

RADİKAL BOYUN DİSSEKSİYONLARI*

167 Olgunun Analizi

Tahir HAYIRLIOĞLU**

Orhan İSKEÇELİ***

Bedrettin GÖRGÜN****

Ayhan KONURALP*****

Ö z e t

Kliniğimizde son 20 yıl içinde baş ve boyun habis tümörü nedeniyle radikal boyun disseksiyonu uygulanan 167 olgunun analizi yapıldı.

Boyun metastazlı hastalarda, metastazla birlikte primer lezyonun blok halinde çıkarılmasının tümör kontrolünde ve yaşama süresinde daha etkili olduğu; boyun metastazlı bulunmayan ağız zemini, dil, gingiva kanserli ve malign melanomlu hastalarda ise primer lezyonun özellikleri ve histolojik tipi göz önünde bulundurularak elektif radikal boyun disseksiyonu uygulanmasının yararlılığı görüldü belirtildi.

Boyundaki şişliklerin, Skandalakis ve arkadaşlarının bildirdiği 1616 olguluk seride; %84 neoplazma, %12 konjenital ve %3,2 inflamatuvar nedenlerden oluştuğu saptanmıştır (1).

Neoplazmaların ise büyük çoğunluğunu metastatik tümörle oluşturmaktadır; ancak %20 kadarı primer habis boyun tümörüdür.

-
- (*) 2. Ulusal Kanser Kongresinde tebliğ edilmiştir. 3-6 Nisan 1977, İstanbul
- (**) İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, Çapa-İstanbul.
- (***) İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği Direktörü, Çapa-İst., Prof. Dr.
- (****) İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, Çapa-İst., Prof. Dr.
- (*****) İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, Çapa-İst., Doç. Dr.

Bu primer habis boyun tümörlerinin %60'ının boyun lenfatiklerinden, geri kalanların tükrük bezlerinden geliştiği; ayrıca boyundaki bran- kial kalıntılardan meydana gelen epidermoid kanserlerin de görüldüğü bildirilmiştir (2, 3).

Baş ve boyun tümörlerinin tedavisinde en yaygın olarak uygulanan ameliyat radikal boyun disseksiyonudur. İlk olarak Crile tarafından 1906 da boyun lenfatiklerinin çıkarılması için tarif edilmiştir (4). Crile, baş ve boyun kanserlerinin tedavisinde radikal boyun



disseksiyonunu ilk uyguladığı zaman "bu kanserlerin vücudun diğer bölgelerindeki kanserlerden farklı olarak, bölgesel lenf nodüllerinde kaldığı, geç yayıldığı" görüşünde idi. Bu görüş uzun zaman kabul edildi. Fakat daha sonra baş ve boyun kanserlerinin de yayılma süresinin diğer kanserlerden farklı olmadığı anlaşıldı (5, 6, 7).

Önceleri baş ve boyun cerrahisinde radikal boyun disseksiyonu bütün olgularda primer lezyonun radyoterapi ile kontrol altına alınmasından sonra uygulanıyordu. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra en dotrakeal anestezinin uygulanması, antibiyotiklerin kullanılması, transfüzyon olanaklarının doğması ve ameliyat tekniklerindeki ilerlemeler radikal boyun disseksiyonunun çok yaygın olarak uygulanmasına neden olmuştur.

Bugün, radikal boyun disseksiyonu ya primer lezyonun cerrah olarak çıkarılması sırasında yada sonraki bir seansta uygulanmaktadır. Primer lezyonun kontrolü için radyoterapi uygulanması ise çok sınırlanmıştır (8).

Gereçler ve Yöntem

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Seksiyonu ve Kliniğinde 1957-1967 yılları arasında baş ve boyun habis tümörü nedeniyle 167 olguda radikal boyun disseksiyonu uygulanmıştır. Bu olguları cins, yaş, primer tümörün lokalizasyonu, histolojik tanı, uygulanan ameliyatlara, komplikasyon ve mortalite yönünden inceledik.

