



Clinica del carcinoma orale (aspetti macroscopici, TNM e staging)



Caratteri generali

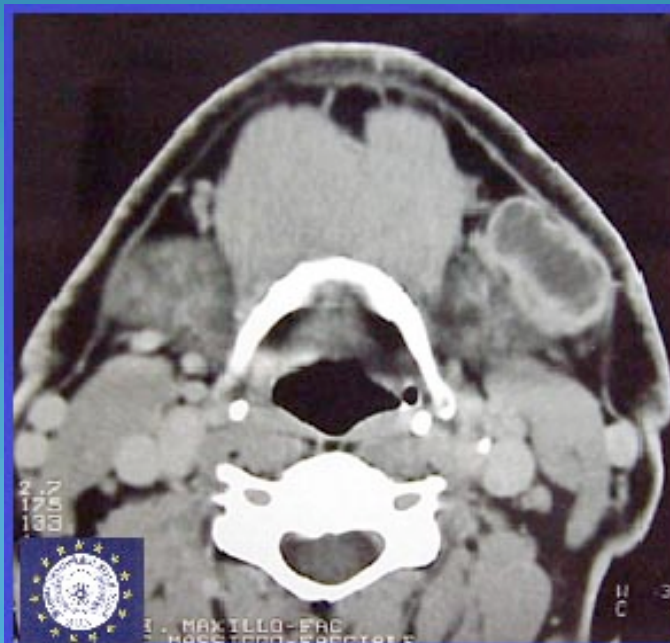
- Oltre 90% Ca squamosi
- Frequentemente preceduti da lesioni precancerose
- Variabilità macroscopica
- Carcinomi multipli, sincroni o metacroni





Caratteri generali

- Crescita espansiva poco frequente
- Precoce tendenza infiltrativa
- **Interessamento della rete linfatica**
- **Infiltrazione linfonodale**
- **Rottura della capsula**
- **Metastasi a distanza**





DIAGNOSI

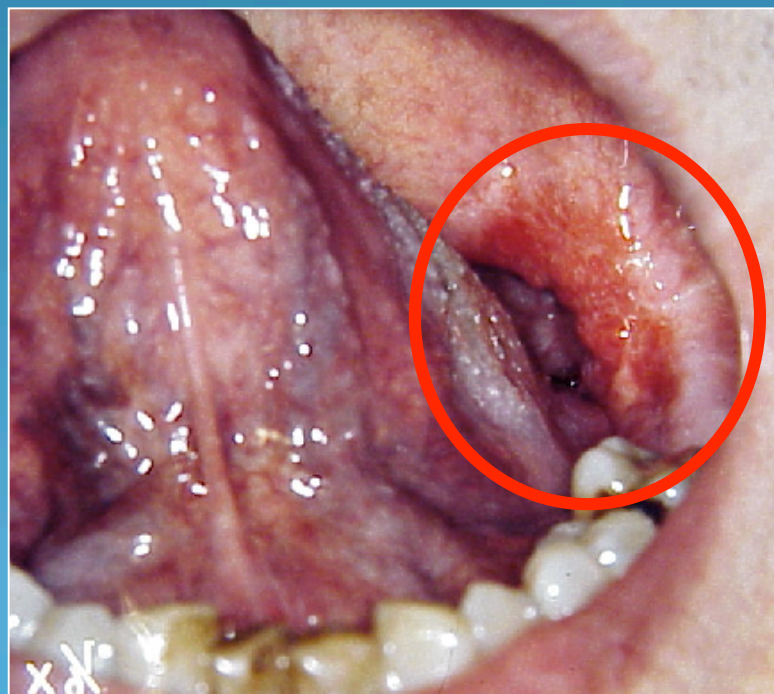
- ✓ Anamnesi
- ✓ Accertamento della neoplasia
- ✓ Valutazione della estensione locale
- ✓ Valutazione dell'estensione regionale (linfatica)
- ✓ Valutazione dell'estensione a distanza
- ✓ Possibile presenza di altre neoplasie concomitanti





Segni e sintomi

Una macchia colorata che aumenta improvvisamente di dimensioni





Segni e sintomi

Una chiazza bianca squamosa persistente





Segni e sintomi

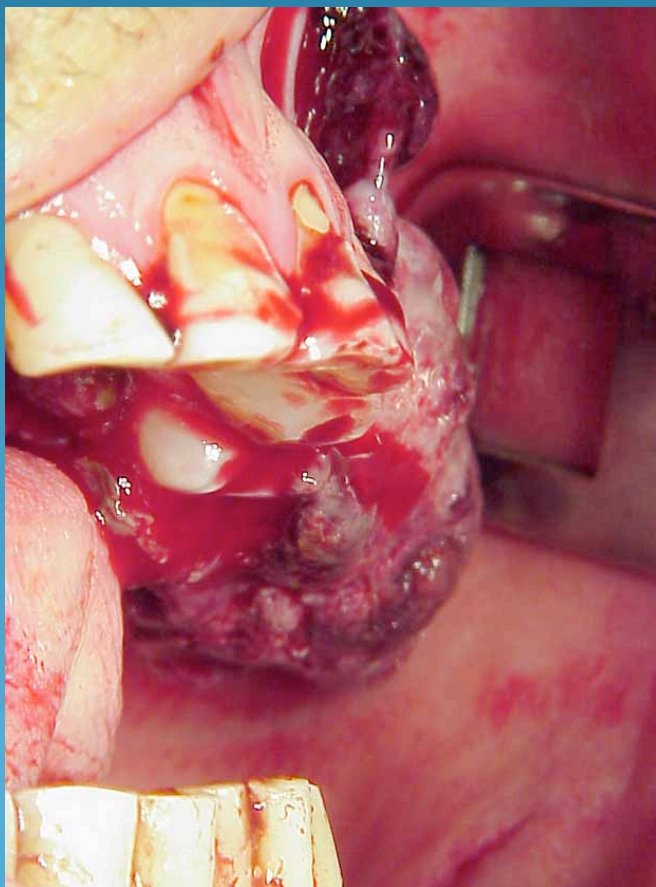
Un' ulcera che non tende a guarire





Segni e sintomi

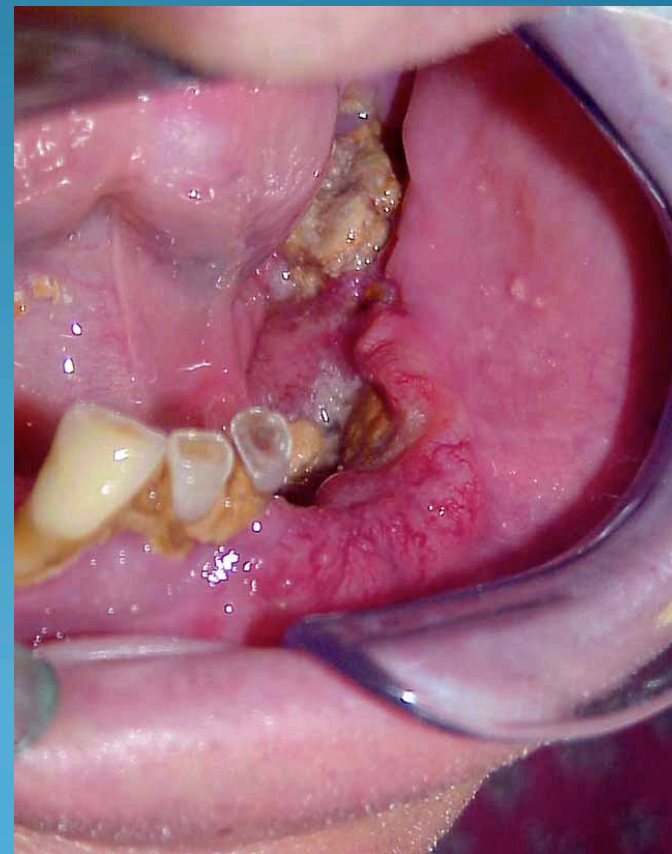
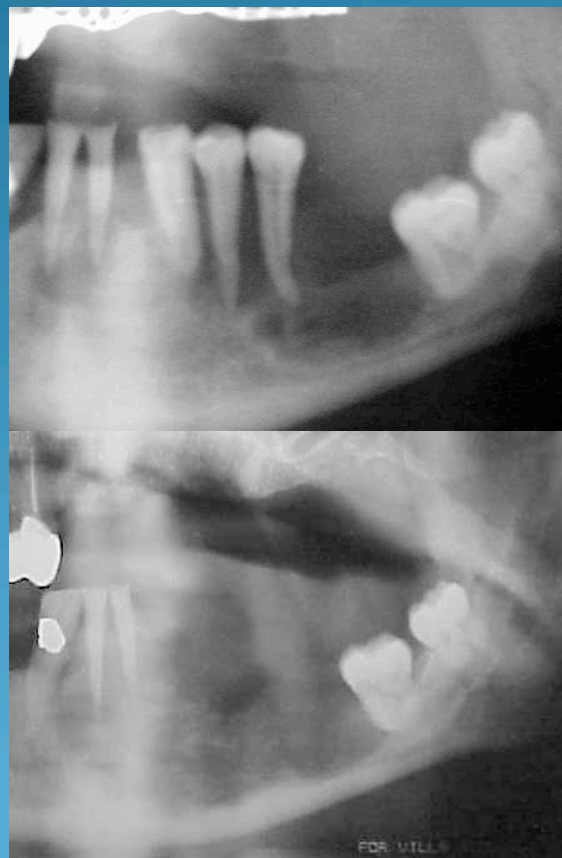
Un sanguinamento gengivale diffuso





