

Rakovina ústní sliznice: Úloha a odpovědnost všeobecné dentální praxe

Scott D. Benjamin, DDS

Mnozí všeobecní stomatologové se domnívali, že nemají nic co dočiní se smrtí nebo zhoubnými nemocemi. Naštěstí se toto mínění změnilo a poskytovatelé dentální péče pokračovali tyto obavy. Dentální odborníci na klinickou medicínu musejí připustit, akceptovat a být připraveni zabývat se skutečností, že jsou v první linii ochrany pacientů proti orální rakovině.

Pro tento případ musí být velmi dobře vybaveni elitní výzvou. To vyžaduje aktuální znalosti, pomocné diagnostické nástroje a podporu týmu v rámci péče o zdraví, aby bylo zajištěno

správné a konzistentní vyšetření rakoviny ústní sliznice – nálezy, diagnóza i léčba.

Musí být nastolena otázka, proč se rakovina ústní sliznice po léta významně neprojevovala. Je totiž jedinou formou rakoviny, jejíž úspěšnost léčby se v posledních desetiletích nezlepšila. Nedostatek rutinního vyšetření a dkladných orálních mukózních vyšetření mohou být pravděpodobnou příčinou.

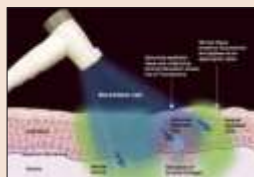
Výzkum Americké dentální asociace (ADA) odhalil, že pouze 15 % pacientů oznámilo, že byli vyšetřeni na orální rakovinu. Studie prezentovaná na výroční

schůzce American Dental Hygienists' Association (ADHA) vyhodnotila, že přibližně 30 % pacientů bylo vyšetřeno zdravotnickým odborníkem na orální rakovinu.

Všeobecní stomatologové uvádějí širokou paletu důvodů, proč nejsou běžně vykonávány vyšetření na rakovinu ústní sliznice. Důvody zahrnovaly nedostatek času, nedostatek kompenzace proplácení těchto výkonů, a nepřijemnost projednávání této záležitosti s pacienty. Odborníci na klinickou medicínu rovněž indikovali, že jsou nejistí v dokumentování nálezu, stejně jako v oblasti dalších kroků vyšetření, které musí být učiněny.



Přímá fluorescenční vizualizace



maligní změny již v době, kdy ještě nejsou viditelné běžným okem.

Fluorescenční vizualizace je založena na principu ztráty fluorescence ústní sliznice, která je způsobena přítomností abnormálních buněk v tkáni. Za izení emituje neškodné modré světlo o vlnové délce 400-460 nm, které vstupuje do tkáně přes epitel, bazální membránu až do podslizniční vazivové tkáně, kde fluorescentují spoje kolagenových vláken. Zatímco zdravé buňky epitelu fluorescentují ze-

lením, abnormální tkáň se jeví jako tmavá nepravidelná, ostře ohraničená oblast. Ztráta fluorescence abnormálních buněk epitelu je přímým způsobem snížením koncentrace FAD (flavin adenin dinukleotid), v podslizniční vazivové tkáni pak roztoupením kolagenových vláken v důsledku dysplastických změn.

Za izení přímou fluorescenční vizualizaci se skládá z halogenové lampy, světlovodného kabelu a především soustavy optických filtrů, které pro pouští pouze emitované světlo.

Problém komplikuje skutečnost, že odborníci na klinickou medicínu vnímají orální zhoubné nemoci a rakovinu jako výjimečné. A navíc – převládající názor, dokonce u organizací jako American Cancer Society (ACS) je, že rakovina ústní sliznice je uváděna v literatuře mezi typy a výskytu rakoviny, nikoliv jako významná hrozba. To je v rozporu se skutečností, že incidence této choroby je oproti rakovině cervikální trojnásobná, a to s téměř dvakrát vyšší úmrtností.

Studie prokazují, že dentisté selhávají v odhalování rakoviny ústní sliznice ve většině vyskytujících se případů (tj. 69 %). Chybují rovněž v tém dvojnásobku v případě asymptomatických

rákovin ústní sliznice, jež naleznou.

U studentů zubařského učebního programu v Texasu, Californii a v Kentucku, že 9 až 75 % absolventů indikuje nejistě nebo má nedostatek způsobů rozpoznání zhoubného nebo pre-maligní lézí. Nicméně – noví absolventi mají vyšší úroveň znalostí o rizicích kovových faktorů orální rakoviny a vyšetřování, než zkušenější dentisté.

Obrana proti rakovině ústní sliznice

Nejprve – pacient potěbuje mít znalosti povahy onemocnění orální rakoviny. Z druhé – jako osoba, která tráví v těsné blízkosti pacientů, dentální hygienistka, musí v rámci své práce zahrnout odhalení abnormalit (např. zubní kaz, vleklý zánět kosti, periodontální onemocnění, mukózní onemocnění) a poukázat pacienta o významu vyšetření na rakovinu ústní sliznice, diagnostice a léčbě. Konečně – všeobecný stomatolog se musí aktivně zapojit do odhalování a vyhodnocování podezření na lézi.

