

Tumore del cavo orale

Prevenzione e gestione del paziente



PER LA SALUTE OTTIMALE DELLA BOCCA NEL MONDO

Cos'è il tumore del cavo orale?

Il tumore del cavo orale è un tipo di tumore della testa e del collo e ogni formazione di tessuto canceroso situata nel cavo orale¹. I tumori della testa e del collo sono la sesta forma di cancro più diffusa a livello mondiale²; ogni anno vengono diagnosticati circa 500.000 nuovi casi di tumori orali e orofaringei, tre quarti dei quali si verificano nei paesi in via di sviluppo^{3,4}.

Il 90% dei casi di tumore orale e faringeo è classificato come carcinoma a cellule squamose⁵. Il 40% dei tumori della testa e del collo si verifica nella cavità orale, il 15% nella faringe e il 25% nella laringe, mentre gli altri si presentano in altri siti (ghiandole salivari e tiroide)⁶.

Il tumore del cavo orale riguarda il tratto aerodigestivo superiore. Include il tumore del labbro, della mucosa labiale e orale, i due terzi anteriori della lingua, il trigono retromolare, il pavimento orale, la gengiva e il palato duro (vedi *Allegato 1*). Si riferisce a tutti i tumori maligni, compresi i carcinomi derivanti dall'epitelio e i sarcomi provenienti da regioni sottomucose come i tessuti non epiteliali. I carcinomi non provengono solo dalla mucosa orale, ma anche dalle ghiandole salivari e dai tumori metastatici di altri organi epiteliali. Anche il linfoma maligno e i tumori maligni a carico del nervo che si originano dalle regioni sottomucose sono dei tumori del cavo orale.

L'orofaringe, il nasofaringe e l'ipofaringe sono esclusi da questa linea guida, poiché queste aree non sono facilmente esaminabili nello studio dentistico. Le sub-aree differiscono in base al principale fattore di rischio e presentano un'evoluzione variabile della malattia⁷.

Quasi il 70% dei tumori orali si manifestano con lesioni orali potenzialmente maligne, come macchie persistenti rosse o bianche nella bocca.

Questa linea guida si riferisce alle aree più comuni del tumore del cavo orale: la lingua, l'interno delle guance e il pavimento orale.

Il tasso di curabilità dei tumori del labbro e del cavo orale varia a seconda dello stadio e del sito specifico. La maggior parte dei pazienti presenta tumori precoci del labbro inferiore con tassi di guarigione del 90%-100% facendo ricorso alla chirurgia o alla radioterapia⁸. Spesso il carcinoma a cellule squamose è



preceduto da disordini orali potenzialmente maligni (OPMD) (vedi *Allegato 2*). Per il tumore del cavo orale una diagnosi precoce di OPMD può ridurre l'evoluzione maligna e migliorare i tassi di sopravvivenza. La mancata diagnosi precoce con relativo trattamento si traducono tuttavia in una significativa morbilità e mortalità in tutto il mondo: il tasso di sopravvivenza a cinque anni per il tumore orale e faringeo in stadio avanzato è inferiore al 63%^{9,10}.

I tassi di sopravvivenza per il tumore del cavo orale possono essere migliorati attraverso la diagnosi precoce¹¹. È quindi essenziale che i professionisti della salute orale come dentisti, igienisti dentali, odontoiatri e terapisti orali comprendano l'importanza di condurre uno screening orale approfondito per le patologie maligne o potenzialmente maligne nell'ambito delle loro valutazioni cliniche di routine, anche per i pazienti e più giovani, considerati a minor rischio di tumore orale. Una recente analisi dell'efficacia dello screening del tumore del cavo orale ha dimostrato che il tipico controllo orale è il momento più adatto per effettuare uno screening mirato, con sensibilità e specificità analoghe a quelle dei programmi di controllo del tumore del seno e della cervice. Diversi studi hanno valutato le competenze, l'approccio e le pratiche dei dentisti relativamente al tumore del cavo orale. Tuttavia pochi studi includono igienisti dentali, odontoiatri e terapisti orali e quindi le pratiche di screening clinico per il tumore del cavo orale rimangono in gran parte sconosciute alla gran parte degli operatori del settore odontoiatrico¹⁰. La FDI World Dental Federation e numerose associazioni odontoiatriche nazionali incoraggiano attivamente i professionisti della salute orale ad includere esami della mucosa orale nelle valutazioni di routine¹².

