

CITEVA DATE DE SINTEZA DIN EXPERIENȚA NOASTRA ASUPRA TUMORILOR MALIGNE ALE MAXILARELOR

Dr. Valerian Popescu, dr. Cicerone Mihail, dr. Memet Gafar

CONSIDERAȚII CLINICE ȘI TERAPEUTICE ASUPRA A 121 DE CAZURI DE TUMORI LABIALE

*Dr. Valerian Popescu, dr. P. Firu, dr. C. Burlibașa
(Stomatologia Nr. 1. 1956)*

Clinica de chirurgie buco-maxilo-facială a facultății de stomatologie din București cu sala-i de operație excepțional dotată, cu laboratoarele sale și cu cele aproape o sută de paturi ale ei ocupă un loc însemnat între institutele de acest gen din Europa. Conducătorul ei pionerul chirurg bucal prof. Valerian Popescu, continuatorul școlii lui Dan Teodorescu și colaboratorii săi prezintă cazurile oncologice și rezultatele obținute în tratarea lor la clinica de chirurgie buco-maxilo-facială.

Comunicarea cuprinde datele perioadei dintre anii 1936—1954.

Prima comunicare se referă la 267 de tumori maligne cu debut strict osos. 62% dintre bolnavi sînt bărbați între 40—65 ani. Cercetînd legătura cu profesia bolnavilor, s-a găsit că majoritatea se recrutaie dintre agricultori (30%). Un fapt care a atras în mod deosebit atenția autorilor a fost creșterea progresivă anuală a numărului bolnavilor.

Din punct de vedere al diagnosticului precoce, autorii releva că majoritatea bolnavilor au prezentat la început dureri dentare, asociate sau nu cu mobilizări ale dinților. Alții bolnavi au avut la început dureri capricioase de tip nevralgic, difuze în mandibulă sau maxilar, cu iradiieri diverse. Primele manifestări într-un

mare număr de cazuri, au fost tulburări de sensibilitate în domeniul ramurilor respective ale trigemenului (hipostezi, anestezi, parestezii). Tumorile maligne ale maxilarului superior debutează foarte frecvent sub tabloul clinic al unei sinuzite. Pentru aceasta orice sinuzită maxilară cu caracter subacut, rebelă la tratamentele obișnuite, trebuie suspectată. Cel mai prețios ajutor în punerea diagnosticului este biopsia.

Posibilitatea punerii unui diagnostic precoce este împiedicată de faptul că bolnavii vin cu întîrziere la tratament. În primele două luni ale bolii s-au prezentat de abia 7% dintre bolnavi, majoritatea lor a venit între a șasea lună și un an (29,58%), sau după un an (30,71%). Pentru aceasta la prezentarea bolnavului în clinică, în nici unul din cazurile autorilor, tumoarea nu era strict limitată la os, ci totdeauna invadea mai mult sau mai puțin structurile învecinate. Tumorile maxilarului superior în 86,45% s-au extins la orbită și la oasele bazei craniului.

55% a cazurilor au prezentat adeno-pații.

Tratamentul chirurgical constă în rezecții largi osoase și de părți moi, asociate cu evidarea gargilionară, se aplică

apoi röntgen sau radiumterapie. Rezecția maxilarului se face aproape sistematic cu înlăturarea podelei orbitei. Se renunță la aceasta doar atunci când osul și mucoasa sinusului maxilar nu prezintă nici o modificare. Autorii au practicat de regulă hemirezecția cu dezarticulație.

Intervențiile au fost executate cu anestezie regională tronculară cu novocaină 2% după o pregătire sistematică cu luminal, dilauden, atropină sau scopolamină. La adulți nu s-a folosit narcoză.

Evidența ganglionară se execută concomitent cu intervenția, mai rar la cîteva săptămîni sau luni după operație. Începînd din 1954 evidența ganglionară se face în mod sistematic, pînă la această dată nu s-a făcut evidența ganglionară decît în cazurile în care ganglionii erau manifest prinși.

