

Drugi 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: **2022**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:127:675552>

Rights / Prava: [Attribution-ShareAlike 4.0 International/Imenovanje-Dijeli pod istim uvjetima 4.0 međunarodna](#)


Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-20**



Repository / Repozitorij:

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



The background features several faint, white line-art profiles of human faces in various orientations, creating a layered and artistic effect. The text is centered within a rounded rectangular frame.

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

ZBORNIK SAŽETAKA

18.-19. OŽUJAK 2022.
ZAGREB

Informacije o kongresu

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

Datum održavanja: 18. i 19. ožujak 2022.

Mjesto održavanja: Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Bodovi prema pravilniku HLK: 10 (pasivni), 15 (aktivni)

Mentori projekta: prof. dr. sc. Ivan Alajbeg (alajbeg@sfzg.hr)
prof. dr. sc. Drago Prgomet (dprgomet2@gmail.com)

Predsjednica organizacijskog odbora: Monika Burja (mburja@sfzg.hr)

Članovi organizacijskog odbora: Monika Burja, Magdalena Hajpek,
Domagoj Kilić, Gabriela Ljubičić, Ana Marošević, Luka Šimunović,
Bruno Špiljak, Lara Vranić, Mihaela Vrebać, Andrej Žugaj i Paula Žugec

Impressum

Organizator: Udruga studenata dentalne medicine – Oral cancer week

Suorganizator: Hrvatsko društvo za tumore glave i vrata

Mentori projekta: prof. dr. sc. Ivan Alajbeg, prof. dr. sc. Drago Prgomet

Urednice Zbornika: Monika Burja, Mihaela Vrebac, Paula Žugec

Dostupno u online izdanju putem www.ohancaw.hr

Uvodna riječ

Istinit i pravi cilj znanosti nije pak nikakav drugi, nego da se ljudskom životu daju nove spoznaje i bogatstva.

– Francis Bacon

Dragi sudionici,

pred Vama se nalazi Zbornik radova *Drugog studentskog kongresa: priča o oralnom karcinomu – upoznaj i prepoznaj!*, koji se ove godine održao 18. i 19. ožujka. Zbornik sadrži sažetke predavanja, Okruglog stola i studentskih radova.

Od samog početka stvaranja koncepta ovog kongresa, vodile su nas želja za znanjem i dobrobiti naših pacijenata. Mi doista vjerujemo da su preventiva i znanje najbolji načini kako možemo pobijediti (svaki!) karcinom, stoga je svrha i ovogodišnjeg kongresa bila podizanje svjesnosti o oralnom karcinomu, kako među kolegama, tako i diljem Lijepe naše ali i šire! U ostvarivanju tog cilja pomogli su nam etablirani hrvatski stručnjaci iz područja oralne medicine i kirurgije, epidemiologije, otorinolaringologije, patologije, onkologije i radiologije, maksilofacijalne kirurgije i dermatovenerologije, psihijatrije, logopedije i nutricionizma. Šarolikost u specijalnostima imala je za svrhu istaknuti važnost multidisciplinarnog pristupa u liječenju oralnog karcinoma. Ovakav princip liječenja karcinoma, ali i svake druge bolesti, u skoroj bi budućnosti trebao postati imperativ zdravstva. Upravo je naglasak na multidisciplinarnom liječenju bila glavna tema ovogodišnjeg Okruglog stola, čiji su sudionici svojim znanjem i sposobnostima podigli *Drugi* kongres na posve novu razinu.

Želja nam je i na ovaj način pokazati svim oboljelima od ovog karcinoma kako nisu sami te da su nam upravo oni motivacija za svakodnevni napredak, ali i za nadolazeći *Treći* kongres.

Ovim putem zahvaljujem Stomatološkom fakultetu, sudionicima, predavačima te posebno mentorima - prof. dr. sc. Ivanu Alajbegu i prof. dr. sc. Dragi Prgometu na realizaciji našeg projekta.

Posebne emocije i zahvalnost vežu me za članove Organizacijski odbora – Magdalena Hajpek, Domagoj Kilić, Gabriela Ljubičić, Ana Marošević, Luka Šimunović, Bruno Špiljak, Lara Vranić, Mihaela Vrebac, Andrej Žugaj, Paula Žugec. Uspjeh ovog događaja rezultat je vaše posebne energije i ogromnog odricanja.

Do nekog novog susreta,
s radošću,



Monika Burja
Predsjednica Organizacijskog odbora

Hodogram

Petak 18. ožujak

- 12:30-12:55** REGISTRACIJA SUDIONIKA (za sudionike uživo)
- 13:00-13:30** prof. Nathaniel Triester - Immune check point inhibitors
- 13:30-13:45** OTVARANJE KONGRESA
- 13:45-14:15** doc. dr. sc. Mario Šekerija - Epidemiologija oralnog karcinoma u Hrvatskoj i svijetu
- 14:15-14:45** dr. sc. Marin Prpić - Reiradijacija tumora glave i vrata
- 14:45-15:30** PAUZA
- 15:30-16:00** dr. Majana Soče - Što znamo o nepoznatnom primarnom tumoru glave i vrata?
- 16:00-17:00** Studentska sekcija za ORL i kirurgiju glave i vrata i dr. sc. Andrijana Jović - Radionica UZV vrata
- 17:00-17:30** doc. dr. sc. Emil Dediol - T1/T2N0 oralni karcinom: wait and see ili elektivna disekcija vrata?
- 17:30-18:00** PAUZA
- 18:00-18:30** doc. dr. sc. Marko Granić - Osteoradioneleza kod pacijenata zračenih u području glave i vrata
- 18:30-19:00** doc. dr. sc. Darko Solter - Rekonstruktivne tehnike u operacijama malignih tumora usne šupljine
- 19:00-19:30** akademkinja Mirna Šitum - Melanom usne šupljine

Hodogram

Subota 19. ožujak

- 8:30-8:55** REGISTRACIJA SUDIONIKA (za sudionike uživo)
- 9:00-9:30** doc. dr. sc. Krešimir Gršić - Kako kroz suradnju stomatologa i kirurga glave i vrata unaprijediti kvalitetu života bolesnika s tumorima usne šupljine?
- 9:30-10:30** prof. dr. sc. Vlaho Brailo - Kako pregledati oralnu sluznicu (predavanje i radionica)
- 10:30-11:00** prof. dr. sc. Ivan Alajbeg i prof. dr. sc. Sven Seiwert - Proliferativna verukozna leukoplakija
- 11:00-11:30** doc. dr. sc. Danica Vidović Juras - Prepoznavanje rizičnih čimbenika za oralni karcinom i sustav praćenja
- 11:30-12:00** doc. dr. sc. Božana Lončar Brzak - Sumnjiva lezija u usnoj šupljini - što i kako dalje?
- 12:00-12:20** PAUZA
- 12:20-12:50** prof. dr. sc. Marinka Mravak Stipetić - Zbrinjavanje pacijenata s oralnim karcinomom u primarnoj stomatološkoj ordinaciji
- 12:50-13:20** prof. dr. sc. Majda Vučić - Imunohistokemijska analiza karcinoma usne šupljine
- 13:20-14:05** Predstavljanje studentskih radova
- 14:20** Proglašenje najboljeg studentskog rada
- 14:20-15:15** RUČAK
- 15:15-16:45** Okrugli stol i zatvaranje kongresa - moderator: prof. dr. sc. Drago Prgomet, prof. dr. sc. Ivan Alajbeg, doc. dr. sc. Krešimir Gršić, Igor Salopek dr. med., Ivana Šimić mag. logoped, prof. dr. sc. Darija Vranešić Bender mag. nutr.

Sažeci predavanja

doc. dr. sc. Mario Šekerija <i>Epidemiologija oralnog karcinoma u Hrvatskoj i u svijetu</i>	11
dr. sc. Marin Prpić <i>Reiradijacija tumora glave i vrata</i>	12
dr. Majana Soče <i>Što znamo o nepoznatom primarnom tumoru glave i vrata</i>	14
doc. dr. sc. Emil Dediol <i>T1/T2N0 oralni karcinom: wait and see ili elektivna disekcija vrata</i>	15
doc. dr. sc. Marko Granić <i>Osteoradione kroza kod pacijenata zračenih u području glave i vrata</i>	16
doc. dr. sc. Darko Solter <i>Rekonstruktivne tehnike u operacijama malignih tumora usne šupljine</i>	17
doc. dr. sc. Krešimir Gršić <i>Kako kroz suradnju stomatologa i kirurga glave i vrata unaprijediti kvalitetu života bolesnika s tumorima usne šupljine?</i>	18
prof. dr. sc. Vlaho Brailo <i>Kako pregledati oralnu sluznicu?</i>	20
prof. dr. sc. Ivan Alajbeg <i>PVL - Prolifertivna verukozna leukoplakija</i>	21
doc. dr. sc. Danica Vidović Juras <i>Prepoznavanje rizičnih čimbenika za oralni karcinoma i sustav praćenja</i>	23
doc. dr. sc. Božana Lončar Brzak <i>Sumnjiva lezija u usnoj šupljini - što i kako dalje?</i>	24
prof. dr. sc. Majda Vučić <i>Imunohistokemijska analiza karcinoma usne šupljine</i>	25

Okrugli stol

Uvodna riječ moderatora - prof. dr. sc. Drago Prgomet	27
prof. dr. sc. Drago Prgomet <i>Značaj multidisciplinarnog tima (MDT) u liječenju karcinoma usne šupljine.....</i>	28
Ivana Šimić, mag. log. <i>Funkcionalni poremećaji i rehabilitacija glasa, govora i gutanja u bolesnika s s oralnim karcinomom.....</i>	29
Igor Salopek, dr. med. <i>Psihosocijalni aspekti oralnog karcinoma.....</i>	31

Poster prezentacije

Stela Marković, Josipa Živko, doc. dr. sc. Krešimir Gršić <i>Oralni karcinom u mlade žene bez rizičnih čimbenika – prikaz slučaja</i>	33
Dora Zagorac, dr. sc. Marin Prpić <i>IMRT reiradijacija karcinoma glave i vrata – prikaz slučaja</i>	35
Josipa Živko, Stela Marković, Filip Matovinović, dr. sc. Andro Košec <i>Chimeric (mega) flap of the subscapular artery in the reconstruction of a composite oromandibular defect</i>	38
Mirta Peček, Siniša Stevanović <i>Uspješno liječenje karcinoma larinksa CO2 laserom – prikaz slučaja</i>	41
Lucia Bekić, Mirella Graffel, Igor Salopek <i>Uloga psihijatrije u zajednici u pristupu osobama s povećanim rizikom od razvoja oralnog karcinoma</i>	44
Mirella Graffel, Lucia Bekić, Domagoj Lasić <i>Prikaz pacijenta s vestibularnim švanomom</i>	45
Danica Izgarević, Ana Lipovina, doc. dr. Tanja Boljevic <i>Leukoplakija – prikaz slučaja</i>	47
Marija Diković, prof. dr. Ana Pucar, dr. sc. Sanja Petrović <i>Eksfolijativna citologija u dijagnostici premalignih i malignih epitelnih lezija oralne sluzokože</i>	49

Stručna komisija za ocjenu studentskih sažetaka:

Prof. dr. sc. Drago Prgomet

Prof. dr. sc. Ivan Alajbeg

Doc. dr. sc. Krešimir Gršić

Bruno Špiljak

The image features a dark purple background with a large, rounded rectangular frame in a lighter shade of purple. Inside and around this frame are several abstract line drawings of human faces, rendered in a light, sketchy style. The faces are shown in various orientations, some in profile and others more frontal, with simple lines defining the eyes, nose, and mouth. The overall aesthetic is minimalist and artistic.

Sažeci predavanja

Epidemiologija oralnog karcinoma u Hrvatskoj i svijetu

doc. dr. sc. Mario Šekerija

Hrvatski zavod za javno zdravstvo

mario.sekerija@hzjz.hr



Rak glave i vrata je važan javnozdravstveni problem današnjeg svijeta; oralni rak (ili oralni karcinom, kao često korišteni termin) je važna podskupina ovog sijela raka. Najvažniji rizični čimbenici za nastanak ovog raka su alkohol i pušenje; ogromnu većinu slučajeva čini planocelularni karcinom.

Međunarodne usporedbe i procjene trendova komplicirane su nekonzistentno korištenom terminologijom, odnosno različitim definicijama koje se koriste kad govorimo o oralnom raku. Ako se držimo one najjednostavnije (MKB-10 dijagnoze od C00-C06), procjenjuje se da je u svijetu 2020. godine oboljelo gotovo 380.000 ljudi, a umrlo gotovo 180.000. To ga čini 16. rakom i po broju novih slučajeva i po broju smrti; ukoliko ga promatramo zajedno s rakom orofarinksa (MKB-10 C09-C10), na rubu je vodećih 10 sijela raka. Procjene su napravljene temeljem podataka populacijskih registara za rak i sustava statistika o umrlim osobama.