Segni e sintomi

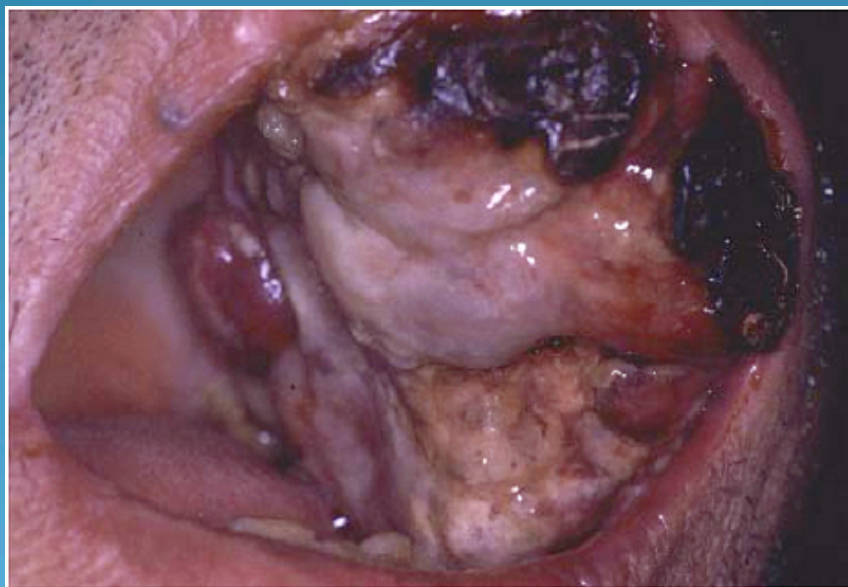
Denti che vacillano improvvisamente





Segni e sintomi

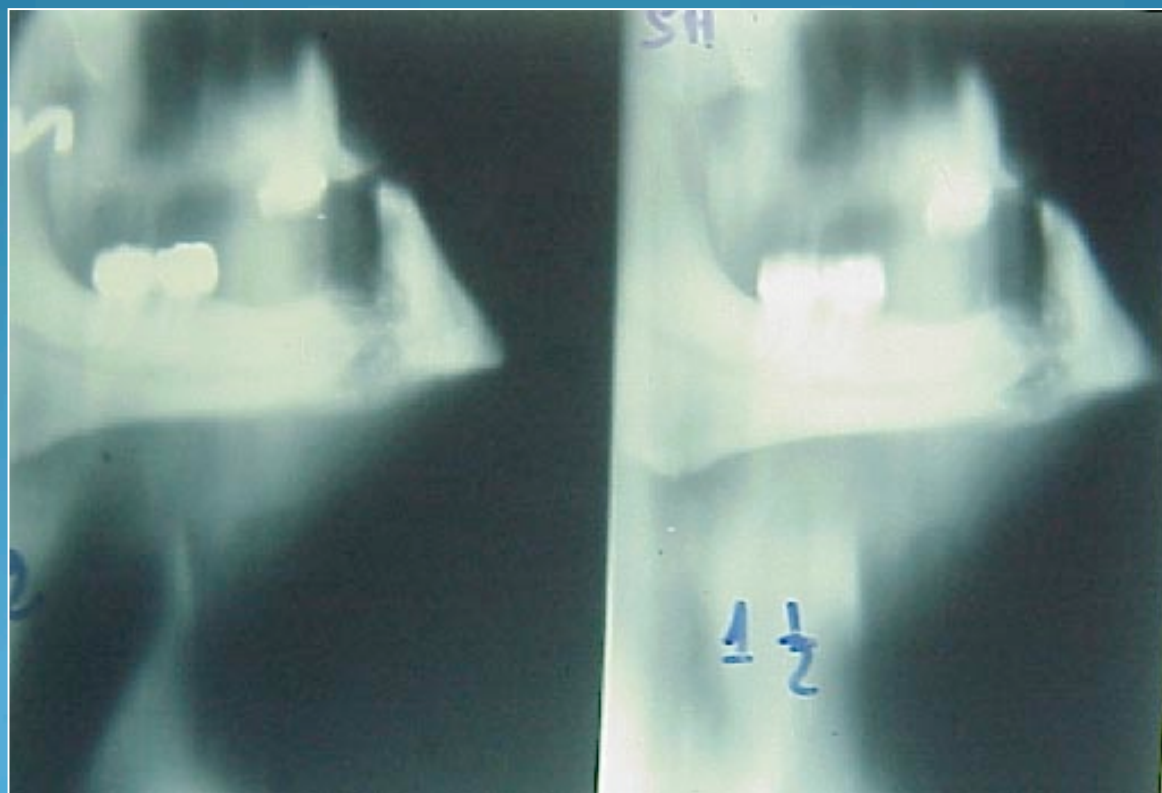
Progressiva asimmetria facciale





Segni e sintomi

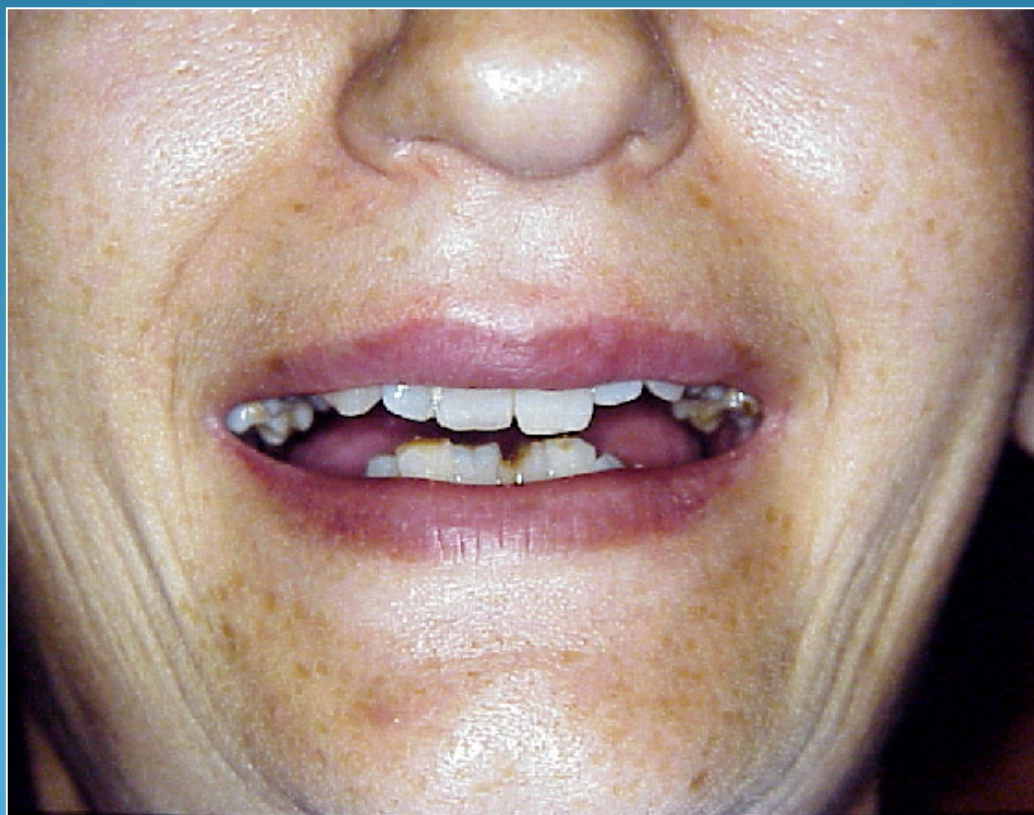
Parestesie, ipoestesi, iperestesi





Segni e sintomi

Serramento o dolore nel movimento della mandibola





Esame clinico

- Forma nodulare
- Forma ulcerata
- Forma vegetante
- Forma infiltrante
- Forme miste





Esame clinico

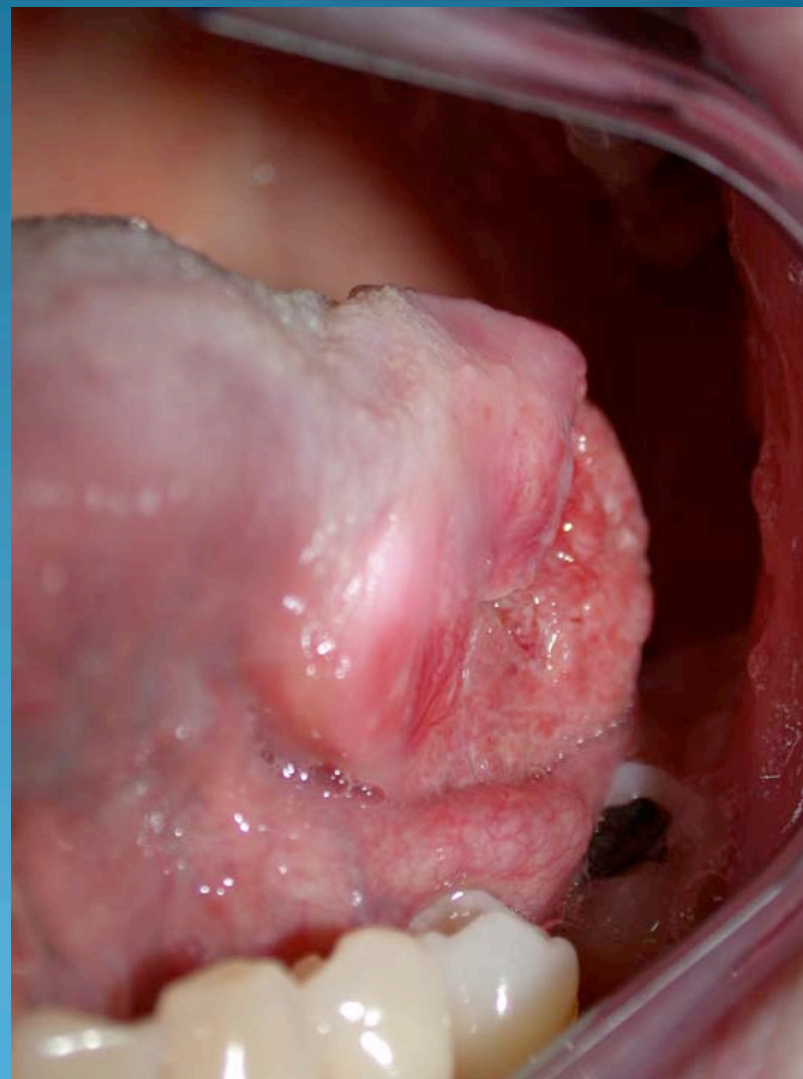
- Forma nodulare
- **Forma ulcerata**
- Forma vegetante
- Forma infiltrante
- Forme miste





