

Μεταστατικά νεοπλάσματα της στοματογναθικής περιοχής

Κλινικοπαθολογοανατομική μελέτη 13 περιπτώσεων

Κ. Τόσιος,¹ Ε. Κακαράντζα-Αγγελοπούλου,¹ Χ. Κίττας²

¹ Εργαστήριο Στοματολογίας Οδοντιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

² Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Στην εργασία αυτή έγινε κλινική και ιστοπαθολογική μελέτη 13 περιπτώσεων μεταστατικών νεοπλασμάτων στους ιστούς της στοματογναθικής περιοχής από τα αρχεία του εργαστηρίου της Στοματολογίας του Οδοντιατρικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Αθηνών, που συγκεντρώθηκαν κατά τη χρονική περίοδο Ιανουάριος 1974—Μάρτιος 1993. Οι όγκοι αυτοί αποτελούσαν περίπου το 2% του συνόλου των κακοήθων νεοπλασμάτων της ίδιας χρονικής περιόδου. Όλες οι περιπτώσεις, εκτός από μία, αφορούσαν ασθενείς ηλικίας άνω των 50 ετών. Δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά σχετικά με το φύλο (8 άνδρες και 5 γυναίκες). Οι περισσότεροι όγκοι εντοπιζόνταν κεντρικά στα οστά των γνάθων, ενώ μόνο 2 περιπτώσεις στα μαλακά μόρια (κάτω χείλος και μαστήρας). Η κάτω γνάθος βρέθηκε να προσβάλλεται συχνότερα από την άνω με αναλογία 8:3. Κλινικά, σε όλους τους ασθενείς αναφέρθηκε η ύπαρξη όγκου με ελκωμένη ή λεία επιφάνεια, χροιά συχνότερα ερυθρή και σύσταση ελαστική ή υπόσκληρη. Ακτινογραφικά, παρατηρήθηκε συχνότερα διαύγαση, ενώ σε 3 περιπτώσεις συνδυασμός σκιάσεων και διαυγάσεων. Από την ιστολογική αξιολόγηση προέκυψαν τα εξής κακοήθη νεοπλάσματα: 4 αδενοκαρκινώματα με χαρακτηριστικές πορογενούς αδενοκαρκινώματος του μαστού, 2 αδενοκαρκινώματα του εντέρου, 3 ακανθοκυτταρικά καρκινώματα του πνεύμονα, 1 αδενοκαρκίνωμα του προστάτη και 3 αδιαφοροποίητα νεοπλάσματα συμβατά με μικροκυτταρικό και μεγαλοκυτταρικό καρκίνωμα του πνεύμονα και νευροβλάστωμα, αντίστοιχα. Σε όλες τις περιπτώσεις υπήρχε ιστορικό για πρωτοπαθές κακόηθες νεόπλασμα στα αντίστοιχα όργανα.

Ιατρική 1995, 67(6):608—612

Οι μεταστάσεις κακοήθων νεοπλασμάτων στους ιστούς της στοματογναθικής περιοχής δεν είναι συχνές. Σε ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας, που έχουν γίνει κατά καιρούς, ο αριθμός των περιπτώσεων ποικίλλει λόγω των διαφορετικών κριτηρίων τεκμηρίωσης που χρησιμοποιούν οι συγγραφείς.¹⁻⁵ Σύμφωνα με την ανάλυση του Zachariades,⁶ μέχρι το 1988 είχαν δημοσιευθεί 422 περιπτώσεις μεταστάσεων στη στοματική και περιστοματική χώρα. Οι περισσότεροι μεταστατικοί όγκοι εντοπίζονται κεντρικά, μέσα στα οστά των γνάθων και αποτελούν τη συχνότερη μορφή κακοήθους νεοπλασίας στη θέση αυτή.⁷

Σε αντίθεση με τις γνάθους, οι μεταστάσεις στα μαλακά μόρια είναι ακόμα πιο σπάνιες. Ανασκόπηση της

βιβλιογραφίας των ετών 1947—1970 από τους Hatzioztis et al,⁸ συγκέντρωσε 48 τεκμηριωμένες περιπτώσεις, ενώ ο Zachariades⁶ βρήκε 139 σε σύνολο 422. Από αυτές, οι δέκα εντοπίζονταν στους μεγάλους σιελογόνους αδένες και οι 73 στα ούλα, χωρίς να προσδιορίζεται η σχέση τους με το υποκείμενο οστόν.

