

BAŞ-BOYUN BÖLGESİ EPİDERMOİD KANSERLERİNİN TEDAVİSİNDE BOYUN DİSEKSİYONLARININ YERİ, KRİTERLERİ: 5 YILLIK DENEYİM

Özlem KARATAŞ SİLİSTRELİ, Meltem AYHAN, Meltem KILIÇ, Metin GÖRGÜ, Yücel ÖZTAN,
Nejdet ŞİŞMAN

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. ve 2. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Klinikleri, İzmir

ÖZET

Baş-boyun bölgesinde yerleşen epidermoid kanserlerin tedavisinde amaç primer odağın ve varsa lokal ve uzak metastazların ortadan kaldırılmasıdır. Lokal metastazların giderilmesinde cerrahi yöntem olarak boyun diseksiyonları kullanılmaktadır. Kliniğimizde temmuz 1996-Temmuz 2001 tarihleri arasındaki 5 yıllık periyotta baş-boyun yerleşimli epidermoid kanserlerin tedavisi amacıyla 77 hastaya primer tümör eksizyonu yanında boyun diseksiyonu uygulanmıştır. Hastaların preoperatif dönemdeki evrelemeleri ve postoperatif patolojik tanılarına bakıldığında primer tümörün boyutu arttıkça, diferansiyasyon derecesi azaldıkça boyun lenf bezlerine metastaz yapma oranının arttığı görülmüştür. Alt dudak tümörü olan 54 hastada boyna en çok metastaz komissür yerleşimli tümörlerde olmuştur. Boyunda metastaz olan hastalarda nüks daha yüksek oranda görülmüş ve bu hastaların 3 yıllık yaşam oranları boyun metastazı olmayanlardan daha düşük olmuştur. Ayrıca boynunda preoperatif dönemde lenfadenopati (LAP) saptanmayan, diğer kriterler (tümör boyutu, diferansiyasyon derecesi, alt dudak tümörlerinde tümörün yeri, hastanın uzun süreli tedaviye uyumu) gözönüne alınarak boyun diseksiyonu yapılan hastaların %25'inde lenf bezi metastazı bulunmuştur. En sık rastlanan komplikasyon sütür ayrılması olarak belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Epidermoid kanser, boyun diseksiyonu

SUMMARY

The Role and Criterias of Neck Dissection for the Treatment of Epidermoid Carcinoma of the Head and Neck Region: 5 Years Experience

In the treatment of the head and neck epidermoid carcinomas, the ultimate goal is destroying the primary focus, local and distant metastases. Neck dissections are used as surgical method to remove local metastasis. In our clinic, neck dissection was applied to the 77 patients with head and neck epidermoid carcinomas in addition to excision of the primary tumor between the dates of July 1996 and July 2001. Regarding to the preoperative staging and postoperative pathologic diagnosis of the patients, it has been detected that the ratio of metastating to the cervical lymph nodes increases as the primary tumor dimension expands and the differentiation degree diminishes. Among the 54 patients suffering from lower lip tumor, mostly the cervical metastases had taken place in the group of commissurally located tumors. The recurrence rate was higher in the patients having cervical metastases; additionally their survival period for three years were lower when compared with the group having no cervical metastases. Besides, lymph node metastase was detected in 25 % of patients, who had not acquired any cervical lymphadenopathy in their preoperative period and undergone cervical dissection regarding the other criteria (such as tumor dimension, differentiation degree, location in the lower lip tumors, adaptation to the long-lasting therapy of the patient). The most frequently encountered complication was observed as suture dehiscence.

Key Words: Epidermoid carcinoma, neck dissection

GİRİŞ

Baş-boyun kanserlerinin tedavisinde en önemli amaç kürün gerçekleşmesi, böylece yaşam süresinin artırılması ve hastanın yaşamını kaliteli olarak

sürdürebilmesinin sağlanmasıdır. Bu nedenle operabilite kriterleri içindeki tümörün uygun sınırlarla çıkarılarak primer odağın tamamen uzaklaştırılması yanında lokal ve uzak metastazların ortadan kaldırılması gereklidir. Bu

amaçla, 1906'da Crile tarafından tanımlandığından beri boyun diseksiyonları baş-boyun tümörlerinin cerrahi tedavisinde önemli bir basamak oluşturmaktadır¹.

