



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ Ε.Κ.Π.Α.
«Μυοσκελετική Ογκολογία: Διάγνωση – Θεραπεία – Έρευνα»
Διευθύντρια Π.Μ.Σ.: Καθ. Πηνελόπη Κορκολοπούλου

ΟΓΚΟΙ ΓΝΑΘΟΥ

Χειρουργική Αντιμετώπιση & Απεικονιστική Διερεύνηση

Λάμπρος Π. Γκουτζάνης

Επίκουρος Καθηγητής

Στοματικός & Γναθοπροσωπικός Χειρουργός

Κλινική Στοματικής & Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής

Οδοντιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α.

ΟΓΚΟΙ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΓΝΑΘΩΝ

ΟΓΚΟΜΟΡΦΕΣ ΒΛΑΒΕΣ

Αντιδραστικής αρχής

Φλεγμονώδους αιτιολογίας

Από ιούς HPV κ.ά.

Αληθή νεοπλάσματα

- Καλοήθη (π.χ. αιμαγγείωμα)
- Κακοήθη (π.χ. ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα)

Δυσπλαστικής αρχής

Μεταβολικής αρχής

ΟΓΚΟΙ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΓΝΑΘΩΝ

Α. ΟΓΚΟΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

Β. ΟΓΚΟΙ ΣΙΑΛΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ

Γ. ΟΓΚΟΙ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ

Δ. ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ & ΛΕΜΦΩΜΑΤΑ

ΟΓΚΟΙ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΓΝΑΘΩΝ

A. ΟΓΚΟΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

B. ΟΓΚΟΙ ΣΙΑΛΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ

Γ. ΟΓΚΟΙ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ

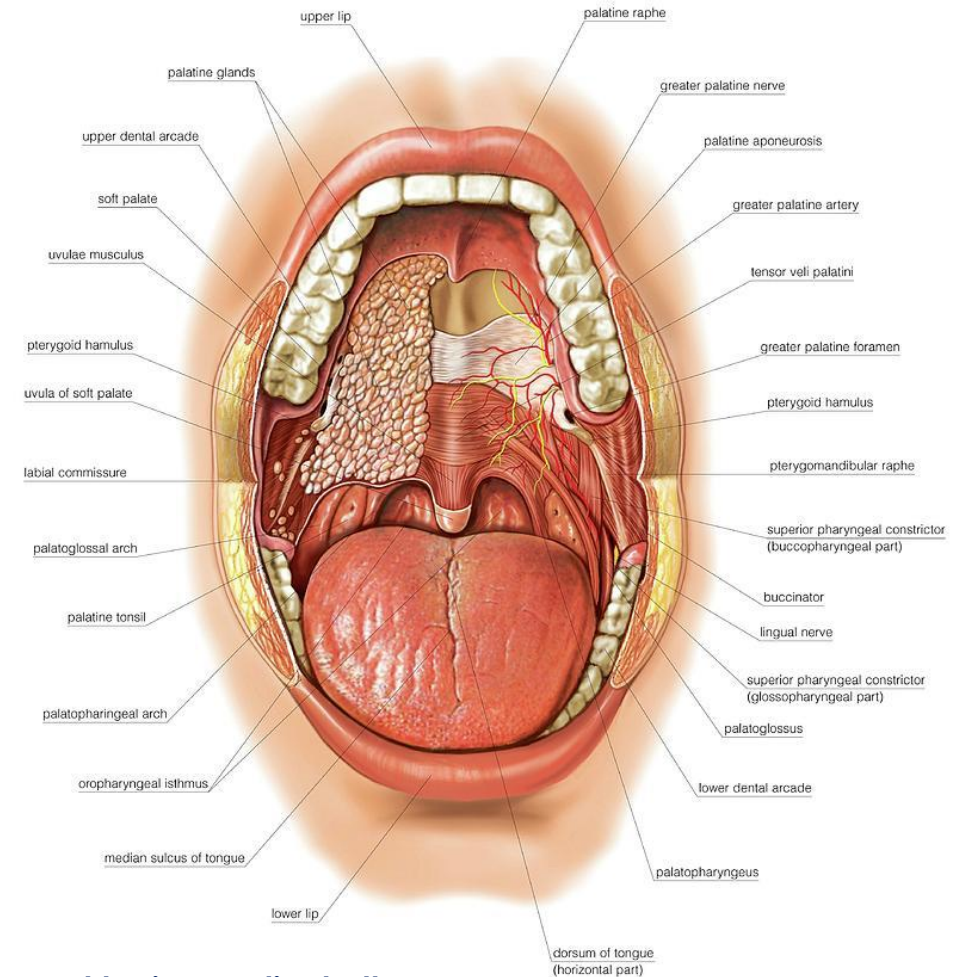
Δ. ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ & ΛΕΜΦΩΜΑΤΑ

Α. ΟΓΚΟΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

Βασικά Ανατομικά Στοιχεία

Η στοματική κοιλότητα:

- ✓ Εκτείνεται από τα χείλη μέχρι τον ισθμό του στοματοφάρυγγα
- ✓ Καλύπτεται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο
- ✓ Περιλαμβάνει:
 - τα πρόσθια 2/3 της γλώσσας
 - τις φατνιακές ακρολοφίες και τα δόντια
 - το έδαφος του στόματος
 - τον βλεννογόνο των χειλέων, των παρειών, των ούλων, των οπισθογόμφιων τριγώνων, της σκληράς και μαλακής υπερώας
 - ελάσσονες σιαλογόνους αδένες



ΟΓΚΟΙ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΓΝΑΘΩΝ

Α. ΟΓΚΟΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

- **A1. Καλοήθεις όγκοι**
 - **A1.1. Καλυπτικού επιθηλίου**
 - A1.2 Ινώδους συνδετικού ιστού
 - A1.3 Αγγειακής προέλευσης
 - A1.4 Περιφερικών νεύρων
 - A1.5 Λιπώδους ιστού

• A1.2 Ινώδους συνδετικού ιστού

• A1.4 Περιφερικών νεύρων

• A1.5 Λιπώδους ιστού

Α. ΟΓΚΟΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

A1.1 Καλοήθεις όγκοι καλυπτικού επιθηλίου

ΒΛΑΒΕΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΤΟΝ ΙΟ ΗΡV

- Θήλωμα
- Οξυτενές κονδύλωμα
- Κοινή μυρμηκία
- Πολυεστιακή επιθηλιακή υπερπλασία (Νόσος του Heck)

ΟΓΚΟΙ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΓΝΑΘΩΝ

Α. ΟΓΚΟΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

- **A1. Καλοήθεις όγκοι**
 - A1.1 Καλυπτικού επιθηλίου
 - **A1.2 Ινώδους συνδετικού ιστού**
 - A1.3 Αγγειακής προέλευσης
 - A1.4 Περιφερικών νεύρων
 - A1.5 Λιπώδους ιστού

• A1.2 Ινώδους συνδετικού ιστού

• A1.4 Περιφερικών νεύρων

• A1.5 Λιπώδους ιστού

Α. ΟΓΚΟΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

A1.2 Καλοήθεις όγκοι ινώδους συνδετικού ιστού

Αντιδραστικής αρχής

- Τραυματικό ίνωμα
- Γιγαντοκυτταρικό ίνωμα
- Περιφερικό ίνωμα – Περιφερικό οστεοποιοί ίνωμα
- Περιφερικό γιγαντοκυτταρικό κοκκίωμα
- Πτυχωτή ινώδης υπερπλασία – Ινώδης υπερπλασία από οδοντοστοιχίες
- Θηλώδης υπερπλασία

ΟΓΚΟΙ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΓΝΑΘΩΝ

Α. ΟΓΚΟΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

- **A1. Καλοήθεις όγκοι**
 - A1.1 Καλυπτικού επιθηλίου
 - A1.2 Ινώδους συνδετικού ιστού
 - **A1.3 Αγγειακής προέλευσης**
 - A1.4 Περιφερικών νεύρων
 - A1.5 Λιπώδους ιστού

• A1.5 Λιπώδους ιστού

• A1.4 Περιφερικών νεύρων

• A1.3 Αγγειακής προέλευσης

Α. ΟΓΚΟΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

A1.3 Καλοήθεις όγκοι αγγειακής προέλευσης

ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ	
Αντιδραστικής αρχής	<ul style="list-style-type: none">• Αιμαγγειωματοειδές ή πυογόνο κοκκίωμα• Όγκος κύησης
Νεοπλάσματα	<ul style="list-style-type: none">• Αιμαγγείωμα
Αγγειακές δυσπλασίες	<ul style="list-style-type: none">• Αγγειακές δυσπλασίες τριχοειδικού τύπου• Λεμφαγγείωμα

Α. ΟΓΚΟΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

A1.3 Καλοήθεις όγκοι αγγειακής προέλευσης

Αγγειακές ανωμαλίες

Οι συχνότερες συγγενείς διαταραχές των μαλακών ιστών (10% των νεογνών)

Αιμαγγειώματα

- Νεογνικό αιμαγγείωμα
- Συγγενές αιμαγγείωμα
- Θυσανωτό αιμαγγείωμα
- Ατρακτοκυτταρικό αιμαγγείωμα
- Επιθηλιοειδές αιμαγγείωμα

Αγγειακές Δυσπλασίες

Απλές:

- Τριχοειδικές δυσπλασίες
 - Τηλεαγγειεκτασίες
- Φλεβικές δυσπλασίες
- Αρτηριοφλεβώδεις δυσπλασίες
- Αρτηριοφλεβικό συρίγγιο
- Λεμφικές δυσπλασίες

ΟΓΚΟΙ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΓΝΑΘΩΝ

Α. ΟΓΚΟΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

- **A1. Καλοήθεις όγκοι**
 - A1.1 Καλυπτικού επιθηλίου
 - A1.2 Ινώδους συνδετικού ιστού
 - A1.3 Αγγειακής προέλευσης
 - **A1.4 Περιφερικών νεύρων**
 - A1.5 Λιπώδους ιστού

• A1.5 Λιπώδους ιστού

• **A1.4 Περιφερικών νεύρων**

• A1.3 Αγγειακής προέλευσης

Α. ΟΓΚΟΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

A1.4 Καλοήθεις όγκοι περιφερικών νεύρων

ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΩΝ ΝΕΥΡΩΝ

Αντιδραστικής αρχής

- Τραυματικό νεύρωμα

Νεοπλάσματα του νευρικού ελύτρου

- Νευροϊνώμα
- Κοκκιοκυταρικός όγκος

ΟΓΚΟΙ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΓΝΑΘΩΝ

Α. ΟΓΚΟΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

- **A1. Καλοήθεις όγκοι**
 - A1.1 Καλυπτικού επιθηλίου
 - A1.2 Ινώδους συνδετικού ιστού
 - A1.3 Αγγειακής προέλευσης
 - A1.4 Περιφερικών νεύρων
 - **A1.5 Λιπώδους ιστού**

• A1.2 Ινώδους συνδετικού ιστού

• A1.4 Περιφερικών νεύρων

• A1.5 Λιπώδους ιστού

ΟΓΚΟΙ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΓΝΑΘΩΝ:

A. ΟΓΚΟΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

- **A2. ΔΥΝΗΤΙΚΑ ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΛΥΠΤΙΚΟΥ ΕΠΙΘΗΛΙΟΥ**

• A2. ΔΥΝΗΤΙΚΑ ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΛΥΠΤΙΚΟΥ ΕΠΙΘΗΛΙΟΥ

Α. ΟΓΚΟΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

Α2. Δυνητικά κακοήθεις διαταραχές καλυπτικού επιθηλίου

ΔΥΝΗΤΙΚΑ ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΛΥΠΤΙΚΟΥ ΕΠΙΘΗΛΙΟΥ

- **Λευκοπλακία**
- **Ερυθροπλακία**
- **Ερυθρολευκοπλακία**
- **Ακτινική χειλίτιδα**
- Υποβλεννογόνια ίνωση
- Συγγενής δυσκεράτωση
- Υπερκεράτωση από μάσηση καπνού
- Βλάβες υπερώας από ανάστροφο κάπνισμα
- Χρόνια υπερπλαστική καντιντίαση
- Ομαλός λειχήνας
- Δισκοειδής ερυθρηματώδης λύκος
- Συφιλιδική γλωσσίτιδα

Α. ΟΓΚΟΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

Α2. Δυνητικά κακοήθεις διαταραχές καλυπτικού επιθηλίου

Προκαρκινικές βλάβες



Λευκοπλακία φατνιακής απόφυσης άνω γνάθου.



Ερυθρολευκοπλακία υπερώας

Α. ΟΓΚΟΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

Α2. Δυνητικά κακοήθεις διαταραχές καλυπτικού επιθηλίου

Ιστοπαθολογικά ευρήματα στις προαναφερθείσες βλάβες



*ΑΚΣ: Ακανθοκυτταρικό Ca στόματος

ΟΓΚΟΙ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΓΝΑΘΩΝ

Α. ΟΓΚΟΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

- Α3. ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ

- Α3' ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ

Α. ΟΓΚΟΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

Α3. ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ

ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΚΑΛΥΠΤΙΚΟΥ ΕΠΙΘΗΛΙΟΥ

- Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα
- Ακροχορδονώδες καρκίνωμα – Μυρμηκιώδες καρκίνωμα
- Κερατοακάνθωμα

Α. ΟΓΚΟΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

Α3. ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ

Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα (Squamous cell carcinoma - SCC)

- ✓ Αντιπροσωπεύει το **95%** των περιπτώσεων καρκίνου του στόματος
- ✓ Ένας από τους **10** συχνότερους τύπου καρκίνου παγκοσμίως
- ✓ Σημαντικές διακυμάνσεις στη συχνότητα ανά ήπειρο ή χώρα, ανάλογα με την έκθεση σε γνωστούς προδιαθεσικούς παράγοντες
- ✓ **400.000** νέες περιπτώσεις ανά έτος και **150.000** θάνατοι παγκοσμίως
- ✓ Στην Ελλάδα υπολογίζονται **700** περίπου περιπτώσεις ανά έτος και **200** θάνατοι
- ✓ Τα τελευταία χρόνια εμφανίζεται συχνότερα και σε άτομα **< 40 ετών (6% αύξηση στις ηλικίες αυτές)**, ενώ συνήθως εμφανίζεται **κατά την 6^η – 7^η δεκαετία**
- ✓ **Ανδρες:γυναίκες = 3:1 παγκοσμίως** (στον Δυτικό κόσμο είναι παραπλήσια)

Α. ΟΓΚΟΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

Α3. ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ

Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα (Squamous cell carcinoma - SCC)

✓ Προδιαθεσικοί παράγοντες:

1. Κάπνισμα (↑ τον κίνδυνο εμφάνισης 4 φορές)
2. Απομύζηση ή μάσηση καπνού ή ανάστροφο κάπνισμα αυξάνει ακόμη περισσότερο τον κίνδυνο (συνηθίζεται σε χώρες όπως η Ινδία)
3. Συνδυασμός καπνίσματος με αλκοόλ (↑ τον κίνδυνο εμφάνισης 30 φορές)
4. Χρόνιος τραυματισμός του στοματικού βλεννογόνου (από οξύαιχμα δόντια ή προβληματικές προσθετικές εργασίες)
5. Έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία (καρκίνος κάτω χείλους)
6. Αύξηση της ηλικίας
7. Ανοσοκαταστολή
8. Γενετικό υπόβαθρο

Α. ΟΓΚΟΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

Α3. ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ

Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα (Squamous cell carcinoma - SCC)

- ✓ Κλινική εικόνα ακανθοκυτταρικού καρκινώματος (ΑΚΣ) (αρχικά στάδια):
 - Συνήθως σαν ανώδυνο, ασυμπτωματικό έλκος με επηρμένα χείλη και σκληρία στην ψηλάφηση (ενδοφυτική βλάβη)
 - Σαν ασυμπτωματικός όγκος με ανώμαλη επιφάνεια (κοκκιώδη, θηλώδη) και σκληρία στην ψηλάφηση (εξωφυτική βλάβη)
 - Με αυξημένη και αναιτιολόγητη κλινικά κινητικότητα οδόντος (οφείλεται στη διήθηση του περιρριζικού χώρου και του φατνιακού οστού)
 - Ως ερυθρή ή/και λευκή κηλίδα του στοματικού βλεννογόνου
 - Ως διάβρωση του βλεννογόνου
- ✓ Πρέπει ο Ιατρός να γνωρίζει ότι:
 - Κάθε βλάβη με τους παραπάνω χαρακτήρες, η οποία παραμένει μετά την άρση πιθανού αιτίου (οξύαιχμα δόντια, κακότεχνες οδοντοστοιχίες κ.ά.) πέρα από διάστημα 15 - 20 ημερών, θα πρέπει να θεωρείται ύποπτη για κακοήθεια και να προβαίνει σε **βιοψία** αυτής

Α. ΟΓΚΟΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

Α3. ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ

Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα (Squamous cell carcinoma - SCC)

✓ Κλινική εικόνα ΑΚΣ (προχωρημένα στάδια):

- Λόγω του ότι το ΑΚΣ συνήθως συνοδεύεται από ήπια συμπτωματολογία, η διάγνωση συνήθως **καθυστερεί**
- Σε προχωρημένα στάδια εμφανίζεται **άλγος, δυσφαγία, αιμορραγία, τρισμός, ωταλγία**
- **Μεθίσταται λεμφογενώς στους λεμφαδένες του τραχήλου** και οι μεταστάσεις αυτές μπορεί να γίνουν αντιληπτές με την **ψηλάφηση** (στο 30% υπάρχουν μικρομεταστάσεις που δεν ψηλαφώνται)
- **Απομακρυσμένες μεταστάσεις** χορηγούνται αιματογενώς **στους πνεύμονες (60% - 80%), στο ήπαρ και στα οστά**

✓ Θέσεις αρχικής εντόπισης ανά συχνότητα εμφάνισης:

- **Γλώσσα (50%)**: πλάγια χείλη, κοιλιακή επιφάνεια
- **Έδαφος του στόματος (35%)**
- **Ερυθρό κράσπεδο κάτω χείλους (20% - 30%)**
- **Ούλα - φατνιακός βλεννογόνος**
- **Βλεννογόμος παρειών, βλεννογόμος υπερώας**

Α. ΟΓΚΟΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

Α3. ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ

Μόνο το 31% των καρκινωμάτων του στόματος διαγιγνώσκονται σε εντοπισμένο στάδιο (T1, T2).

Αντίθετα το 40% των καρκινωμάτων του παχέος εντέρου διαγιγνώσκονται σε εντοπισμένο στάδιο.

Siegel R, Ma J, Zou Z, et al. Cancer statistics, 2014. CA Cancer J Clin 2014; 64(1):9–29.

Α. ΟΓΚΟΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ
Α3. ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ

ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ



Ca γλώσσας



Ca εδάφους στόματος



Ca υπερώας



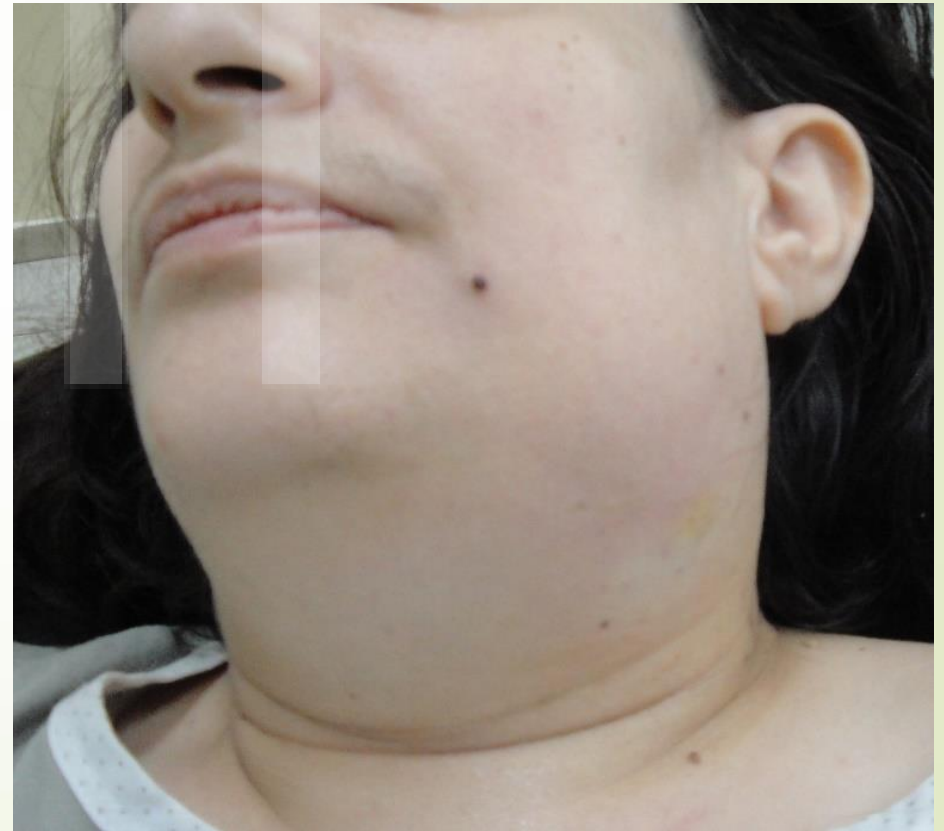
Λεμφαδενική διασπορά - Μεταστάσεις



Τραχηλική διόγκωση δεξιά

Η διασπορά της νόσου επιτελείται μέσω της λεμφικής οδού και εκδηλώνεται αρχικά με τραχηλική λεμφαδενίτιδα (υπογνάθιοι και σφαγιτιδικοί λεμφαδένες) και στη συνέχεια με απομακρυσμένες μεταστάσεις κυρίως στους πνεύμονες.

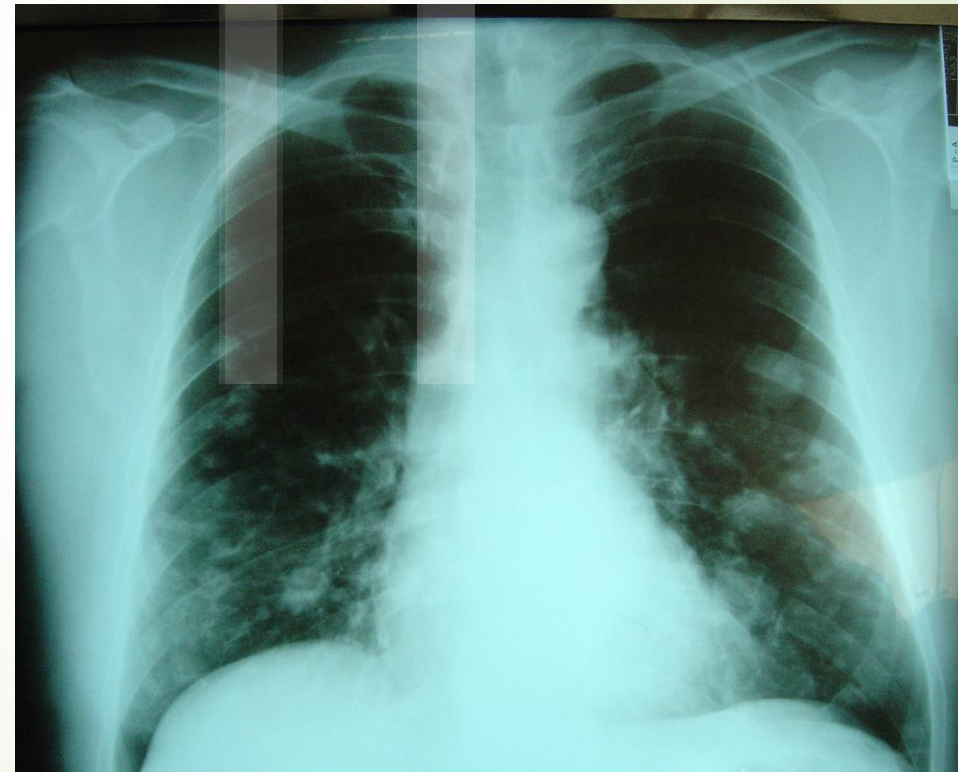
Ca γλώσσας – Τραχηλική λεμφαδενίτιδα



Μεταστατική τραχηλική λεμφαδενίτιδα – Μεταστάσεις στους πνεύμονες



Μεταστατική τραχηλική λεμφαδενίτιδα



Μεταστάσεις στους πνεύμονες

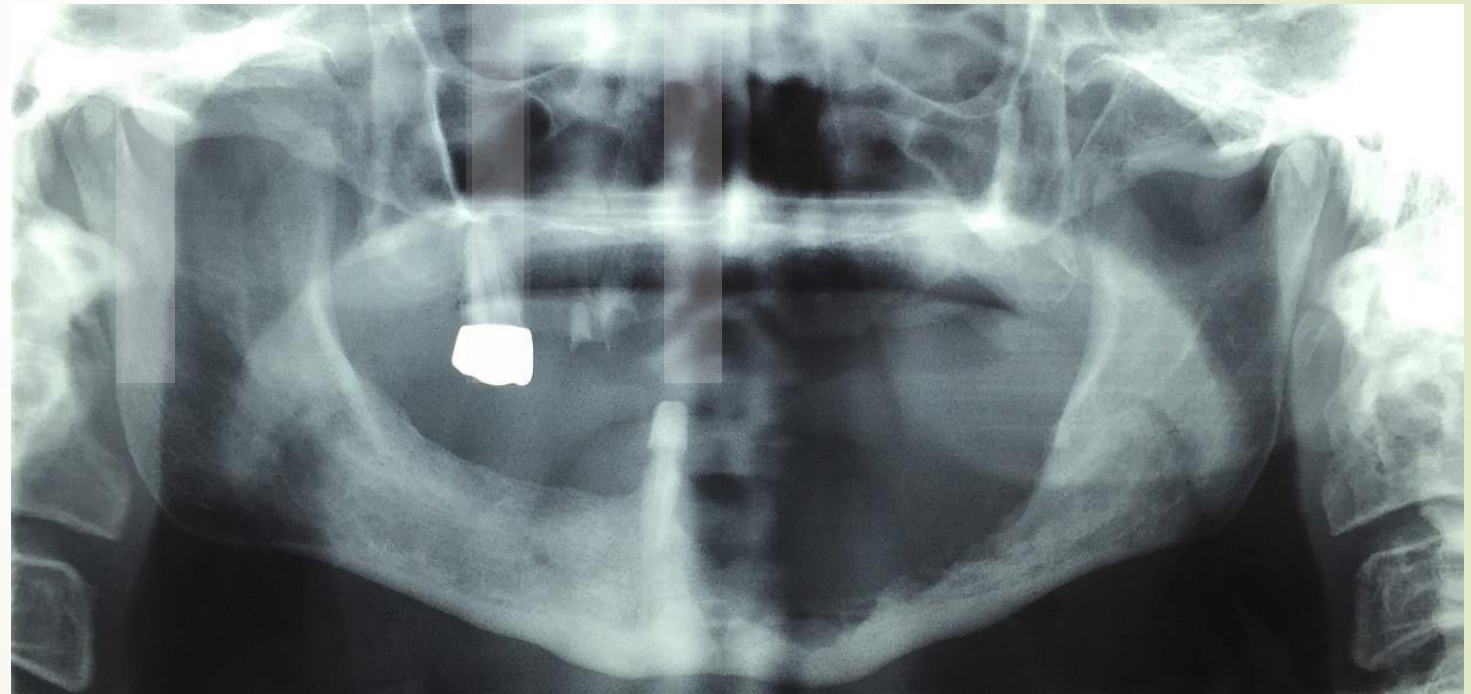


Εργαστηριακός έλεγχος

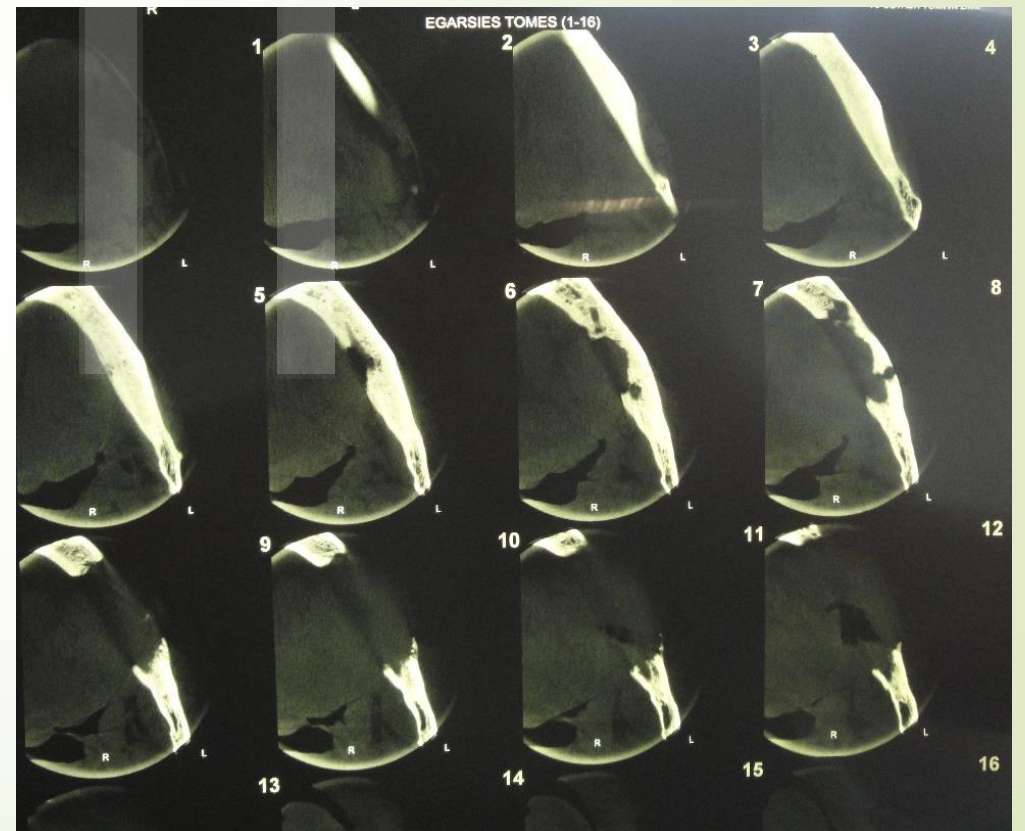
- ❖ Ορθοπαντομογράφημα
- ❖ Αξονική τομογραφία (CT)
- ❖ Οδοντιατρική υπολογιστική τομογραφία (CBCT)
- ❖ Μαγνητική τομογραφία (MRI)
- ❖ Σπινθηρογράφημα οστών
- ❖ PET-CT

Καρκίνος του στόματος. Χειρουργική αντιμετώπιση

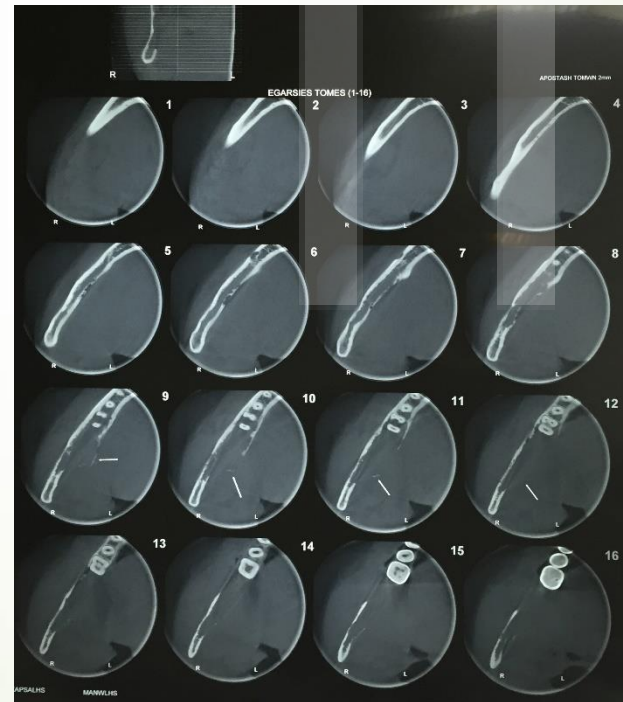
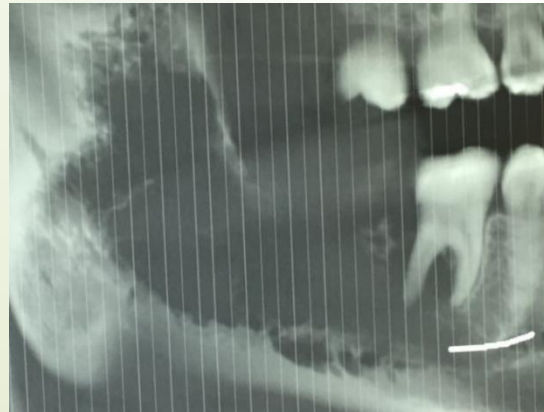
Ca εδάφους στόματος AP – Κάτω γνάθου – Ορθοπαντομογράφημα



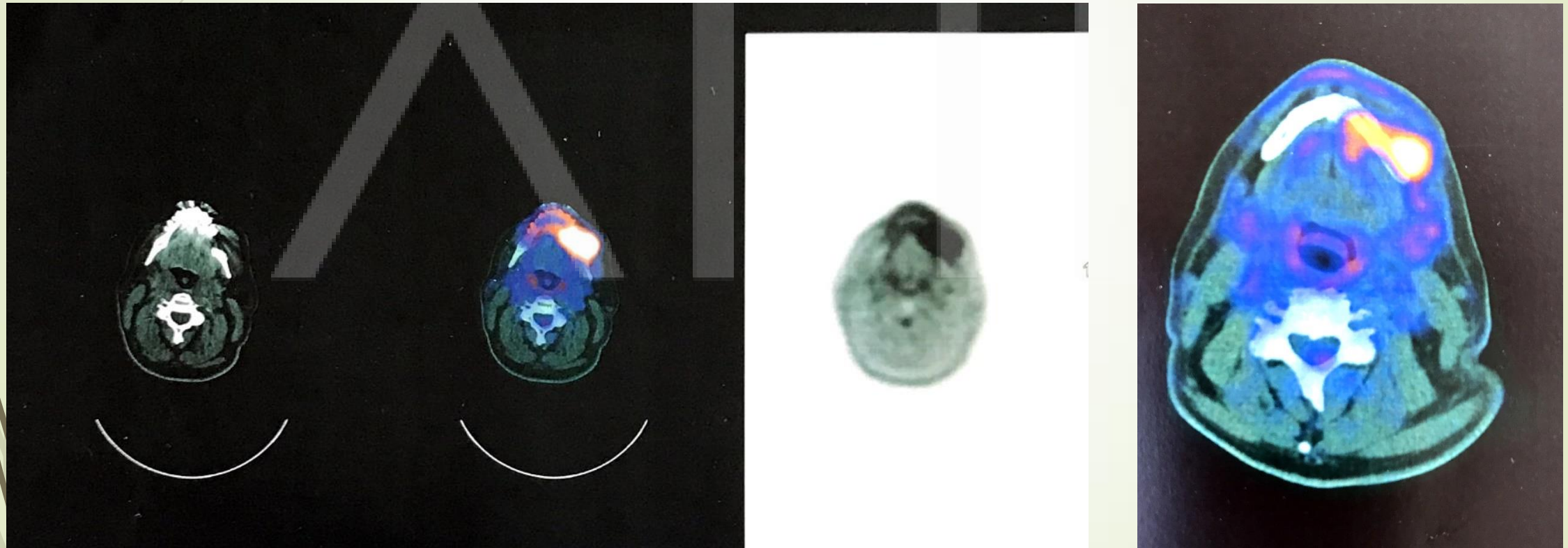
Ca εδάφους οπισθογομφίου τριγώνου AP - - Ορθοπαντομογράφημα και CBCT κάτω γνάθου



