

Súlyos displasiát mutató orális leukoplakia. Esetismertetés

Bögözi Bálint Botond, Petrovan Cecilia, Kovács Dezső

Marosvásárhelyi Orvosi és Gyógyszerészeti Egyetem, Szájsebészeti Tanszék

Leucoplazie orală cu displazie marcată – prezentare de caz

Introducere: Leucoplazia orală – leziune cu potențial de malignizare (OMS) – este de o importanță majoră din mai multe puncte de vedere, nu în ultimul rând datorită dificultăților terapeutice pe care le prezintă. Material și metodă: În această lucrare este prezentat cazul deosebit de grav al unui pacient de sex feminin, în vârstă de 29 de ani, care a prezentat o leucoplazie extinsă a cavității bucale, cu grade variate de displazie și care a necesitat un tratament complex: eliminarea spinilor iritativi posibili, tratament medicamentos (vitamina A și corticoterapie), respectiv multiple intervenții chirurgicale, depistându-se și un focar carcinomatos la nivelul mucoasei jugale drepte. Discuții, concluzii: Cazul a fost considerat deosebit prin vârsta tânără a pacientei, displazia severă a leziunii și prezența focarului de transformare malignă, fapt care a atras atenția asupra importanței acestei leziuni.

Oral leucoplakia with high degree of dysplasia – case report

Introduction: Oral leucoplakia – a lesion with potential malignant transformation (WHO) – is very important in many ways, also by therapeutic difficulties. Material and method: This paper presents the case of a 29 years old female patient with an oral leucoplakia extended in the whole mouth and showing various degrees of dysplasia, which needed a complex management: removal of possible irritative factors, medical treatment (tretinoin and corticotherapy) and several surgical approaches. A zone of malignant transformation was found in the right buccal mucosa. Conclusions: The case was considered special because of the young age of the patient, the high degree of dysplasia and the malignant transformation in the buccal mucosa, emphasizing the importance of these lesions.

Orvostudományi Értesítő, 2007, 80 (1): 64-66

www.emeogysz.ro

Az orális leukoplakia a szájnyálkahártya egy igen fontos elváltozása, amely a malignizációs hajlama (3-6 % a WHO szerint) mellett a kezelés nehézségei miatt is figyelemre méltó [1, 6].

Kezelése komplex: a helyi és általános hajlamosító tényezők kiiktatását, gyógyszeres és sebészi kezelést valamint a rendszeres ellenőrzések bevezetését foglalja magába [4, 5].

A gyógyszeres kezelés eredményei az esetek többségében jók (a léziók eltűnését, visszahúzódását eredményezi), azonban a kezelés megszűtése után gyakori a recidiva [2].

A sebészi kezelés nehézségeit a nagy kiterjedésű léziók kiirtásakor a műtéti hiány fedésének problémái okozzák. Emellett az elváltozások határa sok esetben elmosódott, ami a léziók teljes eltávolítást nehezíti meg [2].

Anyag és módszer

Jelen dolgozatunkban egy 27 éves nőbeteg (D. E.) esetét szeretnénk bemutatni, aki 2005 márciusában igen kiterjedt leukoplakiás léziókkal jelentkezett a marosvásárhelyi Szájsebészeti Klinikán. A beteget fogorvosa küldte a pofanyálkahártyán megjelenő elváltozások miatt.

A jelentkezés pillanatában a beteg szubjektíven enyhe érzékenységről panaszkodik az erősen fűszeres élelmiszerek fogyasztásakor, valamint a léziók egyenetlen felületéről a nyelvvel való érintéskor.

A *klinikai vizsgálat* során kiterjedt leukoplakiás léziókat észleltünk a kétoldali pofanyálkahártyán, a felső és alsó ajak nyálkahártyáján valamint az alsó foghiányos gerinceken (sorközi hiányok az alsó fogívben, mindkét oldalon). Ezen elváltozások fehér színű, egyenetlen felszínű, különböző vastagságú plakkok formájában jelentkeztek és a jobboldali pofanyálkahártyának megfelelően voltak a legkifejezettebbek (1. ábra). Emellett fogkő felhalmozódást, a beteg elégtelen szájhygiénéjét is tapasztaltuk.

A beteg körmeinek displasiás elváltozásait is megfigyeltük – amelyek a beteg testvérénél is jelen vannak. Ennek alapján egy veleszületett ecto-endodermális anomáliára gyanakodtunk – anélkül hogy ez valamilyen konkrét betegség vagy szindróma keretén belül jelentkezne.

