

■ Derleme

Ağız kanserleri ve diş hekimlerinin rolü

Oral cancers and the role of dentists

Hamed Devenci* , Dilek Aynur Uğar Çankal 

Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara/ Türkiye

ÖZ

Kanser, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de en önemli toplumsal sağlık problemlerinden biridir. Ağız ve yutak kanserleri, dünyada en sık izlenen altıncı kanser türüdür. 50 yaş üzeri erkeklerde ağız kanseri görülme riski diğerlerine göre daha fazladır, ancak son 30 yılda dünya çapında baş ve boyun bölgesinde skuamöz hücreli karsinom teşhisi konan genç (45 yaş altında) hasta sayısında artış görülmektedir. Ağız ve yutak kanserlerinin tedavisinde ana seçenekler cerrahi, radyoterapi ve kemoterapidir. Tedavi amacıyla baş boyun bölgesine uygulanan radyoterapi, kemik iliği transplantasyonu ve kemoterapi; ağız kuruluşundan hayatı tehdit eden enfeksiyonlara kadar değişen oral komplikasyonlara yol açabilmektedir. Bu derlemenin amacı ağız ve yutak kanseri ile ilgili bilgilerimizi güncellemek, kanser tedavilerinin ağız bölgesindeki etkisini ve kanser hastalarının tedavisinde diş hekimlerinin rolünün önemini değerlendirmektir.

Anahtar kelimeler: orofarengeal kanser; insidans; diş hekimleri

Abstract

Cancer is one of the social health problems in Turkey. Oral and pharyngeal cancer, grouped together, is the sixth most common cancer in the world. Most of the oral cancers occur in men aged 50 years and older; however, during last 3 decades, the number of patients worldwide is being diagnosed with head and neck squamous cell carcinoma at a younger age (<45 years old) to be encountered more frequently. Main treatment options for oral and oropharyngeal cancers are surgery, radiotherapy and chemotherapy. Head and neck radiation, chemotherapy, and blood and marrow transplantation can cause oral complications ranging from dry mouth to life-threatening infections. The aim of this review is to update our knowledge on oropharyngeal cancer, to evaluate the effects of cancer therapies on oral region and to emphasize the important role of dentists in diagnosis and treatment planning of cancer.

Keywords: oropharyngeal cancer; incidence; dentists

Sorumlu Yazar: : Hamed Devenci, Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara/ Türkiye

E-posta: hamed.rad34@gmail.com

ORCID: 0000-0001-7670-6323

Gönderim: 03.09.2018 Kabul:18.02.2019

Doi: 10.21601/ortadogutipdergisi.456800



Ağız Kanserleri ve Diş Hekimlerinin Rolü

Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (International Agency for Research of Cancer) 2012 yılında dünyada, 14,1 milyon kişiye kanser tanısı koyulduğunu ve 8,2 milyon kişinin kanserden öldüğünü açıklamıştır [1]. Dünyada ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer alan kanser, günümüzün en önemli sağlık problemlerinden biridir. Kanser vakalarındaki artışın aynı hızla devam etmesi halinde 2030 yılına kadar ölüm nedenleri arasında birinci sıraya yerleşeceği öngörülmektedir. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu'nun 2012 verileri değerlendirildiğinde, Türkiye'de bir yıl içinde yaklaşık 175.000 yeni kanser vakasının ortaya çıktığı görülmektedir. 2016 verilerine göre; 2002 yılında Türkiye'de kanserden ölümler tüm ölümlerin %12'sini oluşturmuştur, bu oran ciddi bir artış göstererek 2009'da %21'e çıkmıştır. Kanser vakalarındaki artışın benzer oranda devam etmesi durumunda 2030 yılına gelindiğinde 2008 verilerine göre yeni vaka sayısında %75 artış olması beklenmektedir [2].

Ağız Kanserleri Nedir

Ağız ve yutak kanserleri dünyada en sık izlenen altıncı kanserdir [3]. Ağız boşluğu kanserleri veya kısaca ağız kanserleri, ağız ve yutak kanserleri grubunda yer alan, ağızda başlayan kanserlerdir. Ağız boşluğu dudakları, dudak ve yanakların iç kısmını örten yanak mukozasını, dişleri, dişetlerini, dilin 2/3 ön kısmını, ağız tabanını ve sert damağı içerir. Yirmi yaş dişlerinin arkasında kalan bölge sıklıkla orofarinksin bir bölümü olarak düşünülmesine rağmen ağız boşluğuna dahil edilebilir. Ağız boşluğu ve orofarinks soluk alıp vermeye, konuşmaya, çiğnemeye ve yutmaya yardımcı olur [4].