U usporedbi sa zemljama EU, Hrvatska je zemlja srednje incidencije i mortaliteta od oralnog raka. Prema podacima za 2019. godinu bila su 332 nova slučaja (234 u muškaraca) oralnog raka, a 120 novih slučajeva raka orofarinksa (103 u muškaraca). Dobno-specifične stope incidencije su najviše u starijim dobnim skupinama. Dobno-standardizirana stopa incidencije od 2001. do 2019. je u padu od 1,1% godišnje (najvećim dijelom zbog pada incidencije u muškaraca), a mortalitet je u padu od 0,9% godišnje, također zbog pada vidljivog u muškom spolu. Nažalost, gotovo polovica svih slučajeva u Registru za rak u proteklom petogodišnjem periodu nema zabilježen podatak o stadiju bolesti prilikom otkrivanja.

Potrebne su metode primarne (prevencija rizičnih čimbenika), sekundarne (rano otkrivanje bolesti) i tercijarne prevencije (učinkovito liječenje), uz multisektorsku suradnju, kako bi se učinkovito pristupilo ovom javnozdravstvenom problemu.

Reiradijacija tumora glave i vrata

dr. sc. Marin Prpić

Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice, Klinika za onkologiju i radioterapiju

marin.prpic@kbcsm.hr



Unazad nekoliko godina preživljenje bolesnika s karcinomom glave i vrata je sve dulje zahvaljujući sve boljem sustavnom i potpornom liječenju, ali i sve preciznijim tehnikama radioterapije kao što su IMRT i VMAT. Unatoč tome 30-50% bolesnika će razviti lokalni recidiv bolesti, 14,2% drugi primarni tumor te 5-7% izoliran povrat bolesti na području vrata.

Kod takvih bolesnika ponovno ozračivanje glave i vrata – reiradijacija predstavlja jednu od opcija liječenja, posebno ukoliko bolest nije operabilna. Ovakvo liječenje je zahtjevno, jer se radi o anatomske regiji koju karakteriziraju brojni organi od rizika, što povećava rizik morbiditeta i smrtnosti. Kao što je pokazano u retrospektivnoj studiji León-a i suradnika, bolesnici s karcinomom glave i vrata imaju visok rizik od nastanka uzastopnih neoplazmi. Svaki sljedeći tumor ima lošiju prognozu od prethodnog, tako da petogodišnje preživljenje nakon prvog, drugog, trećeg i četvrtog tumora u glavi i vratu iznosi 67,6%, 56,1%, 45,0%, odnosno 32,1%. Prognostički faktori koje treba uzeti u obzir prilikom izbora liječenja su: opće stanje i komorbiditeti bolesnika, vrijeme proteklo od prethodnog liječenja, lokacija tumora, stadij bolesti, postojanje metastaza, funkcionalni aspekt faringo-larinksa, operabilnost, ranija doza i tehnika provedene radioterapije. Sve bolesnike je potrebno prezentirati na Multidisciplinarnom timu koji ima ključnu ulogu u odabiru i krojenju strategije liječenja. Perzistentna bolest se definira kao bolest koja je prisutna i 6 mjeseci od inicijalnog liječenja te ukoliko je već provedena radioterapija, bolesnika se upućuje na operativni zahvat, no ukoliko to nije moguće na paliјativno i simptomatsko liječenje.

Drugi primarni tumor može biti sinkron (javlja se unutar 6 mjeseci nakon primarnog) ili metakron (više od 6 mjeseci nakon primarnog tumora). Razlikujemo lezije koje su nastale 2 cm od primarnog tumora te lezije koje su nastale na istom mjestu ili 2 cm, ali nakon više od 3 godine nakon pojave primarnog tumora. U slučaju reiradijacije ciljni volumen treba uključivati regije vrata Ia do V te retrofaringealne, retrostiloidne i parotidne limfne čvorove, neovisno o N stadiju bolesti. Radioterapija se ne provodi na regije limfnih čvorova koje su ranije tretirane. Lokalni povrat bolesti definiramo kao lezije koje se nalaze < 2cm od mjesta primarnog tumora i javljaju se unutar 3 godine nakon liječenja primarnog tumora. U ovom slučaju reiradijacija se provodi samo na tumor i/ili limfni čvor, bez profilaktičke radioterapije na regije limfne drenaže vrata. Ukupna aplicirana doza u reiradijaciji ovisi o dozno volumenim ograničenjima na organe od rizika uzevši u obzir ranije isporučenu dozu, a standardno se daje 1,8 – 2 Gy po frakciji.

Reiradijacija tumora glave i vrata

Što se tiče tehnike isporuke radioterapije trenutni standard predstavlja IMRT (engl. Intensity-modulated radiation therapy) odnosno radioterapija snopovima promjenjivog intenziteta koja koristeći 3D prikaz tijela, prilikom isporuke radioterapije mijenja intenzitet zračenja ovisno o pojedinom kutu, kao i oblik zrake kako bi pratio oblik tumora.

Sve češće se koristi tehnika SBRT-a (engl. Stereotactic body radiation therapy), odnosno stereotaktična radiokirurgija, u kojoj se za razliku od IMRT-a, aplicira u do pet frakcija, ali s visokom dozom po frakciji uz ukupnu dozu od 20 do 44 Gy. Odabir bolesnika je posebno bitan, zato što ova metoda liječenja i dalje nije jednako vrijedna opcija liječenja kod bolesnika s rekurentnom bolešću koji su podobni za operativni zahvat. Bolesnici s lošom prognozom koji razviju recidiv unutar 3 do 4 mjeseca od prethodnog konvencionalnog zračenja, i/ili imaju očekivani životni vijek manji od 6 mjeseci neće imati koristi od SBRT-a i treba ih uputiti na palijativno liječenje. Posebnu pozornost treba posvetiti bolesnicima čiji tumor obuhvaća više od 180° cirkumferencije karotidne arterije, jer oni imaju visoku stopu sindroma rupture karotide (engl. carotid blowout syndrome), koja često završava smrtnim ishodom. Druge ozbiljne i značajne toksičnosti (gradus 3 i 4) uključuju upalu sluznice, disfagiju, ulceraciju kože ili sluznice, stvaranje fistula, nekrozu kostiju i mekih tkiva, kserostomiju, paralizu kranijalnih živaca, krvarenje iz velikih krvnih žila te moždanu nekrozu i mijelopatiju kralježnične moždine. Obzirom da je većina rađenih studija retrospektivnog dizajna, vrlo je teško definirati točna dozno volumna ograničenja za organe od rizika nakon koje se učestalost toksičnosti značajno povećava.

U zaključku treba napomenuti kako je reiradijacija složen, ali često i jedini modalitet liječenja kod bolesnika s drugim primarnim tumorom i/ili lokalnim povratom bolesti. U obzir treba uzeti brojne faktore koje se tiču osobina samog bolesnika, njegove bolesti kao i ukupnu dozu i tehniku provođenja radioterapije, poštujući dozno volumna ograničenja na organe od rizika kako bi se smanjila toksičnost i u najgorem slučaju smrtni ishod. Odluku o liječenju pojedinog bolesnika treba donijeti dobro uigrani multidisciplinarni tim.

Što znamo o nepoznatnom primarnom tumoru glave i vrata?



dr. Majana Soče

Klinički bolnički centar Zagreb, Klinika za onkologiju

majana.soce@gmail.com

Nepoznati primarni tumor glave i vrata definiran je kao metastaza u limfnim čvorovima vrata bez prepoznatljivog ishodišta tumora. Niske pojavnosti, varira između 2-5% svih tumora glave i vrata. Pojava uvećane tvorbe na vratu trajanjem dulje od 2 tjedna treba pobuditi sumnju na malignost i usmjeriti dijagnostičku obradu prema tome. Obrada započinje temeljitom anamnezom i pregledom, te pregledom otorinolaringologa (palpacija vrata, pregled kože i gornjeg aerodigestivnog trakta). Za potvrdu maligne bolesti potreban je patološki nalaz malignosti, stoga se uzima uzorak tkiva za analizu. Imuno(cito)histokemija može dodatno usmjeriti daljnju dijagnostiku. Tako primjerice p16 pozitivnost govori u prilog tumora orofarinksa, EBV pozitivnost za tumor nazofarinksa. Radiološka obrada uključuje CT vrata i toraksa s kontrastom koji ima dobru specifičnost, ali nižu osjetljivost. Stoga se obrada nadopunjuje MR ili PET/CT pregledom. Ukoliko dosadašnjom obradom nismo dokazali primarno sijelo, slijedi kompletna evaluacija svih mukoznih sijela s biopsijom sumnjivih područja. Nasumične biopsije nisu indicirane. Najčešće se učini i ipsilateralna ili bilateralna tonzilektomija (oko 10% tumora nepčanih tonzila daje metastaze u kontrateralnu stranu vrata). Kod metastatskih čvorova u donjim regijama vrata (regiji IV ili supraklavikularnoj) preporuča se ezofagogastroskopija i bronhoskopija, jer se prvenstveno radi o tumorima kaudalno od klavikule (tumor pluća/jednjaka). Odluka o liječenju donosi se na multidisciplinarnom timu, jer liječenje često uključuje kombinaciju kirurgije, zračenja i kemoterapije. Ukoliko se radi o N1/N2 bolesti, liječenje najčešće počinje disekcijom vrata, dok kod N3 bolesti se preporuča zračenje (+/- kemoterapija). Postoperativno zračenje indicirano je u skoro svih bolesnika (može se izostaviti kod bolesnika s 1 pozitivnom čvorom do 3 cm, bez čimbenika rizika). Postoperativna kemoterapija preporuča se kod ekstrakapsularnog širenja bolesti, jednim od najznačajnijih čimbenika rizika povrata bolesti. Zajedničkom suradnjom otorinolaringologa, onkologa i specijalista dentalne medicine postizemo najbolje rezultate liječenja.

T1/T2N0 oralni karcinom: wait and see ili elektivna disekcija vrata?

doc. dr. sc. Emil Dediol

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

emildediol@yahoo.com



Pitanje elektivne disekcije vrata kod malih primarnih karcinoma usne šupljine bez klinički dokazanih metastaza na vratu ostaje još uvijek kontroverzna tema. Iako je stopa okultnih metastaza kod oralnog karcinoma oko 20-30%, zagovarači ekspektativnog pristupa dakle pomnog praćenja statusa vrata argumentiraju svoj stav da na ovaj način oko 70% ovakvih pacijenata neće biti nepotrebno operirano izbjegavajući morbiditet i produljeno vrijeme hospitalizacije koje sa sobom nosi disekcija vrata. Argumenti za elektivnu disekciju su pak prema nekim istraživanjima u boljem preživljenju i prognozi ukoliko se disekcija napravi elektivno. Iznosimo algoritam prema kojem bi se mogli pacijenti pažljivo selekcionirati i izdvojiti one koji bi bili podobni za tzv. wait and see pristup te one koji bi bili za elektivnu disekciju vrata. Kriteriji koji bi svi trebali biti zadovoljeni da možemo pacijentu samo napraviti intraoralnu eksciziju a status limfnih vrata pratiti jesu: T1/T2 karcinom usne šupljine koji je dostupan adekvatnoj resekciji kroz usta, N0 klinički vrat, rekonstrukcija defekta primarno ili sekundarno, bez potrebe za mikrovaskularnom rekonstrukcijom te pouzdano praćenje pacijenta. Ukoliko samo jedan od navedenih kriterija nije zadovoljen uputno je napraviti elektivnu disekciju vrata. Bitan čimbenik pri odlučivanju o elektivnoj disekciji vrata je i dubina invazije samog tumora (DOI – engl . depth of invasion) no taj podatak prije nego tumor u cijelosti odstranimo nam nije poznat te stoga preoperativno se možemo voditi samo klinički palpatorno stupnjem infiltracije okolnog tkiva.

Osteoradionekroza kod pacijenata zračenih upodručju glave i vrata



doc. dr. sc. Marko Granić

Klinička bolnica Dubrava, Zavod za oralnu kirurgiju

Stomatološkog fakulteta

granic@sfzg.hr

Osteoradionekroza čeljusti označava odumiranje koštanog dijela čeljusti koja je izravno povezana sa zračenjem onkoloških pacijenata u području glave i vrata. Radioterapija negativno utječe na koštana tkiva zbog kompromitirane angiogeneze, smanjene salivacije i sklonosti upalama što u konačnici rezultira pojavom osteonekrotične lezije. Osteoradionekroza je komplicirana nuspojava sa nepredvidljivim kliničkim tijekom i ishodom. Ona najčešće nastaje nakon invazivnog dentalnog zahvata (vađenje zuba, ugradnja implantata, parodontološka ili endodontska kirurgija) ili može nastati spontano. Klinički se primjećuje kao ekspanzivna kost različitih veličina ili pojava fistule koja ne prolazi 8 tjedana. Prilikom dijagnosticiranja osteoradionekroze potrebna je detaljna dentalna i medicinska anamneza te radiološko snimanje čeljusti. Diferencijalno dijagnostički dolazi u obzir medikamentozna osteonekroza čeljusti, osteomijelitis, koštana metastaza ili druge koštane patologije. Ukoliko se dijagnosticira osteoradionekroza potreban je multidisciplinarni pristup liječenju pacijenta. Terapija osteoradionekroze može biti konzervativna ili kirurška. Odabir prikladne terapije ovisi o nizu faktora: stupanju nekroze, opće medicinsko stanje pacijenta, dodatna terapija te motiviranost pacijenta. U konzervativne metode se ubraja ispiranje raznim usnim vodicama uz dugotrajnu antibiotsku terapiju. Od kirurških metoda je uklanjanje sekvestra nekrotične kosti sa modelacijom grebena i apliciranjem faktora rasta najčešća metoda izbora. U ovom će se usmenom izlaganju na seriji kliničkih slučajeva opisati pojam osteoradionekroze, dijagnostika i samo liječenje bolesti.

