

ABSTRACT

BAGGRUND - Planocellulært karcinom udgået fra mundhulens overfladeepitel er den hyppigste (> 90 %) form for oral cancer. De kliniske tegn på planocellulært karcinom er typisk et ikke-helende sår med voldformede rande og induration. Der kan dog også forekomme røde og hvide samt nodulære forandringer uden ulceration.

PATIENTTILFÆLDE - En 55-årig kvinde blev henvist til Kæbekirurgisk afdeling, Sydvestjysk Sygehus Esbjerg, med henblik på diagnostik og behandling af en nekrotisk knogledefekt i underkæben efter i en periode at være blevet behandlet kirurgisk i privat praksis. Klinisk sås en stor ulceration med voldformede rande og stor destruktion af processus alveolaris. CBCT viste stor destruktion af den faciale knogle i underkæbefronten. Patienten blev henvist til Øre-næse-hals-afdelingen pga. mistanke om planocellulært karcinom. Patienten kom herefter i kræftpakkeforløb, hvor diagnosen blev bekræftet ved biopsi. En primær resektion blev fulgt op af stråle- og kemoterapi. Fem måneder postoperativt blev der konstateret recidiv ekstraoralt på hagen, som blev behandlet med palliativ kemoterapi.

KONKLUSION - Øget fokus på cancerdiagnostik kan hjælpe med til at minimere "doctor's delay", således at der vil ske en hurtigere diagnostik fra patientens første henvendelse og dermed øge prognosen for helbredelse.

EMNEORD Squamous cell carcinomas | doctor's delay | oral cancer | diagnosis



Korrespondanceansvarlig førsteforfatter:
TRINE WULFF NIELSEN
trinewulff@hotmail.com

Doctor's delay af planocellulært karcinom

TRINE WULFF NIELSEN, tandlæge, Kæbekirurgisk Afdeling, Sydvestjysk Sygehus Esbjerg, Syddansk Universitetshospital

KRISTOFFER SCHWARTZ, specialtandlæge i tand-, mund- og kæbekirurgi, Kæbekirurgisk Afdeling, Sydvestjysk Sygehus Esbjerg, Syddansk Universitetshospital

ELSE PINHOLT, professor, overtandlæge, dr.odont., Syddansk Universitet, Institut for Regional Sundhedsforskning, Sydvestjysk Sygehus Esbjerg, Syddansk Universitetshospital

► Accepteret til publikation den 9. maj 2019

Tandlægebladet 2019;123;xxx-xxx

Planocellulært karcinom udgået fra mundhulens overfladeepitel er den hyppigste (> 90 %) form for oral cancer (1). I perioden 2012-2016 blev der årligt diagnosticeret 351 nye tilfælde (2). Forekomsten af oral cancer er hyppigere hos mænd end hos kvinder (2,3).

De kliniske tegn på planocellulært karcinom kan variere, men typisk ses et ikke-helende sår med voldformede rande og induration. Der kan dog også forekomme røde og hvide samt nodulære forandringer uden ulceration. Ofte er der minimale smerter i det tidlige stadie, men i mange tilfælde udvikles hurtigt kraftige smerter fra læsionen. Ved knogleindvækst kan der radiologisk ses knogledestruktion med irregulær afgrænsning, som kan ligne osteomyelitis (4).

Tidlig diagnostik er vigtigt, da det har betydning for prognosen. Tidligere stadier har væsentlig bedre prognose end sene stadier (5,6). Ideelt set bør diagnosen stilles så tidligt som muligt, men ofte er der tale om et "delay" af flere forskellige årsager. "Delay" defineres som varigheden, fra der opstår symptomer, til diagnosen stilles. "Delay" består af to typer, herunder "patient delay" og "doctor's delay". "Patient delay" er tiden, fra patienten første gang bliver opmærksom på symptomer, til patientens første konsultation hos tandlæge/læge. "Doctor's delay" er tiden, fra tandlægen ser patienten første gang, og til patienten henvises til yderligere udredning (7).