Esame clinico

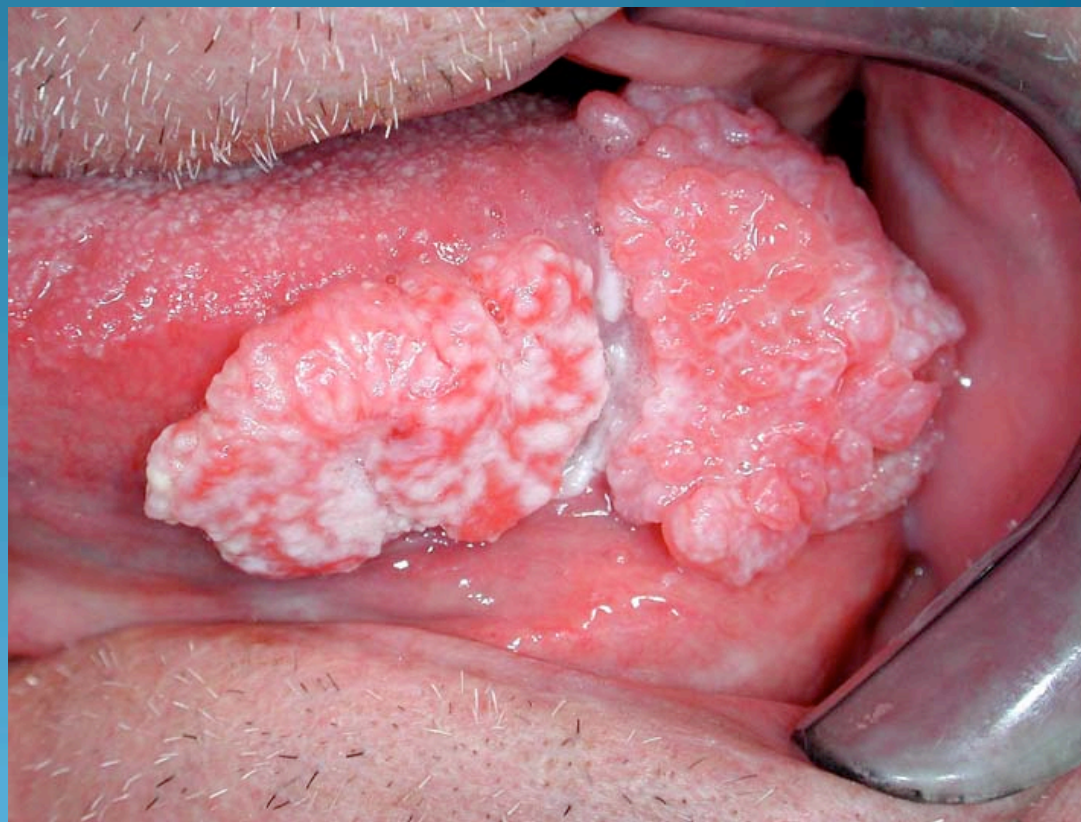
- Forma nodulare
- Forma ulcerata
- **Forma vegetante**
- Forma infiltrante
- Forme miste





Esame clinico

- Forma nodulare
- Forma ulcerata
- Forma verrucosa
- Forma infiltrante
- Forme miste





Esame clinico

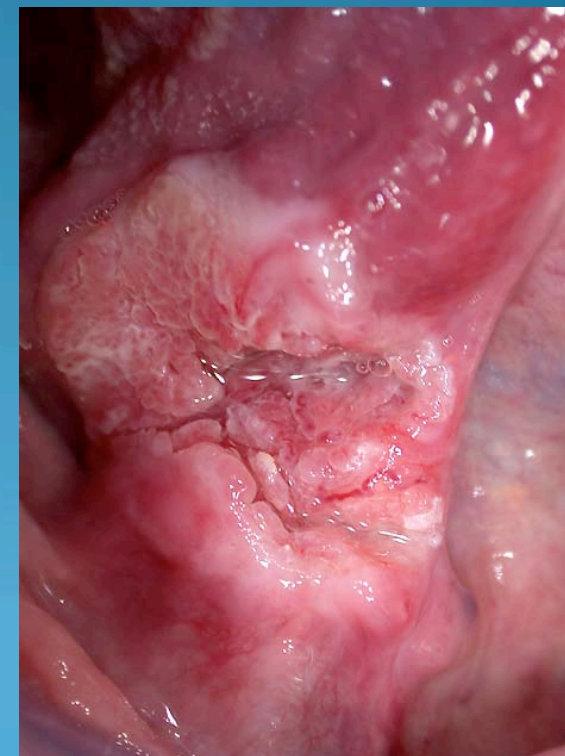
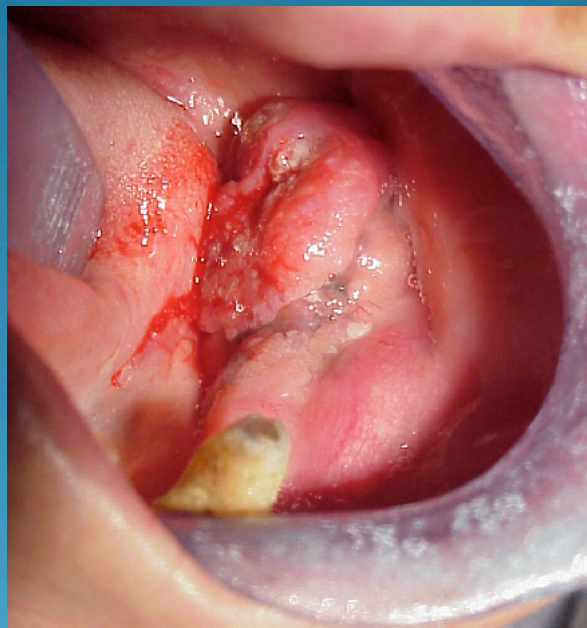
- Forma nodulare
- Forma ulcerata
- Forma vegetante
- **Forma infiltrante**
- Forme miste





Esame clinico

- Forma nodulare
- Forma ulcerata
- Forma vegetante
- Forma infiltrante
- **Forme miste**





LABBRO

Forme cliniche

Esofitico :

+ comune, cresce in superficie.

Necrosi della porzione
superficiale

Ulcerazione ($\emptyset > 1\text{cm}$)





LABBRO

Forme cliniche

Ulcerato :