Ağız boşluğu ve orofarinks boyunca bulunan küçük tükürük bezleri tükürük üreterek ağızımızı nemli tutar ve yiyecekleri yutmamıza yardım ederler [4]. Ağız boşluğu kanserleri tükürük bezleri dahil ağızın yumuşak ve sert dokularından köken alan çok çeşitli kanseri kapsamaktadır. Bunların %85-95'ini, mukozanın çok katlı yassı epitelinden kaynak alan tümörler (skuamöz hücreli karsinom) oluşturmaktadır. Bu tümörler ortaya çıktıkları bölgede yıkıma neden olarak büyüme ve yayılma özelliğine sahiptir [5]. Bu bölge kanserleri görülme sıklığına göre en çok dil, tonsiller ve orofarinks, dişetleri, ağız tabanı ve ağızın diğer bölümleri olmak üzere dudaklar, küçük tükürük bezleri, sert damak ve yanak mukozasında ortaya çıkmaktadır [4]. En sık karşılaşılan ağız içi kanserlerden biri olan dil kanserleri tüm ağız kanserlerinin %22-49'unu oluşturmaktadır. Dil kanserlerinin %75'i dilin ön 2/3'ünde görülürken, %25'i dilin arka 1/3'ünde görülmektedir [5].

Ağız kanseri her yaşta görülebilmektedir [6]. Ancak çeşitli

epidemiolojik derlemelerde 45 yaş altında ağız kanseri teşhisi konan hasta sayısında önemli artış olduğu belirtilmektedir [5,7]. Baş-boyun kanserlerinin görülme sıklığı erkeklerde daha fazladır. Ağız kanserinin erkeklerde kadınlara oranla iki kat fazla görüldüğü bildirilmektedir. Tuncer ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ağız ve dudak kanserlerinin erkeklerde tüm kanserlerin %8,8'ini, kadınlarda görülen kanserlerin ise %4'ünü oluşturduğu tespit edilmiştir. Bu durumun erkeklerin risk faktörlerine daha çok maruz kalmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir [8].

Risk Faktörleri

Ağız kanserlerine neden olan etkenlerin başında sigara kullanımı gelmektedir. Sigara veya pipo içmek ağız veya boğazın yanı sıra larinks, akciğerler, özefagus, böbrekler, mesane veya çeşitli diğer organlarda da kanser oluşturabilir. Pipo kullanımı özellikle piponun sapına temas eden dudak bölgesinde kanser gelişimi için önemli bir risk oluşturmaktadır. Ağız boşluğu veya orofaringeal bölge kanseri nedeniyle tedavi edilen sigara tiryakilerinin kanser tedavi edilmiş olsa bile sigarayı bırakmaları önemlidir. Sigara içmeye devam eden hastaların ağız, boğaz, larinks veya akciğerlerinde ikinci bir kanser gelişme riski yüksektir [4].

Ağız ve orofarinks kanserlerinin gelişmesi uzun yıllar sürdüğü için gençlerde sık rastlanmaz. İlk kanser tanısı konduğunda hastaların çoğu 55 yaş üzerindedir. Ancak günümüzde bu durum değişmekte, özellikle Human Papilloma Virüs (HPV)'e bağlı olarak gelişen kanserlerin daha genç yaşta ortaya çıktıkları gözlenmektedir [4]. Son 30 yılda dünya çapında baş ve boyun bölgesinde skuamöz hücreli karsinom teşhisi konan genç hasta (45 yaş altında) sayısında artış görülmektedir. Bu genç hastaların demografik bilgilerinin kanser vakalarına ait etiyolojik faktörlerden ve cinsiyet ile ilgili bildiklerimizden farklı olduğu bildirilmektedir. HPV ilişkili ağız ve yutak kanserleri daha çok sigara ve alkol kullanmayan, sosyo-ekonomik durumu iyi olan erkeklerde görülürken, dil kanseri genellikle genç beyaz kadınlarda görülmekte ve bu durumu etkileyen faktörler henüz tam olarak bilinmemektedir [7,9].

Geçen birkaç dekatta, birçok ülkede tütün kullanımındaki azalmaya bağlı olarak, ağız boşluğu kanseri insidansında düşüş görülmüştür. Ancak Danimarka, Norveç, İsveç, Kanada, Hollanda, Amerika Birleşik Devletleri ve Birleşik Krallık'ta 1980'den beri tütün kullanımındaki düşüğe rağmen yutak ve ağız boşluğu kanserlerinde artış gözlenmektedir. Bu durum HPV enfeksiyonunun bir risk faktörü olma ihtimali üzerine kurulan teorilerin ileri sürülmesine neden olmaktadır [9,10]. Diğer önemli etkenler arasında alkol kullanımı, enfeksiyon, kötü beslenme, ultraviyole (UV) ışınlarına maruz kalma, zayıf immün sistem ve bazı genetik sendromlar yer almaktadır

[4]. Yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre alkol ve sigarayı bir arada kullananlarda, sadece alkol veya sadece sigara kullananlara göre ağız kanseri görülme riskinin 13 kat fazla olduğu bildirilmektedir [11].