Η μετάσταση στο στόμα αποτελεί την πρώτη εκδήλωση, πρωτογενούς νεοπλάσματος σε ποσοστό 20—50%.^{2,3,6,9-11} Οι πρωτοπαθείς εστίες βρίσκονται σε διάφορα όργανα, όπως ο μαστός, ο πνεύμονας, οι νεφροί, ο προστάτης, το έντερο, ο θυρεοειδής.² Επειδή η κλινική και ακτινογραφική εικόνα των μεταστατικών όγκων δεν είναι παθολογική, η βιοψία και ιστολογική εξέταση είναι απαραίτητες για την τελική διάγνωση.^{7,12} Μεγάλη είναι η σημασία της σωστής αξιολόγησης των πληροφοριών του ιστορικού του ασθενούς.

Αλληλογραφία: Κ. Τόσιος, Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή, Θηβών 2, 115 27 Αθήνα

Η παρουσία ενδοστοματικών μεταστάσεων αποτελεί σημείο γενίκευσης του νεοπλάσματος.^{2,5,6} Η πρόγνωση δεν είναι καλή. Στους περισσότερους ασθενείς η επιβίωση είναι μικρότερη του 1 έτους,³ ενώ η διετής επιβίωση δεν υπερβαίνει το 11%.⁷ Η θεραπεία είναι κυρίως παρηγορητική.^{1-3,5,12}

Στην εργασία αυτή μελετήθηκαν τα κλινικά και ιστολογικά χαρακτηριστικά 13 περιπτώσεων μεταστατικών νεοπλασμάτων στη στοματογναθική χώρα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Το υλικό της εργασίας αποτέλεσαν τα μεταστατικά νεοπλάσματα που ήταν καταχωρημένα στα αρχεία του εργαστηρίου της Στοματολογίας του Οδοντιατρικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Αθηνών, μεταξύ των 642 βιοψιών κακοήθων όγκων της χρονικής περιόδου Ιανουάριος 1974—Μάρτιος 1993. Σε όλες τις περιπτώσεις ήταν γνωστή η εντόπιση του πρωτοπαθούς όγκου. Οι κλινικές πληροφορίες αντλήθηκαν από τα παραπεμπτικά ιστολογικής εξέτασης και αφορούσαν το φύλο, την ηλικία, τη διάρκεια πριν από τη διάγνωση, τα κλινικά χαρακτηριστικά, την ακτινογραφική εικόνα και την πιθανή κλινική διάγνωση της βλάβης. Η ιστοπαθολογική μελέτη έγινε σε μικροτομές βαμμένες με χρώση αιματοξυλίνης-ηωσίνης. Περιέλαβε τον προσδιορισμό του τύπου του νεοπλάσματος και τη συσχέτισή του με γνωστούς όγκους του οργάνου προέλευσης. Δεν έγινε συγκριτική μελέτη με ιστολογικές τομές του πρωτοπαθούς νεοπλάσματος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κλινικά και ακτινογραφικά χαρακτηριστικά

