Primarno metastazira u regionalne limfne čvorove vrata te se prvenstveno liječi operativno.

PRIKAZ SLUČAJA

Ovdje predstavljamo slučaj 55-ogodišnjeg muškarca s karcinomom usne šupljine. Pacijent se javlja u redovnu otorinolaringološku ambulantu zbog novootkrivene tvorbe na donjoj desnoj strani jezika. Tvorbu je uočio prvi put prije 3 mjeseca te se u tom periodu žalio na otežano gutanje i disanje tijekom spavanja. Tvrdi da je tvorba bila manja kad ju je prvi put uočio. U tom periodu izgubio je 6 kilograma. Puši 36 godina otprilike kutiju i pol dnevno, to jest ima 54 pack years. Alkohol konzumira prigodno. U obitelji postoji sklonost malignim bolestima, majka mu je umrla od karcinoma gušterače.

Inspekcijom se uočava egzofitična čvorasta tvorba na donjem desnom dijelu jezika promjera 3.7 centimetara. Limfni čvorovi vrata se ne palpiraju. Učinjena je citološka punkcija, no nalaz nije upućivao na malignitet.

Oral carcinoma – case report

INTRODUCTION

Planocellular carcinoma is a malignant tumor of epithelial origin. Risk factors include smoking, alcohol and HPV. One of the most common localisation is the bottom of the oral cavity. It primarily metastasizes to neck lymph nodes and surgery is the best treatment modality.

CASE REPORT

Here we present a case of a 55-year-old-man with oral cancer. Patient reported to the otolaryngology clinic due to the newly discovered mass in the right lower part of the tongue. First time he noticed the mass was 3 months ago and during that time he has had difficulties swallowing and breathing during the sleep. The mass enlarged during those 3 months and he has lost 6 kilograms. He's been smoking one and half packs of cigarettes for 36 years, which is 54 pack years. There's a family history of cancer, his mother died of pancreatic cancer.

On inspection exophytic mass in the right lower part of the tongue with 3.7 centimeters in diameter is seen. Lymph nodes are not palpable. Cytological puncture is performed but there was no signs of malignancy.



Od slikovne obrade učinjena je kompjuterska tomografija glave i vrata na kojoj se vizualizira jasno ograničena tvorba na dnu usne šupljine bez uvećanih regionalnih limfnih čvorova. Učinjena je biopsija tumora, a patohistološka dijagnoza pokazuje da se radi o dobro diferenciranom planocelularnom karcinomu. HPV status je negativan. U dogovoru s pacijentom upućuje se na operativni zahvat. Odstranjuje se tumorska tvorba, učini se rekonstrukcija jezika sa slobodnim režnjem uzetog sa podlaktice te se učini radikalna disekcija vrata. Epitel se rekonstruira tankim presatkom sa kože podlaktice (split-thickness skin graft). Pacijent se uputi na postoperativnu radioterapiju.

ZAKLJUČAK

S obzirom da se novotvorina nalazi u predjelu lica, osim izlječenja pacijenta veliku nam ulogu igra i krajnji estetski rezultat.

KLJUČNE RIJEČI: tumori usne šupljine, planocelularni karcinom

On CT the well confined mass on the bottom of oral cavity is seen and there are no enlarged lymph nodes to be found. The biopsy showed that this was a well-differentiated, HPV negative, planocellular carcinoma. The patient underwent surgical procedure in which the tumor was removed, the radical dissection of the neck was performed and the tongue was reconstructed with a lobe taken from the forearm. Epithelium was reconstructed with split-thickness skin graft. After the surgery, the patient underwent postoperative radiotherapy.

CONCLUSION

Curing the patient is the main goal, but because the mass is located on the facial area aesthetic results are also very important.

KEYWORDS: mouth neoplasms, Squamous cell carcinoma

Kad čujete topot kopita, nemojte tražiti zebre? Od čvora na vratu do dijagnoze primarnog pleomorfnog dermalnog sarkoma(PDS)



Stela Marković[1], Jelena Bošnjak[1], Luka Vučemilo[2]

[1] Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska / School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia

2 Zavod za otorinolaringologiju, Klinička bolnica Merkur, Zagreb, Hrvatska / Department of Otorhinolaryngology, Clinical Hospital Merkur, Zagreb, Croatia

Kad čujete topot kopita, nemojte tražiti zebre? Od čvora na vratu do dijagnoze primarnog pleomorfnog dermalnog sarkoma(PDS)

UVOD

PDS je rijedak dermalni maligni tumor koji histološki vrlo sličan atipičnom fibroksantomu, svom manje agresivnom pandanu. Vrh incidencije mu je u osmom desetljeću, posebice na području glave i vrata gdje ultraljubičasto zračenje inducira oštećenja i imunosupresiju. Lokalni recidiv javlja se u 20-30% slučajeva, dok ćemo metastaze naći u 10-20%. Kirurško liječenje je zlatni standard.

PRIDRUŽENI SLUČAJ

Pacijentica u dobi od 81 godinu javila se na Zavod za otorinolaringologiju zbog pojave otekline uz donji rub desne parotide koja je perzistirala 3 mjeseca. Učinjenom citološkom punkcijom te biopsijom širokom iglom tumorske tvorbe nije se uspjelo izdiferencirati vrsta tumora, zbog čega je učinjena ekstripcija čvora. Nakon međunarodne konzultacije patologa patohistološki nalaz upućivao je na metastazu primarnog PDS u limfni čvor.