Viral enfeksiyonların ağız kanserlerinin gelişiminde rolü olduğu bilinmektedir. Human Papilloma Virüs (HPV)'ün yanısıra Epstein-Barr Virüs (EBV) ve Human Immunodeficiency Virüs (HIV) gibi enfektif etkenlerin ağız kanserlerinin gelişimi üzerindeki etkisi kanıtlanmıştır [12]. Oral kavitede HPV bulunması ağız kanseri gelişme riskini 3,7 kat arttırmaktadır [5]. Son yıllarda belli bazı HPV tiplerine etkili aşilar kullanılmaya başlanmıştır [13]. HPV 16/18 aşısı uygulandıktan 4 yıl sonra ağızdaki HPV 16/18 enfeksiyonuna karşı güçlü koruma sağlamakta, bu durum HPV ilişkili ağız ve yutak kanserlerinden korunmada bu aşının etkili olabileceğini düşündürmektedir [14].

Dünya Sağlık Örgütü tarafından açıklanan bir bildiri de gelişmekte olan ülkelerde ağız, yutak ve yemek borusu kanserlerinin yaklaşık %60'ının kısıtlı beslenme (taze meyve, sebze ve hayvan ürünleri) olanaklarına bağlı olarak geliştiği öngörülmüştür [15]. İtalya'da yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre Akdeniz diyeti ile beslenen bireylerde ağız ve yutak kanserlerinin görülme riskinin azaldığı bildirilmiştir [16]. Amerikan Kanser Birliği, bitkisel ağırlıklı, sağlıklı bir diyetle beslenmeyi tavsiye etmektedir. Bu, her gün en az 2,5 porsiyon sebze ve meyve tüketimini içermektedir. Taze sebze ve meyve tüketiminin ağız kanseri gelişimini %30-50 oranında azalttığı bildirilmektedir. Sebze, turunçgil, balık ve bitkisel yağ tüketimi kansere karşı koruyucu diyetin önemli unsurlarıdır. Rafine edilmiş tahıl yerine tam tahıllı ekme ve makarna, işlenmiş et ve kırmızı et yerine balık ve kümes hayvanı ve baklagil tüketiminin de kanser riskini azaltabileceği bildirilmektedir [17]. Genel olarak sağlıklı diyetle beslenmek, vitamin eklenen sağlıksız bir diyetle beslenmekten çok daha yararlıdır [4]. Aşırı sıcak içeceklerle sürekli maruz kalmak da ağız kanseri riskini arttıran bir faktördür [18]. Güneş ışığı çoğu kişi için başlıca UV kaynağıdır. Dudak kanserleri güneş ışığına uzun süre maruz kalacak şekilde çalışan kişilerde daha yaygın olarak ortaya çıkmaktadır [4].

Ağız ve orofaringeal bölge kanserleri immün sistemi zayıf olan kişilerde daha yaygın görülmektedir. Doğumsal bazı hastalıklar, kazanılmış immün yetmezlik sendromu [Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)] ve bazı ilaçlar (organ transplantasyonundan sonra verilen ilaçlar gibi) immün sistemin zayıflamasına neden olabilir [4,12]. Bazı genlerdeki kalıtsal defektlerin neden olduğu, Fanconi anemisi ve diskeratozis kongenita gibi bazı genetik sendromları olan kişilerde de ağız kanseri gelişimi açısından yüksek risk grubundadırlar [4]. Kötü ağız hijyeni ve travmanın da ağız kanserleri için lokal hazırlayıcı faktörler olduğu bilinmektedir [4,12].

Bulgu ve Belirtiler

Ağız ve orofaringeal bölge kanserlerinin muhtemel bulgu ve belirtileri [4]:

- Ağızda iyileşmeyen yara (en yaygın bulgu)
- Ağızda geçmeyen ağrı (çok yaygın bir başka bulgu)
- Yanakta bir kitle veya kalınlaşma
- Dişeti, dil, bademcik veya ağız mukozasında beyaz veya kırmızı bir alanın/lezyonun olması
- Boğazda acıma veya boğazda sürekli bir takılma hissi
- Çiğneme veya yutmada zorluk
- Çeneyi veya dili hareket ettirmekte zorluk
- Dilde veya ağzın diğer bir bölgesinde hissizlik
- Çenede protezin uyumunu bozan veya rahatsızlık oluşturan şişlik
- Dişlerin kaybı veya dişlerde veya çenede ağrı
- Ses değişiklikleri
- Boyunda bir şişlik veya kitle
- Kilo kaybı
- Nefeste sürekli kötü koku

Bu bulgu ve belirtilerin bazıları benign problemlere bağlı olarak veya diğer bölge kanserlerine bağlı olarak da ortaya çıkabilir. Bu bulgulardan herhangi biri 2 haftadan daha uzun sürerse bir doktor veya diş hekimine başvurulması ve sebebin tespit edilerek tedavi edilmesi çok önemlidir [4].