T-Λεμφοβλαστικό Λέμφωμα – Ορθοπαντομογράφημα και CBCT κάτω γνάθου



Τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων + Αξονική τομογραφία (PET CT)



Α. ΟΓΚΟΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

Α3. ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ

Ακροχορδονώδες καρκίνωμα (Verrucous carcinoma)

- ✓ Αποτελεί ιστολογικό υπότυπο του ΑΚΣ με χαμηλό βαθμό κακοήθειας
- ✓ Διηθεί τους παρακείμενους ιστούς και σπάνια χορηγεί λεμφαδενικές μεταστάσεις
- ✓ Αντιστοιχεί στο 1% – 10% των συνόλων των ΑΚΣ του στόματος
- ✓ Σχετίζεται με τη μάσηση/απομύζηση προϊόντων καπνού (smokeless tobacco), και πιθανόν και με ογκογόνα στελέχη ιών HPV
- ✓ Συνήθως αφορά άνδρες (6^η – 8^η δεκαετία)
- ✓ Κλινική εικόνα:
 - Ευμεγέθης, καλά περιγεγραμμένη λευκή πλάκα ή
 - Όγκος λευκπού χρώματος με θηλωματώδη/ακροχορδονώδη επιφάνεια
 - Μπορεί να συνυπάρχει με ΑΚΣ (20% των περιπτώσεων)

Α. ΟΓΚΟΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

Α3. ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ

ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ (AJCC TNM Staging – 8th edition):

Μέγεθος του όγκου (T)	
T1	≤ 2cm και βάθος διήθησης ≤ 5mm
T2	≤ 2cm και βάθος διήθησης > 5mm – 10mm ή > 2cm – 4cm και βάθος διήθησης ≤ 10mm
T3	βάθος διήθησης >10 mm ή όγκος > 4cm
T4a	Χείλος: διήθηση παρακείμενων δομών (οστών, κάτω φατνιακού νεύρου, εδάφους στόματος, δέρματος προσώπου) Στοματική κοιλότητα: Διήθηση παρακείμενων δομών (οστού των γνάθων, γναθιαίων κόλπων, δέρματος προσώπου)
T4b	Διήθηση μυών της μάσησης ή επέκταση στη βάση του κρανίου ή ο όγκος περικλείει τις έσω καρωτίδες

Λεμφαδενικές μεταστάσεις (N)	
N0	Απουσία λεμφαδενικών μεταστάσεων
N1	Μονήρης λεμφαδένας ≤3cm, ομόπλευρα με τον όγκο, χωρίς διάσπαση της κάψας
N2a	Μονήρης λεμφαδένας >3cm – 6cm, ομόπλευρα με τον όγκο, χωρίς διάσπαση της κάψας
N2b	Πολλαπλοί λεμφαδένες έως 6cm, ομόπλευρα με τον όγκο, χωρίς διάσπαση της κάψας
N2c	ετερόπλευρος λεμφαδένας ≤6cm, χωρίς διάσπαση της κάψας
N3a	λεμφαδένας > 6cm, χωρίς διάσπαση της κάψας
N3b	Εξωλεμφαδενική επέκταση του όγκου

Απομακρυσμένες μεταστάσεις (M)	
M0	Δεν αναγνωρίζονται απομακρυσμένες μεταστάσεις
M1	Ύπαρξη απομακρυσμένων μεταστάσεων (π.χ. πνεύμονες)

Α. ΟΓΚΟΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

Α3. ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ

ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ (AJCC TNM Staging – 9th edition):

	T	N	M
Στάδιο 1	T1	N0	M0
Στάδιο 2	T2	N0	M0
Στάδιο 3	T3 T1 – 3	N0 N1	M0 M0
Στάδιο 4a	T4a T1 – T4a	N0 – N1 N2	M0 M0
Στάδιο 4b	Όλα τα T T4b	N3 Όλα τα N	M0 M0
Στάδιο 4c	Όλα τα T	Όλα τα N	M1

- ✓ Για την πρόγνωση του ΑΚΣ πρέπει συνολικά να αξιολογούνται:
- Το μέγεθος (T) της βλάβης
 - Η ύπαρξη ή όχι **τραχηλικών μεταστάσεων (N)** και το **επίπεδο του τραχήλου** στο οποίο εντοπίζονται
 - Η ύπαρξη ή όχι **απομακρυσμένων μεταστάσεων (M)**
 - Τα ιστολογικά χαρακτηριστικά του όγκου (βάθος διήθησης, grading, ιστολογικός υπότυπος)
 - Ο αριθμός και η θέση των πρωτοπαθών εστιών
 - Η εφαρμοσθείσα προηγούμενη θεραπευτική αγωγή
 - Η γενική κατάσταση του ασθενούς
 - Μετεγχειρητικά: τα όρια εκτομής, περινευριδιακές διήθησεις

Σημείωση: Με κόκκινο χρώμα επισημαίνονται μόνο όσοι παράγοντες λαμβάνονται υπόψη στο σύστημα TNM

Α. ΟΓΚΟΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

Α3. ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ

ΠΡΟΓΝΩΣΗ & ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΚΣ

- ✓ **Πρόγνωση:**
 - Σε αρχικά στάδια το ΑΚΣ μπορεί να εξαιρεθεί ριζικά και η πενταετής επιβίωση των ασθενών είναι **90% – 95%**
 - Σε προχωρημένα στάδια η πενταετής επιβίωση μειώνεται **από 50% – 15%**
- ✓ Για τη στρατηγική της θεραπείας του ΑΚΣ **συγκαλείται ογκολογικό συμβούλιο** προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά
- ✓ Στη θεραπεία του ΑΚΣ εφαρμόζονται:
 - Ευρεία χειρουργική εκτομή του όγκου
 - Τραχηλικός λεμφαδενικός καθαρισμός (ΤΛΚ)
 - Χειρουργική αποκατάσταση των μετεγχειρητικών ελλειμμάτων
 - Ακτινοθεραπεία – Χημειοθεραπεία ή/και
 - Ανοσοθεραπεία

Α. ΟΓΚΟΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

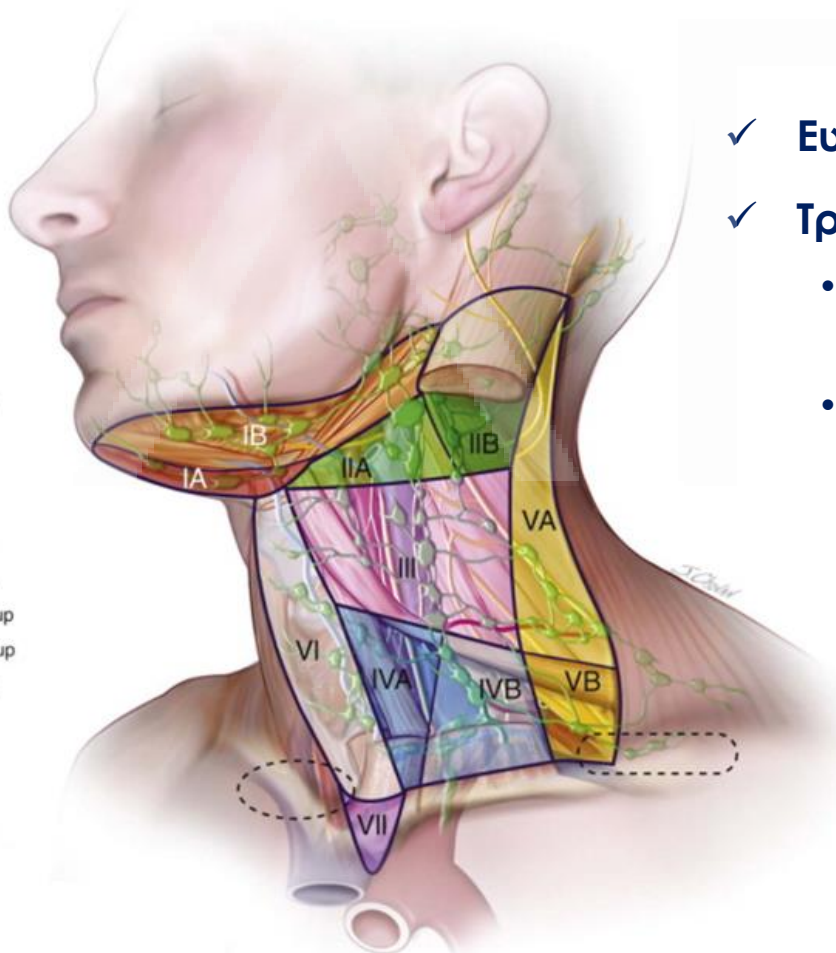
Α3. ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΑΚΣ

- ✓ Ευρεία χειρουργική εκτομή του όγκου σε υγιή όρια
- ✓ Τραχηλικός λεμφαδενικός καθαρισμός (ΤΛΚ)
 - Σε N0 τράχηλο έχει καθιερωθεί ο υπερωμοϋοειδικός ΤΛΚ (Επίπεδα I – III)
 - Σε N+ τράχηλο διενεργείται τροποποιημένος ριζικός ΤΛΚ (MRND):
 - Τύπου I: διατήρηση παραπληρωματικού νεύρου
 - Τύπου II: διατήρηση παραπληρωματικού νεύρου και στερνοκλειδομαστοειδούς
 - Τύπου III: διατήρηση παραπληρωματικού νεύρου, έσω σφαγίτιδας και
- Ή σε περισσότερο προχωρημένη νόσο αναλόγως των ενδείξεων:
 - Ριζικός τραχηλικός λεμφαδενικός καθαρισμός

Anatomic Classification of the Zones of the Neck

- Level IA: Submental group
- Level IB: Submandibular group
- Level IIA: Upper jugular group
- Level IIB: Upper jugular group
- Level III: Middle jugular group
- Level IVA: Lower jugular group
- Level IVB: Lower jugular group
- Level VA: Posterior triangle group
- Level VB: Posterior triangle group
- Level VI: Anterior compartment
- Level VII: Upper mediastinal
- (---) Supraclavicular zone or fossa

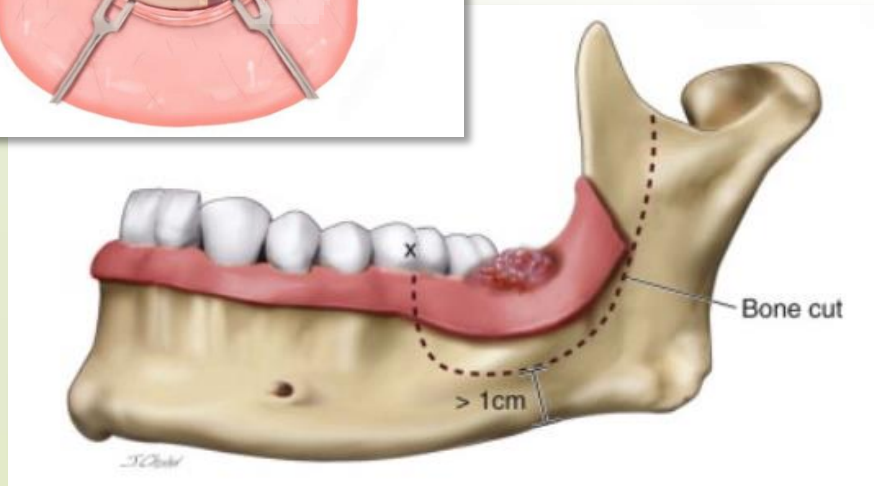
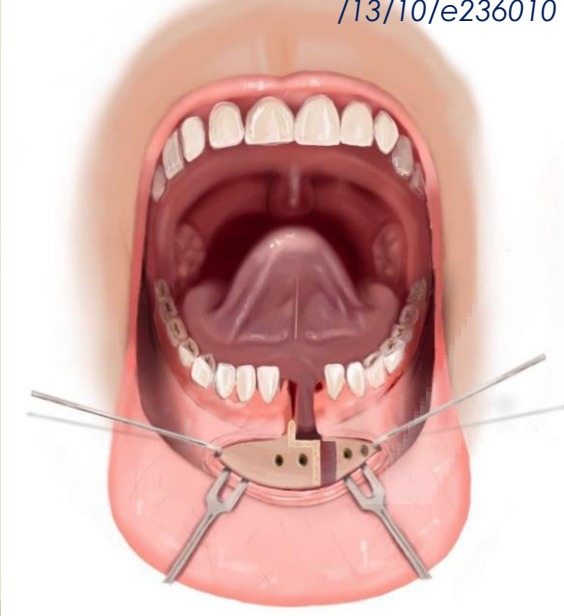


Α. ΟΓΚΟΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

Α3. ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΑΚΣ

<https://casereports.bmj.com/content/13/10/e236010>



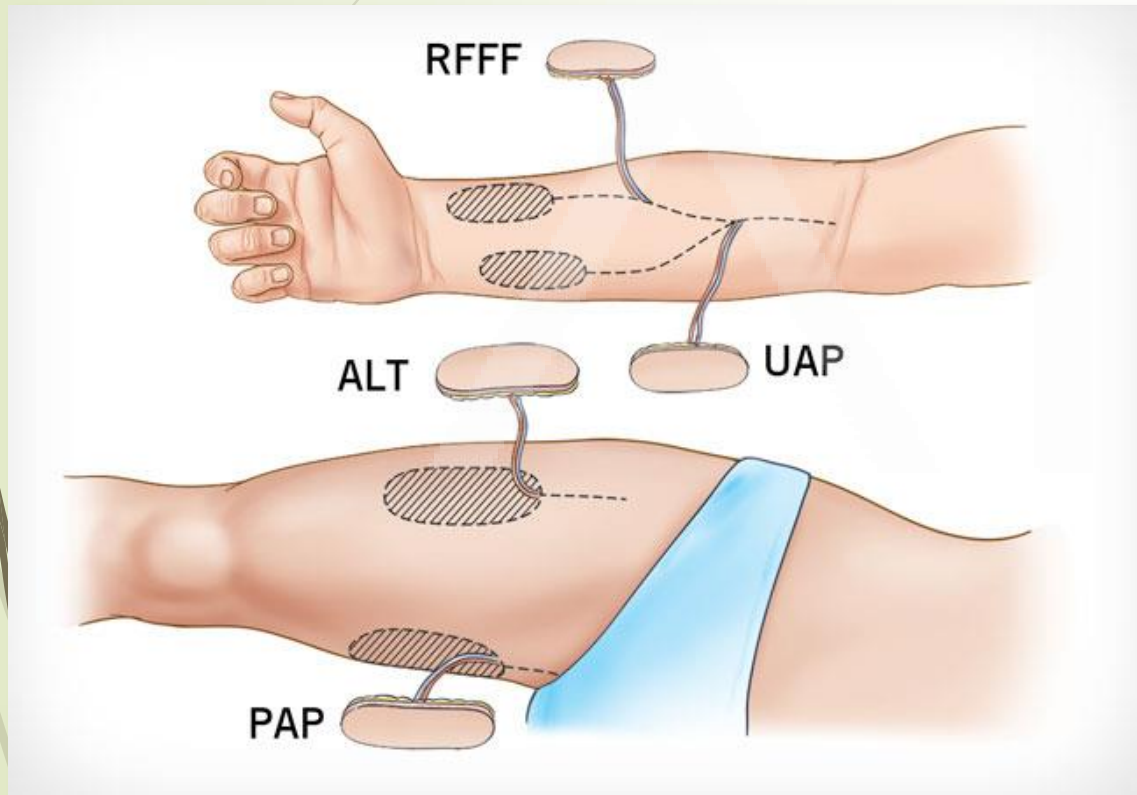
<https://pocketdentistry.com/composite-resection/>

- ✓ Σε πολλές περιπτώσεις είναι απαραίτητες οι οστεοτομίες της άνω ή της κάτω γνάθου:
 - Για προσπέλαση του όγκου ή
 - Όταν ο όγκος έχει διηθήσει το οστό ή το περίοστεο
- Στην κάτω γνάθο συνήθως διενεργείται **περιφερική οστεοτομία** ή **τμηματική οστεοτομία** και αποκατάσταση με πλάκα τύπου reconstruction ή με κρημνούς
- Στην άνω γνάθο διενεργείται **τμηματική, υφολική ή ολική γναθεκτομή** και η αποκατάσταση του ελλείμματος γίνεται είτε με κρημνούς είτε με αποφρακτήρα άνω γνάθου (obturator)

Α. ΟΓΚΟΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

Α3. ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΑΚΣ

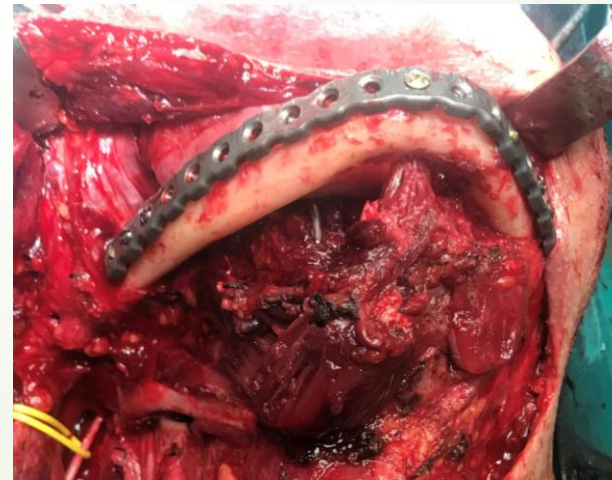
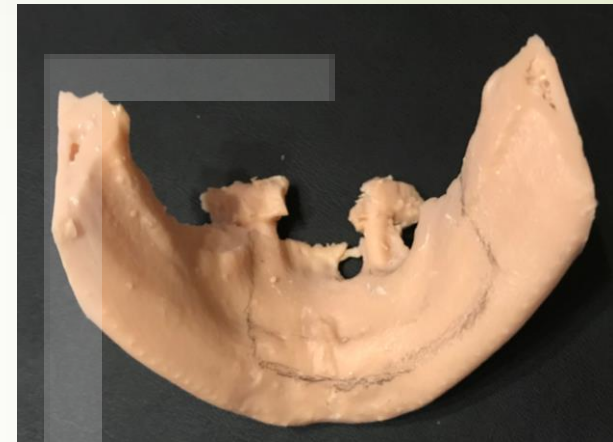
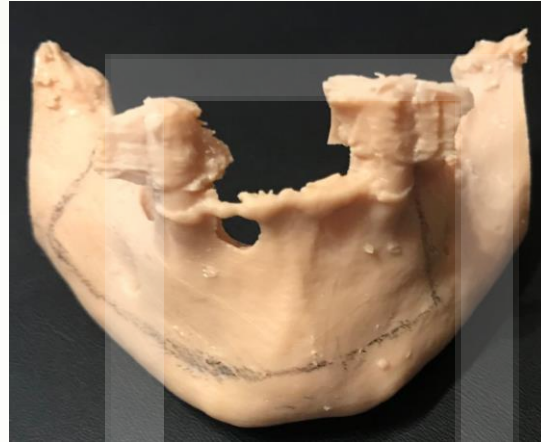


✓ Η χειρουργική αποκατάσταση των μετεγχειρητικών ελλειμμάτων γίνεται με:

- Τοπικούς κρημνούς
- Περιοχικούς κρημνούς
- Με μικροαγγειακούς αναστωμούμενους κρημνούς (μυϊκοί – μυοδερματικοί – οστεοδερματικοί), όπου πραγματοποιείται αναστόμωση των αγγείων των κρημνών με τα αγγεία του τραχήλου

Καρκίνος του στόματος. Χειρουργική αντιμετώπιση

Ca ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ – ΕΛΔΑΦΟΥΣ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΟΣΤΕΚΤΟΜΗ

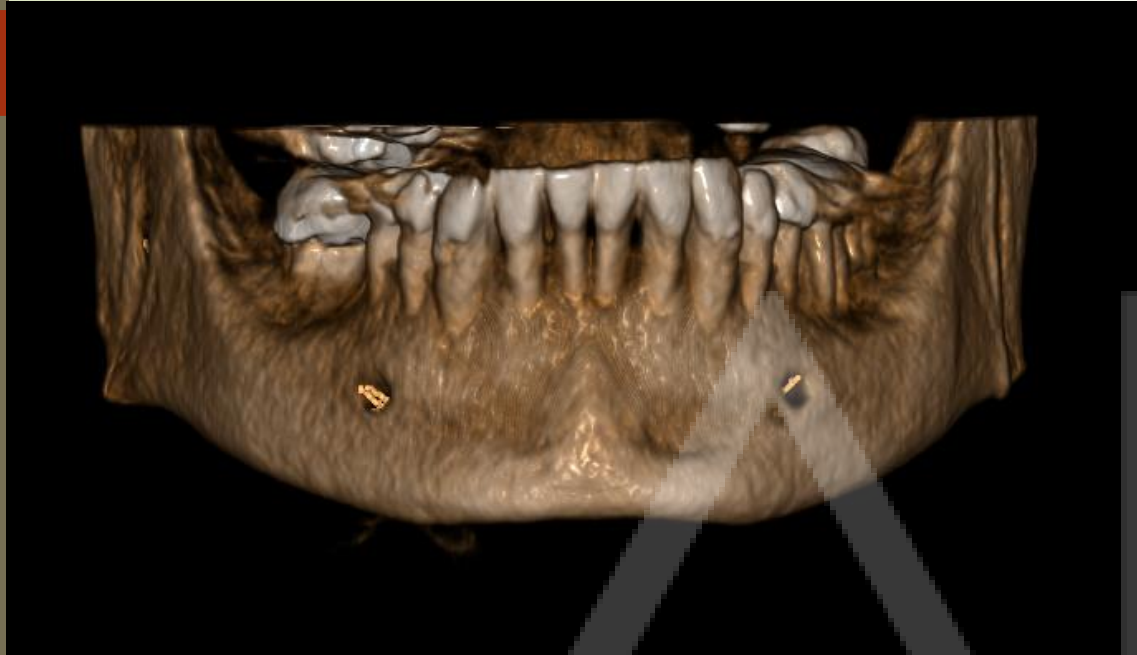


Καρκίνος του στόματος. Χειρουργική αντιμετώπιση

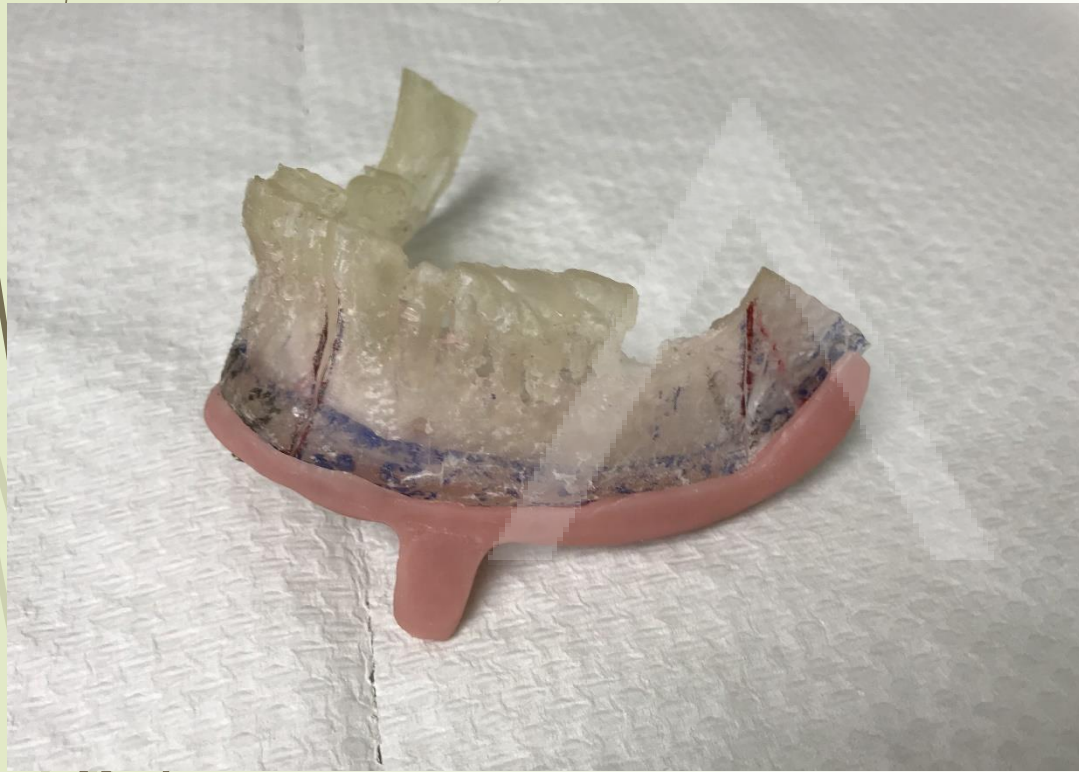
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ Ca ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ - ΠΑΡΕΙΑΣ



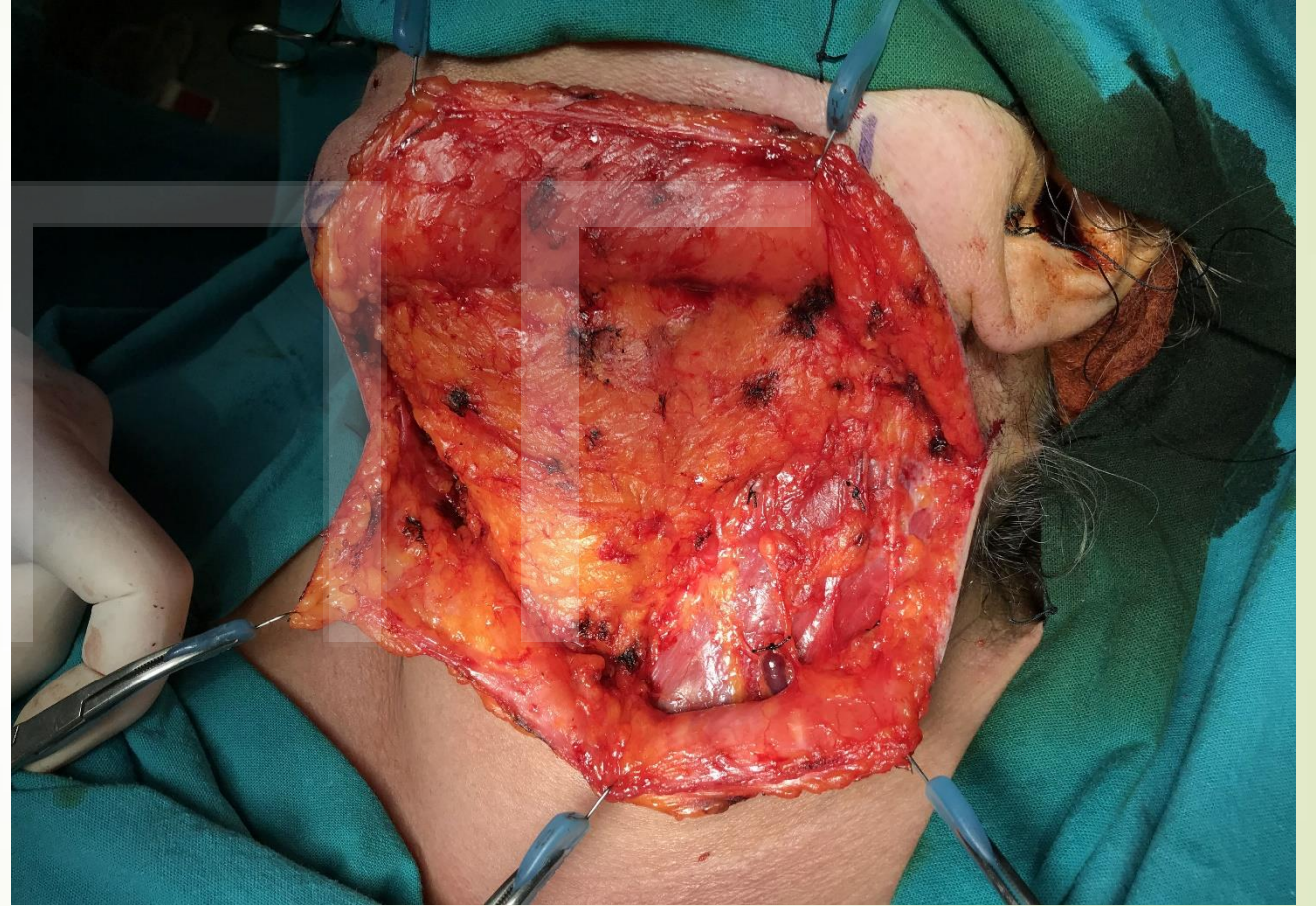
Καρκίνος του στόματος. Χειρουργική αντιμετώπιση



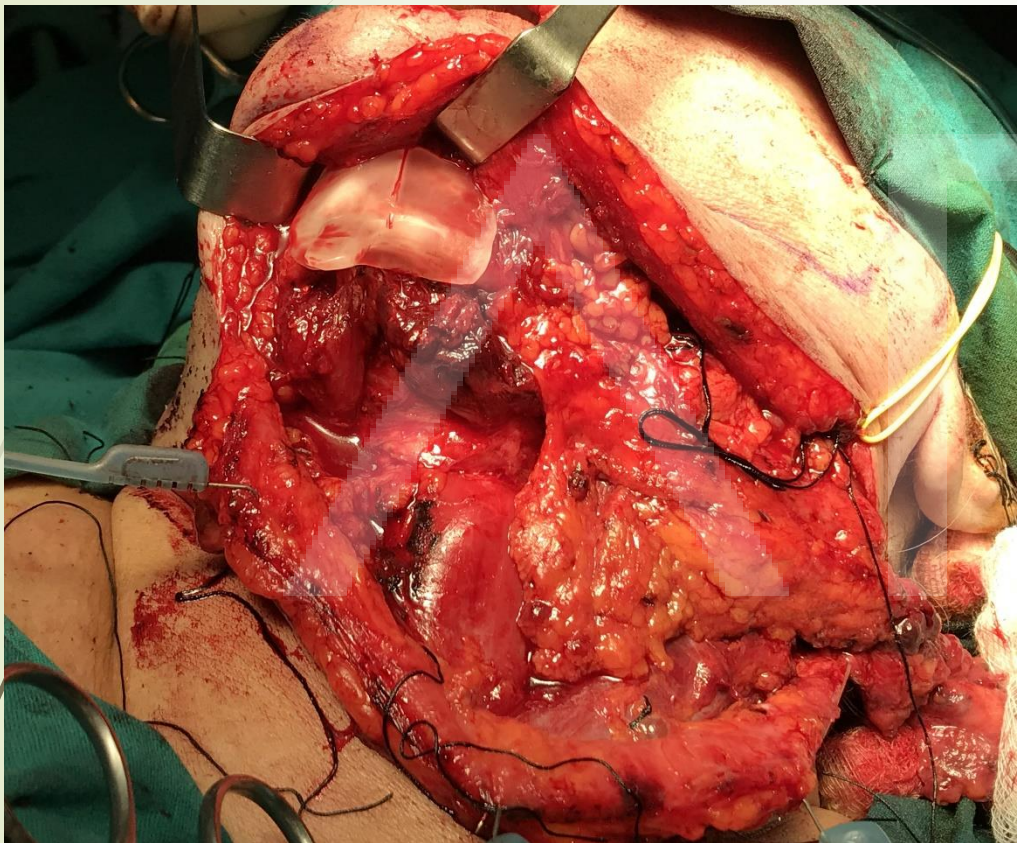
Καρκίνος του στόματος. Χειρουργική αντιμετώπιση



