

# NEWSLETTER

di informazione dentale per i pazienti

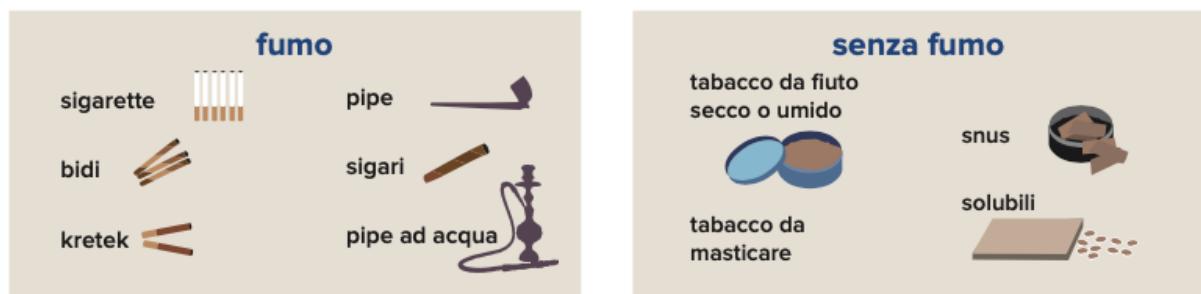
## Il tumore del cavo orale

**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: 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 orale 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

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 fumato. La riduzione del consumo di tabacco e alcol può quindi contribuire in modo significativo alla prevenzione del tumore del cavo orale.

**Figura 2** Evidenze sul tumore del cavo orale

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

## Altri fattori di rischio

| 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 <sup>14</sup> . | L'esposizione ai raggi UV è un fattore di rischio per il tumore al labbro <sup>15</sup> . | Fattori traumatici cronici o ripetuti possono favorire la trasformazione delle cellule epiteliali <sup>14</sup> . | Insufficiente igiene orale, candidosi cronica, infezioni da herpes virus e condizioni di immuno-deficienza, ad es. l'HIV, o la sindrome di Fanconi possono scatenare lo sviluppo di neoplasie orali, ma le evidenze sono attualmente scarse <sup>16</sup> . |

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:

## 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 orale.

### Controllo del cavo orale

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 odontoiatrica.

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 ed eventualmente sottoposta a biopsia.

## Diagnosi precoce

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 possibile. I segni distintivi sono ulcerazione, indurimento, infiltrazione, sanguinamento e noduli.

Chiedeteci informazioni quando verrete in studio e saremo lieti di darvi tutte le indicazioni ed istruzioni necessarie.

---

### Bibliografia:

1. Werning JW (ed). Oral Cancer: Diagnosis, Management, and Rehabilitation. 1st edition. New York: Thieme, 2007.
2. 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.
3. Burkett LW, Greenberg MS, Glick M, et al. Burkett's oral medicine. 11th ed. Hamilton, Ont: BC Decker, 2008.
4. 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).
5. DeSantis CE, Lin CC, Mariotto AB, et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2014. *CA Cancer J Clin* 2014; 64: 252–271.
6. Onizawa K, Nishihara K, Yamagata K, et al. Factors associated with diagnostic delay of oral squamous cell carcinoma. *Oral Oncol* 2003; 39: 781–788.
7. 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.
8. 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.
9. 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](http://ir.tdc.ac.jp/irucaa/bitstream/10130/3988/1/8_33.pdf) (accessed 17 May 2018).