Questa linea guida è dedicata specificamente al tumore del cavo orale che i dentisti possono rilevare osservando la mucosa orale, essendo sia superficiale che accessibile. Gli obiettivi principali di questo documento e della guida per lo studio dentistico sono:

- ▶ fornire ai professionisti della salute orale e ai pazienti informazioni concise ma complete sulla prevenzione del tumore del cavo orale, i fattori di rischio e la gestione;
- ▶ guidare l'esame clinico e la diagnosi attraverso un diagramma decisionale.

Fattori di rischio



Il tumore del cavo orale è tra i dieci tumori più comuni, ma nella maggior parte dei casi può essere prevenuto riducendo l'esposizione ai fattori di rischio

Principali fattori di rischio

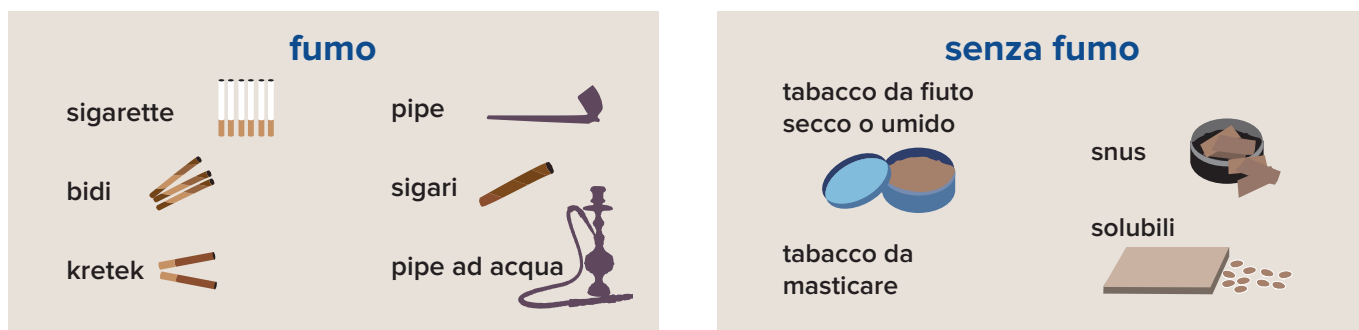
Consultare la guida per lo studio dentistico

La carcinogenesi orale è un processo complesso e articolato che coinvolge sia fattori di rischio ambientale che fattori genetici. Deriva da un accumulo di alterazioni genetiche ed epigenetiche in oncogeni e/o geni oncosoppressori, che si verifica quando le cellule epiteliali sono colpite da varie alterazioni genetiche. Il tabacco, l'alcol e il virus HPV inducono queste alterazioni genetiche (compresi i principali disordini come il recettore del fattore di crescita epidermico, TP53, NOTCH1, Cyclin D1, ecc.) che innescano la trasformazione delle cellule stromali, la soppressione immunitaria e l'infiammazione cronica¹³. La combinazione di fattori di rischio legati al tabacco e/o all'alcol con determinati polimorfismi del gene può aumentare la predisposizione al tumore orale.

Tabacco e alcol

I prodotti a base di tabacco e il consumo di alcol sono i due fattori di rischio indipendenti attestati per il tumore del cavo orale¹⁰ e i disordini orali potenzialmente maligni (vedi *Figura 2*). La maggior parte dei casi di tumore del cavo orale è legata al consumo di tabacco, al forte uso di alcool o all'uso combinato di entrambe le sostanze, sapendo che quest'ultimo presenta un rischio molto maggiore rispetto all'utilizzo di entrambe le sostanze.

