

Рак языка.

Среди опухолей слизистой полости рта рак языка встречается наиболее часто: в 55% случаев. Несмотря на визуальную локализацию, в настоящее время рак языка III и IV стадии выявляется у 62% больных. Распространенность опухолей данной локализации составляет 28,5 на 100 тыс населения. Наиболее часто диагностируется в возрастной группе от 55 до 75 лет и старше, но злокачественные новообразования языка могут встречаться в молодом возрасте и даже у детей.

Этиология. Рак слизистой языка развивается на фоне вредных бытовых привычек (курение, употребление алкоголя, жевание бетеля, наса), особенностей питания отдельных групп населения, производственных вредностей, постоянной инфекции в полости рта, травматизацией слизистой оболочки зубами и протезами. Инфицирование вирусом папилломы человека имеет меньшее значение по сравнению с раком ротоглотки. У детей причиной развития рака языка может быть наследственный фактор и изменение гормонального фона.

Предопухолевые заболевания. Рак языка почти всегда развивается на измененной слизистой. К предопухолевым заболеваниям с высокой частотой озлокачествления относятся: болезнь Боуэна, веррукозная лейкоплакия, постлучевой стоматит, красная волчанка, папилломатоз, красный плоский лишай, хронический язвы и трещины. Незаживающие эрозии и язвы должны быть поводом для обращения к специалистам. Лечение предопухолевых заболеваний занимаются стоматологи. Если в течение 2 недель не наступает улучшения, то больной должен быть направлен к онкологу.

Клиника. В языке выделяют корень (относится к ротоглотке) и тело, в котором различают спинку, боковые и нижнюю поверхность. Тело языка также делят на переднюю, среднюю и заднюю трети. Наиболее часто рак языка диагностируется в средней трети языка на боковой поверхности. В 90-95% рак языка имеет строение плоскоклеточного ороговевающего рака, редко встречаются опухоли из малых слюнных желез (аденокарциномы), а в задней трети языка и в корне может диагностироваться лимфома.

По характеру роста опухоли бывают экзофитные, эндофитные и изъязвленные. Экзофитные опухоли как правило растут в виде цветной капусты или в виде бледно-розовых плоских образований. Кровоточивость образования позволяет заподозрить озлокачествление опухоли. Редко поверхностный инвазивный рак может выглядеть в виде красного пятна. Эндофитный рост характеризуется уплотнением подлежащих тканей. Изъязвленная форма опухоли имеет неровные края и плотное основание. По мере роста злокачественной опухоли языка отмечается усиление болевого синдрома от локальной болезненности до выраженных болей по ходу тройничного нерва.

Фото 1. Рак языка T2N0M0

Фото 2. Рак языка T4NM0

Частота метастазирования зависит от локализации опухоли и ее толщины. Злокачественные опухоли, расположенные в подвижной части языка метастазируют реже, чем расположенные в его задней трети. При опухолях T1 и T2 толщиной 2 мм и менее,

частота регионарно метастазирования составляет 13%, а при толщине опухоли более 8мм-65%.

Диагностика. Обследование пациента с подозрением на злокачественную опухоль языка включает в себя: осмотр, пальпацию опухоли и зон регионарного метастазирования, биопсию опухоли и цитологическое исследование из увеличенных регионарных лимфоузлов, МРТ с целью оценки мягкотканого компонента опухоли, КТ с контрастированием для оценки инвазии опухоли в костные структуры, УЗИ лимфоузлов шеи и первичной опухоли, а также общеклиническое обследование. Окончательный диагноз устанавливается после получения данных гистологического исследования. Дифференциальную диагностику проводят с доброкачественными опухолями, воспалительными процессами, сифилисом, туберкулезом и зобом языка.