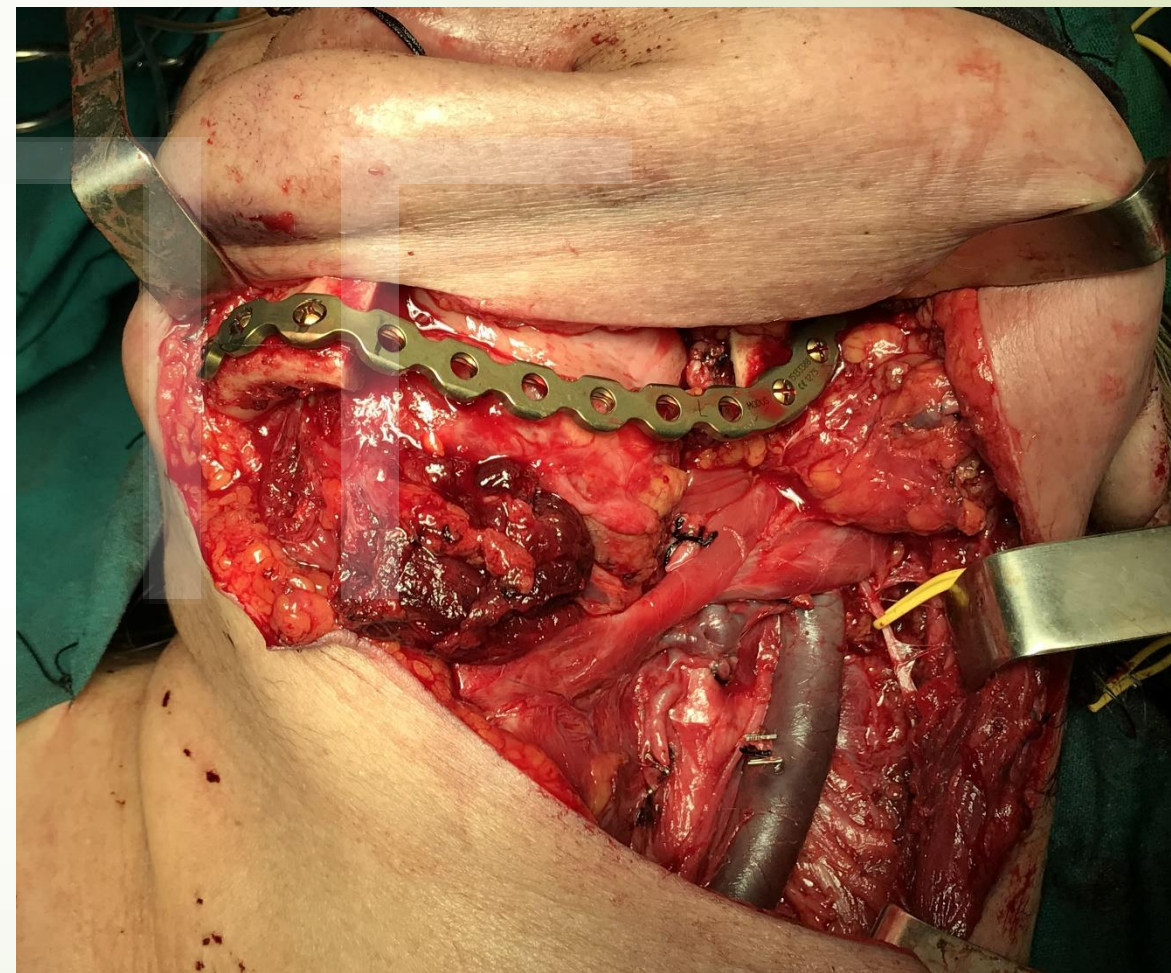
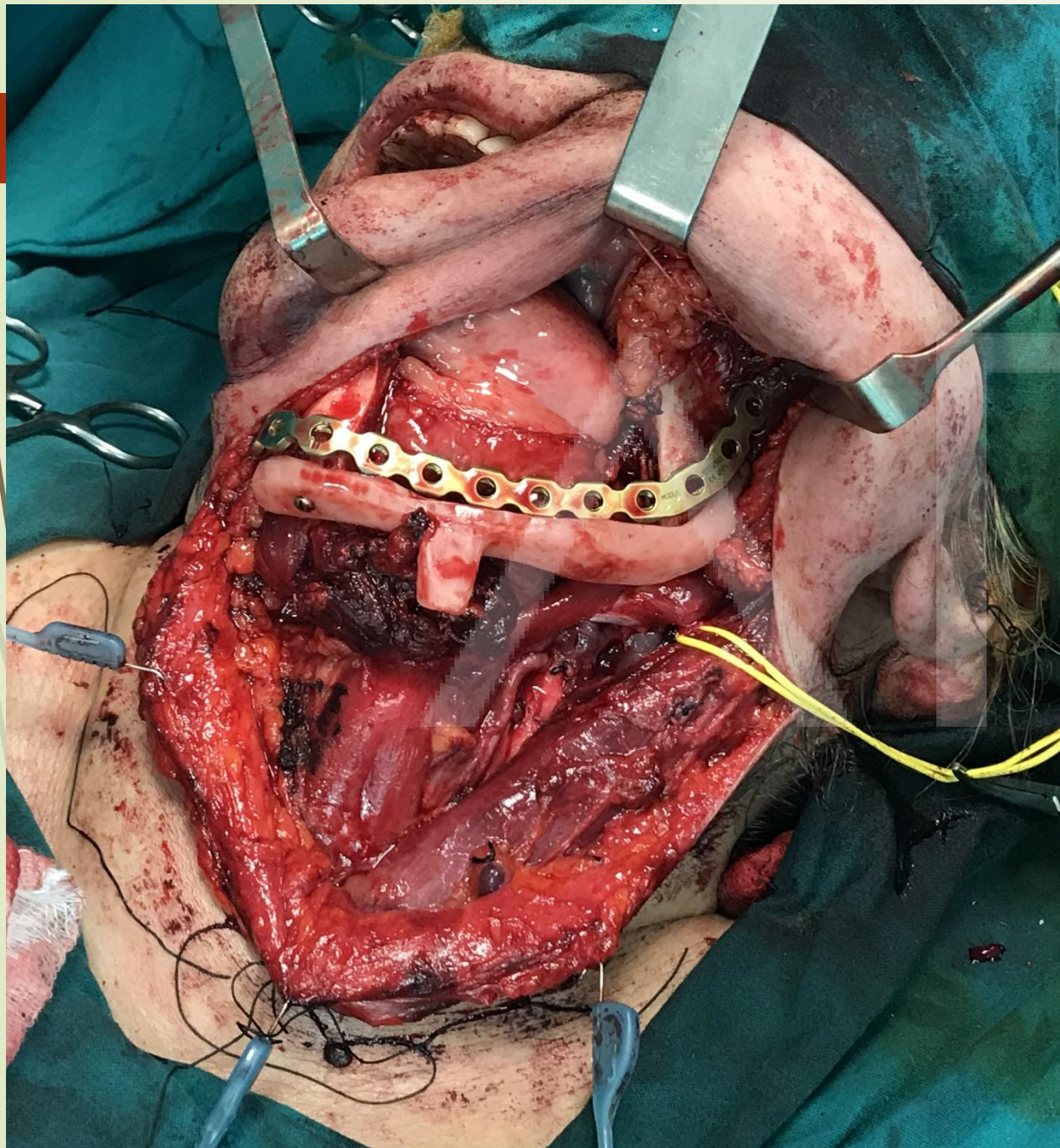
Καρκίνος του στόματος. Χειρουργική αντιμετώπιση



Καρκίνος του στόματος. Χειρουργική αντιμετώπιση



Καρκίνος του στόματος. Χειρουργική αντιμετώπιση



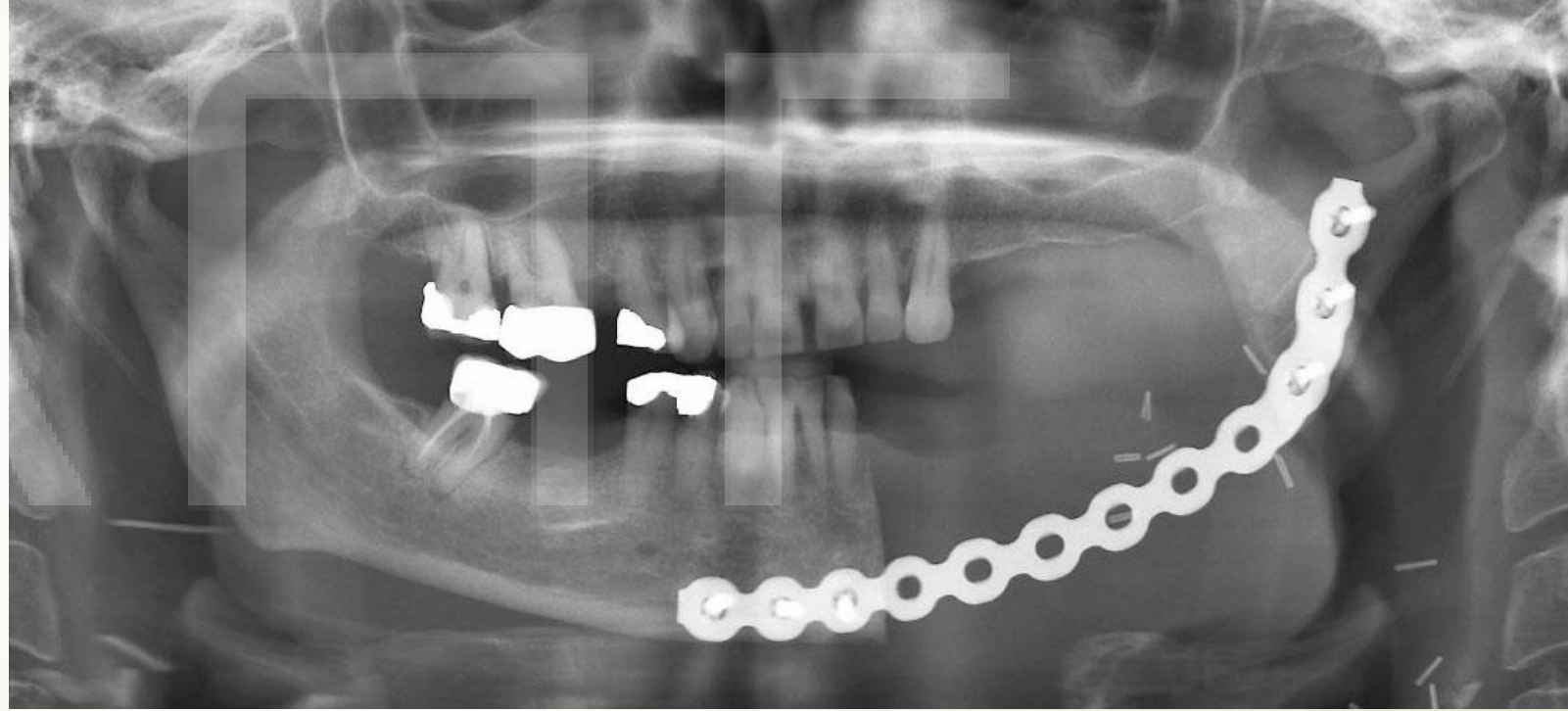
Καρκίνος του στόματος. Χειρουργική αντιμετώπιση



Καρκίνος του στόματος. Χειρουργική αντιμετώπιση



Καρκίνος του στόματος. Χειρουργική αντιμετώπιση



Καρκίνος του στόματος. Χειρουργική αντιμετώπιση



Καρκίνος του στόματος. Χειρουργική αντιμετώπιση



Καρκίνος του στόματος. Χειρουργική αντιμετώπιση



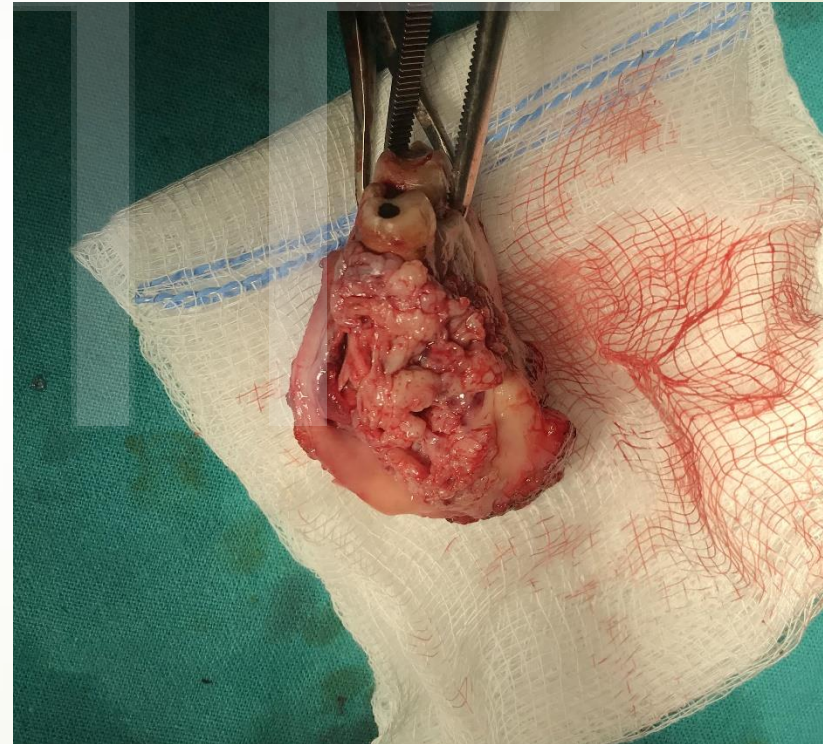
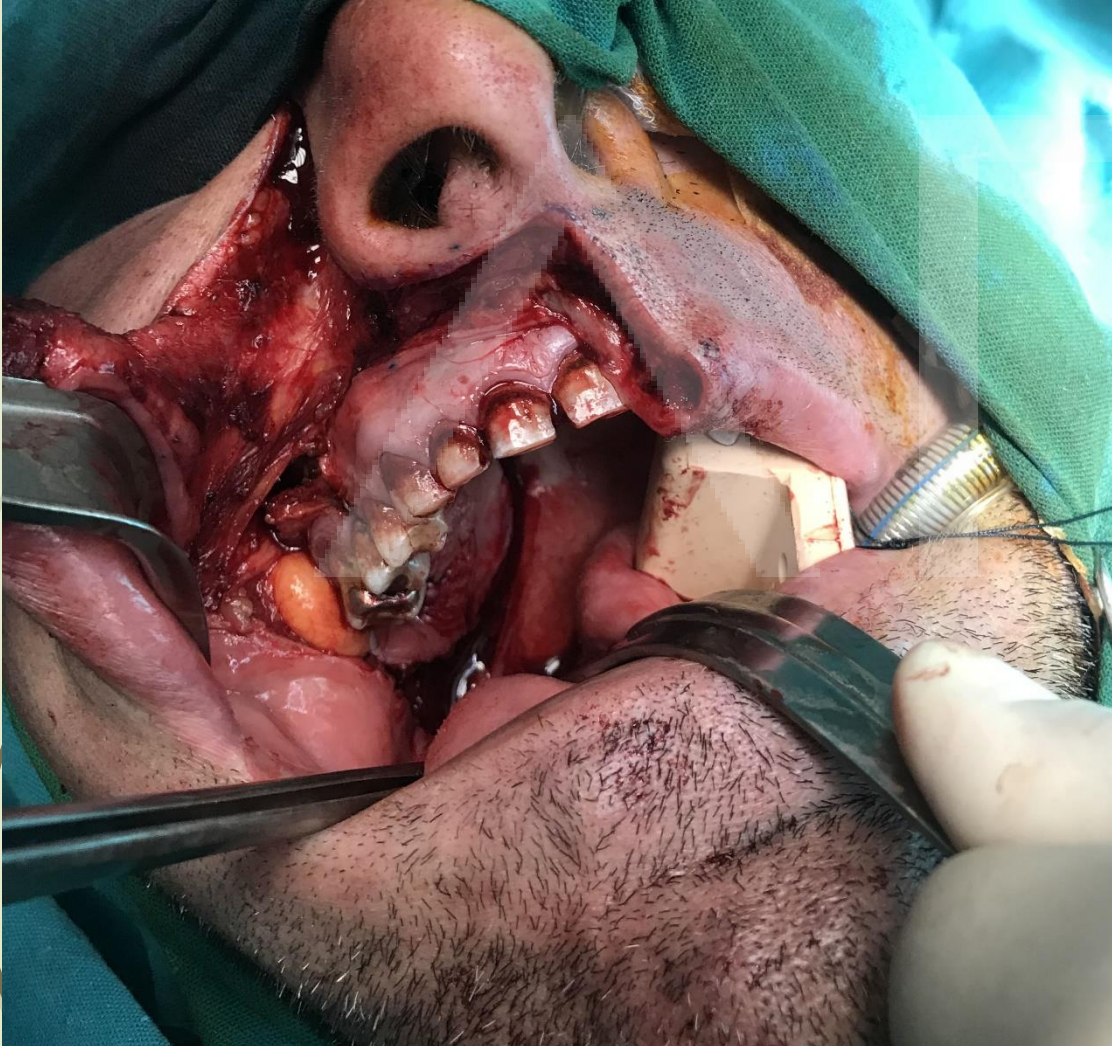
Καρκίνος του στόματος. Χειρουργική αντιμετώπιση

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ Ca ΥΠΕΡΩΑΣ – ΑΝΩ ΓΝΑΘΟΥ



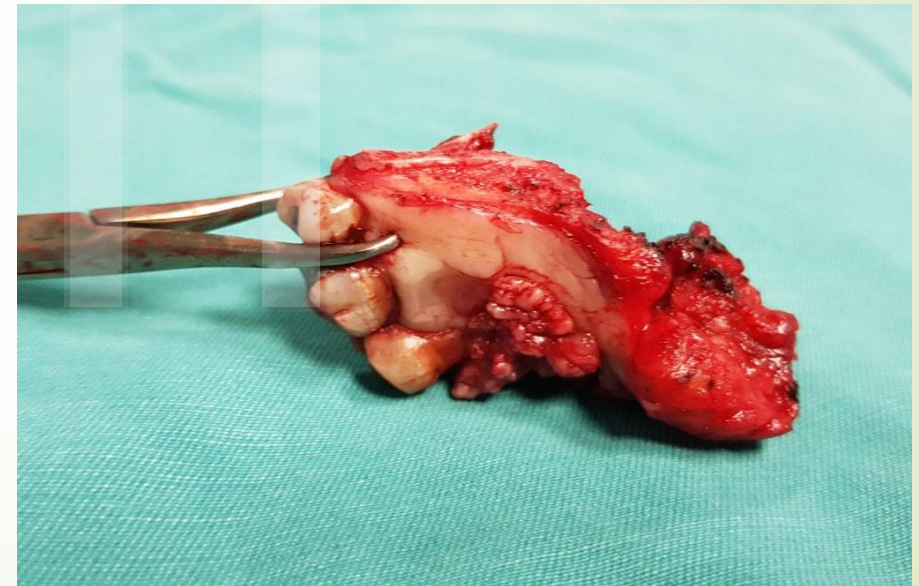
Καρκίνος του στόματος. Χειρουργική αντιμετώπιση

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ Ca ΥΠΕΡΩΔΑΣ – ΑΝΩ ΓΝΑΘΟΥ



Καρκίνος του στόματος. Χειρουργική αντιμετώπιση

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ Ca ΥΠΕΡΩΑΣ – ΑΝΩ ΓΝΑΘΟΥ



Καρκίνος του στόματος. Χειρουργική αντιμετώπιση

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ Ca ΥΠΕΡΩΔΑΣ – ΑΝΩ ΓΝΑΘΟΥ

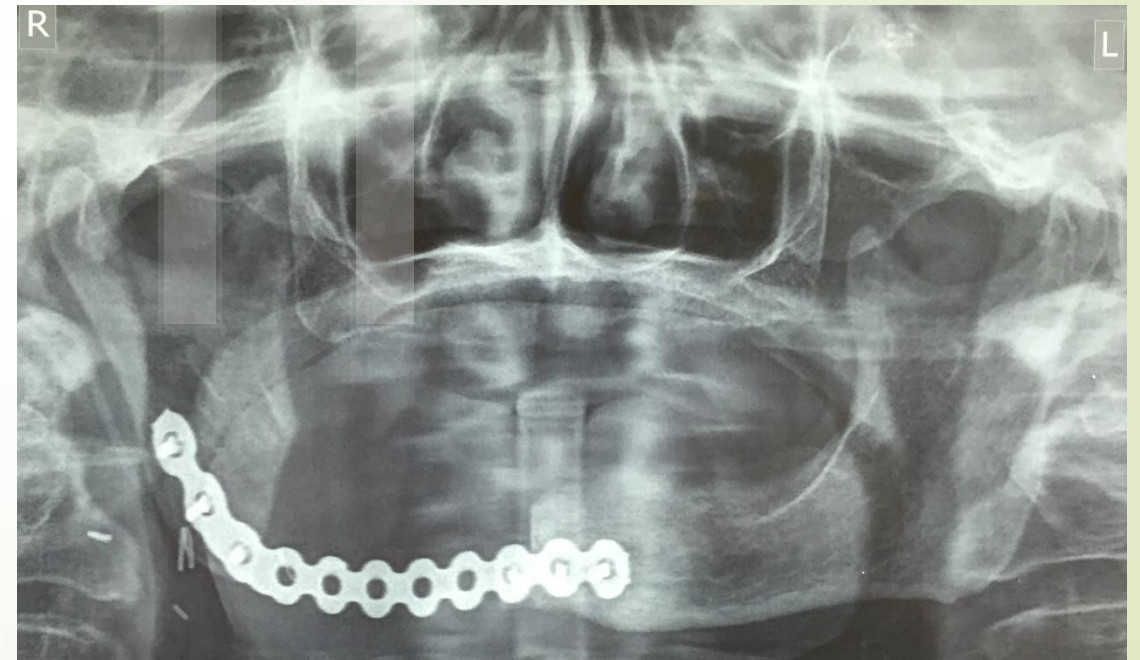
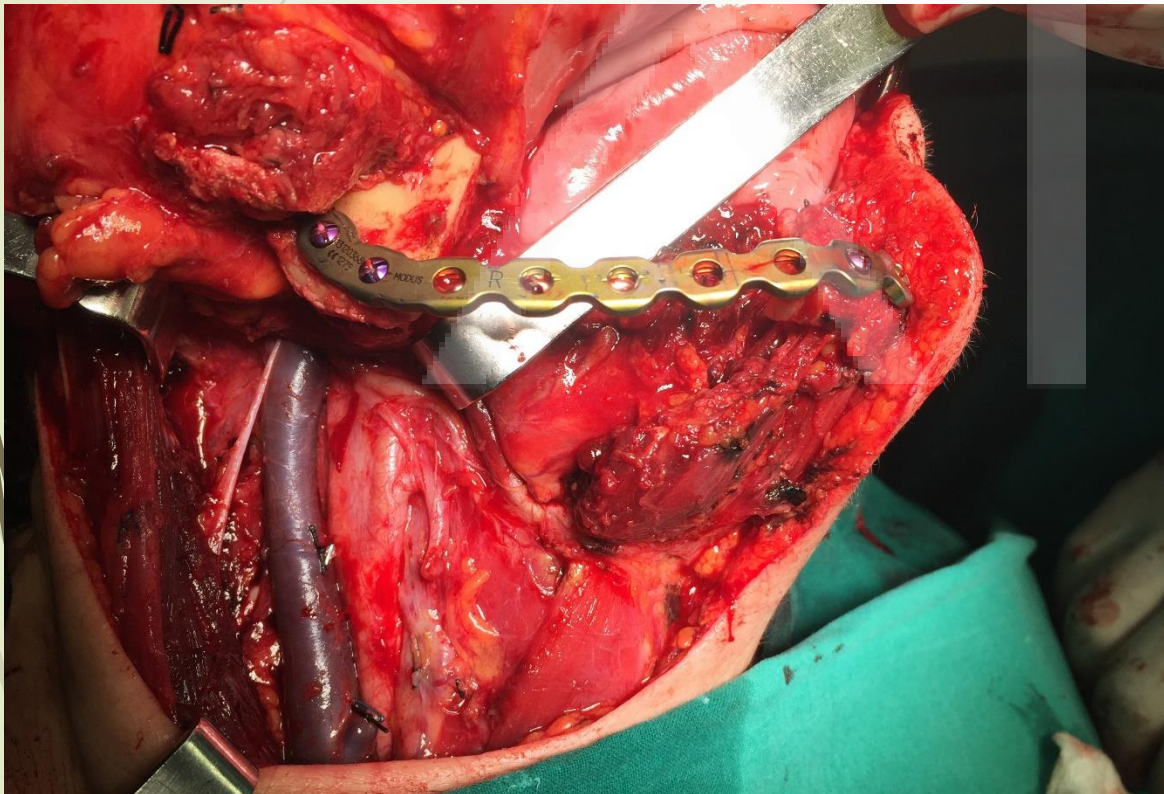


ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ

Η αποκατάσταση των ελλειμμάτων όταν δεν είναι εφικτή η σύγκλιση κατά πρώτο σκοπό γίνεται με την χρήση κρημνών ή προσθετικών κατασκευών (αποφρακτικές, προθέσεις κλπ).

Είναι επίσης πιθανόν να χρησιμοποιηθούν ελεύθερα οστικά και δερματικά μοσχεύματα ή και απλά πλάκες αποκατάστασης τιτανίου.

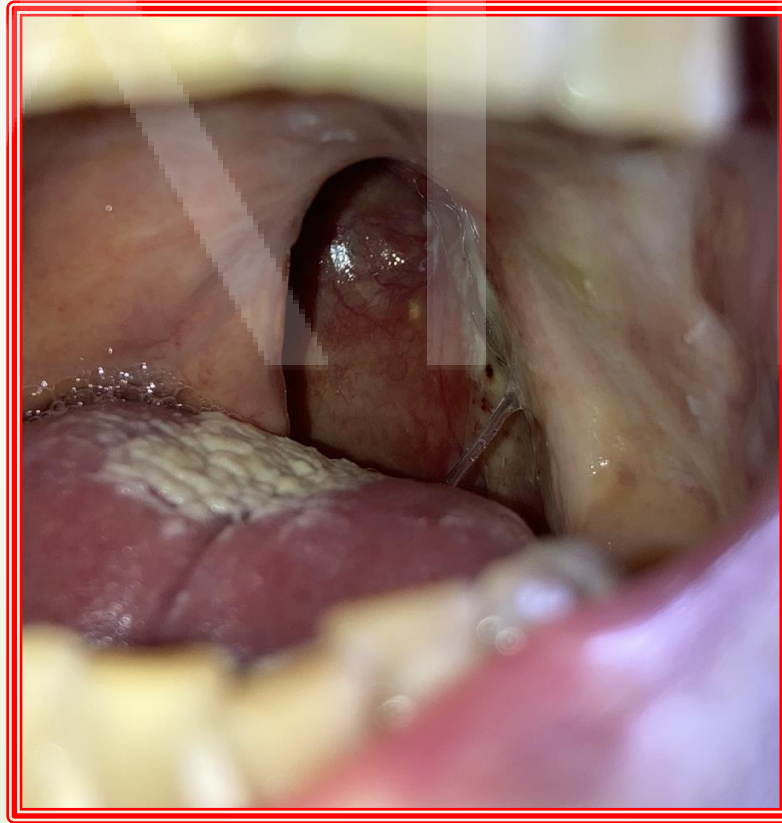
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ ΜΕ ΠΛΑΚΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ



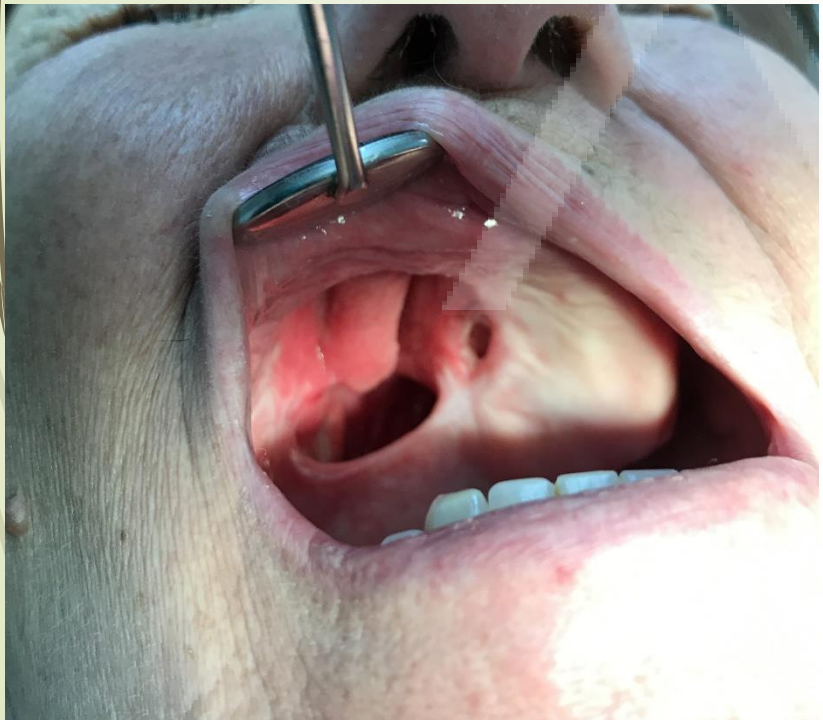
Αποκατάσταση ελλείμματος υπερώας με κερκιδικό κρημνό του αντιβραχίου



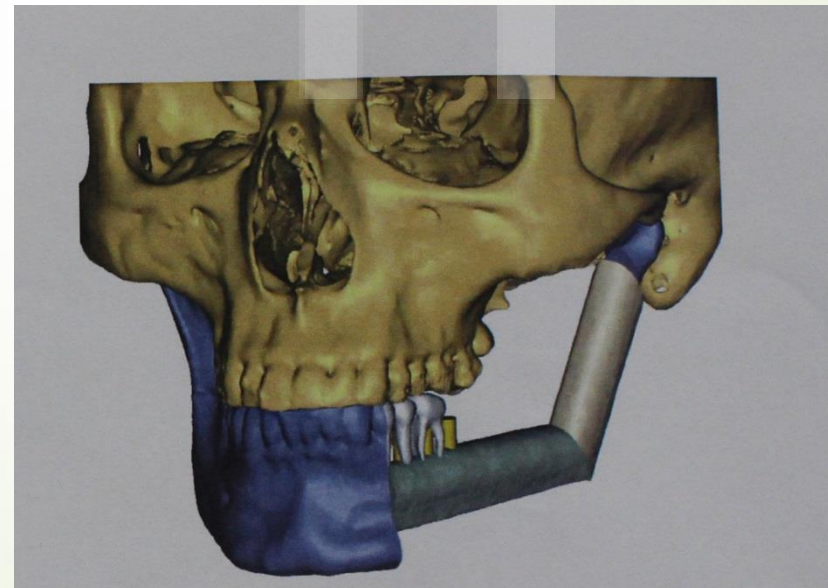
**Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα άνω γνάθου- Ευρεία τοπική εκτομή
Αποκατάσταση με αποφρακτήρα (obturator)**

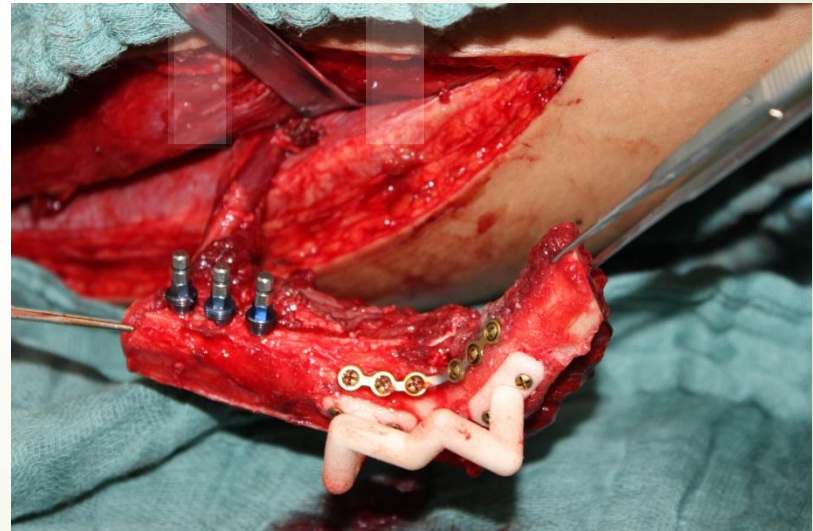
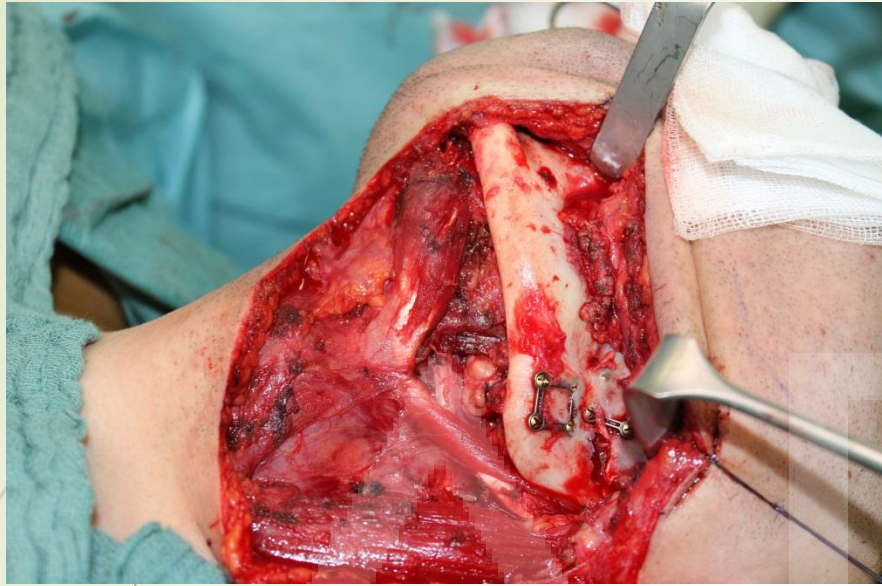


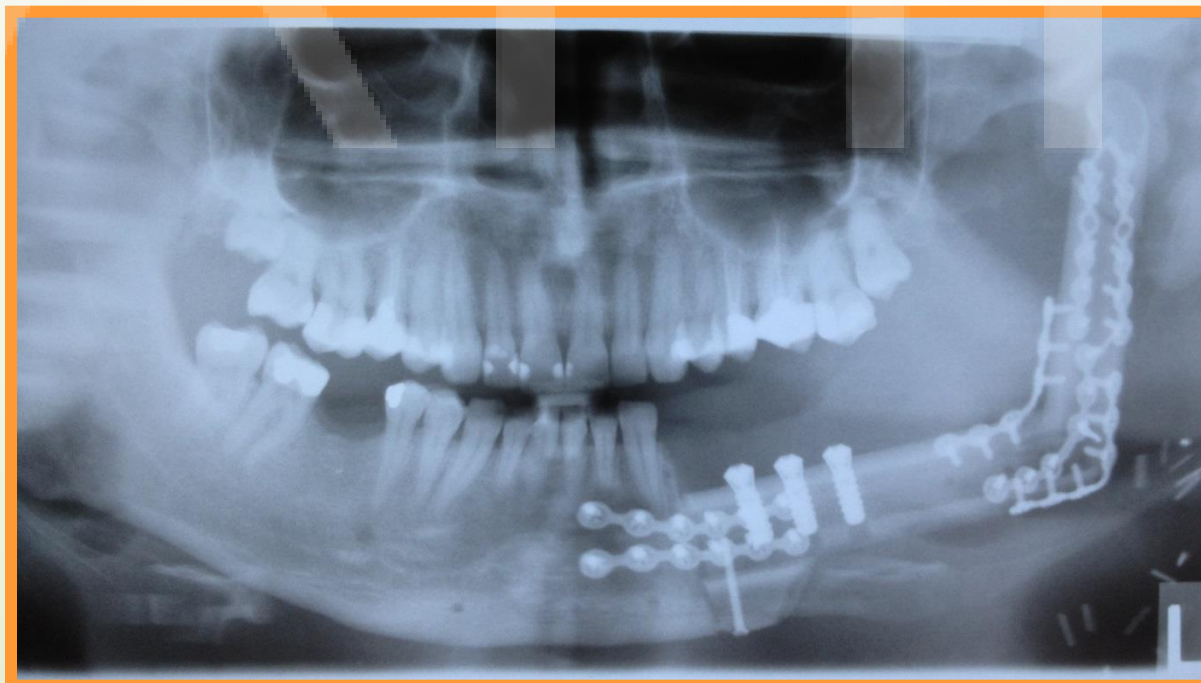
**Αδενοκυστικό Ca - Ευρεία τοπική εκτομή
Αποκατάσταση με αποφρακτήρα (obturator)**



ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ ΜΕ ΠΕΡΟΝΗ
ΚΑΙ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ







Χειρουργική των τραχηλικών λεμφαδενικών μεταστάσεων

1. ΡΙΖΙΚΗ ΤΡΑΧΗΛΙΚΗ ΕΚΣΚΑΦΗ

2. ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΡΙΖΙΚΗ ΤΡΑΧΗΛΙΚΗ ΕΚΣΚΑΦΗ

Τύπος I (διατήρηση παραπληρωματικού ν.)

