

Baş boyun bölgesinde görülen kanserlerin 1/3 kısmı boğazda 2/3 kısmı ağız boşluğu ve çenelerde gözlenmektedir. Tüm kanserler içinde ağız kanserlerinin oranı ise % 2-%4 tür.

Ağız kanserlerine sebep olarak;

-Sigara ve alkol kullanımı(ayrı ayrı ya da bir arada),tütün çiğneme

-O bölgede kronik tahriş(eski dolgu ve protezler, dil dudak yanak ısırma vs.)

-HPV

-P27 geninde bulunan W genotipi gösterilmektedir.

Meme ve prostat kanserlerinin ağıza yayılımı özellikle alt çenede siktir. Baş boyun kanserlerinde de lenf nodlarına sıçrama yüksektir.



Kanserlerde erken tanının önemi burada daha çok ortaya çıkmaktadır. Örneğin lösemnin ilk belirtisi ağızda ortaya çıkar. Kanserden önce görülen öncü belirtiler genellikle ağız kanserlerinde de ortaya çıkarlar.

Ağızda sebebi ortadan kaldırılmasına rağmen 3 haftada geçmeyen kırmızı ve beyaz yaralar, iltihabi oluşumu andıran bazı görüntüler, şişlik, leke, çatlaklar

ağız kanserinin ya da vücudun başka bir yerindeki başlayan kanserin ilk belirtileri olabilir. Dil kanseri çoğunlukla acı verir ve dilin anormal bir şekilde sert ve bükülmez olmasına neden olur. Konuşma ve yutkunma zorluğuyla birlikte dilde uyuşukluk hissi de görülebilir. Ağızdaki kanser nedeni yaralar, protez vuruğu, aft gibi yaralara benzese de bu yaralarda özellikle 2-3 hafta geçmesine rağmen iyileşme gerçekleşmez ise mutlaka bir diş hekimine müracaat edilmesi gereklidir.



Tanı koyarken emin olabilmek için yaradan biyopsi alınması, EMAR ve CT gibi radyolojik tetkikler yapılması gerekmektedir. Kanser şüphesi varlığında mümkün olan en geniş alanın kontrol edilmesi gereklidir. Bu yüzden standart diş hekimliği görüntüleme cihazlarının yanında CT ve bazen EMAR önemlidir.

Kanserli doku tamamen çıkarılıp ilerleyen zamanda hastalığın tekrarlama riskine karşın düzenli kontroller aksatılmaz ise iyileşme, yaşam süresinde artış ve yaşam kalitesinin artışı mümkündür. Günümüzde artan vakalar dikkate alındığında, bu tür yaraların ihmal edilmemesi gerekir.

CT (bilgisayarlı tomografi) ve EMAR (elektromanyetik rezonans) çekilirken, ağız kanserlerinin yayılım alanlarında yumuşak dokuların da varlığı, damarların görülebilmesi için ilaç enjekte edilmesini

gerektirir. Bu ilaç sadece uygulama sırasında verilir. CT için ilaç iyot; EMAR için gadolinyum içerir. Her ikisinde de alerji görülme ihtimali vardır. Her iki ilaç da böbreklerden atılır. Bu yüzden hastaların bu açılardan da kontrolü gerekmektedir.

EMAR çekiminde vücutta bulunan her türlü metal, hem alınacak görüntünün kalitesini etkileyecektir hem de kalp pili taşıyan bir hasta için hayati risk taşıyabilmektedir. Kalp pili, ortopedik protez gibi vücudunda sabit metal taşıyanların bu açıdan değerlendirilmesi gereklidir. Dental implantlar Titanyumdan yapılırlar. Ağızdaki implant sayısı çok fazla değilse görüntünün düzgün bir şekilde elde edilmesinde çok fazla sıkıntı oluşturmazlar. Ancak implant yeni yerleştirilmiş ve henüz iyileşme aşamasında ise(çeneye yerleştirilmesini takip eden ortalama 4-5 ay) kemikte yanma, implant bölgesinde iltihap ve implantın düşmesi gibi durumlarla karşılaşılabilir. Emar öncesi ağızdaki metal destekli köprü ve kaplamalar, metal içerikli(amalgam) dolgular mutlaka sökülmelidir. Tam porselen köprü ve kaplamaların da sayısına bağlı olarak görüntü kalitesini etkileyebileceği unutulmamalıdır.

Kanser teşhisi koyulan bir hasta, kemoterapi(KT) ve radyoterapi(RT) seanslarına başlamadan önce mutlaka bir diş hekimine ağız kontrolünü yaptırmalıdır. Çünkü KT ve RT sırasında ve sonrasında diş çekimi yapılamamaktadır. KT ve RT sürecinde hasta ağız bakımına yeterince dikkat edemeyeceği için KT ve RT kaynaklı sorunlar, önlem alınmazsa kişinin yaşam konforunu ciddi şekilde düşürmektedir.



Kanser tedavisi gören kişilerde tükürük azalması sık görülmektedir. Bu da ağız kuruluğu, özellikle dişlerin çiğneme yüzeyleri ve yanağa bakan yüzlerinde görülen çürüklerin başlamasına sebep olabilir.

Kanser tedavisi sırasında ve tedavinin bitiminde

hastalığın tekrarını önlemek amaçlı verilen bisfosfonatlar, diş çekimi halinde iyileşmeyen yaralara, kemik ölümüne ve ileri aşamalarda çene kaybına sebep olabilmektedir.

Kemik erimesi için kullanılan bisfosfanat dozları çok düşük olsa da diş hekimini bilgilendirmek, olası sıkıntıların önlenmesini sağlar.

Bütün bu şartlar göz önüne alındığında kanser tedavisine başlayacak olan hasta mutlaka önce bir diş hekimine gelmeli-yönlendirilmelidir. Çürük dişler tedavi sürecinde sıkıntı çıkarmayacak durumda ise dolgu ile kurtarılabilir. Ancak kanser hastalıklarında çoğunlukla radikal tedavilerle diş çekimleri gerekmektedir.

Ağız içinde geçmeyen yaraların kansere dönüşme ihtimalinin takibi ve kontrolü; teşhisi koyulmuş kanser hastalarında hem tedavi öncesi hem tedavi sırasında ve sonrasında yaşam kalitesi ve sağlığın artırılabilmesi için diş hekimi muayeneleri ihmal edilmemelidir.