

المرض الفموي الخبيث

Malignant Disease of the Oral Cavity

جي. دي. لانقندن

- يعتبر التدخين والكحول المسببين الرئيسيين لسرطان الفم في العالم الغربي، وخصوصاً بين اليافعين؛ نظراً لتفشي هذه العادات في هذه الفئة العمرية، بينما يعد مضغ التبغ والتنبول أهم المسببات لسرطان الفم في قارة آسيا، حيث تنتشر هذه العادة في معظم المجتمعات دون استثناء.

المعرفة المفترضة

- يجدر بك في هذه المرحلة أن يكون لديك المعرفة العلمية، والكفاءة العملية في المجالات التالية:
- تشريح الفم والبلعوم والجهاز اللمفي للرأس والرقبة.
- علم أمراض الأورام الحميدة والخبيثة وأسلوب انتشار الأمراض السرطانية.
- أمراض الأنسجة المخاطية الفموية.
- إذا كنت تشك بمدى كفاءتك فيما سبق ذكره فننصحك بمراجعتها قبل الشروع في قراءة هذا الفصل، أو الاستعانة بمراجع مناسبة عند الحاجة إلى ذلك.

- يعد سرطان الفم مرضاً نادراً في العالم الغربي، وتقدر نسبة الإصابة باثنين في المائة من بين كل الأمراض السرطانية، ولكنه الأكثر شيوعاً في قارة آسيا إذ تقدر نسبته بأربعين في المائة.
- لوحظ مؤخراً ازدياد انتشار سرطان الفم في العالم الغربي، وخصوصاً ما بين الأشخاص الأصغر سناً.
- لم يلاحظ أي تحسن قياسي في نسبة الشفاء لسرطان الفم على مدى الأربعين سنة الماضية.
- يرتفع معدل الشفاء للأورام الصغيرة والأورام المكتشفة مبكراً إلى ما يعادل ٨٠٪ ولذلك يتوجب على أطباء الأسنان والممارسين العاميين اكتشاف الآفات المثيرة للريبة مبكراً، وتحويل المرضى دون تأخير.
- تحمل العديد من آفات الأنسجة المخاطية الشائعة خطر التحول السرطاني، وهناك العديد من العوامل التي تزيد من قابلية الأشخاص للإصابة بسرطان الفم.

نتائج التعليم المقصودة

بنهاية هذا الفصل يمكنك الآتي:

- ١- وصف الإصابة والمسببات لسرطان الفم في مناطق مختلفة من العالم.
- ٢- التفريق بين الآفات الفموية الاعتيادية والحالات المحتمل تحولها إلى آفات خبيثة.
- ٣- وصف دور طبيب الأسنان في اكتشاف ورم الفم الخبيث، والحماية منه.
- ٤- تمييز سرطان الفم في كل مراحله ووصف أماكن ظهوره داخل الفم.
- ٥- وصف أساسيات تصنيف سرطان الفم وإدراك دورها في العلاج وفيما ينتج عنه.
- ٦- وصف مميزات ومساوئ مختلف الطرق العلاجية.
- ٧- وضع الخطط المطلوبة والأولويات للعناية بصحة الفم لدى مرضى السرطان.
- ٨- تحديد مدى الحاجة للتحويل الفوري للمريض عند ظهور الآفات الفموية المثيرة للريبة.
- ٩- وصف متطلبات الاختراع المناسب وكيفية القيام بها.

سرطان الفم والبلعوم

يحتل سرطان الفم والبلعوم عالمياً المرتبة السادسة الأكثر شيوعاً من بين كل أمراض السرطان وتتراوح نسبته ما بين ٢-٤٪ في العالم الغربي وتشير بعض الدلائل إلى ازدياد الإصابة بين الياقنين، وبالمقابل فإن سرطان الفم والبلعوم هو أكثر الأورام انتشاراً في قارة آسيا، وتقدر الإصابة في الهند بما لا يقل عن ٤٠٪ من كل السرطانات، ويقدر أن حوالي ٥٠٠,٠٠٠ حالة

سرطان فم وبلعوم تكتشف سنوياً، وأن عدد المصابين قد تجاوز ١,٥ مليون نسمة في إحدى الفترات الزمنية من عام ٢٠٠٠م. وبما أن التدخين يعد المسبب الرئيس لسرطان الفم والبلعوم في العالم الغربي سواء كان بمفرده أو بمصاحبة الكحول، فإن خطورة الإصابة تتضاعف عند تعاطي الاثنین معاً، ولذلك يفترض إمكانية الوقاية من هذا المرض. أما في قارة آسيا والشرق الأقصى فيعتبر تناول البان (PAN) بمختلف أشكاله والتدخين العكسي (reverse smoking) المسببين الرئيسين لسرطان الفم والبلعوم، حيث ثبت دون مجال للشك دور التبغ في مضغة التنبول (betel quid)، إضافة إلى احتمال دور الليمون الحامض المخفف (slaked lime) وبذرة الفوفل (areca nut) في نشوء المرض. ولقد لوحظ مؤخراً تزايد عدد النساء المصابات في العالم الغربي، وتضاعف القلق بشأن انتشار هذا المرض وخصوصاً سرطان اللسان بين الشباب وبالتحديد الذكور منهم بعد أن كان هناك انخفاض في معدل الإصابة في أوائل هذا القرن. وبما أنه ليس بالإمكان تفسير هذه الظاهرة فقط بتنامي عادة تعاطي الكحول والتدخين المنتشرة أصلاً في أوروبا وأمريكا الشمالية إلا أن هذا يضاعف من دور طبيب الأسنان العام في الوقاية من هذا المرض بتقديم النصح للمرضى، والمساعدة في الامتناع عن استنشاق، ومضغ التبغ، والاعتدال في تعاطي الكحول.

وعلى الرغم من تطور علاج الأورام السرطانية الفموية الأولية وكذلك أمراض الرقبة خلال الأربعين سنة الماضية إلا أن نسبة الشفاء لمدة ٥ سنوات لم تتعد ٥٥٪. وربما يعود السبب في ذلك إلى النكس المرضي للمرض والفسل في السيطرة على انتقاله إلى الغدد اللمفية الرقبية في مراحله المبكرة. ومع ذلك، فقد أتاح التقدم

حدوث نكس موضعي، وكذلك الحال مع الأساليب الحديثة في جراحة قاع الجمجمة، والتي تعتمد على إزاحة عظام الفك والوجه للوصول إلى الأورام وجعل ما كان مستعصياً للعلاج في الماضي قابلاً للجراحة في الوقت الحالي كما هي أورام الفراغ الجناحي والأورام تحت الصدغ والمناطق الجانبية للبلعوم.

إعادة بناء الأنسجة

يعد حالياً بناء الأنسجة الأولي بعد الاستئصال الجراحي خطوة أساسية في معالجة الأورام، ولم يعد يعول على الأساليب القديمة التي كانت تهدف إلى تأخير الترميم العظمي لفترة من الزمن ولحين التأكد من عدم عودة المرض. لقد كان الاعتقاد السائد في نجاح مثل هذه الأساليب تساوره بعض الشكوك. أما الآن، فإن الأساليب المستخدمة لإعادة البناء (reconstruction) والتي تعتمد إلى حد كبير على الشرائح العضلية، مثل العضلة الصدرية الكبرى (pectoralis major)، والعضلة شبه المنحرفة (trapezius) والظهرية العريضة (latissimus dorsi) بالإضافة إلى نقل الأنسجة الحر والمعتمد على الجراحة الوعائية المجهرية، أمثال الساعد الكعبري (radial forearm) والفخذ الجانبي (lateral thigh) والكتفي (scapular) والشظوي (fibular) والأربي (groin) تسجل نجاحاً باهراً في عملية إعادة البناء الأولية، وبذلك أصبحت أسلوباً يعول عليه إضافة إلى ما يمنحه من نتائج وظيفية وجمالية مرضية.

العلاج الإشعاعي

تستطيع أشعة أكس ذات الجهد العالي (megavoltage x-ray) في شكل حزم إشعاعية اختراق الأنسجة وقتل الخلايا عن طريق إتلاف الحمض النووي، ولتفقد الخلايا على أثر ذلك حيويتها وتموت

الكبير في مجال معالجة الأورام السرطانية الفموية خلال العشرين سنة الماضية سيطرة ناجحة على الورم الأولي إضافة إلى منع النقيلات اللمفية، والسؤال المطروح هنا هو: لماذا رغم كل هذا النجاح لم تتحسن نسبة الشفاء؟. إن التغيرات الحيوية الخلوية (field changes) في الجزء العلوي من القناة الهضمية والتنفسية تسبب ظاهرة تعدد الإصابات السرطانية الأولية؛ ولذلك فإن المرضى الذين تطول فترة شفائهم من الورم الأولي يكونون أكثر عرضة للإصابة بالسرطان الأولي للمرة الثانية أو الثالثة في أماكن متفرقة من الفم، والحنجرة، والرئة، والمرىء، وإن لم يصابوا بالورم الأولي للمرة الثانية يكونون عرضة لانتقال المرض إلى مناطق بعيدة عبر الدورة الدموية في المراحل المبكرة من المرض، على الرغم من أنه حتى وقت قريب لم تلاحظ هذه الظاهرة خلال الحياة إلا في حالات نادرة. إن المعلومات الحالية تشير إلى أن ٢٠٪ من وفيات سرطان الفم والبلعوم ناتجة من النكس الموضعي وانتقال المرض إلى الغدد اللمفية وإلى أماكن بعيدة، وأنه لا توجد دلائل على بقاء الورم بشكل خاص في الرأس والرقبة مما يبرهن على أن سرطان الفم مرض عامي بالجسم (systemic disease).

استئصال الأورام

انحصرت التطورات الجراحية لعلاج أورام الفم والبلعوم في تقنية الجراحة وإعادة بناء الأنسجة، فاستخدام أسلوب شطر الشفة وبضع الفك السفلي مثلاً جعل استئصال (resection) أورام اللسان وقاع الفم أمراً ممكناً بأبعاده الثلاثة وبمعية العقد اللمفية العنقية. ولقد أضاف فهم نمط اختراق السرطان المجاور للفك السفلي كذلك في تطوير استئصال حرف الفك، وإبقاء الاتصال العظمي في حالات عدة ودون المجازفة في

والتي تعرف بتحويل شدة الإشعاع (intensity) modulated radiotherapy-IMRT بشكل جيد في إقصاء الغدد اللعابية الكبيرة عن المجال الإشعاعي.

