

**WORLD CANCER DAY
2015**

27^η Ιουλίου

ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΗΜΕΡΑ

κατά του Καρκίνου Κεφαλής & Τραχήλου

ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ

ΕΚΣΤΡΑΤΕΙΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ ΤΗΣ



<http://www.ifhnos.org/world-cancer-day>

www.world-cancer-day.gr

**WORLD CANCER DAY
2015**

www.world-cancer-day.gr

**WORLD CANCER DAY
2015**

27^η Ιουλίου

ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Καρκίνου Κεφαλής & Τραχήλου

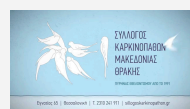


www.world-cancer-day.gr

27^η Ιουλίου

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ

Στο πλαίσιο των ελληνικών δράσεων για την **Παγκόσμια Καμπάνια** ενημέρωσης, ιατρών και γενικού πληθυσμού, για την εγκαίρως διάγνωση του Καρκίνου Κεφαλής & Τραχήλου.





Αγαπητοί Συνάδελφοι

της Παγκόσμιας Κοινότητας των Ειδικών Ιατρών Κεφαλής και Τραχήλου,

Στο 5^ο Παγκόσμιο Συνέδριο Καρκίνου Κεφαλής και Τραχήλου που διοργανώθηκε το 2014 στην Νέα Υόρκη, ανακηρύξαμε την 27^η Ιουλίου, ως την “Παγκόσμια Ημέρα Καρκίνου Κεφαλής και Τραχήλου”, πρόταση που υποστηρίχθηκε ομόφωνα από τους συμμετέχοντες στο συνέδριο, και έχει επιδοκιμαστεί από πληθώρα κυβερνητικών και μη κυβερνητικών οργανισμών, σε όλο τον πλανήτη.

Την ημέρα αυτή, προτρέπουμε τον καθένα από εσάς να οργανώσετε προγράμματα ενημέρωσης, έγκαιρης διάγνωσης, πρόληψης και Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης.

Η προετοιμασία για την διοργάνωση τέτοιων προγραμμάτων αρχίζει τώρα, και προσδοκούμε σε πληθώρα δραστηριοτήτων σε όλο τον κόσμο, προς όφελος της σύγχρονης γενιάς των ιατρών, των ασθενών, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διατρέχουν τον κίνδυνο να εμφανίσουν καρκίνο κεφαλής και τραχήλου στο μέλλον.

Ας ξεκινήσουμε τον αγώνα ενάντια στον Καρκίνο Κεφαλής και Τραχήλου, με στόχο μια υγιή και χαρούμενη ζωή για τις επόμενες γενιές.

Jatin P. Shah

FOUNDER & CEO IFHNOS



www.ifhnos.org

FOUNDER & CEO
 Jatin P. Shah, M.D.
 U.S.A.
 shahj@mskcc.org

DIRECTOR
 Ashok R. Shah M.D.
 U.S.A.
 shahaa@mskcc.org

SECRETARY-GENERAL
 Alexander Raptidis, M.D.
 Greece
 raptidis@usa.net

TREASURER
 Claudio Cernea, M.D.
 Brazil
 cerneam@uol.com.br

WEB DIRECTOR
 Mrs. Iphigenia Theroidou
 Greece
 info@ifhnos.org

EXECUTIVE COMMITTEE

Chris Nutting
 U.K.

David Eiseler
 U.S.A.

Ralph Gilbert
 Canada

Igor Reshetov
 Russia

Benjamin Panizza
 Australia

Marcelo Figari
 Argentina

Arlene Forastiere
 U.S.A.

Randal Weber
 U.S.A.

Jochen Werner
 Germany

MEMBER NATIONS

- | | |
|----------------|----------------|
| Argentina | Malaysia |
| Australia | Mexico |
| Bangladesh | Mongolia |
| Belarus | Moldova |
| Belgium | Nepal |
| Brazil | Netherlands |
| Canada | New Zealand |
| Chile | Pakistan |
| Czech Republic | Peru |
| Denmark | Philippines |
| Egypt | Poland |
| Germany | Portugal |
| Greece | Russia |
| Hong Kong | Scandinavia |
| Indonesia | South Africa |
| India | Spain |
| Ireland | Taiwan |
| Israel | Turkey |
| Italy | United Kingdom |
| Japan | United States |
| Kazakhstan | Ukraine |
| Kenya | Venezuela |

6TH World Congress
 September 1-5, 2018
 Buenos Aires, Argentina

I.F.H.N.O.S.