Precoce ulcerazione

Rapida tendenza
all'infiltrazione





LABBRO

Forme cliniche

Infiltrante





LABBRO

Lunga storia clinica

M 95% F 5%

- Inferiore 89%
- Superiore 7%
- Commissure: 4%

Comportamento clinico differente nelle sottosedi





LABBRO

Sintomatologia

- Stadi iniziali

Comportamento indolente

Ispessimento epiteliale

Bolle od indurimenti su
leucoplachie

Ripetute croste sierose-
ematiche





LABBRO

Sintomatologia

- Stadi avanzati

Infiltrazione

Ulcerazione

rapida per labbro superiore e
commesure

Ipoestesia

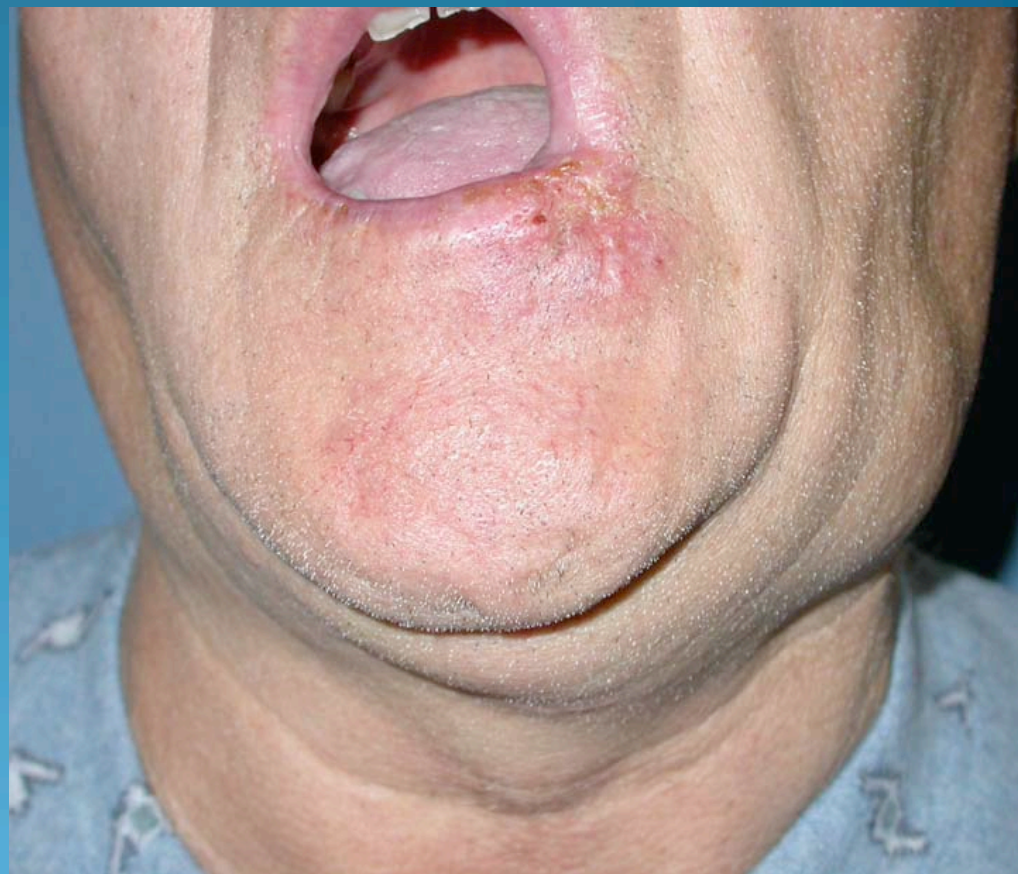




LABBRO

Adenopatie

- 10% alla presentazione iniziale
- > Per labbro superiore e commissure
- 5-15 % dopo due anni





PALATO DURO E GENGIVA SUPERIORE

- 1-5% neoplasie maligne del cavo orale
- 0.5% di tutte le neoplasie maligne
- VI-VII decade
- M/F 5:1
- Ca squamosi, tumori ghiandolari, altri (melanoma)



PALATO DURO E GENGIVA SUPERIORE

Salivari minori

Obbiettivo:

- tumefazioni non ulcerate
- poco dolenti

Soggettivo:

- ingombro cavo orale
- difficoltà masticazione
- alterazioni linguaggio





PALATO DURO E GENGIVA SUPERIORE

Carcinoma squamoso

- Ulcerazione dolente
- Bordo granuleggiante
- Sanguinamento
- Ingombro cavo orale
- Dolore
- Difficoltà alimentazione
- Alterazione linguaggio
- Non ritenzione protesi

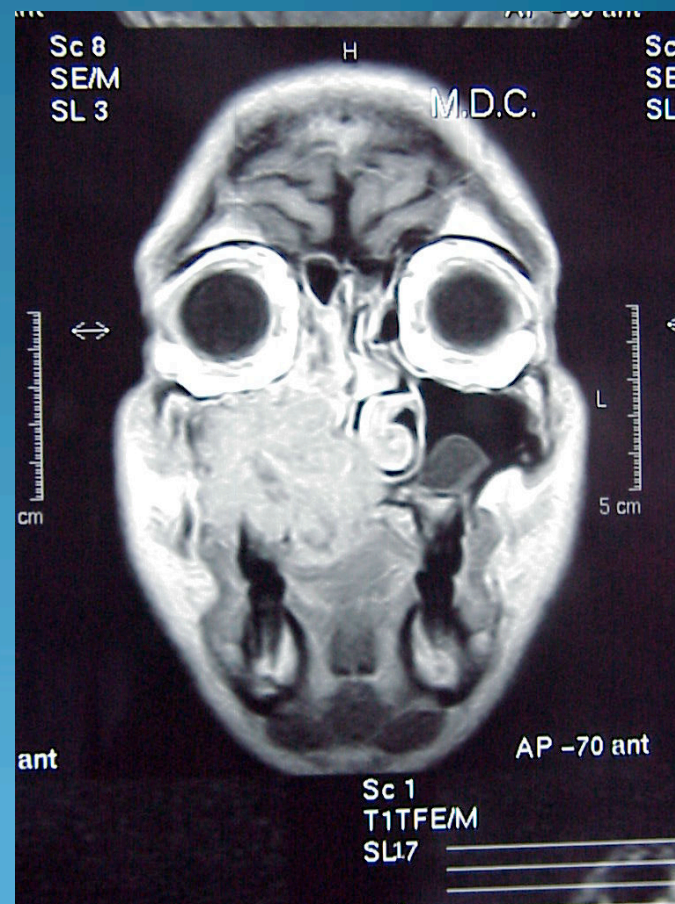




PALATO DURO E GENGIVA SUPERIORE

Diffusione locale

- Alto : seni paranasali
- Posteriore:
 - Tuberosità del mascellare
 - Spazio pterigomascellare
- Laterale: mucosa geniena





PALATO DURO E GENGIVA SUPERIORE

Diffusione linfatica

- Drenaggio poco sviluppato
- Diffusione tardiva
- Linfonodi :
 - buccinatore e/o parotidei
 - sottomandibolari
 - giugulodigastrici (I-II livello)



LINGUA MOBILE

- 17-36% dei casi
- 2/3 posteriori, superficie ventrale e/o margini
- Rari dorso linguale ed apice
- Sviluppo in profondità > estensione in superficie
- Effetto spremitura della muscolatura orientata 3D
- “Squeezing” : focolai neoplastici distinti dalla massa principale

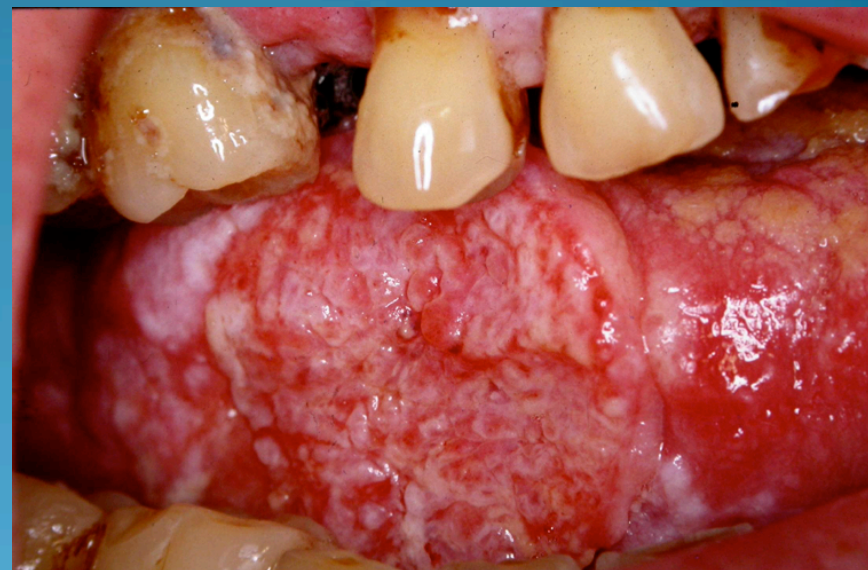




LINGUA MOBILE

Infiltrazione profonda

- Non sottomucosa
- Fasce e rafe mediano = resistenza alla infiltrazione diretta
- Tessuto muscolare: invasione precoce e progressione favorita dalla contrazione muscolare



Infiltrazione perineurale

- Piccoli rami periferici

LINGUA MOBILE

Adenopatie metastatiche

35-62%

- Metastasi occulte

T1 14.5%

T2 30.6%

- “Vis a tergo” della muscolatura

- In funzione di: dimensioni di T

profondità d’invasione





LINGUA MOBILE

Metastasi a distanza

Aumentate in funzione della
maggiore sopravvivenza

Polmone

Rari: fegato

encefalo

ossa



LINGUA MOBILE

Sintomatologia iniziale

- Adenopatie come primo sintomo
- Area leucoplasica
- Area eritroplastica
- Piccola ulcera
- Massa esofitica papillomatosa
- Nodulo intramurale sottomucoso
- Algie e parestesie





LINGUA MOBILE

Accrescimento in profondità

- Ulcerazione profonda
- Parestesie e fascicolazioni linguali
- Disfagia
- Disfonia
- Sanguinamento
- Dolore terebrante irradiato



LINGUA MOBILE

Accrescimento in profondità

Infiltrazione nervosa

- n. linguale: dolore diffuso (sensazione di patata bollente in bocca)
- n. ipoglosso: deficit motori, punta deviata, ostacolo movimenti in protrusione e lateralità





LINGUA MOBILE

Estensione al pavimento orale

- Ostruzione salivare
- “Congelamento” della regione sopraioidea
- Edema marcato, duro, cute a buccia d’arancia





PAVIMENTO ORALE

PAVIMENTO ORALE ANTERIORE

Diviso dal frenulo linguale

Contiene gli sbocchi delle
ghiandole sottomandibolari e
sottolinguali

Incidenza: 10%

PAVIMENTO ORALE POSTERIORE

18% carcinomi orali

Raramente isolato

Coinvolgimento di : lingua
gengiva
trigono
orofaringe
mandibola
cute

Interessamento da neoplasie linguali avanzate 75%

CROCEVIA ONCOLOGICO



PAVIMENTO ORALE ANTERIORE

Sintomatologia (tardiva ed aspecifica)