Baş-boyun bölgesinde yerleşen epidermoid karsinomların servikal lenfatiklere metastaz yapma sıklığını etkileyen en önemli faktörler tümörün yeri, boyutları ve diferansiyasyon derecesidir. Bu hastalarda yapılacak boyun diseksiyonunun tipi belirlenirken bu kriterler yanında boyunda patolojik lenfadenopati (LAP) saptanması da gözönüne alınmaktadır. Bu çalışmada, kliniğimizde 5 yıllık periyotta baş-boyun yerleşimli epidermoid kanser nedeniyle boyun diseksiyonu yapılan hastalar sistematik olarak değerlendirilmiş, boyun diseksiyonu kriterleri tartışılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Kliniğimizde baş-boyun bölgesi yerleşimli epidermoid kanserlerin tedavisi amacıyla Temmuz 1996- Temmuz 2001 tarihleri arasında boyun diseksiyonu yapılan 77 hasta değerlendirmeye alındı. Epidermoid karsinom dışındaki malignensiler, tedavide kemoterapi ve/veya radyoterapi uygulanan hastalar, 1 yıldan az izlem süresi olanlar çalışmaya alınmadı. Hastaların klinik evrelemesi American Cancer Joint Committee'nin TNM sınıflamasına göre yapıldı. Yapılacak boyun diseksiyonunun çeşidi belirlenirken tümörün yeri, boyutları yanında boyunda klinik ve/veya radyolojik olarak patolojik lenf nodu saptanması, tümörün diferansiyasyon derecesi ve hastanın uzun süreli tedavi/izleme uyumu gözönünde bulunduruldu. Cerrahi sonrası kemoterapi ve/veya radyoterapi uygulanmasına metastatik lenf nodu sayısı, ekstrakapsüler yayılım olup olmaması ve cerrahi sınırdaki tümör kalması kriterlerine göre karar verildi. Çalışmaya dahil olan olguların 66'sı erkek ve 11'i kadındı. Ortalama yaş 58 (33-76) olarak saptanırken ortalama izlem süresi 3 yıl (1-5) olarak belirlendi.

İstatistiksel hesaplamalar Windows için hazırlanan 10.0.1 standart versiyonlu (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) SPSS programıyla yapıldı. Ki kare testi kullanıldı ve alfa değeri 0.005 olarak kabul edildi.

Tablo 1: Hastaların primer tümör lokalizasyonuna göre sınıflandırması

Primer Tümör lokalizasyonu	Hasta sayısı
ALT DUDAK	54
Komissür	8
Orta hattı geçmeyen tek taraflı	22
Orta hattı geçen	24
İNTRAORAL	7
KULAK	5
ÜST DUDAK	1
BURUN	7
DİĞER (Frontotemporal, infraorbital, yanak)	3

Tablo 2: Hastaların tümör boyutuna (T) göre sınıflandırması

Tümör Boyutu	Hasta Sayısı
T1	2
T2	17
T3	33
T4	25
Toplam	77

Tablo 3: Nodal Evreleme

Nodal Evreleme	Hasta Sayısı
N0	24
N1	2
N2a	6
N2b	14
N3a	9
N3b	22 (N1—13 N2a—7 N2b—18 N3a—6)

BULGULAR

Primer tümörün yerleşimi, tümörün boyutları, klinik ve/veya radyolojik olarak belirlenen nodal tutulumuna ait sınıflamalar sırasıyla tablo 1, 2 ve 3'de verilmiştir.

Yetmişyedi hastanın 54'ünde (%70,1) tümör alt dudakta ortaya çıkmıştır. Tümör boyutuna göre (T) yapılan sınıflamaya bakıldığında hastaların büyük kısmının (%75,3) T3 ve T4 boyutunda tümörlere sahip olduğu görülmektedir.