167 Olgunun 126'sı erkek ve 41'i kadındır. Erkek-kadın oranı 4/1'dir. Olgularımızın en genci 5, en yaşlısı 80 yaşındadır (tablo 1)

TABLO 1. OLGULARIN YAŞ GRUPLARINA GÖRE DAĞILIŞI

Yaş	Olgu	%
0—10	1	0,6
10—20	3	1,8
20—30	8	4,8
30—40	16	9,6
40—50	29	17,4
50—60	61	36,5
60 dan yukarı	49	29,3
TOPLAM	167	100

En yüksek insidans 50-60 yaş gurubunda görülmüştür. 5 yaşındaki hastamızda, üç sene önce boynun sol tarafında başlayan şişlik için yapılan biyopside lenfoma teşhisi konmuş, bir ay radyoterapi yapılmış, sonra da kliniğimize sevk edilmiştir. Radikal boyun disseksiyonu

yonu ile birlikte tümör eksizyonu yapılan hastamızın histolojik tanısında nöroblastom tesbit edilmiştir.

TABLO 2. OLGULARIN PRİMER TÜMÖR LKALİZASYONLARI VE BOYUN METASTAZLARI

Lokalizasyon	Olgu	%	Boyun met. var	%	Boyun met. yok	%
Dil	40	24	31	19	9	5
Alt dudak	32	19	32	19	—	—
Deri	31	18,5	31	18,5	—	—
Gingiva	18	10,8	12	7,2	6	3,6
Larynx	5	3	5	3	—	—
Nasopharynx	5	3	4	2,4	1	0,6
Hypopharynx	5	3	5	3	—	—
Tiroid	5	3	5	3	—	—
Parotis	5	3	5	3	—	—
Burun	4	2,4	4	2,4	—	—
Primeri						
Primeri bilinmeyen	4	2,4	4	2,4	—	—
Maxilla	3	1,8	3	1,8	—	—
Ağız zemini	3	1,8	2	1,8	1	0,6
Yanak mukozası	2	1,2	2	1,2	—	—
Mandibula	2	1,2	2	1,2	—	—
Göz	1	0,6	1	0,6	—	—
Üst dudak	1	0,6	1	0,6	—	—
Çenealtı tükrük bezi	1	0,6	1	0,6	—	—
TOPLAM	167	100	150	90	17	10

Primer tümörün lokalizasyonu yönünden dil, alt dudak, deri ve gingiva ön sıraları almaktadır (tablo 2).

167 olgunun 150'sinde klinik olarak boyun metastazı tesbit edilmiştir. 17'sinde edilmemiştir.

Olgularımızın histolojik incelenmesinde 110 epidermoid Ca, 20 adeno Ca ve 12 malign melanoma çoğunluğu oluşturmaktadır (tablo 3).



TABLO 3. OLGULARIN HİSTOLOJİK TANIYA GÖRE DAĞILIŞI

Epidermoid Ca	110	% 65,6
Adeno Ca	20	% 12
M. melanoma	12	% 7,2
Fibrosarcoma	11	% 6,6
Tiroid Ca	5	% 3
Neuroblastoma	4	% 2,2
Reticulum cell sarcoma	2	% 1,2
Cylindroma	2	% 1,2
Lymphosarcoma	1	% 0,6
TOPLAM	167	%100

167 olgunun 83'ünde radikal boyun disseksiyonu ile birlikte primer tümör eksizyonu, 38'inde mandibula rezeksiyonu ve 29'unda glosektomi uygulandı (tablo 4).

TABLO 4. OLGULARIN RADİKAL BOYUN DİSSEKSİYONU İLE BİRLİKTE UYGULANAN DİĞER AMELİYATLAR

Primer tümör eksizyonu	83	%49
Mandibula rezeksiyonu	38	%22,8
Glosektomi	29	%17,4

Radikal boyun disseksiyonunda çoğunlukla Crile'in (T) ensizyonu kullanıldı. Tek seansta uygulanan kombine ameliyatlarda önce radikal boyun disseksiyonu ile başlandı. Cilt flepleri hazırlandıktan sonra St. Cl. Mastoid kası, vena jugularis interna ve bütün boyun lenfatikleri alt dış yandan ortaya ve yukarıya doğru disseke edilerek çıkarıldı. Cilt altı drenajı yapılarak cilt kapatıldı.

Ameliyat sonrası çeşitli komplikasyonlar görüldü (tablo 5). En sık görüleni parsiyel flep nekrozudur. Lenforaji ve sütür ayrılması daha az görüldü. Ameliyat sonrası 5-8. günler arasında a. carotis communis kanaması olan üç hastada acil girişimle arter bağlandı. Bunların ikisi kaybedildi, biri hemipleji ile taburcu edildi. Üç olguda da tümörün a. carotis communisten ayırlanamaması nedeniyle arter bağlandı; birisi kaybedildi, diğer ikisi de hemipleji ile taburcu edildi.