**INTERNATIONAL FEDERATION OF HEAD & NECK
 ONCOLOGY SOCIETIES**

The International Federation of Head and Neck Oncologic Societies invites you to observe

July 27th
World
Head & Neck
Cancer Day

together with

51 Head and Neck Societies
53 Countries
Several Government Agencies
 and
The UICC

by organizing programs of

Awareness | Risk Factors
Cessation | Prevention
Public Education | Screening
Early Diagnosis
Physician Education
Outcomes | Survivorship

www.ifhnos.org/world-cancer-day

www.ifhnos.org/world-cancer-day

• **Τι είναι η IFHNOS;**

Η Διεθνής Ομοσπονδία Ογκολογικών Εταιρειών της περιοχής Κεφαλής και Τραχήλου (IFHNOS) είναι μια παγκόσμια οργάνωση που ιδρύθηκε με τη συνεργασία εθνικών και περιφερειακών Εταιρειών και Οργανισμών, που άπτονται της Χειρουργικής και της Ογκολογίας Κεφαλής και Τραχήλου και στην οποία συμμετέχουν εθνικές και περιφερειακές διεπιστημονικές οργανώσεις από 50 χώρες. Σκοπός του οργανισμού αυτού είναι να παρέχει μια κοινή πλατφόρμα αλληλεπίδρασης, για ειδικούς στον τομέα του καρκίνου κεφαλής και τραχήλου, σε θέματα κοινού ενδιαφέροντος (<http://www.ifhnos.org/home>).

• **Γιατί καθιερώθηκε η WHNCD;**

Το καρκίνωμα εκ πλακωδών κυττάρων της περιοχής Κεφαλής και Τραχήλου (HNSCC), με πάνω από 500.000 νέες περιπτώσεις και 200.000 θανάτους ετησίως είναι η κύρια αιτία θνησιμότητας και αναπηρίας σε πολλά μέρη του κόσμου. Επηρεάζει κυρίως άτομα της παραγωγικής ηλικίας. Το μεγαλύτερο μέρος της θνησιμότητας και νοσηρότητας είναι δυνατόν να προληφθεί. Για να επιστήσει την προσοχή του κόσμου στον έλεγχο και την αποτελεσματική αντιμετώπιση του HNSCC, η IFHNOS καθιέρωσε την 27^η Ιουλίου ως την Παγκόσμια Ημέρα κατά του Καρκίνου Κεφαλής και Τραχήλου (WHNCD).

• **Πότε καθιερώθηκε η 27^η Ιουλίου ως WHNCD;**

Η IFHNOS ανακήρυξε την 27^η Ιουλίου ως την Παγκόσμια Ημέρα κατά του Καρκίνου Κεφαλής και Τραχήλου, με την ευκαιρία του 5^{ου} Παγκόσμιου Συνεδρίου της, το οποίο έλαβε χώρα στη Νέα Υόρκη, στις 27 Ιουλίου 2014 (<http://www.ahns2014.org>), τη μεγαλύτερη συγκέντρωση ειδικών στον τομέα του καρκίνου κεφαλής και τραχήλου στην ιστορία.

• **Πόσες χώρες συμμετέχουν στη WHNCD;**

Η ανακήρυξη της WHNCD έχει εγκριθεί από 52 Επιστημονικές Κοινότητες Ογκολογίας Κεφαλής και Τραχήλου, σε 45 χώρες από όλο τον κόσμο. Η **Union for International Cancer Control (UICC)**, καθώς και οι κυβερνήσεις διαφόρων κρατών έχουν επίσης εγκρίνει τη δήλωση.



**SECRETARY-GENERAL
IFHNOS**

Αλέξανδρος Παπίδης
Συντονιστής για Ελλάδα
WHNCD-2015



Ιωάννης Χατζηστεφανού
Συντονιστής για Ελλάδα
WHNCD-2015

Ο **Dr. Jatin P. Shah** ανακηρύσσει την 27^η Ιουλίου ως την “Παγκόσμια Ημέρα κατά του Καρκίνου Κεφαλής και Τραχήλου”, κατά την εναρκτήρια τελετή του 5^{ου} IFHNOS/ AHNS συνεδρίου στις 27 Ιουλίου 2014, στο Ξενοδοχείο Marriott Marquis της Νέας Υόρκης.



Ο **Michael Douglas** στηρίζει την ανακήρυξη της 27^{ης} Ιουλίου ως την “Πα-γκόσμια Ημέρα κατά του Καρκίνου Κεφαλής και Τραχήλου”.



- **Τι είναι;**

Ο καρκίνος κεφαλής και τραχήλου είναι κάθε καρκίνος που εντοπίζεται στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου και αφορά τη στοματική κοιλότητα, τα χείλη, τον φάρυγγα, τον λάρυγγα, τους σιελογόνους αδένες, τον θυρεοειδή αδένα, το δέρμα και τον τράχηλο.

- **Πόσο συχνός είναι;**

Ο καρκίνος κεφαλής και τραχήλου είναι ο **5^{ος} πιο συχνός καρκίνος παγκοσμίως**.

75% των περιπτώσεων καρκίνου κεφαλής και τραχήλου εντοπίζεται στην περιοχή της στοματικής κοιλότητας.

Το καρκίνωμα εκ πλακώδους επιθηλίου αποτελεί τον πιο συχνό ιστολογικό τύπο.

- **Ποιά είναι η πρόγνωση;**

Δυστυχώς, παρά τη σημαντική πρόοδο που έχει συντελεστεί τα τελευταία χρόνια στη χειρουργική, ακτινοθεραπευτική και χημειοθεραπευτική διαχείριση των ασθενών με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου, τα ποσοστά επιβίωσης των ασθενών δεν έχουν βελτιωθεί στον αναμενόμενο βαθμό.