Ağızda görülen neoplazmların çoğunluğu (yaklaşık %90) epitel yüzeyinden köken alan skuamöz hücreli karsinomalar olmakla birlikte daha az oranda (%3-%5) minör tükürük bezlerinden köken alan tümörler de görülmektedir. Ayrıca metastatik tümörlerin de ağız kavitesinde görüldüğü bildirilmiştir. Aşağıdaki tabloda temel olarak oral kavitede görülen kanserler gösterilmiştir (Tablo 1) [19].

Tablo 1. Oral kavitede görülen kanserlerin DSÖ tarafından yapılan sınıflandırması [19]

1.	Skuamöz hücreli karsinoma
2.	Verrüköz karsinoma
3.	Minör tükürük bezlerinin tümörleri
4.	Mukozal melanoma
5.	Kaposi Sarkoması
6.	Primer intraosseöz skuamöz hücreli karsinoma
7.	Osteosarkoma
8.	Nadir görülen malign tümörler
9.	Metastatik tümörler



Tanı ve Tedavi

Ağız kanserinin tanı ve tedavisindeki kayda değer gelişmelere rağmen hastaların yarısı yaşamlarını ilk beş yılda kaybetmektedirler. Ağız kanseri, 5 yıllık sağ kalım oranı en düşük 5 kanserden biridir. Erken tanı ve etkili tedavi ile sağ kalım oranı %70-90'lara çıkabilmektedir [20]. Hastalığın tek bir lenf noduna metastaz yapması durumunda hastanın 5 yıllık sağ kalım oranının %50 azaldığını gösteren yayınların olduğu bildirilmiştir [5].

Amerikan Kanser Topluluğu 20-39 yaş arasındaki erkek ve kadınların 3 yılda bir, 40 yaş ve üzeri kişilerin ise her yıl ağız kanseri açısından muayene olmalarını önermektedir [21]. Bu vakalarda erken tanı koyabilecek en etkili grup diş hekimleridir. Hastaların hekime başvurmakta gecikmemesi ve erken dönemde lezyonların ayırıcı tanısının hekimler tarafından titizlikle ve ivedilikle yapılması hayati öneme sahiptir ve yaşam kalitesini artırır. Hindistan'da yapılan bir çalışmada ağız kavitesinin düzenli aralıklarla muayene edilmesinin oral kanserlere bağlı ölüm oranlarını azalttığı gösterilmiştir [22]. Ancak hekimlerin lezyon ile ilgili teşhis koyamaması, analjezikler gibi farklı ilaçlar reçete etmesi, diş dolgusu veya diş çekimi gibi dental prosedürler uygulaması hastaların uzmana daha geç gitmesine, daha geç biyopsi alınmasına ve lezyonun tanısının daha geç konmasına sebep olacaktır [23]. Yellowitz ve ark. diş hekimlerinin ağız kanserleri konusundaki bilgi ve tutumlarını değerlendirmeye yönelik yaptıkları bir çalışmanın sonucunda; çalışmaya katılan hekimlerin çoğunun konuyla ilgili güncel ve doğru bilgilere sahip olduklarını belirtmelerine rağmen, ağız kanserinin risk faktörleri, belirtileri ve bulguları konularındaki bilgilerinin tutarlı olmadığını belirtmişlerdir [24]. Kanada'da yapılan bir çalışmanın sonucunda diş hekimlerinin, orofarengeal kanserlerin risk faktörleri ve teşhisinde kullanılan tanı yöntemleri konularında katılımcıların sadece yarısından daha azının yeterli bilgiye sahip oldukları görülmüştür [25]. Kuzey Almanya'da yapılan bir çalışmada diş hekimlerinin çoğunluğunun ağız kanserinin erken dönemde asemptomatik olduğunu bilmediği ortaya çıkmıştır [26]. Diş hekimlerinin oral kanser konusundaki bilgi düzeylerini değerlendiren başka birçok çalışma yapılmıştır ve bu çalışmalardan çıkan ortak sonuç; diş hekimlerinin kendilerini oral kanserle ilişkili risk faktörleri ve premalign lezyonlar konusunda yeterli görmelerine rağmen bilgi düzeyleri objektif olarak değerlendirildiğinde aslında yeterli bilgiye sahip olmadıklarıdır [27-31]. 2 haftadan daha uzun sürede iyileşmeyen, teşhis konmamış her türlü ülser ve kitle kanser şüphesi ile incelenmelidir. Hastalar düzenli olarak diş hekimi kontrolüne gitmeli ve ağızlarında bir lezyon

meydana geldiğinde lezyonun geçmesini beklemek yerine derhal bir hekime başvurmalıdır [4]. Yapılan bir çalışmada, ağız kanseri hastalarının %38'inde bulguların ilk ortaya çıkışı ile uzman hekimin ilk muayenesi arasında geçen ortalama sürenin 3 aydan fazla olduğu tespit edilmiştir [23].