Figura 1 Tipi di uso del tabacco



Fonte: *The Challenge of Oral Disease – A call for global action* della FDI World Dental Federation

Figura 2 Evidenze sul tumore del cavo orale



Fonte: *The Challenge of Oral Disease – A call for global action* della FDI World Dental Federation

I prodotti a base di tabacco includono qualsiasi tipo di tabacco da fumo e senza fumo (vedi Figura 1). Il tabacco è all'origine complessivamente del 90% dei tumori del cavo orale così come le persone che bevono da tre a quattro bevande alcoliche al giorno presentano un rischio doppio di sviluppare un tumore orale rispetto ai non bevitori. Coloro che fumano e bevono presentano un rischio di tumore orale 35 volte maggiore rispetto ai soggetti che non hanno mai bevuto o fumato¹⁴. La riduzione del consumo di tabacco e alcol può quindi contribuire in modo significativo alla prevenzione del tumore del cavo orale.

Altri fattori di rischio

Consultare la guida per lo studio dentistico

Pur non avendo la stessa rilevanza dei fattori di rischio principali, esistono altri fattori che possono promuovere l'insorgenza del tumore orale e/o del labbro:

HPV	Esposizione ai raggi UV	Fattori traumatici cronici o ripetuti	Fattori ambientali e infettivi
L'infezione orale da HPV aumenta il rischio di tumore orofaringeo di circa 15 volte ¹⁴ .	L'esposizione ai raggi UV è un fattore di rischio per il tumore al labbro ¹⁵ .	Fattori traumatici cronici o ripetuti possono favorire la trasformazione delle cellule epiteliali ¹⁴ .	Insufficiente igiene orale, candidosi cronica, infezioni da herpes virus e condizioni di immunodeficienza, ad es. l'HIV, o la sindrome di Fanconi possono scatenare lo sviluppo di neoplasie orali, ma le evidenze sono attualmente scarse ¹⁶ .

Prevenzione del tumore del cavo orale

I dentisti svolgono un ruolo importante nella diagnosi precoce del tumore orale. In particolare, il controllo del cavo orale e la diagnosi precoce aumentano le possibilità di rilevare la malattia nelle fasi iniziali. Inoltre, nell'ambito di un team multidisciplinare, i dentisti svolgono un ruolo attivo nelle diverse fasi che devono essere intraprese per preparare i pazienti al trattamento del tumore orale¹.

Controllo del cavo orale

Consultare la guida per lo studio dentistico

Solo il 30% dei tumori orofaringei viene identificato in fase iniziale, mentre il 50% viene diagnosticato allo stadio avanzato di metastasi (stadio III o IV). Ciò è in gran parte dovuto ad una visita tardiva, alla diagnosi ritardata e alla mancanza di chiari protocolli di comunicazione tra dentisti e medici. Il **controllo del tumore del cavo** orale deve quindi essere un momento essenziale dell'esame di routine della testa e del collo condotto presso il primo centro di cura odontoiatrica¹⁷⁻²¹.

Il test di screening primario per il tumore orale è l'esame clinico sistematico della cavità orale. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità e l'Istituto nazionale di ricerca dentale e cranio-facciale, l'esame di controllo del tumore del cavo orale dovrebbe includere il controllo visivo di viso, collo, labbra, mucosa labiale, mucosa orale, gengive, pavimento orale, lingua e palato. Gli specchietti orali possono aiutare ad osservare tutte le superfici. L'esame include anche la **palpazione** dei linfonodi regionali, della lingua e del pavimento orale. Qualsiasi anomalia che duri per più di due settimane dovrebbe essere riesaminata e sottoposta a **biopsia**²².

Diagnosi precoce

Consultare la guida per lo studio dentistico

La diagnosi precoce è di fondamentale importanza per ridurre la mortalità per tumore orale. La maggior parte dei tumori orali si sviluppa in aree che possono essere viste e/o palpate, pertanto la diagnosi precoce è possibile²³. I segni distintivi sono **ulcerazione, indurimento, infiltrazione, sanguinamento e noduli**¹⁷.

Purtroppo la diagnosi viene emessa dopo che si sono sviluppati sintomi associati a stadi avanzati della malattia, come malessere, disfagia, otalgia, odinofagia, movimento limitato della lingua, limitata capacità di aprire la bocca, nodi cervicali e sottomandibolari, perdita di peso e perdita della funzione sensoriale, in particolare quando la lesione è unilaterale.

