



Fallpresentation. Referentgranskad
– accepterad för publicering 13 augusti 2018.

Sen upptäckt av cancer bilateralt i munhålan

Undersökning av munhålan slemhinnor ingår i en sedvanlig tandläkarundersökning, och förändringar med avvikande utseende ska utredas. Här beskrivs ett fall med två intraorala maligna tumörer som upptäcktes i ett avancerat stadium på en svårundersökt patient.

Cancer i munhålan utgör cirka 1,6 procent av samtliga nyupptäckta maligniteter [1]. 2016 rapporterades 885 nya fall i Sverige av läpp-, spottkörtel-, tung-, munbotten- och ospecificerad cancer [2]. Vid regelbundna revisionsundersökningar ingår det att tandläkare ska inspektera munslemhinnorna. När en atypisk förändring noteras ska denna utredas med tanke på eventuell malignitet. Många av de intraorala cancerfallen upptäckts just i samband med sådana undersökningar.

Cancer i munhålan har ett flertal kliniska kännetecken. Typiskt är en solitär icke dentalt relaterad förändring som inte läker ut [1]. En vanlig uteslutningsmetod för att urskilja potentiella maligniteter mot övriga slemhinneförändringar, som exempelvis oral lichen planus, är att undersöka om förändringen förekommer på en eller flera ställen i munhålan [3]. Vid osäkerhet rörande slemhinneförändringar ska patienten remitteras vidare, vanligen till en specialistklinik för käkkirurgi eller medicinsk tandvård. En tidig upptäckt av en malign förändring är den viktigaste prognosavgörande faktorn [4]. Trots att behandlingen ofta är omfattande är morbiditeten och mortaliteten hög [4].

Denna artikel skildrar ett unikt patientfall med bilaterala maligna förändringar i munhålan och konsekvenserna av sen diagnostik.

BAKGRUND

En 93-årig rullstolsbunden patient som led av Alzheimers sjukdom remitterades från en verksamhet

med mobil tandvård till Medicinsk tandvård, Danderyds sjukhus (MTV, DS). Remissorsaken var en extraoral fistel i tredje kvadranten, med misstänkt dental genes.

Medicinlistan innefattade Metoprolol och Levaxin. Tobaksvanor och eventuella allergier var okända.

Patienten fick akut tid hos sjukhustandläkare, där man konstaterade att vederbörande inte kunde samverka i vaket tillstånd på grund av nedsatt kognitiv förmåga samt aggressivt beteende.

Extraoralt noterades en rodnad med en fistel-liknande förändring submandibulärt i regio 35/36 (figur I). Akut narkostid bokades för intraoral undersökning och inledande behandling.

NARKOSUNDERSÖKNING

I överkäken noterades friska slemhinnor och ett restbett med kronor och broar.

I tredje kvadranten noterades en cirka 10 x 5 cm stor tumör med öppen kommunikation till underliggande käkben (figur II och III). Detta var nekrotiskt och mjukt, och särytorna var lättblödande. Tumörförändringen var hård vid palpation och sträckte sig ner bukkalt och lingvalt om mandibeln. En apikal röntgen togs för att utreda destruktionens utsträckning (figur IV). Det osteolytiska området sträckte sig ner till mandibelbasen.

I fjärde kvadranten i regio trigonum retromolare noterades en exofytisk tillväxt med en icke homogen begränsning på cirka 4 x 3 cm (figur V). Förändringen var lättblödande utan öppna sår. En svullnad



Författare

Yousuf Qundos, sjukhus-tandläkare, nischtandläkare i käkkirurgi, Medicinsk tandvård, Danderyds sjukhus, Stockholm.
E-post: yousuf.qundos@sll.se



Figur I.

”Det har rapporterats att multipla tumörer förekommer i cirka 5–11 procent av all cancer i munhålan.”

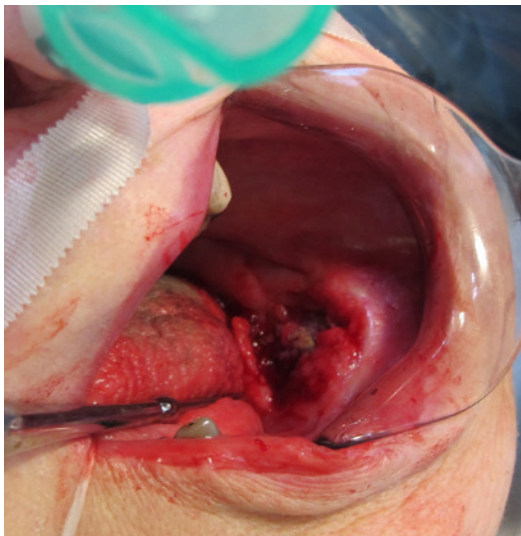
Figur I. En extraoral rodnad med en fistelliknande utgång i huden submandibulärt regio 35/36. Notera att epidermis ser ihopsjunket ut kring såret.