Τύπος II (διατήρηση παραπλ/κού ν. και έσω σφαγιτιδας φλέβας)

Τύπος III (διατήρηση παραπλ/κού ν., έσω σφαγιτιδας φλέβας και ΣΚΜ)

3. ΕΚΛΕΚΤΙΚΗ ΤΡΑΧΗΛΙΚΗ ΕΚΣΚΑΦΗ

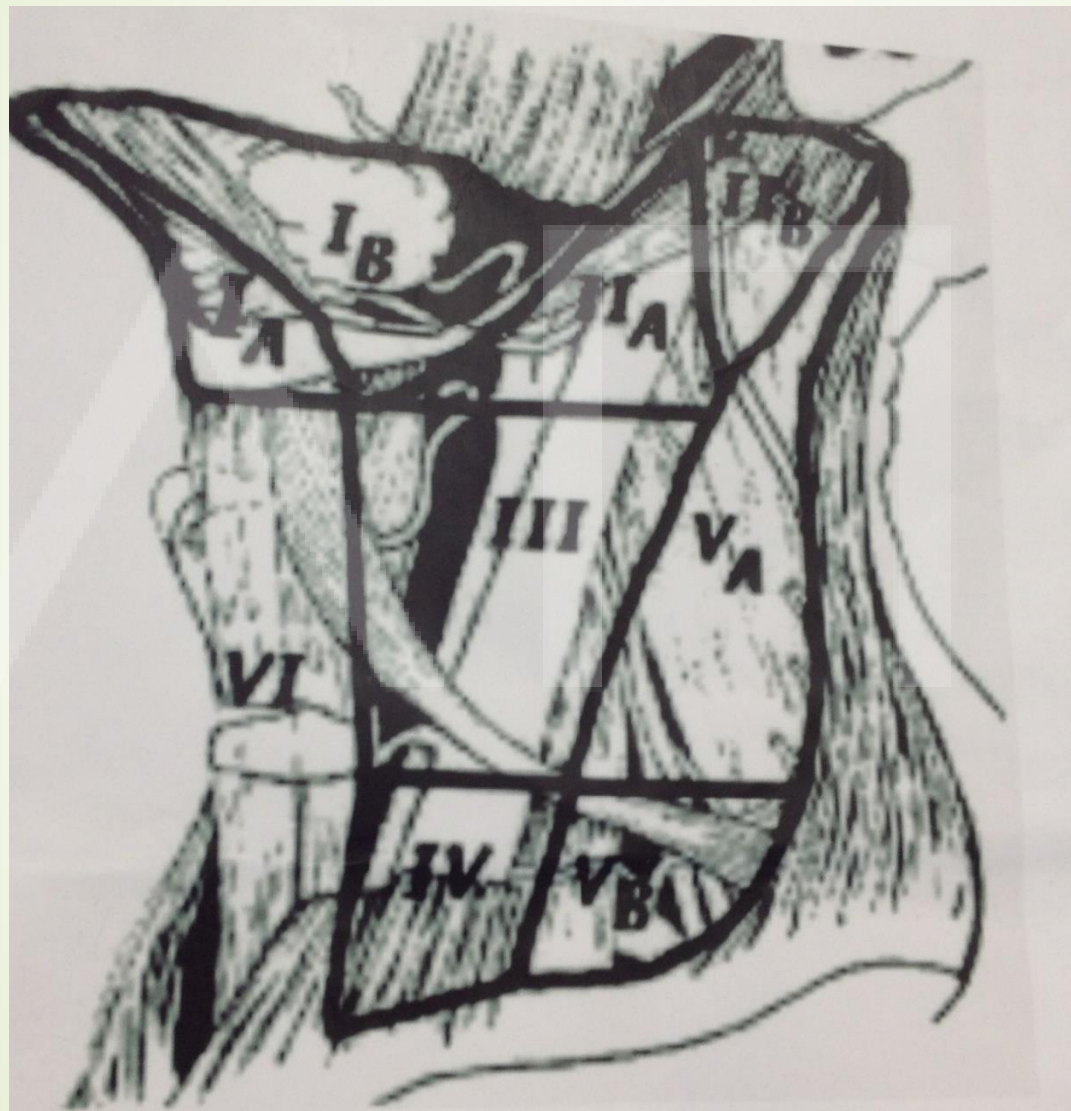
Υπερωμοϋσειδική

Προσθιοπλάγια

Πρόσθια

Οπισθοπλάγια

Καρκίνος του στόματος. Χειρουργική αντιμετώπιση

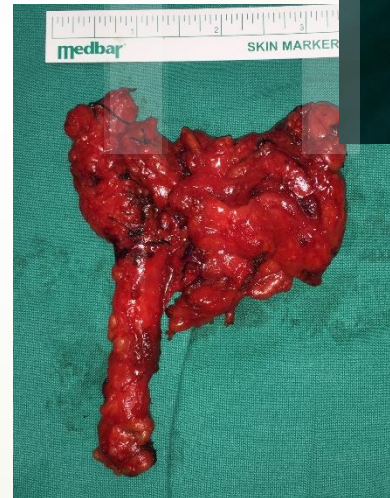
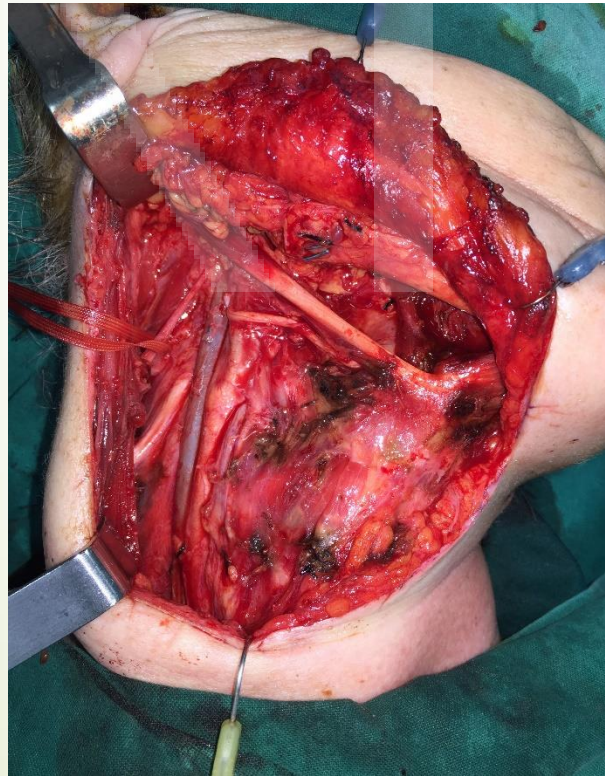


ΥΠΕΡΩΜΟΪΟΕΙΔΙΚΗ ΤΡΑΧΗΛΙΚΗ ΕΚΣΚΑΦΗ

Η υπερωμοϋοειδική τραχηλική εκσκαφή περιλαμβάνει τα επίπεδα I, II, και III, ενώ όταν επεκτείνεται και στο IV επίπεδο ονομάζεται εκτεταμένη υπερωμοϋοειδική τραχηλική εκσκαφή.

Ενδείκνυται σε περιπτώσεις ασθενών με N0 τράχηλο στους οποίους τα κλινικά χαρακτηριστικά της πρωτοπαθούς εστίας υποδεικνύουν ποσοστό αφανούς νόσου στους τραχηλικούς λεμφαδένες της τάξης του 25%.

Τραχηλικός λεμφαδενικός καθαρισμός



Ακτινοθεραπεία - Χημειοθεραπεία

Προεγχειρητικά ή Μετεγχειρητικά ο ασθενής μπορεί να υποβληθεί σε:

- **Ακτινοθεραπεία** (Νεότερη τεχνική: **IMRT: ΑΚΘ Διαμορφούμενης Έντασης**)
- **Χημειοθεραπεία** ή
- **Ανοσοθεραπεία (νεότερη θεραπεία)** ή
- **Συνδυασμό** των παραπάνω.

Μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία - Ενδείξεις

- Υψηλής κακοήθειας όγκοι,
- Καρκίνος προχωρημένων σταδίων,
- Θετικά ή αμφίβολα όρια εκτομής,
- Περινευρικές και περιαγγειακές διηθήσεις,
- Θετικοί τραχηλικοί λεμφαδένες,
- Αδενοειδές Κυστικό Καρκίνωμα,
- Εξωπαρωτιδική επέκταση για όγκους παρωτίδας,
- Μέγεθος όγκου >4cm καλύπτει τις περισσότερες ενδείξεις αναφορικά με τους όγκους των σιελογόνων αδένων.

Μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία - Δόση

- Συνολική Δόση **60 Gy** (περίπου **30 συνεδρίες**) θεωρείται αρκετή, ακόμα και όταν τα εγχειρητικά όρια είναι διηθημένα.
- Η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία αναφέρεται ότι μειώνει την πιθανότητα υποτροπής και ελέγχει τις τραχηλικές μεταστάσεις.

Μετεγχειρητική χημειοθεραπεία

- Τα παρεχόμενα θεραπευτικά πρωτόκολλα αποτελούνται από ένα χημειοθεραπευτικό παράγοντα ή συνδυασμό τους.
- **Μονοθεραπεία:**
 - Cis-platin
 - 5-FU
 - Doxorubicin
- **Συνδυασμένη θεραπεία:**
 - Cyclophosphamide
 - Doxorubicin
 - Cis-platin

Επιπλοκές Ακτινο - Χημειοθεραπείας

1. Βλάβες στον βλεννογόνο (**Βλεννογονίτις**)
2. Λοιμώξεις
3. **Ξηροστομία**
4. Πολυτερηδονισμός – Ευαισθησία οδόντων
5. Μυϊκή δυσλειτουργία - **Τρισμός**
6. **Δυσφαγία – δυσκαταποσία**
7. Αλλαγή γεύσης
8. **Πόνος**
9. Αιμορραγία
10. **Οστεονέκρωση**

Νοσηρότητα

Η θεραπευτικές παρεμβάσεις για τον καρκίνο του στόματος συνοδεύονται από άλλοτε άλλου βαθμού νοσηρότητα η οποία είναι δυνατόν να περιλαμβάνει:

- Δυσμορφία
- Τρισμό
- Δυσαρθρία
- Δυσκαταποσία, δυσφαγία
- Πόνο
- Φλεγμονή
- Βλεννογονίτιδα
- Ξηροστομία
- Οστεονέκρωση



ΟΓΚΟΙ ΓΝΑΘΟΥ:

Χειρουργική αντιμετώπιση & Απεικονιστική Διερεύνηση

A. ΟΓΚΟΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

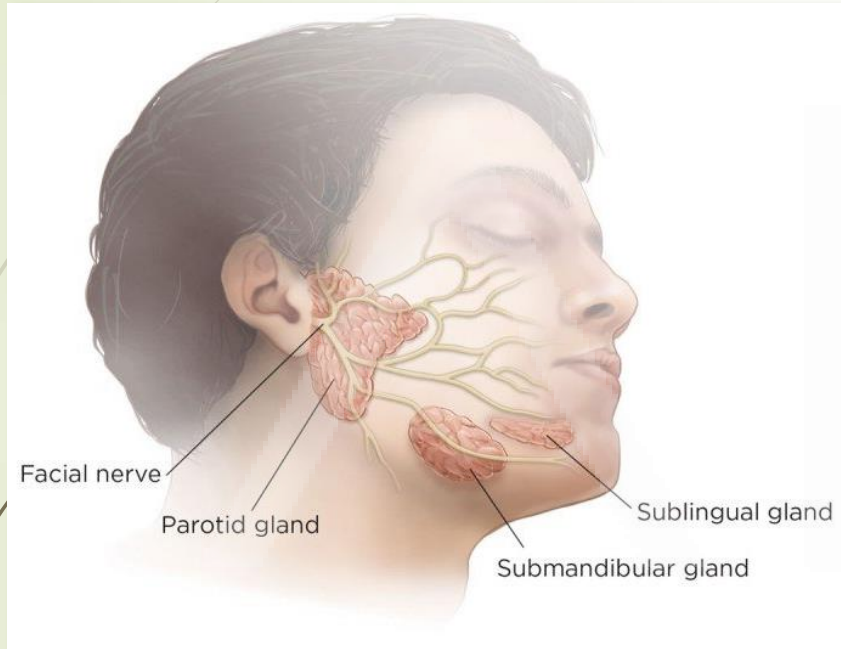
B. ΟΓΚΟΙ ΣΙΑΛΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ

Γ. ΟΓΚΟΙ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ

Δ. ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ & ΛΕΜΦΩΜΑΤΑ

Β. ΟΓΚΟΙ ΣΙΑΛΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ

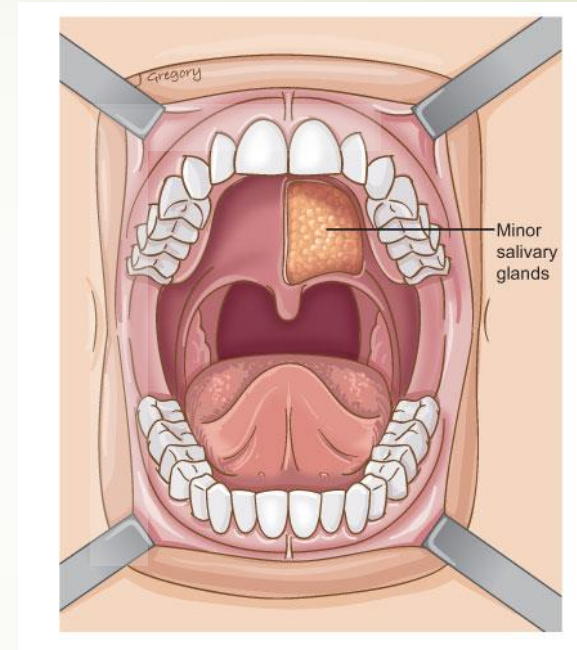
Βασικές γνώσεις



www.mskcc.org/cancer-care/types/salivary-gland/salivary-glands-anatomy

✓ Μειζονες (3 ζεύγη):

1. Υπογλώσσιος αδένας
 2. Υπογνάθιος αδένας
 3. Παρωτίδα
- } Προσωπικό νεύρο!!!



www.headandneckcancerguide.org

✓ Ελάσσονες (n = 600 – 800):

- Κυρίως στη στοματική κοιλότητα (υπό τον βλεννογόνο, ενίοτε και ενδο-οστικά)
- Ρινική κοιλότητα, φάρυγγας, πλάγιο φαρυγγικό διάστημα

Β. ΟΓΚΟΙ ΣΙΑΛΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ

Βασικές γνώσεις

- ✓ Τα νεοπλάσματα των σιαλογόνων αδένων προέρχονται από:
 - Το **επιθηλιακό στοιχείο** των αδένων (έξω βλαστικό δέρμα)
 - Το **μεσεγχυματικό στοιχείο** των αδένων (αφορούν κυρίως λεμφώματα)
- ✓ **3% – 6%** των όγκων κεφαλής – τραχήλου
- ✓ **Οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα** (6^η – 7^η δεκαετία)
- ✓ **Εντοπίζονται κυρίως στην παρωτίδα** (όπου είναι κατά κανόνα καλοήθη)
- ✓ **Όταν εντοπίζονται στους ελάσσονες σιαλογόνους αδένες και στον υπογλώσσιο είναι κατά κανόνα κακοήθη**
- ✓ **Η συχνότερη θέση ενδοστοματικής εντόπισης είναι το όριο σκληρής – μαλακής υπερώας και ακολουθεί ο βλεννογόνος των χειλέων (ιδίως του άνω χείλους)**

ΟΓΚΟΙ ΣΙΑΛΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ	% όγκων	εξ αυτών κακοήθεις
Παρωτίδα	~80%	25%
Ελάσσονες σιαλογόνοι αδένες	15%	~50%
Υπογνάθιος αδένας	10%	40%
Υπογλώσσιος αδένας	<1%	80%

Β. ΟΓΚΟΙ ΣΙΑΛΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ

Βασικές γνώσεις

ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ σιαλογόνων αδένων επιθηλιακής προέλευσης (WHO 2017)

- Πλειόμορφο αδένωμα ή μικτός όγκος
 - Θηλώδες κυσταδενολέμφωμα (όγκος Warthin)
 - Μυοεπιθηλίωμα
 - Βασικοκυτταρικό αδένωμα
 - Ογκοκύττωμα
 - Λεμφαδένωμα (Σμηγματογόνο – Μη σμηγματογόνο)
 - Κυσταδένωμα
 - Θηλώδες σιαλαδένωμα
 - Θηλώματα των εκφορητικών πόρων
 - Σμηγματογόνο αδένωμα
 - Σωληναριακό αδένωμα κ.ά. αδενώματα των πόρων των αδένων
- Συχνότεροι καλοήθεις όγκοι

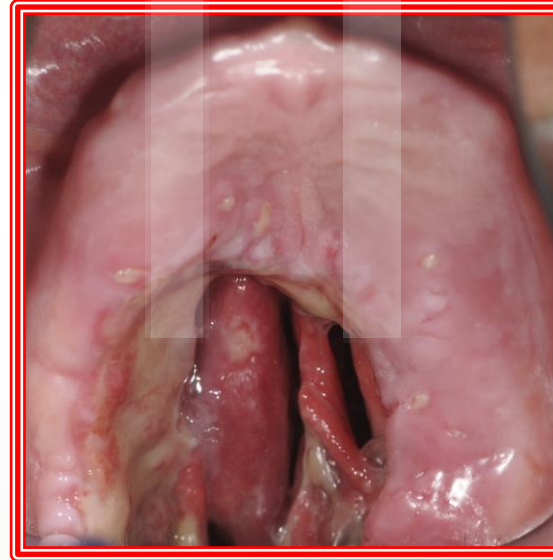
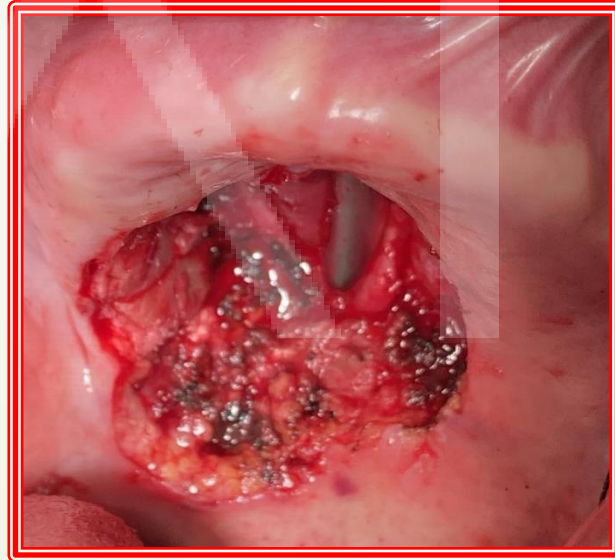
Β. ΟΓΚΟΙ ΣΙΑΛΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ

Βασικές γνώσεις

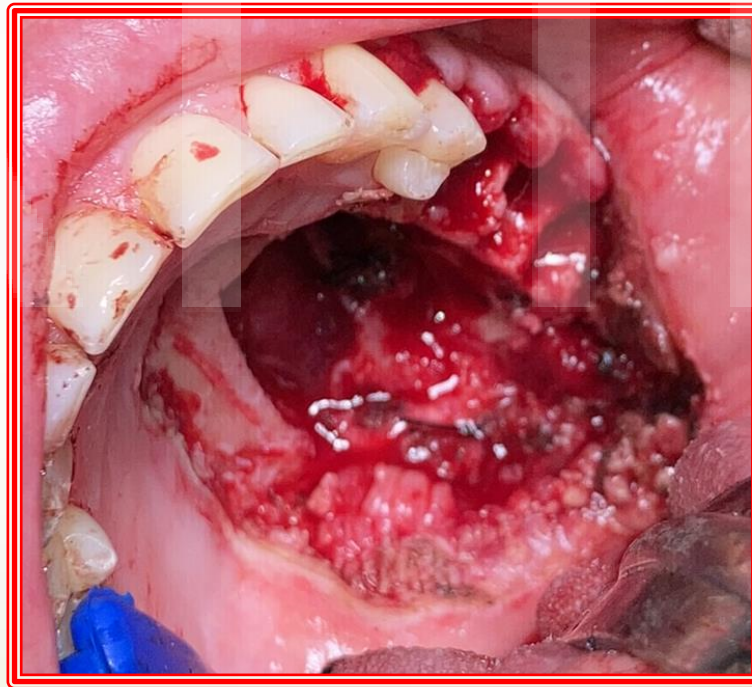
ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ σιαλογόνων αδένων επιθηλιακής προέλευσης (WHO 2017)

- **Βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα**
- **Αδενοειδές κυστικό καρκίνωμα**
- **Πολύμορφο αδеноκαρκίνωμα**
- Κυψελοκυτταρικό καρκίνωμα
- Διαυγοκυτταρικό καρκίνωμα
- Βασικοκυτταρικό αδеноκαρκίνωμα
- Ενδοπορικό καρκίνωμα
- Αδеноκαρκίνωμα NOS
- Πορογενές καρκίνωμα
- Μυοεπιθηλιακό καρκίνωμα
- Επιθηλιακό-μυοεπιθηλιακό καρκίνωμα
- Καρκίνωμα εκ πλειομόρφου αδενώματος
- Εκκριτικό καρκίνωμα
- Σμηγματογόνο αδеноκαρκίνωμα
- Καρκινοσάρκωμα
- Χαμηλής διαφοροποίησης καρκίνωμα
 - Αδιαφοροποίητο καρκίνωμα
 - Μεγαλοκυτταρικό νευροενδοκρινές
 - Μικροκυτταρικό νευροενδοκρινές)
- Λεμφοεπιθηλιακό καρκίνωμα
- Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα
- Ογκοκυτταρικό καρκίνωμα
- Σιαλοβλάστωμα ασαφούς κακοήθους δυναμικού

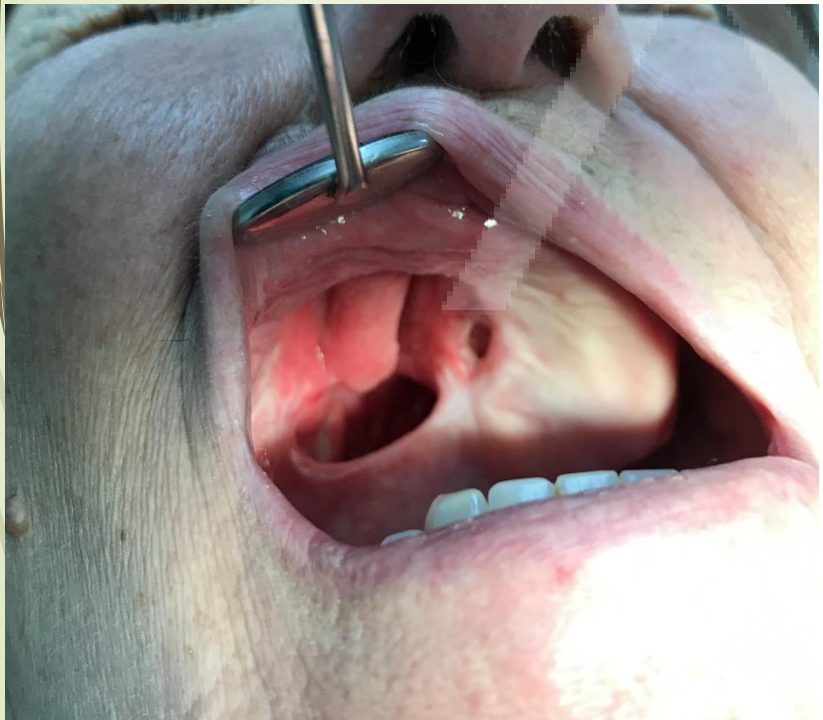
**Αδενοκαρκίνωμα υπερώας- Ευρεία τοπική εκτομή
Αποκατάσταση με αποφρακτήρα (obturator)**



**Αδενοκαρκίνωμα υπερώας- Ευρεία τοπική εκτομή
Αποκατάσταση με αποφρακτήρα (obturator)**



**Αδενοειδές κυστικό καρκίνωμα (Αδενοκυστικό Ca) - Ευρεία τοπική εκτομή
Αποκατάσταση με αποφρακτήρα (obturator)**





ΟΓΚΟΙ ΓΝΑΘΟΥ: Χειρουργική αντιμετώπιση & Απεικονιστική Διερεύνηση

A. ΟΓΚΟΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

B. ΟΓΚΟΙ ΣΙΑΛΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ

Γ. ΟΓΚΟΙ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ

Δ. ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ & ΛΕΜΦΩΜΑΤΑ

Γ. ΟΓΚΟΙ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ

Βασικές γνώσεις: Οδοντογενείς και Μη οδοντογενείς όγκοι

Γ. ΟΓΚΟΙ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ

Γ1. Οδοντογενείς όγκοι

- Σπάνιοι όγκοι (<1%)
- Από παραμονή ιστών της οδοντογένεσης
- Σχεδόν αποκλειστικά στις γνάθους (λιγότερο συχνά σε ούλα και φατνιακό βλεννογόνο)
- **94% – 99% καλοήθεις όγκοι** (με τοπικά επιθετική συμπεριφορά)
- Όσο πιο αρχέγονο το αρχικό κύτταρο τόσο πιο επιθετικός ο όγκος

Γ2. Μη οδοντογενείς όγκοι

- Αντιδραστικές εξεργασίες
- Δυσπλαστικές εξεργασίες
- Νεοπλάσματα
 - Καλοήθη
 - Κακοήθη

ΟΓΚΟΙ ΓΝΑΘΟΥ: Χειρουργική αντιμετώπιση & Απεικονιστική Διερεύνηση

Γ. ΟΓΚΟΙ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ

- Γ1. Οδοντογενείς όγκοι
- Γ2. Μη οδοντογενείς όγκοι

- Γ3. Μη οδοντογενείς όγκοι
- Γ4. Οδοντογενείς όγκοι

Γ. ΟΓΚΟΙ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ

Γ1. Οδοντογενείς όγκοι

ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΕΙΣ ΟΓΚΟΙ (WHO 2017)

Οδοντογενές επιθήλιο με ώριμο, ινώδες στρώμα χωρίς οδοντογενές εκτομεσέγγυμα	<ul style="list-style-type: none">• Αδαμαντινοβλάστωμα (2° σε συχνότητα)<ul style="list-style-type: none">– Μονοκυστικός τύπος– Εξωοστικός / περιφερικός τύπος– Μεταστατικό αδαμαντινοβλάστωμα• Ακανθοκυτταρικός οδοντογενής όγκος• Ενασβεστιούμενος επιθηλιακός οδοντογενής όγκος (Όγκος Pindborg)• Αδενωματοειδής οδοντογενής όγκος
Οδοντογενές επιθήλιο με οδοντογενές εκτομεσέγγυμα με ή χωρίς σχηματισμό σκληρών ιστών	<ul style="list-style-type: none">• Αδαμαντινοβλαστικό ίνωμα• Αρχέγονος οδοντογενής όγκος• Οδόντωμα (1° σε συχνότητα)<ul style="list-style-type: none">– Σύμπλεκτο– Σύνθετο• Οδοντογενής όγκος κυττάρων φαντασμάτων
Μεσέγγυμα ή/και οδοντογενές εκτομεσέγγυμα με ή χωρίς οδοντογενές επιθήλιο	<ul style="list-style-type: none">• Οδοντογενές ίνωμα• Οδοντογενές μύξωμα (3° σε συχνότητα)• Οστεϊνοβλάστωμα• Οστεϊνο - οστεοποιοό ίνωμα

ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΕΙΣ ΟΓΚΟΙ (WHO 2017)

- **Οδοντογενή καρκινώματα**
 - Αδαμαντινοβλαστικό καρκίνωμα
 - Πρωτοπαθές ενδοοστικό καρκίνωμα μη συγκεκριμένης ταξινόμησης (NOS)
 - Σκληρωτικό οδοντογενές καρκίνωμα
 - Διαυγοκυτταρικό οδοντογενές καρκίνωμα
 - Οδοντογενές καρκίνωμα κυττάρων φαντασμάτων
- **Οδοντογενές καρκινοσάρκωμα**
- **Οδοντογενή σαρκώματα**

Σημ: Με κόκκινο χρώμα σημειώνονται οι συνηθέστερα απαντούμενες βλάβες

Γ. ΟΓΚΟΙ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ

Γ1. Οδοντογενείς όγκοι

ΧΑΡΑΚΗΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΚΑΛΟΗΘΩΝ ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΩΝ ΟΓΚΩΝ

- Έχουν γενικά ήπια βιολογική συμπεριφορά με εξαίρεση
 - Το αδαμαντινοβλάστωμα
 - Τον όγκο Pindborg
 - Τον οδοντογενή όγκο κυττάρων φαντασμάτων και
 - Το οδοντογενές μύξωμα που εμφανίζουν τοπικά επιθετική συμπεριφορά
- Προσβάλλουν συνήθως νεαρά άτομα (κυρίως άνδρες)
- Εντοπίζονται συνήθως στην οπίσθια μοίρα της κάτω γνάθου
- Σπάνια εντοπίζονται περιφερικά (εξω – οστικά)
- Σχετίζονται με έγκλειστα δόντια (συνήθως 3^ο γομφίο)
- Αποκαλύπτονται τυχαία σε πανοραμική ακτινογραφία σαν:
 - Μονόχωρες ή πολύχωρες ακτινοδιαυγαστικές αλλοιώσεις ή με
 - Συνδυασμό διαυγάσεων / σκιάσεων
- Κλινικά εμφανίζονται σαν διογκώσεις με σκληρή / ελαστική σύσταση

Γ. ΟΓΚΟΙ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ

Γ1. Οδοντογενείς όγκοι

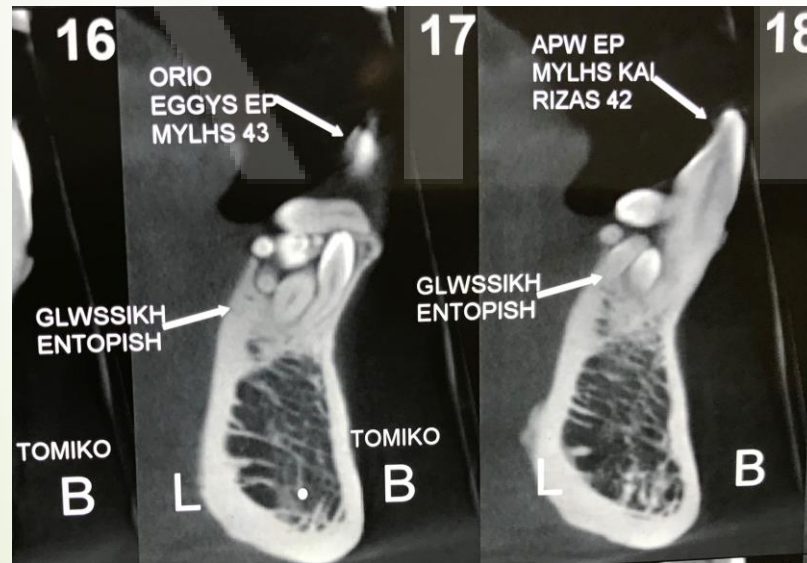
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΛΟΗΘΩΝ ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΩΝ ΟΓΚΩΝ

- ✓ **Διαγνωστική προσέγγιση:**
 - Ιστορικό ασθενούς – Ιστορικό βλάβης – Κλινική Εξέταση – Ακτινολογικός έλεγχος – Βιοψία
- ✓ **Ο ακτινολογικός έλεγχος περιλαμβάνει:**
 1. **Πανοραμική ακτινογραφία** (εξέταση ρουτίνας)
 2. **Υπολογιστική τομογραφία (CT)** με τρισδιάστατη ανασύνθεση
 3. **Υπολογιστική τομογραφία κωνικής δέσμης** (Cone Beam Computed Tomography, CBCT)
 4. **Μαγνητική τομογραφία (MRI)** σε περιπτώσεις εξω-οστικής επέκτασης της βλάβης

