



FNOMCeO - CAO

Progetto di aggiornamento sul Carcinoma orale
C.A.O. – S.I.P.M.O.- S.I.O.C.M.F.

Lesioni Potenzialmente Cancerose

All rights reserved

Lesioni potenzialmente cancerose
Prof. Gandolfo et al.

SIPMO



Disordini Potenzialmente Maligni

In un recente workshop dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), tenutosi nel 2005 nel Regno Unito, sono state discusse la definizione e la classificazione delle lesioni orali con predisposizione alla trasformazione maligna e si è convenuto di eliminare la distinzione tra Lesioni e Condizioni Precancerose introducendo il concetto di Disordini Potenzialmente Maligni (PMD) e la seguente classificazione.

Warnakulasuriya S. J Oral Pathol Med 2007

- *Leucoplachia*
- *Eritroplachia*
- *Lesioni del palato da fumo invertito (reverse smokers)*
- *Fibrosi Sottomucosa Orale*
- *Cheilite Attinica*
- *Lichen Planus*
- *Lupus Eritematoso Discoide*
- *Disordini ereditari con aumentato rischio di carcinoma orale*



LEUCOPLACHIA - Definizione

Placca bianca della mucosa orale con probabile rischio di trasformazione maligna.

La diagnosi si effettua avendo escluso patologie note e altri disordini che non hanno in sé un rischio di trasformazione maligna

Warnakulasuriya S. J Oral Pathol Med 2007

LEUCOPLACHIA - Prevalenza

La prevalenza della leucoplachia nel mondo varia tra lo 0,2 e il 5%

Scheifele C. Oral Oncol 2003
Lodi G. J Dent Educ 2002
van der Waal I. Oral Oncol 1997
Petti S. Oral Oncol 2003

Esiste un dato italiano: un recente studio rileva in una popolazione adulta piemontese una prevalenza di 1,15% (♂1,81% - ♀0,49%)

Pentenero M. Oral Dis 2008



LEUCOPLACHIA - Eziologia

La Leucoplachia è sei volte più frequente nei fumatori rispetto ai non fumatori

Baric JM. OralSurg Oral Med Oral Pathol 1982

L'assunzione di alcool risulta essere un fattore di rischio indipendente, a prescindere dal tipo di bevanda o dalla modalità di assunzione

Maserejian NN. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2006

Ci sono risultati contrastanti riguardo al possibile ruolo dei Virus del Papilloma Umano (HPV)

Bagan J. Oral Maxillofac Surg 2007

Campisi G. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2004

Fornatora M. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1996

LEUCOPLACHIA – Aspetto clinico

Dal punto di vista clinico si riconoscono due tipi principali di leucoplachie:

leucoplachie omogenee in cui il colore bianco risulta uniformemente distribuito (Fig 1) e **leucoplachie non omogenee** (Fig 2)



(Fig 1)



(Fig 2)



LEUCOPLACHIA OMOGENEA



Il colore bianco risulta uniformemente distribuito



LEUCOPLACHIA NON OMOGENEA



Lesioni rosse e bianche (eritroleucoplachia), in cui il bianco tende a frammentarsi in isole di diversa grandezza, rilevatezza ed intensità, ed è frammisto ad aree di colore rosso o a erosioni



LEUCOPLACHIA NON OMOGENEA



La leucoplachia **verrucosa** rientra tra le leucoplachie non omogenee non tanto per il colore, che risulta essere bianco, ma per la presenza di un aspetto di superficie verrucoso

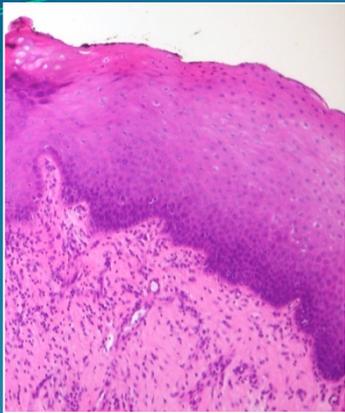
van der Waal I. Oral Oncol 2008



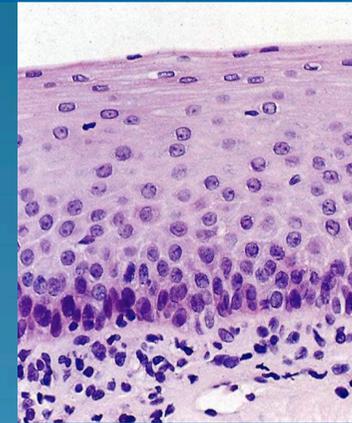
LEUCOPLACHIA

Possibili aspetti istologici

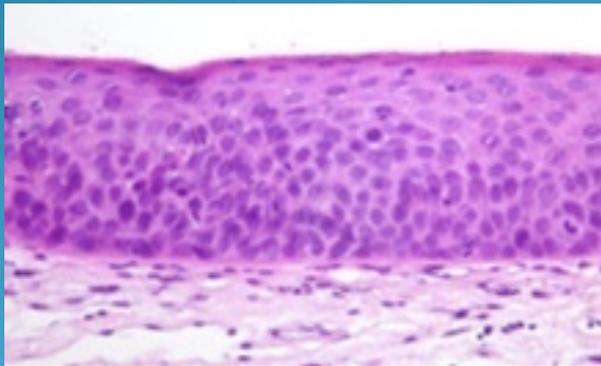
Da un punto di vista istologico la leucoplachia non ha un aspetto specifico, ma è possibile osservare quadri microscopici diversi, varianti da una semplice ipercheratosi sino ai precursori del carcinoma (displasia) ed al carcinoma in situ.