- الإصابات الأخرى طويلة المدى كإصابة الشعيرات الدموية بالتهاب باطنة الشريان التصاعدي (progressive endoarteritis obliterans) وما ينتج عنه من نقص في التروية الدموية (ischaemia) ومن بعد ذلك ضمور في الأنسجة (atrophy)، وقد تتلف العظام جراء فقدان الخلية العظمية الطبيعية (osteocyte) لحيويتها حينما تُستدعى للانقسام، وتلاحظ هذه الظاهرة بعد قلع الأسنان، فنقص التروية الدموية وغياب إعادة التشكل (remodeling) يؤديان إلى ظهور النخر العظمي الإشعاعي المنشأ (osteoradionecrosis) الذي يكون عرضة للإصابة بالإنتان الثانوي.
- إن الأسلوب البديل لمعالجة الأورام بالعلاج الإشعاعي هو زرع مواد مشعة داخل الورم أو ما يسمى بالمعالجة الكثبية (brachytherapy). وتستخدم هذه الطريقة أسلاك من الأريديوم المشع (radioactive iridium) لتزيد من تركيز الأشعة داخل جسم الورم وتقلل من تشتت الأشعة الساقطة خارجه، وتضمن هذه الطريقة خفض معدل الضرر الناتج على الأنسجة المجاورة، وبالتالي تفادي الكثير من التأثيرات الجانبية للعلاج الإشعاعي المرتبطة عادة بالطرق الاعتيادية.

العلاج الكيميائي

تصل نسبة الاستجابة مع العلاج الكيميائي (chemotherapy) سواء كان عقاراً واحداً أو مجموعة

وهي في مرحلة الانقسام. وبما أن الخلايا السرطانية تتكاثر بشكل سريع مقارنة بالخلايا الأخرى، فإن تأثير الأشعة يكون محصوراً على الخلايا السرطانية تاركاً إعادة الشفاء والبناء للأنسجة المتعافية، ولذلك يشترط للعلاج الإشعاعي التخطيط الجيد وتحديد الجرعة الإشعاعية والإطار الزمني للعلاج. وتقدر الجرعة المعتادة لعلاج سرطان الفم بنحو ٥٥ وحدة إشعاعية (Gray 55) يومياً، وتعطى على مدار الأسبوع ابتداءً من يوم الإثنين وحتى يوم الجمعة ولمدة ستة أسابيع متلاحقة، ويلاحظ أن الجرعة اليومية صغيرة نسبياً (fraction) وذلك من أجل إعطاء الفرصة للأنسجة بإعادة بنائها بين فترات المعالجة الإشعاعية (radiotherapy). وبالرغم من أن الجراحة هي الخيار الأول لغالبية المرضى في معظم المراكز العلاجية، فإن المعالجة الإشعاعية وسيلة إضافية يلجأ إليها الأطباء في حالة عدم وضوح الهوامش الجراحية للورم، وكذلك عند ظهور انتشار الورم في العقد اللمفية العنقية. وقد تستبعد الجراحة المتقدمة الحاجة للمعالجة الإشعاعية في بعض الحالات إلا أن لها المساوئ التالية:

- التهاب الغشاء المخاطي (mucositis) نتيجة تلف الخلايا أثناء انقسامها، ويتميز هذا الالتهاب بالآلام المبرحة والصعوبة في تناول الطعام.
- ازدياد نسبة الإصابة بالالتهابات البكتيرية والفيروسية، وتتضاعف نتيجة لهذا صعوبة المحافظة على صحة الفم.
- اضطراب حاسة الذوق، وقد يستغرق الشفاء ما يقارب ٦ أشهر بعد العلاج الإشعاعي.
- تلف الغدد اللعابية بشكل دائم واستمرار جفاف الفم إذا ما تعرضت الغدد للحزم الإشعاعية. وتساهم الطرق الحديثة في العلاج الإشعاعي،

الآفات على مقربة من الورم السرطاني. ونتيجة لهذه العلاقة، فقد افترض أن هذه الآفات عرضة للتحويل إلى سرطان خبيث كونها آفات محتملة الخباثة (pre-malignant lesion)، فاللويحات البيضاء على سبيل المثال لديها نزعة للتحويل، وقد كشفت الفحوص السريرية أن كثيراً من الأورام تنشأ من هذه الآفات على الرغم من أن معظم سرطانات الفم لا ترتبط أو تسبق بالطلوان التي عرفت تاريخياً على أنها آفة محتملة الخباثة. بل لم يعد خطر تحولها إلى ورم معتبراً كما كان في السابق، حيث يعتقد الكثير من الباحثين أن معدل التحويل الخبيث في هذه الآفات لا يتعدى ٣-٦٪ مقارنة بما أظهرته الدراسات القديمة في أن حوالي ٣٠٪ أو أكثر من هذه الآفات تتحول إلى أورام خبيثة. وتصنف الآفات الفموية التالية على أنها آفات محتملة الخباثة:

- الطلوان.
 - اللويحة الحمراء الناعمة.
 - داء المبيضات المزمن المتضخم (chronic hyperplastic candidosis).
- أما المجموعة التالية فلا تعتبر آفات محتملة الخباثة ولكنها ترتبط بالإصابة بمرض السرطان بأكثر مما يمكن توقعه في الأنسجة السليمة:

- تليف فموي تحت المخاطية (oral submucous fibrosis).
 - التهاب اللساني الزهري (syphilitic glossitis).
 - عسر البلع الناجم عن قلة الحديد (sideropenic dysphagia).
- وتبقى المجموعة التالية من الحالات الفموية التي يشوبها بعض الغموض في ارتباطها بسرطان الفم سواء اعتبرت سبباً مباشراً أو شيئاً عابراً فقط.

عقارات إلى ٦٠٪ ومع ذلك لا توجد دلائل على زيادة معدل البقاء ومعدل الشفاء. ومع أن بعض المراكز الطبية تنصح بإعطاء العلاج الكيميائي المحرض (induction chemotherapy) قبل الجراحة إلا أنه لم يثبت جدوى هذه الطريقة في إطالة معدل البقاء المبينة على نتائج الدراسات الاستباقية. ولقد ثبت أن للمعالجة الكيميائية التخفيفية (palliative treatment) باستخدام عقار سيسبلاتينيوم (cisplatinum) وفلورويوراسيل (5-fluorouracil) دوراً إيجابياً في تسكين الألم، ومنع نشوء الأورام الكمئية (fungating tumours).

السمات السريرية

يغلب على سرطان الفم الظهور في مواقع معينة داخل الفم، ويأتي في المقام الأول حافة اللسان الوحشية والبطنية ثم قاع الفم والمثلث خلف الأرحاء والجانب المخاطي الخدي والحنك، ويشخص ما نسبته ٨٥٪ من هذه الأورام بالسرطانة حرشفية الخلايا متخذاً بذلك المركز الأول، وتأتي الأورام الخبيثة للغدد اللعابية في المركز الثاني بينما تشكل اللمفومة الغدية، والورم الصباغي الخبيث، والورم اللحمي، والسرطانات الثقيلية معظم الأورام المتبقية.

الآفات محتملة الخباثة

أثارت العلاقة بين سرطان الفم وآفات الفم المخاطية الأخرى الاهتمام منذ زمن طويل، وقد ظهرت هذه العلاقة التاريخية بين الآفات التي تبدو كلويحات بيضاء، أو ما يسمى بالطلوان (leukoplakia) واللويحة الحمراء الناعمة (erythroplakia)، ومع ذلك فقد لوحظ بقاء هذه الآفات كما هي لأشهر أو سنوات عدة قبل ظهور أي تحول سرطاني، كما لوحظ أيضاً ظهور هذه

التغيرات الخبيثة؛ ولذا يجب إخضاعها مباشرة للفحص النسيجي، علماً أن الطلوان المبقع والعقدي أكثر عرضة للتحويلات السرطانية من غيره.

نزعة التحول السرطاني

تزداد إمكانية التحول السرطاني للطلوان بازدياد عمر الآفة، وهذا ما أشارت إليه إحدى الدراسات من أن ما نسبته ٤, ٢٪ من الآفات المتحولة يحدث بعد ١٠ سنوات، وتزداد النسبة لتصل إلى ٤٪ بعد العشرين سنة الأولى، ويزداد معدل الإصابة كذلك مع تقدم عمر المريض، ولقد لوحظ أن نسبة التحول في المرضى الذين تقل أعمارهم عن ٥٠ سنة لا تتعدى ١٪ ولكنها تصل إلى ٥, ٧٪ في الفئة العمرية بين ٧٠ إلى ٨٩ سنة في مدة ٥ سنوات من المتابعة. لقد كشف كرامر ومساعدوه في عام ١٩٧٨م أن طلوان سطح الفم والحافة اللسانية البطنية في المرضى الذين يقطنون جنوب إنجلترا، والمسمى نقران تحت اللسان (sublingual keratosis) مرتبط بمعدل أعلى في التحول السرطاني، وعزي ذلك إلى تجمع المسرطنات السائلة في قرارة قاع الفم.

المسببات

يظل التدخين و مضغ التبغ دون شك من أهم الأسباب في الإصابة بسرطان الفم، فقد لوحظ أن الإصابة بالطلوان في الهند تصل إلى ٢٠٪ فيمن منهم في الستين سنة من العمر، وتنخفض إلى ١٪ في الأشخاص الذين لا يدخنون أو يمضغون التبغ علماً أن التبغ يؤخذ في الغالب بمعية مضغة التببول. أما دور الكحول في نشوء الطلوان فيصعب تحديده، ومع ذلك فإن هناك دراسات رغم قلتها تشير إلى أن الأشخاص المصابين بالطلوان يتعاطون الكحول أكثر من نظرائهم الذين لا تظهر عليهم الإصابة.

• حزاز فموي.

• ذئبة حمامية قرصية (discoid lupus erythematosis).

• خلل التقرن الخلقي (dyskeratosis congenita).

الطلوان (الشكل ١, ١٠)

يستخدم مصطلح الطلوان (leukoplakia) سواء أكان في سياق الوصف النسيجي أو السريري ليعبر عن ما حددته منظمة الصحة العالمية (WHO) لمصطلح الطلوان في أنه "أي لطخة أو لويحة بيضاء لا يمكن تمييزها سريريًا ولا مرضياً كأي مرض آخر" ولا يرتبط هذا التعريف بأي وصف نسيجي.



الشكل (١, ١٠). داء طلون العقدي على الحرف الجانبي للسان.