Η **5-ετής επιβίωση παραμένει κοντά στο 60%** (5-year disease specific survival), ενώ οι ασθενείς που καταφέρνουν να επιζήσουν υφίστανται συχνά σημαντική έκπτωση της ποιότητας ζωής τους λόγω λειτουργικών (δυσκολία στην ομιλία, τη μάσηση, την κατάποση, την αναπνοή), αισθητικών (δυσμορφία) ή ψυχολογικών προβλημάτων.

Το στάδιο της νόσου (το οποίο καθορίζεται από το μέγεθος της πρωτοπαθούς βλάβης και την ύπαρξη ή μη μεταστάσεων) τη στιγμή της διάγνωσης παραμένει ο πιο σημαντικός προ-γνωστικός παράγοντας

- **T1** – 85-90%
- **T2** – 67-78%
- **T3** – 60-67%
- **T4** – 50-57%

Η ύπαρξη λεμφαδενικών μεταστάσεων μειώνει την 5-ετή επιβίωση από 50% (για N1) μέχρι 75% (N2c). Η ύπαρξη εξωλεμφαδενικής διασποράς του όγκου μειώνει επιπλέον 50% το προσδόκιμο επιβίωσης.

Πρωτοβάθμια πρόληψη:

Άρση αιτιολογικών παραγόντων

Δευτεροβάθμια πρόληψη:

Έγκαιρη διάγνωση νόσου σε αρχόμενο στάδιο.

Στόχοι screening:

- **Μείωση θνησιμότητας νόσου**
- **Μείωση νοσηρότητας νόσου**

Μέθοδος screening:

- Αναγνώριση παραγόντων κινδύνου.
- Περιοδική κλινική εξέταση ασθενών υψηλού κινδύνου.
- Αναγνώριση προκαρκινικών και ύποπτων για κακοήθεια βλαβών.

- **Τι είναι η προληπτική εξέταση;**

Με τον όρο προληπτική εξέταση (“screening”) εννοούμε την εφαρμογή απλών διαγνωστικών μεθόδων σε άτομα χωρίς κλινική σημειολογία/ συμπτωματολογία νόσου, με σκοπό την έγκαιρη ανίχνευση ύποπτων για τη νόσο ατόμων.

Το screening εντάσσεται στις διαδικασίες **δευτεροβάθμιας πρόληψης**.

Όσο αφορά τον καρκίνο κεφαλής και τραχήλου, το screening αφορά κυρίως την περιοχή της στοματικής κοιλότητας και του στοματοφάρυγγα.

- **Ποιός είναι ο στόχος της;**

Παρά το γεγονός ότι η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου στόματος και φάρυγγα (σε αρχόμενο στάδιο) αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την πρόγνωση των ασθενών, πάνω από το 50% των περιπτώσεων διαγιγνώσκονται σε προχωρη-μένο τοπικά ή μεταστατικό στάδιο.

Κύριος στόχος του screening είναι ο εντοπισμός των κλινικών εκείνων σημείων που θα οδηγήσουν στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου στόματος και κεφαλής/ τραχήλου, πριν την εμφάνιση συμπτωμάτων (άλγος, διόγκωση, αιμορραγία, ωταλγία, δυσφαγία), και στην άμεση έναρξη της θεραπείας του.

Με τον τρόπο αυτό αυξάνεται σημαντικά η αποτελεσματικότητα της εφαρμοζόμενης θεραπείας και περιορίζεται η σχετιζόμενη με αυτή έκπτωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

- **Ποιούς αφορά;**

Το screening για καρκίνο στόματος/ φάρυγγα αφορά κυρίως άτομα υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη της νόσου (**βαρείς καπνιστές και πότες, άτομα μέσης και μεγάλης ηλικίας, με πτωχή θρέψη και στοματική υγιεινή**), και όχι τόσο τον γενικό πληθυσμό.

Κύριοι:

- **Κάπνισμα**
- **Αλκοόλ**
- Μάσηση καπνού
- Φύλο/ Ηλικία

Δευτερεύοντες:

- **HPV** λοίμωξη
- Διατροφικές συνήθειες
- Υπεριώδης ακτιν/λια
- Ανοσοκαταστολή
- Πτωχή στοματική υγιεινή

Ο HPV**είναι ννωστός ογκοϊός:**

Αύξηση του κινδύνου εμφάνισης Ca στοματοφάρυγγα σε ασθενείς με συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων και στοματικό έρωτα.

Αύξηση του κινδύνου Ca στόματος/ φάρυγγα σε γυναίκες με ιστορικό HPV λοίμωξης.

- **Παράγοντες κινδύνου**

Το **κάπνισμα** και η **κατάχρηση αλκοόλ** αποτελούν τους σημαντικότερους αιτιολογικούς παράγοντες για τον καρκίνο του στόματος/ φάρυγγα/ λάρυγγα.