When you hear hoofbeats, don't look for zebras? From a painless nodule on the neck to a diagnosis of primary pleomorphic dermal sarcoma(PDS)

INTRODUCTION

PDS is a rare malignant tumor of the skin that is histologically very similar to atypical fibroxanthoma, its less aggressive counterpart. Peak incidence is in the eighth decade, especially in the head and neck region where ultraviolet radiation induces damage and immunosuppression. Local recurrence occurs in 20-30% of cases, while metastases are found in 10-20%. Surgical treatment is the gold standard.

CASE PRESENTATION

An 81-year-old woman with swelling near her right parotid gland for three months sought treatment at the Otorhinolaryngology department. The node was surgically removed since cytological puncture and a broad needle biopsy of the tumor mass were unable to distinguish the type of tumor. Pathology data revealed a lymph node metastasis of a primary PDS tumor following a global pathologist consultation.



Zbog nemogućnosti utvrđivanja primarnog tumora zatražena je reevaluacija parafinskih kocki kožnih tumora lica desno infraorbitalno i u području kapka odstranjenih godinu dana ranije, a koji su bili proglašeni gigantocelularnim tumorim. Dodatnim analizama navedenih preparata utvrđeno je da se radilo o PDS-u. Zbog komorbiditeta pacijentice, koji uključuje srčanu dekompenzaciju i postavljanje elektrostimulatora, odlukom onkološkog tima provedeno je konzervativno kirurško liječenje. Učinjena je totalna parotidektomija i selektivna disekcija vrata desno u regijama I-IV. Mjesec dana kasnije utvrđen je recidiv tumora u području ožiljka infraorbitalno te je isti odstranjen. Tri mjeseca kasnije na kontrolnom MSCT-u uočen je recidiv u desnoj submandibularnoj loži neodvojiva od lateralnog ruba mišićja dna usne šupljine, što je pacijentici uzrokovalo bolove prilikom hranjenja, te je učinjena ekstirpacija. Nakon 9 mjeseci ponovno se javio recidiv u postoperativnom području. Pacijentica je zračena konformlanim fotonskim snopovima linearnog akceleratora na koje je odlično reagirala, posebice za kontrolu boli.

ZAKLJUČAK

U praksi osim učestalih tumora treba poznavati i druge manje učestale tumore koji diferencijalno dijagnostički dolaze u obzir. Dodatno ovaj slučaj pokazuje koliko je bitna uloga svakog člana tima koji nam pomažu u ispravnom postavljanju dijagnoze.

KLJUČNE RIJEČI: čvor na vratu, metastaze, pleomorfni dermalni sarkom, radioterapija

Re-evaluation of paraffin blocks of skin cancers on the right infraorbital area and eyelid that were removed a year earlier and were labeled giant-cell tumors was required due to the inability to identify the source tumor. Additional analysis of these preparations showed that they were also PDS. Due to the patient's comorbidities, including heart failure and the implantation of a pacemaker, conservative surgical treatment was decided. Total parotidectomy and selective dissection of the neck on the right side in regions I-IV were performed. One month later, a tumor recurrence was found in the infraorbital scar area, which was removed. Three months later, a recurrence in the right submandibular area was observed on a follow-up MSCT scan, which was causing pain during feeding, and was surgically removed. After 9 months, a recurrence appeared in the postoperative area. The patient was treated with conformal photon beams from a linear accelerator, to which she responded very well, especially in controlling her pain.

CONCLUSION

Less common tumors should be considered in the differential diagnosis. This case highlights the crucial role of each team member in achieving an accurate diagnosis.

KEYWORDS: neck mass, metastases, pleomorphic dermal sarcoma, radiotherapy

Imunoterapija kao uspješan saveznik u borbi protiv karcinoma grkljana: Prikaz slučaja peristomalnog recidiva bolesti nakon totalne laringektomije



Stela Marković[1], Davor Kust[2]

[1] Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska / School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia

[2] Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice, Zagreb, Hrvatska / University Department of Oncology & Nuclear Medicine, University Hospital Centre Sestre Milosrdnice, Zagreb, Croatia

Imunoterapija kao uspješan saveznik u borbi protiv karcinoma grkljana: Prikaz slučaja peristomalnog recidiva bolesti nakon totalne laringektomije

UVOD

Najozbiljnija i najteža posljedica raka grkljana nakon totalne laringektomije je peristomalni recidiv bolesti. Prognoza je vrlo loša, a stopa mortaliteta iznosi i do >80%. Patofiziološki mehanizam razvoja peristomalnog recidiva je "sijanje" tumora na mjestu traheotomije, metastatsko širenje u pretrahealne i paratrahealne čvorove (osobito iz subglotisa), te izravno širenje tumora kroz tiroidnu hrskavicu, krikoidnu hrskavicu ili krikotiroidnu membranu.

PRIKAZ SLUČAJA

Kod pacijentice u dobi od 60 godina dijagnosticiran je planocelularni karcinom (PCC) grkljana. Učinjena je traheotomija s formacijom traheostome, napravljena je modificirana bilateralna disekcija vrata kao i totalna laringektomija.