الصفات السريرية

يتفاوت ظهور الطلوان سريريًا، فقد تبدو الآفة كلويحة بيضاء صغيرة ومستديرة الشكل، أو كبيرة ومنشرة داخل الفم، وربما تكون أسطحها الخارجية ملساء أو متجددة، وقد يبدو البعض مقطعاً بأحاديده وشقوق، وتظهر بألوان بيضاء، أو صفراء، أو رمادية، ويبدو بعضها متجانساً والآخر عقدي، أو مبقع في منطقة حمراء، وتظهر الآفات إما ناعمة ولينة وإما غليظة ومتفرقة، وقد تُشير الآفات المتصلبة إلى احتمال

اللويحة الحمراء الناعمة (الشكل ٢, ١٠)

يطلق وصف اللويحة الحمراء الناعمة (erythroplakia) على أي آفة تبدو حمراء اللون شملية ناعمة، ولا يمكن تمييزها سريريًا ولا مرضياً من أي حالة أخرى. وتبدو هذه الآفات عادةً بنهايات طرفية غير منتظمة إلا أنه يسهل تمييزها من الأنسجة المجاورة، وقد يبدو السطح بأشكال عقدية، وتظهر هذه الآفة أحياناً في المناطق المصابة بالطلوان. ويقدر معدل التحول السرطاني في اللويحة الحمراء الناعمة بسبعة عشر أضعاف التحول في آفة الطلوان، ويلاحظ في كل حالة أن هناك إما عسر التشكل الظهاري وإما السرطانة اللابدة وإما السرطان الاجتياحي (invasive carcinoma)، ونظراً لخطورة هذه الآفة يتحتم استئصالها بالكامل إما جراحياً وإما بواسطة الليزر وفحصها نسيجياً.



الشكل (٢, ١٠). لويحة حمراء ناعمة على الحرف الجانبي للسان، ويكشف الفحص النسيجي عن وجود سرطانة لابدة في بعض أجزاء الآفة.

داء المبيضات المزمن المتضخم (الشكل ٣, ١٠)

تبدو الطبقة المتقرنة من النسيج الظهاري في داء المبيضات المزمن المتضخم (chronic hyperplastic)

العلاج

يجب الاهتمام بالتاريخ الطبي وبالتخصص المسببات قبل الشروع في الفحص النسيجي لأي مريض يُشخص للمرة الأولى بطلوان فموي وخصوصاً إذا كانت الآفات مثيرة للريبة، وتظهر عليها التقرحات والتصلبات المصحوبة باحتقان واحمرار المناطق المجاورة. ويمكن استخدام التصبغ الحيوي بزرقة التولويدين (toluidine blue) لكشف امتداد الآفات المشكوك في تحولها السرطاني.

تستأصل الآفات التي يبدو عليها عسر التشكل الظهاري الشديد (severe epithelial dysplasia) وكذلك السرطانية الأبدية (carcinoma in-situ) إما جراحياً أو بواسطة ليزر ثاني أكسيد الكربون. وتستأصل الآفات الصغيرة جراحياً بالتسليخ تحت المخاطية حتى الأطراف المتقدمة للآفة، ومن ثم تقرب الأطراف لإغلاق المنطقة المكشوفة، ويمكن ترك العيوب الكبيرة إما للاندمال الذاتي عن طريق النسيج الظهاري وإما بتغطيتها بالطعم الجلدي. ويتصح بثبيت الطعم إلى المناطق المكشوفة من اللسان بالحياطة التنجيدية المضربة، وفي حالة وجود الآفة في الحنك أو قاع الفم أو الحنك فيعزز ثبات الطعم بضمادات مثبتة. ولا تتطلب الآفات ذات الدرجة المتوسطة أو الأقل من عسر التشكل الظهاري أكثر من المتابعة الدورية كل أربعة أشهر، ويجب أن يوثق وصف الآفة بإسهاب في ملف المريض إما تصويراً فوتوغرافياً وإما رسماً بيانياً. كما أن من الحكمة إقناع المريض بالتوقف مباشرة عن استنشاق أو مضغ التبغ، حيث وجد أن الطلوان يختفي بعد سنة من التوقف عن هذه العادة في حوالي ٦٠٪ من الحالات.

التليف الفموي تحت المخاطي (الشكل ٤، ١٠) تقتصر الإصابة بالتليف الفموي تحت المخاطي (oral submucous fibrosis) على المرضى من أصول آسيوية، وتتفاقم حدة التليف مع مرور الوقت لينتج عنه تقلص متدرج في طول الأريطة الليفية تحت الغشاء المخاطي الفموي، ومن ثم يصبح فتح الفم محدوداً جداً، ويمكن أن تتأثر حركة اللسان ليظهر الكلام بخنّة مفرطة، وتصبح عملية البلع بالغة الصعوبة. وتتميز الآفة مجهرياً بتلف محاذٍ للطبقة الظهارية مصحوباً بضمور أو فرط تنسج (hyperplasia) وقد تظهر في بعض المناطق تشكيلات من عسر التنسج الظهاري. ولقد وصفت طبيعة التلف الفموي تحت المخاطي كأفة محتملة الخبث لأول مرة في عام ١٩٥٦م بواسطة بيباستر (انظر لانقدون وهنيك ١٩٩٥م)، حيث لوحظ نشوء سرطانة حرشفية الخلايا في ثلث المرضى المصابين، ويعتقد أن التغيرات في هذه الآفة ناتج عن تراكم ألياف الكولاجين على بعضها بسبب تأثير القلوبات المختلفة، وخصوصاً الأركولين (arecholine) المنبعث من ثمرة القوقل والقادرة على اختراق الغشاء المخاطي الفموي.



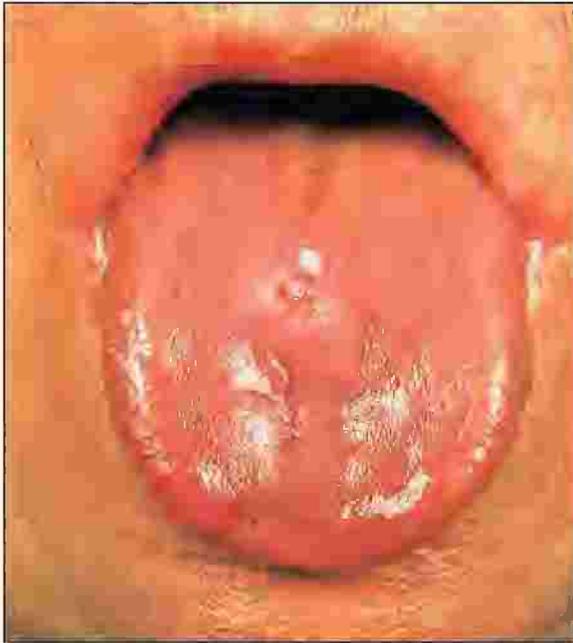
الشكل (٤، ١٠). التليف الفموي تحت المخاطي في مريض كان يتناول مضخة التبغ.

candidiasis) كلطخة طباشيرية كثيفة ومعتمة، وبدرجة أكبر من مثيلاتها من اللطخات البيضاء غير فطرية المنشأ، وتظهر بشكل واسع على أركان الفم أو ما يسمى بصوار الفم (oral commissural)، وقد تمتد إلى المناطق الجلدية القريبة. ولقد بدأ الاهتمام بازدياد معدل التغيرات الخبيثة في اللطخات البيضاء ذات المنشأ الفطري في عام ١٩٦٩م، إذ ساد الاعتقاد آنذاك أن سبب نشوء اللطخات البيضاء هو وجود المبيضات وليس مجرد تعرض اللطخات للعدوى فقط، ولقد لوحظ كذلك أن المرضى الذين يعانون من اضطرابات في الجهاز المناعي أكثر عرضة للإصابة بالمبيضات البيض (candida albicans) والتي تغزو النسيج الظهاري، وتجعل من هؤلاء المرضى أكثر عرضة للتغيرات الخبيثة. وتعالج هذه الآفات بالمضادات الفطرية، ويهدف العلاج إلى استئصال الالتهاب الفطري وتقليص التحولات السرطانية، وقد يستغرق عدة أسابيع إلا أن عودة العدوى مسألة غير مستبعدة، وربما تتطلب الآفات المستديمة ضرورة الاستئصال الجراحي.



الشكل (٣، ١٠). داء المبيضات المزمن المتضخم على أركان الفم.

المضمي العلوي وكذلك سرطان الفم، وأن حوالي ٢٥٪ من هؤلاء النساء المصابات بسرطان الفم يعانون من قلة الحديد. ويعتقد أن نشأة سرطان الفم مع هذا الداء تشبه إلى حد ما السرطانة المرتبطة بالتهاب اللسان الزهري، حيث تتسبب قلة الحديد في ضمور النسيج الظهاري لتكون بعد ذلك عرضة للمواد المسرطنة. يعالج فقر الدم بمركبات الحديد، ولا يعرف مدى تأثير هذا العلاج على خفض معدل التغيرات الحيثية لهذا المرض.



الشكل (١٠، ٥). ضمور مخاطي شديد في مريض يعاني من عسر البلع الناتج عن قلة الحديد.

الحزاز المسطح الفموي (الشكل ١٠، ٦)

أثارت بعض التقارير الطبية خطورة التحول السرطاني للحزاز المسطح الأكللي (erosive lichen planus) أو الضموري (atrophic) وسُجل معدل التحول بنسبة ١،٢٪ في ٥٧٠ مريضاً مصاباً بالحزاز المسطح الفموي، بعد أن تمت متابعة حالتهم لفترة زمنية كان

يعالج تقلص فتحة الفم الناتج عن التليفات بحقن مركبات الستيرويدات داخل الآفة أو بالاستئصال الجراحي وتغطية الأنسجة المكشوفة بطعم جلدي، ولا تمنع هذه الاحتياطات بالضرورة ظهور السرطان الحرشفي في أنسجة مخاطية ضامرة (atrophic oral mucosa)، ومن المهم في هذه الحالات التحري عن الأسباب المحتملة لهذه الآفة وإقصاؤها قبل كل شيء.

التهاب اللسان الزهري

أعتبر مرض الزهري (syphilis) قبل حقبة المضادات الحيوية كأحد أهم الأسباب المؤهبة لسرطان الفم وداء الطلوان، حيث وجد أن الالتهابات الزهرية تسبب التهاب اللسان الخلائي (interstitial glossitis) والتهاب باطنة الشريان (endarteritis) واللذان بدورهما يؤديان إلى ضمور الأسطح العلوية من النسيج الظهاري لتصبح بذلك عرضة للتهيج مما يساعد على ظهور سرطان الفم وداء الطلوان. وبما أن هذه التغيرات متعذرة الانعكاس، فإن عودة الأنسجة إلى سابق عهدها لا يمكن تحقيقه، ولكن يجب معالجة الالتهابات الزهرية الناشئة كما أن المتابعة المنتظمة لهذه الآفات أمر ضروري، حيث يمكن أن تنشأ السرطانة الحرشفية فيها حتى مع غياب داء الطلوان.