”Doctor’s delay” kan opstå, hvis læsioner klinisk bliver fejl-diagnosticeret som fx benigne ulcerationer, som after og tryk-sår, da disse er hyppigere. På grund af den lave forekomst af oral cancer er det vigtigt, at tandlæger er bekendt med de kliniske tegn på cancer i mundhulen.

I nærværende artikel præsenteres en 55-årig kvinde, som blev henvist til Kæbekirurgisk Afdeling, Sydvestjysk Sygehus, efter længere tid med symptomer, og det diskuteres, hvad ”doctor’s delay” kan have haft af indflydelse på forløbet.

PATIENTTILFÆLDE

En 55-årig kvinde blev henvist fra egen tandlæge til Kæbekirurgisk Afdeling, Sydvestjysk Sygehus Esbjerg med henblik på diagnostik og behandling af en nekrotisk knogledefekt svarende til underkæbefronten med manglende heling.

Indledningsvis oplevede patienten pludselig løsning af underkæbeincisiverne, hvorfor patienten henvendte sig hos egen tandlæge. Der foretoges ekstraktion af 1-1 og fikstation med plast, hvorefter der ved efterfølgende kontrol observeredes god begyndende heling.

To måneder efter fjernelse af tænderne sås imidlertid inkomplet heling i forbindelse med kontrol, hvorfor patienten blev henvist til anden privatpraktiserende tandlæge. Plastfikstationen fjernedes, og der konstateredes en stor ildelugtende knogledefekt med blottet nekrotisk knogle. Der blev foretaget kirurgisk resektion af den nekrotiske knogle med samtidig fjernelse af tænderne 3,2- og -2,3. Efterfølgende kontroller viste dehiscenser og fibrindække, men patienten var smertefri.

En måned senere i forbindelse med kontrol af en ny partiel underkæbeprotese konstateredes stor defekt i slimhinden med blottet nekrotisk knogle, hvorefter patienten blev henvist til kæbekirurgisk afdeling.

Klinisk foto



Fig. 1. Defekt i processus alveolaris i underkæbefronten med blottet nekrotisk knogle. I periferien af slimhinden ses voldformede rande med tydelig induration.

Fig. 1. Lesion in the floor of the mouth and the alveolar process with ulcerations and raised margins. Induration on palpation of the lesion.

Klinisk relevans

Den privatpraktiserende tandlæge vil igennem sin professionelle karriere i gennemsnit se 4-5 tilfælde af oral cancer. Tandlægen har dog en vigtig rolle i diagnostikken af oral cancer, da de ser deres patienter til rutinemæssige tandlægebøger. Det er derfor vigtigt, at tandlægen er klar over de karakteristiske kliniske tegn på oral cancer. Ved mistanke om oral cancer skal man henvise til en øre-næse-hals-afdeling eller en kæbekirurgisk afdeling. Ved tvivl bør man søge rådgivning hos kolleger på kæbekirurgiske afdelinger eller ved specialafdelingerne på tandlægeskolerne.

Ved undersøgelsen på kæbekirurgisk afdeling sås en kronisk medtaget patient. På grund af kraftige smerter havde patienten igennem længere tid ikke kunnet indtage andet end proteindrik. Tobaksforbruget var på 15 cigaretter dagligt, men patienten havde intet forbrug af alkohol.

Patienten beskrev kraftige smerter fra hage og underkæben. Der havde tidligere været hævelse bilateralt i underkæben, som er blevet behandlet med antibiotika ad flere omgange.

Objektiv undersøgelse

Ekstraoralt – Hævelse submentalt samt på hagen. Hævelsen submentalt er hård og virker indureret, og der er kraftig ømhed ved palpation af området. Desuden findes ømhed ved palpation af de submandibulære lymfekirtler på begge sider. Der konstateres paræstesi svarende til innervationsområdet for n. mentalis bilateralt.