- 70% των πασχόντων είναι χρόνιοι καπνιστές.
- Ενεργητικοί καπνιστές έχουν 300% μεγαλύτερο κίνδυνο/ παθητικοί καπνιστές έχουν μέχρι και 80% μεγαλύτερο κίνδυνο).
- Ασθενείς που καταναλώνουν 25gr, 50gr και 100gr αλκοόλ την ημέρα έχουν αντίστοιχα 80%, 300% και 600% μεγαλύτερο κίνδυνο.
- Ο συνδυασμός αλκοόλ και καπνίσματος αποτελεί τον ισχυρότερο προδιαθεσικό παράγοντα για Ca στόματος.

Το 95% των περιπτώσεων Ca στόματος εμφανίζονται **> 45 ετών**, με μέση ηλικία διάγνωσης τα 60-70 έτη.

Οι **άνδρες** έχουν διπλάσια πιθανότητα να αναπτύξουν Ca στόματος σε σχέση με τις γυναίκες.

Μείωση του κινδύνου εμφάνισης Ca μέχρι και 50% με καθημερινή κατανάλωση **φρούτων και λαχανικών** (η μείωση του κινδύνου είναι σημαντικά μεγαλύτερη μετα-ξύ καπνιστών/ αλκοολικών).

- **Ποιός είναι ο ρόλος του HPV;**

Η λοίμωξη με τους ιούς Human papillomavirus (HPV) και ιδιαίτερα με τον τύπο 16, συνδέεται πλέον με την ανάπτυξη καρκίνου του στοματοφάρυγγα και του στόματος.

Στα ανεπτυγμένα κράτη παρατηρείται αύξηση της συχνότητας των HPV-θετικών καρκίνων κεφαλής και τραχήλου. Επίσης παρατηρείται αύξηση του καρκίνου του φάρυγγα και της βάσης της γλώσσας σε νεαρότερα άτομα, που δεν έχουν τους παραδοσιακούς παράγοντες κινδύνου όπως το κάπνισμα και το αλκοόλ, με πιθανή αιτία τη λοίμωξη από τον HPV.

Ανοσοκατεσταλμένοι ασθενείς (χημειο/πεία, AIDS, κτλ) έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να υποστούν την καρκινογόνο δράση του HPV.

Προς το παρόν, η ιατρική κοινότητα αναμένει με ενδιαφέρον τα αποτελέσματα του προληπτικού εμβολιασμού έναντι των τύπων 16, 18 του HPV που εφαρμόζεται στα κορίτσια εφηβικής ηλικίας, για να διαπιστωθεί αν θα ελαττωθεί η συχνότητα του HPV-θετικού καρκίνου.

1 φορά/έτος

Συνηθέστερη

θέση εντόπισης

Ca στόματος:

- Γλώσσα – 30%
- Χείλη – 17%
- Έδαφος στόματος -14%

National Cancer Institute's
Surveillance,
Epidemiology, and Ends
Results (SEER).

• Κάθε πότε θα πρέπει να διενεργείται το screening;

Συνιστάται ο τακτικός, ανά έτος, προληπτικός έλεγχος των ασθενών υψηλού κινδύνου. Συχνά το screening για καρκίνο στόματος διενεργείται ταυτόχρονα με τον περιοδικό οδοντιατρικό έλεγχο.

• 10 βήματα για την κλινική εξέταση

Η προληπτική εξέταση (screening) για καρκίνο κεφαλής και τραχήλου είναι μια σύντομη και απλή διαδικασία που χρειάζεται ελάχιστα λεπτά και βασικές κλινικές δεξιότητες.

Ελέγχεται ο βλεννογόνος του στόματος και του φάρυγγα για λευκές βλάβες (white patches), ερυθρές βλάβες (red patches) και έλκη/ εξελκώσεις (mouth sores). Για έναν αποτελεσματικό, συστηματικό έλεγχο μπορεί να ακολουθηθούν τα παρακάτω **10 βήματα**:

1. Τράχηλος (ψηλαφητοί λεμφαδένες/ διόγκωση)
2. Χείλη
3. Άνω φατνιακή απόφυση/ προστομιακή αύλακα
4. Κάτω φατνιακή απόφυση/ προστομιακή αύλακα
5. Βλεννογόνος παρειάς
6. Οπισθογόμφιο τρίγωνο
7. Γλώσσα (ιδιαίτερα τα πλάγια χείλη)
8. Έδαφος στόματος
9. Υπερώα
10. Παρίσθμια/ Οροφάρυγγας

• Επιπρόσθετος έλεγχος

Στην προληπτική εξέταση για καρκίνο στόματος μπορούν να χρησιμοποιηθούν και επιπλέον εξετάσεις οι οποίες μπορούν να βοηθήσουν τον διενεργούντα τον έλεγχο να ανακαλύψει ή να αξιολογήσει ύποπτες βλάβες του στοματικού βλεννογόνου. Οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες από αυτές περιλαμβάνουν:

- Μπλε χρώση (π.χ. Toluidine Blue)
- Χρήση συστημάτων ανίχνευσης με ειδικό φως (chemiluminescence, VELscope)
- Κυτταρολογική εξέταση (brush biopsy)

• Προκαρκινικές και ύποπτες για κακοήθεια βλάβες

Παράγοντες Κινδύνου για Κακοήθη Εξαλλαγή Λευκοπλακίας:

- Διάστικτη μορφή (50% Ca/ Δυσπλασία)
- Έδαφος στόματος (43% Ca/ Δυσπλασία)
- Γλώσσα (24% Ca/ Δυσπλασία)
- Υπογλώσσια περιοχή (50% Ca)
- Verrucous (100% Ca/ Δυσπλασία)
- Έλκος/ ατροφία
- Κάντιντα/ Σύφιλης

▪ **Λευκοπλακία**

Πιθανότητα ύπαρξης κακοήθειας 1-17% (μέσος όρος 3-6%)
 Πιθανότητα δυσπλασίας 20 -25%
 Κίνδυνος κακοήθους εξαλλαγής 3-33% (στη 15-ετία)



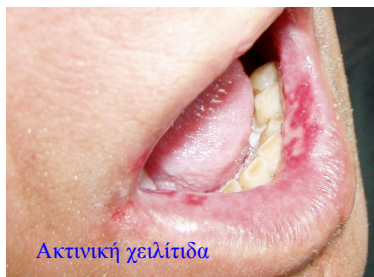
▪ **Ερυθροπλακία**

Στο 90% των περιπτώσεων υπάρχει Ca/ βαριά δυσπλασία.



▪ **Ομαλός λειχήνας στόματος**

Ο κίνδυνος κακοήθους εξαλλαγής αφορά κυρίως τη διαβρωτική ή ερυθματώδη μορφή Ο.Λ.Σ. και υπολογίζεται περίπου στο 3%/ 5-ετία.



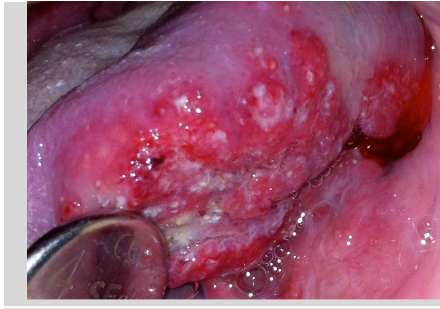
▪ **Ακτινική κερατίαση**

▪ **Χρόνιο έλκος**

Έλκος το οποίο δε σχετίζεται με προφανή τραυματική ή άλλη αιτιολογία και παραμένει για περισσότερο από 2 εβδομάδες.

- **Υποπτα για κακοήθεια κλινικά σημεία και συμπτώματα**

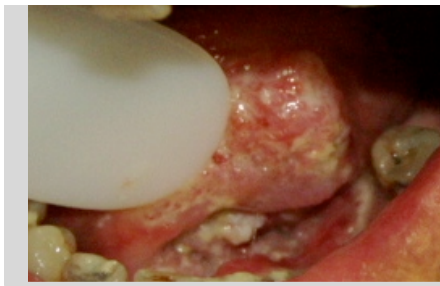
- Διόγκωση
- Καθήλωση και διήθηση
- Μεταβολή υφής ή χροιάς βλεννογόνου
- Άλγος ή δυσφορία στη στοματική κοιλότητα
- Ωταλγία
- Δυσφαγία/ δυσκαταποσία
- Δυσχέρεια στην ομιλία
- Υπαισθησία κάτω χείλους
- Αυτόματη αιμορραγία μύτης, στόματος, φάρυγγα
- Τρισμός
- Διόγκωση στον τράχηλο
- Αλλαγή χροιάς φωνής, βράγχος
- Δυσοσμία στόματος
- Απώλεια βάρους



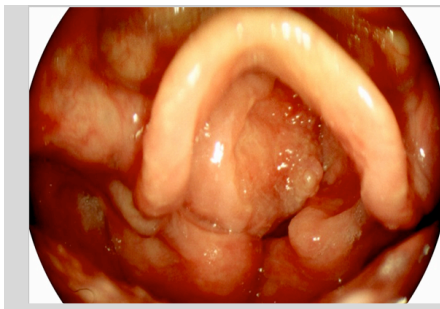
Κάρκινος γλώσσας



Κάρκινος χείλους



Κάρκινος εδάφους στόματος



Κάρκινος λάρυγγα



Κάρκινος φάρυγγα

Οι φωτογραφίες παραχωρήθηκαν ευγενικά από τους κυρίους Κ.Μάρκου (Αν. Καθ ΩΡΛ ΑΠΘ),

Ι.Τηλαβερίδη (Επ. Καθ. ΣΓΠΧ ΑΠΘ) και Α.Τσέκο (Δντη ΣΓΠΧ 424 ΓΣΝΕ)

- **Διαχείριση ασθενών με ύποπτες βλάβες**

ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟΣ

Θα πρέπει να γίνεται επανέλεγχος όλων των βλαβών σε 2 – 3 εβδομάδες και να καταγράφεται εάν η βλάβη υποχώρησε, έμεινε στάσιμη ή επιδεινώθηκε. Σε περίπτωση μη υποχώρησης ο ασθενής θα πρέπει να παραπέμπεται για περαιτέρω έλεγχο.