TABLO 5. OLGULARDA GÖRÜLEN KOMPLİKASYONLAR

Flep nekrozu	17	%19,2
Lenforaji	12	% 7,2
Sütür ayrılması	9	% 5,4
Oro-cervical fistül	5	% 3
Hematom	3	% 1,8
A. Carotis kanaması	3	% 1,8
Hemipleji	3	% 1,8

Ameliyat sonrası kaşeksiden iki ve bronkopnömoniden bir hasta kaybedildi.

Geniş mandibula rezeksiyonu yapılmak zorunda kalınan 5 olguda ameliyat sonrası solunum güçlüğü nedeniyle trakeostomi yapıldı.

167 hastanın 161'inde tek taraflı radikal boyun disseksiyonu yapıldı. İki tirioid Ca ve biri larinks Ca olan üç olguda tek seansta iki



tarafli radikal boyun disseksiyonu uygulandı. Bu hastalara güvence yönünden ameliyat öncesi trakeostomi yapıldı. Üç olguda da iki se-
ansta iki tarafli radikal boyun disseksiyonu uygulandı.

28 hastada ameliyat öncesi boyuna radyoterapi uygulanmıştı. Bu hastalarda disseksiyon ve hemostaz güçlüğü görüldü. Ameliyat sonrası, 12 olguda flep nekrozu ve 6 olguda sütür ayrılması oldu.

T a r t ı Ő m a

Ba Ő ve boyun habis tümörleri her yaŐta görülmekle beraber en çok 40 yaŐın üstünde görülmektedir (9, 10, 11). Serimizdeki olguların %75'i erkektir. Literatürdeki olguların da çoğunluğunu erkeklerle-

rin oluşturduğunu görüyoruz (12, 13). Bu kanserlerin erkeklerde fazla görülmesinin nedenleri olarak ağız hijyenine daha az uymaları, daha fazla sigara ve alkol kullanmaları mesleklerinin kanser oluşumunda daha etkili olması gösterilmektedir. Ağızda kronik enfeksiyonlar, bakımsız dişler, iyi uyumyan protezler hazırlayıcı nedenler arasındadır. Wookey'in dil kanseri olgularının %8'inde syphilis tesbit edilmiştir (14).

Baş ve boyu ntümörlerinin teşhisi büyük güçlük göstermemekle beraber bazan primer lezyonu ortaya çıkarmak mümkün olmayabilir (15, 16, 17). Boyundaki metastatik tümörlerin %85'i klavikula üstü bölgelerden gelir (2). Bu nedenle boyunda tesbit edilen kitlelerde şüphe edildiği zaman, buraya metastaz yapabilen bölgelerde primer lezyon aranır (17).

Klavikula üstü bölgede tek, büyük nodül görüldüğü zaman, bu büyük bir ihtimalle klavikula altı bölgelerden gelmektedir.

Bütün bu bölgeler tetkik edildiği zaman primer lezyon bulunmazsa hastaya radikal boyun disseksiyonu uygulanır (16). Serimizde primer lezyonu tesbit edemediğimiz 4 olguda radikal boyun disseksiyonu uyguladık.

Primer lezyonu tesbit edilmeden radikal boyun disseksiyonu uygulanan olguların %80'ninde 5 yıl sonra primer lezyon ortaya çıkmaktadır (15). Bir kısım olgular primer lezyon ortaya çıkmadan kaybedilebilir. Primer lezyonu saptamadan tedavi edilen olgularda 5 senelik yaşama süresi %20 civarındadır (15).

Radikal boyun disseksiyonu endikasyonu koyarken, primer tümörün kontrol altına alınmasını, tümörün histolojik tipini, klinik olarak tesbit edilebilen boyun metastazlarının bulunup bulunmamasını, boyun metastazlarının yeterli ve emniyetli sınırlardan çıkarılabilir olmasını, cerrahi girişimin radyoterapiden daha etkili olacağını bilmesini, hastanın genel durumunun böyle bir girişime elverişli olmasını ve nihayet hastanın bu türlü bir girişimi kabul etmesini göz önünde bulundurduk. Radikal boyun disseksiyonu için, uzak metastazların bulunmasını, tümörün geniş yayılım yapmış olmasını ve kafa kaidesini veya boyun omurlarını atake etmesini inoperabilite kriteri olarak aldık. Bu görüşümüz Colemann ve Barbosa'nın kabul ettiği kriterlere uymaktadır (18, 19).