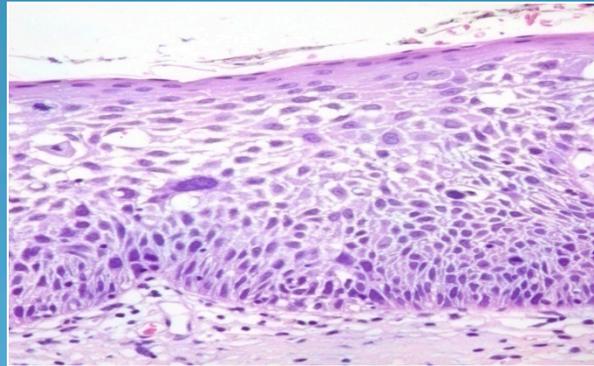
Iperplasia Squamosa



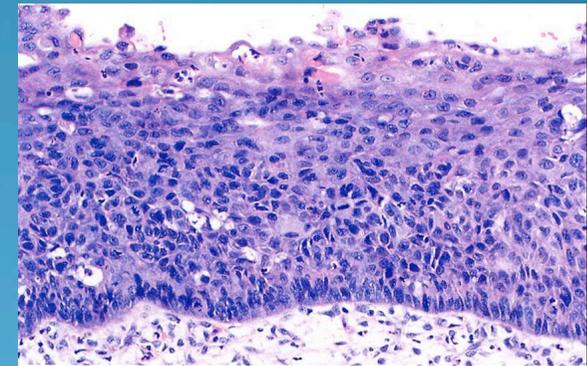
Displasia lieve



Displasia media



Displasia grave



Carcinoma in situ

Barnes L, Eveson JW, Reichart PA, Sidransky D. World Health Organization classification of tumours. Pathology and genetics. Head and neck tumours. World Health Organization; 2005.

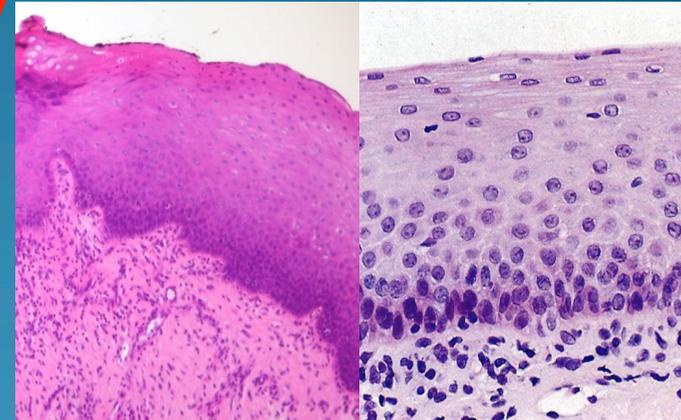


LEUCOPLACHIA

Possibili aspetti istologici

Recentemente è stato proposto di sostituire la classificazione dell'OMS del 2005, con un sistema binario, che distingue lesioni a “basso rischio” (no displasia o displasia lieve) e lesioni ad “alto rischio” (displasia moderata e grave)

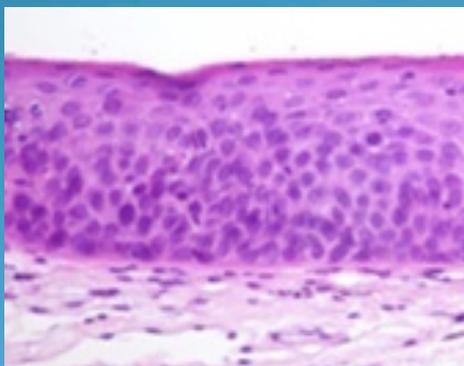
Warnakulasuriya S. J Oral Pathol Med 2008