Εντόπιση οδοντωμάτων

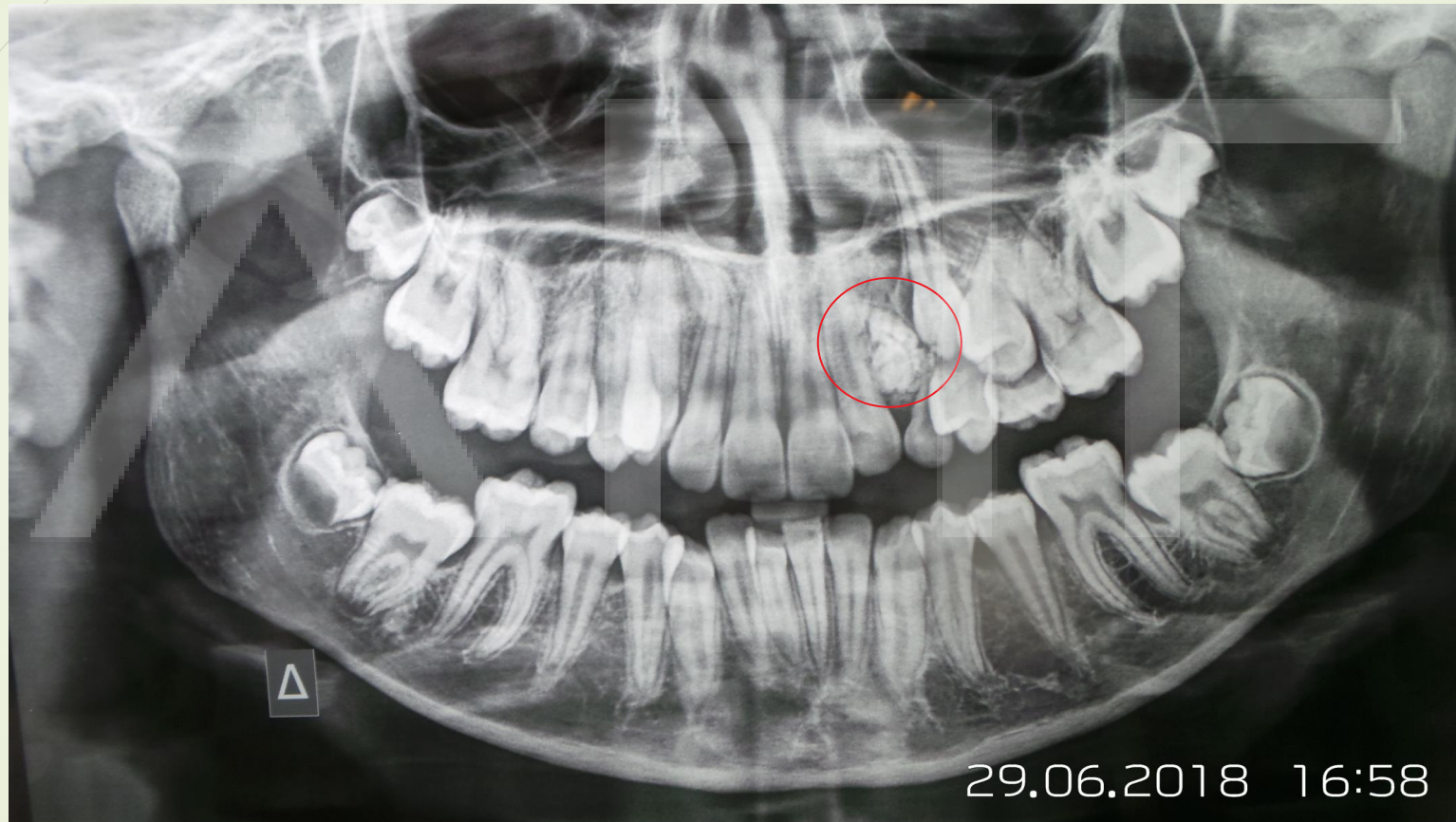
Κεντρικό ←————→ Περιφερικό

Μπορεί να ανατείλει
στο στόμα



Ακτινογραφικά Σύνθετο οδόντωμα

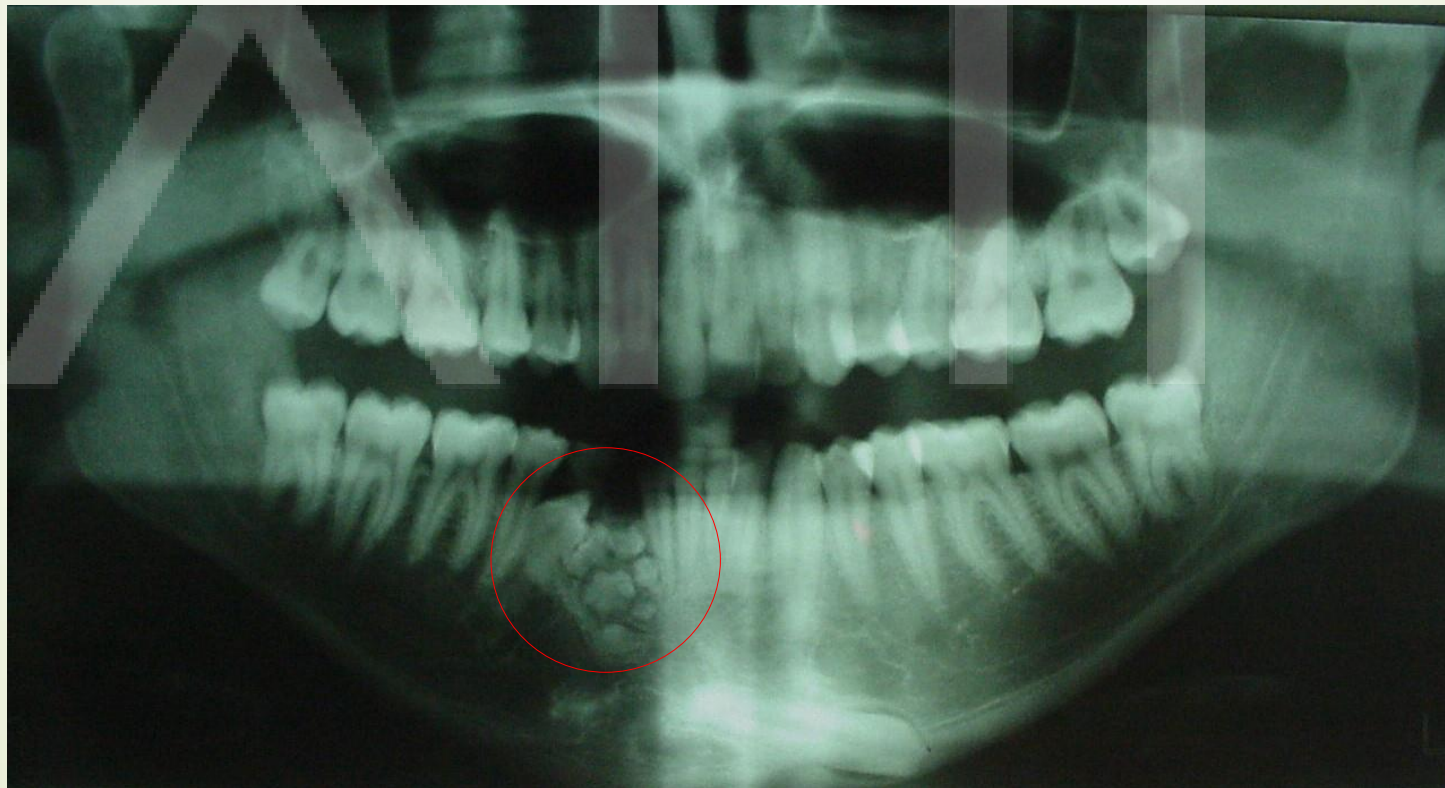
Δοντάκια



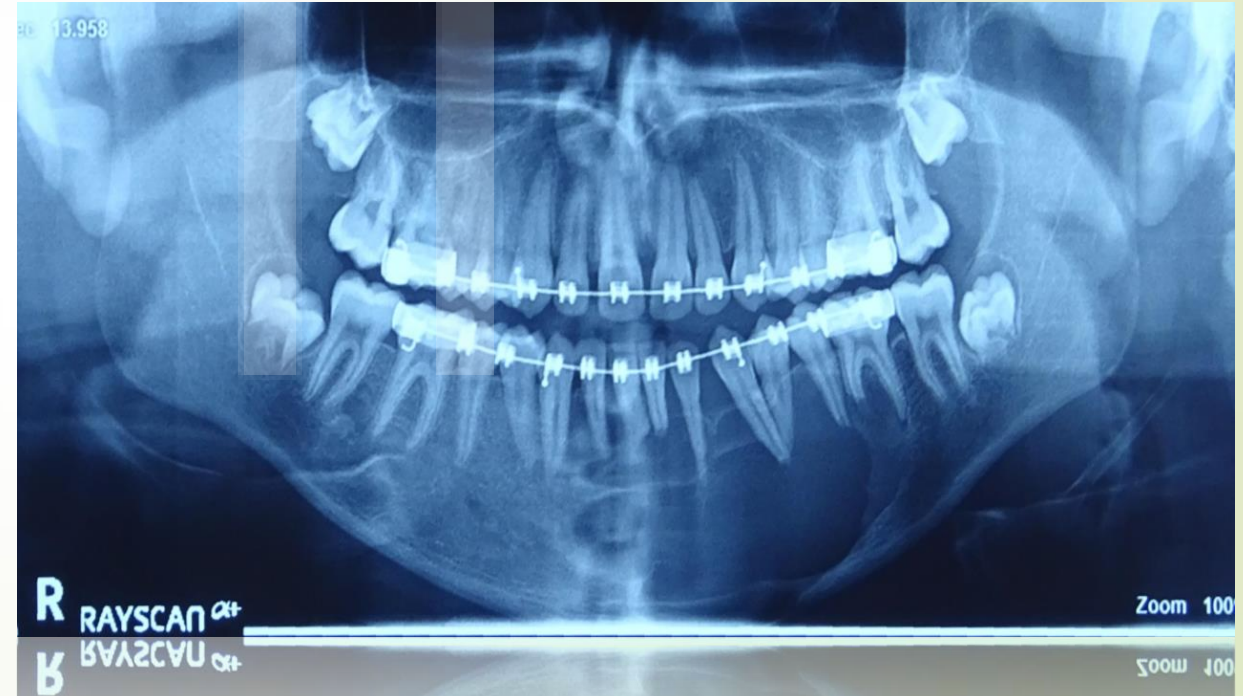
Αφού εξαιρεθεί η βλάβη αποκαλύπτεται ότι οι οδοντίσκοι είναι περισσότεροι από ότι εικάζουμε από την ακτινογραφία

Ακτινογραφικά Σύμπλεκτο οδόντωμα

Ακτινοσκιερές μάζες



ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΚΑ ΑΔΑΜΑΝΤΙΝΟΒΛΑΣΤΩΜΑ



Γ. ΟΓΚΟΙ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ

Γ1. Οδοντογενείς όγκοι

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΛΟΗΘΩΝ ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΩΝ ΟΓΚΩΝ

1. Εκπυρήνιση / Συντηρητική χειρουργική αφαίρεση των βλαβών στην πλειοψηφία των περιπτώσεων
 2. Ολική εξαίρεση του όγκου σε επαρκή όρια υγιούς ιστού και παρακολούθηση του ασθενούς ανά τακτά διαστήματα για τις περιπτώσεις καλοηθών οδοντογενών όγκων με:
 - Τοπικά επιθετική συμπεριφορά (αδαμαντινοβλάστωμα, όγκος Pindborg, οδοντογενής όγκος κυττάρων φαντασμάτων, οδοντογενές μύξωμα) και
 - Για όγκους που έχουν υποτροπιάσει
- ✓ Στις τελευταίες δύο περιπτώσεις το εύρος της χειρουργικής επέμβασης θα καθοριστεί από το μέγεθος της βλάβης
- Στην κάτω γνάθο διενεργείται περιφερική οστεκτομή (με διατήρηση του κάτω χείλους της γνάθου για αισθητικούς και λειτουργικούς λόγους), τμηματική γναθεκτομή ή ημιγναθεκτομή σε ιδιαίτερα εκτεταμένες βλάβες
 - Στην άνω γνάθο διενεργείται τμηματική γναθεκτομή ή υφολική γναθεκτομή



ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΟΔΟΝΤΩΜΑΤΩΝ



Περίπτωση 1^η

Σύνθετο οδόντωμα

Θήλυ 13 ετών



ΠΑΝΟΡΑΜΙΚΗ



CBCT

EPIPEDO TOMHS ANAFORAS



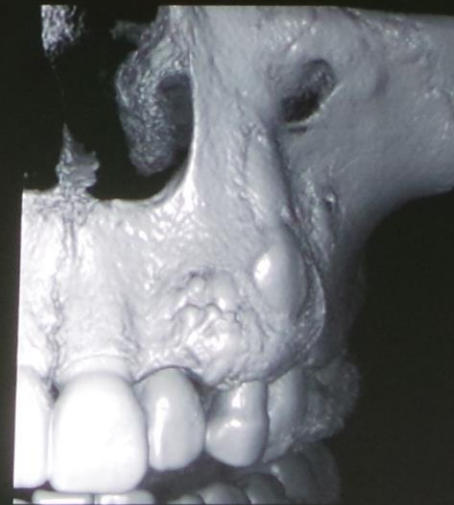
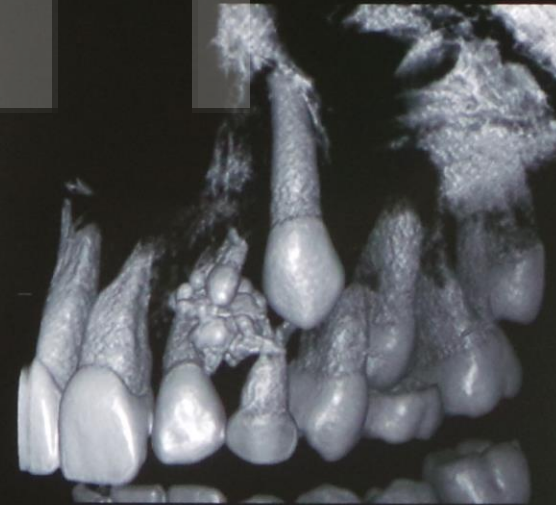
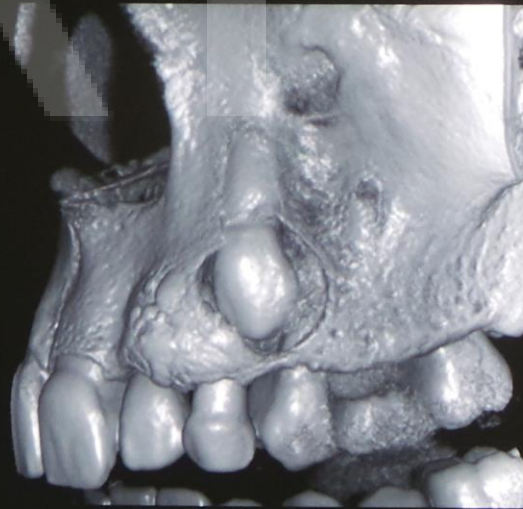
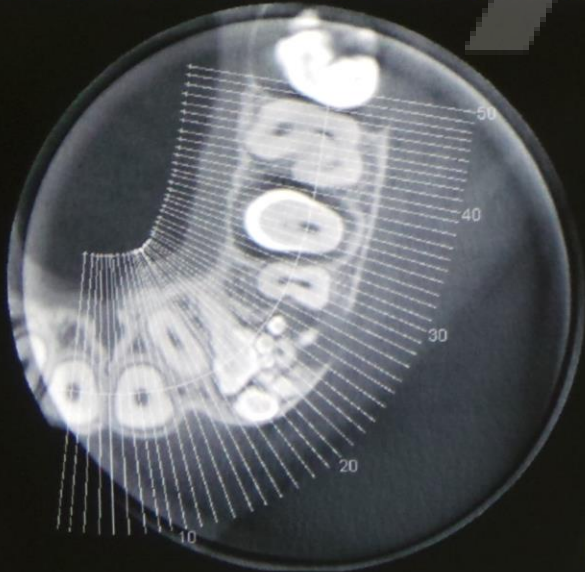
PANORAMIKES TOMES PAXOYS 10mm



PANORAMIKH TOMH PAXOYS 12mm

3D

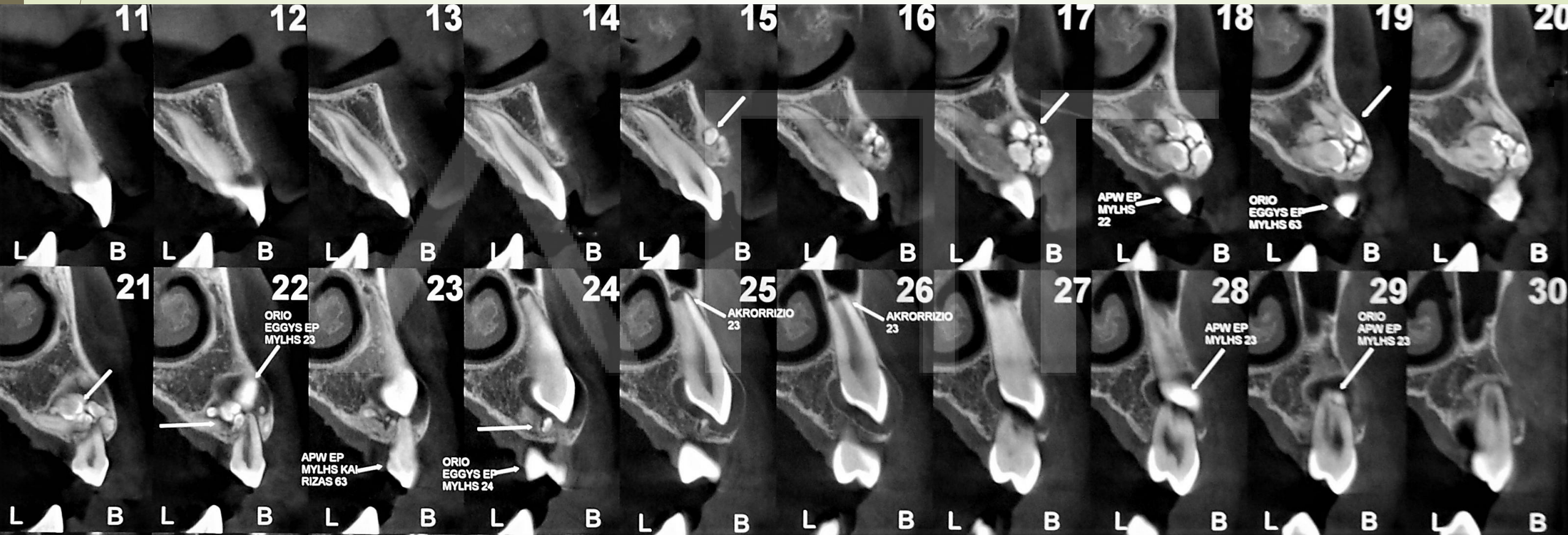
EGARSIA TOMH ANAFORAS

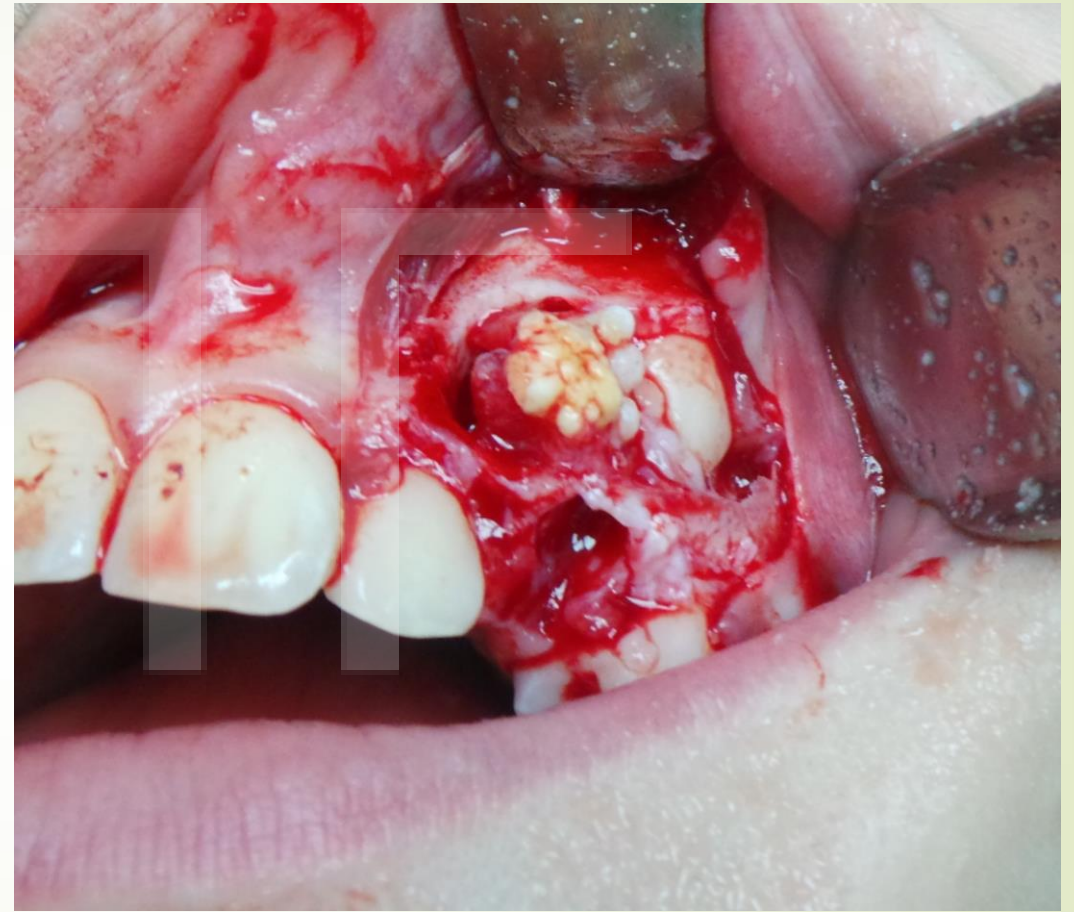


KATHETES STHN EATNIAKH AKROLOEIA TOMES (1-50)

OI KATHETES STHN FATI
APOTYPWMENES SE PRA
APOSTASH TOMWN 1mm

Κάθετες τομές στη φατνιακή ακρολοφία







Μετά την αφαίρεση



Συρραφή του τραύματος





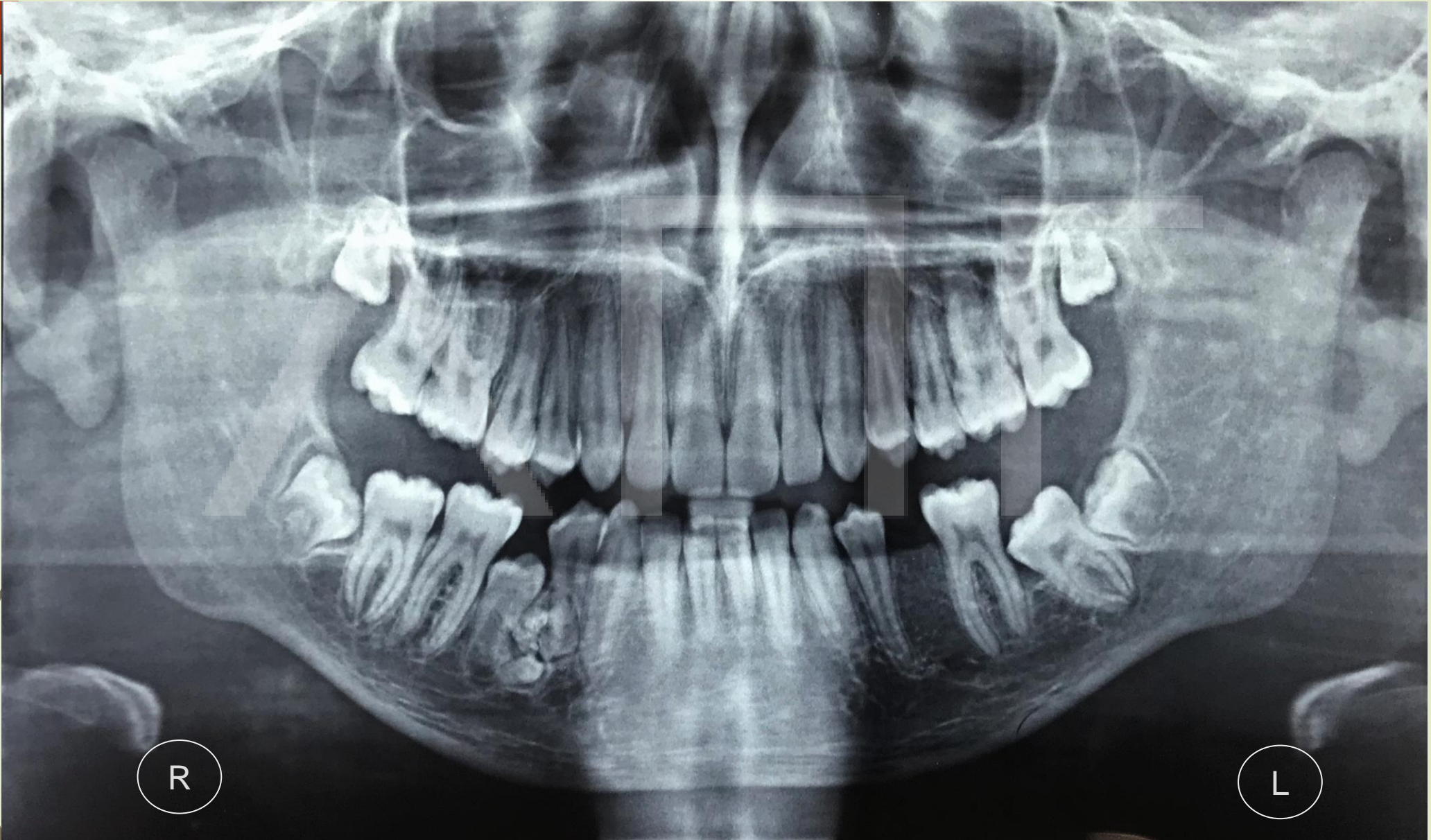
Περίπτωση 2^η

Σύμπλεκτο-μικτό οδόντωμα

Άρρεν 16 ετών

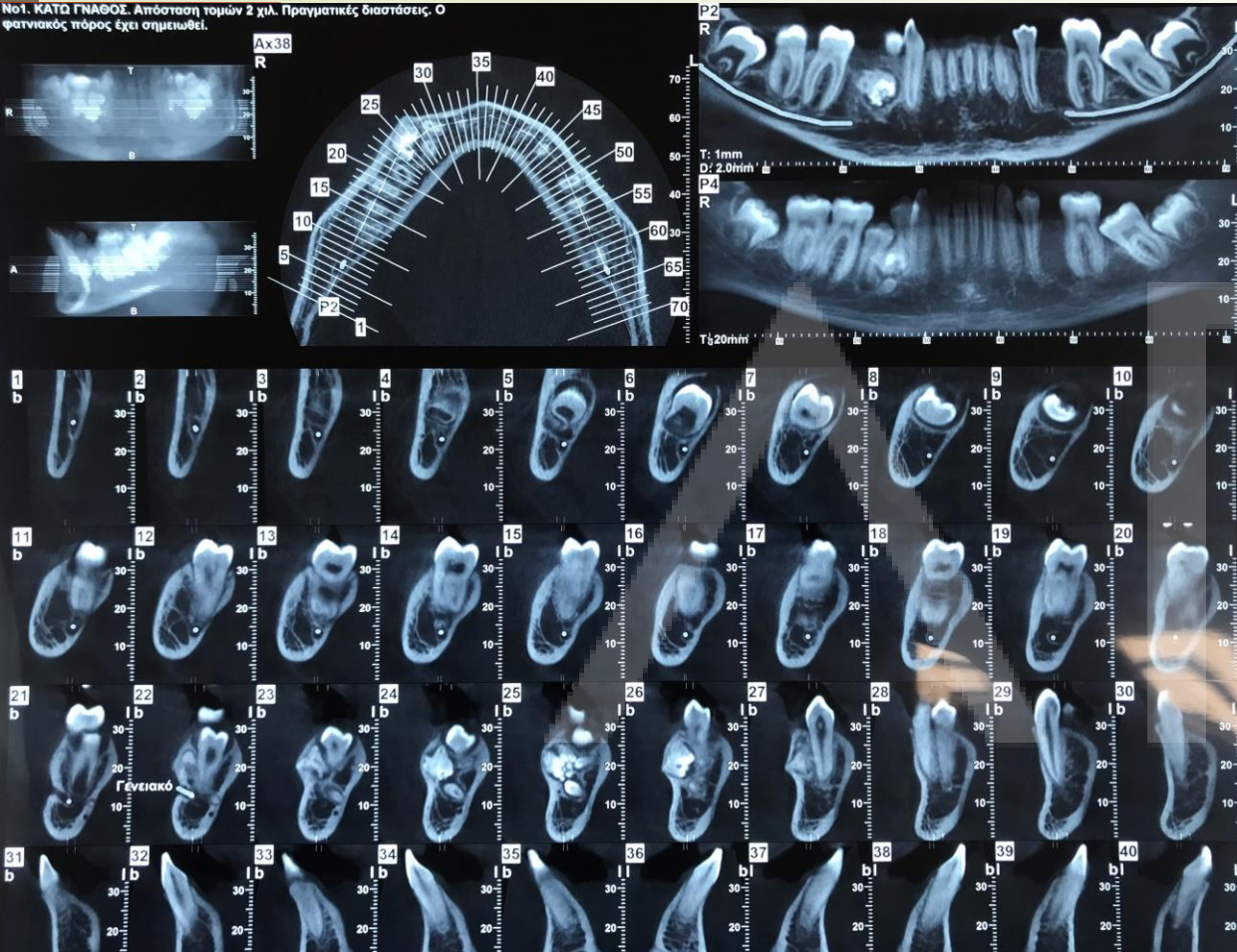


Πανοραμική



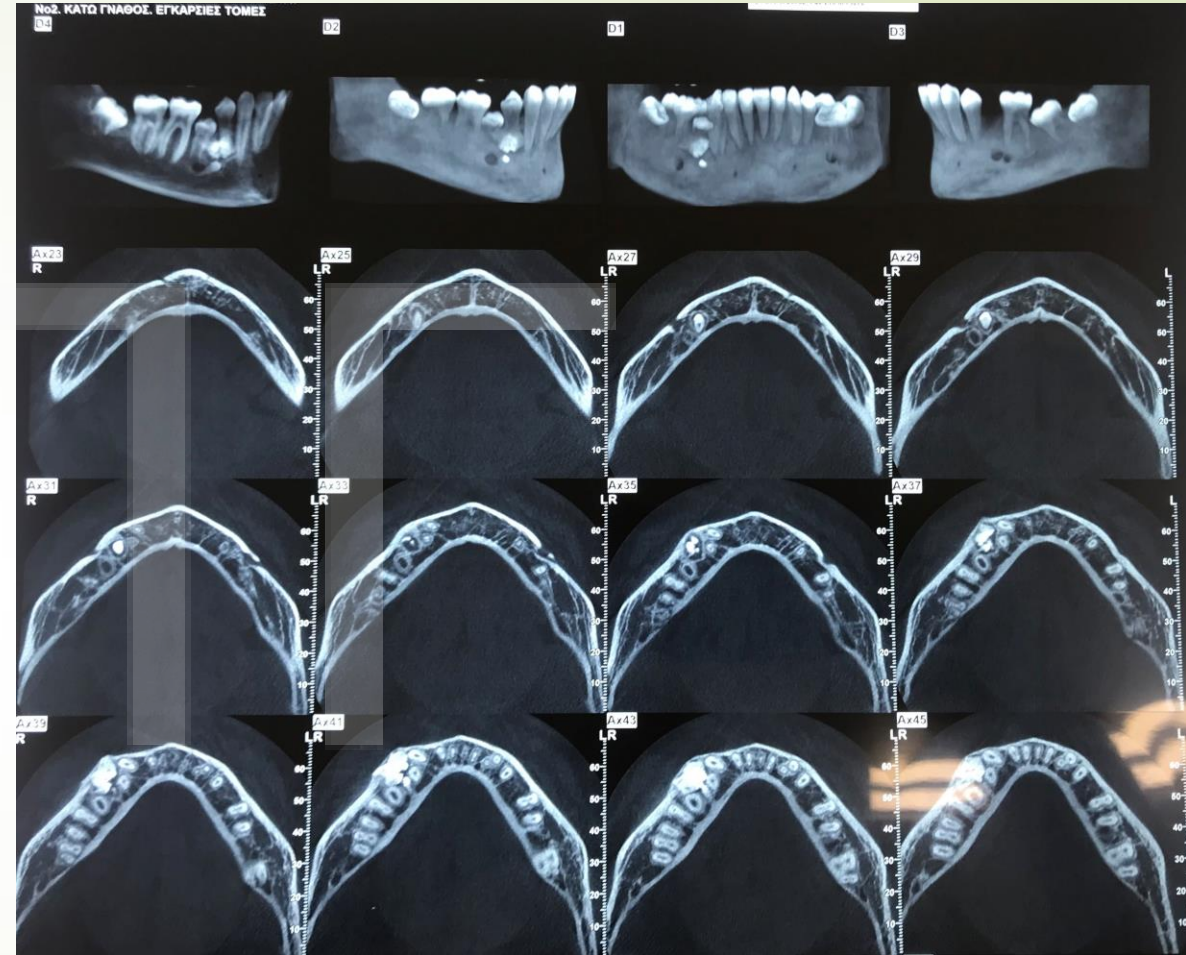
CBCT-dental scan

№1. ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΣ. Απόσταση τομών 2 χιλ. Πραγματικές διαστάσεις. Ο φατνιακός πόρος έχει σημειωθεί.



Πανοραμικές τομές
Καθετες τομές στη φατνιακή ακρολοφία

№2. ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΣ. ΕΓΚΑΡΣΙΕΣ ΤΟΜΕΣ



Εγκάρσιες τομές



Κρημνός
Αποκάλυψη οστού



Αφαίρεση οστού

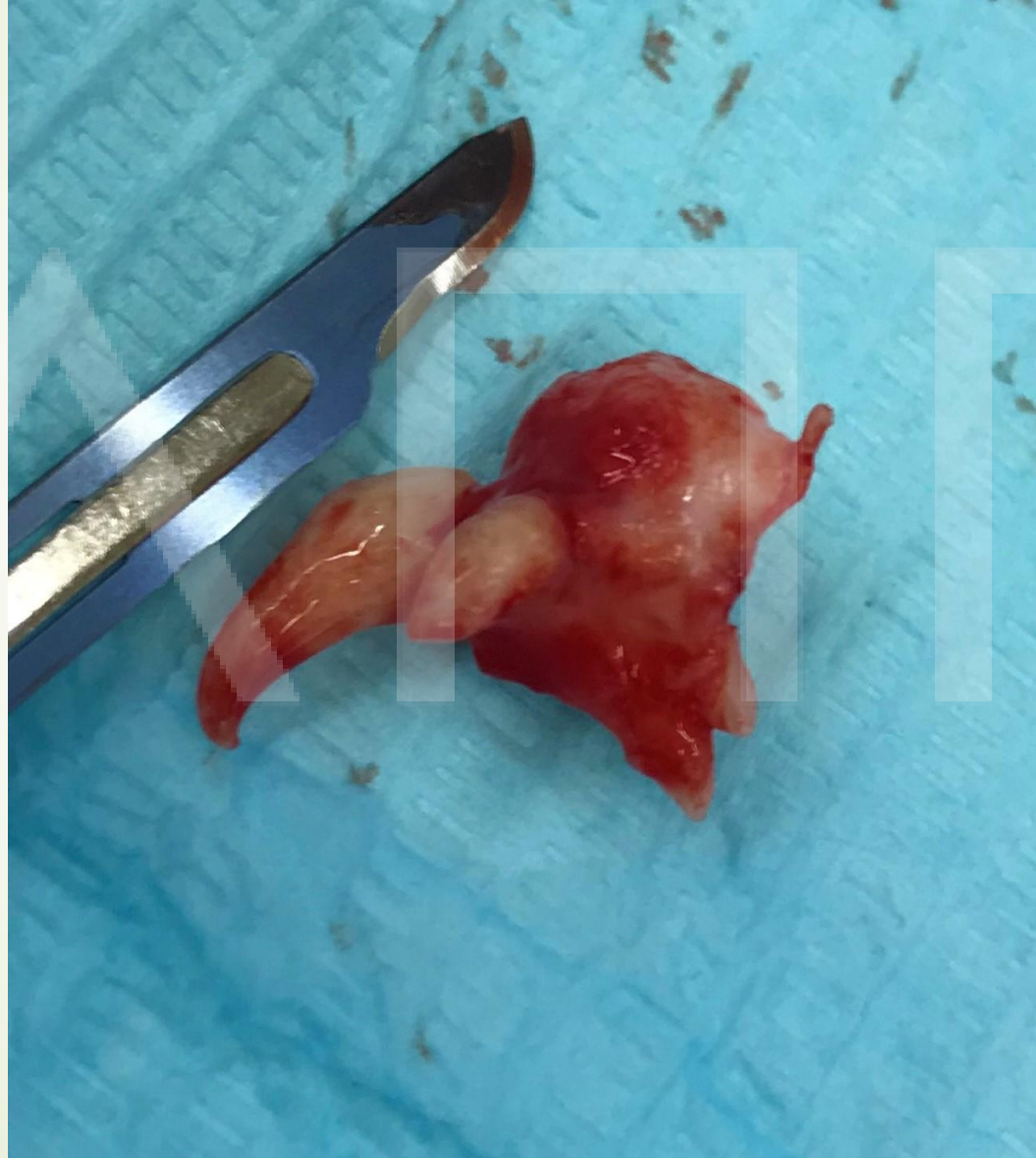


Αφαίρεση του
οδοντώματος



Συρραφή του
τραύματος

Το αφαιρεθέν μικτό οδόντωμα

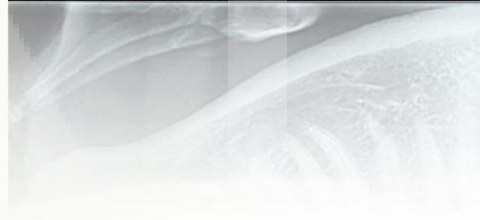




ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΑΔΑΜΑΝΤΙΝΟΒΛΑΣΤΩΜΑΤΩΝ

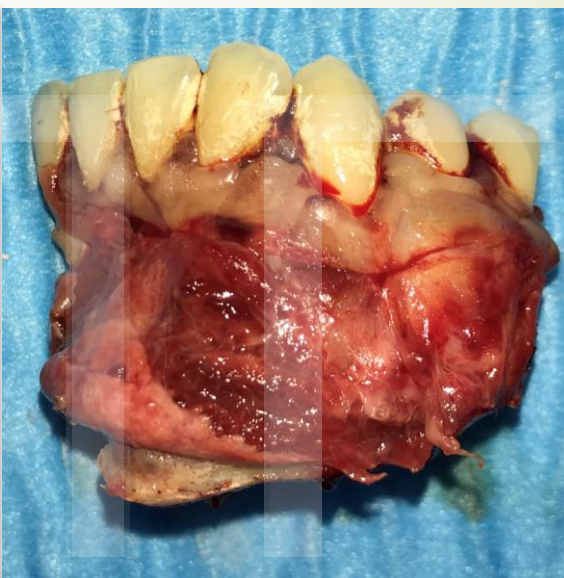
1^η Περίπτωση

- ✓ Άνδρας 28 ετών
- ✓ Κάτω γνάθος: Πρόσθια περιοχή AP
- ✓ Αδαμαντινοβλάστωμα συμπτωγούς τύπου
- ✓ Μέγιστη διάμετρος 4cm
- ✓ Έχει προηγηθεί μαρσιποποίηση και εκφυρήνιση βλάβης στην ίδια περιοχή προ 14 ετών με την ιστολογική διάγνωση της οδοντοφόρου κύστης