Βλάβες με ισχυρή υποψία κακοήθους εξαλλαγής θα πρέπει να παραπέμπονται άμεσα, χωρίς επανέλεγχο του ασθενούς.

Ασθενείς με λευκοπλακία θα πρέπει να επανεξετάζονται τακτικά (κάθε 6 – 12 μήνες)

ΒΙΟΨΙΑ

Η κλινική εξέταση δεν αρκεί για να τεθεί η διάγνωση του καρκίνου. Όλες οι ύποπτες για κακοήθεια βλάβες θα πρέπει να παραπέμπονται και να ελέγχονται ιστολογικά.

- **Τι περιμένεται να δείτε στο ιατρείο σας...**

Το 5-10% των ασθενών έχουν μια αλλοίωση στόματος.

Εάν βλέπετε 40 ασθενείς στο ιατρείο σας την εβδομάδα, 2-6 από αυτούς θα έχουν μία ύποπτη αλλοίωση στόματος.

- **Επίλογος**

Ο Καρκίνος Κεφαλής και Τραχήλου είναι μια σοβαρή κατάσταση, η οποία δυστυχώς δε χρήζει μέχρι σήμερα της ανάλογης προσοχής από τους εν δυνάμει ασθενείς, αλλά και από τμήμα των επιστημών υγείας. Ιδιαίτερα ο καρκίνος στόματος φαίνεται να εμφανίζεται και σε νεαρότερα άτομα, που δεν έχουν τους κλασικούς αιτιολογικούς παράγοντες. Είναι επομένως σημαντικό όλοι να γνωρίζουν τους κινδύνους και να εξετάζονται περιοδικά.

Το screening δε σώζει ζωές. Μπορεί όμως να συμβάλλει καθοριστικά στην πρώιμη διάγνωση του καρκίνου κεφαλής και τραχήλου, όταν η πιθανότητα αποτελεσματικής διαχείρισης είναι σημαντικά μεγαλύτερη και τα ποσοστά επιβίωσης των ασθενών σημαντικά υψηλότερα.

- Annertz K, Anderson H, Biörklund A, et al. Incidence and survival of squamous cell carcinoma of the tongue in Scandinavia, with special reference to young adults. *Int J Cancer* 2002; 101(1): 95-9.
- Bagnardi V, Blangiardo M, La Vecchia C, et al. A meta-analysis of alcohol drinking and cancer risk. *Br J Cancer* 2001; 85(11): 1700-5.
- Castellsagué X, Quintana MJ, Martínez MC, et al. The role of type of tobacco and type of alcoholic beverage in oral carcinogenesis. *Int. J. Cancer* 2004; 108(5): 744-749.
- CDC MMWR: Preventing and Controlling Oral and Pharyngeal Cancer. August 28, 1998(47); US Department of Health and Human Services. Eisen DJ, et al. *Am Acad Dermatol*; 2002
- Cmelak AJ, Murphy BA, Day TA. Combined modality therapy for locoregionally advanced head and neck cancer. *Oncology* 1999;13(10); Suppl 5:83-91.
- Freedman ND, Park Y, Subar AF, et al. Fruit and vegetable intake and head and neck cancer risk in a large United States prospective cohort study. *Int J Cancer* 2008; 122(10): 2330-6.
- Frisch M, , Biggar RJ. Aetiological parallel between tonsillar and anogenital squamous-cell carcinomas. *Lancet* 1999; 354(9188): 1442-3.
- Gillison ML. Human papillomavirus-associated head and neck cancer is a distinct epidemiologic, clinical, and molecular entity. *Semin Oncol* 2004; 31(6): 744-54.
- Grulich AE, van Leeuwen MT, Falster MO, et al. Incidence of cancers in people with HIV/AIDS compared with immunosuppressed transplant recipients: a meta-analysis. *Lancet* 2007; 370(9581): 59-67.
- Head and Neck Cancers. Version 2.2013: NCCN Guidelines® (NCCN.org)
- Heck JE, Berthiller J, Vaccarella S, et al. Sexual behaviours and the risk of head and neck cancers: a pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology (INHANCE) consortium. *Int J Epidemiol* 2010;39(1):166-81.
- Herrero R, Castellsagué X, Pawlita M, et al. Human papillomavirus and oral cancer: the International Agency for Research on Cancer multicenter study. *J Natl Cancer Inst* 2003; 95:1772-83.
- Horowitz AM. Perform a death-defying act: The 90-second oral cancer examination. *Journal of the American Dental Association* 2001;132 (supplement):36s-40s.
- James AG. Systematic head and neck examination. *Ca: A Cancer Journal for Clinicians* 1974; 24(1):32-5.
- Kim, Yook JI, Lee EH, et al. Evaluation of premalignant potential in oral lichen planus using interphase cytogenetics. *J Oral Pathol Med* 2001; 30(2):65-72.
- Kreimer AR, , Clifford GM, Boyle P, et al. Human papillomavirus types in head and neck squamous cell carcinomas worldwide: a systematic review. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2005; 14(2): 467-75