Immunotherapy as a successful ally in the fight against laryngeal cancer: A case report of peristomal disease recurrence after total laryngectomy

INTRODUCTION

The most serious and difficult consequence of laryngeal cancer after total laryngectomy is peristomal recurrence. The prognosis is very poor, with a mortality rate of up to >80%. The pathophysiological mechanism of peristomal recurrence development includes "seeding" of the tumor at the tracheostomy site, metastatic spread to the pretracheal and paratracheal nodes (especially from the subglottis), and direct tumor spread through the thyroid cartilage, cricoid cartilage, or cricothyroid membrane.

CASE REPORT

A 60-year-old female patient was diagnosed with squamous cell carcinoma (SCC) of the larynx. Tracheotomy with tracheostomy formation, modified bilateral neck dissection, and total laryngectomy were performed.

Također, učinjena je i parcijalna faringektomija uz primarnu rekonstrukciju. Nakon kirurškog liječenja pacijentica je primila adjuvantnu kemoradioterapiju. Sedam mjeseci nakon završetka navedene terapije na kontrolnom MSCT-u pojavio se lokalni recidiv i to peristomalno što se javlja u svega 3-5% pacijenata nakon totalne laringektomije. Metastaze su pronađene i u više limfnih čvorova različitih regija vrata. Bolest je proglašena inoperabilnom te je odlučeno započeti sistemsku terapiju. Nakon dodatnih patoloških genetskih analiza započeta je imunoterapija pembrolizumabom, blokatorom PD-L1 receptora na tumorskim stanicama. Pacijentici je izračunat CPS (*Combined positive score*) koji je iznosio 78, a procjenjuje broj stanica koje imaju aktivnost PD-L1 (stanice tumora, limfociti, makrofagi) u odnosu na sve preostale stanice tumora koje su vijabilne. Navedeni skor upućivao je na visoku mogućnost pozitivne reakcije na liječenje. Uz imunoterapiju provedena je stereotaksijska radioterapija na mjesto primarne lezije i metastatskih čvorova. Bilježi se odličan rezultat liječenja, došlo je do kompletne regresije bolesti te su u bolesnice u tijeku redovite kontrole.

ZAKLJUČAK

Za pacijente s tumorima glave i vrata, a u ovom slučaju karcinoma grkljana, imunoterapija nudi nove i obećavajuće mogućnosti liječenja uz manji rizik nuspojava poznatih kod konvencionalne terapije.

KLJUČNE RIJEČI: imunoterapija, karcinom grkljana, laringektomija, peristomalni recidiv

Additionally, partial pharyngectomy with primary reconstruction was performed. After surgical treatment, the patient received adjuvant chemoradiotherapy. Seven months after the end of the mentioned therapy, a local recurrence appeared on the control MSCT, which was peristomal and occurs in only 3-5% of patients after total laryngectomy. Metastases were found in multiple lymph nodes of different neck regions. The disease was declared inoperable, and it was decided to start systemic therapy. After additional pathological genetic analyses, pembrolizumab immunotherapy was initiated, a PD-L1 receptor blocker on tumor cells. The CPS (*Combined positive score*) was calculated for the patient, which was 78, and it estimates the number of cells with PD-L1 activity (tumor cells, lymphocytes, macrophages) relative to all remaining viable tumor cells. This score indicated a high possibility of a positive reaction to the treatment. Stereotactic radiotherapy was performed at the site of the primary lesion and metastatic nodes along with immunotherapy. An excellent treatment result was achieved, complete regression of the disease occurred, and the patient is currently undergoing regular follow-up.

CONCLUSION

For patients with head and neck tumors, such as laryngeal cancer in this case, immunotherapy offers new and promising treatment options with a lower risk of side effects compared to conventional therapy.

KEYWORDS: immunotherapy, laryngeal cancer, laryngectomy, peristomal recurrence

HPV-pozitivan planocelularni karcinom glave i vrata

Dora Galić[1] , Barbara Bačun[1] , Petra Galić[2] ,
Zdravko Grnja[1], Dorotea Petrović[3]



[1] Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, Sveučilište J.J. Strossmayera u Osijeku, Osijek, Hrvatska/
Faculty of Dental Medicine and Health, J.J. Strossmayer University of Osijek, Osijek, Croatia

[2] Medicinski fakultet Osijek, Sveučilište J.J. Strossmayera u Osijeku, Osijek, Hrvatska / Faculty of Medicine,
J.J. Strossmayer University of Osijek, Osijek, Croatia

[3] Katedra za dentalnu medicinu, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, Sveučilište J.J.
Strossmayera u Osijeku, Osijek, Hrvatska / Department of Dental Medicine, Faculty of Dental Medicine and
Health, J.J. Strossmayer University of Osijek, Osijek, Croatia

HPV-pozitivan planocelularni karcinom glave i vrata

Planocelularni karcinom glave i vrata (HNSCC) šesti je najčešći karcinom u svijetu. Dok su uporaba duhana i zlouporaba alkohola vodeći uzroci HNSCC-a u grkljanu i usnoj šupljini, infekcija humanim papiloma virusom (HPV) primarni je uzrok HNSCC-a u ždrijelu. Perzistentna oralna HPV infekcija koja se prenosi orogenitalnim spolnim odnosom može uzrokovati prekanceroznu leziju, koja može napredovati sve do orofaringealnog planocelularnog karcinoma (OPSCC) ako se ne liječi. Međutim, nema puno dokaza koji podupiru povezanost HPV-a s orofaringealnim premalignim lezijama. Postoji preko 200 različitih tipova HPV-a. Visokorizični HPV, u čiju skupinu ubrajamo tip HPV16 i HPV18 uzrokuju anogenitalni karcinom i, u posljednje vrijeme sve češći, karcinom glave i vrata. Orofarinks kao najčešće mjesto lokalizacije HNSCC-a povezanog s HPV-om većinski je uzrokovan HPV16 tipom.