عسر البلع الناتج عن قلة الحديد (متلازمة بلامرفينسون وياترسون كيلي) (الشكل ١٠، ٥)

أكتشفت العلاقة بين عسر البلع الناتج عن قلة الحديد (sideropenic dysphagia Pummer-Vinson syndrome, Paterson-Kelly syndrome) وسرطان الفم منذ عام ١٩٣٦م بواسطة العالم ألبوم (انظر لاتقنون وهنيك ١٩٩٥م) إذ لاحظ ارتباط هذا الداء المنتشر بين السيدات السويديات وارتفاع الإصابة بسرطان الجهاز

الشمس، وتغطية الشفايف بكريم مانع للأشعة فوق البنفسجية عند الخروج إلى الهواء الطلق.

خلل التقرن الخلقى

تتميز متلازمة خلل التقرن الخلقى (dyskeratosis congenita) بضمور شبكي للجلد (reticular atrophy) مع زيادة التصبغ وحتل الأظافر (nail dystrophy) وظهور طلوان الفم. وتبدو المخاطية الفموية ضامرة، ويفقد اللسان حليته، وتغدو بطانة الفم في نهاية المطاف غليظة بيضاء اللون ومشققة.

استطرابات الإحالة الطارئة من طبيب الأسنان العام

- القروح التي يستمر بقاؤها لأكثر من أسبوعين دون شفاء.
- النزف الفموي ذو الأسباب الغامضة.
- تصلب الأنسجة في بعض المناطق.
- اللطخات البيضاء التي يصعب تفسيرها.
- اللطخات الحمراء واللطخات المختلطة.

المظهر السريري وتشخيص سرطان الفم

يبيء اكتشاف سرطان الطبقة السطحية المخاطية للفم أثناء الفحص السريري لتتاج محمودة ولا يواجه ذلك غالباً بأية صعوبة، إذ أن الآفات الفموية تسبب ظهوراً مبكراً للأعراض والعلامات بعكس الآفات الجسدية الأخرى؛ ولذلك فإن المرضى عادة يمتاطون لها إلى درجة أن بعضهم قد يشتكي من الآفات الصغيرة جداً، وفي معظم الظروف تتأكد صحة التشخيص بعد أخذ خزعة للفحص النسيجي تحت التخدير الموضعي. وعلى الرغم مما سبق، فإن ما بين ٢٧ - ٥٠٪ من المرضى لا يحضرون للعلاج إلا وقد وصل قطر الورم

متوسطها خمس سنوات وستة أشهر. وارتبطت العلاقة بشكل واضح مع الحزاز المسطح الأكلالي؛ ولذا يعتقد أن من الحكمة متابعة المرضى الذين يعانون من هذه الآفات بعناية وحذر، علماً أن الحزاز المسطح يعالج بمركبات الستيرويدات الموضعية، وقد تتطلب الحالات المتقدمة منها العلاج عن طريق الفم أو الوريد.



الشكل (٦، ١٠). يحمل الحزاز المنبسط الضامر على الخافة اللسانية الجانبية خطر التحولات السرطانية.

اللثة الحمراء القرصية

تتكون الآفات الفموية للذئبة الحمامية القرصية (discoid lupus erythematosus) من لطخات بيضاء بحواف محددة ومرتفعة عن الأنسجة المجاورة ومحاطة بهالة من الشعيرات المتوسعة (telangiectatic halo)، وتظهر هذه الآفة بشكل واسع على النسيج المخاطية الشفوية المحاذية لحواف الشفة (vermillion border). ويصاب الرجال بهذه الآفة أكثر من النساء، ويفسر عسر تشكل النسيج الظهارية في الفحص النسيجي لهذه الآفات قابليتها للتحول السرطاني، ولذلك ينصح المرضى المصابون بالذئبة الحمامية القرصية بتجنب أشعة

اللسان (الشكل ٧, ١٠)

يظهر سرطان اللسان غالباً في الحافة الجانبية من منطقة الثلث الأوسط، ويتشتر المرض مبكراً إلى السطح البطني وقاع الفم، وتقدر الإصابة في الثلث الأخير من اللسان بحوالي ٢٥٪. بينما تصل إلى ٢٠٪ في الثلث الأول. ولا يمتد الورم إلى سطح اللسان إلا في حالات نادرة، ومع ذلك يظهر الورم بأشكال مختلفة، حيث يبدو غالباً مصحوباً بتنبت خارجي ومناطق متقرحة، وقد تظهر التقرحات في عمق الشقوق اللسانية أو على أسطحها، ويصعب تحديد مدى انتشار المرض إلى العضلات اللسانية. أما الورم الأولي فلا يرتبط دائماً بداء الطلوان إلا أنه قد يشاهد في مناطق الحليجات الضامرة والمصحوبة أحياناً باللويحة الحمراء الناعمة، والتي قد تندمج مع مناطق مصابة بالطلوان.

تشاهد غالبية الأورام السرطانية للسان بدون أعراض، ويتضاعف حجم الورم إلى عدة سنتيمترات في المراحل المتأخرة من المرض، وتبدو القرحة على أثر ذلك متصلبة وبنهايات متراكبة وحروف مقلوبة (الشكل ٧, ١٠)، وتكون أرضيتها مكسوة بالأنسجة الحبيبية القابلة للنزف بسهولة، وربما تظهر بها مناطق متحللة.

يتسلل النمو السرطاني داخل اللسان بشكل سريع وقد يسبب آلام مبرحة تنتشر إلى منطقة الرقبة والصدغ، ويسبب كذلك صعوبة في البلع والكلام، ويغلب في هذه المرحلة انتقال المرض إلى العقد اللمفية من خلال الجهاز اللمفي، حيث يعتقد أن تظهر العقد اللمفية الإيجابية في ٥٠٪ من المرضى عند زيارتهم الأولى، وربما تظهر النقيلة اللمفية (node metastases) مبكرة جداً في سرطان اللسان، إذ إن حوالي ١٢٪ من

لأكثر من ٤ سم، ويبدو أن العديد من هؤلاء المرضى من كبار السن ذوي الصحة العامة الضعيفة أو ممن هم يرتدون التركيبات التعويضية لفترات زمنية طويلة، حيث إنهم قد يعتادون على تكرار تقرحات الفم وبذلك لا يرون ضرورة ماسة في طلب العلاج. ومن أسباب تأخر التشخيص كذلك عدم ارتياب الطبيب من بعض الآفات في كونها ورماً، إذ ليس كل الأورام تظهر بالشكل التقليدي المعروف بغياب التثام القروح وبروز الأطراف، بل يمكن لمثل هذه الأورام أن تبدأ من أية قروح صغيرة في قاع شقوق اللسان، ويمكن أن تظهر كأفة تآكلية في الأغشية المخاطية، أو كمنطقة متصلبة خالية من القروح، أو كقرط في التنسج اللثوي، إضافة إلى أن العديد من هذه الآفات تعالج خطأً بمضادات المبيضات، والمضادات الحيوية ومركبات السيترويدات، والمضمضة الطبية، وقد تؤدي هذه الأسباب جميعها إلى تأخير التشخيص ومن ثم العلاج. ولعل العامل الأهم في هذا أن سرطان الفم في أغلب الحالات غير مؤلم إلا إذا تعرض لعدوى ثانوية أو امتد الورم إلى الأعصاب الحسية. إن ما يثير الريبة في قروح الفم السرطانية هو طول الفترة الزمنية لظهورها، والذي قد يتراوح من أسابيع إلى أشهر مقارنة بالإنتان الحاد الذي يظهر في غضون أيام قليلة.

دلائل ظهور سرطان الفم

- قرحة اعتيادية مع نخر مركزي وحواف نابثة.
- قرحة صغيرة في عمق الشقوق.
- تآكل سطحي في الغشاء المخاطي.
- مناطق متصلبة في الأغشية الرخوة.
- مناطق محدودة في فرط التنسج اللثوي.

يعد أحد صفات هذا الورم. أما انتشار المرض تحت السمحاق فيحدث بشكل سريع جداً حالما يصل الورم إلى الفك السفلي، وقد لا تلاحظ النقيطة اللمفية مبكراً كما يحدث مع سرطان اللسان إلا أن الانتشار يصل إلى العقد اللمفية تحت الفك، وكذلك العقد اللمفية الوداجية وذات البطينين (jugulodigastric nodes) في كلتا الناحيتين.



الشكل (١٠, ٨). سرطان قاع الفم.

اللثة وحافة السنخ (الشكل ١٠, ٩)

يشاهد سرطان السنخ بشكل شبه دائم في منطقة الضواحك والأرحاء، ويشتهي غالبية المرضى من نمو أنسجة وتثبيت على الحافة اللثوية، وقد يشكون كذلك من قروح لثوية سطحية. ولكون اللثة معرضة للعديد من الالتهابات والآفات التضاعلية المختلفة، وخصوصاً مع ما هو مرتبط بأمراض الأسنان أو التركيبات التعويضية، فإن التشخيص قد يأتي متأخراً (الشكل ١٠, ٩). ولعل فشل التتام قلع الأسنان، وظهور عواقب مفاجئة تمنع ارتداء التركيبات التعويضية بعض علامات سرطان السنخ. أما ظهور النقيطة اللمفية فتتراوح نسبته ما بين ٣٠ - ٨٤٪ عند المعاينة لأول مرة، وقد تلاحظ

المرضى يشاهدون للوهلة الأولى بكتل سرطانية في الرقبة دون ظهور أعراض جانبية أخرى.



الشكل (١٠, ٧). سرطان اللسان المتقدم بحواف متراكبة ومنطقة وسطية متحللة.

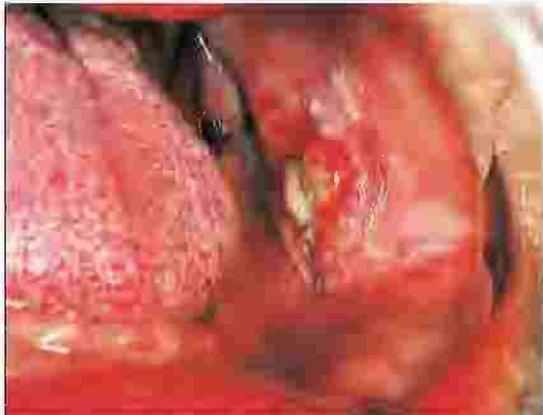
قاع الفم (الشكل ١٠, ٨)

يحتل قاع الفم المرتبة الثانية الأكثر إصابة بسرطان الفم، ويتخذ قاع الفم شكل الحرف (U) أو شكل حدوة الحصان ليقع بين السنخ السفلية والسطح البطناني اللساني، ويمكن للأورام السرطانية الناشئة في هذا المكان الوصول إلى البنى التشريحية المجاورة في وقت مبكر. وتشاهد الأورام غالباً في الجزء الأمامي من قاع الفم على أحد جانبي خط المنتصف، ويرتبط سرطان قاع الفم بظهور داء الطلوان أكثر من أي ورم آخر.