Τα μεταστατικά νεοπλάσματα αποτελούσαν το 2% του συνόλου των κακοήθων νεοπλασμάτων της χρονικής περιόδου Ιανουάριος 1974—Μάρτιος 1993. Εμφανίστηκαν σε 8 άνδρες και 5 γυναίκες, ηλικίας 8—92 ετών. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 60,5 έτη. Το 92% ήταν μεγαλύτεροι των 40 ετών και το 54% μεγαλύτεροι των 60. Μόνο ένας ασθενής ήταν νεότερος των 10 ετών. Ο χρόνος από την εμφάνιση της βλάβης μέχρι την προσέλευση του ασθενούς κυμαινόταν από 1—12 μήνες και στις περισσότερες περιπτώσεις ήταν μικρότερος από 3 μήνες. Πρωτοπαθής κακοήθης όγκος υπήρχε στους πνεύμονες σε 5 ασθενείς, στο μαστό σε 4, στο ορθό σε 1, στο παχύ έντερο σε 1, στην «κοιλιά» σε 1 και στον προστάτη σε 1. Οι γνάθοι είχαν προσβληθεί σε 11 περιπτώσεις και τα μαλακά μόρια σε 2. Η αναλογία κάτω/άνω γνάθου ήταν 8:3. Οι 2 μεταστατικοί όγκοι των μαλακών μορίων αποτελούσαν το 15,4% των μεταστατικών όγκων. Εντοπίζονταν στο κάτω χείλος και στο μαστήρα. Κλινικά, σε όλους τους ασθενείς παρατηρήθηκε σταθερά προσφυόμενος όγκος με ελκωμένη ή λεία επιφάνεια, χροιά συχνότερα ερυθρή και σύσταση ελαστική ή υπόσκληρη. Η μέγιστη διάμετρος της βλάβης κυμαινόταν από 3—5 cm. Η ακτινογραφική εικόνα των ενδοστικών μεταστάσεων

αναφερόταν ως διαύγαση σε 4 περιπτώσεις και συνδυασμός σκιάσεων και διαυγάσεων σε 3. Σε 4 περιπτώσεις δεν υπήρχε ακτινογραφική περιγραφή

Ιστολογικά χαρακτηριστικά

Τέσσερις περιπτώσεις, που ανέφεραν ιστορικό καρκίνου του μαστού, παρουσίαζαν τους ιστολογικούς χαρακτήρες του πορογενούς αδενοκαρκινώματος του μαστού, χωρίς ιδιαίτερες αποκλίσεις λόγω της μεταστατικής εντόπισης.

Δύο περιπτώσεις με ιστορικό καρκίνου του παχέος εντέρου παρουσίαζαν εικόνα αδενοκαρκινώματος του γαστρεντερικού σωλήνα.

Τρεις περιπτώσεις με ιστορικό καρκίνου του πνεύμονα παρουσίαζαν τους χαρακτήρες του ακανθοκυτταρικού καρκινώματος, με διάφορο βαθμό διαφοροποίησης.

Μία περίπτωση με ιστορικό καρκίνου του προστάτη παρουσίαζε τους ιστολογικούς χαρακτήρες αδενοκαρκινώματος του προστάτη.

Τρία νεοπλάσματα παρουσίαζαν χαμηλού βαθμού διαφοροποίηση, γεγονός που καθιστούσε δύσκολη την ιστολογική τους ταυτοποίηση. Δύο από τις περιπτώσεις αυτές, με ιστορικό καρκίνου των πνευμόνων, παρουσίαζαν ιστολογικούς χαρακτήρες συμβατούς με μικροκυτταρικό και μεγαλοκυτταρικό καρκίνωμα του πνεύμονα, αντίστοιχα. Τέλος, μία περίπτωση με ιστορικό νευροβλαστώματος στην «κοιλιά» χαρακτηρίστηκε ως συμβατή με νευροβλάστωμα. Παρατηρήθηκαν μικρά στρογγυλά κύτταρα, καθώς και ατρακτοειδείς κυτταρικές μορφές, χωρίς όμως το χαρακτηριστικό σχηματισμό ροζετών.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η αναλογία των μεταστατικών νεοπλασμάτων στο σύνολο των κακοήθων όγκων της στοματογναθικής περιοχής υπολογίστηκε σε 1% από τους Meyer και Shklar² και 2% από τους Krutchkoff et al.¹³ Κατά τους Thompson et al,¹⁴ μόνο το 1,8% των όγκων της περιοχής κεφαλής και τραχήλου είναι μεταστατικοί. Η μικρή αυτή συχνότητα ίσως οφείλεται στο γεγονός ότι οι όγκοι αυτοί αρκετά συχνά είναι ασυμπτωματικοί και αποκαλύπτονται σε τυχαίο ακτινογραφικό έλεγχο ή κατά τη νεκροτομή.^{1,12,14} Υποστηρίζεται ότι η επιμήκυνση του χρόνου επιβίωσης θα αυξήσει τον αριθμό των αναφερομένων περιπτώσεων.^{1,15,16}