HPV-positive Head and Neck Squamous Cell Carcinoma

HNSCC (head and neck squamous cell carcinoma) is the world's sixth most common cancer. While tobacco use and alcohol abuse are the leading causes of HNSCC in the larynx and oral cavity, the main factor causing HNSCC in the pharynx is human papillomavirus (HPV) infection. Persistent oral HPV infection transmitted through orogenital sex can cause a precancerous lesion, which can progress to oropharyngeal squamous cell carcinoma (OPSCC) if left untreated. However, there is not much evidence to support the association of HPV with oropharyngeal premalignant lesions. There are more than 200 different HPV types. High-risk HPVs, like HPV16 and HPV18, are known to cause anogenital cancer and, recently more common HNSCC. HPV-related HNSCC is most commonly found in the oropharynx, with HPV16 being the most common type.



Karcinomi orofarinksa povezani s HPV infekcijom bivaju dijagnosticirani tek u III ili IV stadiju karcinoma pri čemu pacijenti najčešće dolaze sa kliničkom slikom prisutne mase u području vrata. Karcinomi povezani s HPV-om također mogu nastati u usnoj šupljini, grkljanu, sinonazalnom traktu, nazofarinksu i žlijezdama slinovnicama. Kombinacija p16 imunohistokemije i lančana reakcija polimeraze najčešće se koriste za dijagnosticiranje HPV-om izazvanog OPSCC-a. Kirurgija ili radioterapija primjenjuju se za liječenje tumora u ranom stadiju, dok se operacija i postoperativna ili preoperativna kemoterapija provode za liječenje uznapredovalih tumora. Bolesnici s HPV-pozitivnim OPSCC-om bolje reagiraju na liječenje nego pacijenti s HPV-negativnim OPSCC-om. Naglasak je pomaknut na prevenciju bolesti putem cijepljenja, edukacije i ranog otkrivanja. Unatoč naporima, stope cijepljenja protiv HPV-a i dalje su niske, osobito među muškarcima koji su nesrazmjerno više pogođeni ovom vrstom karcinoma. Zbog visoke prevalencije HPV-pozitivnog OPSCC-a, osobito među mladima, ključno je podići svijest o cijepljenju i usredotočiti se na rano otkrivanje ovog karcinoma.

KLJUČNE RIJEČI: Cjepiva protiv papiloma virusa; Humani papiloma virusi; Neoplazme glave i vrata; Orofaringealne neoplazme

HPV-associated oropharynx cancers are typically in Stage III or IV when diagnosed and usually present with a clinical picture of a neck mass. HPV has also been associated with cancers of the oral cavity, larynx, nasopharynx, sinonasal tract, and salivary gland. The most frequent methods for diagnosing HPV-driven OPSCC are p16 immunohistochemistry and polymerase chain reaction. Surgery or radiotherapy are used to treat early-stage tumors, whereas surgery and either postoperative or preoperative chemoradiation are used to treat advanced tumors. HPV-related OPSCC patients respond better to treatment than HPV-negative OPSCC patients. The emphasis has shifted to disease prevention via vaccination, education, and early detection. Despite efforts, HPV vaccination rates remain low, particularly among men who are disproportionately affected by these type of cancer. Because of the high prevalence of HPV-positive OPSCC, particularly among young people, it is critical to raise vaccination awareness and focus on the early detection of this cancer.

KEYWORDS: Head and Neck Neoplasms; Human Papillomavirus Viruses; Oropharyngeal Neoplasms; Papillomavirus Vaccines



Od promuklosti do karcinoma larinksa

Barbara Bačun[1], Dora Galić[1], Zdravko Grnja[1], Lucija Matić[1], Tihana Mendeš[2]



[1] *Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, Sveučilište J.J. Strossmayera u Osijeku, Osijek, Hrvatska / Faculty of Dental Medicine and Health, J.J. Strossmayer University of Osijek, Osijek, Croatia*

[2] *Katedra za otorinolaringologiju i maksilofacijalnu kirurgiju, Medicinski fakultet Osijek, Sveučilište J.J. Strossmayera u Osijeku, Osijek, Hrvatska / Department of Otorhinolaryngology and Maxillofacial Surgery, Faculty of Medicine, J.J. Strossmayer University of Osijek, Osijek, Croatia*

Od promuklosti do karcinoma larinksa

UVOD

Najrasprostranjeniji oblik karcinoma glave i vrata je planocelularni karcinom koji se razvija iz epitela sluznice usne šupljine, ždrijela i grkljana. Unatoč činjenici da se neke premaligne oralne lezije koje se u početku pojavljuju kao leukoplakija ili eritroplakija na kraju razviju u invazivni karcinom, većina pacijenata s uznapredovalim stadijem stiže u bolnicu bez prethodne povijesti premalignosti. Ovisno o stadiju, obično se liječi kirurškim zahvatom nakon kojeg slijedi adjuvantno zračenje ili kemoterapija sa zračenjem. Dugotrajna promuklost, kronična bol u jeziku, ulkusi u ustima koji ne zacjeljuju, bolno ili otežano gutanje i čvorovi na vratu, znakovi su koji mogu potaknuti doktore dentalne medicine da posumnjaju na planocelularni karcinom glave i vrata.