A kórelőzményből még kiemelnénk, hogy a beteg a jelentkezés pillanatában dohányzott (10 szál cigaretta naponta) és orális fogamzásgátló kezelés alatt állt, amelyek hajlamosító tényezőkként szerepelnek.

A kezelés első lépéseként a helyi és általános hajlamosító tényezőket küszöböltük ki. Így alapos fogköeltávolítást



1. ábra. A beteg a jelentkezés pillanatában



végeztünk, javasoltuk a dohányzásról való lemondást, valamint a fogamzásgátló kezelés megszakítását (a beteg be is tartotta ezen javaslatainkat).

Ezek után gyógyszeres kezelést írtunk fel: általánosan A-vitamint (3×1 tb/nap), helyileg pedig Smooderm kenőcsöt. A beteget 1 hónap múlva ellenőrzésre hívtuk vissza és enyhe javulást, a leukoplakiás léziók vastagságának csökkenését észleltük, azonban egy újabb hónap elteltével a kezdeti állapothoz hasonló klinikai képet találtunk.

A gyógyszeres kezelés folytatásaként általánosan corticosteroid kezelést alkalmaztunk (Medrol 2×16 mg/nap egy hétig, majd felére csökkentettük a dózist), azonban egy kezdeti javulás után visszaáll az eredeti helyzet.

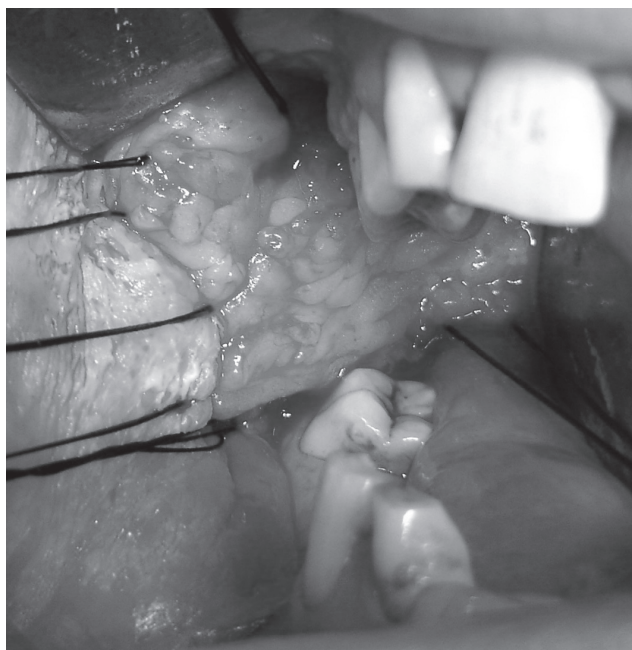
Próbakimetszést végeztünk, melynek eredménye: súlyos displasiát mutató leukoplakia, amely a Papilloma-vírus okozta elváltozáshoz hasonló aspektusú volt. A Papilloma-vírus kimutatására léteznek ELISA típusú tesztek, sajnos ezek nemáltak rendelkezésünkre. Mivel a Papilloma-vírus gyakran társul a HIV-fertőzéshez, elvégeztük az AIDS tesztet, amely negatív volt. Itt említjük meg, hogy a Wassermann-reakció ugyancsak negatív volt.

A léziók lézeres kiirtását is megkíséreltük, a jobboldali pofanyálkahártya mintegy 2×2 cm-es felületén. A kezdeti kedvező evolúció után mintegy 4 hónappal a léziók újra jelenkeznek.

Ekkor döntünk a jobboldali pofanyálkahártya elváltozásainak sebészi eltávolítása mellett, amely több műtéti fázist igényelt, a nehézséget a műtéti hiány fedése jelentette.

Először – 2005 szeptemberében – a leukoplakia hátsó 1/3-át távolítottuk el, a hiány fedése a Bichat-zsírcsomóból nyert lebennyel történt (**2. ábra**), amely a gyógyulás során fokozatosan hámosodik. A szövettani vizsgálat eredménye: súlyos displasiát mutató leukoplakia.