Η κατά φύλο και ηλικία κατανομή των ασθενών με ενδοστοματικές μεταστάσεις ποικίλλει στις διάφορες μελέτες. Τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά είναι συνήθως ανάλογα με αυτά του επικρατούντος νεοπλάσματος.² Στην παρούσα εργασία, όπου τα καρκινώματα των πνευμόνων αποτελούσαν την πλειοψηφία, οι περισσότεροι ασθενείς ήταν άνδρες μεγάλης ηλικίας.

Ο χρόνος από τη διάγνωση της πρωτοπαθούς εστίας μέχρι την εμφάνιση της μετάστασης κυμαίνεται από λίγους μήνες μέχρι πολλά χρόνια.^{5,11} Στις περισσότερες περιπτώσεις της μελέτης αυτής, ο χρόνος από την εμφάνιση της βλάβης μέχρι την προσέλευση ήταν μικρότερος από 3 μήνες, γεγονός που μπορεί να αποδοθεί στην τακτική ιατρική παρακολούθηση των ασθενών, αλλά και στην ευαισθητοποίησή τους σε θέματα ατομικής υγείας.

Τα μεταστατικά νεοπλάσματα της στοματογναθικής περιοχής μπορούν να προέρχονται από κάθε ιστό και όργανο. Ο Zachariades⁶ παραθέτει 45 διαφορετικές θέσεις προέλευσης σε 325 περιπτώσεις. Αναφέρονται συχνότερα μεταστάσεις από καρκινώματα του μαστού^{2,3,5,9,14} και των πνευμόνων,^{6,8,9,11,16} τα οποία αποτελούν την κύρια μορφή κακοήθους νεοπλασίας στις γυναίκες και στους άνδρες, αντίστοιχα. Σπανιότερα αναφέρονται μεταστάσεις από άλλα όργανα, όπως ο γαστρεντερικός σωλήνας¹⁷ ή τα επινεφρίδια.¹⁵ Οι μεταστατικοί όγκοι εντοπίζονται κυρίως στην κάτω γνάθο.^{1-3,6,7,9,11,14,15} Η προσβολή της άνω γνάθου δεν είναι συχνή και υπολογίζεται σε 5-24% του συνόλου των μεταστάσεων στη στοματογναθική περιοχή.^{6,14,16} Όπως υποστηρίζεται από τους Cohen et al,¹⁸ μέχρι το 1989 είχαν δημοσιευθεί μόνο 64 τεκμηριωμένες μεταστάσεις στην άνω γνάθο, οι περισσότερες από τις οποίες προέρχονταν από πρωτοπαθείς όγκους των νεφρών. Η προτίμηση στις οπίσθιες περιοχές των γνάθων αποδίδεται στην παρουσία ερυθροποιητικού μυελού,^{2,3,5,12} αλλά και σε ανατομικές ιδιαιτερότητες των αγγείων της περιοχής, οι οποίες προκαλούν επιβράδυνση της αιματικής ροής και προάγουν τον εμβολιασμό των νεοπλασματικών κυττάρων.^{2,12} Η παρουσία του μυελού στην ενήλικη ζωή δεν είναι συχνή και ίσως αυτός να είναι ένας από τους λόγους που οι μεταστάσεις στις γνάθους είναι σπανιότερες απ' ό,τι σε άλλα οστά.³ Οι μεταστάσεις είναι συνήθως μονοεστιακές. Συχνότερη προσβολή της κάτω γνάθου και των οπίσθιων περιοχών διαπιστώθηκε και στην εργασία αυτή.