Zvýšené klinické vyhodnocení musí být prováděno hygienistkami, všeobecnými stomatology, eulistními chirurgy, ústními lékaři a skými specialisty, orálními patology a ORL specialisty na rutinní bázi. Zvýšené vyhodnocení zahrnuje detailní vyšetření, které obsahuje vizuální, palpační a fluorescenční vizuální vyšetření a ohledání, společně s vhodným odběrem vzorku tkáně.

Má-li být do diagnostického týmu zahrnut specialista, pak příslušný praktik musí poskytnout fotografie, aby specialista měl dostatečné podklady pro diagnózu. Konečně diagnóza musí být potvrzena orálním patologem po histologických a dalších dodatečných diagnostických procedurách, které jsou považovány za nezbytné.

Pokračování v dalším čísle.

Je skvělý pocit zachránit zub
Představte si jaký to je pocit zachránit život

Odhalte abnormalitu v ústech dříve než se stane maligní

VELscope
The Oral Cancer Screening System

Pouhým okem bez očivých problémů.

VELscope: Inná skvělá je zřetelně viditelná. Ve tkáni byl úspěšně pozorován karcinom ústní sliznice.

800 100 793

Outwest: 800 100 793, 208 962 2444, 408 462 4138, 408 773 232 330
Pulse: 714 231 1311, Pulse Healthcare, 907 216 4138, 28 45 30 218, 408 773 232 331
Martini: 28 458 01, Martini, 800 258 122, 909 862 078

www.velscope.com

Rakovina ústní sliznice : Úloha a odpovědnost všeobecné dentální praxe

Scott D. Benjamin, DDS

Pokračování z minulého čísla.

Úloha dentální péče a praktická odpovědnost na pacientovo zdraví

Představte si toto: Starší žena ve svých sedmdesáti letech byla pacientkou v autorově praxi po zhruba 20 let. Nic neobvyklého nebylo zjištěno. Když byla dotazována na možné životní události okolnosti, uvedla, že se stará o svého nemocného manžela – a pacientka vykazovala známky stresu. Diagnóza zněla, že její zubní problémy jsou výsledkem stresu. Pacientka se neukázala léta. Nyní se objevila se šupinatým buněčným karcinomem (squamous cell carcinoma – SCC), jenž byl pravděpodobně sledkem předchozích potíží.

Byla doporučena biopsie. Pacientka odmítla s poukazem na svých téměř 80 letech, že nechce další operaci. Nicméně nakonec se podrobila transepiteliální biopsii, jež způsobuje minimum obtíží. Výsledek s potvrzením SCC ji motivoval k souhlasu s chirurgickou biopsií.

Pacient odmítl operaci – opakovaný kontakt autora a jeho týmu pacientku přesvědčil o plné možnosti situace. A dcera pacientky byla matkou o nezbytnosti léčení. Po šesti měsících se pacientka vrátila do autorovy péče a po resekci levé mandibuly. Děkujeme za poskytnutou informaci – pacientka se, že její rodina, přátelé a lidé v ordinaci mají zájem o její dobro.

Tabulka 1
Mukózní vyšetření v etn VELscope Screening System

Všeobecná dentální praxe / Dospělá nikotiliv vysoce riziková populace

Počet pacientů celkem	
Vyšetřeno:	1 317
Celkový počet vyšetření	3 952
Pacienti s dokumentovanými oblastmi mukózní tkáně (všechny typy)	460
Léze dysplastické povahy (histopatologicky potvrzeno)	21

Kroky k vyšetření orální rakoviny

V posledních několika letech se objevilo několik doplňkových (například zrcadlové, digitální kamery, fluorescenční vizualizace) nástrojů pro vyšetření orální rakoviny. Dilema spočívá v tom, jak odlišit prospěšné nástroje od hraček. Chirurgická biopsie s mikroskopickým vyšetřením je jedinou přijatelnou metodou diagnostikování rakoviny. Všechny ostatní metody jsou adjuktivními procedurami konstruovanými pro pomoc při určení místa a kde bude chirurgická biopsie vhodná a nejvíce pro spíše.

Role chirurgické biopsie je potvrdit nebo vyloučit karcinom, odhadnout dysplazii a identifikovat známé specifické podmínky.

Mukózní vyšetření v etn VELscope Mucosal Examination System

Údaje z autorovy praxe odhalují, že podobně jako u pacientů má jakýs typ lehké mukózní abnormality, jenž by měl být zaznamenán v klinickém záznamu. Nejvíce alarmující data se týkají následků lézí s dysplazií po tvrzenou biopsii.

Tento typ informací vzbudí mnoho alarmujících otázek: Jak platná jsou statistická data z minulosti v podmínkách pravidelného rozsahu pro sobotu procesu onemocnění? Kolik pacientů mohlo být pomínuto v průběhu posledních 25 let?

První případ, který autor vyšetřoval při použití fluorescenční vizualizace (VELscope, LED Dental, Inc., White Rock, BC, Canada), se týkal pacientky, která přišla na rutinní hygienickou prohlídku s tím, že při prohlídce s bílým svítlem byla objevena abnormalita chrupu. Její umlý chrup byl už souborně byla dohodnuta následná kontrola.