يبدأ الورم ككتلة متصلبة قابلة للتقرح لبيتشر بعيداً عن الأنظار إلى اللسان وإلى الناحية اللسانية من عظام الفك في مراحله المبكرة، وقد يصل إلى اللثة والعضلة الذقنية اللسانية (genioglossus muscle). ولعل إصابة اللسان وراء ظهور الكلام المتلعثم والذي

الورم إلى الجلد في بعض الحالات ليظهر كنواسير خدية متعددة. أما امتداده إلى الخلف وبالتحديد إلى العنق الإمامي للحلق (anterior pillars of the fauces) والحنك الرخو فيرتبط عادة بمآل سيء، حيث يمتد انتشاره البعيد إلى العقد اللمفية تحت الذقن وتحت الفك وإلى عقد الغدة النكفية والبلعومية الجانبية.

وتظهر السرطانة الثلوية كأنسجة تكاثرية نابثة مع قدر بسيط من التسلسل العميق والصلابة، وتكون الطبقة المتقرنة مكثضة لتبدو كلطخة بيضاء ناعمة تشبه إلى حد بعيد آفات فرط التنسج الحميد (benign hyperplasia)، ويتميز هذا الورم بتأخر النقلة اللمفية، ومع ذلك يتخذ الورم عادة سلوك السرطان حرشفي الخلايا ذي الدرجة المنخفضة.



الشكل (١٠، ١٠). سرطانة خدية في منطقة مصابة بداء الطلوان.

الحنك الصلب وحرف السنخ وقاع الجيب الفكي (الشكل ١١، ١٠، ١٢، ١٠)

على الرغم من تباين هذه المناطق التشريحية إلا أن نشوء ورم سرطاني في إحداها قد يصل إلى الأخرى في فترة وجيزة؛ ولذلك يصعب أحياناً تحديد موقع

النتائج الإيجابية الكاذبة والنتائج السلبية الكاذبة بصفة شبه شائعة مع سرطان اللثة وحرف السنخ.



الشكل (٩، ١٠). يشبه سرطان اللثة في مراحله المبكرة أحياناً التهاب الأريطة الداعمة.

المخاطية الخدية (الشكل ١٠، ١٠)

تمتد المخاطية الخدية من حافة السنخ العلوي وحتى حافته السفلية وعلى امتداد الأنسجة الداخلية للفك، ومن أركان الشفتين حتى الراد الصاعد والباحة خلف الأرحاء (retromolar area). وتنشأ سرطانة حرشفية الخلايا في هذه المنطقة في أغلب الأحيان على صوار الشفتين أو في المخاطية الخدية على طول المستوى الإطباق، وتمتد إلى الباحة خلف الأرحاء، ويكثر ظهورها في المناطق الخلفية، وقد تشاهد على أنها تنبت خارجي (exophytic growth) أو آفة متقرحة أو سرطانة ثلوية (carcinoma verrucous). ونظراً لكون الأورام في هذه المنطقة عرضة للرض الإطباق، فإن التقرحات تشاهد في وقت مبكر، وقد يسهل تعرضها للإصابة بالإنتان، ومع ذلك فقد يشوب نشأة هذا الورم بعض الغموض إذ قد لا يشتكي المريض من أكثر من ضمز هو في الحقيقة نتاج التسلسل العميق للخلايا السرطانية إلى العضلة الخدية، وقد يتسلسل

الأورام الكبيرة لا يمكن إخفاؤها بأي حال من الأحوال. أما الثقيلة اللمفية لسرطان الحنك وقاع الجيب الفكي فلا تحدث إلا في مراحل متأخرة، وبالتالي ليس هذا دليل استقرار على حالة المريض وحسن مآله.



الشكل (١٢, ١٠). لوحظ تسلسل النمو السرطاني للجيب الفكي في هذا المريض لأول مرة من خلال السنخ بعد قلع الأسنان المتحركة.

التشخيص

يعتمد تشخيص الأورام الفموية المبثني على معطيات الفحص السريري؛ ولذلك يتوجب على الطبيب المختص بأمراض الفم أن يتمتع بدرجة عالية من الفطنة والحيلة معاً. فأخذ التاريخ الطبي بدقة وبالأخص فيما يتعلق بتاريخ وتوقيت ظهور العلامات والأعراض المرضية قبل الشروع في الفحص السريري بالغ الأهمية، وكذلك الفحص السريري الذي يجب أن يشمل كل أجزاء الفم، وأن تعطى الأوقات المثيرة للريبة اهتماماً أكبر، وذلك بتحسس تركيبها وتداخلها مع الأنسجة المحيطة ودرجة صلابتها. إن استمرار بقاء

بداية الورم. ومع أن سرطان الحنك ليس بالشائع إلا أنه يكثر انتشاره في الأفراد الذين يمارسون عادة التدخين المعكوس (reverse smoking)، وقد يكون مصدره الغدد اللعابية الصغيرة، والتي تظهر في بداياتها كانتفاخات لاطئة، وتكون عرضة للتقرح فيما بعد، وتختلف عن أورام السنخ السفلي كونها لا تتسلل إلى العظام المحيطة إلا فيما ندر.



الشكل (١١, ١٠). سرطان متقدم منتشر في كامل الحنك الصلب والحنك الرخو.

أما الأورام الناشئة في الجيب الفكي فتخترق في الغالب الحنك الصلب (انظر الفصل ١٥) وقد تشبه إلى حد كبير الأورام الناشئة في الحنك، وتشابه أعراضها في الغالب مع أعراض التهاب الجيوب المزمن، إذ قد يشتكي المريض مبكراً من آلام الأسنان نظراً لاختراق الورم عظام السنخ إضافة إلى انتفاخ الوجه والإحساس بالحرق، وقد تشمل الأعراض المتأخرة انسداد الأنف أحادي الجانب، والرعاف، وآلام الأسنان وسوء ثباتها وكذلك التعويضات السنية، وظهور الناسور الفموي الجيبى، وفشل التام قلع الأسنان؛ ولذلك يعتقد أن

الآفات الفموية هو تحويل المريض في الحال إلى أحد جراحي الفم والوجه والفكين.

الخزعة الشفطية

يقتصر استخدام أسلوب الخزعة الشفطية (FNA) في العادة على المستشفيات (انظر الفصل ٨)، ويوصف هذا الأسلوب للأورام والكتل العنقية وخصوصاً العقد اللمفية في الأشخاص المصابين بالأورام الفموية الأولية. تُجمع العينة من داخل الكتلة بواسطة البزل من خلال الجلد (percutaneous puncture)، ويستخدم لذلك إبرة رفيعة لرشف المحتوى وفحصه خلويًا، ويتميز هذا الأسلوب بالسرعة في التحضير وغياب الألم وضآلة المضاعفات، ولا يحتاج إلى أجهزة خاصة باستثناء استخدام الأدوات المساعدة في تثبيت المحقنة وإطالة زمن السحب، ويمكن الاستعانة بالتصوير فوق الصوتي لتسهيل الوصول إلى الآفة.

التصوير الشعاعي

تتضاءل أهمية دور التصوير الشعاعي الاعتيادي في تشخيص سرطان الفم باستثناء الحالات المتقدمة والتي يصل فيها المرض إلى العظم، علماً إن ما لا يقل عن ٥٠٪ من مكونات العظم تُفقد قبل ظهور التغيرات الشعاعية. وقد يزيد من صعوبة تشخيص الأورام بالتصوير الشعاعي التراكيب التشريحية المعقدة لعظام الوجه والفكين والأنسجة المحيطة، ومع ذلك فإن للصور البانورامية قدرة جيدة على كشف أورام السنخ والجيب الفكّي إذا ما روعيت إمكانيتها المحدودة.

التصوير المقطعي المحوسب والتصوير بالرنين المغناطيسي لقد ساهمت الأساليب المتقدمة من الفحص الشعاعي المقطعي المحوسب (CT) والرنين المغناطيسي (MRI) في تشخيص أورام الرأس والرقبة بشكل فعال،

أي قروح لمدة تزيد عن أسبوعين دون التئام وظهور تصلب في الأنسجة أو نزف ذاتي، وبالأخص فيمن تزيد أعمارهم عن ٥٠ سنة ويأرسون عادة التدخين أو يتعاطون الكحول أو الاثنين معاً يحتم تحويلهم بأسرع ما يمكن لأخذ رأي أحد المتخصصين، إضافة إلى أن من واجبات طبيب الأسنان العام القيام بالفحص الشامل للفم والبلعوم كجزء مهم من فحص الأسنان الاعتيادي.

الفحوص الخاصة

الاختزاع الجراحي

يجب التأكد من صحة التشخيص السريري عن طريق الفحص المخبري النسيجي (انظر الفصل الثامن)، ويتحقق ذلك بأخذ خزعة اقتطاعية لجميع الحالات تحت التخدير الموضعي، وربما يتعين فحص المريض أولاً في عيادة مشتركة بين الجراح واختصاصي العلاج الإشعاعي قبل أخذ العينة. ومع ذلك، فإن أخذ خزعة اقتطاعية مبكراً كفيلاً بتوفير الكثير من الوقت لرسم خطة المعالجة والبدء في العلاج بشرط أن يتم تسجيل الحالة بشكل متكامل.

تؤخذ العينة من الآفة الأكثر رية ويصحبها أجزاء من الأنسجة السليمة، ويجب أن تخلو من الأجزاء الميتة أو التي يظهر عليها علامات الإلتان حتى لا يؤثر ذلك سلباً على عملية التشخيص. ومع ذلك يستحب عدم أخذ الخزعة في عيادة طب الأسنان حتى لا يتغير شكل الورم، الأمر الذي قد يزيد من صعوبة تمييزه عند تحويل المريض إلى المستشفى. إن ما يجب على طبيب الأسنان القيام به في حالة الارتياب عن هوية أي من

تصنيف مراحل سرطان الفم

يجب تقييم حالة المريض بدقة متناهية قبل البدء في معالجة سرطان الفم، وذلك من خلال دراسة الحالة السريرية بما فيها التاريخ الطبي والفحص السريري والمخبري والتصويري من أجل تحديد امتداد الورم وما إذا كان هناك نقيلة لمفية أو انتشار بعيد. ولكون جميع أنظمة التصنيف المتعارف عليها تهدف إلى جمع العناصر المتجانسة مع بعضها وكذلك العناصر القابلة للمقارنة والتي تشترك جميعها في تحديد حالة المريض بمعطيات واضحة، فإن نظام التصنيف الذي يرمز له بالورم: العقد: النقائل (TNM) هو النظام الأكثر قبولاً في مختلف دول العالم، ويشمل هذا النظام تقييم حجم الورم الأولي (T) ووجود النقيلة اللمفية في المنطقة (N)، إضافة إلى انتشار الورم بعيداً عن ظهوره الأولي (M) (الجدول ١٠، ١).