Iniziale

- Piccola ulcera
- Parestesie transitorie
movimenti linguali
- Dolore alla masticazione





PAVIMENTO ORALE ANTERIORE

Sintomatologia

- Infiltrazione dotto di Warthon
 - ritenzione salivare
 - tumefazione sottomandibolare
- Ulcerazione
- N. linguale (dolore urente)



PAVIMENTO ORALE ANTERIORE

Sintomatologia

Tardiva

- Ostacolo alla motilità linguale
- Tumefazione labbro inferiore
(invasione fornice)





PAVIMENTO ORALE ANTERIORE

Adenopatie

- Linfo nodi sottomandibolari 63.3%
- Linfo nodi sottomentonieri 16-28%
- Bilaterale 18.6%





PAVIMENTO ORALE LATERALE

Sintomatologia

- Sintomi tardivi ed aspecifici
- Crescita ridotta in superficie
- Precoce tendenza all'infiltrazione
- Effetto “iceberg”
- Adenopatie sottomandibolari e laterocervicali primo segno (24-42%)





PAVIMENTO ORALE LATERALE

Macro:

- Piccola lesione esofitica
- Ulcerata
- Lesione infiltrata a scodella



PAVIMENTO ORALE LATERALE

Sintomo d'esordio

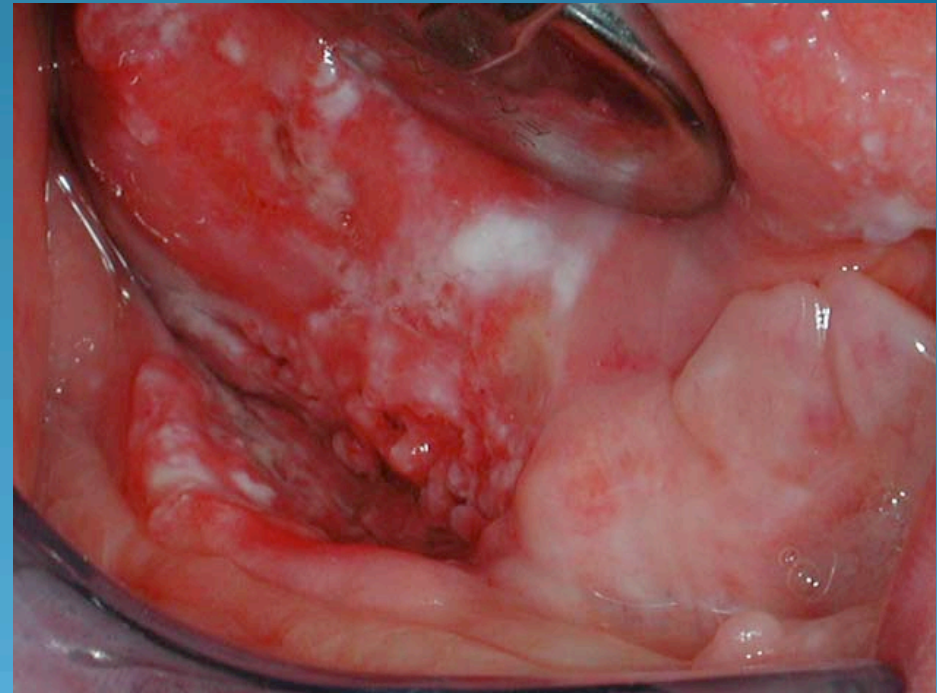
- *Odinofagia ad irradiazione posteriore alta (dolore trafittivo, irradiato alla mandibola ed all'orecchio)*
- *Dolore esacerbato da movimenti linguali e cibo*
- *Striature ematiche nella saliva*



PAVIMENTO ORALE LATERALE

Infiltrazione

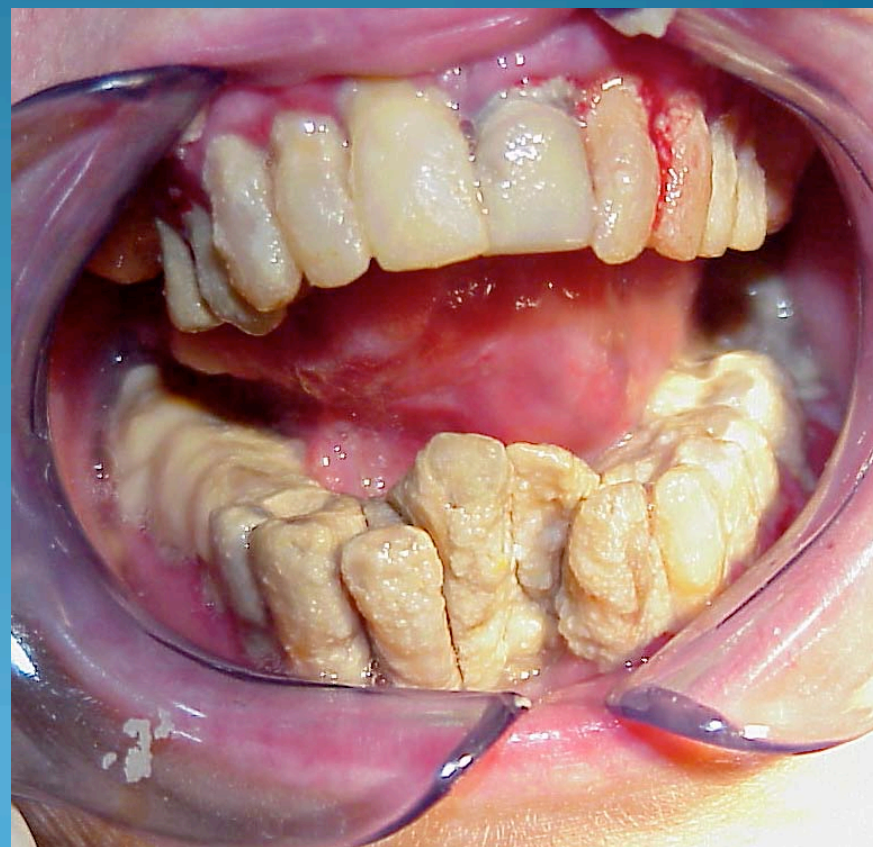
- Dolore subcontinuo
- Sensazione di corpo estraneo (spina di pesce)
- Parossismi trafittivi durante i pasti (alla lingua, sottomandibolare, orecchio)
- Odinofagia (alleviata da bevande alcoliche)





PAVIMENTO ORALE LATERALE

- Atteggiamenti antalgici (riduzione dei movimenti linguali)
- Fenomeni emorragici più frequenti e più gravi
- Deficit motori linguali su base neurologica (XII nc)
- “Congelamento” della regione





PAVIMENTO ORALE LATERALE

Adenopatie

Vie linfatiche beanti di grosso calibro prive di strutture valvolari

Massaggio e vis a tergo della lingua

Stazioni **sottomandibolari** e **giugulodigastriche** (35-40%)



GUANCIA

- Localizzazione poco frequente
- 4-6 casi x 100.000 abitanti
- 8-10% del cavo orale
- Eccezione India
- Prognosi peggiore



GUANCIA

- Origina spesso da leucoplachie
- Generalmente vegetante
- Raramente ulcero-infiltrante
- Eccezionalmente verrucoso



GUANCIA

Sintomatologia

- Notato con la punta della lingua come fastidio o corpo estraneo
- Linfadenopatia talora primo segnale
- Dolore irradiato all'orecchio nelle fasi avanzate
- Trisma





GUANCIA

Adenopatie

- 10 – 50%
- Livelli I – II
- Linfadenopatia isolata
sottomandibolare 85%
sottodigastrica 10%
- Metastasi occulte 10 – 20%



TRIGONO RETROMOLARE

- Area ristretta, mal definita
- Sede di diffusione da altre sedi (regione genio-palato-glosso)
- Asintomatici in fase iniziale
- 27 - 56% malattia metastatica





TRIGONO RETROMOLARE

Sintomatologia

- *Sintomi tardivi ed aspecifici*
- *Algie e bruciori*
- *Erosione superficiale - ulcerazione*
- *Odinofagia*
- *Otalgia unilaterale*
- *Trisma progressivo*
- *Dolori linguali*
- *Algie dentarie*





TRIGONO RETROMOLARE

Adenopatie

Livelli II – III

(linfonodi giugulari profondi superiori)

Talora **Ib** iniziale



GENGIVA

- Limitata estensione anatomica
- Patologia spesso misconosciuta
- Sesso maschile
- Incidenza 4-5%
- Gengiva inf / sup = 7/1
- Sedi molari e premolari
- Estensione da sedi vicine