O dva týdny později vypadala tato oblast téměř úplně stejná. V té době byla provedena transepiteliální biopsie a byly objeveny atypické buňky, takže byla stanovena chirurgická biopsie.

Vase chirurgické biopsie byl doručena prototyp VELscopu a pacientka byla znovu vyšetřena při použití fluorescenční vizualizační technologie. Lokalizace na povodním místě vykazovala ztrátu fluorescenční vizualizace (LFV) (Obr. 2). Avšak – v průběhu vyšetření fluorescenční vizualizací byla objevena další oblast, která nebyla odhalena při vyšetření pod standardním bílým světlem. Oblasti byly podrobeny biopsií a následnému histologickému vyšetření orálním patologem.

Povodní lokalita byla stanovena jako mírná dysplazie a oblast, která by povodní byla bez použití VELscope LFV neodhalena, byla stanovena jako těžká dysplazie (Obr. 3).

Otázky do úvahy

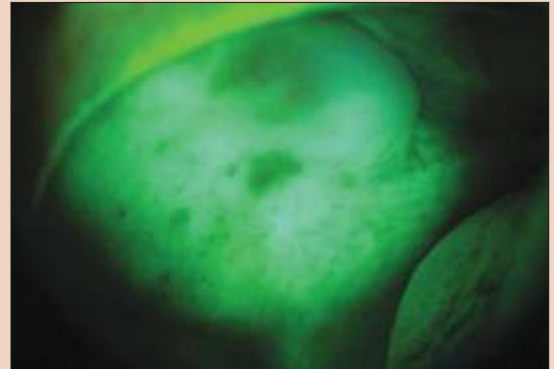
Jak všeobecní praktikové zahrnují do své praxe zařízení VELscope a fluorescenční vizualizaci, tak vidíte, které by nikdy předtím vidět nemohli. Jsou vyburcováni tím, co vidí? Vyburcují pacienty svými nálezy? A doteď – spoolehnu se na svou technologii až do té míry, že odmítnou další možnosti – v etn své vlastní rozumové interpretace?

Zvažte případ 40leté Afričanky, kterou autor vyšetřoval. Při opětovném vyšetření potěch mších byla zjištěna oblast s LFV. Byla provedena transepiteliální biopsie a následným odhalením atypických buňek. Bylo provedeno biotické nabodnutí a bylo prokázáno, že oblast je postižena mírnou až střední dysplazií (Obr. 4).

Tyto případy podtrhují potřebu opakovaných, ostražitých a nikoliv sebeuspokojivých vyšetření dospělých pacientů, a zavedení diagnostických protokolů do praxe. Všeobecní praktikové musejí být stále bdělí v takovémto momentu, a nepřivést elitní a neignorovat.

Dále – musejí být uin na rozhodnutí k léčbě. Například – změní se pacientova léze? Paradoxně – a koliv je tabák nepochybně jedním z etiologických faktorů pro orální rakovinu, nejsou to léze spojené s tabákem, které představují nejvyšší riziko zhoubných onemocnění, ale léze jako tyto, které se objevují jako idiopatické. Takováto dysplazie se vyvine během života, a není ji možné rozpoznat s jakýmkoliv stupněm jistoty, zda je zvrátatná a navrátí se v normální tkáň.

Proto – lépe než omyl z neinformovanosti – ošetřete celou oblast s LFV laserem CO₂ a svými domit odstranit. Pacient byl umístěn pod do-



Obr. 2: Abnormální tkáň byla objevena, když při fluorescenční vizualizaci byla odhalena oblast demonstrující ztrátu fluorescence.



Obr. 3: Při použití fluorescenční vizualizace byly identifikovány dvě oddělené oblasti abnormální tkáně: vzorek 1 s těžkou dysplazií a vzorek 2 se střední dysplazií.



Obr. 4: Klinický pohled pacienta s mírnou až střední dysplazií, jež byla identifikována pomocí biotického nabodnutí.

zor, protokol z prohlídky, ať se pozorování pro případ potvrdí nebo ne.

Závěr

V jakémkoliv stadiu nemoci, které se projevují v průběhu pacientovy orální kavity, všeobecní praktikové musejí být připraveni na potenciální orální rakovinu – a rovně. Musejí komunikovat s pacienty a pracovat ve spolupráci s ostatními členy zdravotnického týmu. Jako první linie pacienta proti orální rakovině – nebo jakékoliv nemoci orální oblasti – všeobecní

praktikové musejí být dopředu s vlastními znalostmi, moderními nástroji a se zvýšenou sebedůvěrou ve vlastní schopnosti.

Kontaktní informace

Scott D. Benjamin, DDS
General Practice
Sidney, New York

Visiting Professor
University at Buffalo – The State
University of New York
School of Dental Medicine
Buffalo, New York

SBenjamin@DentalAIM.com



Obr. 1: Klinická fotografie zjevného šupinatého buněčného karcinomu (squamous cell carcinoma – SCC).