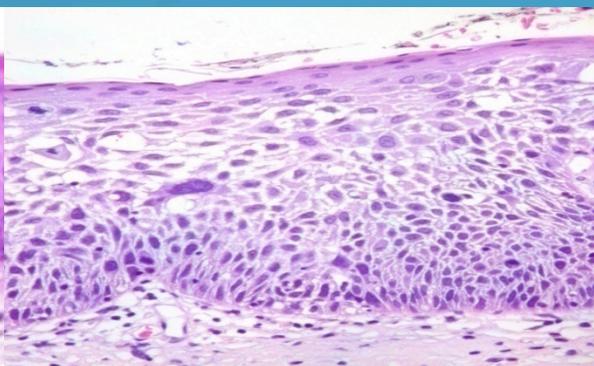
Iperplasia Squamosa

Displasia lieve

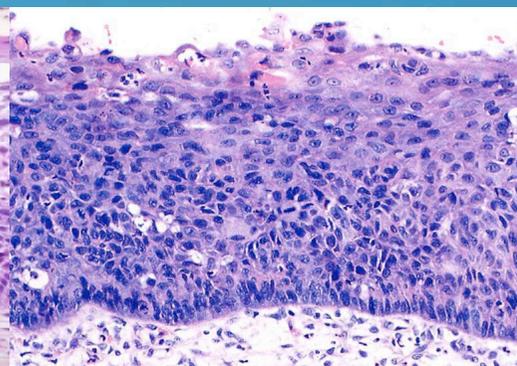
Basso rischio



Displasia media



Displasia grave



Carcinoma in situ

Alto rischio



LEUCOPLACHIA - Diagnosi Differenziale

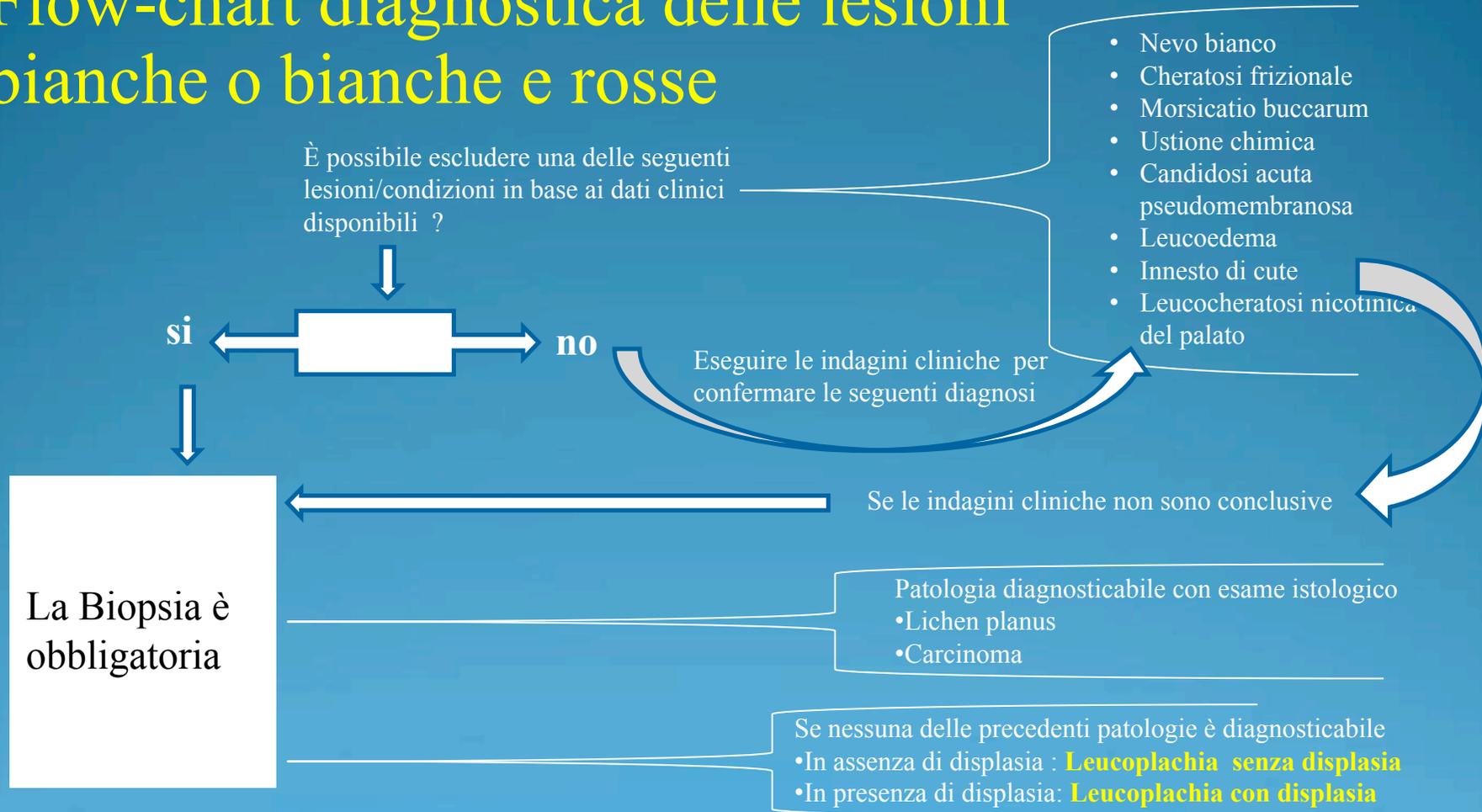
Lesioni che devono essere escluse per giungere alla diagnosi di leucoplachia

- Nevo bianco spongioso
- Cheratosi frizionale
- Morsicatio buccarum
- Ustione chimica
- Candidosi acuta pseudomembranosa
- Leucoedema
- Lichen planus (aspetto “a placca”)
- Lesione Lichenoide
- Lupus Discoide eritematoso
- Innesto di cute
- Hairy leukoplakia
- Leucocheratosi nicotinic del palato



LEUCOPLACHIA

Flow-chart diagnostica delle lesioni bianche o bianche e rosse





LEUCOPLACHIA - Classificazione LP

L

(diametro massimo)

- L1 diametro massimo <2 cm
- L2 diametro massimo tra 2–4 cm
- L3 diametro massimo >4 cm
- LX diametro massimo non specificato

P

(aspetto istopatologico)

- P0 assenza di displasia
- P1 displasia lieve o moderata
- P2 displasia grave
- Px presenza o assenza di displasia non specificata

Stadiazione

- Stadio I L1P0
- Stadio II L2P0
- Stadio III L3P0 o L1L2P1
- Stadio IV L3P1, ogni L P2

van der Waal I. Oral Oncology 2009



LEUCOPLACHIA – Trasformazione maligna

Nei paesi Occidentali si ipotizza una percentuale di trasformazione maligna intorno all'1% annuo

SONO FATTORI CHE AUMENTANO IL RISCHIO

- Sesso femminile
- Leucoplachia presente da molto tempo
- Leucoplachia idiopatica
- Leucoplachia in sede lingua e/o pavimento orale
- Area > 200 mm²
- Aspetto clinico non omogeneo
- Sovrainfezione da Candida
- Presenza di displasia

van der Waal I. Oral Oncology 2009

LEUCOPLACHIA VERRUCOSO PROLIFERATIVA

Si ritiene che sia una variante assai rara di leucoplachia.

Si manifesta prevalentemente nel sesso femminile, con un rapporto maschi/femmine di 1:4, a partire dalla VI/VII decade di vita, così che il paziente tipico si viene ad identificare in soggetti di sesso femminile di età superiore ai 50 anni.

Non sono per il momento disponibili dati sull'incidenza della malattia



Hansen LS. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1985





LEUCOPLACHIA VERRUCOSO PROLIFERATIVA

Non sembra esserci familiarità per la malattia, che generalmente non è correlabile alla presenza dei fattori di rischio tipici per il cancro orale (tabacco e alcol). L'associazione fra PVL e virus del papilloma umano (HPV) è stata sospettata sulla base delle caratteristiche di verrucosità osservate in molte lesioni PVL, tuttavia in letteratura questo dato non è stato confermato.