Al contrario, alcuni tumori possono essere asintomatici contribuendo ulteriormente ad una diagnosi tardiva. Gli esami di controllo specifico del tumore orale condotti dai professionisti della salute della bocca rimangono pertanto uno strumento importante per l'identificazione e la diagnosi precoce.

Nelle prime fasi, la lesione può essere piatta o sovrelevata e quindi poco palpabile o indurita. La diagnosi si basa sull'esame clinico e sulla biopsia, che è il procedimento di elezione. La biopsia deve essere effettuata sui tessuti sani e malati fino alla profondità dello strato basale.

Diagnosi positiva:

- ▶ Patologie potenzialmente maligne: leucoplachia, eritroplachia, Lichen planus (vedi *Allegato 2*)
- ▶ Carcinoma orale: neoplasia intraepiteliale orale, carcinoma in situ, carcinoma invasivo o microinvasivo

Gestione del paziente con tumore orale

Consultare la guida per lo studio dentistico

La gestione dei pazienti affetti da tumore del cavo orale è complessa. Gli effetti collaterali della terapia del cancro possono includere infezioni, mucositi e ulcerazioni orali, xerostomia, sanguinamento, dolore, osteoradionecrosi, perdita di gusto, trisma e carie. In questi casi sono necessarie prevenzione e gestione.

Le strategie di trattamento variano in base allo stadio del tumore orale al momento della diagnosi. A seconda dello stadio, il trattamento può includere la chirurgia e/o la radioterapia, con un'elevata probabilità di sopravvivenza a lungo termine, ma spesso con notevole morbilità²⁴. La chemioterapia, compresa la terapia mirata, può essere combinata con la radioterapia nel trattamento iniziale o utilizzata per il trattamento del cancro ricorrente. L'immunoterapia è una nuova possibilità per il tumore allo stadio avanzato o recidivo²⁵. La scelta del trattamento dipende anche dalle co-morbilità presentate dal paziente e dal suo stato nutrizionale, dalla sua capacità di tollerare il trattamento e dalla volontà di sottoporsi alla terapia. Il trattamento multidisciplinare è fondamentale per migliorare i risultati oncologici e minimizzare l'impatto sulle funzioni e sulla qualità della vita.

Prima del trattamento

Prima di iniziare il trattamento, è consigliabile che il dentista esegua una valutazione dentale sistematica e stabilisca un programma di cura orale per migliorare l'adeguatezza del trattamento riducendo i rischi di infezione. Al momento della diagnosi, la maggior parte dei pazienti presenta patologie dentali associate (carie, malattia parodontale). Il dentista dovrebbe effettuare una riabilitazione del cavo orale con un trattamento non invasivo a base di fluoro (applicatore) e una protesi maxillo-facciale, secondo necessità. Inoltre, la radioterapia (con o senza chemioterapia) spesso causa complicanze nel cavo orale e il trattamento chirurgico spesso richiede resezioni ossee con estrazioni dentali. Deve essere eseguito un esame clinico e radiologico (panoramica) per riparare e rimuovere i focolai infettivi dentali. Ciò comporta l'eliminazione della carie dentale (gestione endodontica e trattamento restaurativo) e l'estrazione dei denti a rischio con chiusura della ferita primaria 7-10 giorni prima dell'inizio della radioterapia per ridurre al minimo il rischio di osteoradionecrosi associata a estrazioni dentali post-radiazioni, nonché l'eliminazione di tutte le cause di trauma della mucosa¹⁵.

A seconda del campo irradiato è necessario ricorrere ad applicatori per la fluorizzazione dentale definitiva. Dovrebbe essere predisposto un programma di cura della bocca che includa istruzioni per l'igiene orale (pulizia dei denti con spazzolino da denti, scovolino interdentale e filo interdentale, seguita da sciacqui con collutorio tre volte al giorno), rimozione della placca dentale (detartraggio), pulizia meccanica professionale dei denti, pulizia della lingua con spazzolino da denti e pulizia della protesi.

