

Рак челюстей. Клиника, диагностика, лечение

Волгоград 2022

Актуальность

К злокачественным поражениям челюстей относятся опухоли эпителиального (раки) и соединительнотканного происхождения (саркомы). Возможно развитие злокачественных опухолей из других видов ткани (нервной, сосудистой), но их процент очень и очень мал.

Эпидемиология

Злокачественные опухоли нижней челюсти (НЧ) встречаются в несколько раз реже, чем верхней. Наиболее поражаемый возраст – 40–66 лет. Первичный рак нижней челюсти очень редок. Это казуистические случаи, когда он возникает из остатков гертвиговской мембраны или из элементов стенки радикулярной кисты. Рак нижней челюсти всегда вторичен и переходит на кость со слизистой оболочки полости рта. Существуют метастатические поражения нижней челюсти при раке легкого, желудка, молочной железы, матки.

Клинические признаки

Общие клинические признаки рака нижней челюсти-наличие «беспричинных», стреляюще-рвущих болей в челюсти с иррадиацией в ухо, висок, шею, расшатывание зубов, кровоточивость десен, неприятный запах изо рта, онемение мягких тканей губы и подбородка (симптом Венсана). При прорастании опухоли в полость рта (при центральном ее расположении) видна язва с заполняющими ее мягкими сочными грануляциями, похожими на малину. В зависимости от локализации могут возникать «раковая» контрактура, нарушения глотания и дыхания вплоть до асфиксии. Анамнез исчисляется месяцами, при некоторых саркомах - 1–2 года максимум.

Анатомические особенности

Анатомически нижняя челюсть делится на 3 сегмента: ментальный сегмент(4321 / 1234 зубы), горизонтальный сегмент(5678/5678 зубы) и задний -ветвь челюсти. Рак может поражать только один сегмент и находиться в его пределах (T1), полностью захватывать один сегмент челюсти и частично распространяться на соседний - (T2), полностью захватывать два сегмента челюсти (T3), поражать более двух сегментов, распространяясь при этом на прилежащие мягкие ткани (T4).

Диагностика

На рентгенограммах при злокачественных опухолях нижней челюсти можно увидеть «размытость» костной структуры, участки деструкции кости, дефекты с нечеткими контурами (картина «тающего сахара»).

Очень ценные данные могут быть получены при биопсии, когда возможно определение гистогенеза опухоли. Все данные обследования в комплексе (только!) могут дать основание к постановке такого грозного заболевания, как рак.

Лечение

Лечение рака нижней челюсти начинается с санации полости рта (слизистая оболочка, кариозные зубы и т. д.). Категорически запрещается проводить экстракцию зубов в зоне опухоли и применять физиопроцедуры, т. к. это вызывает резкое ускорение роста опухоли и создает возможность для раннего метастазирования.

После этого проводится лучевая терапия (телегамматерапия) суммарной дозой 5–6 тыс. рад. Операция проводится спустя 3 недели после лучевой терапии. Сущность ее: сквозная резекция нижней челюсти в пределах здоровых тканей (отступя не менее 3 см от пораженного участка).

- Следует помнить о возможности прорастания рака по перивазоневральным пространствам, вдоль сосудисто-нервных пучков, поэтому «экономия» тканей при резекции нижней челюсти является грубой ошибкой (Ю. А. Шеломенцев).

Грубой ошибкой (Ю. А. Шеломенцев, 1969). Если рак располагается на границе горизонтальной и задней зон, проводится резекция челюсти с экзартикуляцией. Нередко широко иссекаются прилежащие ткани щеки, дна полости рта, т. к. рак либо начинается с них (как правило), либо прорастает сюда из кости.

- Перед операцией желательна перевязка наружных сонных артерий (лучше с резекцией последних и десимпатизацией). Фрагменты после резекции фиксируются либо назубными шинами, либо лабораторными шинами типа шины Ванкевич, либо внеротовыми аппаратами типа аппарата Рудько.

Реконструктивный этап

Пластическое замещение дефектов нижней челюсти после ее резекции можно проводить ауто- или аллотрансплантатами через 10–12 месяцев после оперативного вмешательства (включая и операцию Крайла), с учетом состояния микроциркуляции крови в облученных тканях.

Операция Крайла

Операция Крайла проводится одновременно с резекцией первичного очага с одной или с двух сторон по показаниям. При этом учитывается общее состояние больного.