Η προσβολή των μαλακών μοριών από μεταστατικούς όγκους είναι εξαιρετικά σπάνια. Έχει υπολογιστεί ότι αποτελούν το 0,1% του συνόλου των κακοήθων² και το 10-11% του συνόλου των μεταστατικών νεοπλασμάτων^{8,14} της στοματογναθικής περιοχής. Τα ποσοστά που προέκυψαν από την παρούσα μελέτη είναι λίγο μεγαλύτερα, αλλά ο αριθμός των περιπτώσεων είναι μικρός για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

Η κλινική και ακτινογραφική εικόνα των μεταστατικών νεοπλασμάτων εξαρτάται από τον τύπο του πρωτοπαθούς νεοπλάσματος, την εντόπιση και το στάδιο εξέλιξης. Στις γνάθους εκδηλώνονται συνήθως ως διογκώσεις ή όγκοι, που συνοδεύονται από παραισθησία-αναισθησία του χείλους ή του πώγωνα ή πόνο λόγω της διήθησης νευρικών στελεχών από νεοπλασματικά κύτ-

ταρα.^{1-3,5,7,10,11,15} Περιγράφεται επίσης ευσεισιότητα δοντιών, τρισμός και διόγκωση λεμφαδένων,¹⁰ συμπτώματα που συχνά αποδίδονται σε οδοντικά προβλήματα. Μερικές φορές γίνονται αντιληπτά, μετά από εξαγωγή εύσειστων δοντιών, ως διαταραχή στην επούλωση του μετεξακτικού τραύματος. Τα παθολογικά κατάγματα των γνάθων δεν είναι συνηθισμένα.^{2,3,5,7,10,11,15} Χαρακτηριστική είναι η εικόνα των μεταστατικών νεοπλασμάτων των νεφρών, του θυρεοειδούς και των χοριοκαρκινωμάτων: επειδή είναι αγγειοβριθή, σφύζουν, αιμορραγούν και γενικά μοιάζουν με αγγειακή βλάβη.^{1,5} Στα μαλακά μόρια περιγράφονται ως εξωφυτικές μάζες που ελκύνονται γρήγορα και αιμορραγούν εύκολα.⁸ Στα ούλα μοιάζουν με καλοήθεις όγκους ή φλεγμονώδεις υπερπλαστικές εξεργασίες, όπως πυογόνο κοκκίωμα, περιφερικό γιγαντοκυτταρικό κοκκίωμα, περιφερικό ίνωμα, αιμαγγείωμα κ.ά.^{8,14,17} Η κλινική εικόνα των νεοπλασμάτων που μελετήθηκαν, συμφωνεί με τα αναφερόμενα στη βιβλιογραφία.

Στα αρχικά στάδια ανάπτυξης, τα μεταστατικά νεοπλάσματα των γνάθων μπορεί να παρουσιάζουν κλινικά συμπτώματα χωρίς ακτινογραφικές αλλοιώσεις. Συνήθως εμφανίζουν εικόνα οστεολυτικής βλάβης με ασαφή ή σαφή όρια ή μεταβολή στη δοκίδωση του οστού.^{1,11-15} Η οστεόλυση συχνά συνοδεύεται από απορρόφηση των ριζών των παρακειμένων δοντιών, τα οποία φαίνονται να "πλέουν" στο οστόν ("floating-teeth").¹⁵ Τα καρκινώματα του προστάτη και της μήτρας^{1,12} και σπανιότερα του μαστού και των πνευμόνων, εμφανίζουν σκιάσεις.^{7,12} Στις 3 περιπτώσεις της μελέτης αυτής, όπου ακτινογραφικά είχε περιγραφεί συνδυασμός σκιάσεων και διαυγάσεων, η πρωτοπαθής εστία βρισκόταν στο μαστό και στον προστάτη.