Durante il trattamento

Il dentista deve ridurre al minimo gli effetti collaterali della radioterapia e raccomandare un programma di cura autonoma di base del cavo orale, che consiste nell'associare spazzolino da denti, filo interdentale e collutorio per migliorare gli effetti del trattamento riducendo il rischio di infezione:

- ▶ Mucosite post-radioterapica: antisettico locale, uso di gel anestetico, collutorio alcalino non alcolico, ripetuti sciacqui con collutorio per mantenere l'igiene orale;

- ▶ Carie: spazzolare due volte al giorno con uno spazzolino morbido e dentifricio al fluoro tra 2800 ppm e 5000 ppm e/o uso di applicatore dentale al fluoro;
- ▶ Xerostomia: gomma da masticare senza zucchero e sostituti salivari.

Dopo il trattamento

- ▶ Si deve portare una particolare attenzione al processo di guarigione e alla possibile recidiva del tumore orale.
- ▶ Il follow-up con visita deve essere fatto almeno due volte all'anno adattandolo secondo necessità.
- ▶ Eventuali interventi dentali traumatici successivi alla radioterapia devono essere eseguiti sotto copertura antibiotica.
- ▶ Le protesi non traumatiche di riabilitazione devono essere eseguite entro 6-12 mesi.

Partenariato

Questa pubblicazione è stata resa possibile da una sovvenzione senza restrizioni concessa da Sunstar.

Maggiori informazioni

Accedi rapidamente alla pagina del progetto eseguendo la scansione del seguente codice QR con la fotocamera dello smartphone.