Klinik olarak boyun metastazı tesbit edilemeyen ağız zemini, dil, gingiva kanserli ve malign melanomlu olguların bir kısmında elektif radikal boyun disseksiyonu uyguladık. Nichols ve Barbosa primer tümörün histolojik, makroskopik, topoğrafik ve biyolojik niteliklerini göz önünde bulundurarak boyun metastazı tesbit edilemeyen olguların

bir kısmında elektif radikal boyun disseksiyonu yapmayı tavsiye ediyorlar (19, 20).

Klinik olarak boyun metastazı tesbit edilemeyen olguların bir kısmında mikroskopik olarak boyunda metastaz tesbit edilmektedir. Bu türlü metastaz nisbetleri çeşitli yazarlara göre değişmektedir: Kennedy %14, Simmons %34, Morrow %39, Philips %51 ve Taylor %27 olarak bildirmişlerdir (10, 21). Öteyandan Cogbill, boyunda palpabl ganglion bulunmasına rağmen %31,6 olguda mikroskopik olarak boyunda metastaz tesbit edemediğini bildirmiştir (12).

Komplikasyonlar çoğu kez preoperatif radyoterapi görmüş olgularda görülmektedir. Radyoterapi hücre içi ve hücre dışı dejeneratif değişikliklere neden olmaktadır (22, 23). Serimizdeki 17 parsiyel flep nekrozu olgusunun 12'si, sütür ayrılması görülen 9 olgudan 6'sı daha önce radyoterapi görmüştür. Bununla beraber Cogbill (12) preoperatif radyoterapinin komplikasyonları artırmadığını söylemektedir. Lenforaji ve seroma teşekkülü büyük bir sorun olmamaktadır.

Ward a. carotis comunisin tümör tarafından invaze edilmesini inoperablite kriteri olarak kabul etmektedir (24). Bununla beraber serimizde üç olguda ameliyat sonrası a. carotis communis kanaması ve üç olguda da tümörün a. carotis communisten ayrılması nedeniyle arteri bağlanan 6 olgudan üçü kaybedildi ve diğer üçü de hemipleji ile taburcu edildi. Colemann ve arkadaşlarının ileri lezyon ve radyonekroz nedeniyle carotis communisi bağlayıp rezeke ettikleri 5 olgudan ikisinde kalıcı nörolojik bozukluk görülmüştür (18). Eğilmez'in larynx kanseri metastazı nedeniyle a. carotis communisi bağlamak zorunda kaldığı 23 olgudan yalnız üçünde cerebro-vascular aksidanla ölüm olmuştur. Diğerlerinde nörolojik bozukluk olmamıştır. Eğilmez böyle olgularda mortaliteyi %13 olarak vermektedir (25). Martin %12, Dandy ve Sweet %10, McComb %50 olarak bildirmektedirler (16, 26, 27).

Serimizde yalnız radikal boyun disseksiyonu yapılan olgularda mortalite %1'dir. Kombine ameliyat uygulananlarda ise %7 civarındadır. Kombine ameliyatlarda Cogbill (12) %11, Colemann (18) %12 mortalite bildirmektedirler.

Olguları iyi değerlendirerek ve planli olarak uygulanan radikal boyun disseksiyonu ve kombine ameliyatlar baş ve boyun habis tümörlerinin tedavisinde yüz güldürücü sonuçlar vermektedir.

İncel memizden, boyun metastazlı hastalarda metastazı ile birlikte primer tümörün blok halinde çıkarılmasının tümör kontrolünü ve yaşama süresini en iyi şekilde etkilediği; boyunda palpabl gangliyonu bulunmayanlarda primer lezyonun histolojik tiip ve diğer özellik-

leri göz önünde bulundurularak elektif radikal boyun disseksiyonu uygulanmasının tedavi sağlamada daha etkili olduğu görülmektedir.

Bi im de 28 olguda gördüğümüz gibi boyuna preoperatif radyoterapi yapılmış olması, ameliyata bir engel teşkil etmemiştir. Bu olgularda komplikasyonlarda nisbi bir artma görülmesine rağmen öldürücü sonuç çok nadir görülmüştür.

S u m m a r y

RADICAL NECK DISSECTIONS

(Report of 167 Cases)

167 Patients with malignant head and neck tumors treated by radical neck dissection during the last 20 years have been analysed.

The extirpation (en-bloc) of the primary tumor with its neck metastasis has prime importance, to obtain better cure rate and tumor control.

The elective neck dissections have been applied mostly in patients with intra oral carcinomas and malignant melanomas according to the histopathological type and characteristics of the primary lesion and favored.