- Kreimer AR, Randi G, Herrero R, et al. Diet and body mass, and oral and oropharyngeal squamous cell carcinomas: analysis from the IARC multinational case-control study. *Int J Cancer* 2006; 118(9): 2293-7.
- Langevin SM, Michaud DS, Eliot M, et al. Regular dental visits are associated with earlier stage at diagnosis for oral and pharyngeal cancer. *Cancer Causes & Control* 2012; 23:1821-9.
- Lee YC, Marron M, Benhamou S, et al. Active and involuntary tobacco smoking and upper aerodigestive tract cancer risks in a multicenter case-control study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2009; 18(12): 3353-61.
- Lingen WM, Kalmar RJ, Karrison T et al. Critical Evaluation of Diagnostic Aids for the Detection of Oral Cancer. *Oral Oncol* 2008; 44(1): 10–22.
- Lumerman H, Freedman P, Kerpel S. The oral soft tissue examination in the detection of oral cancer and other soft tissue lesions. *NY J Dent* 1982; 52(8):261-3.
- Mashberg A, Samit A. Early detection, diagnosis and management of oral and oropharyngeal cancer. *Cancer* 1989; (39): 67-88.
- Mashberg A, Samit A. Early diagnosis of asymptomatic oral and oropharyngeal squamous cancers. *CA- A Cancer Journal for Clinicians* 1995;45(6):328-351.
- National Cancer Institute. Surveillance, Epidemiology, and End Results Program public-use data, 1973-1998. Rockville MD: National Cancer Institute, Division of Cancer Control and Population Sciences, Surveillance Research Program, Cancer Statistics Branch. Released April 2001, based on the August 2000 submission.
- Ord RA, Blanchaert RH. Oral Cancer: The Dentist's Role in Diagnosis, Management, Rehabilitation, and Prevention.
- Parkin MD. Tobacco-attributable cancer burden in the UK in 2010. *Br J Cancer* 2011; 105:S6-S13.
- Pavia M, Pileggi C, Nobile CG, et al. Association between fruit and vegetable consumption and oral cancer: a meta-analysis of observational studies. *Am J Clin Nutr* 2006; 83(5): 1126-34.
- Ramadas K, Sankaranarayanan R, Jacob BJ, et al. Interim results from a cluster randomized controlled oral cancer screening trial in Kerala, India. *Oral Oncol* 2003; 39(6): 580-88.
- Rethman MP, Carpenter W, Cohen EE, et al. Evidence-based clinical recommendations regarding screening for oral squamous cell carcinomas. *The Journal of the American Dental Association* 2010;141(5):509-20.
- Schnetler JFC. Oral cancer diagnosis and delays in referral. *Br J Oral Maxillofacial Surg* 1992; 30:210-3.
- Shah PJ. Lips. In: Mowat N (ed.), *Head and neck surgery and Oncology*, Edinburgh: Mosby, 204-231, 2013

Silverman S. Demographics and occurrence of oral and pharyngeal cancers: the outcomes, the trends, the challenge. Journal of American Dental Association 2001;132 (supplement):7s-11s.

Smith RA, Manassaram-Baptiste D, Brooks D, et al. Cancer screening in the United States, 2014: A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2014;64(1):30-51.

Άλλες αναφορές

American Dental Association. www.mouthhealthy.org/en/aztopics/o/oral-cancer)

Mayo Clinic. Oral Cancer Screening (www.mayoclinic.org/oral-cancer-screening)

Oral cancer screening (PDQ). National Cancer Institute. <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/oral/HealthProfessional>. Accessed Aug. 13, 2014.

Screening for oral cancer. Rockville, Md.: U.S. Preventive Services Task Force. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspsoral.htm>. Accessed Aug. 13, 2014.

The oral Cancer Foundation (<http://oralcancerfoundation.org>)

World Health Organization. Globocan Project 2012. <http://globocan.iarc.fr>

- **Αντωνιάδης Κωνσταντίνος M.D., D.D.S., Ph.D.**
Καθηγητής Στοματικής/ Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Α.Π.Θ.
- **Βενέτης Γρηγόριος M.D., D.D.S., Ph.D.**
Επικ. Καθηγητής Στοματικής/ Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Α.Π.Θ.
- **Βλάχσης Κωνσταντίνος M.D., MSc, Ph.D.**
Επιμ. ΩΡΛ κλινικής, Γ.Ν. “Γ.Παπανικολάου”, Θεσσαλονίκης
- **Ζήκος Πέτρος M.D., D.D.S.**
Ειδ. Στοματικής/ Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Α.Π.Θ.
- **Ζουλούμης Λάμπρος M.D., D.D.S., Ph.D.**
Καθηγητής Στοματικής/ Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Α.Π.Θ.
Α' Αντιπρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας ΣΓΠΧ
- **Ιατρού Ιωάννης M.D., D.D.S., Ph.D.**
Καθηγητής Στοματικής/ Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Ε.Κ.Π.Α.
- **Kolokythas Antonia M.D., D.D.S., MSc**
Associate Professor Oral and Maxillofacial Surgery
University of Illinois Hospital and Health Science System, Chicago, IL, USA
- **Κατσαρός Κυριάκος M.D., D.D.S.**
Ειδ. Στοματικής/ Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Α.Π.Θ.
- **Κόγιας Βασίλειος M.D., D.D.S.**
Ειδ. Στοματικής/ Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Α.Π.Θ.
- **Κολοκοτρωνης Αλεξανδρος D.D.S., Ph.D.**
Καθηγητής Στοματολογίας, Α.Π.Θ.
Μέλος της Ελληνικής HPV Εταιρείας
- **Κωνσταντινίδης Ιωάννης M.D., Ph.D.**
Καθηγητής Ω.Ρ.Λ./ Χειρ. Κεφαλής & Τραχήλου, Α.Π.Θ.
Καθηγητής ΩΡΛ/ Χειρ. Κεφαλής και Τραχήλου, Παν/μιο Erlangen, Νυρεμβέργη, Γερμανία