1^η Περίπτωση: Χειρουργική αντιμετώπιση

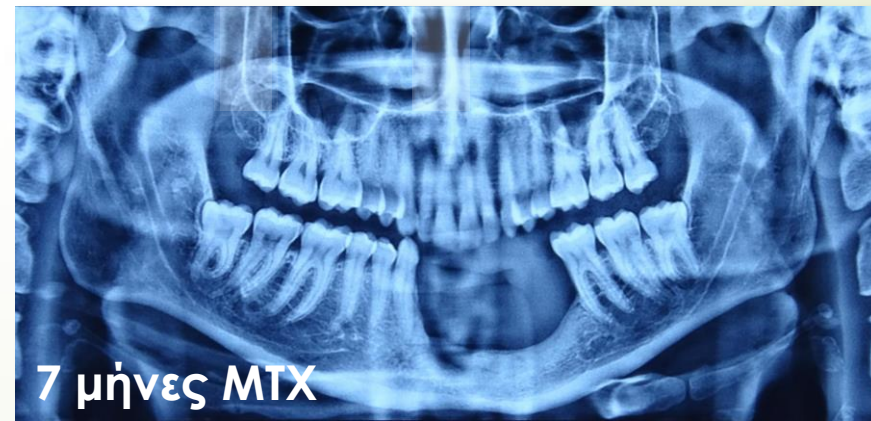
Περιφερική οστεκτομή κάτω γνάθου AP



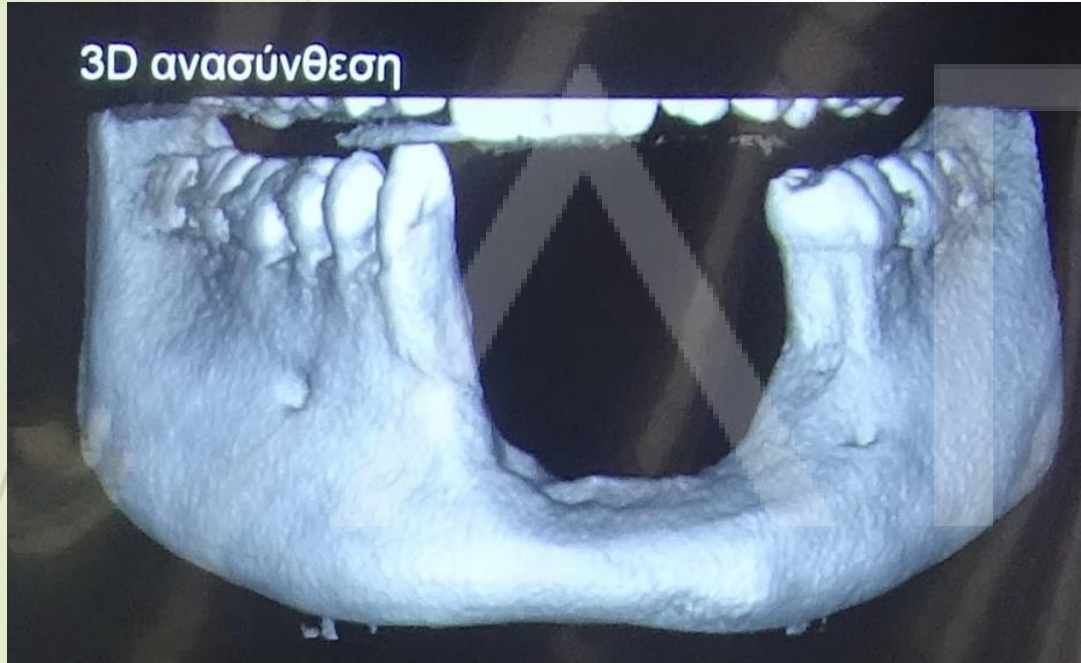
1^η Περίπτωση: MTX αποκατάσταση και πορεία οστικής αναδιαμόρφωσης του κάτω χείλους της κ. γνάθου



άμεσα MTX



1^η Περίπτωση: Οστική αναδιαμόρφωση του κάτω χείλους της κ. γνάθου



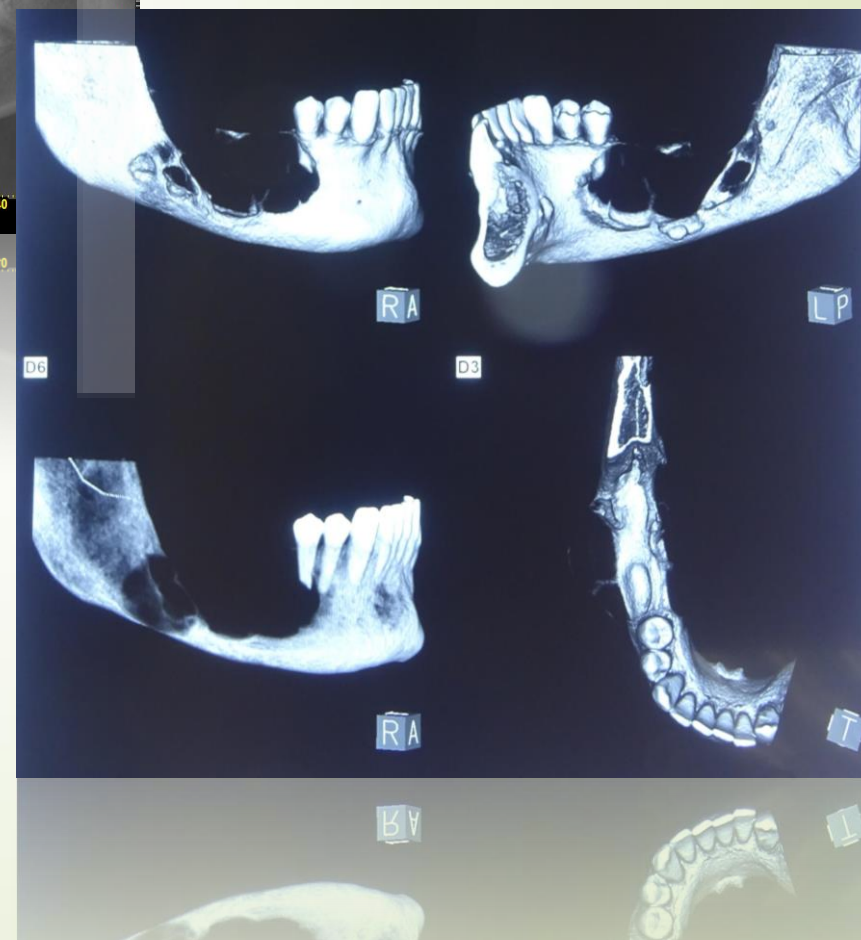
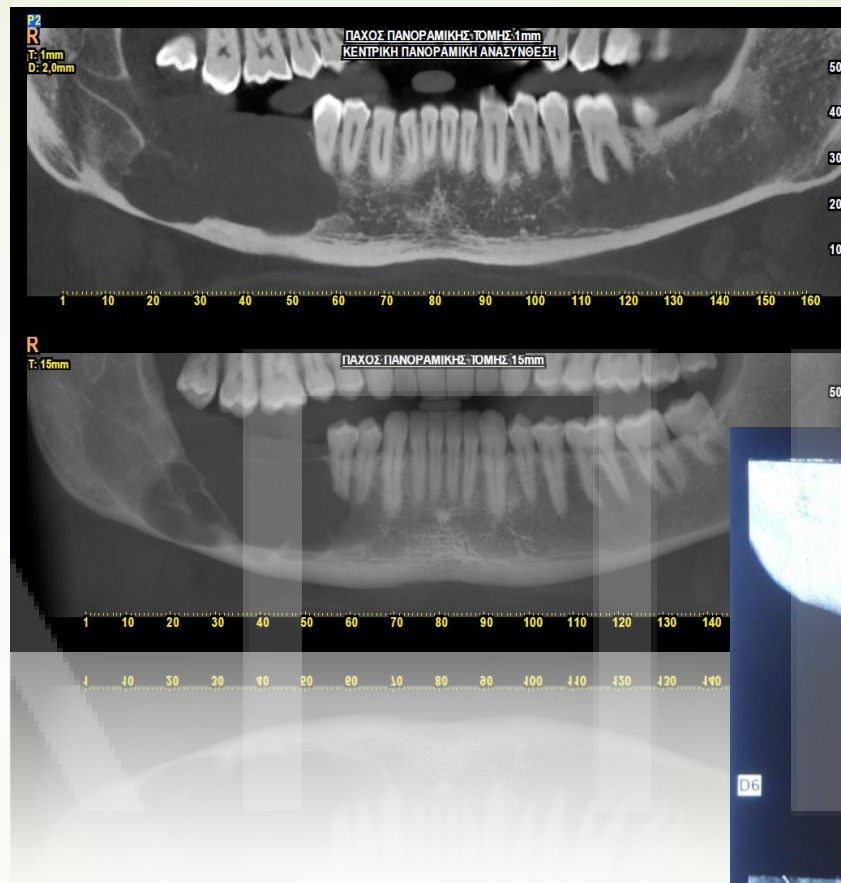
1,5 έτος MTX



2,5 έτη MTX

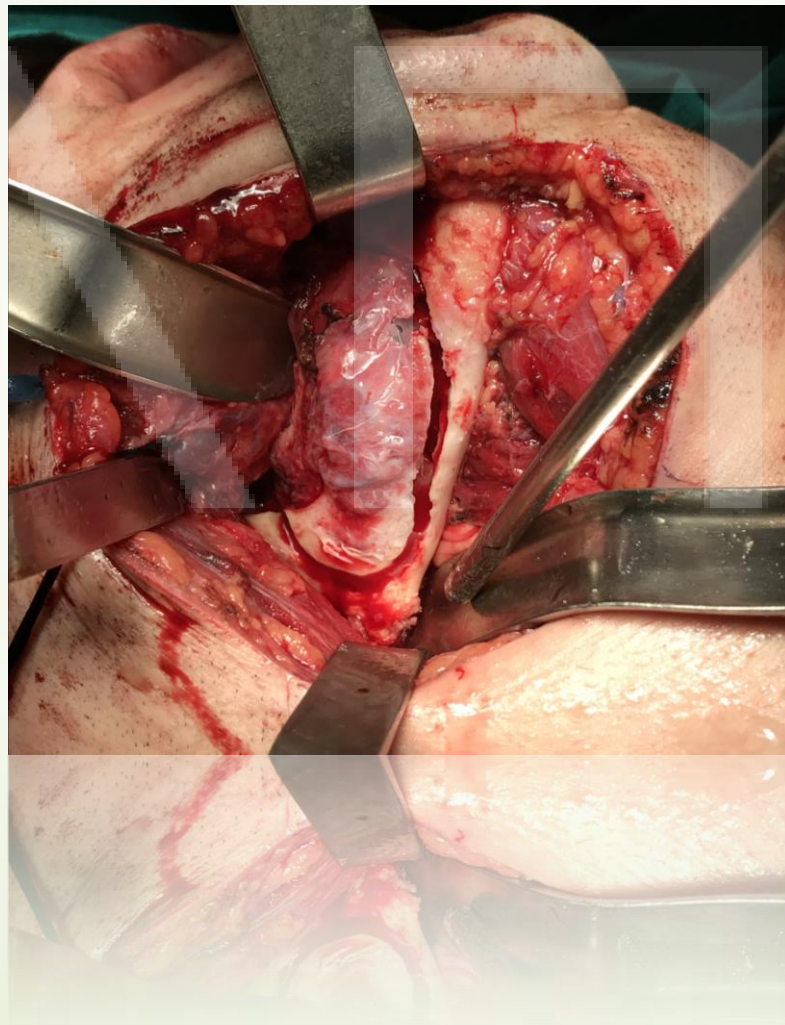
2^η Περίπτωση

- ✓ Άνδρας 36 ετών
- ✓ Κάτω γνάθος Δ5
- ✓ Θυλακιάδες
αδαμαντινοβλάστημα
- ✓ Μέγιστη διάμετρος
όγκου 4,5 cm



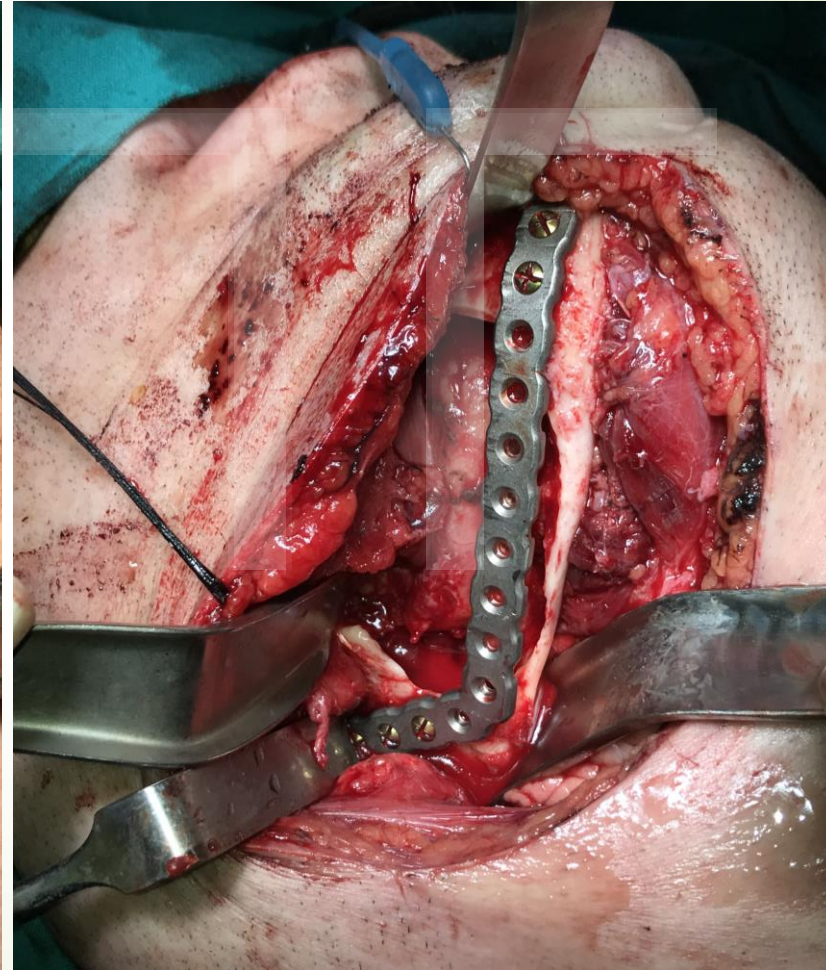
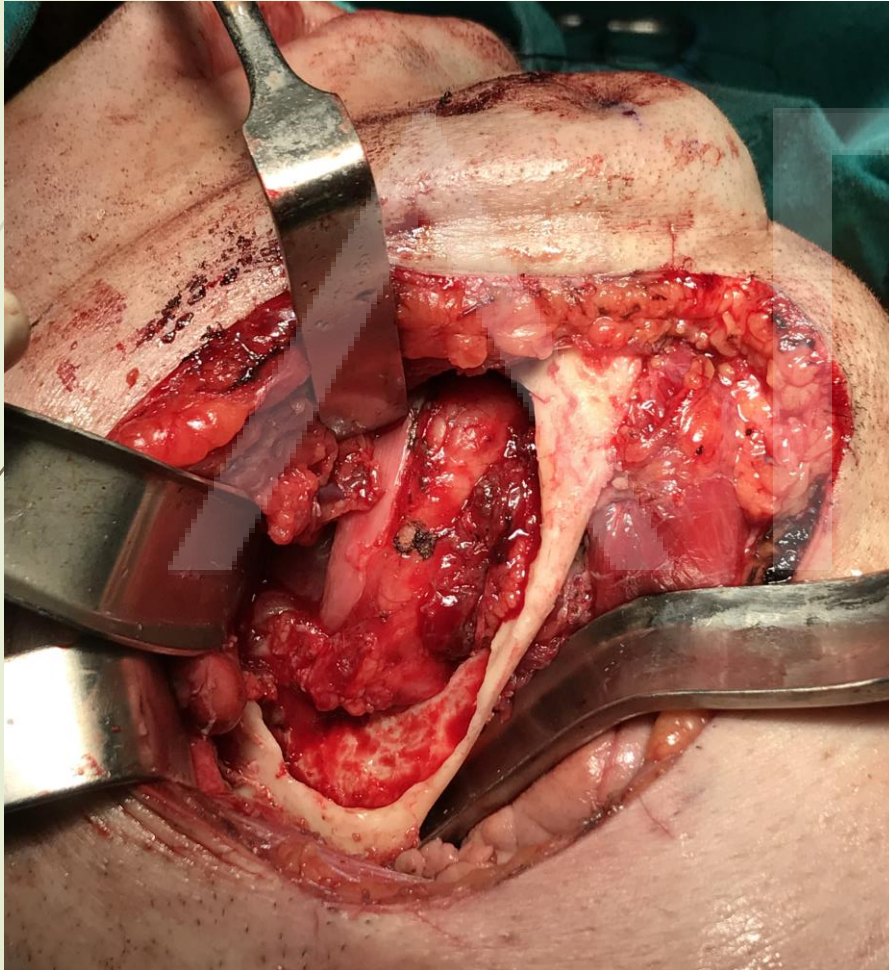
2^η Περίπτωση: Χειρουργική αντιμετώπιση

Περιφερική οστεκτομή κάτω γνάθου ΔΕ

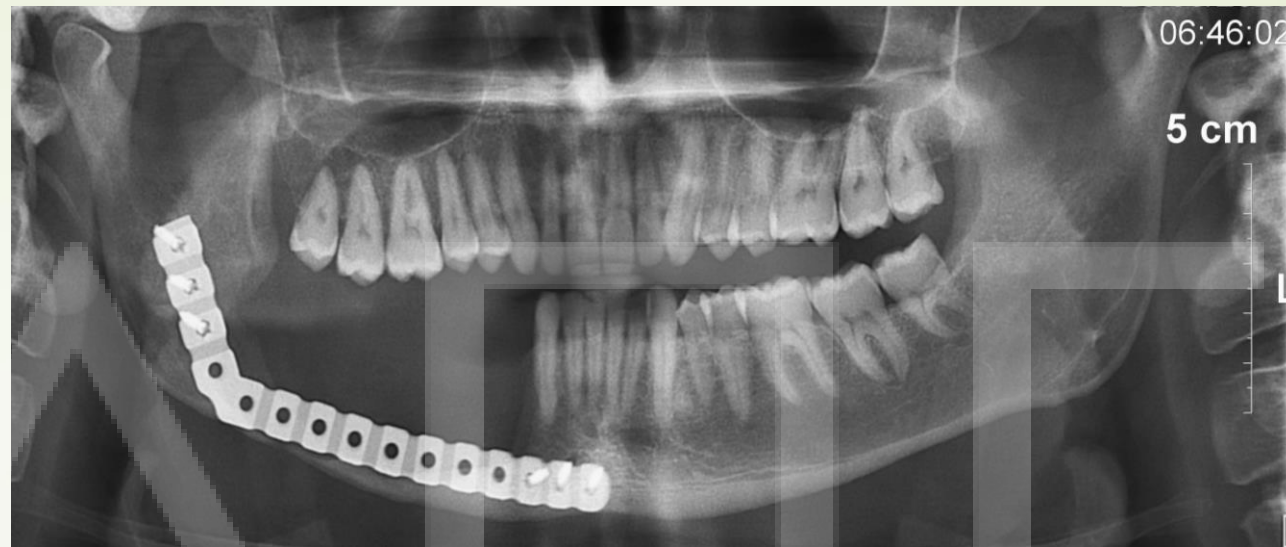


2^η Περίπτωση: Χειρουργική αντιμετώπιση

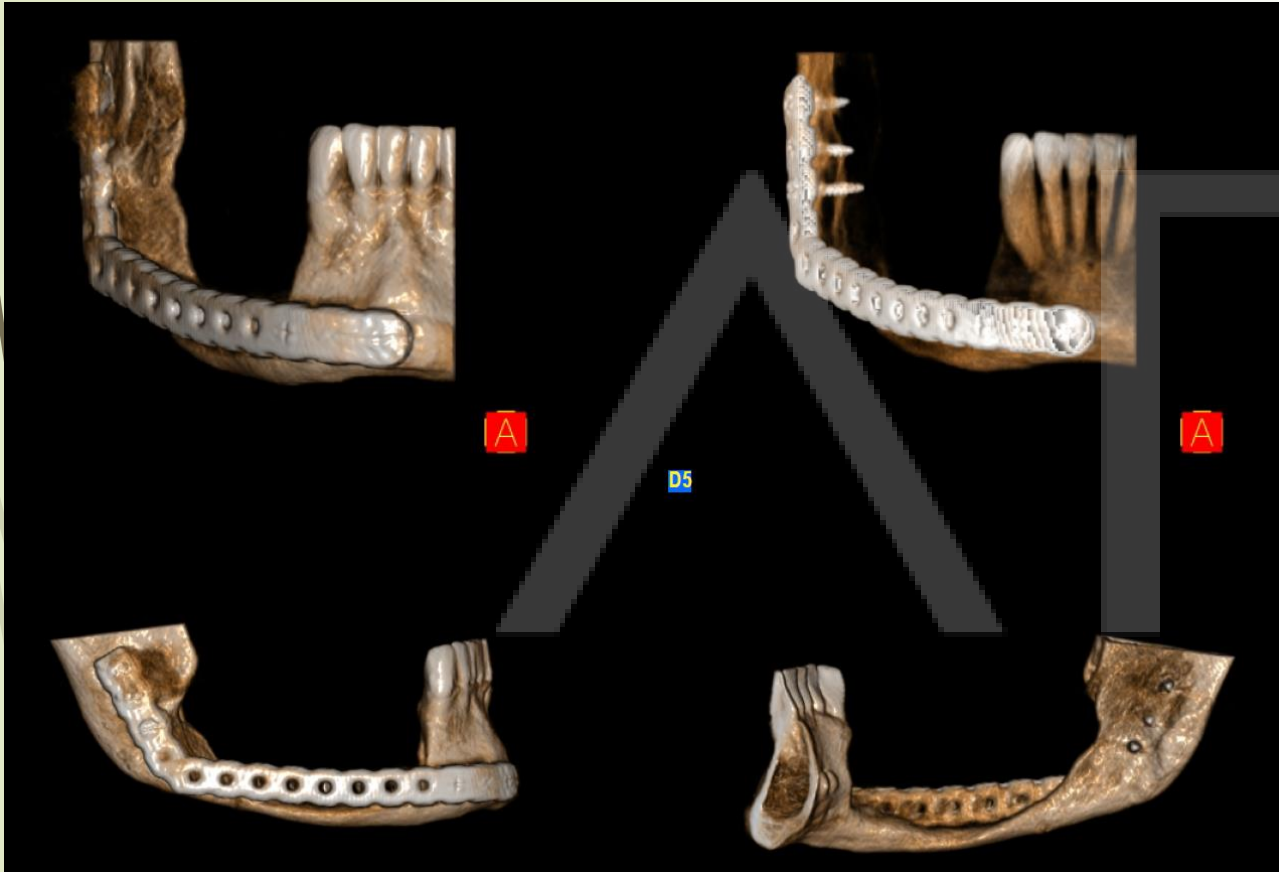
Αποκατάσταση με πλάκα εσωτερικής οστεοσύνθεσης τύπου Reconstruction



2^η Περίπτωση: 3 εβδομάδες μετά το χειρουργείο

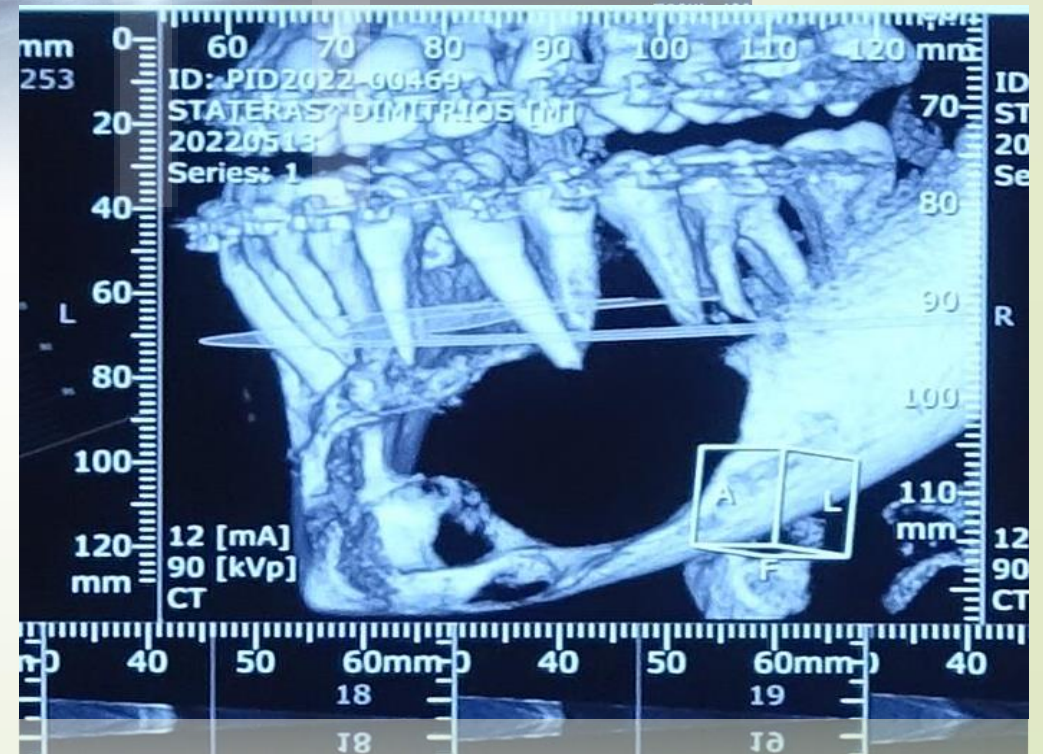


2^η Περίπτωση: 1,5 έτος μετά το χειρουργείο



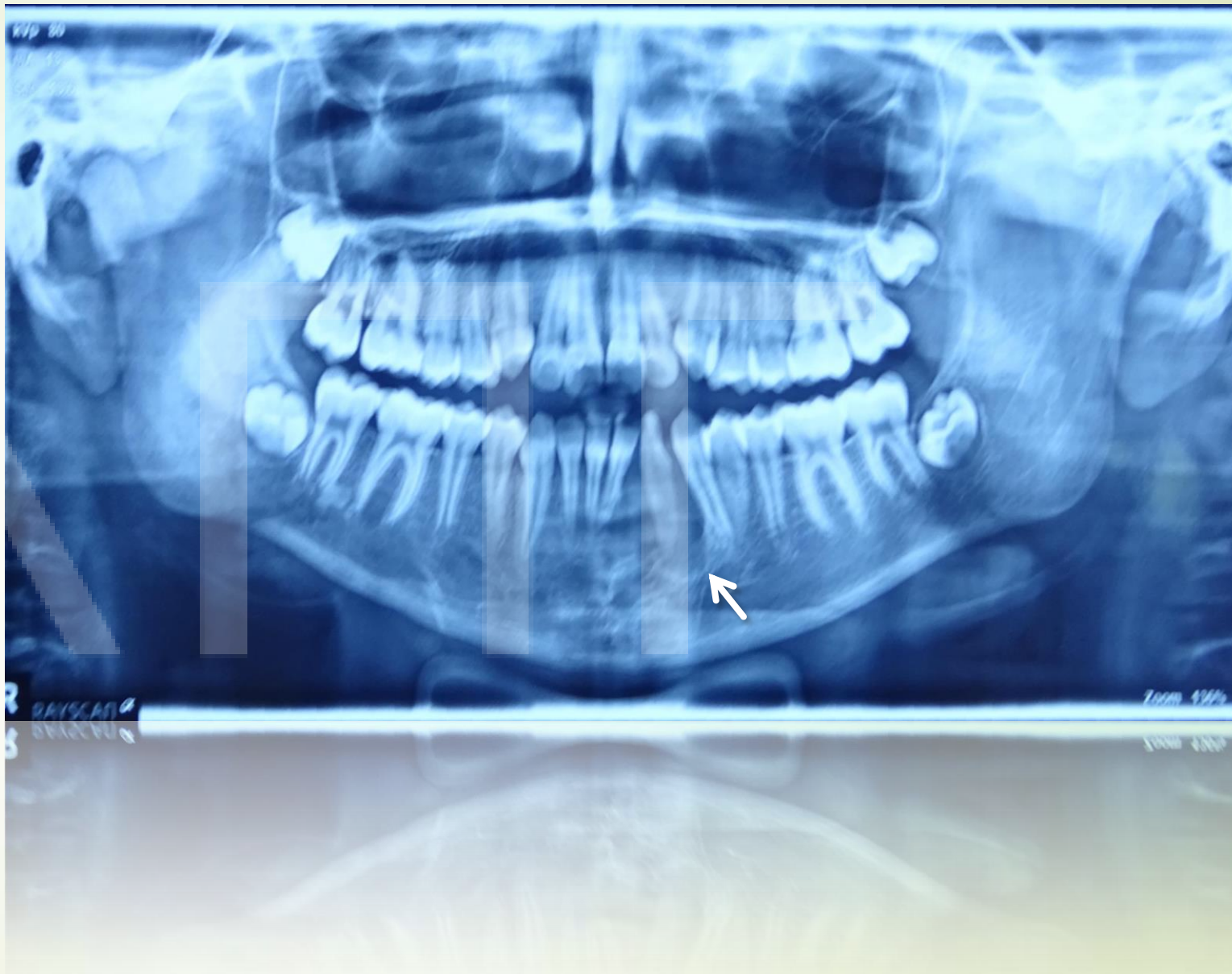
3^η Περίπτωση

- ✓ Άρρεν 15 ετών
- ✓ Κάτω γνάθος
Πρόσθια περιοχή AP
- ✓ Πολυκυστικό
αδαμαντινοβλάστωμα
δικτυωτού τύπου
- ✓ Μέγιστη διάμετρος
όγκου 6,0cm



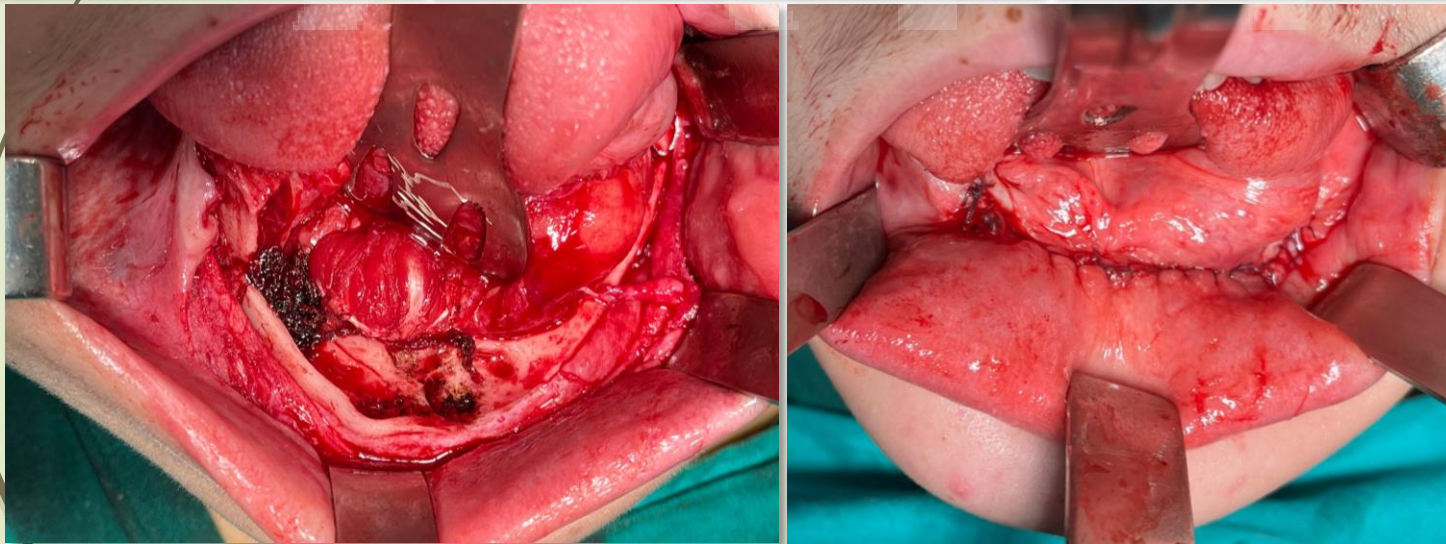
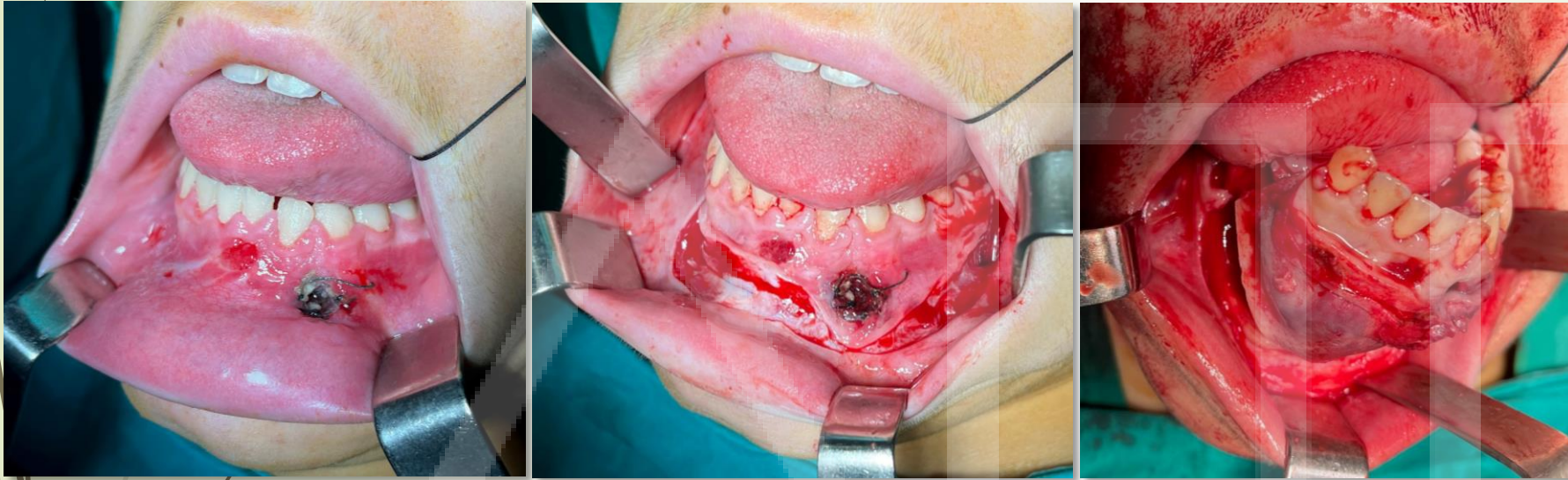
3^η Περίπτωση

- ✓ Η βλάβη προϋπήρχε για τουλάχιστον δύο έτη
- ✓ Δεν είχε αξιολογηθεί από τον Ορθοδοντικό του ασθενούς πριν από την έναρξη της ορθοδοντικής θεραπείας