Rekonstruktivne tehnike u operacijama malignih tumora usne šupljine



doc. dr. sc. Darko Solter

Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice, Klinika za otorinolaringologiju i kirurgiju glave i vrata
darko.solter@gmail.com

Kirurška ablacija malignih tumora usne šupljine ima značajan utjecaj na estetiku lica i funkciju gornjeg aerodigestivnog trakta. Izbor optimalne metode rekonstrukcije ovisi o vrsti i količini tkiva koje nedostaje, lokalizaciji defekta usne šupljine te ukupnom zdravstvenom statusu bolesnika. Rekonstruktivni zahvati najčešće se izvode istovremeno s ablativnim kirurškim postupcima s ciljem nadoknade volumena i mobilnosti jezika, očuvanja oralne kompetencije, bukalnog i lingvalnog sulkusa te oronazalne, oroantralne i orokutane separacije. Rekonstrukcijom se također uspostavlja kontinuitet koštanog okvira mandibule i maksile kao priprema za dentalnu rehabilitaciju. Slobodni režnjevi najsloženija su i danas najčešće korištena metoda rekonstrukcije defekata usne šupljine. Ove režnjeve sačinjava autologno tkivo bolesnika odignuto s udaljenog donorskog mjesta na tijelu, zajedno s pripadajućom arterijom, venom te osjetnim ili motoričkim živcem. Najčešće korišteni fascijalni, kutani i fasciokutani režnjevi u rekonstrukciji defekata usne šupljine su radijalni i ularni režanj podlaktice, anterolateralni režanj natkoljenice i lateralni režanj nadlaktice. Ovi režnjevi se prvenstveno koriste za rekonstrukciju defekata kože, potkožja ili sluznice. Uporaba muskularnih i muskulokutanih režnjeva indicirana je kada je potrebno osigurati veći volumen tkiva, npr. kod rekonstrukcije defekata jezika i dna usne šupljine te velikih defekata srednjeg lica koji obuhvaćaju usnu šupljinu. Najčešće se koriste vertikalni i transverzalni režanj ravnog mišića trbuha ili režanj širokog mišića leđa. U slučaju kada defekt obuhvaća kost gornje ili donje čeljusti koriste se osealni ili kompozitni slobodni režnjevi. Osealnim režnjevim prenositi se samo koštano tkivo dok kompozitni režnjevi osim kosti sadržavaju mišić i kožu. U uporabi su najčešće fibularni režanj potkoljenice, režanj grebena crijevne kosti, skapularni režanj te oseokutani radijalni režanj podlaktice. Kod izrazito velikih i složenih trodimenzionalnih defekata mogu se koristiti nativni kimerični režnjevi koji se sastoje od više neovisnih režnjeva baziranih na istoj krvožilnoj peteljci. Najčešće korišteni nativni kimerični režnjevi u rekonstrukciji usne šupljine su kimerični mega režanj supskapularne arterije i kimerični anterolateralni režanj natkoljenice.

Kako kroz suradnju stomatologa i kirurga glave i vrata unaprijediti kvalitetu života bolesnika s tumorima usne šupljine?



doc. dr. sc. Krešimir Gršić

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

kresimir.grsic@gmail.com

Karcinomi usne šupljine nastaju predominantno zbog kumulativnih promjena stanica kao posljedica izloženosti karcinogenima iz duhana i alkohola. Uspješnost onkološkog liječenja, osim praćenjem petogodišnjim preživljenjem, vrednuje se kroz postterapijsku kvalitetu života bolesnika. Nesmetano uzimanje hrane, disanje bez pomoći kanile, uredna verbalna socijalna interakcija i nenarušen estetski izgled važni su ciljevi liječenja.

Većina karcinoma usne šupljine dijagnosticirana je u uznapredovalim stadijima koji u terapijskom smislu zahtijevaju suvremeni multimodalni pristup. Kirurška resekcija tumora s imedijatnom rekonstrukcijom prva je terapijska opcija, nakon koje će ovisno o stadiju bolesti slijediti adjuvantno (kemo)radioterapijsko liječenje.

Kod bolesnika s karcinomima usne šupljine potrebno je nakon radikalne kirurške resekcije primijeniti suvremene plastično rekonstruktivne postupke kojima je cilj obliteracija usne šupljine. Osim rekonstrukcije mandibule, glavnog strukturalnog elementa donjeg dijela lica, središnje mjesto u rekonstrukciji usne šupljine ima volumna rekonstrukcija jezika. Cilj kirurškog zahvata je sačuvati senzorno motoričku inervaciju preostalog jezika kako bi njegova anteroposteriorna pokretljivost bila održana. Poseban je naglasak na restauraciji prednje oralne trećine jezika koja je važna za oralnu pripremu bolusa hrane, te nezamjenjiva prilikom artikulacije. Dno usne šupljine, te brazda između mandibule i jezika mora biti održana za nesmetan protok hrane i slina prema farinksu. Rekonstrukcija korijena jezika kao i mekog nepca predstavljaju poseban izazov. Prevencija aspiracije hrane kao i velofaringealna kompetentnost glavni su ciljevi rekonstrukcije. U radu se raspravlja o modalitetima suradnje između stomatologa i kirurga glave i vrata u svrhu unapređenja kvalitete života bolesnika s tumorima usne šupljine.

Kako kroz suradnju stomatologa i kirurga glave i vrata unaprijediti kvalitetu života bolesnika s tumorima usne šupljine?

Zajedničkim preventivnim javnim akcijama potrebno je educirati čitavu populaciju o postojanju ove bolesti, te ukazati na rizične čimbenike koji utječu za njezino nastojanje. Sve liječnike i stomatologe potrebno kontinuirano podučavati o važnosti redovitih pregleda sluznice usne šupljine u svrhu što ranijeg otkrivanja ove maligne bolesti. Otkrivanjem bolesti u početnom stadiju bolesti moguće je monomodalnim pristupom (kirurškom resekcijom) uspješno izliječiti oko 90% bolesnika, a da pritom ne dolazi do trajnog narušavanja kvalitete

života. Liječenje uznapredovanih stadija bolesti podrazumijeva multidisciplinarno onkološko liječenje s brojnim akutnim nuspojavama koje mogu trajno narušiti kvalitetu života takvih bolesnika. Adekvatnim pristupom i suradnjom stomatologa i kirurga glave i vrata veliki broj akutnih komplikacija moguće je rano prepoznati, te ih pravovremenim intervencijama otkloniti, te spriječiti razvoj kroničnih posljedica. S obzirom na visoki rizik razvoja novog primarnog tumora u području glave i vrata kontinuirano doživotno timsko praćenje takvih bolesnika je preporučeni medicinski obrazac. Samo kontinuiranom njegom i odražavanjem higijene usne šupljine prevenirat će kronične komplikacije koje mogu nastati kako na sluznici usne šupljine tako i na koštano zubnom kompleksu gornje i donje čeljusti.

Interdisciplinarnim pristupom bolesniku s karcinomom usne šupljine moguće je efikasnije i racionalnije planirati preventivne, kurativne i rehabilitacijske postupke vezane uz bolest. Takvim sveobuhvatnim modalitetom djelovanja mogu se maksimalizirati efekti onkološkog liječenja uz racionalno čuvanje post terapijske kvaliteta života pojedinca.

Kako pregledati oralnu sluznicu?

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



Oralni karcinom može se otkriti u najranijem stadiju jednostavnim pregledom usne šupljine. Ako se otkrije u ranom stadiju, rak usne šupljine ima vrlo dobru prognozu s petogodišnjim preživljenjem od preko 80%. Da bi se mogla uočiti patološka promjena potrebno je poznavati normalnu anatomiju oralne sluznice. Svrha predavanja bila je upoznati studente s osnovnim anatomskim karakteristikama zdrave oralne sluznice kao i s morfološkim varijacijama koje ponekad mogu biti izvor zabrinutosti a nerijetko i razlog za brojne nepotrebne dijagnostičke pretrage i dodatan stres. Isto tako studenti su bili upoznati s lezijama koje mogu predstavljati najraniji znak oralnog karcinoma i koje svakako zahtijevaju specijalističku obradu.

Nakon predavanja održana je praktična radionica na kojoj su studenti jedni drugima pregledavali oralnu sluznicu i u kojoj su mogli vidjeti različite varijacije normalne anatomije. Na ovaj način studenti su stekli iskustvo koje će im pomoći da u budućnosti svim svojim pacijentima vrše pregled za rano otkrivanje oralnog karcinoma.

Proliferativna verukozna leukoplakija



prof. dr. sc. Ivan Alajbeg

Zavod za oralnu medicinu Stomatološkog fakulteta

Sveučilišta u Zagrebu

alajbeg@sfzg.hr

Prvi puta ovaj pojam je definiran 1985. godine, kada su Hansen i sur. prvi opisali određeni oblik leukoplakije, karakteriziran sporim rastom i postojanošću sa tendencijom širenja. Može se smatrati zasebnim oblikom leukoplakije koju karakteriziraju multifokalne lezije, egzofitičnog rasta i verukozne prirode, progresivni klinički tijek te promjene u kliničkom izgledu i histopatološkim značajkama. Stav da se PVL klasificira kao zaseban entitet nije univerzalno suglasan, budući da velike, široko rasprostranjene leukoplakije, a ne samo PVL, nose izrazit rizik od maligne transformacije. PVL je rjeđi od standardne leukoplakije i podaci o njegovoj prevalenciji nisu dostupni. No, poznato je kako je to potencijalno maligna oralna lezija s najvišim postotkom maligne alteracije od svih potencijalno zloćudnih oralnih lezija (WHO definicija). Također, PVL je agresivna lezija s visokim stupnjem recidiva i zloćudne preobrazbe u verukozni karcinom (raste sporo, dobro je diferenciran i rijetko metastazira) ili planocelularni karcinom. U 46.5% pacijenata s zloćudnom preobrazbom PVL-a tijekom kontrolnih pregleda uočena je pojava multiplih karcinoma na različitim lokalizacijama u usnoj šupljini. Zahtjeva visoku kliničku pozornost, potrebu za doživotnim kontrolnim pregledima (3-6 mjeseci) te ponavljanja biopsije kao dijagnostičkog postupka od strane oralnog patologa. PVL je povezan s ukupnom smrtnošću od 40%. Češće se javlja u žena, starije životne dobi (nakon 60-e godine) u kojih iz povijesti bolesti saznajemo da ne konzumiraju alkohol i ne puše. Najčešće lokalizacije PVL-a su gingiva i alveolarni greben (50.9%), bukalna sluznica (44.9%), jezik (40.6%). Nisu pronađeni rezultati koji bi povezali stupanj maligne transformacije sa spolom ili dobnom distribucijom pacijenta kao niti s pušenjem ili konzumacijom alkohola. PVL pokazuje patohistološke karakteristike koje imaju progresivan spektar od leukoplakije do verukozne hiperplazije i invazivnog karcinoma.

Proliferativna verukozna leukoplakija

Pri prvom patohistološkom pregledu većina PVL lezija (52,5%) pokazuje hiperkeratozu bez displazije ili verukozne hiperplazije. Histopatološke značajke PVL-a nisu patognomonične i nespecifične su, u rasponu od hiperkeratoze u ranim stadijima, do verukozne hiperplazije i različitih stupnjeva displazije. Osim toga, slučajevi PVL-a koji su klinički karakterizirani upalnim komponentama ili lihenoidnim izgledom mogu pokazati 'lihenoidni' limfocitni pojas i biti pogrešno dijagnosticirani kao OLP. Zbog toga se konačna dijagnoza PVL-a postavlja na temelju kombinacije kliničkih i histopatoloških nalaza. Osim toga, verukozna hiperkeratoza (VH), verukozni karcinom (VK) i PVL često pokazuju histološke značajke nalik lihenu te tako mogu stvoriti dijagnostičku dilemu patolozima. Lihenoidne karakteristike su uobičajene za VH i VK te mogu predstavljati nespecifičan upalni odgovor na displaziju ili malignitet, a ne koegzistenciju leukoplakije i lihena. Ta činjenica bi mogla dovesti do značajnih promjena u postavljanju dijagnoze PVL-a kao premaligne/potencijalno maligne lezije od strane patologa.