Ellüç hasta (%68,8) kliniğimize başvurduğunda boynunda LAP saptanmıştır.

Yetmişyedi hastaya 32 radikal, 29 fonksiyonel, 17 supraomohyoid, 33 suprahayoid olmak üzere toplam 111 boyun diseksiyonu uygulanmıştır.

En çok görülen komplikasyonlar tablo 4'de sunulmuştur. En sık görülen komplikasyon % 5,1 oranı ile sütür ayrılmasıdır. Hiçbir hastada fleplerde total nekroz izlenmemiştir.

Tablo 4: Boyun diseksiyonu yapılan hastalarda görülen komplikasyonlar

Komplikasyon	Hasta Sayısı	Yüzde
Lokal enfeksiyon	3	3,9
Sütür Ayrılması	4	5,1
Kısmi flep nekrozu	3	3,9
Hematom-Seroma	2	2,6
Postop ex	1	1,3
Diğer	5	6,4
Toplam	18	23,2

Tablo 5 ve 6'da sırasıyla tümör boyutuyla nodal metastaz oranları ve 3 yıllık yaşam oranları arasındaki ilişki incelenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmasa da ($p>0,005$) tümör boyutu arttıkça boyna metastaz yapma oranı artmakta, 3 yıllık

yaşam şansı azalmaktadır.

Ayrıca preoperatif dönemde boynunda LAP saptanmayan (N0) 24 hastanın 6'sında (%25) metastaz bulunmuş, bu hastaların 5'inde (% 83,3) 3 yıllık yaşam sağlanmış. Preop klinik/radyolojik olarak LAP saptanan 53 hastanın 24'ünde (%45,2) metastaz bulgulanmış ve bu hastaların 9'unda 3 yıllık yaşam (%37,5 oranında) gerçekleşmiştir.

Tablo 5: Tümör boyutu ile nodal tutulum arasındaki ilişki

Tümör Boyutu	Hasta Sayısı	Nodal Tutulum	Yüzde (%)
T2	17	4	23,5
T3	33	13	39,3
T4	25	13)	52

Tablo 6: Tümör boyutu ile 3 yıllık yaşam arasındaki ilişki

Tümör Boyutu	Hasta Sayısı	3 Yıllık Yaşam Gerçekleşen Hasta	Yüzde (%)
T2	17	9	52,9
T3	33	15	45,4
T4	25	10	40

Alt dudak tümörlerinde tümörün yerleşim yerine göre nodal tutulum oranları tablo 7'de verilmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da ($p>0,005$) lokal metastaz en çok komissürda yerleşen tümörlerde meydana gelirken en az orta hattı geçmeyen tümörlerde oluşmuştur.

İyi diferansiye tümörlerin % 6,4'ünde nodal metastaz oluşurken kötü diferansiye tümörlerde bu oran % 84,6'ya çıkmıştır ve gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p< 0,005$) (Tablo 8).

Tablo 7: Alt dudak tümörü olan hastalarda tümörün yeri ile nodal tutulum arasındaki ilişki

Alt Dudak Tümörleri	Hasta Sayısı	Nodal Tutulumu Olan Hasta Sayısı	Yüzde (%)
Komissür Ca	8	3	37,5
Orta hattı geçmeyen	22	6	27,2
Orta hattı geçen	24	7	29,1

Tablo 8: Tümörün diferansiyasyon derecesi ile nodal tutulum arasındaki ilişki

Diferansiyasyon derecesi	Hasta Sayısı	Nodal Tutulum	Yüzde
İyi Diferansiye	31	2	6,4
Orta diferansiye	33	13	39,3
Kötü diferansiye	13	11	84,6

Hastalarımızda görülen nüks sayıları tablo 9'da verilmiştir. Nüks görülen hastaların üçünde tümör T2, ikisinde T3, ikisinde T4 boyutlarındaydı. Boyunda lenf metastazı olan hastaların % 10,3'ünde nüks olurken bu oran lenf metastazı olmayan hastalarda % 2,5 olarak bulunmuştur.