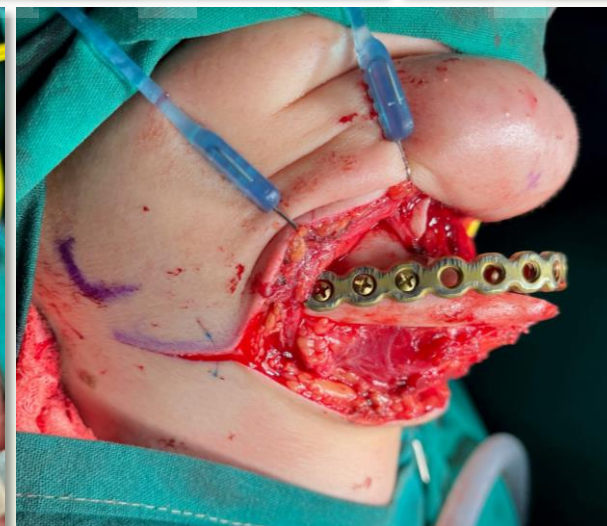
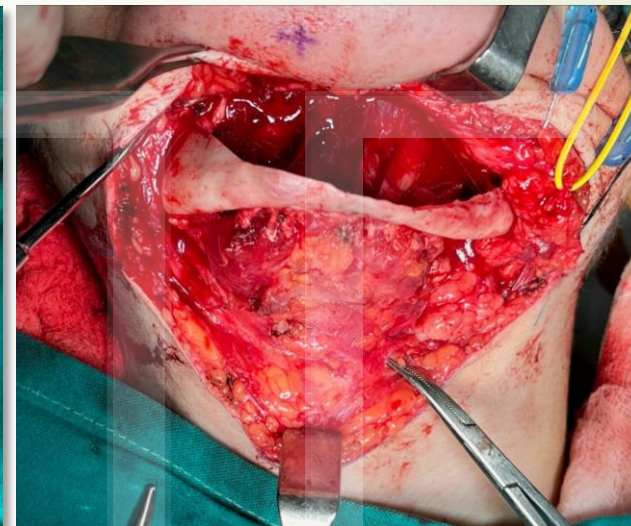
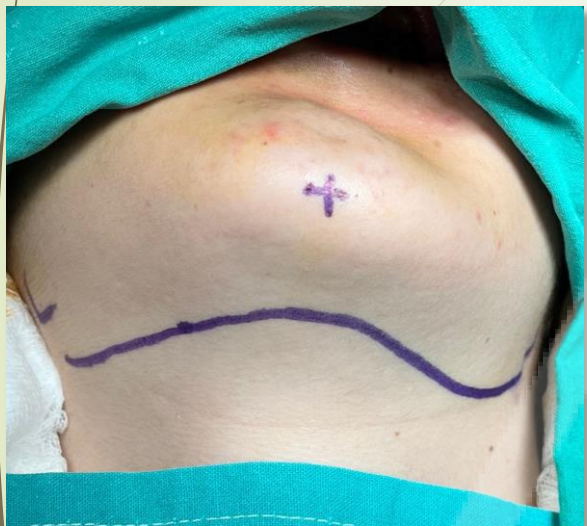
3^η Περίπτωση: Χειρουργική αντιμετώπιση

α. Περιφερική οστεκτομή κάτω γνάθου (#44 - #37) – Ενδοστοματική προσπέλαση

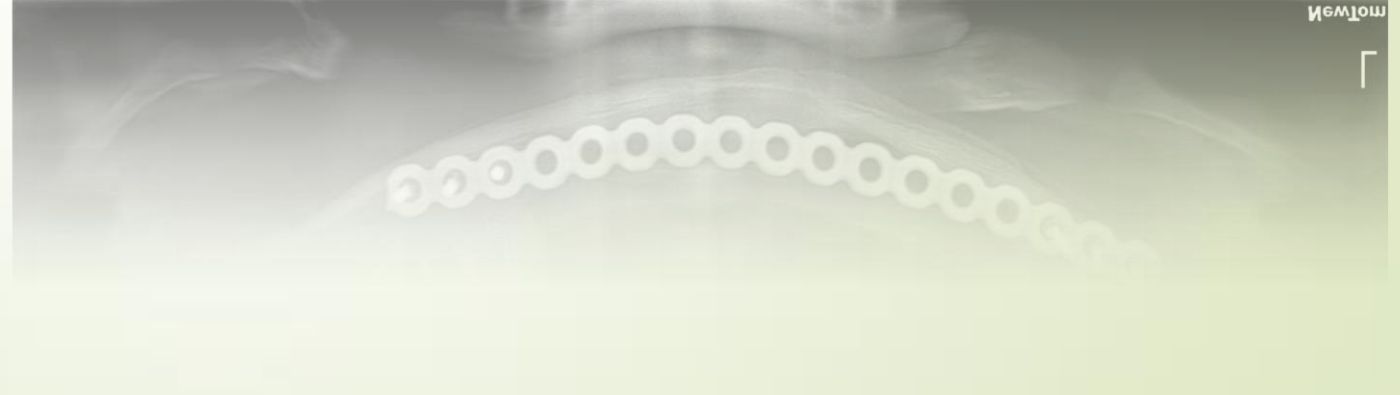
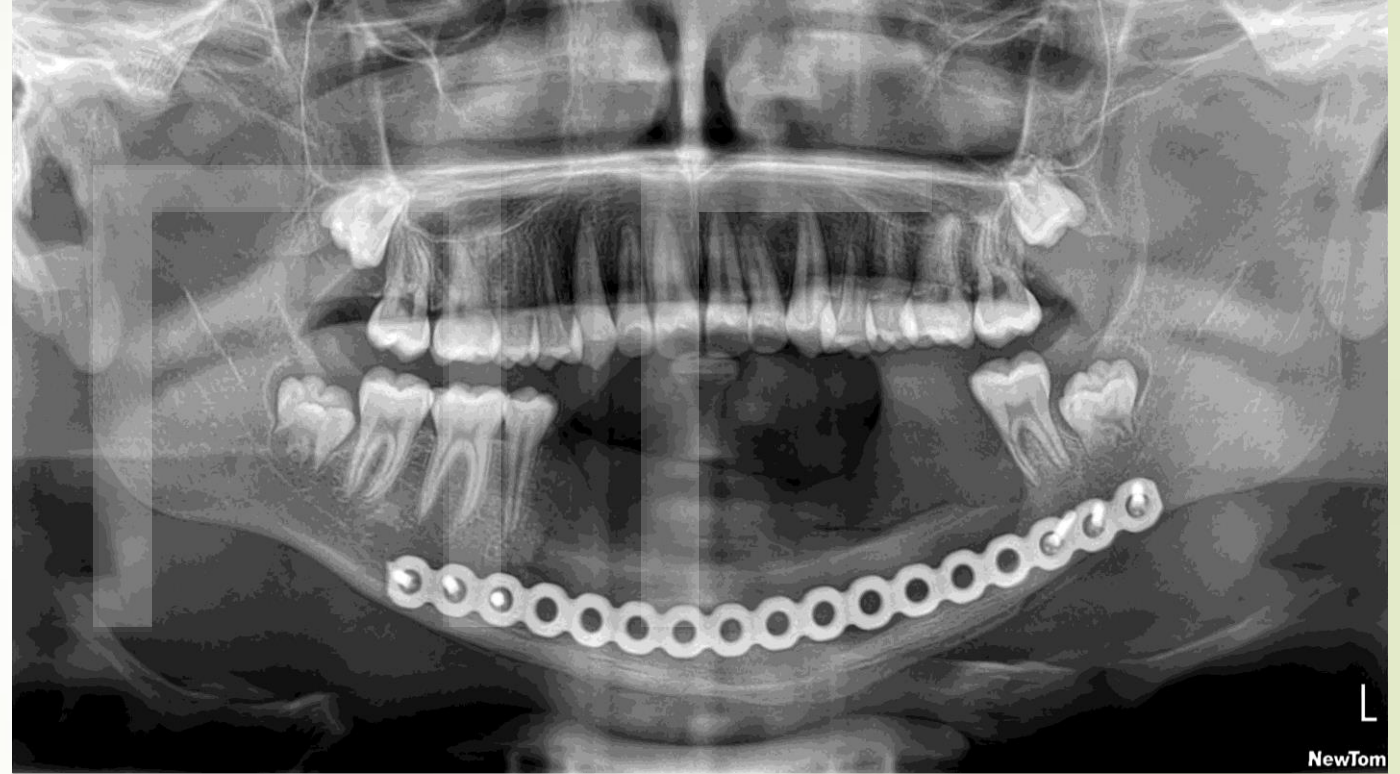


3^η Περίπτωση: Χειρουργική αντιμετώπιση

β. Αποκατάσταση με πλάκα εσωτερικής οστεοσύνθεσης τύπου Reconstruction – Εξωστοματική προσπέλαση

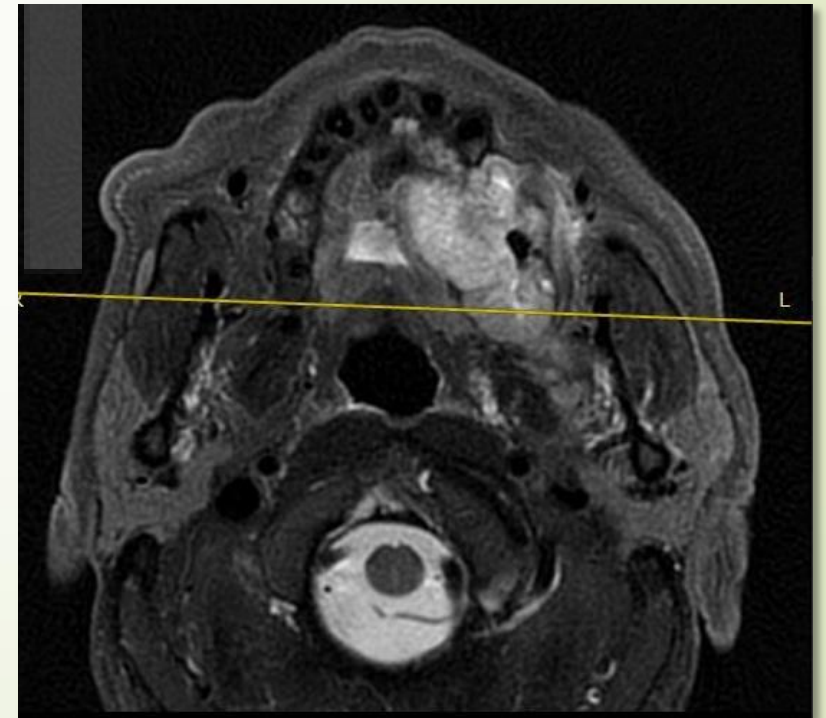
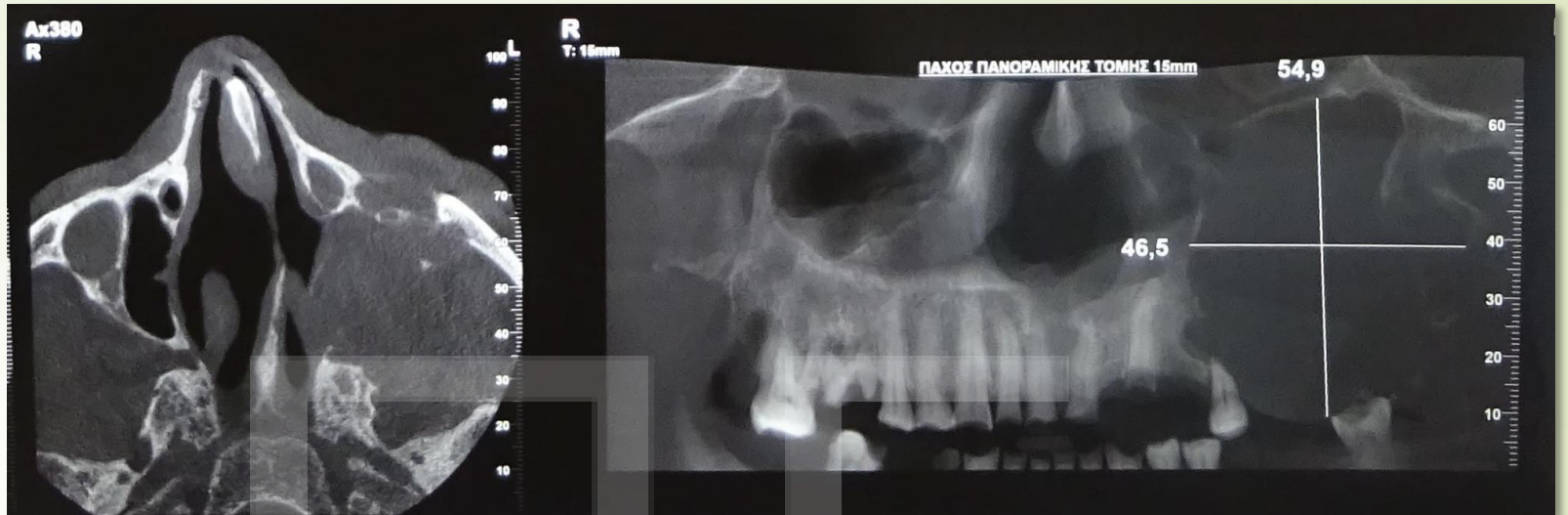


3^η Περίπτωση: 2,5 μήνες μετά το χειρουργείο



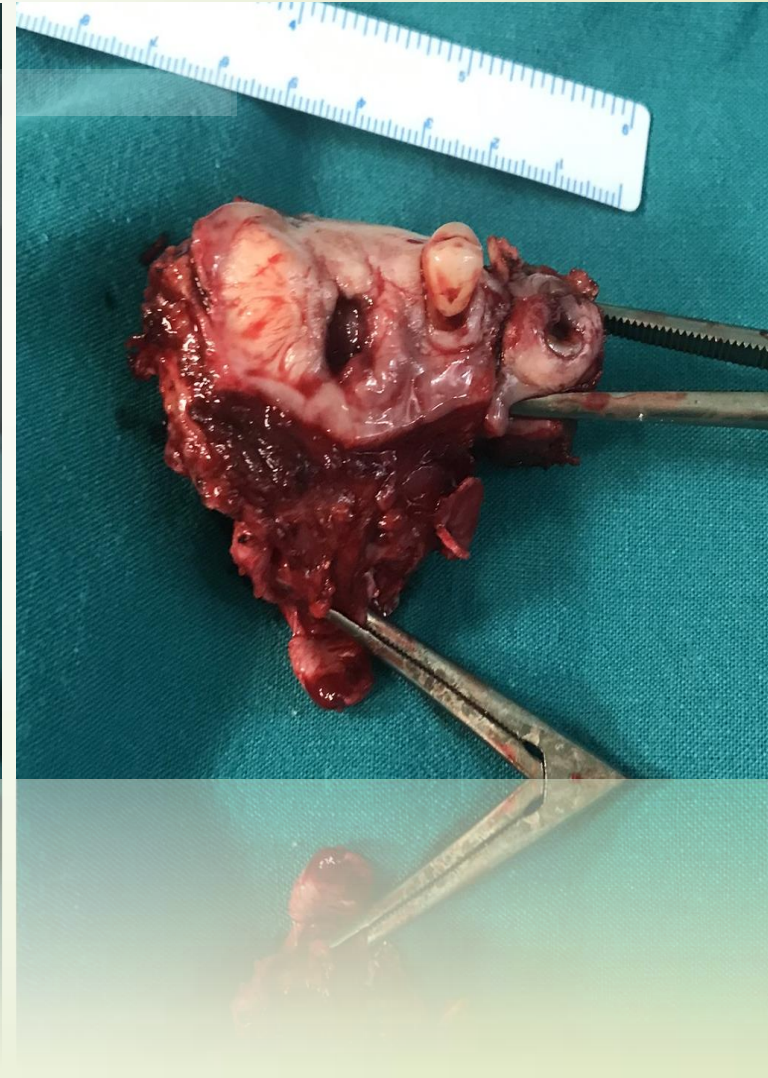
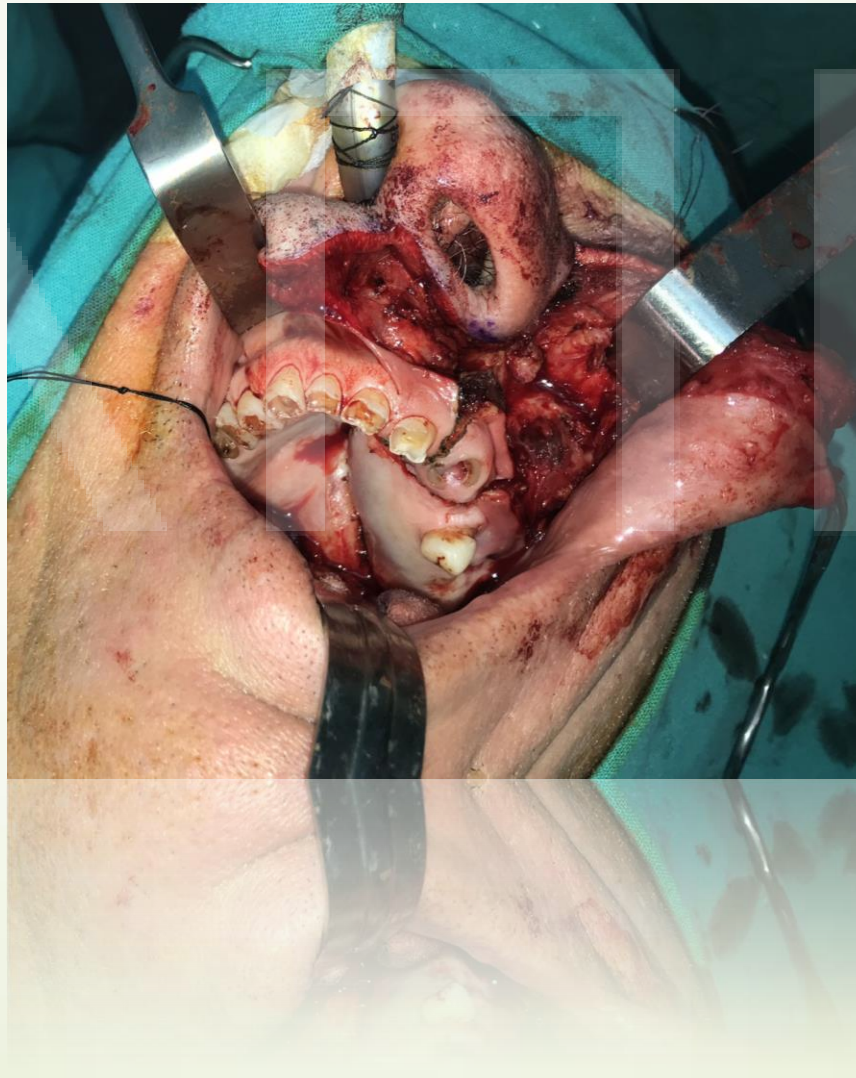
4^η Περίπτωση

- ✓ Άνδρας 73 ετών
- ✓ Άνω γνάθος: Οπίσθια περιοχή AP
- ✓ Θυλακιάδες αδαμαντινοβλάστομα
- ✓ Μέγιστη διάμετρος όγκου 5,5 cm



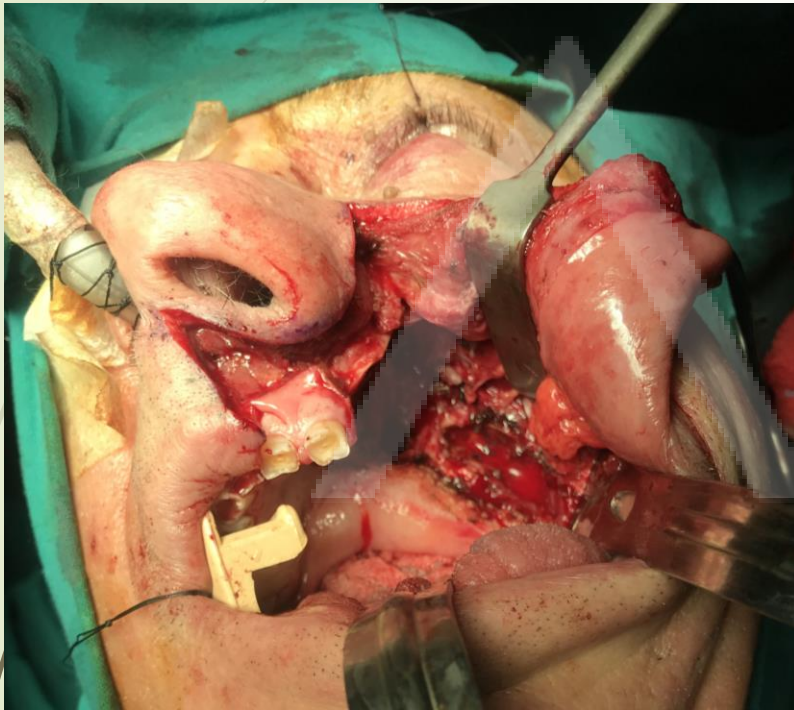
4^η Περίπτωση: Χειρουργική αντιμετώπιση

Τμηματική γναθεκτομή άνω γνάθου AP



4^η Περίπτωση: Χειρουργική αντιμετώπιση

Τμηματική γναθεκτομή άνω γνάθου AP



4^η Περίπτωση: MTX πορεία



1,5 μήνα MTX

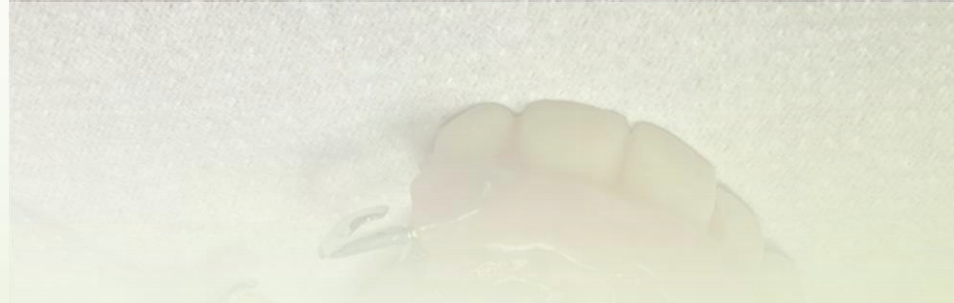
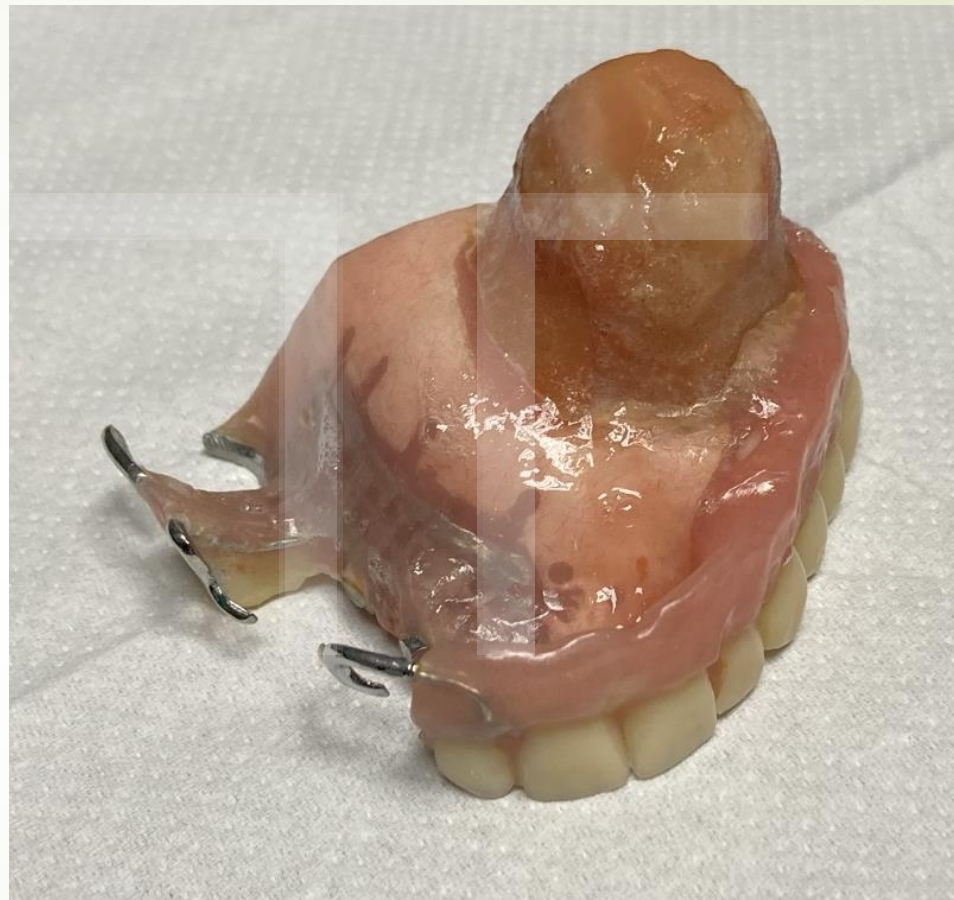


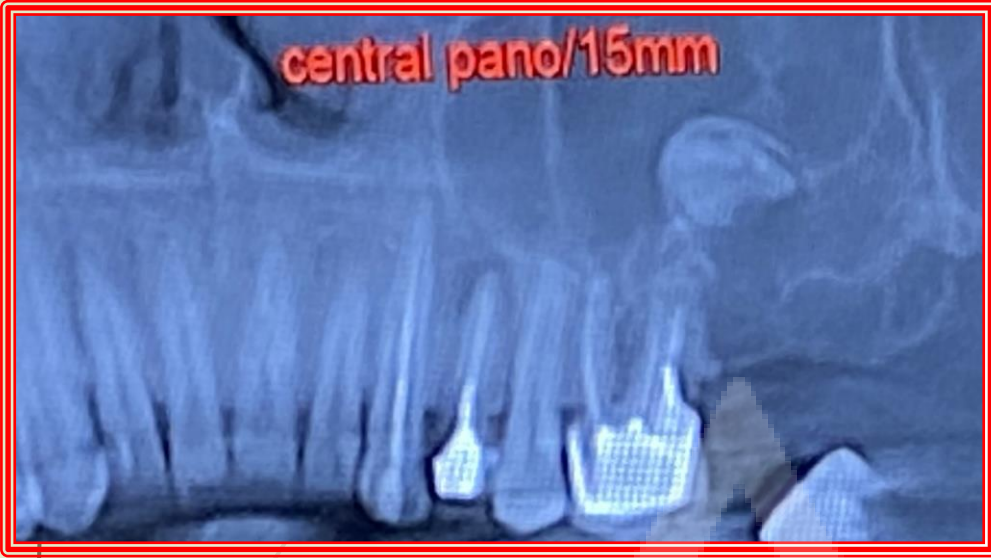
3 μήνες MTX



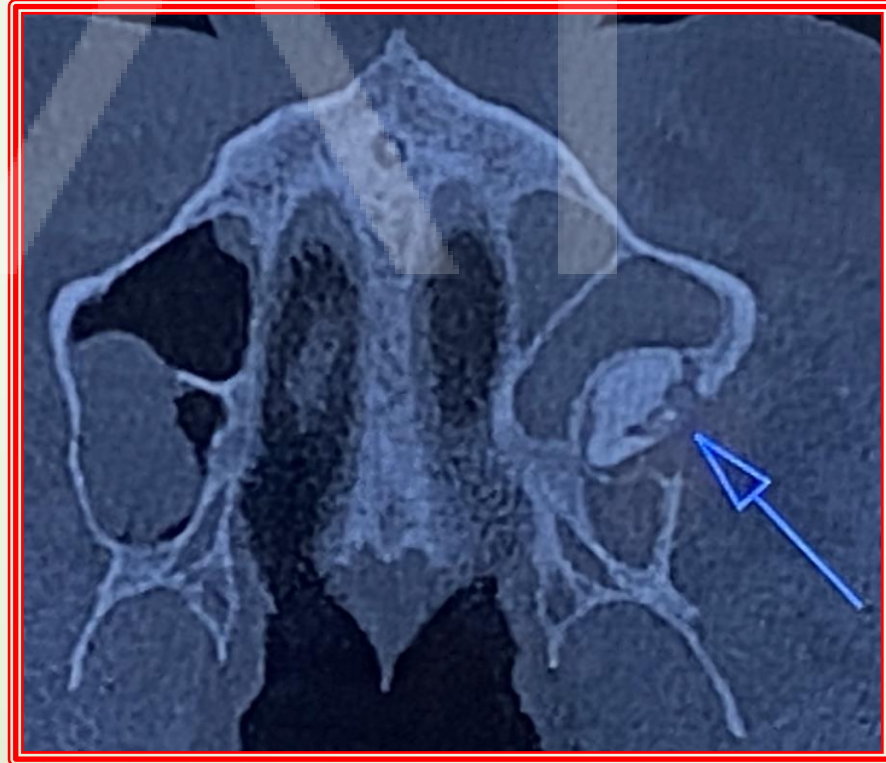
9 μήνες MTX

4^η Περίπτωση: Αποκατάσταση με obturator





Primary intraosseous squamous cell carcinoma



ΟΓΚΟΙ ΓΝΑΘΟΥ: Χειρουργική αντιμετώπιση & Απεικονιστική Διερεύνηση

Γ. ΟΓΚΟΙ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ

- Γ1. Οδοντογενείς όγκοι
- Γ2. Μη οδοντογενείς όγκοι

• Γ3. Μη οδοντογενείς όγκοι

• Γ4. Μη οδοντογενείς όγκοι

Γ. ΟΓΚΟΙ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ

Γ2. Μη οδοντογενείς όγκοι

ΜΗ ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ	
Δυσπλασίες	<ul style="list-style-type: none">• Εξοστώσεις
Αντιδραστικές εξεργασίες	<ul style="list-style-type: none">• Κεντρικό γιγαντοκυτταρικό κοκκίωμα
Νεοπλάσματα	Καλοήθη <ul style="list-style-type: none">• Οστέωμα• Οστεοποιό ίνωμα• Χόνδρωμα• Οστεοειδές οστέωμα• Οστεοβλάστωμα Κακοήθη <ul style="list-style-type: none">• Οστεοσάρκωμα• Σάρκωμα Ewing• Χονδροσάρκωμα
Καλοήθεις ινο – οστικές βλάβες	<ul style="list-style-type: none">• Ινώδης δυσπλασία• Νόσος Paget

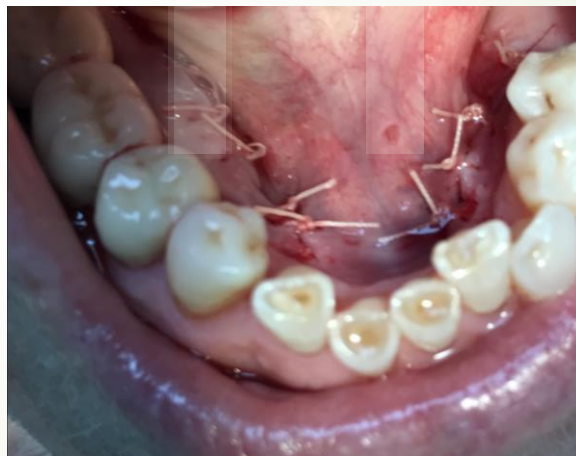
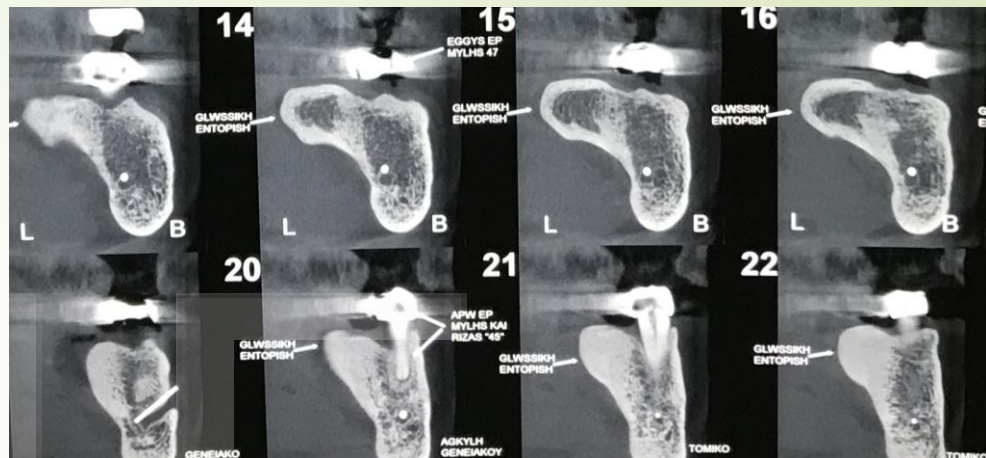
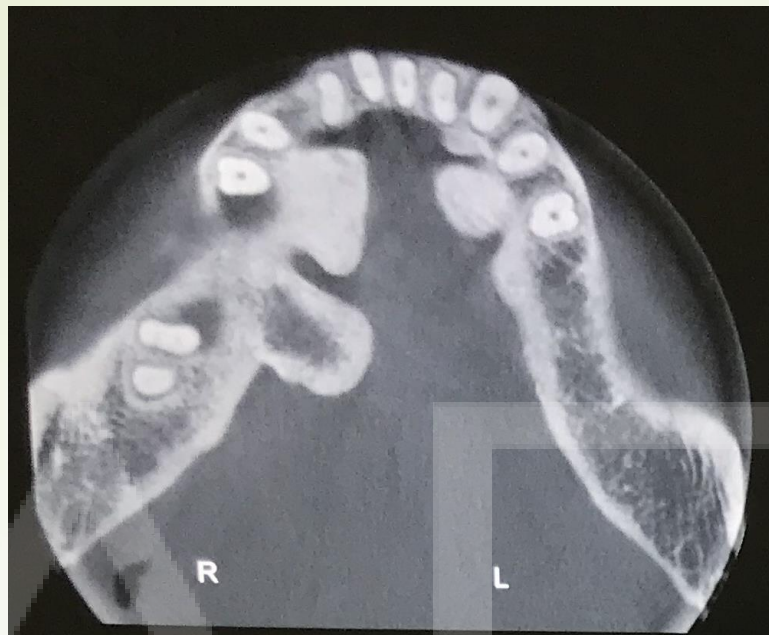
Σημ: Οι βλάβες με κόκκινο χρώμα αναλύονται στη συνέχεια

Γ. ΟΓΚΟΙ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ

Γ2. Μη οδοντογενείς όγκοι

Εξοστώσεις (Exostoses)

- ✓ Προπέτειες των οστών των γνάθων σκληρής σύστασης
- ✓ Εντοπίζονται κυρίως:
 - Στη μεσότητα της σκληρής υπερώας (torus palatinus)
 - Στη γλωσσική επιφάνεια της κάτω γνάθου (torus mandibularis)
 - Στην περιοχή των κυνοδόντων και προγομφίων
 - Στην προστομιακή επιφάνεια άνω και κάτω γνάθου
- ✓ Εμφανίζονται σε ποσοστό **15% - 27%** αρχικά στην εφηβεία και μεγαθύνονται αργά
- ✓ **Θεραπεία: Χειρουργική αφαίρεση** εφόσον υπάρχουν λειτουργικά ή αισθητικά προβλήματα



Γ. ΟΓΚΟΙ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ

Γ2. Μη οδοντογενείς όγκοι

Κεντρικό γιγαντοκυτταρικό κοκκίωμα (Central giant cell granuloma)

- ✓ Εντοπισμένος καλοήθης όγκος των γνάθων αντιδραστικής αρχής
- ✓ Αντιστοιχεί στο **10%** των όγκων των γνάθων
- ✓ Συχνότερα σε **γυναίκες < 30 ετών**
- ✓ **Κλινική εικόνα:**
 - **Ασυμπτωματική** αργά αυξανόμενη διόγκωση, ιδίως στην πρόσθια περιοχή της κάτω γνάθου
 - Μπορεί να συνοδεύεται από **μετακίνηση οδόντων**
 - Συνδέεται με το **σύνδρομο Noonan** και τη **νευροϊνωμάτωση τύπου I**
- ✓ **Ακτινογραφική εικόνα:** Μονόχωρη ή πολύχωρη ακτινοδιαυγαστική αλλοίωση (\pm απορρόφηση των ριζών, \pm εστίες ενασβεστίωσης)
- ✓ **Θεραπεία:** Συντηρητική χειρουργική εξαίρεση