Prepoznavanje rizičnih čimbenika za oralni karcinom i sustav praćenja

doc. 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



Potencijalno maligne oralne lezije (PMOL) imaju veći rizik za malignu transformaciju od zdrave sluznice. Međutim, samo dio bolesnika s PMOL razvije oralni karcinom (OK), a i kod mnogih oboljelih s OK PMOL nisu prethodno dijagnosticirane. Stoga se nameću pitanja: 1. Kako prepoznati pacijente koji su pod većim rizikom za malignu transformaciju? 2. Koja je optimalna dinamika kontrole rizičnih bolesnika kako bi se pravovremeno uočio najraniji znak maligne bolesti i započelo adekvatno liječenje? Glavni rizični čimbenici za razvoj OK su konzumacija duhana, konzumacija alkohola i dob veća od 40 godina. U ostale rizične čimbenike ubrajaju se: prisutnost PMOL, izloženost ultraljubičastim zrakama (za karcinom usnice), prehrana siromašna svježim voćem i povrćem, kronične iritacije, loša/neadekvatna higijena usta, imunosupresija, kronična kandidijaza i drugi. S ciljem ranog otkrivanja OK stomatolozi bi trebali usta svakog čovjeka pregledati jednom godišnje. OK se može prepoznati jednostavnim jednominutnim bezbolnim pregledom usta bez posebne opreme. Pritom je racionalno saznati i vidjeti da li kod pacijenta postoje rizični čimbenici i savjetovati eliminaciju istih ili ukoliko to nije moguće uputiti pacijenta na frekventnije kontrolne preglede kako bi se maligna transformacija uočila čim ranije. Dobar sustav praćenja rizičnih bolesnika izuzetno je važan jer je rano dijagnosticirani OK lakše liječiti i izliječiti. Većina slučajeva oralnog karcinoma u dijagnosticira se u kasnoj fazi. U Hrvatskoj, pri postavljanju dijagnoze 60% pacijenata ima tumor veći od 4 cm koji infiltrira okolne strukture (kosti, mišiće, živce). Poznato je da je petogodišnje preživljenje 80% za bolesnike s tumorima otkrivenim u ranom stadiju (1 ili 2), a tek 30-50% za bolesnike s kasno dijagnosticiranim OK/za uznapredovale stadije (3 ili 4). Zbog navedenog, oralno zdravlje ne bi smo smjeli percipirati sinonimom za zdravlje zuba. Za bolju epidemiološku sliku OK pri pregledu usta svakog čovjeka trebali bismo obratiti pozornost i na promjene oralne sluznice, pružiti savjet o izbjegavanju rizičnih čimbenika za razvoj OK i voditi računa o češćem praćenju rizičnih bolesnika. Sumnjive promjene oralne sluznice racionalno je uputiti na pregled specijalistu oralne medicine/oralne patologije.

Sumnjiva lezija u usnoj šupljini - što i kako dalje?

doc. dr. sc. Božana Lončar Brzak

Zavod za oralnu medicinu Stomatološkog fakulteta

Sveučilišta u Zagrebu

loncar@sfzg.hr



Poznavanje anatomskih osobina oralne sluznice je preduvjet za uočavanje odstupanja u njenom izgledu. Za pregled sluznice usne šupljine dovoljno je odvojiti jednu minutu svog vremena kako bi se otkrile potencijalno sumnjive promjene. Nakon što doktor dentalne medicine prilikom pregleda uoči nepoznatu leziju u usnoj šupljini, javlja se dvojba kakav je daljnji postupak s pacijentom. Predavanje će dati smjernice o identifikaciji i isključenju mogućih uzroka, preporučenom postupku liječenja, razdoblju kontrole te dokumentaciji potrebnoj za slanje pacijenta na specijalističku obradu. Također, pacijentima kojima je postavljena dijagnoza oralnog karcinoma, kao posljedica liječenja mogu su javiti brojne nuspojave u usnoj šupljini. Osteoradionekroza je kronična posljedica zračenja u području glave i vrata čiji rizik nastanka je doživotan. Nužno je poznavati potrebne modifikacije tijekom invazivnih zahvata kod ovih pacijenata. Kao posljedica zračenja i suhoće usta, preostali zubi brzo propadaju te je potrebna doživotna topikalna fluoridacija. U predavanju je objašnjena i uloga stomatologa u održavanju oralnog zdravlja i kvalitete života pacijenata davanjem uputa, propisivanjem potporne terapije te redovitim stomatološkim kontrolama.

Imunohistokemijska analiza karcinoma usne šupljine

prof. dr. sc. Majda Vučić

Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice, Klinička jedinica za obdukcije i mrtvozorstva, Katedra za patologiju Stomatološkog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu
majda.vucic@kbcsm.hr



Karcinom usne šupljine i orofarinksa najčešći je maligni tumor ove lokalizacije s izrazito nepovoljnom prognozom i lošim preživljenjem. Patohistološki se najčešće radi o planocelularnom karcinomu (90%), koji se razvija iz epitela sluznice. Za potvrdu svakog suspektnog karcinoma usne šupljine i orofarinksa neophodna je biopsija i patohistološka analiza promjene. Za najveći broj lezija dijagnoza se postavlja hematoksilin-eozin standardnom metodom bojenja, a na osnovu same morfologije lezije. Patohistološki nalaz uključuje histološki tip/podtip tumora, stupanj diferenciranosti tumora (gradus), prisutnost intravaskularne / perineralne invazije, određivanje limfocitnog odgovora domaćina, prisustva tumorske nekroze i broj mitozu, odnosno proliferacijskog indeksa tumora, te način perifernog širenja tumora i prisustvo metastaza u regionalnim limfnim čvorovima i širenje tumora izvan kapsule limfnog čvora. U slučajevima kada postoji dvojba o prirodi tumora, konvencionalna morfološka analiza se nadopunjava imunohistokemijskom analizom koja omogućuju određivanje histološkog porijekla tumora (karcinom, limfom, sarkom, melanom). Metode imunohistokemijske analize pomažu u određivanju proširenosti tumora (detekcija mikrometastaza u limfnim čvorovima) i određivanju proliferacijskog odnosno metastatskog potencijala tumora (upotrebom proliferacijskih nuklearnih biljega Ki-67 i PCNA). Kod lokalizacije tumora u orofarinksu imunohistokemijska analiza surogat markera za HPV (p16) subklasificira histološki podtip tumora (HPV pozitivni / HPV negativni karcinom orofarinksa). U planiranju terapije bolesnika s metastatskim rasapom bolesti sve je veća uloga imunohistokemijskog određivanja PD-L1 na tumorskom uzorku kako bi se u terapijski protokol uključila i imunoterapija. U eri individualizirane i personalizirane medicine uloga patologa u dijagnozi tumora i procjeni terapijske efikasnosti postaje sve važnija.

The image features a dark purple background with a large, rounded rectangular frame in a lighter shade of purple. Inside and around this frame are several abstract line drawings of human faces, rendered in a light, sketchy style. The faces are shown in profile or three-quarter views, with some appearing to be in conversation or looking towards each other. The lines are thin and delicate, creating a sense of movement and interaction. The overall composition is centered and balanced, with the text 'Okrugli stol' placed in the middle of the frame.

Okrugli stol

OKRUGLI STOL

Moderator: prof. dr. sc. Drago Prgomet

Sudionici: doc. dr. sc. Krešimir Gršić, Ivana Šimić, mag. logopedije,
prof. dr. sc. Darija Vranešić Bender, prof. dr. sc. Ivan Alajbeg, Igor Salopek, dr. med

Uvodna riječ

U okviru kongresa, organiziran je okrugli stol o multidisciplinarnom liječenju karcinoma usne šupljine. Naime, karcinomi usne šupljine su povezani sa značajnim morbiditetom i smrtnošću unatoč napretku u liječenju zadnjih desetljeća. MDT pristup uspješno je implementiran u brojnim zdravstvenim institucijama gdje se sada smatra zlatnim standardom skrbi skrbi pacijenata s rakom glave i vrata. Uključivanje specijalista različitih struka jamči punu i kontinuiranu podršku pacijentima tijekom dijagnosticanja, liječenja i razdoblja praćenja. Uz individualni pristup liječenju, važno je osigurati u timu i stručnjake koji će prevenirati i rehabilitirati različite funkcionalne poremećaje koje se javljaju kod bolesnika s tumorima glave i vrata a to su problemi s disanjem, glasom, govorom, gutanjem, nutritivnim statusom i kao i značajno narušena psihosocijalna stabilnost. Prepoznavanje i tretman ovakvih poremećaja značajno podiže kvalitetu života. S toga su u okviru okruglog stola uz onkologe i stomatologe aktivno sudjelovali i stomatolog, nutricionist, psihijatar i logoped. Njihova iskustva i znanja su od iznimne važnosti za dobro funkcioniranje tima i u konačnici boljeg tretmana bolesnika. Njihovo sudjelovanje u značajnoj mjeri podiže kvalitetu života bolesnika. Važno je pristupiti optimalnom formiranju MDT timova u centrima koji imaju uvjete za to, njihovom aktivnom povezivanju i aktivnom sudjelovanju u translacijskim istraživanjima.

prof. dr. sc. Drago Prgomet
Moderator Okruglog stola

Značaj multidisciplinarnog tima (MDT) u liječenju karcinoma usne šupljine



prof. dr. sc. Drago Prgomet

Klinički bolnički centar Zagreb, Klinika za bolesti uha, nosa i grla i kirurgiju glave i vrata, Katedra za otorinolaringologiju s audiologijom i fonijatrijom Medicinskog fakulteta u Zagrebu
dprgomet2@gmail.com

Karcinom usne šupljine povezan je sa značajnim morbiditetom i smrtnošću unatoč napretku u liječenju zadnjih desetljeća. Njihova pojava izaziva ozbiljne posljedice po kvalitetu života obzirom da se ovi tumori razvijaju u dijelu tijela odgovornim za disanje, govor i hranjenje.

Faktori koji utječu na odluku o izboru liječenja ovise o lokalizaciji tumora i njegovoj proširenosti, komorbiditetu bolesnika, primjenjivim smjernicama, prethodnom liječenju, općem stanju i željama bolesnika te mogućnostima ustanove koja pruža liječenje. Stoga, samo dobro ekipiran i organiziran multidisciplinarni tim može pružiti adekvatan tretman. Tim su uobičajeno činili samo otorinolaringolog i kirurg glave i vrata i onkolog no radi uspješnosti i svrsihodnosti tretmana ovih karcinoma, danas su kao dio tima neophodni stomatolog, aadiolog, patolog, anesteziolog i specijalist za liječenje boli, spec. nuklearne medicine, nutricionist, logoped, onkološka sestra, psiholog, fizioterapeut i socijalni radnik. Po istraživanju Wuthrick EJ i sur. iz 2015., liječenje u ustanovama sa stručnjacima s manje iskustva imalo je veći rizik smrtnog ishoda. Meltzer C. sur. su u retrospektivnoj studiji na 3081 bolesniku objavljenom 2021. godine, našli da je multidisciplinarni pristup u tretmanu karcinoma glave i vrata povezan s poboljšanim ishodima, osobito onima s uznapredovalim tumorima. Liao CT. i sur. su u svom istraživanju iz 2016. god. a 1616 bolesnika sa SCC usne šupljine, našli kako su petogodišnji ishodi bili značajno bolji u skupini koja je tretirana kroz MDT nego u skupini bez MDT te statistički značajnu razliku u kontroli metastaza, preživljenja specifičnog za bolesti i ukupnog preživljenja.

Ovih nekoliko studija jasno pokazuju značaj multidisciplinarnih timova (MDT) za definiranje optimalnih strategija liječenja i takav je pristup uspješno primijenjen u brojnim zemljama, a u nekim je postala i zakonska obveza. Obzirom na dokumentirana poboljšanja kao rezultat striktnog pridržavanja kliničkih smjernica, kraće vrijeme liječenja i poboljšane rezultate koji proizlaze iz rada MDT, njihova primjena u za to odgovarajućim ustanovama u Hrvatskoj će sigurno unaprijediti rezultate liječenja i kvalitetu života bolesnika s karcinomom glave i vrata

Funkcionalni poremećaji i rehabilitacija glasa, govora i gutanja u bolesnika s oralnim karcinomom



Ivana Šimić, mag. log.