Campisi G. Oral Oncol 2004

LEUCOPLACHIA VERRUCOSO PROLIFERATIVA

Può esordire con la presenza di lesioni ipercheratosiche clinicamente ed istologicamente riconducibili ad una singola leucoplachia omogenea senza displasia. Nel corso del follow-up le lesioni diventano multifocali, hanno la tendenza a presentare un aspetto di superficie verrucoso, a crescere rapidamente ed a mutare nel tempo il loro aspetto sia clinico che istologico



LEUCOPLACHIA VERRUCOSO PROLIFERATIVA

Le sedi più colpite sono la mucosa cheratinizzata della cresta alveolare (gingiva aderente e fibromucosa delle creste alveolari edentule), la mucosa geniena ed il palato duro, meno frequenti il pavimento orale e le labbra.



Gandolfo S. J Periodontol 2009

La frequenza di trasformazione maligna è elevata: 70.3% in un tempo medio di 7.7 anni, 74% con un follow-up medio di 7.8 anni.

Silverman SS. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1997
Cabay RJ. J Oral Pathol Med 2007

È importante segnalare la frequente comparsa di multiple successive ricorrenze di carcinomi nel 42.1% di questi pazienti.

Gandolfo S. J Periodontol 2009



ERITROPLACHIA

Definizione e aspetto clinico

Area di colore rosso intenso che non può essere identificata o classificata dal punto di vista clinico o istologico come altra patologia nota



*Pindborg JJ. International histological classification of tumours.
World Health Organization 1997*



ERITROPLACHIA - Prevalenza

La Eritroplachia sembra avere un range di prevalenza situato tra 0.02% e 0.83%.

La maggior parte di questi dati deriva da Paesi del Sud/Sud Est asiatico

Reichart P. Oral Oncol 2005

ERITROPLACHIA - Eziologia

Tabacco e alcol sono considerati importanti fattori di rischio.
Vi è un possibile ruolo della *C. albicans* che non è al momento spiegabile.

van der Waal I. Oral Oncology 2009

Il ruolo del Virus del Papilloma Umano (HPV) è possibile ma non dimostrato

Nielsen H. Oral Oncol Eur J Cancer B 1996

ERITROPLACHIA - Diagnosi differenziale

Diagnosi differenziale: lesioni che devono essere escluse per giungere alla diagnosi di Eritroplachia