PRIKAZ SLUČAJA

Prikazan je 57-godišnji pacijent koji se žalio na promuklost koja ne prolazi, otežano i bolno gutanje te gubitak na težini unazad godinu dana. Kliničkim pregledom, patohistološkom dijagnostikom i radiološkom obradom utvrđen je planocelularni karcinom larinksa.

From Hoarseness to Laryngeal Cancer

INTRODUCTION

The most prevalent form of head and neck cancer, squamous cell carcinoma, develops from the mucosal epithelium of the oral cavity, pharynx, and larynx. Although premalignant oral lesions that initially appear as leukoplakia or erythroplakia develop into invasive carcinoma, most patients with advanced-stage arrive at the hospital with no prior history of premalignancy. Depending on the stage, it is usually treated with surgery followed by adjuvant radiation. The following signs should encourage medical professionals to check patients for head and neck squamous cell carcinoma: prolonged hoarseness, chronic sore tongue, non-healing mouth ulcers, painful or difficult swallowing, and neck nodules.

CASE STUDY

A 57-year-old patient who complained of persistent hoarseness, difficult and painful swallowing, and weight loss for the past year is presented. Clinical examination, radiological processing, and pathohistological diagnosis revealed squamous cell carcinoma of the larynx that had spread locally and metastasized to the neck lymph nodes.



Preporučeno je operativno liječenje na koje je bolesnik pristao te je učinjena totalna laringektomija, bilateralna selektivna disekcija vrata, desna lobektomija i traheotomija zbog planocelularnog karcinoma grkljana koji se lokalno proširio i metastazirao u limfne čvorove vrata. Nakon toga, provedeno je onkološko liječenje kemoradioterapijom prema protokolu liječenja. Ugrađena je govorna proteza. Tijekom oporavka nastala je cervikalna fistula, te je najprije učinjena plastika s lokalnim režnjem nakon toga i rekonstrukcija s mikrovaskularnim slobodnim režnjem. Otpušten je na kućnu njegu nakon tri tjedna hospitalizacije.

ZAKLJUČAK

Planocelularni karcinom koji je obično vezan uz dugogodišnju konzumaciju cigareta i alkohola, lošiji socioekonomski status također se povezuje s regurgitacijom želučanog sadržaja, a u zadnje vrijeme, češće se pojavljuje i u osoba mlađe životne dobi dobrog socioekonomskog statusa. S obzirom na važnost pušenja i konzumacije alkohola kao rizičnih čimbenika povezanih s karcinomom larinksa, doktor dentalne medicine, je od iznimne važnosti kako za rano otkrivanje, tako i za prevenciju u sklopu promocije zdravlja.

KLJUČNE RIJEČI: planocelularni karcinom, laringektomija, rano otkrivanje karcinoma

Operative treatment was recommended, to which the patient agreed, and total laryngectomy, bilateral selective neck dissection, right lobectomy, and tracheotomy were performed. After that, oncological treatment with chemoradiotherapy was carried out according to the treatment protocol. A speech prosthesis was installed. During the recovery, a cervical fistula was formed, and plastic surgery with a local flap was performed first, followed by reconstruction with a microvascular free flap. After three weeks of hospitalization, he was discharged.

CONCLUSION

Squamous cell carcinoma is usually associated with long-term cigarette and alcohol consumption, and lower socioeconomic status is also associated with regurgitation of gastric acid and has recently become more common in younger people with good socioeconomic status. From the health promotion perspective, the Doctor of Dental Medicine is highly important in the early identification and prevention of laryngeal cancer due to the significance of smoking and alcohol intake as risk factors for the disease.

KEYWORDS: Carcinoma, Squamous Cell, Laryngectomy, Early Detection of Cancer

TKO JE TU OPERATER? – PRIKAZ SLUČAJA

Mirta Peček[1], Siniša Stevanović[2]

[1] *Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu / School of Medicine,
University of Zagreb*

[2] *Klinika za otorinolaringologiju i kirurgiju glave i vrata, Klinički bolnički
centar Sestre milosrdnice / Department of Otorhinolaryngology and
Head and Neck Surgery, Clinical Hospital Center Sestre Milosrdnice*



TKO JE TU OPERATER? – PRIKAZ SLUČAJA

UVOD

Karcinom larinksa čini 1/3 svih karcinoma glave i vrata. Češće se javlja u muškaraca, pušača i osoba koje konzumiraju alkohol. Tumori u području glotisa očituju se promuklošću najčešće već u ranoj fazi bolesti. Rano postavljanje dijagnoze povećava vjerojatnost izlječenja i očuvanja funkcionalnosti larinksa. U dijagnostičkoj obradi, ali i postoperativnom praćenju, veliku važnost ima NBI (engl. Narrow-Band Imaging), endoskopska tehnika kojom se vizualiziraju abnormalni vaskularni uzorci sluznice povezani s premalignim ili malignim lezijama. Liječenje uključuje otvorenu kirurgiju, endoskopsku lasersku kirurgiju, radioterapiju, kemoterapiju ili njihovu kombinaciju. Cilj je ovog rada ukazati na važnost rane dijagnostičke obrade pacijenata s disfonijom.