*Klinički bolnički centar Zagreb, Klinika za bolesti uha, nosa i grla i kirurgiju glave i vrata
simic.ivana24@gmail.com*

Maligne bolesti usne šupljine, kao i različiti terapijski postupci, prije svega kirurški mogu za posljedicu imati zbiljne funkcionalne poremećaja glasa, govora, gutanja i disanja. Funkcionalni poremećaji koje bolesnik ima ovise o: vrsti i lokalizaciji tumora, proširenosti maligne bolesti i modalitetu liječenja. Kod poremećaja glasa i govora, cilj glasovne terapije je utjecati na fonacijske mehanizme i formiranje što bolje fonacije na razini glotisa, a cilj rehabilitacije govora je postizanje što preciznije artikulacije i što bolju pokretljivost narušenih artikulatora. Provode se vježbe disanja i opuštanja te vježbe impostacije vokala kroz logatome, riječi, rečenica, spontanog govora. Također, gotovo svi bolesnici s tumorima glave i vrata imaju poremećaj gutanja – disfagiju, teškoće sežu od formiranja bolusa do prijenosa bolusa u ždrijelo i jednjak, koji se mogu javiti prije, tijekom i nakon liječenja. Ciljevi rehabilitacije gutanja su promjena konzistencije bolusa, promjene položaja tijela, manevre tijekom gutanja, vježbe za jačanje, opuštanje i koordinaciju mišića. Niz je faktora koji utječu na uspjeh rehabilitacije: motiviranost i opće stanje bolesnika, opseg kirurškog zahvata, prisutnost drugih modaliteta liječenja (zračenje), dostupnost logopeda, vrijeme početka rehabilitacije i dr. Dosta nedoumica je prisutno kod procjene, koji način rekonstrukcije usne šupljine je najbolji u smislu smanjenja funkcionalnih poremećaja, što je važno kako za bolesnika, tako i operatera i logopeda. Tako su McConnel i sur. u svom istraživanju 1998. god. na 284 pacijenta zaključili da je primarno zatvaranje defekata usne šupljine bolje za funkciju nego postavljanje reznja, pogotovo kod gutanja. Canis i sur. su 2016. godine u istraživanju na 40 pacijenata zaključili da pacijenti s rekonstrukcijom imaju značajno bolje funkcije gutanja i govora od pacijenata kojima nije učinjena rekonstrukcija reznjem.

Funkcionalni poremećaji i rehabilitacija glasa, govora i gutanja u bolesnika s oralnim karcinomom

Bulbul i sur. su 2021. na 53 pacijenta zaključili da bolesnici s rekonstrukcijom imaju također bolje rezultate a veličina volumena očuvanog jezika je statistički značajna za očuvanje funkcije jer u pravilu veći volumen znači i bolju pokretljivost. Istraživači navode potrebu standardizacije testova koji bi generirali podatke potrebne za razvoj prediktivnog modela koji bi omogućio pacijentima, kirurzima i logopedima prije operacije da bolje razumiju očekivani funkcionalni status, planiranu rekonstrukciju i uspješnu rehabilitaciju. Rehabilitacija funkcionalnih poremećaja kod bolesnika s karcinomom usne šupljine je nedvojbeno kompleksan, ali neophodan proces, kojega bi trebao proći svaki bolesnik s ciljem podizanja kvalitete života. Liječenje karcinoma usne šupljine spašava život, a rehabilitacija glasa, govora i gutanja mu daje mogućnost osamostaljenja i kvalitetnog životnog funkcioniranja.

Psihosocijalni aspekti oralnog karcinoma

Igor Salopek, dr. med.

Opća bolnica Karlovac

Integrativni centar mentalnog zdravlja

igor.salopek@gmail.com



Interakcije narušenih psihičkih funkcija kod osoba sa oralnim karcinomom dvosmjerne su. S jedne strane, razvoj same bolesti uz dijagnostičku i terapijsku dinamiku, nerijetko će biti obilježen akutnom stresnom reakcijom uz prateću anksioznost, posttraumatskim stresnim poremećajem te poremećajima raspoloženja. Veliki depresivni poremećaj najučestaliji je psihijatrijski komorbiditet oralnog karcinoma čija je prevalencija u oboljelih do 44% uz suicidalnost koja je u odnosu na opću populaciju uvećana do 4 puta. S druge strane, osobe ovisne o alkoholu i nikotinu imaju do 15 puta veći rizik nastanka oralnog karcinoma. Zato, sve navedeno upućuje na važnost multidisciplinarnog, personaliziranog, individualiziranog, cjelovitog i destigmatizirajućeg pristupa osobama sa malignim bolestima uz uključivanje psiholoških i psihijatrijskih intervencija, kao i rani probir kod osoba u povećanom riziku.

The background features several faint, white line-art profiles of human faces in various orientations (left and right profiles). These are overlaid on a dark purple background. A large, light purple rounded rectangle is centered on the page, containing the text. The overall aesthetic is minimalist and artistic.

Sažeci poster prezentacija

Oralni karcinom u mlade žene bez rizičnih čimbenika – prikaz slučaja



Stela Marković (1), Josipa Živko (2), doc. dr. sc. Krešimir Gršić (3)

(1) Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

(2) Klinička bolnica "Dubrava", Zagreb, Hrvatska

(3) Klinika za bolesti uha, nosa i grla i kirurgiju glave i vrata, Klinički bolnički centar Zagreb

Oralni karcinom u mlade žene bez rizičnih čimbenika – prikaz slučaja

UVOD U TEMU

Oralni karcinom je 6. najčešći karcinom u svijetu, dok je karcinom pločastih stanica najčešća neoplazma usne šupljine (90-95%). Tipično se pojavljuje u populaciji starijoj od 50 godina i učestaliji je u muškaraca koji konzumiraju alkohol i koriste duhanske proizvode tijekom duljeg perioda.

PRIDRUŽENI SLUČAJ

Ženska osoba, stara 23 godine bez anamneze pretjeranog uzimanja alkohola i korištenja duhanskih proizvoda te bilo kojeg drugog predisponirajućeg čimbenika u anamnezi javlja se s promjenom na lijevoj lateralnoj strani jezika koja perzistira posljednjih 6 mjeseci. Nakon učinjene biopsije patohistološka dijagnostika pokazala je srednje tešku displaziju. Također, učinjena je i citološka punkcija dvaju ultrazvukom detektiranih limfnih čvorova, oba u regiji 3 vrata. Nalazi su prvenstveno upućivali na metastazu dobro diferenciranog planocelularnog karcinoma u jednom čvoru i limfocitnu hiperplaziju u drugom. Pacijentica je liječena prvo kirurški, parcijalnom glosektomijom lijevog lateralnog ruba jezika LASER-om u kombinaciji s modificiranom radikalnom desekcijom vrata tipa 3 na lijevoj strani.

Oral cancer in young women without risk factors – case report

BACKGROUND

Oral cancer is the sixth-most common cancer globally and squamous cell carcinoma is the most common neoplasm of the oral cavity (90%-95%). It typically occurs in population older than 50 years of age; it is more common in males with a long history of tobacco use and alcohol consumption.

CASE PRESENTATION

A 23-year-old female patient with no history of excessive alcohol intake or tobacco use, or any other predisposing factor, reported with changes on left lateral border of tongue that persisted for 6 months. Biopsy was performed and histopathological features of specimen showed moderate epithelial dysplasia. This was followed by cytological puncture of two ultrasonically detected neck nodules, both in region III of neck. The findings were highly suggestive of a metastasis of a well-differentiated SCC in one nodule and lymphocytic hyperplasia in the other. The patient was treated with the partial glossectomy of left lateral border of tongue, using LASER combined with modified radical neck dissection type 3 of the left side.

Oralni karcinom u mlade žene bez rizičnih čimbenika – prikaz slučaja

Operacija je bila praćena adjuvantnom kemo-radioterapijom. Klinički pregled nakon operacije i kontrolni MR nisu pokazivali znakove recidiva ili diseminacije bolesti. Pacijentica je redovno praćena ultrazvukom i MR-om. Sedam godina nakon inicijalne dijagnoze pacijentica se javila sa subjektivnim simptomima boli na desnoj strani uslijed prisutne lezije s ulceracijom. Naćinjena je intraoralna ekscizija lezije kako bi se ućinila patohistološka dijagnostika. Pokazano je da se radi o kronićnoj upali. Pacijentica se do danas redovito prati.

ZAKLJUĆAK

Oralni karcinom u mladih žena je rijedak, no njegova incidencija je u porastu te nema dokaza o vezi s tradicionalnim tipićnim rizićnim faktorima kao što su ućivanje alkohola i duhanskih proizvoda. Taj trend izaziva sve veću zabrinutost. Ovaj prikaz opisuje upravo takav slućaj mlade žene bez rizićnih faktora. Iako je oralni karcinom rijedak u mlaćoj dobnoj skupini, bitno ga je na vrijeme prepoznati kako nas atipićna prezentacija ne bi usmjerila u pogrešnom pravcu.

KLJUĆNE RIJEĆI:

oralni karcinom, planocelularni karcinom, novotvorine jezika

Surgery was followed by adjuvant chemo-radiotherapy. Clinical examination following the surgery and follow-up MRI showed no signs of recurrence or disease dissemination. Patient was regularly monitored with US and MRI in the following years. Seven years after initial diagnosis patient reported with the complaint of intense pain accompanied with the underlying lesion on the right side of tongue. Following referral to the surgeon, intraoral excision of the lesion was performed to obtain tissue for diagnosis. The result of histopathological examination of the specimen showed chronic inflammation. The patient is monitored on the regular basis up to this date.

CONCLUSION

Oral cancer in the young is quite rare but its incidence is on the rise in females, and this does not seem to be associated with the traditional risk factors such as tobacco and alcohol use. This trend poises a growing concern. We present a case of a young female with oral cancer without any known risk factors. While uncommon in this age group, it is of a great importance not to disregard oral cancer diagnosis because untypical presentation can take us in the wrong direction.

KEY WORDS:

oral cancer, squamous cell carcinoma, tongue neoplasms

IMRT reiradijacija karcinoma glave i vrata – prikaz slučaja

Dora Zagorac (1), dr. sc. Marin Prpić (2)

(1) *Stomatološki fakultet, Sveučilište u Zagrebu*

(2) *Katedra za onkologiju i nuklearnu medicinu, Stomatološki fakultet, Sveučilište u Zagreb*



IMRT reiradijacija karcinoma glave i vrata – prikaz slučaja

UVOD U TEMU

Lokalni recidivi karcinoma glave i vrata nažalost su česti te se mogu pojaviti u 24%-50% bolesnika liječenih od navedenih karcinoma. Reiradijacija predstavlja ponovnu terapiju zračenjem prethodno zračenih bolesnika koji imaju recidiv karcinoma ili sekundarni primarni tumor (sinkroni ili metakroni). Kod perzistentne bolesti, koja na prvu radioterapiju nije rezultirala primjerenim odgovorom, reiradijacija nije terapija izbora. Različiti prognostički čimbenici uspjeha reiradijacije uključuju dob, performans status, vrijeme nakon kojeg je došlo do recidiva, prethodni volumen zračenja, dozu zračenja i mjesto recidiva, TNM status, komorbiditete, postojanje prethodne kemoterapije, funkcijski aspekt farinksa i larinksa te resektabilnost. Operativno odstranjenje tumora treba se provesti kada je to moguće. Nuspojave koje se pojavljuju tijekom reiradijacije zahtijevaju veliku dozu opreza. Najčešći akutni simptomi su mukozitis, dermatitis te laringitis. Od kasnih toksičnosti pojavljuju se puknuće karotide, kronična kserostomija, osteoradionekroza, nekroza mukoze, brahijalna plexopatija, subkutana fibroza i hipotireoza.

PRIDRUŽENI SLUČAJ

Pregledana je medicinska dokumentacija praćenog bolesnika koja uključuje specijalističke, dijagnostičke i patohistološke nalaze, slikovnu dokumentaciju i plan zračenja. Bolesnik je muškog spola star 66 godina.

Head and neck cancer IMRT reirradiation – case report

INTRODUCTION TO THE TOPIC

Local recurrences of head and neck cancer are unfortunately common and can affect between 24% and 50% of treated patients. Reirradiation is a second radiotherapy administered to previously irradiated patients who have a recurrence of cancer or a second primary tumor (synchronous or metachronous). In persistent disease with inadequate response to the first radiotherapy, reirradiation is not indicated. Various prognostic factors for the success of reirradiation include age, performance status, time interval before the recurrence, previous irradiation dose and volume, site of recurrence, TNM status, comorbidities, prior chemotherapy, pharyngeal and laryngeal function and resectability. Surgical removal should be performed whenever possible. Side effects that occur during reirradiation require a high amount of caution. The predominant acute symptoms are mucositis, dermatitis and laryngitis. Late toxicity symptoms include carotid rupture, chronic xerostomia, osteoradionecrosis, mucosal necrosis, brachial plexopathy, subcutaneous fibrosis and hypothyroidism.

ASSOCIATED CASE

The medical documentation of the monitored patient was reviewed, including specialist, diagnostic and pathohistological findings, imaging documentation and a radiation plan. The patient is a 66-year-old male.