Yukarıda bahsedilen, kanser şüphesi uyandıran bulgu ve belirtilere sahip olan hastalara hekime başvurduklarında şu muayene ve testlerin yapılması önerilmelidir [4]:

Muayene Yöntemleri ve Testler:

- Tıbbi hikaye ve fizik muayene
- Baş ve boyun muayenesi
- İndirekt faringoskopi ve laringoskopi
- Panendoskopi

-Biyopsi

-Görüntüleme Yöntemleri

- Göğüs filmi
- Bilgisayarlı tomografi
- Manyetik rezonans görüntüleme
- Pozitron emisyon tomografisi
- Baryum yutturmak
- Kan testleri

Bu yöntemler tümörün bulunduğu bölgeye ve safhasına bağlı olarak tek başlarına veya kombine olarak kullanılabilir [4].

Ağız kanserlerinin tedavisi tümörün bulunduğu bölgeye, yayılma durumuna ve tümörün çeşidine bağlı olarak değişmektedir [4]. Tedavide ana seçenekler cerrahi, radyoterapi ve kemoterapidir. Bir tedavi planı belirlenirken hastanın genel sağlığı, kanserin tipi ve safhası, hastalığı tedavi etme olasılığı ve tedavinin konuşma, çiğneme ve yutma gibi önemli fonksiyonlar üzerindeki muhtemel etkileri değerlendirilmelidir. Radikal kanser cerrahisi tümörün ve boyun bölgesi metastazlarının tedavisine dayanır. Bu hastaların cerrahi yaklaşımlarında sıklıkla tümörle birlikte boyun lenf bezlerinin ve bunun yanında kas ve damar gibi yapıların çıkarılması gerekebilmektedir. Baş-boyun bölgesine yapılan radyoterapi ve kemoterapi ağız ve diş sağlığını önemli ölçüde etkilemektedir [4].

Ağız Sağlığının Önemi

Ağız boşluğu ve tükürük bezlerinin radyoterapi alanı içinde kaldığı durumlarda hastanın ağız sağlığı önemli ölçüde etkilenmektedir. Bu durumdan dolayı baş-boyun kanseri nedeniyle radyoterapi ve/veya kemoterapi görecektir hastaların tedaviye başlamadan önce ağız hijyenlerinin iyileştirilmesi ve dişlerle ilgili

problemlerinin giderilmesi gerekmektedir [6,32]. Prognozu iyi olmayan çürük dişlerin ve ileri derecede periodontitisli dişlerin radyoterapiye başlanmadan önce çekimlerinin yapılmış olması gerekmektedir. Radyoterapi sonrası sıkça rastlanan yan etkiler kserostomi ve trismusdur. İleri dönemlerde bu sorunlara bağlı olarak diş çürükleri gelişebilmektedir [6].

Baş boyun radyoterapisinin daha az rastlanan, ancak en zor baş edilen komplikasyonlarından birisi de osteoradyonekrozdur. Radyasyondan zarar gören kemiğe dişin kök ucu apsesi, periodontal hastalık veya cerrahi işlemler nedeniyle veya diş çekimi veya protez travması sonucu bakteri göçü olmakta ve enfeksiyon gelişmektedir. Bunlar arasında en sık karşılaşılan başlatıcı etken, radyoterapinin hemen öncesinde veya sonrasında yapılan diş çekimleridir [6]. Radyoterapi sonrası yapılan diş çekimlerinden sonra %2-18 oranında osteoradyonekroz geliştiği bildirilmektedir [33]. Bu nedenle diş çekiminden sonra mümkünse 3 hafta kadar beklendikten sonra radyoterapiye başlanmalıdır [34]. Radyoterapiden sonra diş çekimi yapmak için ise, 3-6 aylık bir süre beklenmesi tavsiye edilmektedir [35].

Akciğer, prostat ve meme kanserleri gibi kemiğe metastaz yapma özelliği olan kanserlerin tedavisinde bifosfonat grubu ilaçların yanı sıra, son zamanlarda antikör aracılı antirezorptif terapi [Anti-body Mediated Anti-resorptive Therapy (AMART)] ajanları da kullanılmaya başlanmıştır. Kanser vakalarındaki artışa bağlı olarak bu ilaçların daha çok kullanılması, hekimlerin çenelerde ortaya çıkan osteonekroz [Medication-Related Osteonecrosis of the Jaws (MRONJ)] tablosu ile sıkça karşılaşmalarına neden olmaktadır. MRONJ, Amerikan Oral ve Maksillofasiyal Cerrahlar Birliği tarafından, radyasyon tedavisi hikayesi olmayıp antirezorptif veya antianjiyojenik ilaç kullanan veya kullanmış olan hastaların mandibula veya maksillasında 8 haftadan uzun süren ekspoze kemik varlığı olarak tanımlanmıştır. Osteonekroz gelişme riski nedeni ile özellikle söz konusu ilaçları reçete eden tıp hekimlerinin ve diş hekimlerinin ilaçların kullanım alanları, etki mekanizmaları ve kullanımlarına bağlı olarak ortaya çıkabilecek komplikasyonlar konusunda gerekli bilgi ve donanımına sahip olmalarını gerektirmektedir [36].

