

Oral Prekanserözlerde Tanı Bakımından Dişhekiminin Rolü

Prof. Dr. Semih Özbayrak
Marmara Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi
Oral Diagnoz ve Radyoloji Anabilim Dalı Bşk.

Ağız-perioral ve orofarengeal bölge
malignomlarının
~ % 90'ı epitel kaynaklıdır



Erken Tanı Olasılığı

Erken tanı bakımından gecikme nedenleri;

- Hastanın herhangi bir belirtiyi önemsememesi
- Hekim tarafından yanlış değerlendirme ve gereksiz tedavi denemeleriyle sürenin uzatılması !

Prekanseröz kavramı:

Belirli bir latent süre sonra kansere dönüşme olasılığı bulunan lezyonlar prekanseröz olarak isimlendirilir.

Bu anlamda “**epiteliyal displazik oluşum**” kavramı önemlidir.

Epitel displazisi; çok katlı yassı epiteldeki hücresel atipi, normal maturasyon ve sıralamanın kaybı olarak tanımlanmıştır.

- Displazi klinik değil, histopatolojik bir tanımdır.
- Epitelin bazal tabakasından en üst tabakasına kadar değişik katmanları içerebilir: hafif-orta-şiddetli displazi.
- Displazinin önemli özelliği geri dönüşüm gösterebilmesidir.

Karsinomatöz değişimde ise epitel katmanlarının bozulmasının yanı sıra neoplazik epitel hücreleri genelde bazal tabakayı geçip alttaki dokuları işgal eder. Sonuç olarak malignitenin bölgesel lenf bezlerine ulaşması söz konusudur.

Kanserin bazı önemli özellikleri:

- Sınırsız çoğalma potansiyeli
- Artmış damarlanma ve devam eden anjiogenez
- Lokal yayılma ve metastaz yeteneği

Gelişmiş ülkelerde;

- risk faktörlerinin ~ %65'i sigara ve beslenme özellikleri ile bağlantılıdır.
- meslek ile ilgili kanserojenlerin oranı %5 civarındadır.

Karsinojenik etkenler:

- ❖ Sigara
- ❖ Alkol
- ❖ Virüsler (PAPOVA “HPV 16,18”, Ebstein Barr)
- ❖ Mesleki etkenler (asbest, formaldehit kontaminasyonu vb.)
- ❖ Beslenme faktörleri (obezite, bazı yiyecek alışkanlıkları vb.)
- ❖ Kronik *C. albicans* enfeksiyonları gibi iltihabi değişiklikler (?)
- ❖ Aşırı tükürük azalmasına bağlı faktörün seyrelmemesi (?)

Oral Prekanserözlerde Klinik Görüntü

Fakültatif Lezyonlar

(şartlar elverdiğinde oluşabilecek lezyonlar)

❖ Atrofik Mukoza

(Dirençsizdir ve displazik gelişime açıktır.)

Nedenleri: İdiopatik, senil, demir eksikliği vb.



❖ Homojen (Simpleks) Lökoplaki

(Tanısı kolay, klinik görüntüsüyle

prekanseroz olarak değerlendirilmesi zor.)



S. Özbayrak

Obligat Lezyonlar

(belirli süre içinde değişimi kaçınılmaz olan lezyonlar)

1. Eroziv - Atrofik Liken Planus



2. Likenoid Displazi Kavramı

- Eroziv liken tipinin atrofiyle beraber seyreden ve çok uzun yıllar süren olgularında displazik bir değişim ender de olsa söz konusu olabilir.
- Histopatolojik olarak displazi özellikleri gösteren bu tip olgular “likenoid displazi (likenoid atipi)” kavramını ortaya çıkartmıştır. Bu görüşe göre sadece **daha önceden displazi karakteri gösteren ve klinik olarak liken planusu andıran** olguların malign transformasyonu söz konusu olabilir. Bu nedenle tedaviye cevap vermeyen olgular likenoid displazi açısından değerlendirilmelidir.

3. Verrüköz Lökoplaki



4. Nodüler Lökoplaki



5. Eroziv Lökoplaki



6. Eritroplaki

- Kısa sürede karsinoma dönüşen, genelde belirgin sınırlı, çevreden yükseklik göstermeyen kırmızı leke görünümü.
- Genelde subjektif şikayete neden olmaz, kanamaz.
- Bazen dokunmada hassasiyet vardır.

Herhangi bir iltihabi değişiklikle karıştırılma olasılığı yüksektir !

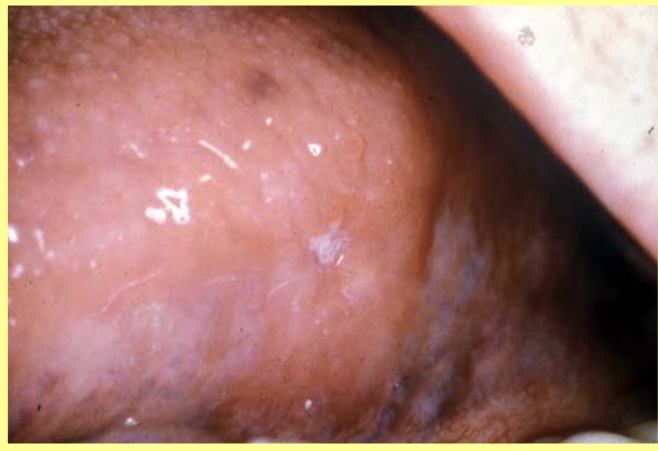
Eritroplaki



7. Karsinoma-in-situ (intra-epitelial karsinoma)

- Kronik kırmızı leke olarak görülür.
- Uterusa göre ağızda daha az rastlanır.
- Kanamayan erozyon şeklinde olup çoğunlukla dokunmada hassasiyet vardır.
- Lökoplaki gibi (eroziv) görülebilir.
- Aylarca değişmeden kalabilir, sonra birden invaziv karsinom oluşur.