IMRT reiradijacija karcinoma glave i vrata – prikaz slučaja

Dijagnosticiran mu je planocelularni karcinom u parijetalnom području na dvama lokacijama te metastaze u vratnim limfnim čvorovima. Učinjene su ekscizije dvaju tumora te radikalna disekcija lijeve strane vrata. Provedena je 3D konformalna radioterapija na područje vrata i suspektu sluznicu. Na vrat desno i suspektna područja sluznice aplicirana je TD 50 Gy u 25 frakcija, a na vrat lijevo TD 64 Gy u 32 frakcije. Bolesnik je konkomitantno primio 2 aplikacije kemoterapije cisplatinom. Terapiju je podnio uz dosta nuspojave te pauzu od tjedan dana tijekom zračenja. Preporučene su kontrole svaka 3 mjeseca. Nakon 3 godine, počinje liječiti hipotireozu. Nadalje, 7 godina poslije, pronađena je metastaza planocelularnog karcinoma na desnoj strani vrata, a zatim i tumor larinksa i supraglotisa. Učinjena je probatorna biopsija tkiva larinksa i patohistološki ustanovljen planocelularni karcinom gradusa 3, imunohistokemijski CK5/6 pozitivan. U bolesnika je provedena radioterapija snopovima promjenjivog intenziteta (engl. Intensity-modulated radiation therapy, IMRT) na područje tumora hipofarinksa s TD 70 Gy u 35 frakcija. Zračenje je provedeno u cijelosti, bez prekida.

Tumorsko tkivo pozitivno je odgovorilo na radioterapiju. Bolesnik po završetku terapije ima ECOG status 1, laboratorijski i biokemijski nalazi su zadovoljavajući. Također, navodi kako se bolje osjeća, poboljšao mu se glas, žali se na pečenje u području grla, navodi pojavu žutog sekreta, ali manje nego ranije. Apetit mu je dobar, tjelesna težina stabilna te jede na usta. Preporučene su kontrole svaka 3 mjeseca.

He was diagnosed with squamous cell carcinoma in the parietal area at two sites and metastases in the cervical lymph nodes. Excisions of two tumors and a radical dissection of the left side of the neck were performed. 3D conformal radiotherapy was performed in the neck area and suspicious mucosa. 50 Gy TD in 25 fractions was applied to the right side of the neck and mucosa, and 64 Gy TD in 32 fractions was applied to the left side of the neck. The patient concomitantly received 2 applications of cisplatin chemotherapy. He endured the therapy with many side effects and a pause of one week during the radiation. Control examination is recommended every 3 months. Three years later, he began to treat hypothyroidism. Seven years later, metastatic squamous cell carcinoma was found on the right side of the neck, followed by laryngeal and supraglottic tumors. Probatory biopsy of laryngeal tissue was performed and pathohistologically confirmed a squamous cell carcinoma of gradus 3, immunohistochemically CK5/6 positive. Patient underwent intensity-modulated radiation therapy (IMRT) to the area of hypopharyngeal tumors with 70 Gy TD in 35 fractions. The irradiation was completed without interruption.

Tumor tissue responded positively to radiotherapy. At the end of therapy, the patient had ECOG status 1, and laboratory and biochemical findings were fine. The patient states that he feels better, his voice has improved, he complains of burning in the throat area, he states that there is a yellow secretion, but in a smaller quantity than before. His appetite is good, his body weight is stable, and he eats by mouth. Control examination is recommended every 3 months.

IMRT reiradijacija karcinoma glave i vrata – prikaz slučaja

Reiradijacija uz pomoć moderne sofisticirane tehnologije je sigurna i daje trajne te klinički značajne rezultate. Reiradijacija recidiva planocelularnih karcinoma glave i vrata može osigurati očekivani medijan preživljenja od 10 do 12 mjeseci. Pristup pacijentu treba biti individualiziran uz detaljnu analizu prognostičkih čimbenika. Kod svih resektabilnih tumora treba se provesti kirurško liječenje, a kod neresektabilnih svakako u obzir treba uzeti reiradijaciju, posebno u bolesnika s ograničenim područjem recidiva.

KLJUČNE RIJEČI:

prikaz slučaja, reiradijacija, IMRT, karcinom glave i vrata, recidiv, planocelularni karcinom

Reirradiation with contemporary, sophisticated technology is safe and gives lasting and clinically significant results. Reirradiation of recurrence of head and neck squamous cell carcinoma can ensure an expected median survival of 10-12 months. The approach to each patient should be individualized, with a detailed analysis of prognostic factors. In cases of resectable tumors, surgical treatment should be performed, and reirradiation should be considered in non-resectable tumors, especially in patients with a limited area of recurrence.

KEY WORDS:

case report, reirradiation, IMRT, head and neck cancer, recurrence, squamous cell carcinoma

Kimerični (mega) režanj supskapularne arterije za rekonstrukciju kompozitnog oromandibularnog defekta



Josipa Živko (1), Stela Marković (2), Filip Matovinović (2)(3), Andro Košec (2)(3)

(1) Klinička bolnica Dubrava, Zagreb, Republika Hrvatska

(2) Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Zagreb, Republika Hrvatska

(3) Klinički bolnički centar "Sestre milosrdnice", Zagreb, Republika Hrvatska

Kimerični (mega) režanj supskapularne arterije za rekonstrukciju kompozitnog oromandibularnog defekta

UVOD

Kimerični režnjevi obuhvaćaju višestruka kompozitna tkiva s vlastitom vaskularnom opskrbom koja su spojena na jednu veću, zajedničku vaskularnu peteljku. Kompozitna tkiva kimeričnog reznja mogu uključivati kost, mišić, fasciju i kožu u mnogostрукim kombinacijama. Prema metodi odizanja dijele se na izvorne i fabricirane. Izvorni se prema krvožilnoj opskrbi dijele na one bazirane na perforatorima i one bazirane na ograncima. Fabricirani se dijele na sekvencirane i unutarnje.

Kimerični režnjevi su prvi puta spomenuti u literaturi početkom devedesetih godina 20. stoljeća, dok se u rutinskoj kliničkoj praksi koriste od 80-ih godina. Režnjevi bazirani na ograncima supskapularne arterije su prvi puta opisani krajem 70-ih godina (Saijo). Teot je 1981. je opisao mogućnost odizanja lateralnog dijela skapule kao samostalnog koštanog reznja. Alternativna vaskularna opskrba vrška skapule preko arterije angularis opisana je 1991. (Coleman i Sultan), a omogućuje odizanje vrška skapule kao samostalnog koštanog reznja.

Chimeric (mega) flap of the subscapular artery in the reconstruction of a composite oromandibular defect

INTRODUCTION

Chimeric flaps consist of multiple composite tissues with their vascular supply connected to another, larger, common vascular pedicle. Composite tissues of a chimeric flap can incorporate bone, muscle, fascia and skin in various combinations. According to the method of harvesting they can be classified as native and prefabricated. Native are can be vascularised by perforators or branches. Prefabricated can be divided into sequential and internal.

Chimeric flaps had been mentioned in the literature for the first time at the beginning of the 20th century, while their routine use in clinical practice was introduced in the 80's. Flaps based on the subscapular artery branches have been firstly described in the late 70's (Saijo). Teot described in 1981 the potential of using the lateral part of the scapula as an individual bone flap. Alternative vascular supply of scapular tip through angular artery was described in 1991 (Coleman and Sultan) which enables the use of the scapular tip as an individual bone flap.

Kimerični (mega) režanj supskapularne arterije za rekonstrukciju kompozitnog oromandibularnog defekta

MATERIJALI I METODE

Najčešće korišteni kimerični režnjevi su supskapularni "mega flap", osteokutani i osteomuskulofasciokutani režanj kriste ilijake, osteokutani fibularni režanj i višetočasti ALT režanj.

PRIKAZ SLUČAJA

Bolesnik D.K., 50 godina, nekoliko tjedana je javljao bolnost u području dna usne šupljine, izraženije pri gutanju. Verificiran je tumorski proces dna usne šupljine s infiltracijom prednjeg dijela jezika, bikortikalnom destrukcijom prednjeg segmenta mandibule s per continuitatem širećim metastatskim limfnim čvorovima u regiji I i zahvaćanjem kože brade. PH nalaz ukazuje na planocelularni karcinom G2.

Bolesnik je liječen kirurški. Učinjene su obostrane modificirane radikalne disekcije vrata s očuvanjem sternokleidomastoidnih mišića, jugularnih vena i akcesornih živaca, prednja hemiglosektomija, prednja segmentalna mandibulektomija, resekcija tumora dna usne šupljine te resekcija zahvaćene kože submentalnog dijela brade uz rekonstrukciju supskapularnim kimeričnim mega režnjem u koji su inkorporirani osealni skapularni, fasciokutani paraskapularni i muskulokutani latisimus dorzi režanj

Mikrokirurškom anastomozom spojene su arterija i vena subskapularis s lijevom arterijom i venom facijalis. Postoperativno se kod bolesnika nalazi uredna integracija reznja. Bolesnik je gluticijski i fonacijski rehabilitiran uz održane estetske podjedinice lica. Provedena je adjuvantna kemoradioterapija (66 Gy + 3 ciklusa cisplatine)..

MATERIALS ANT METHODS

The most commonly used chimeric flaps are subscapular "mega flap", osteocutaneous and osteomusculo- fasciocutaneous flap of the iliac crest, osteocutaneous fibular flap and multipaddled ALT flap.

CASE REPORT

Patient, D.K., 50 years old, had been reporting pain in the oral cavity floor which intensified during swallowing. A malignant process was verified involving the oral cavity floor, anterior part of the tongue, bicortical destruction of the anterior mandibular segment with per continuitatem spread to the metastatic lymph nodes in the region I and chin skin involvement. PHD analysis pointed out planocellular carcinoma G2. The patient was treated surgically. Bilateral modified radical neck dissection was performed with the preservation of the sternocleidomastoid muscles, jugular veins and accessory nerves. Furthermore, the surgery included anterior hemiglossectomy, anterior segmental mandibulectomy, resection of the oral cavity floor tumor and the resection of the infiltrated skin. The reconstruction was performed using subscapular chimeric mega flap which incorporated osseous scapular, fasciocutaneous parascapular and musculocutaneous latissimus dorsi flap.

Subscapular vein and artery were microsurgically connected to the left facial vein and artery. Postsurgical integration of the flap was adequate. The act of deglutition and fonation was restored. Adjuvant chemotherapy was carried out later on (66 Gy + 3 cycles of cisplatine).

Kimerični (mega) režanj supskapularne arterije za rekonstrukciju kompozitnog oromandibularnog defekta

ZAKLJUČAK

Supskapularni kimerični (mega) režanj omogućuje izvrsnu trodimenzionalnu orijentaciju svojih višestrukih osealnih, fasciokutanih i muskulokutanih sastavnica. Na taj se način mogu sveobuhvatno tretirati i najsloženiji oromandibularni defekti s izvrsnim funkcionalnim i estetskim rezultatima. Veliki kalibar supskapularne arterije i vene olakšava izvođenje mikrokirurških anastomoza. Nedostatci reznja su produljeno vrijeme operacije, nemogućnost rada u dva paralelna kirurška tima i potreba za repozicijom bolesnika za vrijeme operacije.

KLJUČNE RIJEČI:

tumori glave i vrata, slobodni reznjevi, rekonstrukcijska kirurgija

CONCLUSION

Subscapular chimeric (mega) flap enables great tridimensional orientation of multiple osseous, fasciocutaneous and musculocutaneous components. That way even the most complicated oromandibular defects can be treated with excellent functional and esthetic results. The wide diameter of the subscapular artery and vein facilitates performing of the anastomosis. Disadvantages of the flap are prolonged surgery time, inability for the two surgical teams to work simultaneously and the need to reposition the patient during surgery.

KEY WORDS:

head and neck neoplasms, free tissue flaps, reconstructive surgical procedures

Uspješno liječenje karcinoma larinksa CO2 laserom – 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*

Uspješno liječenje karcinoma larinksa CO2 laserom – prikaz slučaja

UVOD

Maligni tumori larinksa najčešći su maligni tumori glave i vrata i čine 1-2% svih malignih tumora u čovjeka. Većinu svih malignih tumora larinksa čine karcinomi pločastih stanica. Pojavnost ovog karcinoma češća je u muškaraca i u osoba starijih od 50 godina. Najvažniji rizični čimbenici u nastanku karcinoma larinksa su pušenje i konzumacija alkohola. Simptomi ovise o lokalizaciji i veličini primarnog tumora. Tumori u području glotisa manifestiraju se promuklošću najčešće već u ranoj fazi bolesti, dok se simptomi tumora u području supraglotisa javljaju kasnije i mogu uključivati nespecifične smetnje poput otežanog gutanja, osjećaja stranog tijela, promuklosti i bolova. Tumori subglotisa uzrokuju pojavu inspiratornog stridora i dispneje. Izbor načina liječenja ovisi o samom tumoru, ali i o svakom pacijentu posebno, a uključuje otvorenu kirurgiju, radioterapiju, kemoterapiju, endoskopsku lasersku kirurgiju ili njihovu kombinaciju.

PRIKAZ SLUČAJA

68-godišnji muškarac, bivši pušač, upućen je na pregled u fonijatrijsku ambulantu radi obrade promuklosti koja traje unazad 2 mjeseca.