Tablo 10'da patolojik evre ile 3 yıllık yaşam oranları arasındaki ilişki verilmiştir. Buna göre tümör boyutu yanında lenf nodu metastazı bulunmasının da yaşam süresini olumsuz yönde etkilediği görülmektedir.

Tablo 9: Nüks sayıları ve evreleri

	Hasta Sayısı	Evre
Bölgesel Nüks	4	1(T2N3b) 1(T3N0) 2(T3N3b)
Lokal Nüks	1	T4N3b
Bölgesel+Lokal Nüks	5	1(T2N0) 2(T2N2b) 2(T4N3a)

Tablo 10: Boyun diseksiyonu sonrası kesinleşen patolojik evre ile 3 yıllık yaşam oranları arasındaki ilişki

Boyun diseksiyonu sonrası kesinleşen patolojik evre	Hasta Sayısı	3 Yıllık Yaşam	Yüzde (%)
T2N0	10	6	75
T2N1	7	3	60
T3N0	20	10	50
T3N1	13	5	38,6
T4N0	14	6	42,8
T4N1	11	4	36,3
TOPLAM	75		

TARTIŞMA

Baş-boyun tümörlerinde ölüm genellikle lokal ve bölgesel metastazlar nedeniyle olmaktadır. Bu nedenle primer tümörün tedavisi yanında bölgesel yayılımın da engellenmesi için 1906'da Crile tarafından tanımlandığından beri boyun diseksiyonu uygulanmaktadır¹. Ancak primer tümörün ve nodal yayılımın özelliklerine göre yapılacak boyun diseksiyonu tipinin belirlenmesi konusunda tartışmalar halen devam etmektedir. Bazı otörler boyunda klinik veya radyolojik olarak LAP saptanması halinde klasik ya da modifiye radikal boyun diseksiyonu yapılması gerektiğini savunmaktadır²⁻⁵. Ancak bazı klinisyenler radikal boyun diseksiyonunun yarattığı fonksiyonel ve estetik problemler yanında bu yöntem sonrasında da boyunda nükslerin görülebildiğini gözönüne alarak daha az radikal prosedürlerin; yani selektif boyun diseksiyonunun yeterli olacağını dile getirmektedir⁶⁻⁹.

Bizim hastalarımızın 24'ünde operasyon öncesinde LAP bulgulanmamış, bu hastalara diğer kriterler (Tümör boyutu, diferansiyasyon derecesi, hastanın uzun dönem izleme uyumu ve alt dudak tümörlerinde tümörün yeri) gözönüne alınarak tanısal/proflaktik amaçlı suprahoid boyun diseksiyonu yapılmış ve patolojik incelemede 6 hastada (%25) lenf metastazı saptanmıştır. Bu oran literatürde verilen %3-9,6'lık orandan oldukça yüksektir (10-14). Bunun nedeninin bu 24 hastanın 13'ünün T3-T4 boyutunda tümörlere sahip olması, 11 hastanın tümörünün orta, 1 hastanın kötü diferansiye olması olabileceğini düşünüyoruz. Ayrıca alt dudak tümörü olan 4 hastada lezyon komissürda yerleşmiş, 5 hastada orta hattı geçmişti. Boyunda lenf nodu metastazı saptanan bu 6 hastaya daha geniş boyun diseksiyonu uygulanmış ve böylece 5 hastada (%83,3 oranında) 3 yıllık yaşam sağlanmıştır. Bu oran preoperatif dönemde boynunda fizik muayene ve/veya radyolojik yöntemlerle LAP saptanıp cerrahi sonucu lenf bezi metastazı saptanan hastaların 3 yıllık yaşam oranına (%37,5) göre oldukça yüksektir. Bu sonuca göre boyunda preoperatif olarak LAP saptanmasının önemli bir kriter olduğu, ancak tek kriter olmaması gerektiği söylenebilir.