Η κλινική και ακτινογραφική εικόνα των μεταστατικών νεοπλασμάτων δεν είναι παθογνωμονική.¹⁶ Η διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνεται από: (α) συνήθεις φλεγμονώδεις βλάβες της στοματογναθικής περιοχής, όπως περιοδοντίτιδα, ακρορριζική αλλοίωση, οδοντοφατνιακό απόστημα κ.ά., (β) πρωτοπαθείς καλοήθεις και κακοήθεις όγκους και (γ) συστηματικά νοσήματα, όπως ιστιοκυττάρωση Χ, νόσο Paget κ.λπ.

Η ιστολογική εικόνα των μεταστατικών όγκων είναι συνήθως ανάλογη του πρωτοπαθούς νεοπλάσματος,^{1,2,7} όχι όμως πάντοτε διαγνωστική της προέλευσής τους. Η τεκμηρίωση της διάγνωσης γίνεται με τη συγκριτική μελέτη αντιπροσωπευτικών θέσεων των δύο βλαβών. Όταν η μετάσταση στο στόμα αποτελεί την πρώτη εκδήλωση πρωτογενούς νεοπλάσματος, η μικροσκοπική εικόνα μπορεί να κατευθύνει τον κλινικοεργαστηριακό έλεγχο του ασθενούς. Έτσι, η αναγνώριση ενός αδενοκαρκινώματος θέτει την πιθανότητα προέλευσης από το μαστό, το γαστρεντερικό σωλήνα ή τον προστάτη. Αντίθετα, ένα ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα είναι πιθανότερο να προέρχεται από τους βρόγχους ή τη μήτρα. Στην εργασία αυτή δεν έγινε συγκριτική μελέτη της ιστολογικής εικόνας της μετά-

στασης και της πρωτοπαθούς βλάβης, λόγω του ότι η πρωτοπαθής εστία διαγνώστηκε σε διαφορετικά εργαστήρια και δεν ήταν δυνατή η αναδρομική μελέτη ιστολογικών πλακιδίων που κάλυπτε τόσο μεγάλο χρονικό διάστημα (1974—1993). Η συχνότερη εμφάνιση αδενοκαρκινωμάτων στο υλικό που μελετήθηκε, συμφωνεί με τα αναφερόμενα από άλλους συγγραφείς.^{2,14} Μεγαλύτερο διαγνωστικό πρόβλημα αποτελούν τα αδιαφοροποίητα μεταστατικά νεοπλάσματα σε ασθενείς χωρίς ιστορικό κακοήθους όγκου. Η ιστολογική διαφορική διάγνωση, στην προκειμένη περίπτωση, περιλαμβάνει πολλούς πρωτοπαθείς και μεταστατικούς όγκους, όπως αναπλαστικό καρκίνωμα, αμελανωτικό μελάνωμα, λέμφωμα, σάρκωμα κ.λπ. Η συνεκτίμηση των πληροφοριών του ιστορικού βοήθησε στην ταυτοποίηση των αδιαφοροποίητων νεοπλασμάτων στην παρούσα μελέτη. Σε πολλές περιπτώσεις απαιτούνται για τη διάγνωση ειδικές μέθοδοι, όπως ανοσοϊστοχημεία και μελέτη με ηλεκτρονικό μικροσκόπιο.