Прогноз

Прогноз при раках нижней челюсти неблагоприятный. Пятилетняя выживаемость-20–30% от общего количества больных, прошедших комбинированное лечение.

Злокачественные поражения верхней челюсти

Бывают эпителиального (раки и аденокарциномы) и соединительнотканного (саркомы) характера, а также редко встречающиеся (рабдомиобластома, злокачественная меланобластома и т.д.).

Морфология

Типичным представителем раков верхней челюсти

является карцинома. Возникает, как правило, из слизистой выстилающей гайморову полость (60-70%). В остальных случаях начинается либо ростом на альвеолярном отростке, либо на твердом небе. Встречается плоскоклеточный неороговевающий рак, скирр, низкодифференцированный рак, цилиндрома, малигнизированная эпителиома

(Р. А. Мельников)

Клинические проявления

Всегда зависят от первичной локализации опухоли и выражаются в поражении прилегающих анатомических областей и образовании. Наиболее характерны зубная боль, затрудненное носовое дыхание, зловонные выделения из носа с примесью крови, экзофтальм, диплопия. Боли очень резкие, отдающие по ходу ветвей тройничного нерва. Частым симптомом является головная боль.

Злокачественные поражения верхней челюсти нередко принимаются за гаймориты, фронтиты, риниты, поражение зубов соответствующей стороны и т.д. Это приводит к неправильному лечению, усугубляет течение процесса, больные нередко попадают в клинику с уже запущенными формами рака верхней челюсти.

Диагностика

Для диагностики важное значение, кроме анамнеза, жалоб, объективного исследования, имеют данные дополнительных методов: диафаноскопии, риноскопии, перкуссии челюсти, рентгенографии, томографии, сканирования. Наиболее весомый вклад в процесс диагностики вносят данные пробного прокола или диагностического вскрытия гайморовой полости со взятием материала для биопсии с последующим гистологическим исследованием.

Стадии рака верхней челюсти

- I стадия – опухоль в гайморовой полости без деструкции стенок кости, без метастазов в регионарные л/узлы.
- II стадия «А» – опухоль в гайморовой пазухе с очаговой деструкцией стенок без метастазов в регионарные л/узлы.
- II стадия «Б» – такая же, как и при II-А, но с одиночными регионарными метастазами на этой же стороне.

- III стадия «А» – опухоль, выходящая за пределы гайморовой пазухи, прорастающая в мягкие ткани, или с одиночными или с несколькими (3-5) метастазами на стороне поражения.
- III стадия «Б» – то же, что и в III -«А», но с множественными метастазами на стороне поражения.
- IV стадия - опухоль больших размеров (6 и более увеличенных л/узлов), распадающаяся метастазами.

Позднее обращение

Согласно статистике число больных с IV стадией поступает около 60%, а с I – всего – 10–14%.

Лечение

Лечение рака верхней челюсти комбинированное. I этап - дистанционная близкофокусная телегамматерапия в дозе от 3,5 до 8 тыс. рад, в зависимости от размеров и радиорезистентности опухоли. Применяется обычно трехполевое облучение. Возможна кюритерапия в дозе 3-4 тыс. рад на восковой маске (лимфоэпителиома, ретикулоцитоме), но для рентгеноустойчивых форм эта доза может достигать до 12 тыс. рад.

Оперативный компонент

Спустя 2-3 недели проводится хирургическое вмешательство, заключающееся в удалении одной или обеих (по показаниям) верхних челюстей с попутным удалением проросших опухолью органов (например, глаза). Операция проводится типичным: методом, через один из общеизвестных доступов (Вебера, Петрова-Нелатона, Кохера, Диффенбаха и т.д.)

В послеоперационном периоде изготавливаются сложные замещающие протезы верхней челюсти после эпителизации краев раны. Не исключается возможность регионарной внутриартериальной химиотерапии метатрексатом (параллельно с операцией на очаге канюлируется наружная сонная артерия), а операции обычно начинают с перевязки указанной артерии.

Прогрессирование процесса

Процент рецидивов при злокачественных опухолях верхней челюсти-до 25% (при комбинированном методе). При изолированном лечении (только лучом или только ножом) процент доходит до 50% и более. Метастазы – отдаленные из верхней челюсти-очень редки. Они бывают в ребрах, тазовых костях, печени, костях черепа. Регионарные метастазы встречаются в 30–50% случаев. Для борьбы с ними используется лучевая терапия с последующей операцией Крайла.