GENGIVA

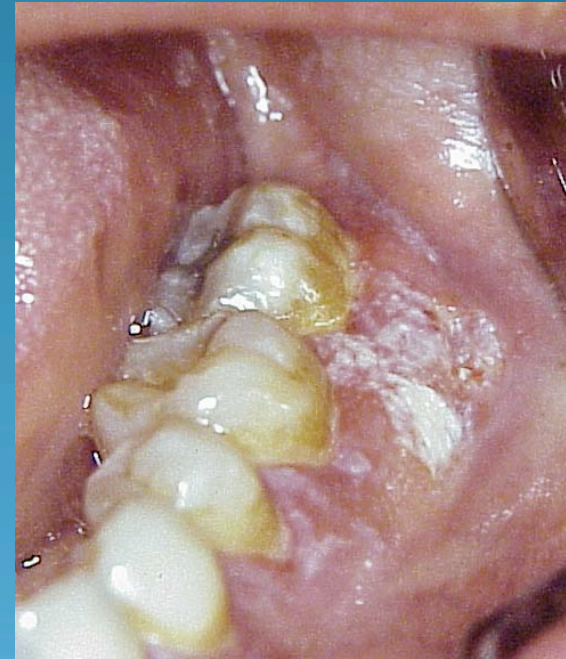
- Mucosa ad aspetto disepitelizzato
- Lesioni infiltrative
- Lesioni esofitiche
- Estensione ossea facilitata da precedenti estrazioni
- Interessamento osseo 30 – 35%



GENGIVA

Sintomatologia Stadio iniziale

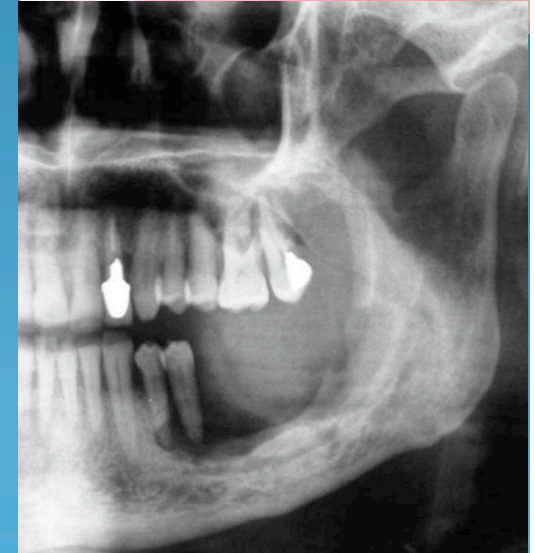
- Aree edentule
- Soluzione continuo mucosa, ulcera sanguinante ad andamento cronico
- Neoformazione esofitica, superficie irregolare, papuloso, sanguinante



GENGIVA

Sintomatologia Stadio iniziale

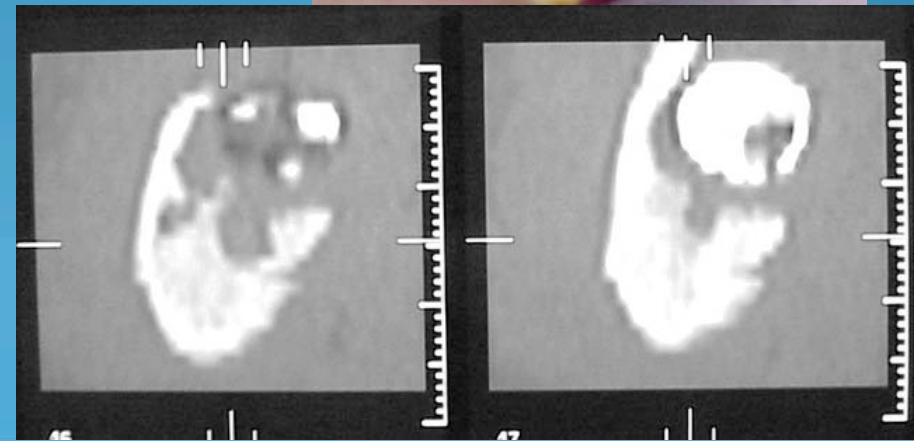
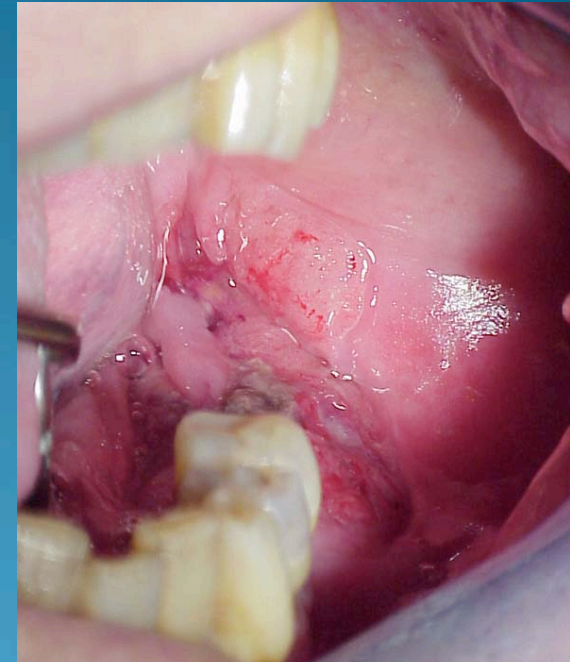
- Sintomi sfumati (episodi emorragici lievi, corpo estraneo, piccola massa)
- Dolore urente e dolorabilità durante la masticazione
- Vacillamento dentario e caduta con residua lesione a scodella, fondo sanioso infiltrante l'osso
- Difficoltà alla masticazione
- Dolorabilità irradiata



GENGIVA

Sintomatologia Stadio avanzato

- Emorragie frequenti
- Dolore terebrante irradiato
- Difficoltà masticatoria marcata
- Trisma
- Sintomi correlati alla diffusione
- Tumefazioni linfonodali I – II livello mono- o bilaterali
- Foetor ex ore





GENGIVA

Adenopatie

- Diffusione metastatica minore e più tardiva (6-10 mesi dall'insorgenza)
- Drenaggio linfatico esteso ad entrambi i lati della linea mediana
- Metastasi 30% (40% avanzate, 6% iniziali)



TNM

Premesse:

Carcinomi di uguali sito anatomico ed istologia mostrano pattern di crescita similari e similari outcome

Con l'incremento del tumore primitivo (T), aumenta la possibilità di interessamento linfonodale regionale (N) e/o di metastasi a distanza (M)



TNM

Espressione della estensione anatomica della malattia ed è basato sulla valutazione di tre componenti fondamentali :

- Crescita del tumore primitivo (T)
 - TX, Tis, T0, T1, T2, T3, T4
- Diffusione ai linfonodi regionali (N)
 - NX, N0, N1, N2, N3
- Metastasi a distanza (M)
 - MX, M0, M1

I sottogruppi numerici dei componenti TNM esprimono la progressiva estensione della malattia neoplastica



TNM

Stadiazione del cancro utilizzata per analizzare e comparare gruppi di pazienti e fornire un metodo di confronto delle esperienze cliniche senza ambiguità

- Fornisce una precisa registrazione della estensione della malattia
- Esprime la gravità/estensione della malattia
- Raggruppa i casi caratterizzati da eguale gravità in funzione di determinati fattori prognostici



The screenshot shows the UICC website with the following content:

- UICC Logo:** International Union Against Cancer, global cancer control
- Navigation:** ABOUT UICC | JOIN UICC | SUPPORT UICC
- Menu:** Activities | Publications | Fellowships & Training | Campaigns | Networks | Collaboration | News | Calendar
- Search:** SEARCH... GO
- Breadcrumbs:** International Union Against Cancer > Activities > TNM > TNM History
- Section Header:** TNM History
- Sub-section:** TNM Milestones
- 1940s:** Dr Pierre Denoix developed the TNM Classification of Cancer Stage at the Institut Gustave-Roussy, France.
- Subsequently:** UICC established a Special Committee on Clinical Stage Classification under his leadership and continued to develop the TNM Classification
- 1953:** Publication of the "Uniform Technique for a Clinical Classification by the TNM System"⁽¹⁾.
- 1968:** TNM pocket book, "the Livre de Poche", 1st edition
- 1974:** Livre de Poche, 2nd edition
- 1982:** TNM Classification, 3rd edition
- in subsequent years:**
 - the International Federation of Gynaecology and Obstetrics (FIGO) developed the FIGO Classification for Gynaecological Malignancies
 - the American Joint Committee for Cancer (AJCC) began publishing separate definitions of TNM categories
- 1982:** TNM Atlas 1st edition, a graphic guide to the TNM Classification
- 1985:** TNM Atlas, 2nd edition
- 1987:** Unification⁽²⁾ of the UICC and AJCC TNM classifications
TNM Classification of Malignant Tumours 4th edition
- 1989:** TNM Atlas, 3rd edition
- 1993:** TNM Supplement, 1st edition, a commentary on uniform use
- 1995:** Prognostic Factors 1st edition
- 1997:** TNM Classification of Malignant Tumours 5th edition
TNMAtlas, 4rd edition
- 1998:** TNM Interactive CD Rom
- 2001:** TNM Supplement 2nd edition
Prognostic Factors 2nd edition
- 2002:** TNM Mobile Edition 2.0
TNM Classification of Malignant Tumours 6th edition
- 2003:** TNM Online
TNM Supplement 3rd edition
- 2004:** TNM Atlas 5th edition



CLASSIFICAZIONE DEL TUMORE PRIMITIVO T

- Dimensione massima riferita ad uno dei diametri considerabili (lunghezza, larghezza, spessore)
- Parametro infiltrazione non ancora definito se non per T4



LABBRO E CAVITÀ ORALE

Classificazione clinica di T*

- TX Non è possibile individuare il tumore primitivo
- T0 Non evidenza di tumore primitivo
- Tis Carcinoma in situ