Η μετάσταση στη στοματογναθική περιοχή οφείλεται κυρίως σε αιματογενή διασπορά μέσω της συστη-

ματικής κυκλοφορίας ή του παρασπονδυλικού φλεβώδους δικτύου του Batson.^{2,6,18} Ο ρόλος της λεμφικής οδού^{2,6,18} και της απευθείας εμφύτευσης νεοπλασματικών κυττάρων δεν έχει αποσαφηνιστεί.¹⁰

Από τη μελέτη αυτή προέκυψαν τα ακόλουθα συμπεράσματα:

1. Τα μεταστατικά νεοπλάσματα αποτελούν το 2% των κακοήθων όγκων της στοματογναθικής περιοχής.
2. Προέρχονται συχνότερα από τους πνεύμονες στους άνδρες και από το μαστό στις γυναίκες.
3. Εντοπίζονται πιο συχνά ενδοστικά στις οπίσθιες περιοχές της κάτω γνάθου και σπάνια στα μαλακά μόρια.
4. Η κλινική και ακτινογραφική εικόνα δεν είναι παθολογική.
5. Η ιστολογική εικόνα δεν είναι πάντοτε διαγνωστική της προέλευσης της βλάβης και σε πολλές περιπτώσεις απαιτείται ειδικός ανοσοϊστοχημικός έλεγχος για τον ακριβή προσδιορισμό της πρωτοπαθούς εστίας.

ABSTRACT

TOSIOS K,¹ KAKARANTZA-ANGELOPOULOU E,¹ KITTAS Ch.² ¹Dept. of Oral Pathology, Dental School, University of Athens, ²Dept. of Pathology, Medical School, University of Athens. Metastatic neoplasms of the orofacial region. Clinicopathologic study of 13 cases. Iatriki 1995, 67(6):608—612.

The clinical and histologic aspects of 13 cases of metastatic malignancies in the jaws and oral soft tissues were studied retrospectively. The cases were drawn from the files of the Department of Oral Pathology, School of Dentistry, University of Athens (period: January 1974—March 1993). Metastatic tumors represented approximately 2% of all malignancies diagnosed at the same period. All patients, except one, were over 50 years of age, 8 males and 5 females. Most of the tumors were centrally located. Mandible was affected more often than maxilla, with a mandible to maxilla ratio 8:3. Clinically, they appeared as indurated, red masses with ulcerated or intact surface. Radiographically, a radiolucency was observed in most cases. Histologic reevaluation of the specimens revealed: 4 cases of ductal carcinoma of the breast, 2 tubular adenocarcinomas of the large intestine, 3 squamous cell carcinomas of the lung, 1 adenocarcinoma of the prostate, and 3 undifferentiated neoplasms consistent with small-cell and large-cell carcinoma of the lung, and neuroblastoma. In all cases a history of a primary malignant neoplasm in the corresponding organs existed.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Cash CD, Royer RQ, Dahlin DC. Metastatic tumors of the jaws. *Oral Surg* 1961, 14:897—905
2. Meyer J, Shklar G. Malignant tumors metastatic to mouth and jaws. *Oral Surg* 1965, 20:350—362
3. Batsakis JG, McBurney TA. Metastatic neoplasms to the head and neck. *Surg Gynecol Obstet* 1971, 133:673—677
4. Milobsky SA, Milobsky L, Epstein LI. Metastatic renal adenocarcinoma presenting as periapical pathosis in the maxilla. *Oral Surg* 1975, 39:30—33
5. Schwartz ML, Baredes S, Mignogna FV. Metastatic disease to the mandible. *Laryngoscope* 1988, 98:270—273
6. Zachariades N. Neoplasms metastatic to the mouth, jaws and surrounding tissues. *J Craniomax Fac Surg* 1989, 17:283—290
7. Zachariades N, Papanicolaou S. Breast cancer metastatic to the mandible. *J Oral Maxillofac Surg* 1982, 40:813—881
8. Hatziotis JC, Constantinidou H, Papanayotou PH. Meta-