Ezt követően – 2006 júliusában – a leukoplakia középső 1/3-



2. ábra. Első műtéti fázis - a hiány fedése a Bichat zsírcsomóból nyert lebennyel

ának kiirtására került sor, amikor a hiányt a supraclavicularis régióból nyert teljes vastagságú bőrtranszplantátummal fedtük (**3. ábra**). A szövettani vizsgálat eredménye ebben az esetben: leukoplakia, súlyos displasiás góccal és egy mikroinvazív laphámrák góccal (a kiírtott terület középső részén, megfelelő biztonsági határokkal kimetszve).

2006 szeptemberében a gyógyulást követően egy heges köteg jelentkezik a bőrtranszplantátum elülső szélének megfelelően, amely a szájnýtás korlátozásához vezet. Ennek eltávolítását a leukoplakia elülső 1/3-ának kiirtásával egyidejűleg végeztük, a hiány fedése a nyelv ventrális felszínéről nyert nyálkahártya transzplantátummal történt. A szövettani vizsgálat eredménye: közepes displasiát mutató leukoplakia.

A további heges gyógyulás miatt a szájnýtás mértéke korlátozott marad, ez azonban mechanotarápiával növelhető (**4. ábra**).

A beteget rendszeres ellenőrzésekre rendeltük vissza (2-3 havonta), amikor a műtéti területeket, a környező leukoplakiás területeket és a környéki nyirokcsomókat (a rosszindulatú elfajulási góc miatt) vizsgáljuk. Általánosan továbbra is antioxidánsokat (A-, C-, E-vitamin – anticarcinogenetikus hatás), helyileg pedig a Smooderm kenőcsöt írtunk fel – hosszú távon.

Megbeszélés

A bemutatott esetet nagy jelentőségűnek tartottuk a következő tényezők tükrében: a beteg fiatal életkora; a léziók nagy



3. ábra. Második műtéti fázis - a hiány fedése szabad bőrátültetéssel



4. ábra. Heges gyógyulás - a szájnyitás mértéke korlátozott

kiterjedése; a hajlamosító tényezők kiiktatásának (fogkő, dohányzás, fogamzásgátló kezelés) és a gyógyszeres kezelés (A-vitamin, corticoterápia) eredménytelensége; a szövettani kép (súlyos displasia, korai malignus elfajulás); a sebészi kezelés (a műtéti hiány fedésének) nehézségei, az időszakos ellenőrzések szükségessége (2-3 havonta), a szájüreg vizsgálatának nehézsége (a heges gyógyulás következtében).

Felmerül a kiegészítő sugárkezelés és a fizioterápia kérdése. A kiegészítő sugárkezelés a malignus elfajulási góc

szintjén javult lenne (a fiatal életkor, a szövettani forma indokolná) viszont a környező, megmaradt leukoplakiás területek besugárzása ellenjavalt, mivel újabb malignus elfajulást okozhat. A fizioterápia pedig a szájnyitás mértékének növelésére lenne javalt, azonban a malignus elfajulási területen ellenjavalt az alkalmazása.

Következtetések

Esetünk ismertetésével szeretnénk hangsúlyozni a leukoplakia korai kórisméjének (a házi orvos, fogorvos által), a helyi és általános hajlamosító tényezők kiiktatásának a fontosságát, a malignus elfajulás lehetőségét, amely maga után vonja az időszakos ellenőrzések bevezetését és a gyanús területek sebészi kimetszését.

A léziók időbeni követése a klinikai vizsgálat mellett intravitalis festéssel (toluidin kék, jód oldat) vagy tumor markerek segítségével (ACE, SLCA, IAP) is történhet [3].

Irodalom

1. Burlibaşa C. - *Chirurgie Orală și Maxilofacială*, Editura Medicală, București, 2003.
2. Kovács D. - *Szájsebészet II. kötet*, Editura UMF Tg. Mureș, Tg. Mureș, 2001.
3. Kövesi Gy., Szende B. - *Cyclin D1, p27 és p63 prognosztikai jelentősége orali leukoplakiában*, Magyar Onkológia, 2004, 4:309-313.
4. Pindborg J. J. - *Atlas of Diseases of the Oral Mucosa - 5th edition*, W. B. Saunders Company, Philadelphia, 1992.
5. Rotaru A., G. Băciuş, Rotaru H. - *Chirurgie Maxilo-Facială*, vol. I-II, Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, Cluj Napoca, 2003.
6. Szabó Gy. - *Szájsebészet, maxillofacialis sebészet*, Semmelweis Kiadó, Budapest, 2004.