Intraoralt – Centralt i underkæbefronten ses en stor defekt i processus alveolaris med ulceration af mundslimhinden og blottet knogle. Slimhinden i periferien ses med voldformede rande, og der palperes induration i periferien af defekten og mundbunden (Fig. 1).

Radiologisk undersøgelse

Panoramarøntgen viser central knogledefekt gående fra regio 3- til -3 (Fig. 2). CBCT viser stor ossøs defekt i underkæbefronten svarende til corpus mandibulae og processus alveolaris regio 3- til -3. Der ses destrueret knoglestruktur med udefinerbare knoglekanter samt en central knogledestruktion (Fig. 3).

Udredning og behandling

Det kliniske og radiologiske billede var foreneligt med planocellulært karcinom. Patienten blev derfor henvist i kræftpakkeforløb til Øre-næse-hals-afdelingen på Odense Universitetshospital.

Biopsi ved Øre-næse-hals-afdelingen bekræftede diagnosen planocellulært karcinom (P-16 negativt). Behandlingen bestod af hemimandibulektomi, som blev rekonstrueret med frit fibulatransplantat samt bilateral halsglandedissektion. Makro- og mikroskopisk var patienten opereret radikalt, men på grund af tætte resektionsrande blev patienten behand-

Præoperativt panoramarøntgen



Fig. 2. Panoramaoptagelse viser stor knogledefekt centralt i underkæbe fra regio 3- til -3, som er irregulær i periferien.

Fig. 2. Panoramic x-ray shows a big bone defect with ill-defined margins in the lower jaw.

let med postoperativ stråleterapi 66 Gy/33 fraktioner og kemoterapi.

Fem måneder postoperativt konstateres recidiv af planocellulært karcinom ekstraoralt på hagen. Kirurgisk behandling eller yderligere stråleterapi var ikke mulig, hvorfor pallierende kemoterapi blev iværksat.

DISKUSSION

I ovenstående artikel præsenteres en 55-årig kvinde, som igennem en længere periode har haft symptomer og smerter fra underkæben og tungen. Patienten henvendte sig første gang med pludselig løsning af underkæbeincisiverne. Tilstanden tolkes som parodontal sygdom, hvorefter tænderne fjernes. Herefter foretages der ikke yderligere. Der er ingen historik om parodontal sygdom, så pludselig løsning af tænderne bør give anledning til differentialdiagnostiske overvejelser, herunder forhold, som ville kræve yderligere undersøgelse.

To måneder efter fjernelse af tænderne ses der inkomplet heling, og der forsøges sårrensning i første omgang. Der er umiddelbart ikke noget, som kan forklare forandringerne, da der på nuværende tidspunkt bør være heling efter fjernelse af tænderne, hvis der var tale om parodontal sygdom. Ved uforklarlige forandringer/sår er det vigtigt, at man følger op med kontrol efter 7-10 dage. Hvis der ikke ses forbedring, skal patienten henvises til en øre-næse-hals-afdeling eller en kæbekirurgisk afdeling for yderligere udredning.

Patienten henvises til anden privatpraktiserende tandlæge, som foretager knogleresektion i underkæbefronten samt fjernelse af tænderne 3,2-2,3, da der ses blottet nekrotisk knogle i området. Ved mistanke om osteoradionekrose eller medicinsk induceret osteonekrose skal der henvises til kæbekirurgisk afdeling for behandling. Behandling af dette varetages ikke af tandlæger i primærsektoren. Da patienten ikke tidligere har

Præoperativt CBCT



Fig. 3. Aksialbillede fra CBCT, som viser destruktion af den faciale cortex i underkæbefronten.

Fig. 3. Cone Beam CT shows destruction of the facial cortex in the lower jaw.

modtaget stråleterapi mod hoved-hals-regionen eller været i behandling med antiresorptiv medicin (bisphosphonat, denosumab), må man på baggrund af den manglende heling og blottede knogle gøre sig overvejelser om andre potentielle differentialdiagnoser end osteoradionekrose eller medicinsk induceret osteonekrose.