وبالخصوص الأورام الناشئة في الجيب الفكي والمناطق الجناحية، ولذلك حلت محل التصوير الشعاعي والتصوير المقطعي الاعتيادي. ولقد أظهر التصوير المقطعي المحوسب مؤخراً مقدرة فائقة في استقصاء انتشار الأورام إلى الرئة والكبد والهيكلي العظمي، وكذلك الأسلوب الجديد من التصوير المقطعي البوتروني (positron emission tomography- PET)، والذي يعتمد في الأساس على ازدياد معدل ارتفاع استقلاب السكر في الأورام حيث يمكنه امتصاص مضاهي السكر المشع بشكل انتقائي.

تخطيط الصدى

تساوى فاعلية التصوير بالموجات فوق الصوتية (ultrasonography) مع التصوير المقطعي المحوسب في كشف انتشار الأورام إلى الكبد، وتتميز هذه الطريقة بالإضافة إلى كونها غير جائرة بتكاليف منخفضة، وتعتبر أفضل الطرق لتقييم حالة الكبد.

الجدول (١٠، ١). تصنيف سرطان الفم.

الانتشار البعيد (M)	النقيلة اللمفية (N)	حجم الورم (T)
M0 ليس هناك دليل للانتشار البعيد	N0 لا يوجد عقد لمفية	T0 لا يوجد ورم أولي
M1 وجود انتشار بعيد	N1 عقدة واحدة بنفس الجانب	T1 الورم أصغر من ٢ سم في محيطه
	N2 (أ) عقدة واحدة بنفس الجانب أكبر من ٣ سم وأصغر من ٦ سم (ب) عقد متعددة بنفس الجانب لا تزيد عن ٦ سم (ج) عقدة واحدة أو عدة عقد ثنائية الجانب أو في الجانب المقابل لا تزيد عن ٦ سم	T2 الورم أكبر من ٢ سم وأصغر من ٤ سم
	N3 أي عقدة أكبر من ٦ سم	T3 الورم أكبر حجماً من ٤ سم
		T4 غزو الورم للأنسجة المحيطة

- الأسنان المصابة بالتهوس المتقدم.
- الأسنان المصحوبة بأمراض حول الذروة.
- الأسنان المصابة بأمراض الأربطة الداعمة.
- الأسنان ذات الحشوات المتوس منها.
- حشوات الجذور غير الملائمة.
- تنعيم الحدبات والحواف الحادة للأسنان والحشوات.
- إصلاح الأجهزة التعويضية السنية المسببة للآلام والتقرحات الفموية.
- تقليح الأسنان وسحل الجذور.
- التأكيد على تعليمات صحة الفم.

اختيار العلاج

يبقى الخيار الجراحي والعلاج الإشعاعي الجذري هما الخياران الأساسيان المتوفران لعلاج الأورام الأولية، ويعود تفضيل أحدهما على الآخر إلى اختلاف إستراتيجيات العلاج بين المراكز المتخصصة، فاختيار العلاج الإشعاعي مثلاً يُبقي الجراحة للعلاج الإنقاذي (Salvage) وخصوصاً إذا ما أظهر الفحص النسيجي دلائل للنكس أو استمرار بقاء المرض. وقد يقتصر دور العلاج الإشعاعي مع العلاج الجراحي في كونه عاملاً مساعداً قبل المعالجة الجراحية أو بعدها، وعلى الرغم من هذا يبقى الخيار الجراحي هو الأسلوب الأمثل المؤكد للشفاء.

إن اختيار العلاج الناجع لكل مريض يعتمد على العديد من العوامل الواجب مراعاتها من قبل الجراح واختصاصي العلاج الإشعاعي، وتتضمن هذه موقع المرض، ومرحلته، وتشكله النسيجي وكذلك الوضع الصحي للمريض، وتهدف هذه الاحتياطات إلى وضع

ولعل ما ينتهي إليه المرض بدرجاته المختلفة يظهر بوضوح من خلال دراسة مجموعات المرضى على أساس هذا التصنيف ومقارنته بمعدلات البقاء المتشابهة ويسمى هذا بتصنيف مراحل السرطان (الجدول ٢، ١٠)، ويمكن على ضوء هذا التصنيف اختيار العلاج المناسب الذي يؤثر إيجابياً على معدل البقاء (الجدول ٣، ١٠).

الجدول (٢، ١٠). مراحل سرطان الفم.			
المرحلة	T	N	M
I	T1	N0	M0
II	T2	N0	M0
III	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
	T3	N0, N1	M0
IV	T4	N1, N0	M0
	T أي كان حجم الورم	N3, N2	M0
	T أي كان حجم الورم	N أي كانت الثقيلة اللمفية	M1

الجدول (٣، ١٠). مؤشر التنبؤ لمراحل سرطان الفم المختلفة.	
المرحلة	نسبة معدل البقاء لمدة ٥ سنوات
I	٨٤-٥٧
II	٧٠-٤٩
III	٥٩-٢٥
VI	٤٧-٧

علاج الأورام الأولية

دور طبيب الأسنان قبل بدء العلاج الفعلي

- قلع الأسنان التي لا يرجى شفاؤها مثل.

العلاج الإشعاعي (radioresistant)، ويعود ذلك إلى قصور التروية الدموية، كما أن تعريض الأنسجة السليمة للإشعاع أكثر من مرة يعرضها للموت أو التلف.

التغيرات الحيوية الميدانية

تعالج الأورام الأولية المتعددة وكذلك الآفات محتملة الخباثة المنتشرة في الفم بالجراحة، ويعد استخدام العلاج الإشعاعي لمثل هذه الحالات غير مناسب قطعاً، حيث يمكن أن يمتد ضرر الأشعة إلى مجمل أنسجة الفم، إضافة إلى أن العلاج الإشعاعي لا يمنع التحول السرطاني للآفات محتملة الخباثة.

نتائج الفحص النسيجي

لا يعول كثيراً على نتائج الفحص النسيجي في اختيار أسلوب العلاج، فالأورام النادرة، مثل السرطانة الغدية (adenocarcinoma) والورم الصباغي (melanoma) مقاومة نسبياً للعلاج الإشعاعي، ولذلك يتوجب قدر الإمكان معالجة هذه الأورام جراحياً. أما التصنيف النسيجي لسرطان حرشفية الخلايا فلا يؤثر على اختيار العلاج، إذ ليس هناك من دلائل تشير إلى أن علاج السرطانة جيدة تمايز الخلايا (well-differentiated) يختلف عن علاج عسير تمايز الخلايا (poorly-differentiated).

عمر المريض

يؤخذ عمر المريض بعين الاعتبار كعامل أساسي عند اختيار أسلوب العلاج، فقد يسبب علاج المرضى صغار السن بالأشعة مثلاً نشوء سرطانات مقبل العمر حتى وإن كان هذا الخطر ضئيلاً جداً مقارنة بأضرار المرض نفسه، وبالمقابل فإن العلاج الجراحي لكبار السن غير مقبول أحياناً نظراً لتردي صحة هؤلاء المرضى، وكذلك الحال مع العلاج الإشعاعي

الأهداف ورسم خطط المعالجة، وفيما يلي العوامل المؤثرة على اتخاذ القرار العلاجي.

موقع ومنشأ المرض

يتعين اختيار العلاج بناء على موقع ومنشأ الورم في الفم، وسوف يستعرض لاحقاً علاج الأورام الأولية في مختلف مواقعها التشريحية. وعلى الرغم من ذلك، فإن الخيار الجراحي هو الخيار الأول لعلاج الأورام الناشئة على حافة السنخ، ويمكن للجراحة والعلاج الإشعاعي أن يحل كل منها بديلاً للآخر لعلاج الأورام في المواقع الأخرى.

مرحلة المرض

تعالج الأورام الصغيرة التي لا ينتج عن استئصالها تشوهات واضحة بالجراحة، ويفضل استخدام الأسلوب ذاته للأورام الكبيرة المتسللة إلى العظام بشرط أن تكون قابلة للعلاج الجراحي، وذلك تفادياً لما قد ينتج عن العلاج الإشعاعي في هذه الحالات من تراجع في معدل الشفاء. وتختلف وجهات النظر في علاج الأورام في مراحلها المتوسطة من النمو كعلاج ورم كبير بدرجة T1 ومعظم T2 على سبيل المثال، وكذلك المراحل المبكرة من السرطانة النابتة T3، لما قد تحققه الإستراتيجيتان: الجراحية والإشعاعية من معدلات بقاء متساوية، ولهذا تبقى مكتسبات العلاج الوظيفية والنتائج السلبية لكل أسلوب على حدة هي العوامل المحددة لاختيار العلاج، علماً أن وجود النقيلات اللمفية يتطلب دائماً الاستئصال بمعية الورم الأولي جراحياً.

العلاج الإشعاعي السابق

لا ينصح بالمعالجة الإشعاعية لأورام تمت معالجاتها مسبقاً بالإشعاع؛ وذلك لقدرتها على مقاومة

اللسان

تعد الجراحة الخيار الأول لاستئصال أورام اللسان المبكرة من داخل الفم، وكذلك لعلاج أورام مقدمة اللسان، وتعالج الأورام المتقدمة والكبيرة بالجراحة والعلاج الإشعاعي لاحقاً، وقد تتساوى نتائج العلاج الجراحي والإشعاعي للأورام في مراحلها المتوسطة. ولا يتطلب بالضرورة إعادة بناء اللسان بعد الجراحة إذا كان الجزء المستأصل أقل من الثلث، حيث تبدو النتيجة دائماً جيدة إذا ما استبعد إغلاق الجروح بالمقصد الأولي مع تجنب تغطية المكان بطعم جلدي؛ ولذلك ينصح في هذه الحالة بمعالجة قاعدة اللسان المتبقية بعد الاستئصال بالإشعاع الحراري (diathermy) حتى تغطي تلقائياً بعد ذلك بالنسج الحبيبية الظهارية. إن هذه الطريقة تتميز بكونها غير مؤلمة ولا تؤدي إلى بروز تشوهات، ومن المستحسن استخدام ليزر ثاني أكسيد الكربون للاستئصال الجزئي للسان (glossectomy)، حيث يندم الشعور بالألم وتتضاءل الوذمة التالية للجراحة، وتكون الندبة الناتجة محدودة جداً.