Ca un mijloc adjuvant autorii recomandă ligatura arterei carotide externe.

Pregătirea preoperatorie se face cu o deosebită grijă. Local, cavitatea bucală este îngrijit asanată, se extrag resturile infectate, se aplica perfuzii generale de sînge și plasmă.

În urma rezecției maxilarului superior, placile palatine, dinainte executate, au rolul de a menține tamponamentul și a face posibilă alimentația și fonația bolnavilor. Obturatoarele definitive se construiesc cam a 10-a zi de la operație, ele se fac din acrilat și sînt goale în interior.

La mandibulă se folosesc șinele linguale cu val de mușcătură și plan inclinat.

Tratamentul postoperator constă în aplicarea sistematică a unor perfuzii de sînge total și de plasmă precum și a oxigeno-terapiei prin sondă nazală.

În general bolnavii au părăsit spitalul după 10 zile pînă la 4 săptămîni, cu plăgile vindecate și cu protezele definitive aplicate.

Mortalitatea a fost de 1,12%. Conștințele tardive au arătat că după 2 ani recidive locale s-au produs în 19,90% a cazurilor.

Cea de a doua comunicare prezintă datele privitoare la 121 de tumori labiale. Și aici se remarcă creșterea progresivă a numărului cazurilor. În 1940 au fost 11 cazuri, în 1954 au fost 76.

S-au înregistrat 80,36% cazuri de tumori ale buzei inferioare. Dintre tumorile labiale 72,08% sînt maligne. Datele histologice corespund cu cele ale literaturii.

Majoritatea cazurilor s-a prezentat sub două aspecte caracteristice: ulcerajia cu crustă (68,60%) și forma vegetantă (23,49%).

În ceea ce privește stadiul leziunilor pe care le-au prezentat bolnavii după clasificarea stadială, adoptată la Institutul oncologic din București, am găsit că cele mai multe cazuri și anume 43 (50%) s-au internat în stadiul al II-lea, tumoarea depășind diametrul de 2 cm.

În stadiul I. de evoluție și anume leziuni cu dimensiuni pînă la 2 cm, nu au avut decît 3 bolnavi (3,42%).

Un mare număr de bolnavi (24 de cazuri) s-a prezentat cu forme foarte avansate și anume în stadiile al III-lea și al IV-lea cînd tumoarea depășea teritoriul labial și invadea părțile moi învecinate menționiere și jugale, care prindeau osul, iar adenopatia era fixată și chiar ulcerată.

Adenopatia este un semn precoce și frecvent, observat în 77,23% a cazurilor. O remarcă interesantă a autorilor este faptul că în 24 din cazurile internate, adenopatia s-a produs după röntgen sau radiumterapie.

În legătură cu sexul, cel mai mare număr de cancere labiale s-au întîlnit la bărbați (83,22%). Majoritatea bolnavilor s-a recrutat din rîndul agricultorilor, fapt ce se datorește probabil frecvenței leziunilor solare și keratitice (60,17%). La muncitorii din industrie nu au găsit decît un număr redus de cazuri. Asupra incidenței cancerului labial la fumătorii cu țigara, datele autorilor nu sînt concludente.

Aproape o treime a bolnavilor cu tumori maligne s-au prezentat într-o stare inoperabilă.

În cazul adenopatiilor decelabile prin palparea evidența ganglionară s-a făcut concomitent cu intervenția chirurgicală de exereză a tumorii. Cînd bolnavii fuseseră anterior supuși tratamentelor cu röntgen sau cu radiu evidența ganglionară s-a practicat în toate cazurile. În cazurile inoperabile ligatura carotidei externe a dat rezultate favorabile.

În cazurile fără metastaze ganglionare vindecarea intervențiilor chirurgicale executate în stadiile I. și II. n-a fost urmată de recidive nici în decurs de 10 ani. În cazul bolnavilor din stadiile III. și IV. s-au obținut doar rezultate trecătoare, 50% recidivînd între 1,2 și 2 ani.

Dr. GUZNER MIKLOS