**La classificazione patologica p corrisponde alla classificazione clinica*



T1

Tumore di 2 cm o meno nella dimensione maggiore





T1

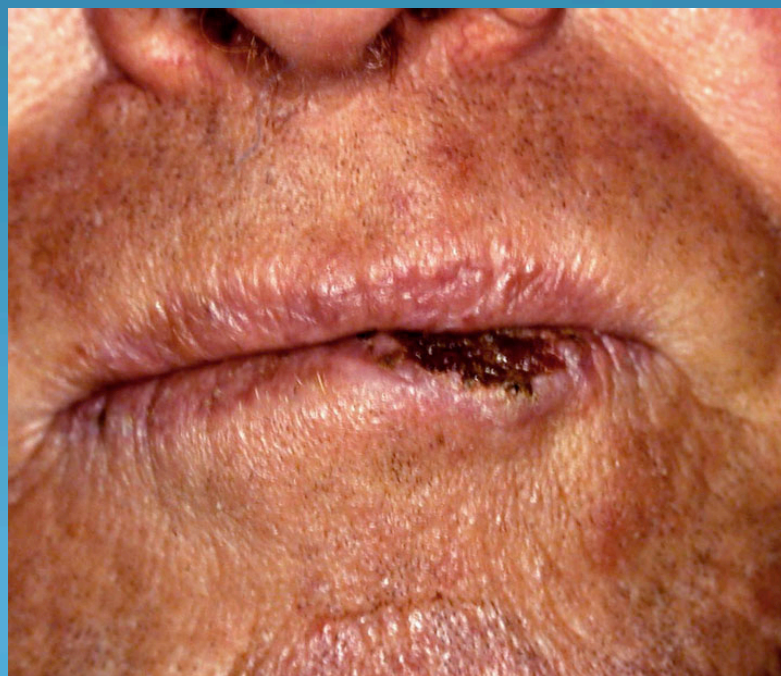
Tumore di 2 cm o meno nella dimensione maggiore





T2

Tumore superiore a 2 cm ma non superiore a 4 cm nella
dimensione maggiore





T2

Tumore superiore a 2 cm ma non superiore a 4 cm nella
dimensione maggiore





T3

Tumore superiore a 4 cm nella dimensione maggiore





T3

Tumore superiore a 4 cm nella dimensione maggiore





T4a Labbro:

Tumore che invade la corticale ossea, il nervo alveolare inferiore, il pavimento orale, la cute.





T4a Cavo orale :

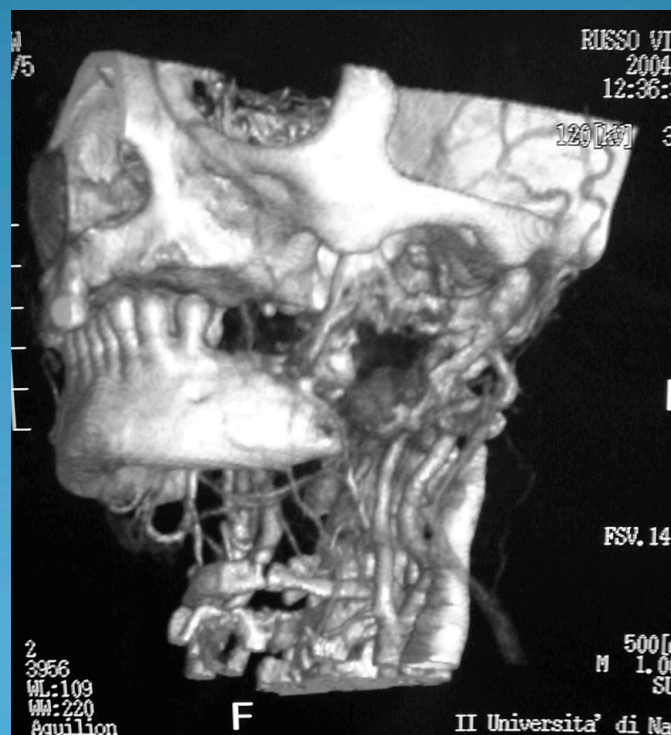
Tumore che invade la corticale ossea, in profondità/muscoli estrinseci della lingua, il seno mascellare, la cute.





T4b Labbro e Cavo orale :

Tumore che invade lo spazio masticatorio, le lamine pterigoidee, la base cranica od infiltra l'arteria carotide interna





*Note:

- La sola erosione ossea superficiale o l'invasione della tasca gengivale da parte di un primitivo gengivale non è sufficiente per classificare un tumore come T4a o T4b
- La corticale ossea deve essere superata come evidenziato radiograficamente o con esami sofisticati (scintigrafia ossea, TC). In caso contrario la neoplasia non deve essere classificata T4, ma assegnata alla categoria corrispondente alle dimensioni.
- L'invasione della sola muscolatura intrinseca non va codificata come T4.
- L'estensione ad una sede limitrofa (es. orofaringe) va codificata come T4 se avviene sotto forma di infiltrazione profonda. Se l'estensione è solo superficiale valgono solo le dimensioni.



CLASSIFICAZIONE DELLE METASTASI LINFONODALI N

Criteria classificativi

- Unitariamente con altre sedi testa-collo
- Neoplasie biologicamente diverse (carcinoma del rinofaringe, ghiandole salivari maggiori, labbra, cute)



CLASSIFICAZIONE DELLE METASTASI LINFONODALI (N)

Criteria clinici:

- mobilità o fissità
- lato di N
- numero di N
- livello nel collo
- rispondenza a modalità di diffusione preferenziale
- mezzi strumentali (Ecografia, TC, RNM, etc.)
- variabilità in funzione del fattore di certezza
- importanza per N0



CLASSIFICAZIONE DELLE METASTASI LINFONODALI (N)

- Eliminato il riferimento alle caratteristiche di mobilità o fissità (soggettivo)
- Equivalente a fissità il criterio dimensionale ($\emptyset > 6$ cm)
- Metastasi controlaterali N2
- Non considerati i livelli



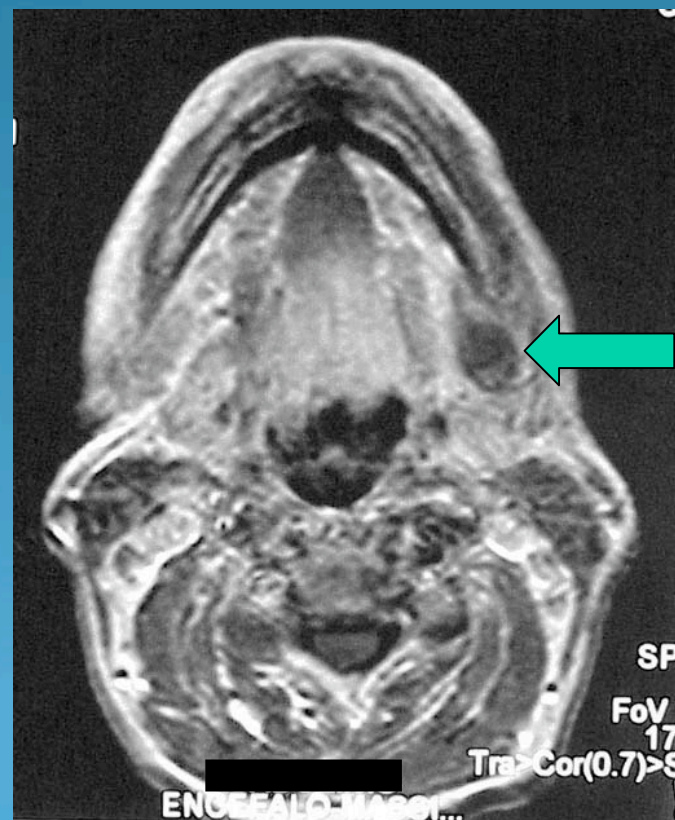
Classificazione clinica di N

NX Non è possibile individuare linfonodi regionali

N0 Non metastasi ai linfonodi regionali

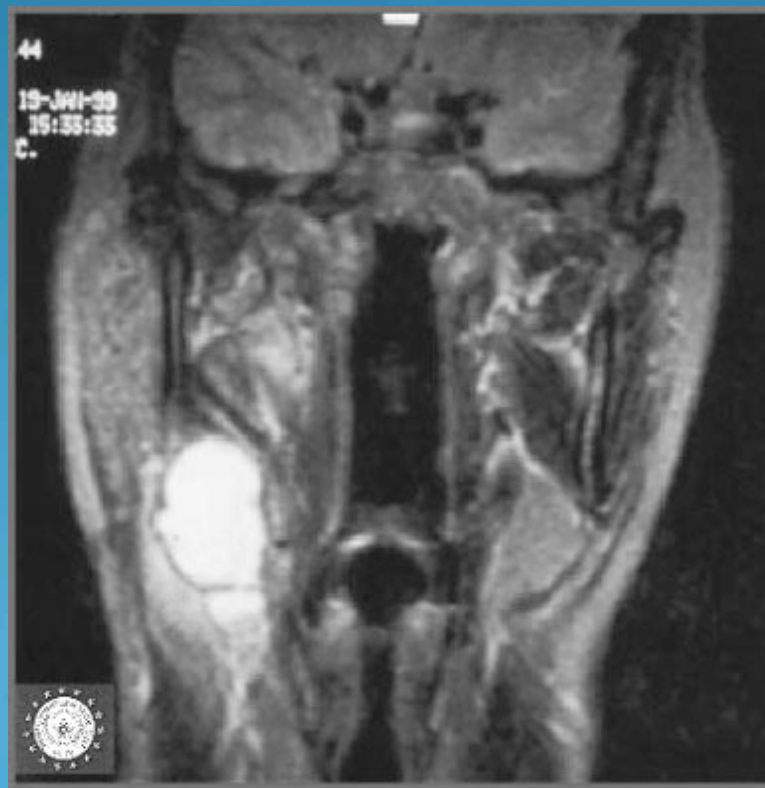


N1: Metastasi in un singolo linfonodo ipsilaterale, di 3 cm o meno nella sua dimensione massima