Karsinoma-in-situ (intra-epiteliyal karsinoma)



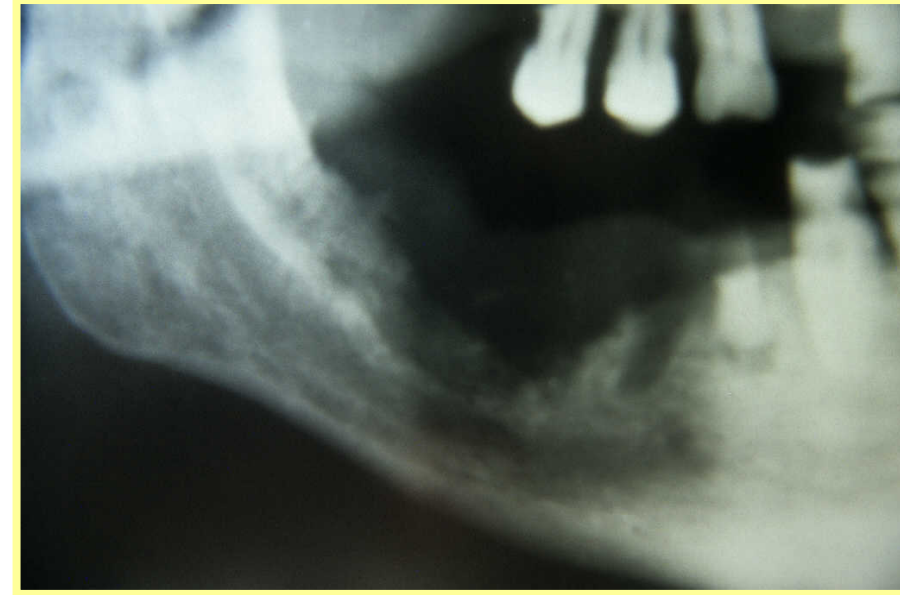
Karsinom şüphesinde tanı kriterleri:

a. Uyarıcı Klinik Bulgular

- ❖ İyileşmeyen yara
- ❖ Yüzey düzgünlüğünün bozulması (özellikle epiteliyal kaynaklılarda)
- ❖ Ağrı
- ❖ Palpasyonda sertlik
- ❖ Lenfadenopati
- ❖ Kanama
- ❖ Hacim artışı
- ❖ Ağızda kötü tat / halitosis
- ❖ Parestezi
- ❖ Dişlerde lüksasyon
- ❖ Genel kilo kaybı

b. Uyarıcı Radyolojik Bulgular

- ❖ Sınır belirginliği olmayan radyolüsentlik (Karakteristik “güve yeniği” görüntüsü)
- ❖ Multilokal osteolitik alanlar
- ❖ Çanak veya dantel şeklinde osteolitik alanlar
- ❖ Yüzer diş görüntüsü, periodontal aralıkta belirgin genişleme
- ❖ Dişlerde rezorbsiyon
- ❖ Işınsal tarzda periostal reaksiyon
- ❖ Kemik yıkımıyla beraber düzensiz opasite alanları



c- Sitolojik inceleme

- Muayenehane pratiğinde invaziv olmayan işlem eksfoliatif sitolojik tanı amacıyla yayma incelemesi (*smear*) yapılabilir.
- Spatül yerine fırça kullanımının avantajı derin tabaka hücrelerine ulaşma şansının çok daha fazla olmasıdır (fırça biyopsisi kavramı).
- Şüpheli durumlarda hasta kesin tanı için mutlaka ilgili uzmanlara yönlendirilmelidir.



Öneriler

- Ağız mukozası muayenesi alışkanlığı edinilmesi
- Değişikliklerin tespiti ve hastanın takibi
- 15 günde iyileşmeyen yaralara özel ilgi gösterilmesi
- Herhangi bir malignom anamnezi olan hastalara özel ilgi gösterilmesi
- Şüphelenildiğinde smear muayenesi
- Gereksiz tedavi denemelerinden kaçınma
- Hastanın ilgili branşlara yönlendirilmesi
- Kuvvetli malignom şüphesinde biyopsinin uzmanlarca yapılması

Oral kanserlerin tüm kanserlere oranı % 2-2,5'tir.
Kemoterapi, radyoterapi, cerrahi yöntemlerle bile 5 yıllık
iyileşme oranı ağız kanserlerinde % 40'tır.
2 cm'den küçük lezyonlarda ise bu oran % 95'tir !

Bu bakımdan:

Erken tanıda dişhekimi 1. derecede sorumludur ve
diş muayenesi ile birlikte oral mukozanın muayenesi
mutlaka rutin hale getirilmelidir.