(A) Infezioni candidosiche

Candidosi Atrofica Eritematosa
localizzata o generalizzata
Stomatite da Protesi

(B) Malattie della mucosa

Lichen orale atrofico
Lupus erythematosus
Pemfigo e Pemfigoidi

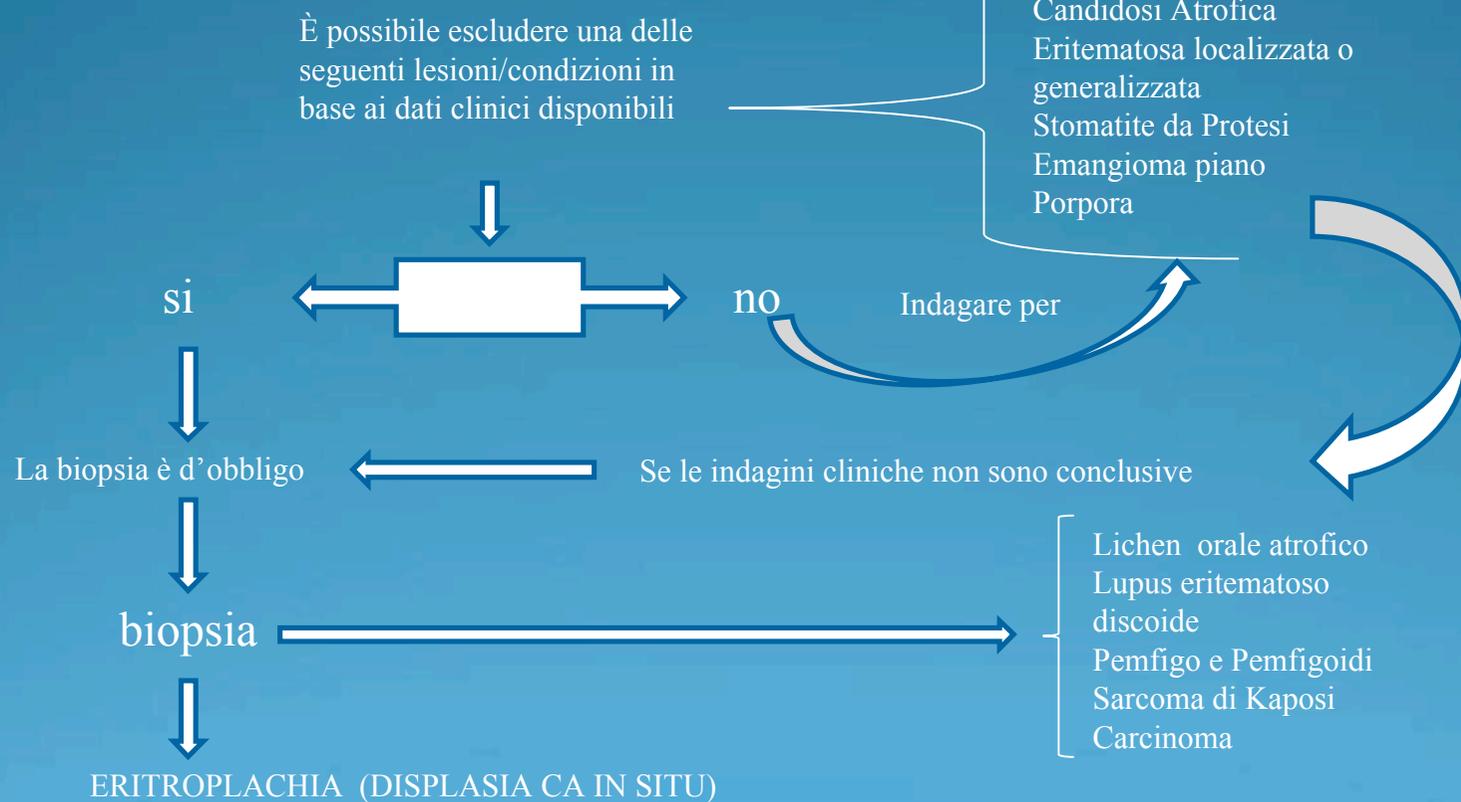
(C) Altre

Emangioma piano
Sarcoma di Kaposi
Porpora



ERITROPLACHIA

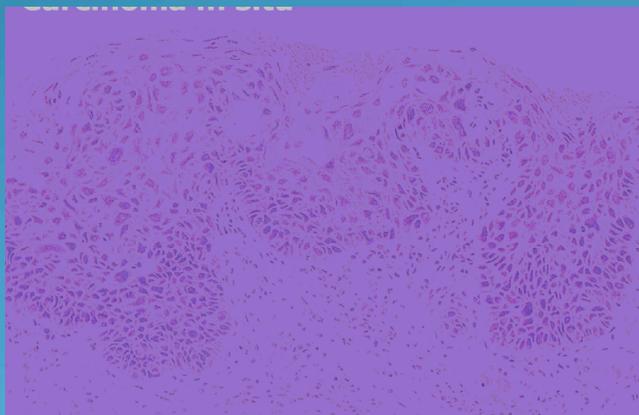
Flow-chart diagnostica delle lesioni rosse



ERITROPLACHIA - Aspetto istologico

Dal punto di vista istopatologico di solito si evidenzia displasia moderata o grave carcinoma in situ e talvolta invasivo

Shafer WJ. Cancer 1975



ERITROLEUCOPLACHIA



Esistono varianti cliniche di eritroplachia in cui la componente rossa è frammista a una componente bianca.

In letteratura sono variamente definite con i termini speckled eritroplachia, leucoeritroplachia, eritroleucoplachia e costituiscono ancor oggi un elemento di incertezza classificativa e di confusione terminologica che può essere evitata facendo riferimento alla classificazione istologica

LICHEN ORALE



Il Lichen Planus Orale è una malattia infiammatoria cronica della mucosa, relativamente frequente e spesso localizzata al solo cavo orale. Si presenta clinicamente con le caratteristiche strie bianche bilaterali e simmetriche (strie di Wickham) nel terzo posteriore delle guance, sulla lingua e sulle gengive. Altre tipiche manifestazioni sono le placche bianche simil-leucoplasiche e le lesioni atrofico-erosive: queste ultime sono le vere lesioni sintomatiche.

Dati italiani riportano una prevalenza dell'1.46% .

Pentenero M. Oral Dis 2008

LICHEN ORALE



Carcinoma del trigono
insorto in uomo
affetto da lichen orale
(Gandolfo 2004)

La più importante complicanza del Lichen Orale è l'insorgenza di un carcinoma, la questione è ancora controversa.

van der Meij EH. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1999
van der Meij EH. Oral Oncol 2007

Tuttavia molti studi giungono a dimostrare che il Lichen Orale va incontro a trasformazione maligna. L'esame della letteratura permette di stimare una percentuale di trasformazione intorno all'1-1,5% in una popolazione con follow-up medio di 5-7 anni (tasso annuale 0,2%).

Gandolfo S. Oral Oncol 2004
Holmstrup P. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1992

LICHEN ORALE

Sappiamo che l'associazione Lichen Orale e virus della epatite C è ampiamente documentata nel sud dell'Europa ed in Giappone. Dal momento che la trasformazione maligna è stata spesso osservata in pazienti HCV positivi, tale gruppo di pazienti potrebbe essere ad alto rischio. Sono stati segnalati due casi con indiscutibile storia di Lichen Orale, affetti da epatite da virus C che hanno sviluppato carcinoma.

*Porter SR. Oral Oncol 1997
Carrozzo M. Oral Oncol 1997*



**Carcinoma del bordo linguale
insorto in donna affetta da lichen
orale HCV +
(Carrozzo1997)**

LICHEN ORALE

Al momento attuale si può quindi affermare che la popolazione dei pazienti affetti da Lichen Orale corre maggior rischio di ammalarsi di cancro orale rispetto alla popolazione non affetta e va attentamente sorvegliata con appositi follow-up. Sono a maggior rischio il sesso femminile e forse la positività al Virus HCV.

Mignogna M. Eur J Surg Oncol 2002

Comportamento clinico-terapeutico e protocollo di sorveglianza in Lichen Orale.

Le indagini diagnostiche cui sottoporre ogni paziente con un sospetto Lichen Planus della mucosa orale sono le seguenti:

- accurato esame obiettivo
- biopsia incisionale per documentare istologicamente il Lichen
- screening della funzionalità epatica e test anti HCV
- eventuali biopsie incisionali in aree sospette per degenerazione maligna e/o positive al colorante vitale

CHEILITE ATTINICA

Lesione ulcerativa (a volte con formazione di croste) che interessa una parte o l'intero bordo del vermiglio del labbro inferiore. I pazienti colpiti sono per la maggior parte maschi di età avanzata, con una storia di prolungata esposizione al sole per motivi lavorativi. Dalla letteratura non sono disponibili dati di incidenza o prevalenza. Istologicamente il quadro può essere molto vario.

L'epitelio può essere iperplastico o atrofico e avere alterazioni strutturali che possono andare dalla displasia lieve fino al carcinoma iniziale. Il connettivo sottostante solitamente mostra una degenerazione basofila delle fibre collagene e un quadro di elastosi. La diagnosi definitiva richiede quindi una biopsia della lesione.