Figur II. Tumör i tredje kvadrant med öppen kommunikation till underliggande käkben.

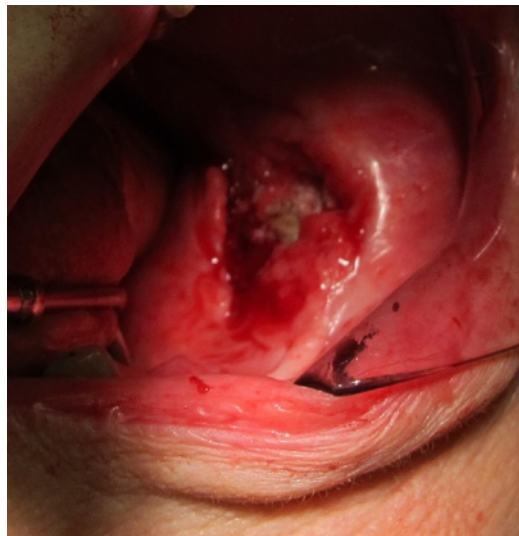
Figur III. Nekrotiskt käkben.

Figur IV. Bendestruktion som sträcker sig ner till mandibelbasen.

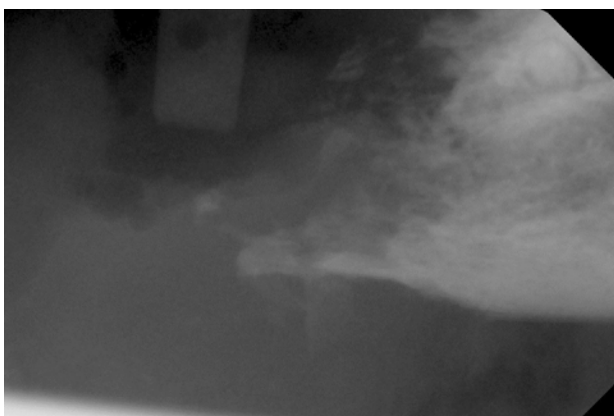
Figur V. Tumör i fjärde kvadrant.



Figur II.



Figur III.



Figur IV.



Figur V.



”Det optimala vore ett strukturellt hälsofrämjande arbete, där munvårdskunskap blir en del av vårdpersonalens grundutbildning, samt en förbättrad tandvårdskontakt för patienter på äldreboende.”

ner mot munbotten palperades, som dock inte hade kommunikation med tumören på motsatta sidan.

Öron-, näs- och halsdagjouren (ÖNH) på Danderyds sjukhus tillkallades för en akut bedömning. Båda förändringarna föranledde misstankar om malignitet. ÖNH-läkaren tog tre stansbiopsier i fjärde kvadranten samt två stansbiopsier i tredje kvadranten med olika lokaliseringar inom förändringarna. Biopsierna skickades för patologisk-anatomisk diagnostik (PAD). Patienten remitterades därefter till ÖNH-kliniken på Danderyds sjukhus för fortsatt omhändertagande.

PAD-SVAR OCH VIDARE HANDLÄGGNING

Samtliga provsvar visade invasivt växande skivepitelcancer. Fallet togs upp på ett terapimöte på MTV DS, varvid en avvikelserapport skrevs då tumörerna borde ha upptäckts tidigare. Patienten avled två månader efter upptäckten av tumörerna. Samtliga bilder gällande denna patient publiceras med samtycke från vederbörandes anhöriga.

DISKUSSION

En sökning på PubMed rörande skivepitelcancer i munhålan ger ett stort antal träffar. Rapporter om förekomst av multipla tumörer i munhålan är dock ovanliga [5]. Misstänkta orsaksfaktorer är, som vid solitära tumörer, främst tobak och alkohol som tillsammans har en synergistisk effekt [6]. Etiologin innefattar exponering av karcinogena ämnen i munhålan, som irreversibelt skadar ett stort antal epitelceller, vilka med tiden kan utvecklas till cancer-

celler. Tumörtyperna kan således härstamma från ett flertal defekta celler. Teoretiskt kan detta förklara varför tumörer kan utvecklas på flera lokaliseringar i munhålan. Denna process kallas på engelska för ”field cancerization” [7]. Det har rapporterats att multipla tumörer förekommer i cirka 5–11 procent av all cancer i munhålan [5, 6].