K a y n a k l a r

1. **SKANDALAKS, J.E., GRAY, S.W., TAKAKIS, N.C., GODWIN, J.T., and POER, D.H.:** Tumors of the Neck, Surg. 48:375, 1960.
2. **SCHWARTZ, S.I., LILLEHEI, R.C., SHIRES, G.T., SPENCER, F.C., STRER, E.H.:** Principles of Surgery. McGraw-Hill Book Compny. New York 1974.
3. **ALBERS, G.D.:** Branchial Anomalies, JAMA, 183:399, 1963.
4. **CRILE, G.:** Excision of cancer of the head and neck; with special reference to the plan of dissection based on 132 operation: JAMA, 47:1780, 1906.
5. **BURKE, E.M.:** Metastasis in squamous cell carcinoma. Am. J. cancer, 30: 493, 1937.
6. **BRAUND, R.R. and MARTIN, H.E.:** Distant metastasis in cancer of the upper respiratory and alimentary tracts. Surg. Gyn. Obst. 73:63, 1941.
7. **LEONARD, F.P., LOUIS, B.T.:** The incidence of distant metastasis among patients dying with head and neck cancers, Surg. 30:5, 1951.
8. **GAISFORD, J.C.:** Tumors of the head and neck. The wfo, when and how of treatment. Plast. Reconst. Surg. 36:447, 1956.
9. **ACKERMAN, DEL BEGATO:** Cancer. The C. V. Mosby Comp. St. Louis, 1962.

10. **BROWN, J.B., MCDOWEL, F.:** Neck dissections, Charles C. Thomas, Springfield, Illinois 1957.
11. **HOOVER, W.B., KING, G.D.:** Present status of intra oral cancer, Surg. Clin. N. Amer. 45:663, 1954.
12. **COGBILL, C.L.:** Commando procedures for mouth cancer, Arch. Surg. 90: 153, 1965.
13. **UHLMANN, E.M., WEINER, M.E.:** Radiation Therapi of carcinoma of tongue, Surg. Gynec. Obst. 111:363, 1960.
14. **WOOKEY, H., ASH, C., WELCH, K., MUSTARD, R.A.:** The treatment of oral cancer by a combination of radiotherapy and surgery, Ann. Surg. 134: 529, 1951.
15. **JESSE, R.H., and NEFF, L.E.:** Metastatic Carcinoma in Cervical Nodes with an Unknown Primary Lesion, Am. J. Surg. 112:547, 1966.
16. **MACCOMB, W.S.:** Diagnosis and Treatment of Metastatic Cervical Cancerous Nodes from an Unknown Primary Site, Am. J. Surg, 124:441, 1972.
17. **GREENBERG, B.E.:** Cervical lymph node metastases from unknown primary sites, Cancer, 19:1091, 1954.
18. **COLEMANN, C.C.:** Surgical treatment of extensive cancers of the mouth and pharynx. Ann. Surg. 161:634, 1965.
19. **BARBOSA, J.F.:** Surgical Treatment of Head and Neck Tumors, Grone and Stratton, New York 1974.
20. **NICHOLS, R.T., GREENFIELD, L.J.:** Experience with Radical Neck Dissection in the management of 426 patients with malignant tumors of the head and neck, Ann. Surg. 167:23, 1968.
21. **CARROL, W.:** Combined neck jaw resections for intra oral carcinoma, Surg. Gynec. Obst. 94:1, 1952.
22. **KING, G.D.:** Radical head and neck surgery in irradiated patients. Complications and safeguards, Surg. Clin. N. Amer. 45:567, 1965.
23. **KONURALP, H.Z., ISKEÇELİ, O., ÖZGÜR, M., GÖRGÜN, B., KARGI, A.:** Baş ve boyun kanserleri tedavisinde radikal boyun disseksiyonu ve kombine ameliyatlara, İst. Üniv. Tıp Fak. Mec. 30:83, 1967.
24. **WARD, G.E.:** Cancer of oral cavity and pharynx and results of treatment by means of composite operations, Ann. Surg. 150:202, 1959.
25. **EĞİLMEZ, S.:** Arteria Carotis Communis cerrahisi, Türk Oto-Rino-Larinkoloji Cemiyeti VIII inci Milli Kongresi 118-122.
26. **MARTİN, H.E.:** Surgery head and neck tomors. Paul Hauber Inc, Medical Book Dept. of Harper and Bross, New York 1957.
27. **DANDY, W.E.:** Results following ligation of internal carotid artery, Arch. Surg. 45:521, 1942.