Классификация по системе TNM (8 издание)

T- первичная опухоль

TX- первичная опухоль не может быть оценена

T0- нет признаков первичной опухоли

T in situ- карцинома in situ

T1- опухоль максимальным размером не более 2 см и глубина инвазии не более 5мм

T2- опухоль максимальным размером не более 2см и глубина инвазии более 5мм или опухоль максимальным размером более 2 см, но не более 4 см и глубина инвазии не более 10мм

T3- опухоль максимальным размером более 2см, но не более 4см и глубина инвазии более 10см или опухоль максимальным размером более 4см и глубина инвазии не более 10мм

T4a - опухоль более 4 см и глубина инвазии более 10мм или прорастает кортикальную пластинку нижней челюсти

T4b- опухоль врастает в любую из следующих структур: жевательное пространство, пластинки крыловидного отростка клиновидной кости или основание черепа

N- регионарные лимфатические узлы

NX- регионарные лимфоузлы не могут быть оценены

N0- нет метастазов в регионарные лимфатические узлы

N1- метастаз максимальным размером не более 3 см в одном регионарном лимфатическом узле на стороне поражения без распространения за пределы капсулы узла

N2a- метастаз максимальным размером более 3см, но не более 6см в одном лимфатическом узле на стороне поражения без распространения за пределы капсулы узла

N2b- метастазы, каждый максимальным размером не более 6см, в нескольких регионарных лимфатических узлах без распространения за пределы капсулы узла

N2c- двусторонние метастазы в регионарных лимфатических узлах либо метастазы в регионарных лимфатических узлах на противоположной пораженной стороне, каждый максимальным размером не более 6см без распространения за пределы капсулы узла

N3a-метастаз максимальным размером более 6см в регионарном лимфатическом узле без распространения за пределы капсулы узла

N3b- метастаз в одном или нескольких регионарных лимфатических узлах с клиническими признаками распространения за пределы капсулы узла

M- отдаленные метастазы

M0- нет отдаленных метастазов

M1- есть отдаленный метастаз

Стадии

Стадия 0	Tis	N0	M0
Стадия I	T1	N0	M0
Стадия II	T2	N0	M0
Стадия III	T3	N0	M0
	T 1 T2 T3	N1	M0
Стадия IVA	T4a	N0 N1	M0
	T1 T2 T3 T4a	N2	M0
Стадия IVB	любая T	N3	M0
	T4b	любая N	M0
Стадия IVC	любая T	любая N	M1

Лечение. Выбор тактики лечения зависит от локализации и распространенности опухоли, ее гистологического строения, наличия или отсутствия регионарных метастазов, общесоматического статуса и возраста пациента. При планировании лечения следует учитывать, что кроме излечения от опухоли, необходимо сохранить функции глотания и жевания, а также восстановить речь и свести к минимуму негативные последствия лечения. Применяют хирургический, комбинированный, комплексный, криогенный и лучевой методы лечения.

Криотерапия применяется при опухолях T1, а также при рецидивных новообразованиях и как завершающий этап комбинированного или комплексного лечения. Криотерапия

основана на замораживании и деструкции опухолевой ткани с помощью жидкого азота при температуре -196 С. Время экспозиции составляет от 2 до 10 минут, проводят от 1 до 3 сеансов. Преимуществом данной методики является ее возможность неоднократного использования при рецидивирующих и множественных опухолях, особенно у ослабленных пациентов.

При поверхностных небольших опухолях языка T1 и T2 без метастазов возможно применение в самостоятельном варианте как лучевой терапии, так и хирургического лечения. Функционально-щадящей операцией является резекция половины языка. Лучевая терапия применяется в виде наружной лучевой терапии, брахитерапии или комбинации обоих методов.