- static tumors of the oral soft tissues. Review of the literature and report of a case. *Oral Surg* 1973, 36:544-550
9. McDaniel RK, Luna MA, Stimson PG. Metastatic tumors in the jaws. *Oral Surg* 1971, 31:380-386
 10. Kaugars GE, Svirsky JA. Lung malignancies metastatic to the oral cavity. *Oral Surg* 1981, 51:179-186
 11. Πατρικίου Α, Γιαννουλόπουλος Α, Λίτσιος Β, Ιατρού Ι. Μεταστάσεις στη στοματογναθική περιοχή. *Αρχ Ελλην Ιατρ* 1984, 1:533-536
 12. Schaffner DL, McKinney RV Jr, Braxton M, Hollyfield N. Metastatic disease of the jaws simulating periodontal pathologic conditions. *JADA* 1982, 105:809-812
 13. Krutchkoff DJ, Chen J, Eisenberg E, Katz RV. Oral cancer: A survey of 566 cases from the University of Connecticut Oral Pathology Biopsy Service, 1975-1986. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1990,70:192-198
 14. Thompson CC, Bartley MH, LeGrand HW. Metastatic tumors of the head and neck. A 20-year Oral Tumor Registry report. *J Oral Med* 1986, 41:175-177
 15. Stern MH, Turner JE, Coburn TP. Oral involvement in neuroblastoma. *JADA* 1974, 88:346-351
 16. Solomon MP, Rosen Y, Gormley M, Jarrett W. Metastatic lesions to the oral soft tissues. *J Oral Surg* 1975, 33:53-56
 17. Rentschler RE, Thrasher TV. Gingival and mandibular metastases from rectal adenocarcinoma. Case report and 20 year review of the English literature. *Laryngoscope* 1982, 92:795-798
 18. Cohen DM, Green JG, Diekmann SL, Howell RM, Harn SD. Maxillary metastasis of transitional cell carcinoma. Report of a case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989, 67:185-189

Corresponding author:

K. Tosios,
Dept. of Oral Pathology,
Faculty of Dentistry,
2 Thivon street,
GR-115 27 Athens

ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΒΡΑΒΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥ ΠΑΠΠΑ

Προκήρυξη Υποβολής Υποψηφιότητας

Η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας αποφάσισε ομόφωνα να καθιερώσει ετήσιο βραβείο στη μνήμη του Αλεξάνδρου Παππά, Ιατρού Χειρουργού-Ουρολόγου και Υπουργού Υγείας 1928-1983, ο οποίος υπήρξε μαζί με τον Ελευθέριο Βενιζέλο ιδρυτής της Σχολής.

Το βραβείο αυτό απευθύνεται σε νέους επιστήμονες-ερευνητές του τομέα της Δημόσιας Υγείας. Θα απονέμεται μετά από πανελλήνιο διαγωνισμό και θα συνοδεύεται από ένα συμβολικό χρηματικό ποσό 500.000 δρχ., το οποίο θα καταβάλλεται από την Επιτροπή Ερευνών της Σχολής.

Δικαίωμα υποβολής έχουν:

- Οι νέοι επιστήμονες-ερευνητές ηλικίας μέχρι 40 ετών, υπηκοότητας Ελληνικής, που έχουν εκπονήσει πρωτότυπη ερευνητική εργασία στη Δημόσια Υγεία, η οποία δεν έχει υποβληθεί για κρίση και δημοσίευση σε περιοδικό (ελληνικό ή ξένο)
- Η γλώσσα της εργασίας θα είναι η Ελληνική
- Η εργασία θα αξιολογηθεί από την Επιτροπή του βραβείου Αλεξάνδρου Παππά και θα παραδίδεται στη Γραμματεία της Επιτροπής του βραβείου Αλεξάνδρου Παππά, Λ. Αλεξάνδρας 194, 115 21 Αθήνα, Τηλ. 64 25 910, FAX: 64 44 260

Λήξη προθεσμίας υποβολής των εργασιών η 30ή Σεπτεμβρίου 1995