PRIKAZ SLUČAJA

55-godišnja pacijentica, bez rizičnih čimbenika za nastanak karcinoma larinksa, upućena je u Kliniku za otorinolaringologiju radi obrade disfonije koja traje nekoliko tjedana. Indirektoskopski i fiberoptičkom laringoskopijom prikazana je polipozna lezija lokalizirana u prednjoj i srednjoj trećini lijeve glasnice.

WHO IS THE SURGEON? – A CASE REPORT

INTRODUCTION

Laryngeal cancer accounts for 1/3 of all head and neck cancers. It occurs more often in men, smokers, and people who consume alcohol. Tumors in the glottis area are manifested by hoarseness most often in the early stages of the disease. Early diagnosis increases the probability of preserving the functionality of the larynx. NBI (Narrow-Band Imaging), an endoscopic technique that visualizes abnormal vascular patterns is of great importance in the diagnostic process, as well as in postoperative monitoring. Treatment includes open surgery, endoscopic laser surgery, radiotherapy, chemotherapy, or a combination of these. This paper aims to show the importance of early diagnostic treatment of patients with dysphonia.

CASE STUDY

A 55-year-old female, with no risk factors for laryngeal cancer, was referred to the ENT department because of dysphonia, which has lasted for several weeks. Indirect and fiberoptic laryngoscopy showed a polyposis lesion localized in the left vocal cord.



Pacijentica je zatim upućena u fonijatrijsku ambulantu gdje je učinjena fiberoptička laringoskopija s NBI, kojom je potvrđena lezija lijeve glasnice s neoangiogenim uzorkom, čime se postavila sumnja na malignitet. Radi uklanjanja tumora i patohistološke analize indicirana je laringomikroskopija s transoralnom laserskom mikrokirurgijom. Nakon uvođenja u opću anesteziju, učinjena je laringomikroskopija koja je pokazala krvarenje i odsutnost tumora na prethodno vizualiziranom mjestu tumora. S obzirom na to da je tumor otkinut tijekom intubacije, reseciran je ventrikularni nabor radi bolje vizualizacije, kao i dodatni rubovi tumora s bazom tumora te su uzorci poslani na hitnu, ex tempore biopsiju. Nalaz je potvrdio nepostojanje tumora. Bronhoskopski je nađeno nekoliko komadića tumora u traheji i bronhima. Tumor je ekstrahiran i dijelom aspiriran te je poslan na patohistološku analizu, a nalaz je potvrdio da se radi o karcinomu in situ. Rani postoperativni tijek protekao je bez komplikacija. Pacijentica se redovito prati kod fonijatra, nema recidiva tumora, a glas joj se potpuno vratio.

KLJUČNE RIJEČI: disfonija; karcinom larinksa; NBI

The patient was then referred to the phoniatic clinic, where a fiberoptic laryngoscopy with NBI was performed, which confirmed a lesion of the left vocal cord with a neoangiogenic pattern, thus raising the suspicion of malignancy. Laryngomicroscopy with transoral laser microsurgery is indicated for tumor removal and pathohistological analysis. After induction into general anesthesia, a direct laryngomicroscopy was performed, which showed bleeding and the absence of a tumor at the previously visualized tumor site. Given that the tumor was torn off during intubation, the ventricular fold was resected for better visualization, as well as additional tumor margins with the tumor base, and the samples were sent for ex tempore biopsy. The findings confirmed the absence of tumor. Bronchoscopically, several pieces of tumor were found in the trachea and bronchi. The tumor was extracted and sent for pathohistological analysis, which confirmed that it was carcinoma in situ. The early postoperative course was uneventful. The patient is regularly monitored by a phoniatic, there is no recurrence of the tumor, and her voice has completely recovered.

KEYWORDS: dysphonia; laryngeal cancer; NBI



Metahroni karcinom jezika: prikaz slučaja i osvrt na dijagnostičke modalitete pregleda

Dragoljub Đokić[1], Svetlana Antić[2], Biljana Marković- Vasiljković[2], Branko Dožić[3], Zvezdana Tepavčević[3]



[1] Stomatološki fakultet, Univerziteta u Beogradu, Srbija / *School of Dental medicine, University of Belgrade, Serbia*

[2] Centar za radiološku dijagnostiku, Stomatološki fakultet, Univerziteta u Beogradu, Srbija / *Center for Radiological Diagnostics, School of Dental medicine, University of Belgrade, Serbia*

[3] Institut za Oralnu patologiju, Stomatološki fakultet, Univerziteta u Beogradu, Srbija / *Institute of Oral pathology, School of Dental medicine, University of Belgrade, Serbia*

Metahroni karcinom jezika: prikaz slučaja i osvrt na dijagnostičke modalitete pregleda

UVOD U TEMU

Oralni karcinom je po zastupljenosti šesta najčešća maligna bolest u svetu, dok planocelularni karcinom čini gotovo 90% svih malignih tumora sa oralnom lokalizacijom. Zlatni standard u dijagnostici oralnog karcinoma je biopsija i patohistološka verifikacija, pri čemu se može primeniti „punch“ biopsija, inciziona biopsija ili eksciziona biopsija kod manjih lezija. Radiološka dijagnostika ima ulogu u proceni ekstenzivnosti i dubine infiltracije tumorske lezije, kao i u određivanju stadijuma bolesti. Radiološke dijagnostičke metode koje se koriste su magnetno rezonantni imidžing (MRI), kompjuterizovana tomografija (CT), dok se u poslednje vreme sve više ističe značaj intraoralne ultrasonografije (IOUS) u detekciji manjih-inicijalnih lezija i u proceni dubine invazije kao jednog od najznačajnijih prognostičkih faktora.