*van der Waal I. Oral Oncol 2008
Pindborg JJ. 1997*



PROCEDURE DIAGNOSTICHE (tutte le precancerosi)

Esame obiettivo

L'iter diagnostico inizia con la valutazione delle caratteristiche macroscopiche della lesione della mucosa orale tramite l'*ispezione* e la *palpazione*. Questi dati, insieme all'anamnesi, hanno una notevole importanza in quanto permettono di formulare il sospetto diagnostico e di orientare il Clinico nella scelta dei test diagnostici di livello successivo, ognuno con particolari indicazioni e finalità.

In presenza di una lesione si devono valutare i seguenti caratteri:

- **colore**: bianco, associazione di bianco e di rosso (aspetto non omogeneo), rosso
- **aspetto di superficie**: piano, rilevato, omogeneo, con aree di erosione o di ulcerazione nel contesto
- **margini**: netti, sfumati
- **consistenza**: parenchimatosa, dura
- **sintomatologia** (parestesie, dolorabilità e/o dolore): presente, assente (PMD e “early cancer” sono solitamente asintomatici)

PROCEDURE DIAGNOSTICHE (tutte le precancerosi)

Chemiluminescenza

Recentemente è stato proposto di sfruttare le proprietà di riflessione della luce da parte della mucosa al fine di migliorare la visualizzazione delle lesioni. È pertanto necessario osservare le lesioni illuminandole con una apposita luce dopo aver fatto sciacquare il paziente con una soluzione di acido acetico all'1%.



La luce conferisce una colorazione bluastra alla mucosa sana, mentre le lesioni dovrebbero avere un maggior risalto assumendo un aspetto biancastro (acetowhite). Tale tecnica deve essere utilizzata in aggiunta all'esame obiettivo tradizionale per migliorare l'identificazione, la valutazione ed il monitoraggio di lesioni in popolazioni a rischio di sviluppare un cancro orale.

PROCEDURE DIAGNOSTICHE (tutte le precancerosi)

Chemiluminescenza

Il primo studio pilota è stato pubblicato nel 2004; lavori successivi non sono stati in grado di dimostrare un significativo miglioramento nell'intercettazione delle lesioni.



Huber MA. Quintessence Int 2004

Farah CS. Oral Oncol.2007

Oh ES. J Oral Maxillofac Surg 2007

La tecnica non sembra essere in grado di aumentare il numero di lesioni identificate con la normale luce incandescente, né di distinguere lesioni a maggiore rischio di trasformazione, pertanto la sua utilità pare essere minima e consisterebbe in un miglioramento soggettivo nella visualizzazione, senza la possibilità di aggiungere alcun dato utile per la diagnosi. Pertanto non ci sono al momento evidenze sull'utilità della chemiluminescenza nella diagnosi delle Lesioni potenzialmente cancerose.

PROCEDURE DIAGNOSTICHE

(tutte le precancerosi)

Fluorescenza tissutale

L'autofluorescenza è una caratteristica peculiare di ogni tessuto dipendente dalla presenza di una concentrazione ben definita di fluorofori. Se illuminato da una luce monocromatica di appropriate lunghezza d'onda, il tessuto epiteliale sano emette una fluorescenza assumendo una colorazione verde mela; per contro tale fluorescenza viene persa in caso di anomalie displastiche o tumorali, per cui la superficie assume un colore scuro.

de Veld DC. Oral Oncol 2005



PROCEDURE DIAGNOSTICHE (tutte le precancerosi)

Fluorescenza tissutale

L'autofluorescenza sembra essere una tecnica diagnostica affidabile da associare all'esame obiettivo al fine di intercettare lesioni che possono non essere viste con la sola luce incandescente o di migliorare la visualizzazione dei margini di quelle già precedentemente osservate. Anche se gli studi pubblicati non sono ancora numerosi, la tecnica sembra essere promettente soprattutto nella possibilità di intercettare lesioni o alterazioni tissutali non visibili all'esame obiettivo tradizionale.



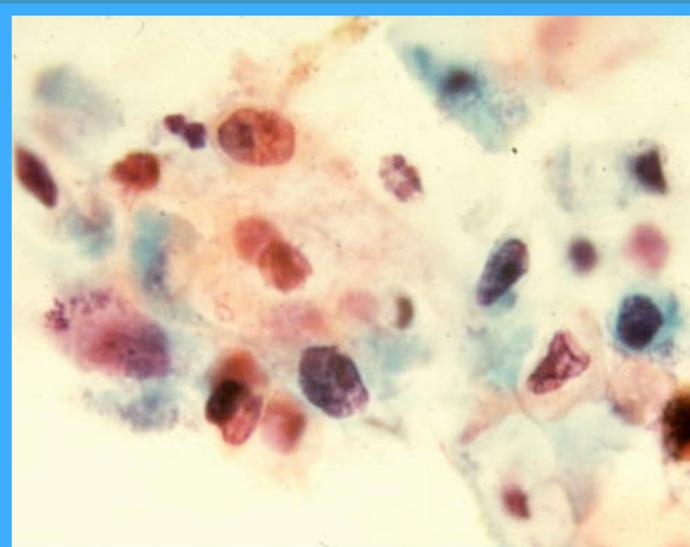
È stato descritto che l'autofluorescenza è in grado di identificare aree con displasia, carcinoma e perdita di eterozigosi non visibili all'esame obiettivo.

*de Veld DC. J Biomed Opt 2004
Poh CF. Head Neck 2007*

PROCEDURE DIAGNOSTICHE (tutte le precancerosi)

Citologia

È una tecnica diagnostica non invasiva e di facile esecuzione che può essere utile per selezionare le lesioni che devono essere inviate ad un secondo livello di indagine. È quindi possibile avere informazioni sulla presenza di cellule atipiche (displastiche o neoplastiche) a livello dell'epitelio, ma non sulla architettura tessutale normale o patologica.