Genel olarak kliniklerde boyun diseksiyon tipine karar verilirken boyunda LAP bulunması yanında primer tümörün boyutu en önemli kriterler olarak gözönüne alınmaktadır. İki cm'den küçük tümörlerde mikroskopik nodal metastaz olma olasılığı %2 iken T2 tümörlerde % 35, T3 tümörlerde % 63'e dek çıkmaktadır^{15,16}. Marshall ve Edgerton primer tümörü 1,5 cm'den büyük olan hastalarda boyunda LAP saptanmasa da biyopsi tekniği olarak bilateral suprahoid boyun diseksiyonu yapılması gerektiğini öne sürmüşlerdir¹⁷. Benzer şekilde Wurman da primer tümörü 2 cm'den büyük olgularda benzer prosedürün izlenmesi gerektiğini savunmaktadır¹⁸. Bizim çalışmamızda da tümör boyutu arttıkça nodal tutulumun arttığı görülmüştür. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır fakat bu sonuç literatüre ters değildir. Ancak T3 ve T4 tümörlerde boyun lenfatiklerine metastaz oranı literatüre göre daha düşük bulunmuştur. Bunun nedeni T3 boyutunda tümöre sahip 33 hastanın 15'inde, T4 boyutunda tümöre sahip 25 hastanın 10'unda tümörün iyi diferansiye olması olabilir.

Baş-boyun yerleşimli epidermoid karsinomlarda tümörün diferansiyasyon derecesi azaldıkça lokal metastaz oranı da artmıştır. İyi diferansiye tümörlerin yalnızca % 6,4'ünde boyun lenfatiklerine metastaz olurken orta derecede diferansiye tümörlerde bu oran % 39,3'e, kötü diferansiye tümörlerde % 84,6'ya çıkmaktadır.

Çalışmada, primer tümörün yerleşim yerinin de alt dudak tümörlerinde boyun metastazı oluşumunda önemli bir kriter olduğu görülmüştür. Komissürda yerleşen epidermoid karsinomlar boyunda en sık metastaz yapan alt dudak tümörleri olarak saptanmıştır (%37,5)

Bizim serimizde hastaların %23,2' sinde komplikasyon oluştu. En sık görülen komplikasyonlar sütür ayrılması, lokal enfeksiyon ve kısmi flep nekrozuydu. Komplikasyon oranlarımız literatürün altındaydı (19-22).

Olgularımızın 10'unda (%14,3) lokal ve/veya bölgesel nüks oluştu. Lokal nüks oluşan hastanın tümörü büyük boyutlarda ve çevre dokulara invaze (T4) bir tümördü. Nüks oluşan hastaların 8'inde boyunda metastatik lenf nodu saptanmıştır.

Ayrıca hastaların boyun diseksiyonu sonrası kesinleşen patolojik evrelere bakıldığında tümör boyutunun artmasının 3 yıllık yaşamı olumsuz etkilediği ve boyunda metastatik lenf nodu bulunmasının yaşam oranını daha da azalttığı görülmüyordu; bu bulgular literatüre uygundu.

Bu sonuçlar gözönüne alındığında baş-boyun bölgesi tümörlerinde yapılacak boyun diseksiyonu tipinin belirlenmesinde en önemli kriterlerin şunlar olduğu söylenebilir:

1) Klinik/radyolojik olarak boyunda LAP saptanması:

2) Primer tümörün boyutları

3) Tümörün diferansiyasyon derecesi

4) Özellikle alt dudak tümörlerinde tümörün yeri

5) Bunların yanında hastanın sosyokültürel ve ekonomik koşulları da gözönüne alınmalıdır. Uzun dönem izleme uygun olmayan hastalara tanısal amaç yanında proflaktik olarak da boyun diseksiyonu yapılabileceğini düşünüyoruz.

Kliniğimizde hastaya boyun diseksiyonu kararı verilirken ve yapılacak boyun diseksiyonunun şekli belirlenirken her bir hasta için tüm bu kriterler ayrı ayrı değerlendirilmektedir.

Bu beş kriterle göre operasyon kararı verildiğinde boyunda olabilecek mikrometastazlar erken dönemde belirlenebilir ve uygun tedaviyle hastaların yaşam oranı artırılabilir.