- **Lubek Joshua M.D., D.D.S., F.A.C.S.**
Assistant Professor & Fellowship Director
Oral-Head & Neck Surgery/Microvascular Surgery
University of Maryland, Baltimore, U.S.A.
- **Μάρκου Κωνσταντίνος M.D., Ph.D.**
Αν. Καθηγητής Ω.Ρ.Λ./ Χειρ. Κεφαλής & Τραχήλου, Α.Π.Θ.
- **Μασταγκάς Δημήτριος M.D., D.D.S.**
Ειδ. Στοματικής/ Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Α.Π.Θ.
- **Μιχαηλίδης Ιωάννης M.D., D.D.S.**
Διευθυντής/ Συντονιστής Γναθοπροσωπικής κλινικής, 401 Γ.Σ.Ν., Αθήνα
- **Μπλιόσκας Σαράντης M.D., cPh.D.**
Επιμελητής Ω.Ρ.Λ. κλινικής, 424 Γ.Σ.Ν.Ε., Θεσσαλονίκη
- **Νικολάου Άγγελος M.D., Ph.D.**
Διευθυντής/Συντονιστής ΩΡΛ/ Χειρ Κεφαλής & Τραχήλου, Γ.Ν “Γ.Παπανικολάου”
τ. Αναπλ. Καθηγητής ΩΡΛ/ Χειρ. Κεφαλής και Τραχήλου, Α.Π.Θ.
Πρόεδρος και συντονιστής του European Board Examination ORL-HNS
- **Ord, Robert Andrew M.D., D.D.S., Ph.D., F.R.C.S., F.A.C.S.**
Professor and Chair,
Oral and Maxillofacial/ Head & Neck Surgery
University of Maryland, Baltimore, U.S.A.
Greenebaum Cancer Center
Oncology Section Editor International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery
Editorial Board of the European J. Cranio-Maxillofacial Surgery, Oncology Section
- **Παπαγιαννόπουλος Νικόλαος M.D., D.D.S., Ph.D.**
Στοματικός/ Γναθοπροσωπικός Χειρουργός
Υποστράτηγος ε.α., Επίτιμος Διοικητής Σ.Σ.Α.Σ.
τ. Δ/ντης Γναθοπροσωπικού τμήματος 424 ΓΣΝΕ
τ. Αντιδήμαρχος Θεσ/νικης

- **Παπαδογεωργάκης Νικόλαος M.D., D.D.S., Ph.D.**
Καθηγητής Στοματικής/ Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Ε.Κ.Π.Α.
- **Ραπίδης Αλέξανδρος M.D., D.D.S., Ph.D.**
Καθηγητής Γναθοπροσωπικής Χειρ./ Χειρ. Κεφαλής και Τραχήλου
Visiting Professor in Head and Neck Surgery,
Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York
Visiting Professor of Oral and Maxillofacial Surgery
Department of Surgery, University of Michigan Medical School
Hon. Professor in Maxillofacial Surgery
Eastman Dental Institute, University College London
- **Σκλαβούνου Αλεξάνδρα D.D.S., MSc, Ph.D.**
Καθηγήτρια Στοματολογίας, Ε.Κ.Π.Α.
- **Τηλαβερίδης Ιωάννης M.D., D.D.S., Ph.D.**
Επικ. Καθηγητής Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Α.Π.Θ.
- **Τσέκος Αντώνιος M.D., D.D.S., cPh.D.**
Διευθυντής Στοματικής/ Γναθοπροσωπικής κλινικής, 424 Γ.Σ.Ν.Ε., Θεσσαλονίκη
- **Χατζηστεφάνου Ιωάννης M.D., D.D.S., cPh.D.** – Επιμέλεια Σύνταξης
Ειδ. Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Α.Π.Θ.



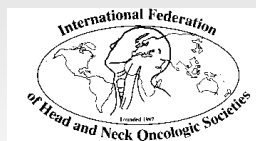
WHNCOD 2015

27ⁿ Ιουλίου

Το παρόν εγχειρίδιο παράχθηκε στο πλαίσιο των Ελληνικών δράσεων για την «**Παγκόσμια Ημέρα κατά του Καρκίνου Κεφαλής και Τραχήλου**».

ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ

ΕΚΣΤΡΑΤΕΙΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ ΤΗΣ



<http://www.ifhnos.org/world-cancer-day>

www.world-cancer-day.gr