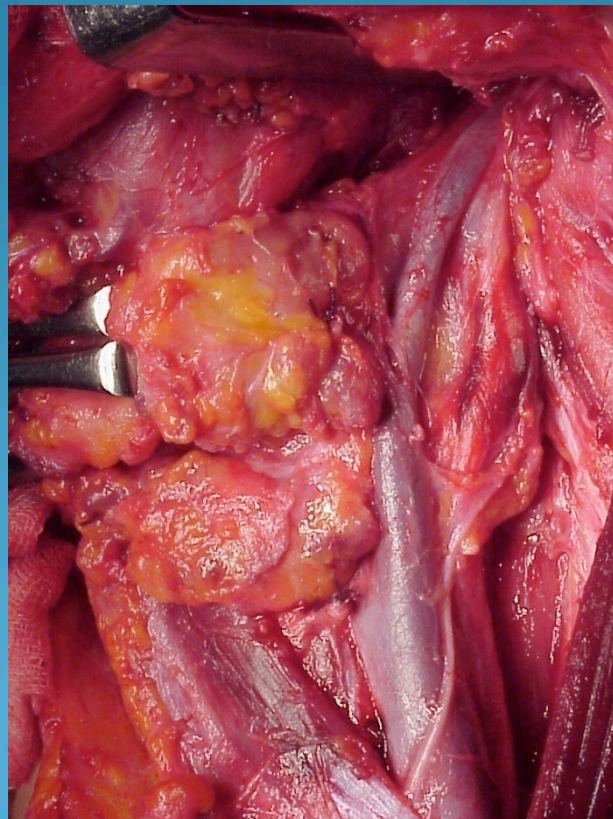


N2a: Metastasi in un singolo linfonodo ipsilaterale, maggiore di 3 cm ma inferiore a 6 cm nella sua dimensione massima



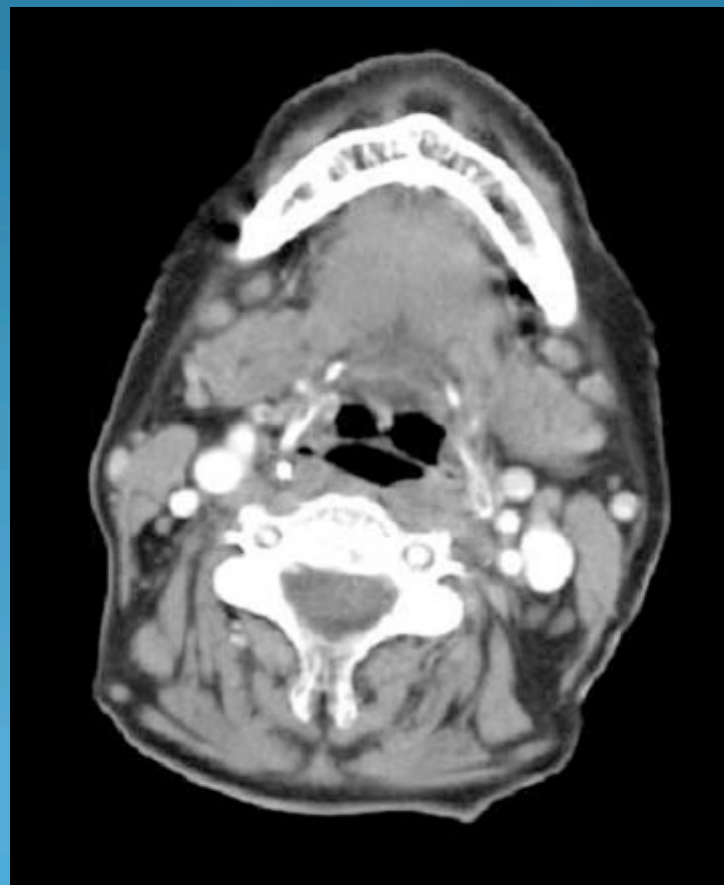


N2b: Multipli linfonodi ipsilaterali, nessuno dei quali superiore a 6 cm nella sua dimensione massima





N2c: Linfonodi controlaterali o bilaterali, nessuno dei quali superiore a 6 cm nella sua dimensione massima





N3: Metastasi in un singolo linfonodo maggiore di 6 cm nella sua dimensione massima

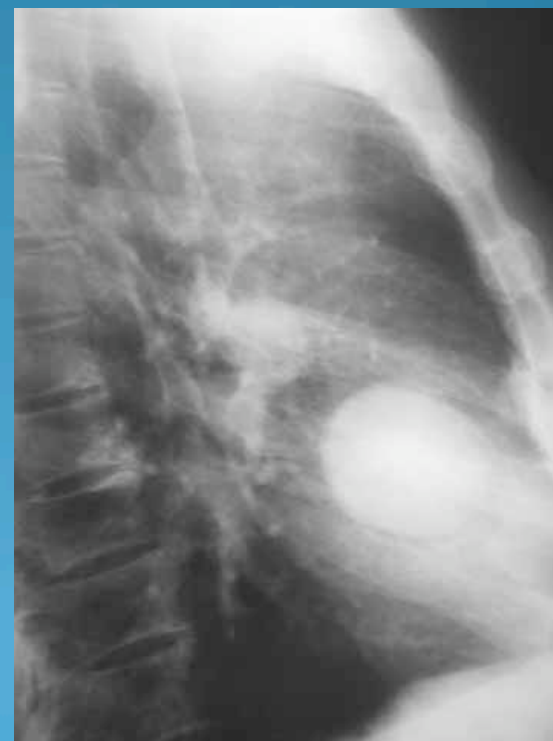




CLASSIFICAZIONE CLINICA DELLE METASTASI A DISTANZA (M)

In assenza di sintomi, procedure diagnostiche minime:

- Rx Torace
- Ecografia epatica





CLASSIFICAZIONE CLINICA DELLE METASTASI A DISTANZA (M)

- MX Non è possibile individuare la metastasi
- M0 Non evidenza di metastasi
- M1 Presenza di metastasi



CLASSIFICAZIONE pTNM

- Deriva dall'esame completo dei pezzi operatori
- Può essere applicato ai soli casi trattati chirurgicamente
- Stesse caratteristiche della classificazione clinica, ma misurate al microscopio
- Si premette il simbolo **p** al TNM
- Per N0: esaminati e riscontrati esenti da metastasi
 - almeno 10 linfonodi da Radical Neck Dissection (RND) o Modified RND
 - almeno 6 linfonodi da Selective Neck Dissection



GRADING ISTOPATOLOGICO

GX Il grado di differenziazione non può essere accertato

G1 Carcinoma ben differenziato

G2 Carcinoma moderatamente differenziato

G3 Carcinoma scarsamente differenziato

G4 Carcinoma indifferenziato



RAGGRUPPAMENTO IN STADI

- Impiegato per comodità di analisi statistica
- Omogeneità dei primi due stadi ed eterogeneità degli stadi III e IV
- IV stadio ulteriormente scomposto in 3 sottostadi



RAGGRUPPAMENTO IN STADI

Stadio 0 Tis N0 M0

Stadio I T1 N0 M0

Stadio II T2 N0 M0

Stadio III T3 N0 M0

T1 o T2 o T3 N1 M0

Stadio IV A T4 N0 M0

T4 N1 M0

T1/2/3/4 N2 M0

Stadio IV B T1/2/3/4 N3 M0

Stadio IV C Ogni T Ogni N M1



Approfondimenti

- 1) Brown JS et al ., Patterns of invasion and routes of tumor entry into the mandible by oral squamous cell carcinoma Head Neck 24: 370383, 2002
- 2) Cummings E et al, Otolaryngology Head & Neck Surgery Mosby 2001
- 3) de Campora E. I tumori maligni epiteliali del cavo orale. Relazione ufficiale 87° Congresso Nazionale SIO Cagliari 24-24/5/2000
- 4) Genden EM et al. Neck disease and distant metastases Oral Oncology 39 (2003) 207–212
- 5) Groome P.A. et al A comparison of published head and neck stage groupings in carcinomas of theoral cavity Head Neck 23: 613–624, 2001.
- 6) Koch B.B., et al., National Survey of Head and Neck Verrucous Carcinoma Patterns of Presentation, Care, and Outcome Cancer 2001;92:110–20
- 7) Malard O., et al. Pretherapeutic evaluation of oropharyngeal and oralcavity squamous cell carcinomas: a clinical,radiological and histological evaluation International Congress Series 1240 (2003) 1051– 1062
- 8) Okada Y., et al. :An analysis of cervical lymphnodes metastasis in oral squamous cell carcinoma Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2003; 32: 284–288
- 9) Silverman S. Jr. Oral cancer BC Decker Inc. London 1998
- 10) Simo R., et al. Diagrammatic recording of head and neck tumours Clin. Otolaryngol. 2002, 27, 374–377
- 11) Wittekind C et al., TNM Atlas 5th Ed. Springer 2004



Autori:

Giuseppe Colella
Paolo Biondi

*Seconda Università degli Studi di Napoli (SUN)
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Dipartimento Universitario di Patologia della Testa e del Collo.*