Γ. ΟΓΚΟΙ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ

Γ2. Μη οδοντογενείς όγκοι

Οστέωμα (Osteoma)

- ✓ Μαζί με το οστεοποιοό ίνωμα αποτελούν τα συχνότερα καλοήθη νεοπλάσματα των οστών των γνάθων
- ✓ Τα οστεώματα διακρίνονται σε:
 1. Περιφερικά (περιοστικά) στην επιφάνεια των οστών
 2. Κεντρικά (ενδο-οστικά)
 3. Μονήρη ή πολλαπλά
- ✓ Κλινική εικόνα:
 - Κατά κανόνα **ασυμπτωματικά**
 - Συνήθως στην **περιοχή των κονδύλων**
 - **Μπορεί να προκαλούν πόνο και διαταραχή στην άρθρωση**
- ✓ Ακτινογραφική εικόνα: Πυκνές σκιάσεις με σαφή όρια
- ✓ Θεραπεία: Συντηρητική χειρουργική εξαίρεση

Γ. ΟΓΚΟΙ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ

Γ2. Μη οδοντογενείς όγκοι

Οστεοποιό ίνωμα (Ossifying fibroma)

- ✓ Μαζί με το οστέωμα αποτελούν τα συχνότερα καλοήθη νεοπλασμάτα των οστών των γνάθων
- ✓ Κλινική εικόνα:
 - **Διόγκωση του οστού** που μπορεί να συνοδεύεται με διαταραχή της σύγκλεισης
 - **Το νεανικό οστεοποιό ίνωμα είναι επιθετική βλάβη** και υποτροπιάζει συχνά
- ✓ Ακτινογραφική εικόνα:
 - **Σαφώς περιγεγραμμένη ακτινοδιαυγαστική περιοχή με ακτινοσκοιερές εστίες**
- ✓ **Θεραπεία: Περιφερική οστεκτομή** και τακτική παρακολούθηση του ασθενούς

Γ. ΟΓΚΟΙ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ

Γ2. Μη οδοντογενείς όγκοι

Οστεοσάρκωμα (Osteosarcoma)

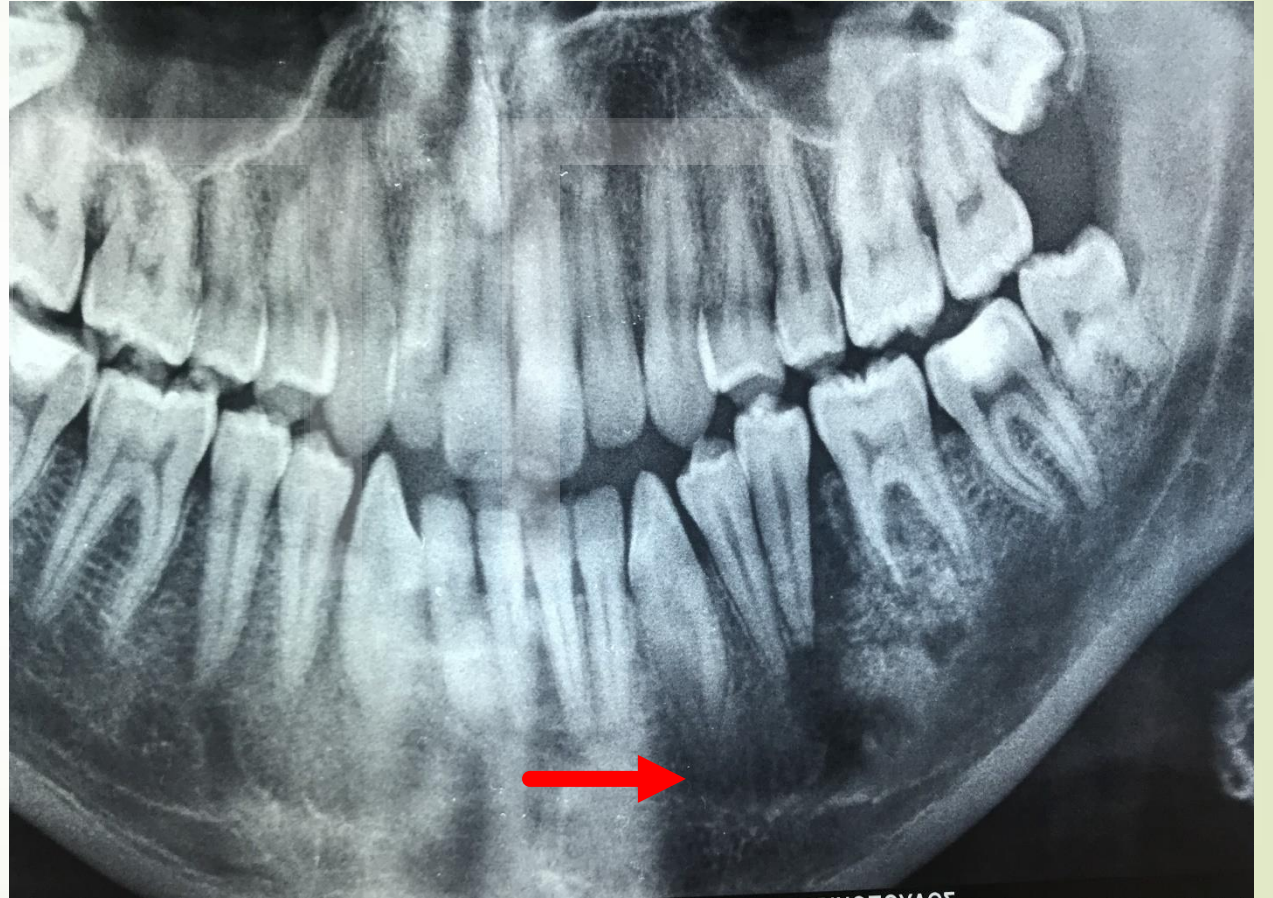
- ✓ Το συχνότερο πρωτοπαθές κακόηθες νεόπλασμα του οστίτη ιστού
- ✓ Τα οστεοσαρκώματα των γνάθων:
 - Αποτελούν την 4^η συχνότερη θέση εμφάνισης του όγκου
 - Εμφανίζονται στην 4^η δεκαετία της ζωής (ενώ τα εξωγναθικά την 1 – 3^η δεκαετία και σε άτομα > 60 ετών)
 - Έχουν καλύτερη πρόγνωση (δίνουν σπάνια μεταστάσεις)
- ✓ Η ακτινοβόληση των γνάθων θεωρείται κύριος προδιαθεσικός παράγοντας
- ✓ Προσβάλλει κυρίως την κάτω γνάθο (επώδυνη διόγκωση, μετακίνηση δοντιών, έλκωση του βλεννογόνου, παραισθησία, κάταγμα)
- ✓ Ακτινολογική εικόνα: Περιοχές διαύγασης/σκίασης με ασαφή όρια και εικόνα «ανατέλλοντας ήλιου»
- ✓ Θεραπεία: Θεραπεία εκλογής είναι η ευρεία χειρουργική εκτομή
- ✓ Η 10ετής επιβίωση είναι > 80%

Καρκίνος του στόματος. Χειρουργική αντιμετώπιση

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΧΟΝΔΡΟΒΛΑΣΤΙΚΟ ΟΣΤΕΟΣΑΡΚΩΜΑ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ



Καρκίνος του στόματος. Χειρουργική αντιμετώπιση



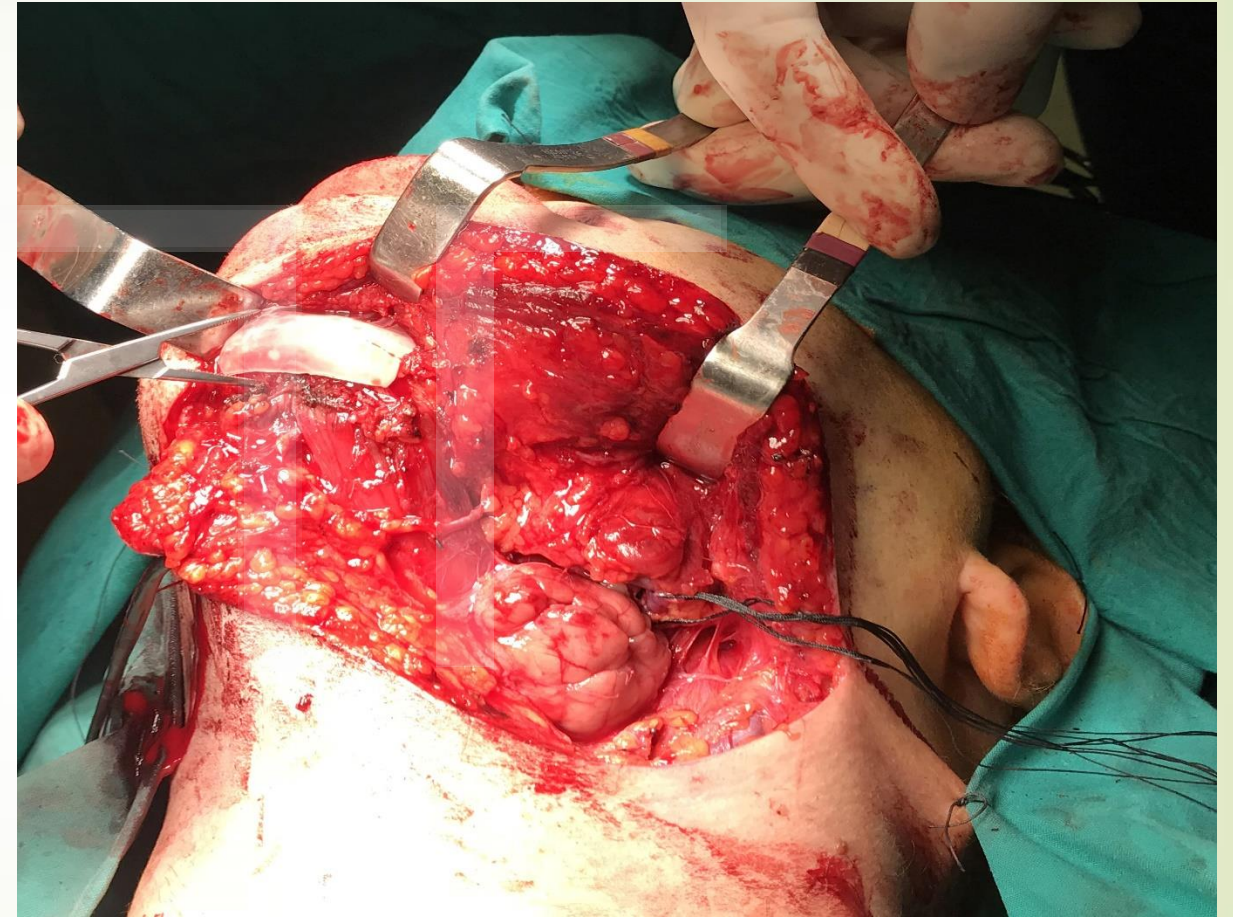
Καρκίνος του στόματος. Χειρουργική αντιμετώπιση



Καρκίνος του στόματος. Χειρουργική αντιμετώπιση



Καρκίνος του στόματος. Χειρουργική αντιμετώπιση



Καρκίνος του στόματος. Χειρουργική αντιμετώπιση



Καρκίνος του στόματος. Χειρουργική αντιμετώπιση



Γ. ΟΓΚΟΙ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ

Γ2. Μη οδοντογενείς όγκοι

Σάρκωμα Ewing (Ewing sarcoma)

- ✓ Το δεύτερο συχνότερο πρωτοπαθές κακήθες νεόπλασμα του οστίτη ιστού στην παιδική ηλικία
- ✓ Στις γνάθους είναι εξαιρετικά σπάνιο και εκδηλώνεται σε παιδιά με:
 - Πόνο, διόγκωση, κινητικότητα οδόντων, ειπκρουστικά ευρήματα
 - Γενικά σημεία φλεγμονής (πυρετός, αναιμία, λευκοκυττάρωση, αυξημένη ΤΚΕ)
- ✓ Ακτινολογική εικόνα: Ασαφής οστεολυσία
- ✓ Ο συνδυασμός των παραπάνω ευρημάτων οδηγεί αρχικά στη διάγνωση της οδοντογενούς φλεγμονής και διενεργείται ενδοδοντική θεραπεία, χορήγηση αντιβιοτικών ή εξαγωγή δοντιού
- ✓ Η αποτυχία των παραπάνω οδηγεί στη βιοψία και στην τεκμηρίωση της διάγνωσης
- ✓ Θεραπεία: Χημειοθεραπεία σε συνδυασμό με χειρουργική θεραπεία ή/και ακτινοθεραπεία
- ✓ Η πρόγνωση εξαρτάται από την παρουσία μεταστάσεων

Γ. ΟΓΚΟΙ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ

Γ2. Μη οδοντογενείς όγκοι

Ινώδης δυσπλασία (Fibrous dysplasia)

- ✓ Αναστολή της ωρίμανσης του οστίτη ιστού από μεταλλάξεις στο γονίδιο **GNAS1**
- ✓ Αποτελεί το **5% – 7%** του συνόλου των καλοήθων νοσημάτων των οστών
- ✓ Συχνότερη σε άτομα **< 30 ετών**
- ✓ Στη στοματογναθική περιοχή εμφανίζεται **συχνότερα στην άνω γνάθο** και προκαλεί **διόγκωση, ασυμμετρία του προσώπου**
- ✓ Η πολυοστική μορφή της νόσου σχετίζεται με σύνδρομο (Jaffe – Lichtenstein, McCune-Albright)
- ✓ Ακτινολογικά εμφανίζει εικόνα **δικήν «γυαλιού αμμοβολής» (ground glass)**
- ✓ Ανάπτυξη οστεοσαρκώματος στο **1%** των περιπτώσεων
- ✓ Θεραπεία: **Χειρουργική αφαίρεση** (σε αισθητικά και λειτουργικά προβλήματα)
- ✓ Παρακολούθηση των ασθενών **διά βίου** λόγω κινδύνου **εξαλλαγής**



ΟΓΚΟΙ ΓΝΑΘΟΥ:

Χειρουργική αντιμετώπιση & Απεικονιστική Διερεύνηση

A. ΟΓΚΟΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

B. ΟΓΚΟΙ ΣΙΑΛΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ

Γ. ΟΓΚΟΙ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ

Δ. ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ & ΛΕΜΦΩΜΑΤΑ

Δ. ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ & ΛΕΜΦΩΜΑΤΑ

Δ1. Μεταστατικά νεοπλασμάτα

- ✓ Είναι σπάνια στην περιοχή κεφαλής – τραχήλου (1% των κακοηθειών)
- ✓ Συνήθως μεταστάσεις στη στοματική κοιλότητα δίνουν τα αδενοκαρκινώματα
- ✓ Για τους άνδρες η συχνότερη πρωτοπαθής εστία είναι οι πνεύμονες και για τις γυναίκες ο μαστός (ακολουθούν οι νεφροί, ο προστάτης, το ήπαρ, το παχύ έντερο, τα γεννητικά όργανα και ο θυρεοειδής)
- ✓ Οι μεταστάσεις είναι κατά κανόνα αιματογενείς
- ✓ Σε ποσοστό 20% - 25% αποτελούν την πρώτη εκδήλωση άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας
- ✓ Θέσεις εντόπισης:
 - Τα οστά των γνάθων προσβάλλονται συχνότερα και κυρίως της κάτω γνάθου στην περιοχή γομφίων – προγομφίων, γωνίας και κλάδου με ίση αναλογία ανάμεσα στα δύο φύλα (οι συχνότερες μεταστάσεις προέρχονται από τον **μαστό η τον προστάτη**)
 - Οι **μαλακοί ιστοί** της στοματικής κοιλότητας προσβάλλονται **σπάνια** (άνδρες:γυναίκες = 2:1), κυρίως **από καρκίνο του πνεύμονα με συνηθέστερη θέση εντόπισης τα ούλα (60%)**
- ✓ Η συμπτωματολογία υποδύεται αντιδραστικής φύσεως βλάβη (π.χ. αιμαγγειωματοειδές κοκκίωμα, περιφερικό γιγανοκυτταρικό κοκκίωμα) ή φλεγμονή (π.χ. οστεομυελίτιδα, κινητικότητα οδόντος, τρισμό, διόγκωση, πόνο)

Δ. ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ & ΛΕΜΦΩΜΑΤΑ

Δ2. Λεμφώματα

✓ Τα μη Hodgkin λεμφώματα:


- Στο ήμισυ των περιπτώσεων παρουσιάζουν εξωλεμφαδενική εντόπιση
- Η περιοχή κεφαλής – τραχήλου αποτελεί τη 2^η συχνότερη εξωλεμφαδενική θέση μετά τον γαστρεντερικό σωλήνα
- Αποτελούν την 3^η κατά σειρά συχνότητας ομάδα κακοήθων νεοπλασμάτων της στοματικής κοιλότητας (μετά το ΑΚΣ και τα νεοπλάσματα των σιαλογόνων αδένων)
- Η προσβολή της στοματικής κοιλότητας **μπορεί να αποτελεί την πρωτοπαθή εξω-λεμφαδενική εκδήλωση της νόσου**
- Συνήθως εμφανίζονται στους μαλακούς ιστούς (80%) και ιδίως στα ούλα σαν μονήρεις όγκοι και σπανιότερα σαν ελκώδεις βλάβες και υποδύονται αντιδραστικές βλάβες ή όγκους
- Η ενδο-οστική προσβολή είναι πιο σπάνια και υποδύεται κλινικά και ακτινολογικά την εικόνα οδοντογενούς φλεγμονής, οστεομυελίτιδας ή οστεοσαρκώματος


✓ Το λέμφωμα Hodgkin:

- Εξαιρετικά σπάνια θα δώσει εκδηλώσεις από τη στοματική κοιλότητα (συνήθως στον δακτύλιο του Waldayer)
- Όμως στα αρχικά στάδια εκδηλώνεται με ανώδυνη διόγκωση των τραχηλικών και υπερκλειδιων λεμφαδένων (80% - 90%)

T - λεμφοβλαστικό λέμφωμα.



- 
- Σπάνιο επιθετικό non-hodgkin λέμφωμα, συχνότερο T και σπανιότερα B κυτταρικής προέλευσης
 - Παιδιά και νεαρά ενήλικα άτομα προσβάλλονται συχνότερα.
 - Λεμφαδενική μάζα στο μεσοθωράκιο
 - 10% των ασθενών εμφανίζουν προσβολή του ΚΝΣ.
 - Εξαιρετικά σπάνια η προσβολή της στοματικής κοιλότητας

- 
- ▶ Αναιμία και θρομβοπενία
 - ▶ Βλάστες στο περιφερικό αίμα
 - ▶ Ιστολογική τεκμηρίωση από βιοψία περιφερικού ιστού, λεμφαδένας ή μάζας μεσοθωρακίου – κατάργηση της δομής του λεμφαδενικού ιστού και διήθηση του λεμφαδένος από λεμφοβλαστες της παραφλοιώδους ζώνης με υψηλό μειωτικό δείκτη
 - ▶ Ανοσοφαινοτυπική, καρυοτυπική και γενετική μελέτη



Αναφορά περίπτωσης

- ▶ Ασθενής 20 ετών άρρεν
- ▶ Ελεύθερο ιατρικό ιστορικό
- ▶ Αυξανόμενη κινητικότητα #47 από μηνός χωρίς περιρριζική και περιακρορριζική αλλοίωση
- ▶ Διόγκωση μαλακών ιστών και υπογναθίου λεμφαδένος
- ▶ Εξαγωγή οδόντος με απόξεση του μετεξακτικού φατνίου και συρραφή
- ▶ Αμοξικιλίνη + κλαβουλανικό και μετρονιδαζόλη για 6 ημέρες

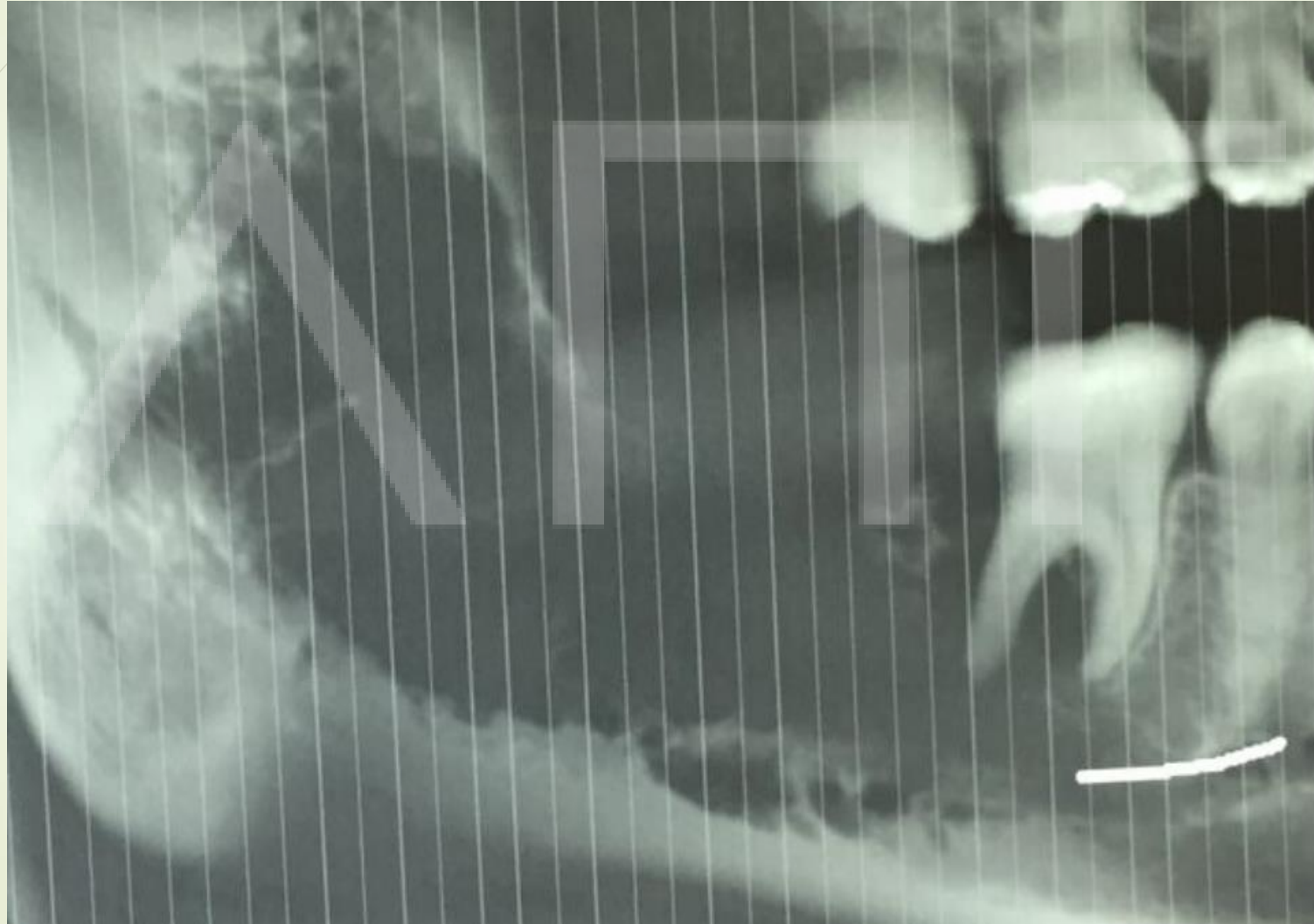




ΠΟΡΕΙΑ

- ▶ Προοδευτικά αυξανόμενη διόγκωση των ουλών στην περιοχή της εξαγωγής
Οίδημα του συστοιχου υπογναθίου λεμφαδενος
- ▶ CBCT
- ▶ Βιοψία ενδοστοματικής βλάβης

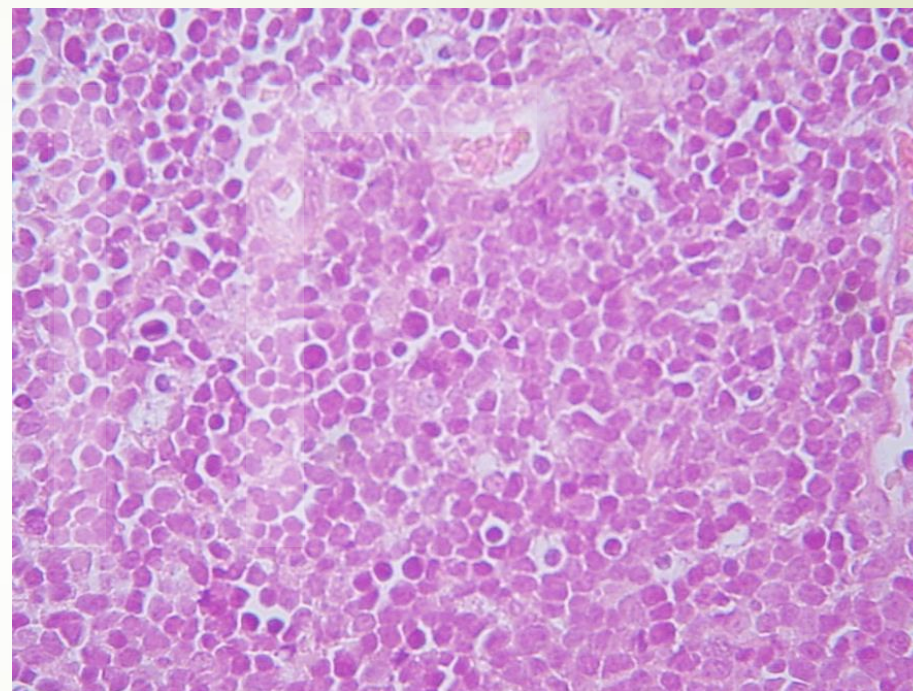
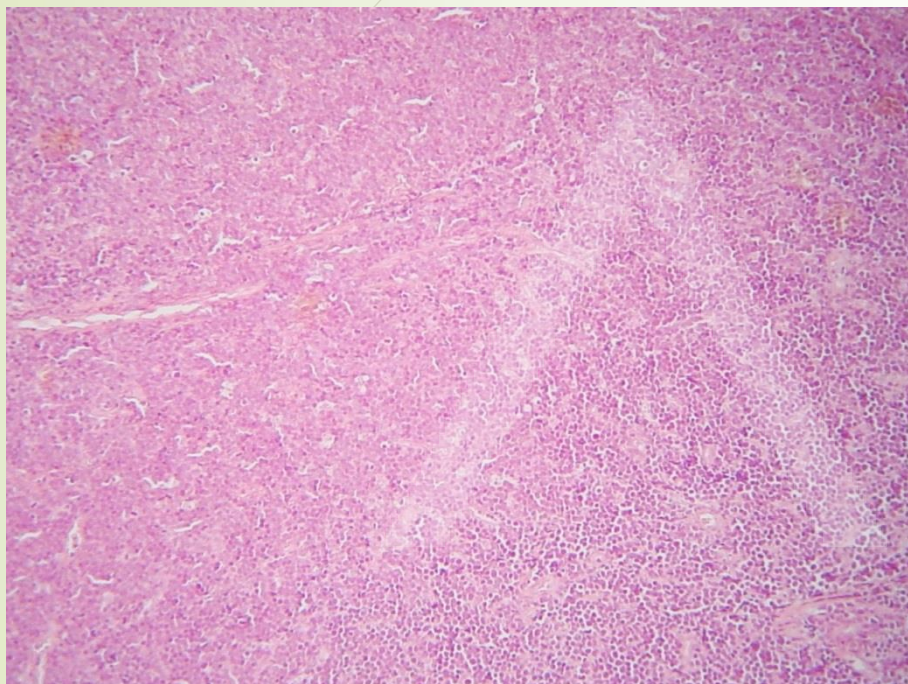
CBCT




Βιοψια ενδοστοματικής βλάβης



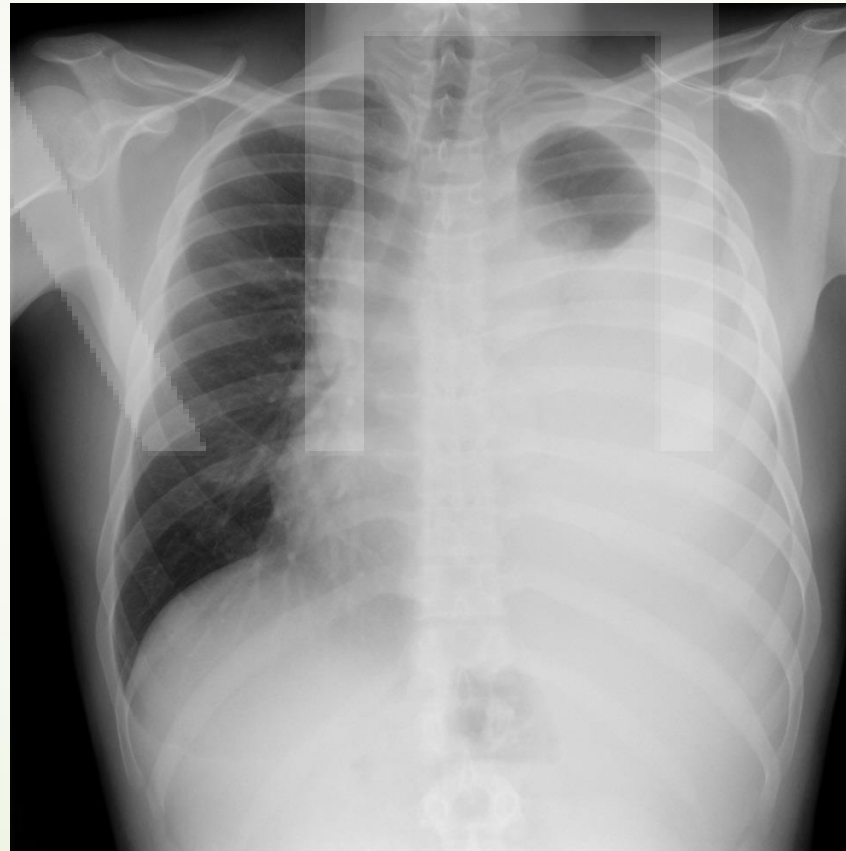
ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΙΚΟΝΕΣ




- 
- Εισαγωγή στο Γ.Ν. Ευαγγελισμός
 - Αιματολογική εικόνα
 - Ht = 40,9 %
 - RBC = $5,36 \cdot 10^3 / \mu\text{L}$
 - WBC = $6,37 \cdot 10^3 / \mu\text{L}$
 - PLT = $307 \cdot 10^3 / \mu\text{L}$

 - Κλινική εξέταση: Απουσία του αναπνευστικού ψιθυρίσματος αριστερής βάσης του πνεύμονα
 - Ακτινογραφία θώρακος: Μάζα μεσοθωρακίου με πλευριτική συλλογή αριστερά
 - Αξονική τομογραφία: Μάζα λεμφαδένων στο μεσοθωράκιο – μεγαλύτερος λεμφαδένας με διάμετρο 9 cm.

ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΘΩΡΑΚΟΣ



- 
- ▶ Παροχέτευση πλευριτικής συλλογής – παροχετεύτηκαν 3 lt πλευριτικό υγρό.
 - ▶ Πραγματοποιήθηκε κυτταρολογική και ανοσοφαινοτυπική ανάλυση του πλευριτικού υγρού και παρατηρήθηκαν παθολογικά κύτταρα ενδεικτικά της νόσου σε ποσοστό 5 % του δείγματος.
 - ▶ Κυτταρολογικό επίχρισμα μυελού των οστών και περιφερικού αίματος
 - ▶ Η διάγνωση τέθηκε από την ενδοστοματική βλάβη
 - ▶ Η τιμή της LDH ήταν παθολογικά αυξημένη
LDH = 419 IU/L



ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- ▶ Χημειοθεραπευτικά σχήματα με βάση το πρωτόκολλο G- MALL συνολικής διάρκειας 2 ετών.
- ▶ Χορηγήθηκε ενδορραχιαία MTX για προφύλαξη του ΚΝΣ
- ▶ Κατά τη θεραπεία ο ασθενής νοσηλεύτηκε στη ΜΕΘ λόγω σηπτικού shock κατά την περίοδο απλασίας του μυελού.
- ▶ Απεβίωσε 3 μήνες μετά την εισαγωγή του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Goutzanis L. Differential Retrospective Analysis in Oral Cancerous, Pre-cancerous, and Benign Tissue Biopsies. *Cureus*. 2022 May 13;14(5):e24956. doi: 10.7759/cureus.24956.
2. Goutzanis L, Apostolidis J, Giatra C, Chrysomali E, Deskos D. A case of systemic precursor T-cell lymphoblastic lymphoma presenting with single tooth mobility. *SAGE Open Med Case Rep*. 2020;8:2050313X20927961. doi: 10.1177/2050313X20927961.
3. Papadogeorgakis N, Goutzanis L, Petsinis V, Alexandridis C. Management of malignant parotid tumors. *Oral Maxillofac Surg* 2012;16(1):29-34. doi: 10.1007/s10006-010-0259-0.
4. Papadogeorgakis N, Petsinis V, Goutzanis L, Kostakis G, Alexandridis C. Parapharyngeal space tumors: surgical approaches in a series of 13 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2010;39(3):243-50. doi: 10.1016/j.ijom.2009.11.011.
5. Σκλαβούνου Α. Παθολογία του Στόματος. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις 2018. ISBN 978-960-452-272-9
6. El-Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR, Takata T, Slootweg PJ. WHO Classification of Head and Neck Tumours. WHO Classification of Tumours 2017, 4th Edition, Volume 9. ISBN 978-92-832-2438-9.
7. American Joint Committee on Cancer (AJCC). General Information on Cancer Staging and End Results Reporting. In: MB Amin, SB Edge, F Greene, et al, eds. *AJCC Cancer Staging Manual*. 8th ed. Springer; 2017: 3- 52.
8. Ali S, Palmer FL, DiLorenzo M, Shah JP, Patel SG, Ganly I. Treatment of the neck in carcinoma of the parotid gland. *Ann Surg Oncol*. 2014;21(9):3042-8.
9. Μιχαηλίδου Δ, Τάτσης Δ, Αλεξούδη Β.Α, Δεληγιαννίδης Δ, Γρίβας Θ, Παστέλλη Ν, Αντωνιάδης Κ. Διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση αγγειακής δυσπλασίας κάτω χείλους. *Αρχεία Ελληνικής Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής* 2020;2:85-94.
10. Ettinger KS, Ganry L, Fernandes RP. Oral Cavity Cancer. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2019;31(1):13-29. doi: 10.1016/j.coms.2018.08.002. Epub 2018 Oct 25. PMID: 30454788.
11. Shah JP, Newell WJ. Oral and oropharyngeal cancer, 2nd edition. CRC Press 2018. ISBN 149870008X.
12. Antonoglou GN, Sándor GK. Recurrence rates of intraosseous ameloblastomas of the jaws: a systematic review of conservative versus aggressive treatment approaches and meta-analysis of non-randomized studies. *J Craniomaxillofac Surg*. 2015;43(1):149-57. doi: 10.1016/j.jcms.2014.10.027.