Kemoterapinin tipine, verilen ilaçların dozuna ve kullanıldıkları süreye bağlı olarak da bir takım yan etkiler ortaya çıkabilmektedir. Bu yan etkiler şunları içermektedir [4]:

- Saç dökülmesi
- Ağız yarası
- İştah kaybı
- Mide bulantısı ve kusma
- İshal
- Düşük kan sayımı

Kemoterapi kemik iliğinde kan üreten hücreleri etkileyebildiğinden düşük kan sayımına yol açmaktadır. Bu da, enfeksiyon riskini arttırmakta, ciltte kolaylıkla morluklar oluşmasına, kolay kanamaya ve halsizliğe yol açmaktadır [4].

Diş ve ağız bakımlarının radyoterapi ve kemoterapi öncesinde, tedavi sürecinde ve tedavi sonrasında uzun yıllar düzenli şekilde devam etmesi gerekmektedir [4,6].

Korunma

Erken teşhis edilen neredeyse tüm ağız kanserlerinde hastalığın seyri iyidir [20]. Dünya Sağlık Örgütü oral kanserlerin %90'ından fazlasının potansiyel olarak önlenabilir nitelikte olduğunu bildirmesine rağmen, bu kanserin insidansı ve mortalite oranı gün geçtikçe artmaktadır [37]. Ağız kanserine zemin hazırladığı bilinen etkenlerin ortadan kaldırılması ile kansere yakalanma riskini azaltmak mümkün olabilir [4]. Ağız kanserlerinin erken evrede teşhis edilmesi ve tedavilerinin yapılması hastaların sağ kalım sürelerini uzatacak ve yaşam standartlarını yükseltecektir [20]. Özellikle diş hekimleri sigara ve/veya alkol kullanan, 40 yaş ve üstü bireyler başta olmak üzere tüm hastalarını her randevuda ağız kanseri açısından detaylı bir şekilde muayene etmeli, onları olası risk faktörleri hakkında bilgilendirmelidir [37]. Sağlıklı ve dengeli beslenmenin, kanserden koruyucu faktörlerden biri olduğu unutulmamalıdır [17]. Ayrıca, toplum ağız kanserleri konusunda bilgilendirilmeli ve toplumun farkındalığı artırılmalıdır [5].

Amerikan Milli Dental ve Kraniofasiyal Araştırma Enstitüsü'nün web sitesinde belirtildiği üzere insanların çoğu kanser tedavisinin mide bulantısı, saçların dökülmesi gibi yaygın yan etkilerini bilmelerine rağmen çoğu kişi kanser tedavisi gören hastaların üçte birinden fazlasında ağızla ilgili komplikasyonlar gelişebildiğinden haberdar değildirler. Bu problemler kanser tedavisini engelleyebilir ve hastanın yaşam kalitesini düşürebilir [38].

Baş boyun radyasyonu, kemoterapi ve kemik iliği transplantasyonu; ağız kuruluşundan hayatı tehdit eden enfeksiyonlara kadar değişen oral komplikasyonlara yol açabilir [38]. Bu komplikasyonlardan bazıları kanser tedavisi sırasında ortaya çıkıp tedavinin tamamlanmasıyla birlikte ortadan kalkarken bazı komplikasyonlar kalıcıdır. Örneğin baş boyun bölgesine radyasyon tedavisi uygulanması tükürük bezlerinde kalıcı hasar bırakabilir ve kişinin ürettiği tükürük miktarı dramatik olarak azalabilir [35]. Tükürük miktarının radyasyona bağlı azalması, kişilerde diş çürüğü gelişme riskini arttırmakta ve bu durum hayat boyu sürmektedir [6].



Tedaviye başlamadan önce diş hekiminin hastayı görmesi önemlidir. İlerisi düşünülerek yapılan tedaviler ağız sağlığını iyileştirecek (çürükler, periodontal sorunlar tedavi edilecek) ve tedavi sırasında veya sonrasında ortaya çıkabilecek komplikasyonların oluşumunu engelleyecek veya en aza indirecektir. Bu komplikasyonlar enfeksiyon ve ağrının yanı sıra ağız açma, çiğneme ve yutma gibi fonksiyon değişikliklerini içerebilir [38].

