

ARAŞTIRMA / RESEARCH ARTICLE

Dil gövdesi ve ağız tabanı yassı hücreli kanserlerinde boynun tedavisinde Uludağ deneyimi

Ö.A. Özmen, G. Saraydaroğlu, L. Erişen, F. Kasapoğlu

Uludağ experience in the neck treatment of the tongue corpus and floor of mouth squamous cell carcinomas

Objectives: The aim of this study is to review the treatment of the neck in tongue corpus (TC) and floor of mouth (FM) cancers which have high incidence of neck metastasis with the experience gained from our patients.

Methods: Forty-three patients who underwent primary surgery between June 1992 to April 2007 were analyzed retrospectively.

Results: Forty-one neck dissections (ND) were employed in 38 patients. Neck recurrence was observed in five patients (12%). One of five (20%) clinically N0 patients who did not undergo ND had neck recurrence. On the other hand, three of 25 clinically N0 patients (12%) who had ND developed neck recurrence. Only one of 13 N(+) patients (%8) had neck recurrence. On neck basis; among 32 patients who had selective ND, two of 19 patients with supraomohyoid ND (SOND) had neck recurrences whereas none of the 13 patients with extended SOND (ESOND) had neck recurrence. One of the neck recurrences was in the ipsilateral zone IV of a patient with SOND, another neck recurrence was in the ipsilateral zone V of a patient with modified radical ND (MRND). Remaining two patients had recurrence in the contralateral untreated neck. None of the eight clinically N1 patients who underwent selective ND had neck recurrence. Despite salvage treatments, all patients with neck recurrence died due to disease.

Conclusion: The decision for excluding ND in oral cavity cancer should be given cautiously and ND should be employed in case of tumor depth more than 5 mm. We recommend ESOND as the selective ND in which zone IV is added to the dissection to be chosen in N0 patients. Selective ND's may be used effectively in selected N1 patients. Bilateral ND should be done especially in FM lesions and lesions crossing the midline.

Key Words: Tongue corpus, floor of mouth, squamous cell carcinoma, neck metastasis.

Türk Arch Otolaryngol, 2009; 47(2): 69-76

Dr. Ö. Afşın Özmen, Dr. Gökтуğ Saraydaroğlu, Dr. Levent Erişen, Dr. Fikret Kasapoğlu
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Bursa

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı boyuna metastaz oranı oldukça yüksek olan dil gövdesi (DG) ve ağız tabanı (AT) kanserlerinde, olgularımızdan edindiğimiz deneyimler ışığında boynun tedavisini gözden geçirmektir.

Yöntem: Haziran 1992-Nisan 2007 tarihleri arasında DG ve AT kanseri nedeniyle primer cerrahi tedavi uygulanan 43 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Otuzsekiz hastaya toplam 41 boyun disseksiyonu (BD) yapıldı. Takiplerde beş hastada (%12) boyunda yineleme saptandı. Klinik N0 olup BD yapılmayan beş hastanın birinde (%20) yineleme izlenirken, BD yapılan 25 hastanın üçünde (%12) yineleme görüldü. N(+) olan 13 hastanın sadece birinde (%8) yineleme oluştu. Boyun bazında bakıldığında; seçici BD yapılan 32 hastadan supraomohyoid BD (SOBD) yapılan 19 hastanın ikisinde yineleme görülürken, genişletilmiş SOBD (GSOBD) yapılan 13 hastanın hiç birinde yineleme gelişmedi. Yinelemelerin bir tanesi SOBD yapılmış hastanın aynı taraf IV. bölgesinde, bir tanesi modifiye radikal BD (MRBD) yapılmış hastanın aynı taraf V. bölgesinde, diğer iki hastada ise tedavi edilmemiş olan kontralateral boyunda görüldü. Klinik olarak N1 olan sekiz hastada seçici BD uygulanmış ve bu hastaların hiç birinde boyun yinelemesi izlenmemiştir. Nüks gelişen tüm hastalar kurtarma tedavilerine rağmen hastalık nedeniyle kaybedildiler.