È di rapida esecuzione, non è cruenta, non necessita di anestesia, è bene accettata dai pazienti, facilmente ripetibile, assai specifica, ma, purtroppo, è poco sensibile (possibili falsi negativi).

PROCEDURE DIAGNOSTICHE (tutte le precancerosi)

Citologia

Recentemente numerosi progressi sono stati fatti per migliorare la tecnica, sia a livello di prelievo (eseguito con cytobrush piuttosto che con spatole), sia per quanto riguarda la conservazione delle cellule (tecnica della fase liquida) e l'allestimento del preparato (tecnica dello "strato sottile") sia al momento della lettura (uso di reti neurali e programmi computerizzati). Si sono così ottenuti buoni livelli di sensibilità e specificità.



Sciubba JJ. JADA 1999
Navone R. Cytopathology 2007

PROCEDURE DIAGNOSTICHE (tutte le precancerosi)



Microbiopsia

La Citologia presenta tuttavia alcuni limiti, principalmente un discreto numero di inadeguati e di falsi negativi. Un esame di I° livello denominato microbiopsia è stato recentemente proposto dalla scuola di Torino e si è dimostrato in grado di ridurre questi inconvenienti. Consiste nel prelevare, in maniera non invasiva (per raschiamento), con una curette dermatologica, numerosi lembi superficiali di epitelio dalla lesione in esame che vengono in seguito conservati, processati ed esaminati secondo i canoni tradizionali della microscopia ottica.

Navone R. J Oral Pathol Med 2008



PROCEDURE DIAGNOSTICHE (tutte le precancerosi)

Colorazione con Blu di Toluidina

Il blu di toluidina è un colorante vitale acidofilo, che mostra quindi una particolare affinità per cellule ad elevato contenuto di acidi nucleici.

La colorazione deve essere completata da una biopsia che comprenda l'area positiva.

Gandolfo S. Oral Oncol 2006



Le lesioni con displasia o francamente neoplastiche si colorano in blu scuro (il cosiddetto blu royal), è pertanto necessaria una certa esperienza per riconoscere i casi positivi



PROCEDURE DIAGNOSTICHE (tutte le precancerosi)

Colorazione con Blu di Toluidina

È di grande aiuto soprattutto per evidenziare aree di maggior rischio nel contesto di Lesioni potenzialmente cancerose disomogenee ed estese o che coinvolgono più siti.



La captazione del colorante è stata messa in relazione alla presenza di cloni ad alto rischio di trasformazione anche in assenza di alterazioni displasiche.

Zhang L. Cancer Res 2005

Epstein JB. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 2003

Guo Z. Clin Cancer Res 2001

PROCEDURE DIAGNOSTICHE (tutte le precancerosi)

Colorazione con Blu di Toluidina

La colorazione deve essere completata da una biopsia che comprenda l'area positiva. In lesioni disomogenee l'area positiva evidenzia il punto preciso in cui deve essere eseguito il prelievo. Questo è particolarmente utile quando ci sono molte aree rosse (aree di eritroplachia e di erosione); meno indicato è il suo uso nelle lesioni solo bianche.

Mashberg A. Cancer 1980



Il test è assai sensibile ma relativamente poco specifico con conseguenti possibili falsi positivi; questo inconveniente non ne diminuisce il valore poiché ogni colorazione positiva deve essere confermata da biopsia.

Epstein JB. Head Neck 2003

*Lesioni potenzialmente cancerose
Prof. Gandolfo et al.*

PROCEDURE DIAGNOSTICHE (tutte le precancerosi)

Biopsia

Fornisce le migliori informazioni possibili sulla natura della lesione e soprattutto sulla presenza di displasia. Per quanto riguarda i PMD ci sono due possibili tecniche per eseguire questa procedura diagnostica: la biopsia escissionale e quella incisionale.





PROCEDURE DIAGNOSTICHE (tutte le precancerosi)

La **Biopsia Escissionale** consiste nell'asportare tutta la lesione ed allestire in seguito sul pezzo operatorio l'esame istologico per formulare la diagnosi.

È indicata in lesioni sospette di limitata estensione (diametro < 1cm) ad invasione molto superficiale, purché sia eseguita da un esperto.

Si tratta di un atto medico al tempo stesso diagnostico e terapeutico. Il rischio, non avendo ancora una diagnosi della lesione, è quello di eseguire asportazioni o troppo grandi (con possibili sequele chirurgiche) o troppo piccole (con gravi ripercussioni sulla prognosi).

Bailey JS. J Oral Maxillofac Surg 2001

PROCEDURE DIAGNOSTICHE (tutte le precancerosi)

La **Biopsia Incisionale** consiste nel prelievo di uno o più frammenti della lesione sospetta, che rimane quindi sostanzialmente imm modificata e chiaramente identificabile in attesa della futura terapia.

Per le lesioni estese, soprattutto se di aspetto disomogeneo, si dovranno effettuare più prelievi (mappatura) e, talvolta, in casi particolarmente difficili, è necessario un prelievo per ogni aspetto. In caso di lesioni disomogenee con aspetti eritroplasici o erosivo-ulcerati, è utile effettuare una colorazione con blu di toluidina.



Questa procedura risulta essere uno strumento diagnostico attendibile nell'intercettazione della displasia e del carcinoma squamoso della mucosa orale.