أما سرطان اللسان الذي يزيد قطره عن ٢ سم فيعالج باستئصال نصف اللسان (hemiglossectomy) على أقل تقدير نظراً لأن بعض الأورام تتسلل بين ألياف العضلة اللامية اللسانية (hypoglossus)، ويزداد احتمال توغل الأورام الكبيرة إلى قاع الفم وعظام السنخ، ولذلك تأتي أهمية الوصول إلى الورم وتوظيف الاستئصال الموسع عبر شطر الشفة وبضع الفك السفلي (mandibulotomy). وتتضمن المعالجة كذلك تسليخ الرقبة لإزالة العقد اللمفية التي تخفي الأورام الثقيلة. إن إعادة بناء اللسان تتطلب استخدام أسلوب نقل الأنسجة كاستخدام

وبالخصوص الأشعة الخارجية الجذرية، حيث يمكن أن تراجع أوضاعهم الصحية نتيجة سوء التغذية والوهن العام، وقد ينتهي الأمر بوفاتهم. إن ما يمكن استنتاجه هو أن العمر الزمني بحد ذاته يجب ألا يكون سبباً مطلقاً لاستبعاد أسلوب الجراحة العلاجي.

العوامل المؤثرة على اختيار أسلوب العلاج

- موقع ومنشأ المرض.
- مرحلة المرض
- العلاج الإشعاعي السابق.
- التغيرات الحيوية الميدانية.
- نتائج الفحص النسيجي.
- عمر المريض.

خصوصية العلاج بناءً على موقع ومنشأ المرض

سرطان الشفة

يشاهد سرطان الشفة غالباً على حوافي الشفاه السفلى بعيداً عن نقطة التماس مع الشفة العليا وتقدر إصابة الثلث الأوسط وعند أركان الشفتين بحوالي ١٥٪، بينما تقدر إصابة الشفة العليا بحوالي ٥٪، ويتنشر سرطان الشفة في بدايته إلى الناحية الجانبية أكثر من تسلله إلى العمق، وقد يصل إلى مثلث الرقبة الأمامي (anterior triangle)، ويغزو الفك السفلي إذا فشلت السيطرة عليه مبكراً، وتنشأ النقيلات اللمفية غالباً في وقت متأخر. أما ما يميز سرطان الشفة فهو استجابته للعلاج الجراحي وكذلك الإشعاعي بدرجة متساوية، وقد تصل نسبة الشفاء إلى ٩٠٪.

إن وجود دلائل على اجتياح الورم للفك السفلي يتطلب استئصال عظم الفك، ولتفادي أي تشوه وظيفي أو جمالي يتحتم القيام بإعادة بناء الفك في الحال باستخدام طعم عظم وعائي، أو طعم عظمي مكون من العظم القشري والإسفنجي، ويمكن كذلك استخدام أجهزة غير عضوية مدعومة بطعم عظمي إسفنجي.

المخاطية الخدية

تستأصل الأورام الناجمة عن المخاطية الخدية بمعية ٢ سم من الأنسجة المجاورة السليمة إضافة إلى ما يندرج تحتها من العضلة المبوقة (buccinator muscle)، ويُغطى العيب الجراحي بطعم جلدي مشطور. أما الأورام الكبيرة ثلاثية الأبعاد كتلك الممتدة إلى الباحة خلف الأرحاء أو إلى أحذية الفك العلوي أو الحفرة اللوزية (tonsillar fossa) فتتطلب إعادة البناء باستخدام شريحة مقترنة بعظم الكعبرة، والتي بدورها تتميز بالتكيف مع الشكل وتبقى ناعمة ومتحركة بعد الجراحة.

السنخ السفلي

تعد الجراحة الخيار العلاجي الأمثل لجميع سرطانات السنخ في كل فئات المرضى ما عدا أولئك الذين لا يستطيعون تحمل تبعاتها. ونظراً لما عُرف مؤخراً عن نمط تمدد الورم داخل العظم، فقد أصبح بالإمكان المحافظة على شكل واستمرار الفك السفلي، وذلك باستئصال الجزء العلوي منه. وعلى النقيض، فإن تسلل الورم العميق داخل الفك يستدعي استئصال الفك بكامل ارتفاعه عن طريق شطر الشفة، ويستحسن إكمال عملية البناء في الحال، إذ إن النتائج المثالية تتراجع مع تأخير عملية إعادة بناء الفك المتأخرة.

تتعدد الأساليب المستخدمة لإعادة بناء الفك، ولعل الأساليب التقليدية منها كاستخدام طعم عظمي

شريحة عظم الكعبرة الحر (radial forearm flap) عن طريق الجراحة الوعائية المجهرية للتفاعر الشرياني الوريدي (microvascular anastomosis).

دور طبيب الأسنان خلال فترة العلاج

- العناية بصحة الفم المتقهقرة.
- وصف مطهر الكلورهيديين بتركيز ٢٪ لغسيل الفم.
- وصف مضادات الفطريات عند الحاجة.
- وصف المضمضة الغنية بالفلورايد.

قاع الفم

يتشر سرطان قاع الفم إلى سطح اللسان البطاني ويصل إلى عظام السنخ في مراحله الأولى، ويعالج باستئصال اللسان الجزئي وحافة السنخ. وتتطلب العيوب الناتجة جراء الجراحة إعادة بناء الأنسجة المفقودة سواء عن طريق استخدام الشرائح الموضعية أو البعيدة، ولا يستحسن إغلاق العيوب بخياطة اللسان إلى الأغشية المخاطية الخدية المجاورة إذ أن مثل هذا يؤدي حتماً إلى قصور حركة اللسان وما ينتج عنه من صعوبة بالغة في الكلام والمضغ. وبما أن الأورام الصغيرة لا تتسلل إلى العمق فإنها تعالج بالاستئصال التحفظي بعكس الأورام الكبيرة التي قد تصل إلى الناحية البطنانية لسان أو السنخ، والتي تتطلب بالضرورة استئصال موسع عن طريق شطر الشفة وبضع الفك السفلي من المنتصف، أو من الناحية الجانبية أمام الثقب الدقنية. ولكون هذه الأورام ترتبط بسرعة الثقيلة اللمفية فمن المفترض استئصال العقد اللمفية العنقية من نفس الجانب.

قاعدة المثلث بينما يتجه رأسه إلى الأسفل خلف الرحى السفلية الثالثة، ويرتبط اكتشاف الأورام في هذه المنطقة بدرجة من الصعوبة سواء كان ذلك سريرياً أو إشعاعياً؛ فقد يتسلل الورم إلى الراد الصاعد للفك السفلي ليصل إلى الحيز الجناحي الفكي (pterygomandibular space). أما علاج الأورام في هذا المثلث فيتطلب شطر الشفة ويضع الفك السفلي، ويستحسن ترميم العيوب الصغيرة بعد الجراحة بشرائح من العضلة الماصغة أو العضلة الصدغية، ويفضل ترميم العيوب الكبيرة بشرريحة حرة من الساعد يتم تشكيلها لتتطابق مع شكل العيب في هذه المنطقة.

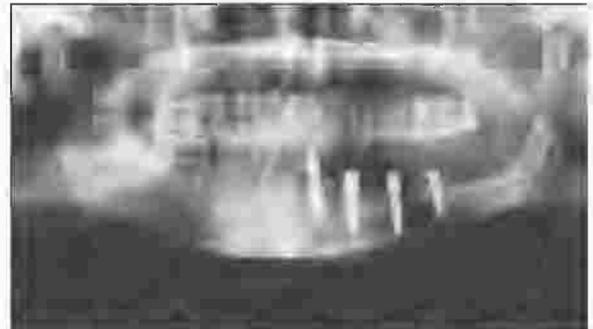
الحنك الصلب والسنخ العلوي

تعرض هاتان البنتان التشريحيتان مع بعضها في هذا الجزء من هذا الكتاب لكونهما متجاورتين، ويعتبر نشوء سرطان حرشفية الخلايا الأولية في إحدهما ظاهرة نادرة، حيث لا يعدو ذلك إلا أن يكون تسلسلاً لورم من الجيب الفكي أكثر من أن يكون ناشئاً من داخل الفم، ويستثنى من ذلك سكان القارة الهندية الذين يمارسون عادة التدخين المعكوس والمرتبطة بشكل مباشر بسرطان الحنك والسنخ العلوي، وقد يغلب على الأورام الخبيثة في الحنك أنها تنشأ من الغدد اللعابية الصغيرة.

تعالج أورام الحنك الصلب والسنخ العلوي وقاع الجيب الفكي بالاستئصال الجزئي للفك العلوي (partial maxillectomy). أما إذا امتد الورم إلى الأجزاء السفلية من الفك العلوي فحينها يكون استئصال الفك كاملاً هو العلاج، وقد تتوسع العملية الجراحية بالضرورة إذا وجد أن الورم قد وصل إلى الحنجار أو الحيز الجناحي الفكي والحفرة تحت الصدغ، وقد

مستقطع من العرف الحرقفي (iliac crest) أو الأضلاع مثلاً يتطلب وفرة في الأنسجة الرخوة تتيح تغطية الطعم العظمي بأمان إلا أن بناء عظمة الذقن غير ممكنة، وعلى الرغم من ذلك فإن هذا الأسلوب يمنح في العادة نتائج مقبولة. أما استخدام الجراحة الوعائية المجهرية فيعتبر الأسلوب المثالي لإعادة بناء الفك السفلي، وذلك عن طريق استخدام شريحة الساعد مع جزء من عظم الكعبرة أو شريحة أربية مركبة (compound groin flap) ومعتمدة على الشريان الحرقفي المنعطف (deep circumflex iliac vessels) أو باستخدام شريحة عظم الشظية.

ورغم هذا كله، فإن تعويض الجزء المفقود من الفك عن طريق بعض هذه الأساليب لا يحقق سعادة عظمية مناسبة للمعالجة السنية التعويضية؛ ولذلك اعتبرت الشظية والشريحة الأربية فقط هما المناسبتان لثبيت غرسات سنية تسمح بالاندماج العظمي والمعالجة السنية الشاملة (الشكل ١٣، ١٠).



الشكل (١٣، ١٠). غرسات سنية في فك تم إعادة بنائه بعد استئصال الورم السرطاني.

المثلث خلف الأرحاء

يتكون المثلث خلف الأرحاء من الجزء الأمامي من الراد الصاعد، ويتخذ إلى حد ما شكلاً ثلاثي الأبعاد، وتشكل المساحة خلف الرحى العلوية الثالثة

واسع مع أجزاء من الأنسجة السليمة المجاورة حالما يتأكد التشخيص، وعلى أن يتبع هذا علاج إشعاعي جذري فيما بعد. ويفتقر العلاج الكيميائي لأي دلائل إيجابية في علاج الأورام الصبغية فيما عدا دوره في المعالجة اللطيفة وإطالة معدل البقاء، والتي لا تتعدى في الغالب ٥٪ لمدة ٥ سنوات.