При опухолях с распространенностью T3 и T4, а также при любой опухоли с наличием метастазов в регионарных лимфоузлах, применяется комбинированный или комплексный методы лечения. На первом этапе комбинированного лечения обычно проводят лучевую терапию с последующей операцией. Лучевая терапия проводится на первичный опухолевый очаг и зоны регионарного метастазирования в СОД=40-50ГР. При распространенных опухолях языка выполняют различные варианты хирургического лечения от атипичной и субтотальной резекции языка до глоссэктомии с резекцией мягких тканей дна полости рта, нижней челюсти. Одномоментно проводится операция на лимфосистеме шеи. Образующиеся обширные дефекты тканей замещают лоскутами, выкроенными с шеи или передней грудной стенки. Для пластики нижней челюсти используется ребро или малоберцовая кость. При распространенных опухолевых процессах применяют комплексный метод лечения, который включает в себя химиотерапию, лучевую терапию и операцию. На первом этапе проводится в зависимости от эффекта 2-3 курса химиотерапии с использованием платины и фторурацила. На втором этапе пациент проходит курс лучевой терапии до СОД=40-50ГР. Если отмечается уменьшение опухоли на 75% и более, то лучевая терапия проводится по радикальной программе до СОД=66ГР. В остальных случаях проводится хирургическое лечение.

Прогноз. 5-летняя выживаемость при T1 составляет 85%, T2 -65%, T3-37%, T4- 5-15%. К прогностическим факторам относятся: размеры опухоли, степень ее дифференцировки, глубина инвазии, прорастание в кость, инвазия в лимфатические и кровеносные сосуды.

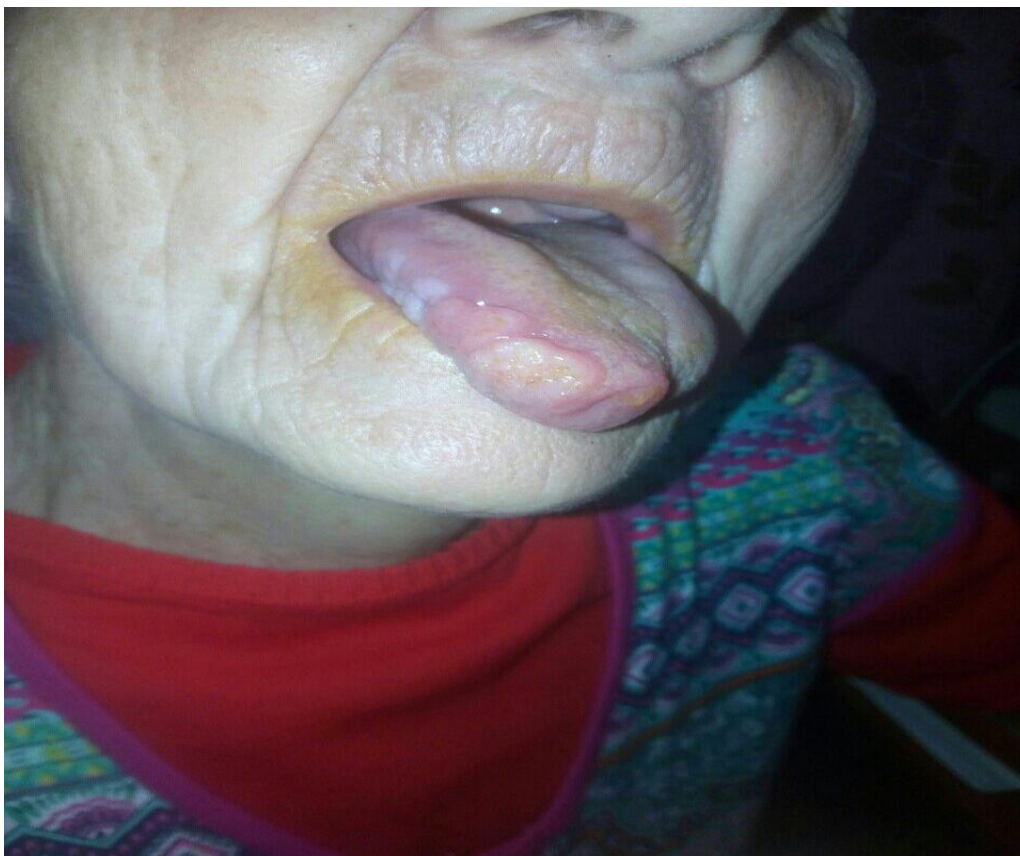


Фото 1. Рак языка T2N0M0



Фото 2. Рак языка T4N0M0