Successful laryngeal cancer treatment with CO2 laser - a case report

INTRODUCTION

Malignant tumors of the larynx are the most common malignant tumors of the head and neck and account for 1-2% of all malignant tumors in humans. Most malignant laryngeal tumors are squamous cell carcinomas. The incidence of this cancer is more common in men and people over the age of 50. The most important risk factors in the development of laryngeal cancer are smoking and alcohol consumption. Symptoms depend on the location and size of the primary tumor. Tumors in the glottis area are manifested by hoarseness most often in the early stages of the disease, while supraglottic tumor symptoms occur later and may include nonspecific symptoms such as difficulty swallowing, foreign body sensation, hoarseness, and pain. Tumors of the subglottis cause the appearance of inspiratory stridor and dyspnea. The choice of treatment depends on the tumor itself, but also each patient individually, and includes open surgery, radiotherapy, chemotherapy, endoscopic laser surgery, or a combination thereof.

CASE REPORT

A 68-year-old man, an ex-smoker, was sent to a phoniatic clinic for an examination of hoarseness that lasted for 2 months.

Uspješno liječenje karcinoma larinksa CO2 laserom - prikaz slučaja

Nema smetnje disanja i gutanja. Indirektnom laringoskopijom (ILS) prikazan je uredan hipofarinks, desna glasnica prekrivena bijelom tvorбом i slabije pomičnosti, dok je lijeva glasnica bez osobitosti. Budući da je promjena na desnoj glasnici suspektna na tumorski proces, pacijent je upućen na dodatnu radiološku obradu. Nalazom kompjutorizirane tomografije (CT) glave i vrata utvrđeno je postojanje infiltrativno-proliferativnog procesa koji zahvaća cijelu desnu glasnicu, ventrikularni nabor, Morgagnijev sinus, prednju komisuru i paraglotični prostor (T2N0M0). Uzimajući u obzir veličinu procesa i zahvaćenost struktura, za prvu metodu liječenja primarno je odabrana otvorena kirurgija s planiranim izvođenjem parcijalne laringektomije.

Međutim, u dogovoru s pacijentom odlučeno je da se izvrši laserska resekcija CO2 laserom te je učinjena kordektomija tip V (a-d), odnosno proširena kordektomija sa zahvaćanjem prednje komisure, aritenoida, vokalnog i ventrikularnog nabora, Morgagnijeva prostora i paraglotisa.

S obzirom na patohistološku dijagnozu (PHD) koja je potvrdila da se radi o planocelularnom karcinomu G1 (promjera 1cm), nakon 2 mjeseca učinjena je kontrolna laringomikroskopija s biopsijom operiranog područja, a PHD nalaz nije sadržavao tumorski infiltrat. Nakon 8 mjeseci učinjen je i kontrolni CT vrata koji je bio uredan.

There was no difficulty breathing or swallowing. Indirect laryngoscopy (ILS) showed a neat hypopharynx, the right vocal cord covered with the white formation and less mobility, while the left vocal cord was normal. Since the change in the right vocal cord is suspicious of the tumor process, the patient was referred for additional radiological treatment. The findings of computed tomography (CT) of the head and neck revealed the existence of an infiltrative-proliferative process involving the entire right vocal cord, ventricular fold, Morgagni sinus, anterior commissure, and paraglottic space (T2N0M0). Taking into account the size of the process and the involvement of the structures, open surgery with the planned performance of partial laryngectomy was primarily chosen for the first method of treatment.

However, in agreement with the patient, it was decided to perform CO2 laser resection and a type V (a-d) cordectomy, which included extended cordectomy involving the anterior commissure, arytenoid, vocal, and ventricular fold, Morgagni's space, and paraglottis.

Given the pathohistological diagnosis (PHD), which confirmed that it was squamous cell carcinoma G1 (1 cm in diameter), a control laryngomicroscopy with biopsy of the operated area was performed after 2 months, and the PHD finding did not contain a tumor infiltrate. After 8 months, a control CT of the neck was done, which was normal.

Uspješno liječenje karcinoma larinksa CO2 laserom - prikaz slučaja

Nakon godinu i pol na kontrolnom je pregledu uočena verukozna tvorba u stražnjem dijelu desne glasnice te je učinjena ekscizija navedene tvorbe, a dobivenim PHD nalazom utvrđena je displazija, bez tumorskog infiltrata. 3 godine nakon prve operacije stanje pacijenta je zadovoljavajuće, s potpuno očuvanom funkcijom disanja, urednim gutanjem i fonacijom. Iako postoje različiti načini liječenja karcinoma larinksa, uz važnost uklanjanja tumora u cijelosti, potrebno je i maksimalno nastojati očuvati funkcije larinksa. Prema našem iskustvu, pri procjeni malih tumora larinksa važniji je nalaz endoskopije od nalaza CT-a. Ovim smo slučajem prikazali da je liječenje ovog stadija karcinoma larinksa moguće i endoskopski, uz uspješan postoperativni tijek i zadovoljavajuće funkcije larinksa.

KLJUČNE RIJEČI:

karcinom larinksa, proširena kordektomija

After a year and a half, a control examination revealed a verrucous formation in the posterior part of the right vocal cord and an excision of the formation was made, and the obtained PHD finding revealed dysplasia, without tumor infiltrate. 3 years after the first operation, the patient's condition is satisfactory, with fully preserved respiratory function, proper swallowing, and phonation. Although there are different ways to treat laryngeal cancer, with the importance of removing the tumor as a whole, it is necessary to make every effort to preserve the functions of the larynx. In our experience, endoscopy is more important in assessing small laryngeal tumors than CT. In this case, we have shown that the treatment of this stage of laryngeal cancer is possible endoscopically, with a successful postoperative course and satisfactory laryngeal functions.

KEY WORDS:

laryngeal carcinoma, extended cordectomy

Uloga psihijatrije u zajednici u pristupu osobama s povećanim rizikom od razvoja oralnog karcinoma

Lucia Bekić (1)(3), Mirella Graffel (1), Igor Salopek (2)(3)

(1) *Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu*

(2) *Opća bolnica Karlovac*

(3) *Integrativni centar mentalnog zdravlja*



Uloga psihijatrije u zajednici u pristupu osobama s povećanim rizikom od razvoja oralnog karcinoma

Psihijatrija u zajednici predstavlja najsuvremeniji model psihijatrijske skrbi koji se u razvijenim zemljama provodi duži niz godina, pri čemu je pristup pacijentima karakteriziran multidisciplinarnošću. Primjer dobre prakse ovog modela u Hrvatskoj predstavljaju Klubovi liječenih alkoholičara (KLA), kao organizacije civilnog društva namijenjene rehabilitaciji, podršci i osnaživanju osoba s problemom alkoholizma. Konzumacija alkohola poznati je rizični čimbenik za razvoj oralnog karcinoma, a sinergističko djelovanje s duhanom dodatno povećava učestalost pojave karcinoma. Članovi KLA vulnerabilna su skupina kojoj je potrebna psihološka podrška, a društvena stigmatizacija uz druge zdravstvene komplikacije nerijetko rezultira narušavanjem psihičkog zdravlja. Zato je nužna edukacija i senzibilizacija stručnih suradnika KLA i drugih članova o oralnoj medicini, a osobito o pravilnoj njezi usne šupljine, rizičnim čimbenicima i mogućim zdravstvenim ishodima. Suradnja doktora dentalne medicine sa stručnim suradnicima (psihijatar, psiholog, radni terapeut, socijalni radnik, medicinska sestra ili drugi) i članovima KLA nužna je za rano prepoznavanje oralnih promjena, kao i za kontinuirano informiranje i edukaciju. Suradnjom različitih struka osnažuju se procesi rehabilitacije i destigmatizacije osoba s problemom alkoholizma te afirmira model psihijatrije u zajednici.

The role of community psychiatry in approach to people with increased risk of developing oral carcinoma

Community psychiatry is the most up to date model of psychiatric care, which is being conducted in developed countries for many years where the approach to patients is characterised as multidisciplinary. In the Republic of Croatia, a great example of this model can be found in the Clubs of alcoholics in treatment (KLA), which are organised by civil society. They aim to provide rehabilitation, support and to strengthen people who face problems with alcoholism. Alcohol consumption is a known risk factor for the development of oral carcinoma, and its synergistic action with tobacco increases the incidence of oral carcinoma. Members of KLA are a vulnerable group and they need psychological support, the stigma, present in society, along with other health complications often results in health impairment. Education and sensitisation of professional associates and other members in KLA about oral medicine is needed, and especially about the correct care of oral cavity, risk factors and possible health outcomes. Collaboration between dental medicine doctors and professional associates (psychiatrist, psychologist, work therapist, social worker, medical assistant, and others), as well as KLA members, is essential for early identification of changes in the oral cavity, and continuous information and education. Collaboration of different professions strengthens the rehabilitation and destigmatisation processes in people with alcohol problems and affirms the model of community psychiatry.

Prikaz pacijenta s vestibularnim švanomom

Mirella Graffel (1), Lucia Bekić (1), Domagoj Lasić (2)

(1) Medicinski fakultet u Zagrebu

(2) Medicinski fakultet u Zagrebu, Klinički zavod za dijagnostičku i intervencijsku neuroradiologiju, KBC Zagreb



Prikaz pacijenta s vestibularnim švanomom

Švanomi su benigni tumori koji potječu od Schwannovih stanica, glijalnih stanica koje tvore mijelinsku ovojnici perifernog živčanog sustava. Švanom VIII kranijalnoga živca (švanom nervus statoakustikusa, vestibulokohlearisa) najčešći je intrakranijalni švanom te je ujedno i najčešći tumor pontocerebelarnog kuta. Švanom n. statoakustikusa čini otprilike 7% svih intrakranijalnih tumora. Prezentira se ipsilateralnim postepenim gubitkom sluha (čija izraženost može varirati), rijede iznenadnim gubitkom sluha, osjećajem pritiska ili punoće u uhu, otalgijom, jednostranim tinitusom, nesvjesticom i poremećajima ravnoteže, glavoboljom, neuralgijom trigeminusa i obamrlošću ili slabošću ličnog živca. Dijagnostika švanoma počiva na audiologiji i radiološkoj dijagnostici, magnetskoj rezonanciji (MR).

Pacijent A.M. rođen 1977., godinama slabije čuje na lijevo uho, unazad godinu dana ima jake vrtoglavice, te je obradom ustanovljena lijeva vestibularna pareza. Potom je zaprimljen radi liječenja tumora lijevog unutrašnjeg uha koji je zahvatio kohleju i vestibulum. Retroaurikularnim pristupom se izbuši medijalni zid kohleje i vestibuluma te odstrani stapes. Tumor kohleje i vestibuluma je u potpunosti odstranjen, a makroskopski izgleda kao švanom, uzorak se pošalje na patohistološku dijagnostiku (PHD). Likvor fistula se zatvara masnim tkivom vrata i fibrinskim ljepilom. PHD-om se dokaže švanom.

A clinical case report of the patient with vestibular schwannoma

Schwannomas are benign tumors that originate from Schwann cells, glial cells that form the myelin sheath of the peripheral nervous system. Schwanna of the VIII cranial nerve is the most common intracranial schwannoma and is also the most common tumor of the pontocerebellar angle. Schwannoma of the statoacoustic nerve accounts for approximately 7% of all intracranial tumors. It presents with ipsilateral gradual hearing loss (the severity of which may vary), less often with sudden hearing loss, feeling of pressure or fullness in the ear, otalgia, unilateral tinnitus, fainting and balance disorders, headache, trigeminal neuralgia and numbness or weakness. Schwannoma's diagnosis is based on audiology and radiological diagnostics, magnetic resonance imaging (MRI).

Patient A.M., born in 1977, has been hearing impaired in his left ear for years, has had severe dizziness for a year, and left vestibular paresis has been established by treatment. He was admitted to treat a tumor of the left inner ear that affected the cochlea and vestibule. The retroauricular surgical approach through the medial wall of the cochlea and vestibule was performed and the stapes was removed. The tumor was completely removed, by visual examination looking like a Schwannoma, the sample is sent for pathohistological diagnosis (PHD). The cerebrospinal fluid fistula is closed with adipose tissue of the neck and fibrin glue. Schwannoma was identified.

Prikaz pacijenta s vestibularnim švanomom

Postoperacijski tijek uredan, rana uredno cijeli, ravnoteža uspostavljena, bolesnik se otpušta kući. Kontrolnom slikovnom obradom na MR-u se vizualizira recidiv na fundusu sluhovoda. Pacijent se zaprima radi planirane translabirintarne reoperacije, učini se ekstripacija tumora kohleje, materijal upućen na PHD. PHD-om se potvrdi švanom. Postoperativno provedena parenteralna analgetska i antibiotska terapija. Tijekom prvog postoperativnog dana se razvija edem uvule koji regredira na kortikosteroidnu terapiju te se javlja vrtoglavica koja jenjava na ondanzetron. Pacijent se otpušta kući nakon urednog postoperativnog oporavka.