Metachronous carcinoma of the tongue: case report and review of diagnostic examination modalities

INTRODUCTION TO THE TOPIC

Introduction to the topic: Oral cancer is the sixth most common malignant disease in the world, while squamous cell carcinoma accounts for almost 90% of all oral cavity malignoms. The gold standard in the diagnosis of oral cancer is biopsy and histopathological verification (HP), whereby a "punch" biopsy, incisional or excisional biopsy-for minor lesions can be used. Radiological diagnostics has a role in assessing the extent and depth of tumor invasion (DOI), as well as in determining the disease stage. Computed tomography (CT) and magnetic resonance imaging (MRI) are commonly used methods, while recently intraoral ultrasonography (IOUS) has been highlighted as a valuable method in the detection of initial lesions, and the assessment of DOI, which is one of the most important prognostic factors.



PRIDRUŽENI SLUČAJ

Pacijent M.P. rođen 1958. godine dolazi na kontrolni CT pregled glave i vrata deset godina nakon operativnog lečenja tumorske promene jezika levo i supraomohoidne disekcije vrata levo sa ekscizijom tumorske mase. Na bočnoj ivici jezika desno, aktuelnim CT pregledom je detektovana nepravilna, neoštro demarkirana, centralno ulcerisana, postkontrastno umereno opacifikovana formacija, promera oko 23mm, procenjene dubine invazije do maksimalno 9mm. Na vratu i supraklavikularno obostrano nisu detektovani znaci limfadenomegalije. Pacijent je pregledan i metodom intraoralnog ultrazvuka, pri čemu je procenjena dubina invazije lezije 8mm, korelirana sa odgovarajućom merom na CT pregledu. PH nalaz je ukazao na invazivni planocelularni karcinom na prethodno intaktnoj- kontralateralnoj površini jezika, sa procenjenom dubinom invazije 6mm, odstupajući za 2 mm od IOUS i za 3 mm u odnosu na CT.

ZAKLJUČAK

Ovo je redak primer metahronog tumora jezika sa vremenskim razmakom od 10 godina. Imajući u vidu ograničenja CT metode usled mogućih artefakata poreklom oddentalnih metalnih restauracija, IOUS se namaće kao pouzdano i neškodljivo dijagnostičko sredstvo u detekciji i proceni dubine invazije oralnih karcinoma dostupne lokalizacije.

KLJUČNE REČI: oralni karcinom, intraoralna ultrasonografija, karcinom jezika, kompjuterizovana tomografija, dentomaksilofacijalna radiologija

ASSOCIATED CASE

Patient M.P. (1958), comes for a follow-up head and neck CT examination, ten years after surgical excision of a left margin tongue cancer with same side supraomohyoid neck dissection. Current CT examination detected an irregular, unsharply demarcated, centrally ulcerated, moderately opacified formation, 23mm in length, with estimated DOI up to 9 mm- on the opposite-right tongue margin. Cervical lymphadenomegaly was not detected. The patient was then examined by the IOUS with DOI estimation of 8 mm, and correlated with the corresponding CT measure. HP indicated an invasive planocellular carcinoma on the previously intact- contralateral tongue margin, with an estimated DOI of 6 mm, deviating by 2 mm from IOUS and by 3 mm compared to CT.

CONSLUSION

This is a rare example of a metachronous tongue cancer with a time interval of 10 years. Considering the limitations of the CT method in terms of artifacts originating from metal tooth restoration, IOUS is considered a reliable and harmless diagnostic tool in the detection and assessment of the oral carcinomas DOI in reachable mouth regions.

KEYWORDS: oral cancer, intraoral ultrasonography, tongue cancer, computed tomography, dentomaxillofacial radiology

Primena transepitelne biopsije u dijagnostici skvamocelularnog karcinoma jezika – prikaz slučaja

Marija Diković [1], Čedomir Kuzmanović[2],
Ana Pucar [3], Drago Jelovac[4]



[1] Stomatološki fakultet, Univerzitet u Beogradu, Srbija/ *Faculty of Dental Medicine, University of Belgrade, Serbia*

[2] Specijalistički studij, Klinika za maksilofacijalnu hirurgiju, Stomatološki fakultet Beograd, Univerzitet Beograd, Srbija / *Residency program, Clinic for Maxillofacial surgery, Faculty of Dental Medicine, University of Belgrade, Serbia*

[3] linika za parodontologiju i oralnu medicinu, Stomatološki fakultet Beograd, Univerzitet Beograd, Srbija / *Clinic for periodontology and Oral Medicine, Faculty of Dental Medicine, University of Belgrade, Serbia*

[4] Klinika za maksilofacijalnu hirurgiju, Stomatološki fakultet Beograd, Univerzitet Beograd, Srbija / *Clinic for Maxillofacial surgery, Faculty of Dental Medicine, University of Belgrade, Serbia*

Primena transepitelne biopsije u dijagnostici skvamocelularnog karcinoma jezika – prikaz slučaja

UVOD U TEMU

Eksfolijativna citologija ili transepitelna biopsija četkicom predstavlja neinvazivnu dopunsku dijagnostičku metodu standardnoj hirurškoj biopsiji. Analizom citološkog uzorka prikupljenog četkicom određuje se tip ćelija u suspektnoj epitelnoj leziji. Prema stepenu atipije ćelije razmaza podeljene su u šest grupa označenih od A do F, idući od normalnog nalaza ka izraženoj atipiji. Citološki nalaz poredi se sa histopatološkim, sa veoma dobrim stepenom slaganja u prethodnoj studiji ($\kappa=0,772$, $p<0,001$).