Bibliografia

1. Werning JW (ed). *Oral Cancer: Diagnosis, Management, and Rehabilitation*. 1st edition. New York: Thieme, 2007.
2. Manuscript 393 - abstract | Rambam Maimonides Medical Journal, <https://www.rmmj.org.il/issues/21/Articles/393> (accessed 23 March 2018).
3. Radhakrishnan R, Shrestha B, Bajracharya D. Oral Cancer - An Overview. *Oral Cancer*. Epub ahead of print 2012. DOI: 10.5772/30399.
4. Chowdhury RM, Singh G, Joshi A, et al. Autophagy and oral cancers: A short review. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg* 2018; 119: 37–39.
5. Olson CM, Burda BU, Beil T, et al. *Screening for Oral Cancer: A Targeted Evidence Update for the U.S. Preventive Services Task Force*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK132472/> (2013, accessed 23 March 2018).
6. A PhD student of Centre of Doctoral study in health science-Doctoral training in genetics and molecular pathology-Faculty of Medicine and Pharmacy of Casablanca-Hassan II University of Casablanca. Morocco., Sm B, C R, et al. EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF ORAL CANCER IN CHU IBN ROCHD - CASABLANCA - MOROCCO: ABOUT 83 CASES. *Int J Adv Res* 2017; 5: 2218–2223.
7. [fdi-oral-cancer-2008.pdf](https://orlandoms.files.wordpress.com/2011/02/fdi-oral-cancer-2008.pdf), <https://orlandoms.files.wordpress.com/2011/02/fdi-oral-cancer-2008.pdf> (accessed 23 March 2018).
8. PDQ Adult Treatment Editorial Board. Lip and Oral Cavity Cancer Treatment (Adult) (PDQ®): Health Professional Version. 2018 Feb 8. In: PDQ Cancer Information Summaries [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute (US); 2002-. Lip and Oral Cavity Cancer Treatment (PDQ®).
9. Marcazzan S, Varoni EM, Blanco E, et al. Nanomedicine, an emerging therapeutic strategy for oral cancer therapy. *Oral Oncol* 2018; 76: 1–7.
10. Mariño R, Haresaku S, McGrath R, et al. Oral cancer screening practices of oral health professionals in Australia. *BMC Oral Health*; 17. Epub ahead of print December 2017. DOI: 10.1186/s12903-017-0439-5.
11. [complete_oh_atlas.pdf](https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/documents/complete_oh_atlas.pdf), https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/documents/complete_oh_atlas.pdf (accessed 26 March 2018).
12. Thail B. Oral Cancer. *FDI World Dental Federation*, <https://www.fdiworlddental.org/resources/policy-statements-and-resolutions/oral-cancer> (2017, accessed 20 June 2018).
13. Curry JM, Sprandio J, Cognetti D, et al. Tumor microenvironment in head and neck squamous cell carcinoma. *Semin Oncol* 2014; 41: 217–234.
14. Screening PDQ, Board PE. Oral Cavity and Oropharyngeal Cancer Prevention (PDQ®).
15. Osterlind A. Cancer and UV-radiation. *Pharmacol Toxicol* 1993; 72 Suppl 1: 67–68.
16. Meurman JH. Infectious and dietary risk factors of oral cancer. *Oral Oncol* 2010; 46: 411–413.
17. Burket LW, Greenberg MS, Glick M, et al. *Burket's oral medicine*. 11th ed. Hamilton, Ont: BC Decker, 2008.
18. Oral Cavity and Oropharyngeal Cancer Prevention. *National Cancer Institute*, <https://www.cancer.gov/types/head-and-neck/patient/oral-prevention-pdq#section/all> (accessed 23 March 2018).
19. DeSantis CE, Lin CC, Mariotto AB, et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2014. *CA Cancer J Clin* 2014; 64: 252–271.
20. Onizawa K, Nishihara K, Yamagata K, et al. Factors associated with diagnostic delay of oral squamous cell carcinoma. *Oral Oncol* 2003; 39: 781–788.
21. Allen K, Ford PJ, Farah CS. Oral mucosal screening and referral attitudes of Australian oral health therapists and dental hygienists in Queensland. *Int J Dent Hyg* 2015; 13: 206–212.
22. Manrow RE, Beckwith M, Johnson LE. NCI's Physician Data Query (PDQ®) Cancer Information Summaries: History, Editorial Processes, Influence, and Reach. *J Cancer Educ* 2014; 29: 198–205.
23. Clinical Statistical Study of exfoliative Cytology Performed During Oral Cancer Screening in Chiba City in the past 11 years, http://ir.tdc.ac.jp/irucaa/bitstream/10130/3988/1/8_33.pdf (accessed 17 May 2018).
24. Mupparapu M, Shanti RM. Evaluation and Staging of Oral Cancer. *Dent Clin North Am* 2018; 62: 47–58.
25. Street W. Cancer Facts & Figures 2018. 1930; 76.
26. Dionne Kalen R., Warnakulasuriya Saman, Binti Zain Rosnah, et al. Potentially malignant disorders of the oral cavity: Current practice and future directions in the clinic and laboratory. *Int J Cancer* 2014; 136: 503–515.
27. Warnakulasuriya S., Johnson Newell. W., Van Der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med* 2007; 36: 575–580.
28. Campbell H, Escudier MP, Brostoff J, et al. Dietary intervention for oral allergy syndrome as a treatment in orofacial granulomatosis: a new approach? *J Oral Pathol Med Off Publ Int Assoc Oral Pathol Am Acad Oral Pathol* 2013; 42: 517–522.
29. Sarode SC, Sarode GS, Tupkari JV. Oral potentially malignant disorders: precisising the definition. *Oral Oncol* 2012; 48: 759–760.
30. Waal I van der. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management. *Oral Oncol* 2009; 45: 317–323.
31. A OCFNT-. Management strategies for oral potentially malignant disorders. *Oral Cancer News*, <http://oralcancernews.org/wp/management-strategies-for-oral-potentially-malignant-disorders/> (accessed 17 May 2018).

ALLEGATO 1

Topografia delle lesioni

Il carcinoma a cellule squamose può comparire ovunque nella mucosa orale, ma i siti più comuni sono i bordi laterali della lingua, il pavimento anteriore della bocca (più del 50% di tutti i casi), il complesso gengivale (in particolare nella regione mandibolare posteriore)²⁶, il palato molle e la mucosa labiale.