علاج العنق

غياب النقيلة اللمفية

على الرغم من غياب العقد اللمفية سريرياً في مرضى ورم الفم الخبيث (patient staged N0) إلا أن وجود بؤر خفية من الخلايا السرطانية أمر محتمل، ولهذا يعتقد أن إزالة هذه العقد وإن بدت سريرياً سليمة له مبرراته من أجل الوصول إلى نتيجة أفضل، ومع ذلك فقد يجادل بعض الممارسين في أن إزالة العقد اللمفية العنقية ليس ضرورياً لجميع الحالات، حيث إن النقيلة اللمفية لا تشاهد إلا في القلة القليلة فقط. أما من الناحية العملية، فإن استئصال الورم الأولي من قاع الفم والسنخ السفلي، واللسان عن طريق كشف المثلث تحت الفك السفلي (submandibular triangle) يتطلب بالضرورة تسليخ وكشف الرقبة الوقائي (prophylactic neck dissection) مع المحافظة على العصب الإضافي (accessory nerve) والوريد الوداجي الباطن (internal jugular vein) والعضلة القصية الترقوية الخشائية (sternocleidomastoid)، ولهذا يفضل أن ينظر إلى العملية الجراحية على أنها علاج مرحلي يعتمد أساساً على حتمية العلاج الإشعاعي الجذري، ولذلك يتوجب أن يخضع جميع الذين تظهر لديهم عقدتان أو أكثر من النقيلات

يتطلب تسلل الورم إلى الأم الجافية الدماغية (dura mater) علاجاً مشتركاً مع جراحة الأعصاب. وتوجب تغطية العيوب الناتجة بعد استئصال الفك العلوي بطعم جلدي لتحقيق الالتئام السريع وتفادي تقلص الأنسجة الرخوة المحيطة، ويعتقد أن فرصة الشفاء بالجراحة لوحدتها ضئيلة جداً؛ ولذا يلزم إدراج العلاج الإشعاعي بعد الجراحة.

الورم الصبغي الخبيث

تعد الأورام الصبغية الفموية (malignant melanoma) من الأورام النادرة وتنحصر ذروة الإصابة فيها بين ٤٠-٦٠ سنة من العمر، وتشكل إصابة الحنك الصلب حوالي ٥٠٪ والثثة العلوية ٢٥٪، ويعتقد أن حوالي ٣٠٪ من الأورام الصبغية تنشأ في مواقع مصابة بفرط التصبغ (hyperpigmentation) والتي قد يمتد ظهورها لسنوات عدة بشكل اعتيادي. وتبدو هذه الآفات في العادة بألوان مختلفة، فإما تكون سمراء اللون وإما سوداء، وتقدر الآفات النادرة عديمة اللون بحوالي ١٥٪، بينما تبدو غالبيتها محمرة اللون. ويتخذ الورم الصبغي الفموي في الغالب أشكالاً بارزة على هيئة عقد وتكون أسطحه ملساء، وتنعدم الأعراض لحين ظهور التقرحات وحيثئذ تكون مؤلمة وسهلة النزف. ونظراً لسرعة نمو الأورام الصبغية، فإن قطر معظم هذه الأورام قد لا يقل عن ١ سم عند الزيارة الأولى، وقد تظهر في هذه المرحلة علامات النقيلات السرطانية على حوالي ٥٠٪ من المرضى.

إن ازدياد حجم الورم وسرعة نموه وتلف العظم المجاور وانتشار الورم إلى مواقع أخرى دليل على سوء ما آل إليه المرض، ولذلك يتوجب استئصاله بشكل

النقيلة اللمفية التي يزيد حجمها عن ٦ سم يستدل من هذه المرحلة على وجود ورم أولي جسيم وعقد لمفية ثابتة (patient staged N3) نتيجة التغلغل العميق للخلايا السرطانية، ويرتبط هذا في الغالب بالمآل السيئ. وعلى الرغم من إمكانية إزالة وتعويض الشريان السباتي الأصلي (common carotid) أو الشريان السباتي الغائر (internal carotid artery) واستئصال قاع الجمجمة عملياً إلا أنه لا ينصح بالجراحة في هذه الحالة، وقد يكتفى باللجوء إلى العلاج الإشعاعي الخارجي كأفضل بديل، وتتجلى أهمية العلاج الإشعاعي قبل الجراحة كذلك في معالجة الكتل الثابتة في الرقبة للمرضى صغار السن الذين يعانون من ورم أولي قابل للاستئصال الجراحي.

ظهور النقائل اللمفية بعد العلاج الأولي

من غير المستحيل اكتشاف النقائل اللمفية (nodal metastasis) حتى وإن كانت صغيرة الحجم إذا ما تمت متابعة المريض بعد العلاج الأولي بصفة دورية وبنظام صارم، ولذلك ينصح باستخدام الخزعة الشفطية الموجهة بالتصوير فوق الصوتي والفحص الخلوي لتأكيد ما إذا كان انتشار السرطان إلى العقد اللمفية العنقية حقيقة أم أن ذلك نتيجة تضخم عقدي تفاعلي (reactive hyperplasia) فقط. إن ظهور النتائج الإيجابية يستدعي تسليخ الرقبة الجذري، وعلى أن يتبع هذا علاج إشعاعي في حالة ظهور النقيلات اللمفية المتعددة أو انتشار المرض خارج العقد.

المتابعة

تقدر نسبة الوفيات من سرطان الفم بحوالي ٥٠٪ وتظهر عودة الورم الأولي فيما نسبته ٢٠٪.

اللمفية أو يثبت لديهم انتشار المرض خارج العقد للعلاج الإشعاعي.

نقيلة لمفية في عقدة أحادية أو متعددة بنفس الجانب

تشير الدلائل المتوفرة إلى أن العلاج المثالي للنقيلة اللمفية في عقدة أحادية أو متعددة بنفس الجانب (patient staged N1, N2(a), N2(b) full) هو تسليخ الرقبة الجذري (neck dissection) سواء كان ذلك بمفرده أو بمصاحبة العلاج الإشعاعي بعد الجراحة، وخصوصاً إذا كشف الفحص النسيجي للعين عن إصابة عقد لمفية متعددة أو إذا ثبت انتشار المرض خارج العقد. ويتوجب مع الجراحة المحافظة على العصب الإضافي والوريد الوداجي الباطن والعضلة القصية الترقوية الخشائية، ويمكن استبدال الجراحة بالعلاج الإشعاعي فقط للمرضى الذين لا يستطيعون تحمل الجراحة نظراً لاعتلال صحتهم العامة.

نقيلة لمفية في عقد أحادية أو متعددة ثنائية الجانب أو في الجانب المقابل

يعتبر ظهور العقد اللمفية العنقية ثنائية الجانب (patient staged N2(c)) في مرضى سرطان الفم أمراً غير شائع، وإن ظهرت فهي دلالة على كبر حجم الورم وعدم قابليته للجراحة، ولهذا يتوجب علاج الورم الأولي والعقد العنقية بالإشعاع الخارجي. وقد يلجأ أحياناً إلى تسليخ الرقبة الجذري ثنائي الجانب في المرضى صغار السن وينصح في هذه الحالة المحافظة على الوريد الوداجي الباطن في الجانب العنقي المقابل ما أمكن ذلك. وقد يتطلب تعدد النقيلات اللمفية وانتشار المرض خارج العقد للعلاج الإشعاعي بعد الجراحة، ويتوقع مع هذه الحالات ظهور وذمة، واحتقان شديد في الوجه واللسان.

إضافة إلى دوره الأولي في مراقبة نشوء أي من الأورام السرطانية الجديدة.

دور طبيب الأسنان المعالج

- المتابعة الدورية للمرضى كل ٦ أشهر لمدة الحياة.
- الاهتمام المبكر بكل أمراض التسوس والأنسجة الداعمة.
- وصف المضمضة الغنية بالفلوريد بشكل مستمر.
- إدراك أهمية التحويل الفوري إذا ما ارتاب الطبيب في ظهور نكس أو نشوء أورام جديدة.
- تجنب قلع الأسنان بشكل قطعي لمن عولج بالإشعاع سابقاً.

من المرضى، بينما تتكون النقيلات اللمفية في ٢٥٪، ويمكن ملاحظة هذه التدايعات خلال الستين الأوليين بعد العلاج، وقد يصاب ما يقارب ٢٠٪ من مرضى سرطان الفم بأورام أخرى في القناة التنفسية أو الهضمية نتيجة التحولات الحيوية الميدانية المصاحبة لتناول التبغ وتعاطي الكحول ولهذا يجب القيام بالمتابعة الدورية وزيارة المستشفى كل شهر في السنة الأولى، وعلى أن تقلص الزيارة كل ٢-٣ أشهر في السنة الثانية، ثم كل ٦ أشهر فيما بعد ذلك. ويتحتم إعطاء الفحص أهمية بالغة متخذاً في ذلك كل أساليب الفطنة والحذر الشديدين، ويبقى لطبيب الأسنان دور حيوي في استمرار متابعة وعلاج أمراض الأسنان وما ينشأ من تأثيرات جانبية بعد علاج السرطان،

قراءات إضافية

Ord R. A., Blanchaert R. H. (1999) *Oral cancer. The dentist's role in diagnosis, management, rehabilitation and prevention*. Quintessence, Chicago, IL.
Pindborg J. J. (1980) *Oral cancer and precancer*. Wright, Bristol, UK.

Kramer I. R. H., El-Laban N., Lee K. W. (1978) The clinical features and risk of malignant transformation in sublingual keratosis. *British Dental Journal* 144: 171-180.
Langdon J. D., Henk J. M. (1995) *Malignant tumours of the mouth, jaws and salivary glands*. Edward Arnold, London.

التقييم الذاتي

- (ج) التليف الفموي تحت المخاطي.
(د) الحزاز المسطح الفموي.
٣- كيف يمكن معالجة الحالات السرطانية التالية:
(أ) آفة سرطانية حرشفية الخلايا بقطر يبلغ ١ سم في مقدمة اللسان لشخص متعافٍ يبلغ من العمر ٦٠ سنة.

- ١- ما المسببات الرئيسة لنشوء سرطانة حرشفية الخلايا في الفم والبلعوم؟
٢- كيف يمكن مقارنة الآفات التالية فيما يتعلق بخطر تحولها الخبيث؟
(أ) الطلوان.
(ب) اللويحة الحمراء الناعمة.



الشكل (١٤, ١٠). انظر السؤال الثالث ب.

الإجابة في الملحق ب.

ب) آفة سرطانية حرشفية الخلايا بقطر ٣ سم في قاع الفم (الشكل ١٤, ١٠) وممتدة إلى السنخ ومقترنة بعدد من النقيلات اللمفية العنقية أحادية الجانب.

ج) لويحة حمراء منتشرة في كلا بطانة الخدين والشفاه وقاع الفم مع بروز علامات أولية لسرطانة حرشفية الخلايا.

٤- ما دور طبيب الأسنان بعد علاج سرطان

الفم؟

٥- ما العوائق الرئيسية للجراحة والعلاج

الإشعاعي في سرطان الفم؟