PRIDRUŽENI SLUČAJ

Pacijent starosti 66 godina upućen je na Kliniku za oralnu medicinu radi bolne promene na ventralnoj strani jezika sa desne strane koja je bila prisutna 2 meseca. Anamnestički je utvrđeno da pacijent boluje od aritmije i hiperlipoproteinemije. Negirao je alergije.

Use of the transepithelial biopsy in the diagnosis of squamous cell carcinoma of the tongue – case report

INTRODUCTION TO THE TOPIC

Transepithelial brush biopsy is a non-invasive auxiliary diagnostic method to standard surgical biopsy. Cell type in the suspected epithelial lesion is determined by analyzing cytological sample collected with a brush. According to the degree of atypia, cells collected in the smear are divided into six groups marked from A to F, going from normal findings to marked atypia. In the previous study, cytological findings were compared to histopathological one, with very good degree of agreement ($\kappa=0.772$, $p<0.001$).

ASSOCIATED CASE

A 66-year-old patient was referred to the Clinic for Oral Medicine because of a painful lesion on the ventral side of the tongue on the right side that had been present for 2 months. Anamnestic data indicated that patient suffered from arrhythmia and hyperlipoproteinemia.



Nije konzumirao cigarete 40 godina, dok je alkohol konzumirao 6 puta mesečno. Od lokalnih etioloških faktora uočene su oštre ivice zuba kao faktor iritacije sluzokože.

Promena je klinički odgovarala leukoplakiji sa centralnom ulceracijom. Ciljanim intraoralnim ultrasonografskim pregledom jezika pre biopsije utvrđena je dužina promene 16mm, dubine invazije 2.5mm koja je mesec dana nakon biopsije iznosila 4-5mm. MSCT sa intravenskim kontrastom utvrđeno je odsustvo metastaza u regionalnim limfnim čvorovima kao i udaljenih metastaza u grudnom košu i abdomenu. Sa površine promene najpre je uzet citološki a zatim uzorak za histopatološku analizu, oba sa imunohistohemijskim bojenjem podoplaninom. HP nalaz odgovarao je displaziji visokog gradusa, sa ćelijama pozitivnim na D2-40 bojenje dok je citološki nalaz ukazivao invazivniju leziju zbog prisustva atipičnih ćelija grupe E i F koje odgovaraju nalazu invazivnog karcinoma sa D2-40 pozitivnim ćelijama. U skladu sa HP nalazom urađena je supraomohoidna disekcija vrata, pri čemu su uklonjeni limfni čvorovi od I do IV nivoa sa desne strane uz kompletno uklanjanje promene na jeziku do u zdravo tkivo. Konačna HP dijagnoza je bila invazivni skvamocelularni karcinom, stadijum T1N0M0.

KLJUČNE REČI: transepitelna biopsija, oralni karcinom, oralne potencijalno maligne lezije

He hasn't been consuming cigarettes for 40 years. Sharp edges of the teeth were observed as local factor of irritation. The lesion clinically corresponded to leukoplakia with central ulceration. Targeted intraoral ultrasonographic examination of the tongue showed 16 mm lesion's length, with a depth of invasion of 2.5 mm at the first exam, with progression to 4-5 mm one month after biopsy. MSCT with intravenous contrast revealed absence of regional nodal or distant metastases. Both cytological and tissue samples were immunohistochemically stained for Podoplanin (D2-40). The HP finding corresponded to high-grade dysplasia, with cells positive for D2-40 staining, while the cytological finding indicated invasive lesion due to the presence of atypical cells of groups E and F. In accordance with histopathological finding, extended supraomohyoid dissection of the neck was performed, with removal of lymph nodes from I to IV levels on the right side, including the complete removal of the tongue lesion with margins in the healthy tissue. The final HP diagnosis was invasive squamous cell carcinoma, stage T1N0M0.

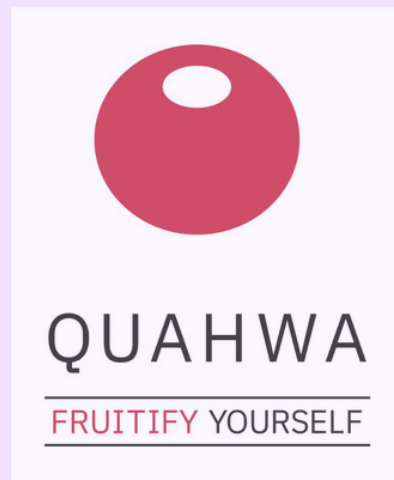
KEYWORDS: transepithelial biopsy, oral cancer, oral potentially malignant lesion



Udruga studenata dentalne medicine



BIORELA[®]



CURAPROX