Radyasyon tedavisinin uzun dönem etkileri; ağız kuruluğu, kronik veya tekrar eden fungal enfeksiyonlar, kserostomiya bağlı dental dekalsifikasyon ve çürük, kuruluğa bağlı iştah azlığı, tat alma bozukluğu, ağrı, trismus, mukozal ve dental hassasiyetten dolayı hijyen sağlanmasında güçlüğü içerir. Radyasyon tedavisi ayrıca kan akışındaki azalmadan dolayı kemik ve yumuşak doku nekrozu oluşma riskini artırır. Bu kendiliğinden oluşabileceği gibi diş çekimi gibi invaziv işlemlerden sonra oluşma riski yüksektir [39]. Çocuklarda uygulanan kemoterapi ve radyoterapinin daimi diş gelişimi üzerine olumsuz etkileri vardır. Bu etkiler mikrodonti, hipodonti, taurodontizm, maloklüzyon, mine hipoplazisi, kök gelişiminin durması ve temporamandibular eklem bozuklukları şeklinde sıralanabilir [40].

Tedavi öncesi diş hekimlerinin tedavinin yan etkileri ve ağız sağlığı hakkında hastaya bilgi vermeleri önerilmektedir. Diş hekimlerinin tedavinin planlanması, uygulanması ve rehabilitasyon dönemi sürecinde tedavi ekibinin içinde olmaları önemlidir. Dental faktörler hayat kalitesini etkilemektedir. Dental ekip hastaların tümör kontrolüne odaklanmalarında, rehabilitasyon sürecinde ve hatta tedavi sırasında rahatlamaları açısından çok yardımcı olabilir [41].

Kaynaklar

1. World Health Organization IARC, Cancer Fact Sheets. Available from: <http://gco.iarc.fr/today/data/pdf/fact-sheets/cancers/cancer-fact-sheets-29.pdf>. /2017
2. Keskinç B, Gültekin M, Karaca AS et al. Neden ulusal bir kanser programı? In: Türkiye Kanser Kontrol Programı, Keskinç B, Gültekin M, Karaca AS et al (eds) First ed. Ankara: Republic of Turkey, Ministry of Health; 2016: 18-19.
3. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncol* 2009; 45: 309–16.
4. American Cancer Society. Cancer. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/oral-cavity-and-oropharyngeal-cancer/about/what-is-oral-cavity-cancer.html>. /2017
5. Harris CM, Ghali GE. Oral Cancer: Etiology, Diagnosis, Classification and Staging. In: Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery, Milaro MM, Ghali GE, Larsen PE, Waite PD (eds). 3rd ed. Connecticut: People's Medical Publishing House; 2011; 677-692.
6. Wood ER. Malignant diseases of the jaws. In: Oral Radiology: Principles and interpretation. White SC, Pharoah MJ (eds). 6th ed. St. Louis: Mosby Elsevier; 2009: 405-6.
7. Hussein AA, Helder MN, de Visscher JG et al. Global incidence of oral and oropharynx cancer in patients younger than 45 years versus older patients: A systematic review. *Eur J Cancer* 2017; 82: 115–27.
8. Tuncer İ. Türkiye'de kanser sıklığı. Türkiye Bilimsel Ve Teknik Araştırma Kurumu, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi; 1994.
9. WHO. Head and neck cancer. Available from: http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/20/applications/HeadNeck.pdf. 2017
10. Pullos AN, Castilho RM, Squarize CH. HPV infection of the head and neck region and its stem cells. *J Dent Res* 2015; 94: 1532–43.
11. Öztürk B, Coşkun U, Yaman E et al. Oral kavite kanserlerinde risk faktörleri, premalign lezyonlar ve kemoprevensiyon. *UHOD* 2009; 19: 117–26.
12. Kumar M, Nanavati R, Modi TG, Dobariya C. Oral cancer: etiology and risk factors: a review. *J Cancer Res Ther* 2016; 12: 458.
13. Cuzick J. Preventive therapy for cancer. *Lancet Oncol* 2017; 18: 472–82.
14. Herrero R, Quint W, Hildesheim A et al. Reduced prevalence of oral human papillomavirus [HPV] 4 years after bivalent HPV vaccination in a randomized clinical trial in Costa Rica. *PLoS One* 2013; 8: 68329.
15. Key TJ, Schatzkin A, Willett WC, Allen NE, Spencer EA, Travis RC. Diet, nutrition and the prevention of cancer. *Public Health Nutr* 2004; 7: 187–200.
16. Meurman JH. Infectious and dietary risk factors of oral cancer. *Oral Oncol* 2010; 46: 411–3.
17. Kushi LH, Doyle C, McCullough M et al. American Cancer Society guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention. *CA Cancer J Clin* 2012; 62: 30–67.
18. Petersen PE. Oral cancer prevention and control—The approach of the World Health Organization. *Oral Oncol* 2009; 45: 454–60.
19. Soler M, Bosetti C, Franceschi S et al. Fiber intake and the risk of oral, pharyngeal and esophageal cancer. *Int J Cancer* 2001; 91: 283-7.
20. Jafari A, Najafi SH, Moradi F, Kharazifard MJ, Khani MR. Delay in the diagnosis and treatment of oral cancer. *J Dent* 2013; 14: 146.

21. Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer, 2003. *CA Cancer J Clin* 2003; 53: 27–43.
22. Sankaranarayanan R, Ramadas K, Thomas G et al. Effect of screening on oral cancer mortality in Kerala, India: a cluster-randomised controlled trial. *The Lancet* 2005; 365: 1927-33.
23. Esmaelbeigi F, Harirchi I, Omranipour R, vand Rajabpour M. Factors affecting professional delay in diagnosis and treatment of oral cancer in Iran. *Arch Iran Med* 2014; 17: 253.
24. Yellowitz J, Horowitz AM, Goodman HS, Canto MT, Farooq NS. Knowledge, opinions and practices of general dentists regarding oral cancer: a pilot survey. *JADA* 1998; 129: 579-83.
25. Clovis JB, Horowitz AM, Poel DH. Oral and pharyngeal cancer: knowledge and opinions of dentists in British Columbia and Nova Scotia. *J Can Dent Assoc* 2002; 68: 415-20.
26. Hertrampf K, Wenz H-J, Koller M, Wiltfang J. Comparing dentists' and the public's awareness about oral cancer in a community-based study in Northern Germany. *J Craniomaxillofac Surg* 2012; 40: 28-32.
27. Seoane J, Warnakulasuriya S, Varela-Centelles P, Esparza G, Dios P. Oral cancer: experiences and diagnostic abilities elicited by dentists in North-western Spain. *Oral Diseases* 2006; 12:487-92.
28. Leao J, Goes P, Sobrinho C, Porter S. Knowledge and clinical expertise regarding oral cancer among Brazilian dentists. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2005; 34: 436-9.
29. Erbaşar NG, Alpaslan C. Ağız kanserinin önlenmesi ve erken teşhisi konusunda Ankara'daki diş hekimlerinin farkındalığı. *Acta Oncologica Turcica* 2017; 50: 139-147.
30. Warnakulasuriya K, Johnson N. Dentists and oral cancer prevention in the UK: opinions, attitudes and practices to screening for mucosal lesions and to counselling patients on tobacco and alcohol use: baseline data from 1991. *Oral Diseases* 1999; 5: 10-4.
31. Yellowitz JA, Horowitz AM, Drury TF, Goodman HS. Survey of us dentists'knowledge and opinions about oral pharyngeal cancer. *JADA* 2000; 131: 653-61.
32. Marx RE, Cillo JE, Ulloa JJ. Oral bisphosphonate-induced osteonecrosis: risk factors, prediction of risk using serum CTX testing, prevention, and treatment. *J Oral Maxillofac Surg* 2007; 65: 2397–410.
33. Nabil S, Samman N. Incidence and prevention of osteoradionecrosis after dental extraction in irradiated patients: a systematic review. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2011; 40: 229–43.
34. Hupp JR, Ellis E, Tucker MR (editors).Management of the patient undergoing radiotherapy or chemotherapy. In: *Contemporary oral and maxillofacial surgery*. 5th ed., St. Louis: Mosby Elsevier; 2008: 368 .
35. Türker M, Yücetaş Ş (editors). *Ağız, diş, çene hastalıkları ve cerrahisi*. 3. baskı. Ankara: Özyurt Matbaacılık; 2004: 385.
36. Noury Rad Davaji H. Ankara'da hizmet veren diş hekimlerinin bifosfonat, denosumab ve benzer yan etkilere sahip ilaçları kullanan hastalara yaklaşımı. Uzmanlık tezi, Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara; 2017.
37. Tanyeri H, Ofluoğlu D, Karataşlı G, Yılmaz R. Oral kanserlerin erken teşhisinde diş hekimlerinin rolü: iki olgu nedeniyle. *J Istanbul Univ Fac Dent* 2008; 42: 11.
38. National Institute of Dental and Craniofacial Research. Available from: <https://www.nidcr.nih.gov/oralhealth/topics/cancertreatment./> 2017
39. Hancock PJ, Epstein JB, Sadler GR. Oral and dental management related to radiation therapy for head and neck cancer. *J Can Dent Assoc* 2003; 69: 585–90.
40. Kılınç G, Bulut G, Olgun N, et al. Kanser tedavisi gören çocuklarda tedavinin diş gelişimine olan geç yan etkileri (dört olgu dunumu). *Atatürk Üniversitesi Diş Hekim Fakültesi Dergisi* 2013; 23: 48-54.
41. National comprehensive cancer network .Understanding the Oral Complications From Cancer Treatment. Available from: https://www.nccn.org/patients/resources/life_with_cancer/treatment/oral_complications.aspx./ 2017