Pentenero M. Oral Dis 2003



PROCEDURE DIAGNOSTICHE (tutte le precancerosi)

Biopsia: alcune importanti regole da seguire

- L'anestetico non va iniettato direttamente nella compagine della lesione per evitare di danneggiare i tessuti
- Il diametro del prelievo deve essere di almeno 4-5 mm
- Evitare le zone centrali della lesione che possono presentare aree di necrosi non significative ai fini diagnostici.
- Il frammento deve essere manipolato con delicatezza in modo da evitare artefatti dovuti all'azione delle pinze chirurgiche, per questo alcuni suggeriscono di utilizzare pinze anatomiche
- L'utilizzo della "punch biopsy", dovrebbe consentire una minore necessità di manipolazione del tessuto

*Ficarra G. J Craniomaxillofac Surg 1987
Campisi G. Minerva Stomatol 2003*





PROCEDURE DIAGNOSTICHE (tutte le precancerosi)

Biopsia: alcune importanti regole da seguire

- Andrebbero evitati strumenti che producendo calore rendono meno leggibili i margini del prelievo: quindi non utilizzare l'elettrobisturi tradizionale, mentre l'utilizzo di apparecchiature non surriscaldanti è consentito
- Il frammento prelevato deve essere fissato immergendolo in un volume di formalina al 10% che corrisponda a 10-20 volte quello del prelievo
- Insieme al frammento bioptico, deve essere inviata al Patologo una dettagliata scheda di accompagnamento che lo informi sui dati anagrafici del paziente, anamnesi, sede della lesione, aspetto clinico, risultati di altre indagini diagnostiche pertinenti, precedenti biopsie, precedenti terapie e sospetto diagnostico

*Ficarra G. J Craniomaxillofac Surg 1987
Whitesides LM. Msda J 1995*

CENNI DI TERAPIA (Leucoplachia Eritroplachia)

La prima fondamentale terapia, che deve essere sempre attuata in presenza di qualunque precancerosi orale, consiste nella motivazione del paziente ad abolire i fattori di rischio (fumo e alcol) e nelle cure odontoiatriche eventualmente necessarie per eliminare o ridurre traumi cronici e portare alla salute orale. È a questo livello che l'odontoiatra deve svolgere un ruolo primario. Comunque, programmi educativi che incoraggiano l'abolizione del fumo possono portare a una riduzione dell'incidenza delle leucoplachie e l'abolizione del fumo può determinare la scomparsa di un certo numero di leucoplachie.

Gupta PC. Oral Dis 1995

Roed-Petersen B. Acta Derm Venereol 1982



CENNI DI TERAPIA (Leucoplachia - Eritroplachia)

Chirurgia

Non sempre l'asportazione chirurgica è il trattamento di prima scelta dei PMD. In caso di leucoplachia omogenea, senza displasia, e localizzata in sedi non considerate ad alto rischio di trasformazione maligna è indicato in primo luogo il follow-up, successivamente lo specialista potrà decidere se procedere all'asportazione chirurgica che si effettuerà solo se l'evoluzione lo richiede. Uno studio retrospettivo in pazienti con leucoplachie trattate (con chirurgia o terapia medica) e pazienti con leucoplachie non trattate (ma seguiti con un regolare follow-up) non ha mostrato alcuna differenza di incidenza di trasformazione maligna (Schepman 2001).

*Schepman KP. Oral Oncol 1998
Schepman KP, Oral Diseases 2001*



CENNI DI TERAPIA (Leucoplachia - Eritroplachia)

Chirurgia

Al contrario in caso di eritroplachia, di leucoplachie omogenee e disomogenee localizzate in sedi a rischio (lingua o pavimento) o in caso di qualsiasi Lesione potenzialmente cancerosa con displasia si ritiene indicata l'asportazione chirurgica in considerazione della maggiore probabilità statistica di trasformazione.

L'estensione della lesione, soprattutto in presenza di una componente rossa, deve essere evidenziata tramite l'utilizzo del blu di toluidina, mentre per le forme prevalentemente bianche può essere utile a tal fine la colorazione con Lugol.

I laser, in particolare quelli di ultima generazione, presentano numerosi vantaggi quali la marcata emostasi, la vaporizzazione circoscritta dei tessuti molli, la notevole precisione, la possibilità di non suturare la ferita operatoria ed avere comunque la riduzione dei disagi post operatori ed un'ottima e precoce guarigione. Tuttavia non è dimostrata la loro superiorità nel raggiungere l'obiettivo primario della terapia che è la eliminazione della lesione e la prevenzione della sua trasformazione maligna.

CENNI DI TERAPIA (Leucoplachia - Eritroplachia)

Terapia Medica

In un recente aggiornamento di una revisione della Cochrane sono stati trovati 9 studi caso-controllo randomizzati. I principali farmaci utilizzati includono la vitamina A e i suoi analoghi naturali e sintetici (beta-carotene e retinoidi) somministrati sia per via locale che sistemica, ketorolac e altre sostanze chemioterapiche come la bleomicina. Nessuno studio dimostra l'efficacia del trattamento medico nella prevenzione della trasformazione neoplastica, minimi risultati sono stati riportati sulla remissione clinica e sul miglioramento del quadro istologico delle lesioni trattate in confronto alle non trattate.

La terapia fotodinamica è considerata, da alcuni specialisti, uno dei possibili trattamenti per la leucoplachia orale, ma attualmente vi sono poche segnalazioni che riportano un'effettiva efficacia.

Sono inoltre stati testati collutori con adenovirus attenuati.

Lodi G. Cochrane Database Syst Rev 2006

Tsai JC. Lasers Surg Med 2004

Gluckman JL. Laryngoscope 1991

Gaballah K. Cancer Res 2007

Rudin CM. J Clin Oncol 2003



FNOMCeO - CAO

Progetto di aggiornamento sul Carcinoma orale
C.A.O. – S.I.P.M.O.- S.I.O.C.M.F.

Autori

Prof. Sergio GANDOLFO
Dott.ssa Monica PENTENERO

Università di Torino
Facoltà di Medicina e Chirurgia San Luigi Gonzaga

All rights reserved

Lesioni potenzialmente cancerose
Prof. Gandolfo et al.

SIPMO