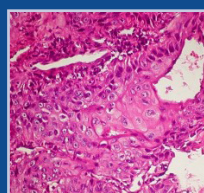
Leucoplachia verrucosa idiopatica localizzata nella guancia



Carcinoma verrucoso nel palato



Carcinoma a cellule squamose nel complesso gengivale



Vista istopatologica



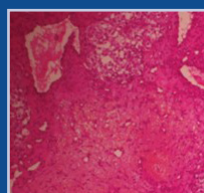
Carcinoma a cellule squamose nel bordo laterale della lingua



Lichen planus nel pavimento della bocca



Trasformazione maligna del Lichen planus



Carcinoma a cellule squamose ben differenziato, infiltrante e ulceroso

ALLEGATO 2

Disordini orali potenzialmente maligni (OPMD)

I disordini orali potenzialmente maligni sono lesioni e condizioni che hanno un maggior potenziale di evoluzione maligna e sono indicatori di rischio di futuri tumori maligni^{27,28}. Questi disordini di varia eziologia, in particolare tabacco, sono caratterizzati da alterazioni o mutazioni associate al mutagene, spontanee o ereditarie, del materiale genetico delle cellule epiteliali orali, con o senza alterazioni cliniche e istomorfologiche che possono condurre alla trasformazione nel carcinoma orale a cellule squamose²⁹. Sebbene non vi siano evidenze scientifiche che il trattamento dei disordini orali potenzialmente maligni prevenga lo sviluppo del tumore orale, la gestione dei sintomi è comunque necessaria per il benessere generale del paziente^{30,31}.

La diagnosi precoce può ridurre l'evoluzione maligna dei disordini orali potenzialmente maligni e migliorare il tasso di sopravvivenza del tumore orale. I disordini orali potenzialmente maligni più comuni sono presentati nella tabella seguente:



Leucoplachia da tabacco



Lichen planus atrofico e bolloso



Fibrosi sottomucosa orale



Eritroplachia



Leucoplachia disomogenea orale da tabacco



Leucoplachia disomogenea idiopatica



Leucoplachia disomogenea (paziente HIV)

La gestione dei disordini orali potenzialmente maligni è fondamentale per ridurre i sintomi e prevenire l'evoluzione maligna di queste patologie. A seconda dei regolamenti professionali nazionali, nello screening, nella diagnosi, nella refertazione e/o nella gestione dei pazienti che presentano disordini orali potenzialmente maligni possono essere coinvolti i professionisti della salute della bocca che sono esperti negli specifici standard di cura. I professionisti della salute orale devono prendere in considerazione i fattori che possono influenzare i risultati terapeutici dei disordini orali potenzialmente maligni, tra cui:

- ▶ Aspetti clinici associati ad un aumentato rischio di evoluzione maligna: caratteristiche della lesione (dimensioni maggiori di 200 mm), consistenza superficiale (liscia e indurita), aspetti disomogenei (ipercheratosici, spessi), colore (rosso o maculato, estensione, modello monofocale, multifocale o diffuso);
- ▶ Posizione della lesione nella bocca, ossia lingua, pavimento orale¹⁸;
- ▶ Valutazione del fattore di rischio del paziente e anamnesi medica o sistemica dettagliata della patologia/tumore con istopatologia della lesione.

ALLEGATO 3

Aspetti clinici del carcinoma a cellule squamose

Forma ulcerativa: l'ulcerazione è caratterizzata da un'escrescenza esterna, separata dall'interno con bordi curvi e un fondo contenente detriti necrotici. L'ulcerazione ha una base indurita. L'ulcerazione è solo la parte visibile del tumore.

Forma "budding": proliferazione in "tumor budding".

Forma ulcero-"budding": necrosi della parte superiore del "budding" che provoca l'ulcerazione. Esistono anche ragadi e forme nodulari.

Le lesioni precoci sono spesso discrete e completamente asintomatiche. Al contrario, le lesioni avanzate sono tipicamente indurite e possono essere associate a un dolore significativo. In questo stadio, questi carcinomi sono facilmente rilevabili quando diventano sintomatici.



Forma "budding"



Forma ulcerosa



Forma ulcero-"budding"



Carcinoma a cellule squamose nel labbro inferiore



FDI World Dental Federation

Avenue Louis-Casaï 51 • 1216 Ginevra • Svizzera

+41 22 560 81 50 • info@fdiworlddental.org • www.fdiworlddental.org

TESTO Ihsane Ben Yahya
Fani Anagnostou

PROGETTO Gilberto D Lontro

©2018 FDI World Dental Federation