I forbindelse med knogleresektionen foretages der ikke en histologisk undersøgelse af det udtagne væv. En sådan undersøgelse kunne have stillet diagnosen tidligere i forløbet. Udtaget væv skal altid sendes til histologisk undersøgelse.

Tidlig diagnostik af oral cancer kan i nogle tilfælde være vanskelig, da symptomerne er få eller ingen. Ligeledes vil den privatpraktiserende tandlæge gennem sin professionelle karriere se få tilfælde af oral cancer, hvorfor tandlæger kan være sene til at tolke symptomer på malignitet, da man forveksler dem med typiske benigne forandringer. Så snart der ses karakteristiske manifestationer på oral cancer, som ikke-helende sår, ulceration med induration og voldformede rande og kliniske ændringer, som ikke kan forklares, skal tandlægen henvises i henhold til Sundhedsstyrelsens Pakkeforløb for Hoved- og Halskræft fra 2016 (8).

Øget fokus på cancerdiagnostik kan hjælpe med til at minimere "doctor's delay", således at der kan ske en hurtigere diagnosticering fra patientens første henvendelse og dermed øge prognosen for helbredelse. ♦

ABSTRACT (ENGLISH)

DOCTOR'S DELAY OF PLANOCELLULAR CARCINOMA

BACKGROUND - Squamous cell carcinoma originating from the oral mucosa is by far the most common type (> 90%) of oral cancer. Oral squamous cell carcinoma has clinically a varied presentation but the typical signs are non-healing ulcerations with raised margins and induration on palpation. There can also be red-, white- and nodular appearances without ulcerations.

CASE STUDY - A 55-year-old woman was referred to the Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Sydvestjysk Sygehus Esbjerg, for diagnosis and treatment of necrotic bone destruction in the lower jaw after the condition had been treated surgically in private practice. Clinically, the patient presented with a large ulceration with raised margins and

a large destruction of the alveolar process. The Cone Beam CT showed a large destruction of the facial bone in the lower jaw. The patient was referred to the Department of Otorhinolaryngology, Odense University Hospital on suspicion of oral squamous cell carcinoma. The patient was included in a treatment process where the diagnosis was confirmed by biopsy. The patient was treated surgically, followed by radiotherapy and chemotherapy. Five months post-operatively a relapse of the squamous cell carcinoma on the chin was diagnosed. The patient is now receiving palliative treatment.

CONCLUSION - Increased focus on clinical signs of cancer can help minimize "doctor's delay" so that a diagnosis is made sooner after the patient's first consultation with subsequent increase of the likelihood of recovery.

LITTERATUR

1. El-Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR et al. WHO Classification of Head and Neck Tumours. 4th ed. Lyon: IARC Press, 2017.
2. NORDCAN: Cancer incidence, mortality, prevalence and survival in the Nordic countries, Version 8.2. (Set 2019 maj). Tilgængelig fra: URL: <http://ancr.nu>
3. Reibel J, Kenrad B. Karcinom i mundslimhinden – tidligere diagnostik er mulig. Tandlægebladet 2014;118:698-9.
4. Neville BW, Damm DD, Allen CM et al. Oral and maxillofacial pathology. 3rd ed. St. Louis: Saunders, 2009;10:412-3.
5. Lindeløv B, Kirkegaard J, Hansen HS. Tidligere diagnostik af mundhulekræft, er en sådan mulig? Ugeskrift for Læger 1989;151:15-7.
6. Wildt J, Bjerrum P, Elbrønd O. Cancer cavi oris og cancer oropharyngis. En retrospektiv undersøgelse af 390 patienter. Ugeskrift for Læger 1987;149:3099-103.
7. Wildt J, Bundgaard T, Bentzen SM. Delay in the diagnosis of oral squamous cell carcinoma. Clin Otolaryngol Allied Sci 1995;20:21-5.
8. SUNDHEDSSTYRELSEN. Pakkeforløb for hoved- og halskræft. Sundhedsstyrelsen 2016.