

TUMORI DEL CAVO ORALE

I **tumori maligni (cancro)** del cavo orale sono lesioni che originano dalla proliferazione non controllata delle cellule della mucosa orale a seguito della loro trasformazione a livello genetico.

In una parte dei casi i carcinomi del cavo orale (15–40%) sono precedente da **lesioni e condizioni precancerose** (leucoplachie, eritroplasia, lichen, fibrosi sottomucosa, anemia di Fanconi), talora di facile identificazione e trattamento.

Il cancro del cavo orale può originare a livello di alcune sottostai quali: mucosa della guancia, palato duro, parte anteriore della lingua (o corpo linguale), labbra (inarticolate il labbro inferiore), il pavimento della bocca, mucosa gengivale, trigono retromolare e ghiandole salivari minori.

Si può manifestare clinicamente con la comparsa di una lesione vegetante, piana, mammellonata, biancastra o più spesso iperemica, spesso ulcerata, dolente, facilmente sanguinante, che non guarisce spontaneamente e spontaneamente dolente, dolore che talora si accentua alla deglutizione e/o masticazione, in taluni casi irradiato all'orecchio, con conseguente difficoltà alla deglutizione, alla masticazione e all'articolazione della parola.

I pazienti affetti da questa patologia a causa della viva dolorabilità della lesione in bocca potrebbero progressivamente alimentarsi con crescente difficoltà, perdere peso e debilitarsi.

Meno frequentemente, il tumore senza dare segni o sintomi nel cavo orale può manifestarsi inizialmente con una **tumefazione linfonodale laterocervicale**, ovvero con una massa della regione cervicale laterale, solitamente dura alla palpazione, con una variabile mobilità sui piani sottostanti, a cute integra, di volume crescente, talora dolente alla palpazione espressione di diffusione del tumore ai linfonodi regionali.

I **fattori di rischio** ad oggi noti che implicati nello sviluppo dei tumori maligni del cavo orale sono:

fumo di sigaretta, sigaro, pipa e altro; il danno sulle cellule mucose è un danno termico ma soprattutto chimico dovuto a sostanze cancerogene contenute nel tabacco derivate dalla sua combustione capaci di danneggiare in modo irreversibile il DNA delle cellule della mucosa orale;

abuso di **alcolici**: i consumatori di alcol, infatti, hanno un rischio da 5 a 10 volte più alto rispetto ai non bevitori.

Ben noto è il loro effetto sinergico tra alcol e fumo che moltiplica in modo esponenziale il rischio di sviluppare un carcinoma del cavo orale di ben 100 volte. Oltre all'alcolismo e al tabagismo, un altro fattore eziopatogenico importante è costituito dai **traumi** da anomalie dentarie, da dentature o protesi in cattivo stato di conservazione o alterate (frequenti in soggetti anziani). L'insulto meccanico spesso associato a cattiva igiene orale determina alterazioni del ricambio cellulare (turnover) capaci di favorire la genesi di mutazioni del DNA con lo sviluppo di cellule cancerose.

Esiste una piccola quota (<5%) di carcinomi del cavo orale **HPV** correlati a infezione cronica da Papilloma Virus, un virus a elevato potere oncogenico, ma che a differenza di quanto accade per tumori della base della lingua (orofaringe) non sembrano condizionare la prognosi della malattia rispetto ai più frequenti tumori alcol/fumo correlati.

In base alla stadiazione clinica ovvero all'estensione loco-regionale e a distanza del tumore, stabilita con l'impiego di tecniche radiologiche di imaging (TAC e RMN) si determina la pianificazione terapeutica spesso prevedendo anche una fase ricostruttiva oltre che quella demolita, atte dunque a rimuovere in modo radicale la malattia e a minimizzare gli esiti funzionale ed estetici dell'atto chirurgico.

La chirurgia è il trattamento d'elezione soprattutto nei tumori a estensione limitata.

La **chirurgia**, che va eseguita da un chirurgo del distretto testa-colloco specifiche competenze prevede l'asportazione radicale del tumore, un'eventuale ricostruzione

con lembi prelevati da altre sedi o regionali e lo svuotamento linfonodale laterocervicale mono o bilaterale.

Il trattamento chirurgico, in base all'esame istologico definitivo, può essere seguito da **radioterapia** o da **radio-chemioterapia** concomitante, o in alcuni casi selezionati più recentemente anche da **immunoterapia** .

In base alla sede e all'estensione iniziale del tumore, il tasso di controllo globale della malattia si attesta intorno al 65% con un range che va dal 95% per i piccoli tumori del labbro al 20% per i tumori estesi della lingua o del trigono retromolare.

Un ruolo chiave per ottenere la guarigione è legato alla rimozione radicale della malattia (resezione chirurgica a margini negativi) e alla presenza o meno di metastasi linfonodali e della loro estensione. Infatti negatività dei margini chirurgici e presenza o assenza di linfonodi del collo malati sono i due fattori cruciali per la guarigione.