Maligniteter på flera ställen i munhålan samtidigt är relativt ovanligt. Ibland kan patientspecifika faktorer, som i detta fall, försvåra kliniska revisionsundersökningar av munhålan. Svårighetsgraden ökar markant när patienten av olika skäl inte samarbetar vid en konventionell undersökning, och detta gäller inte minst vid bedömning av slemhinneförändringar. Etiska problem uppstår lätt gällande vad som är integritetskränkande för patienten och vilken typ av vård som bör utföras. Ofta är dessa beslut svåra att ta ställning till för såväl behandlare som anhöriga. I fall som det nu relaterade, kan behandlande personal känna sig låsta när patientens samarbetsförmåga är begränsad. En undersökning av munhålan med ”brukande av våld” är givetvis oacceptabel.

Varför diagnostiken försenades är dock svårbedömt, men beror troligtvis på flera saker. Patientens grundsjukdom, förlorad tandvårdskontakt samt brist på munvårdskunskap hos vårdpersonal är sannolikt bidragande orsaker.

Fallet belyser hur en patient inte kunnat utredas konventionellt på grund av sin grundsjukdom. Huruvida tandvårdspersonal tidigare undersökt patienten kontinuerligt på boendet är dock okänt. Regelbunden tandvårdskontakt minskar ofta för patienter som flyttar till äldreboenden, vilket inte kan uteslutas i detta fall med tanke på tumörernas omfattning [8]. Vårdpersonal saknar den kunskap som krävs för att genomföra munvårdsåtgärder, och dessa upplevs ofta vara besvärliga och inte höra till vård och omsorgsinsatser utan till tandvårdspersonalens arbetsområde [8–10].

För att kunna göra en optimal undersökning krävs narkos i fall som det beskrivna. Det kan dock vara riskfyllt att söva äldre sköra patienter, något som också ska beaktas. Dessutom måste logistiken på patientboendena fungera så att patienterna kan infinna sig på sina erhållna undersökningstider. Detta förefaller självklart, men kan i praktiken vara svårt att genomföra.

Tandvården bör givetvis också diskuteras, det vill säga hur vi kan förbättra våra rutiner kring detta klientel för att höja patientsäkerheten och inte förbise patologi i munhålan, inte minst potentiellt livshotande förändringar.

Det optimala vore ett strukturellt hälsofrämjande arbete, där munvårdskunskap blir en del av vårdpersonalens grundutbildning, samt en förbättrad tandvårdskontakt för patienter på äldreboende. Problematiken har tidigare uppmärksammats och i vissa delar av landet har man redan börjat med förebyggande arbete, vilket ger hopp för framtiden [8]. ●

Referenser

1. http://www.internet-odontologi.se/dyn_main.asp?page=257 [access 2017-09-10]
2. <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/cancer> [access 2018-06-06]
3. Andersson L, Kahnberg K-E, Anthony Pogrel M. Oral and maxillofacial surgery. Wiley – Blackwell, 2010. P 694.
4. Angadi PV, Savitha JK, Rao SS, Sivarajini Y. Oral field cancerization: current evidence and future perspectives. Oral Maxillofac Surg 2012 Jun; 16 (2): 171–80. doi: 10.1007/s10006-012-0317-x. Epub 2012 Feb 22.
5. Quart AM, Yamane G. Multifocal oral squamous cell carcinoma. Quintessence Int Dent Dig 1983 Feb; 14 (2): 139–44.
6. Mohan M, Jagannathan N. Oral field cancerization: an update on current concepts. Oncol Rev 2014 Jun 30; 8 (1): 244. doi: 10.4081/oncol.2014.244. eCollection 2014 Mar 17.
7. Slaughter DP, Southwick HW, Smejkal W. Field cancerization in oral stratified squamous epithelium; clinical implications of multicentric origin. Cancer 1953 Sep; 6 (5): 963–8.
8. Skott P, Wårdh I. Mind the gap – förlora inte din äldre patient. Tandläkartidningen 2017; 109 (3): 52–9.
9. Wårdh I, Jonsson M, Wikström M. Attitudes to and knowledge about oral health care among nursing home personnel – an area in need of improvement. Gerodontology 2012 Jun; 29 (2): e787–92.
10. Wårdh I, Gahnberg L. God äldretandvård en stor utmaning. Tandläkartidningen 2015; 107 (14): 54–8.