SONUÇ

Baş-boyun bölgesinde görülen epidermoid kanserlerinin tedavisinde boyun diseksiyonunun yeri önemlidir çünkü boyunda metastatik lenf nodu bulunması yaşam süresini azaltan önemli nedenlerdendir. Boyun diseksiyonu kararı verilirken tek bir kriterin gözönünde tutulması doğru değildir. Boyunda ele gelen lenf nodu bulunması, tümör boyutu, diferansiyasyon derecesi, alt dudak tümörlerinde tümörün yeri ve hastanın tedaviye uyumu bir arada değerlendirilerek karar verilen boyun diseksiyonu hastanın yaşam süresini uzatmada etkilidir.

Dr. Özlem KARATAŞ SİLİSTRELİ

Mithatpaşa Caddesi No: 257/5

Balçova 35340, İZMİR

KAYNAKLAR

1. Crile GW. Excision of cancer of the head and neck. *JAMA*.47:1780;1906.
2. Shah JP, Strong EW, Spiro RH, et al. Neck dissection: current status and future possibilities. *Clin Bull* 11:25;1981.
3. De Santo LW, Holt JJ, Beahrs OH, et al. Neck dissection is it worthwhile. *Laryngoscope* 92:502;1982.
4. Shah JP. Patterns of cervical lymph node metastasis from squamous carcinomas of the upper aero digestive tract. *Am J Surg* 160: 405; 1990.
5. Kowalski LP, Magrin J, Waksman G, et al. Supraomohyoid neck dissection in the treatment of head and neck tumors. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 119:958;1993.
6. Strong EW. Preoperative radiation and radical neck dissection. *Surg Clin North Am* 19:271;1969.
7. Byers RM, Wolf PF, Ballantyne AJ. Rationale for elective modified neck dissection. *Head Neck Surg* 160;1988.
8. O'Brien CJ. A selective approach to neck dissection for mucosal squamous cell carcinoma *Aust N Z J Surg* 64:236;1994.
9. Medina JE, Byers RM. Supraomohyoid neck dissection: rationale, indications and surgical technique. *Head Neck* 111;1989.
10. Stell PM, Maran AGD. Tumors of the lips. In: Stell PM, Maran AGD, eds. *Head and Neck Surgery*. London, England: William Heinemann Medical Books, 309;1978.
11. Burkell CC. Cancer of the lip. *Can Med Assoc J* 62:28;1950.
12. Hosal IN, Önerci M, Kaya S, Turan E. Squamous cell carcinoma of the lower lip. *Am J Otolaryngol* 13:362;1992.
13. Modlin J. Neck dissections in cancer of the lower lip: five year results in 179 patients. *Surgery* 28:404;1950.
14. Jorgensen K, Elbrond O, Andersen AP. Carcinoma of the lip. A series of 869 cases. *Acta Radiol* 12:177;1973.
15. Larson DL. Principles of composite resection and neck dissection for carcinoma of the Oroparynx. Cohen M;Mastery of Plastic and Reconstructive Surgery; Boston;Little, Brown and Company; 931;1994.
16. Ariyan S, Chicarilli ZN. Cancer of the upper aerodigestive system. McCarthy JG; Plastic Surgery; Philadelphia; W.B.Saunders Company;3412;1990.
17. Marshall AK, Edgerton MT. Indications for neck dissection in carcinoma of the lip. *Am J Surg* 133:216; 1977.
18. Wurman LH, Adams GH, Meyerhoff WL. Carcinoma of the lip. *Am J Surg* 130:470;1975.
19. Magrin J, Kowalski L. Bilateral radical neck dissection: Results in 193 cases. *J Surg Oncol* 75:232;2000.
20. Moore SO, Frazell LE. Simultaneous bilateral neck dissection. *Am J Surg* 107:565;1964.
21. Frazell LE, Moore SO. Bilateral radical neck dissection performed in stages experience with 467 patients. *Am J Surg* 102:809;1961.
22. Razack SM, Sako K, Baffi R, et al. Simultaneous bilateral neck dissection. *J Surg Oncol* 15:387;1980.