Terapijski pristup ovisi o dobi pacijenta, simptomima i veličini tumora. Potreban je individualni pristup i poštivanje želje pacijenta. Liječenje je moguće konzervativnim metodama, stereotaksijskom radio-kirurgijom, mikroneurokirurgijom, mikrokirurgijom te iznimno primjenom monoklonskih protutijela u neurofibromatozi tip 2.

Mikrokirurška terapija može se izvesti jednim od tri pristupa; translabirintni, retrosigmoidni te pristup srednjoj lubanjskoj jami. Translabirintni pristup je prigodan za veće tumore (>3 cm) s prisutnim simptomom gluhoće, budući da se operacijom trajno žrtvuje sluh.

Retrosigmoidni pristup omogućuje prostranu vizualizaciju stražnje lubanjske jame te se njime operiraju tumori svih veličina. Pristup srednje lubanjske jame rezerviran je za intrakanalikularne tumore ili one čija ekstrameatalna proporcija ne iznosi više od 1 cm, budući da pristup ne omogućuje dobru vizualizaciju stražnje lubanjske jame.

Translabirintnim pristupom se vizualiziraju polukružni kanali i predsoblje, uključujući utrikulu i vrećicu unutarne uha te se uklanjaju kirurškom bušilicom, uzrokujući potpuni sensorineuralni gubitak sluha u operiranom uhu. Facijalni živac ostaje intaktan u većem postotku slučajeva od ostalih pristupa.

The postoperative recovery is normal, the wound is normal, the balance is established, the patient is discharged home. Control imaging on MR visualizes recurrence on the fundus of the auditory canal. The patient is admitted for translabyrinthine reoperation, cochlea tumor extirpation is performed, material referred to PHD. The PHD was confirmed a Schwannoma. The patient received parenteral analgesic and antibiotic therapy. During the first postoperative day, uvula edema develops which regresses to corticosteroid therapy and dizziness subsides with ondansetron. The patient is discharged home after a proper postoperative recovery.

The therapeutic approach depends on the age of the patient, the symptoms and the size of the tumor. An individual approach and respect for the patient's wishes is required. Treatment is possible by conservative methods, stereotactic radiosurgery, microneurosurgery, microsurgery and, exceptionally, the use of monoclonal antibodies in neurofibromatosis type 2.

Microsurgical therapy can be performed by one of three approaches; translabyrinthine, retrosigmoid, and access to the middle cranial fossa. The translabyrinthine approach is suitable for larger tumors (> 3 cm) with a deafness symptom present, as surgery permanently sacrifices hearing.

The retrosigmoid approach enables extensive visualization of the posterior cranial fossa and is used to operate on tumors of all sizes. The middle cranial fossa approach is reserved for intracanalicular tumors or those whose extrameatal proportion is no more than 1 cm, as the approach does not allow good visualization of the posterior cranial fossa.

The translabyrinthine approach visualizes semicircular canals and the vestibule, including the tricuspid and inner ear sac, and is removed with a surgical drill, causing complete sensorineural hearing loss in the operated ear. The facial nerve remains intact in a higher percentage of cases than other approaches.

SAŽECI POSTER PREZENTACIJA

Leukoplakija - prikaz slučaja

Danica Izgarević (1), Ana Lipovina (1)

doc. dr. Tanja Boljevic (2)

(1) *Univerzitet Crne Gore, Medicinski fakultet u Podgorici*

(2) *Univerzitet Crne Gore, Medicinski fakultet u Podgorici, Klinika za ORL i MFH (KC Crne Gore)*



Leukoplakija - prikaz slučaja

Leukoplakija se definiše kao pretežno bijela lezija koja je adherentna za oralnu mukozu. Leukoplakija je bolest koja pogađa ljude u četrdesetim i pedesetim godinama. Posle 40. godine javlja se veći broj slučajeva. Vremenom je primijećena promjena u rodnoj sklonosti, sa skorim paritetom u učestalosti leukoplakije, vjerovatno kao rezultat promjene navika žena u konzumiranju duvana. Neke leukoplakije su potencijalno maligne. Mnogi autori smatraju da je epitelna displazija važan znak maligne transformacije. Takođe, utvrđeno je da je maligna transformacija češća kod starijih pacijenata. Postoji mnogo faktora rizika koji dovode do nastanka leukoplakije, među kojima je najznačajniji pušenje. Međutim, u našem prikazu slučaja pacijent je nepušač i na njen nastanak leukoplakije je uticalo dugotrajno nošenje proteze. Neke leukoplakije su potencijalno maligne. Displazija je najsigurniji znak maligne transformacije koja je češća kod nepušača. Prognoza je lošija u slučajevima kada se promijene nalaze na podu usne duplje. Međutim, da bi se potvrdio malignitet oralne leukoplakije, lezija mora biti histopatološki dokazana biopsijom. Stope maligne transformacije oralne leukoplakije kreću se od 0,13 do 17,5 procenata, sa petogodišnjim kumulativnim stopama maligne transformacije u rasponu od 1,2 do 14,5 procenata.

Case report of leukoplakia

Leukoplakia is defined as a predominantly white lesion that is adherent to the oral mucosa. Leukoplakia is a disease that affects people in their forties and fifties. After the age of 40, the vast majority of cases occur. A shift in gender predilection has been observed over time, with near parity in the frequency of leukoplakia, presumably as a result of women's changing smoking behavior. Some leukoplakia are potentially malignant. Many authors believe that epithelial dysplasia is an important sign of malignant transformation. It has been determined that malignant transformation is more common in elderly patients. There are many risk factors that lead to leukoplakia, the most important of which is smoking. However, in our case report, the patient is a non-smoker and her development of leukoplakia was influenced by long-term wearing of prosthesis. Leukoplakia is defined as a predominantly white lesion that is adherent to the oral mucosa. Some leukoplakia are potentially malignant. Dysplasia is the surest sign of malignant transformation which are more common in non-smokers. The prognosis is worse in cases where the changes are located on the floor of the oral cavity. However, in order to address malignant transformation of oral leukoplakia, the lesion must be proven histopathologically by biopsy. Oral leukoplakia malignant transformation rates range from 0.13 to 17.5 percent, with five-year cumulative malignant transformation rates ranging from 1.2 to 14.5 percent.

Leukoplakija – prikaz slučaja

U nekoliko studija, stariji pacijenti su imali veću stopu malignih promjena. Kada govorimo o simptomima obično izostaju. Pacijenti često prvo primijete promjenu, a zatim je prate, dok se konsultuju sa specijalistom tek kada se pogorša. Ovo se dešava zbog lokacija na kojima se pojavljuje. U ovom prikazu slučaja predstavljamo ženu od 72 godine sa leukoplakijom koja je pažljivo uklonjena u opštoj anesteziji i poslata na patološki pregled. Oporavak pacijenta će biti praćen svaka tri do četiri mjeseca zbog mogućeg ponovnog pojavljivanja bolesti. Otprilike 1% do 9% ljudi sa oralnom leukoplakijom će razviti invazivni rak ili malignitet u leziji. Čak i kada su invazivne lezije uklonjene, recidiv nije neuobičajen. Pošto se oralna leukoplakija može spontano ponoviti, efekte liječenja je teško predvidjeti. Sve u svemu, rezultati su neizvjesni kada se otkriju displastične promjene.

In several studies, elderly patients had a higher rate of malignant change. When we talk about symptoms usually there aren't any. Patients frequently notice the change first and then follow it, only consulting a specialist when it worsens. This is related to the locations where it appears. In this case report we represent a woman age 72 with leukoplakia which is carefully removed in general anesthesia, and sent on pathological examination. Patient recovery will be followed by us every three to four months for possible recurrence of the disease. Approximately 1% to 9% of people with oral leukoplakia will develop invasive cancer or a frank malignancy in the lesion. Even when invasive lesions have been removed, recurrence is not uncommon. Because oral leukoplakia might spontaneously recur, treatment effects are difficult to predict. Overall, the results are uncertain once dysplastic alterations are detected.

Eksfolijativna citologija u dijagnostici premalignih i malignih epitelnih lezija oralne sluzokože

Marija Diković (1), prof. dr. Ana Pucar (2), dr. sc. Sanja Petrović (1)

(1) Univerzitet Beograd, Stomatološki fakultet Beograd

(2) Univerzitet Beograd, Stomatološki fakultet Beograd, Klinika za parodontologiju i oralnu medicinu



Eksfolijativna citologija u dijagnostici premalignih i malignih epitelnih lezija oralne sluzokože

UVOD

Rana detekcija oralnih karcinoma i njihovih prekursorskih lezija značajno poboljšava uspešnost lečenja i kvalitet života pacijenata, čija petogodišnja stopa preživljavanja uz prisutne udaljene metastaze kao posledica kasne dijagnostike iznosi samo 15%. Traga se za pomoćnom neinvazivnom dijagnostičkom metodom koja omogućava ranu detekciju i praćenje promena. Cilj rada je ispitivanje efikasnosti citologije u ranom otkrivanju premalignih i malignih oralnih epitelnih lezija.

MATERIJALI I METODE

Poređeni su histopatološki nalazi hirurške biopsije sa citološkim nalazima „brush“ biopsije kod 66 pacijenata sa suspektnim promenama. Histopatološki nalazi gradirani su kao SIN 0 (eng. Squamous intraepithelial neoplasia), SIN I, SIN II, SIN III i OSCC (eng. Oral Squamous Cell Carcinoma) a citološki kao NILM (eng. negative for intraepithelial lesion or malignancy), LSIL (eng. low-grade squamous intraepithelial lesion), HSIL (eng. high-grade SIL) i OSCC. Za potrebe statističkih analiza, NILM je koreliran sa SIN 0, LSIL sa SIN I i SIN II, HSIL sa SIN III, dok je OSCC u obe metode predstavljao prisustvo invazivnog karcinoma. Za određivanje senzitivnosti i specifičnosti, prisustvo maligniteta označavale su kategorije SIN III, OSCC i HSIL, a odsustvo SIN 0, SIN I, SIN II, NILM i LSIL.

Exfoliative cytology in the diagnosis of premalignant epithelial lesion of oral mucosa

INTRODUCTION

Early detection of oral cancers and their precursor lesions significantly improves treatment success and quality of life of patients whose five-year survival rate with distant metastases as a consequence of late diagnosis is only 15%. An auxiliary non-invasive diagnostic method is needed, which would enable early detection and monitoring of lesions. Aim of the study is investigation of the effectiveness of cytological method in the early detection of premalignant and malignant oral epithelial lesions.

MATERIAL AND METHODS

Histopathological findings of surgical biopsy were compared with cytological findings of "brush" biopsy in 66 patients with suspected lesions. Histopathological findings were graded as SIN 0 (Squamous intraepithelial neoplasia), SIN I, SIN II, SIN III and OSCC (Oral Squamous Cell Carcinoma) and cytological as NILM (Negative for intraepithelial lesion or malignancy), LSIL (low-grade squamous intraepithelial lesion), HSIL (high-grade SIL) and OSCC. For statistical analysis, NILM was correlated with SIN 0, LSIL with SIN I and SIN II, HSIL with SIN III, while OSCC in both methods represented the presence of invasive cancer. To determine sensitivity and specificity, the presence of malignancy was indicated by the categories SIN III, OSCC and HSIL, and the absence as SIN 0, SIN I, SIN II, NILM and LSIL.

Eksfolijativna citologija u dijagnostici premalignih i malignih epitelnih lezija oralne sluzokože

REZULTATI

Iz analiza su isključena 2 nezadovoljavajuća citološka uzorka. Postignut je dobar stepen slaganja (54/64, 84,4%, $\kappa=0,772$, $p<0,001$) između histopatološke i citološke metode dijagnoze oralnih mukoznih lezija. Senzitivnost, specifičnost, pozitivna i negativna prediktivna vrednost iznosile su 100%, 94.4%, 93.3% i 100%, respektivno.

ZAKLJUČAK

Dobijeni rezultati ukazuju na zadovoljavajuću pouzdanost eksfolijativne citologije. Prednost metode predstavlja neinvazivnost i jednostavno izvođenje, čime je omogućen skrining i praćenje pacijenata i van specijalističkih ustanova.

KLJUČNE RIJEČI:

oralni karcinom; eksfolijativna citologija

RESULTS

2 unsatisfactory cytological samples were excluded from the analysis. Fair agreement was achieved (54/64, 84.4%, $\kappa = 0.772$, $p < 0.001$) between histopathological and cytological methods of diagnosis of oral mucosal lesions. Sensitivity, specificity, positive and negative predictive value were 100%, 94.4%, 93.3% and 100%, respectively.

CONCLUSION

The obtained results indicate satisfactory reliability of exfoliative cytology. The advantages of the method are its non-invasiveness and simple performance, which enables screening and monitoring of patients outside specialist institutions.

KLJUČNE RIJEČI:

oral cancer; exfoliative cytology;

Zahvale na podršci:



HRVATSKO DRUŠTVO ZA TUMORE
GLAVE I VRATA



Udruga studenata dentalne medicine