Sonuç: Oral kavite kanserlerinde BD yapmama kararı çok iyi verilmelidir ve tümör derinliği beş mm'den fazla olduğunda mutlaka BD yapılmalıdır. N0 hastalarda seçici BD olarak IV. bölge disseksiyonunun da eklendiği GSOBD'nin tercih edilmesini önermekteyiz. Uygun N1 hastalarda seçici BD'ler de etkin olarak kullanılabilir. Özellikle AT tutulumu olan, orta hattı geçen lezyonlarda bilateral BD yapılmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Dil gövdesi, ağız tabanı, yassı hücreli kanser, boyun metastazi.

Türk Otolarengoloji Arşivi, 2009; 47(2): 69-76

Giriş

Dil gövdesi (DG) ve ağız tabanı (AT) yassı hücreli kanserleri (YHK) oldukça agresif seyirlidir. Zengin lenfatik damarlanması nedeniyle boyun metastaz oranı yüksektir. Boyun metastazının gelişimi ise sağkalım süresini ciddi biçimde kısaltmaktadır.¹

Klinik olarak N0 boyunlarda bile gizli metastaz oranı %42'lere varan oranlarda bildirilmiştir.¹ N0 boyunların tedavisinde "bekle gör" politikasından,^{2,4} tüm N0 hastalara elektif boyun disseksiyonunun (BD) yapılmasına kadar değişen yaklaşımlar önerilmektedir.^{5,7}

Elektif BD için en çok kabul gören yaklaşım, supraomohyoid BD (SOBD) yani I, II, III'üncü bölge-lerin alınmasıdır.^{8,9} Ancak IIb'nin disseksiyona katılmaması ve IV. bölgenin katılmasıyla ilgili araştırmalar devam etmektedir.^{5,10-14}

DG ve AT tümörlerinde başvuru anında %36-40 hastada klinik olarak lenf nodu metastazı tespit edilmektedir.¹⁵ N(+) boyunlarda BD gerekliliği konusunda görüş birliği vardır. Ancak burada da N1, N2a boyunlarda kapsamlı BD yerine, seçici BD'lerinin kullanılabilmesi iddia edilmektedir.^{16,17}

Tek veya çift taraflı BD seçimindeyse genel kanı, orta hattı geçen veya orta hattan kaynaklanan tümörlerde kontrateral boyun lenf nodlarına metastaz riskinin önemli derecede arttığı ve bu hastalarda BD'nin bilateral olması gerektiğidir.^{18,19}

Bu çalışmanın amacı, olgularımızdan edindiğimiz deneyimler ışığında, DG ve AT YHK'lerinde boyunun tedavisini gözden geçirmektir.

Gereç ve Yöntem

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı'nda Haziran 1992-Nisan 2007 tarihleri arasında DG ve AT kanseri nedeniyle primer cerrahi tedavi uygulanan hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya, en az bir

yıllık takip süresi olan veya yineleme (nüks) gelişene kadar veya kaybedilene kadar takip edilen hastalar kabul edildi.

Çalışma kriterlerine uygun ve dosya bilgilerine tam olarak ulaşılabilen 43 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 23'ü erkek, 20'si kadındı ve yaşları 22 ile 80 arasında değişmekteydi (56.7±14.6).

Otuz üç (%77) hastada DG kanseri vardı. Sekiz (%18) hastada DG ve AT birlikte tutulmuşken, iki (%5) hastanın tümörü sadece AT yerleşimliydi.

Klinik evreleme, muayene ve gerekliyse görüntüleme bulgularına göre American Joint Committee on Cancer 2002 evreleme sistemi kullanılarak yapıldı. Klinik olarak hastaların 16'sı (%37) evre I, 13'ü (%30) evre II, 12'si (%28) evre III ve 2'si (%5) evre IV hastalığa sahipti. Tablo 1'de de görüldüğü gibi hastaların tamamına yakınında primer tümör T1 veya T2 idi (39) ve hastaların üçte ikisi N0'dı (30). İlk tanı sırasında hiçbir hastada uzak metastaz yoktu. Tüm hastalarda tanı YHK idi.

Tedavi yaklaşımı

Prencip olarak uygun T1-T2 DG ve T1 AT tümörlerinde transoral rezeksiyon yapıldı. AT tutulumu T1'den, DG tutulumu T2'den daha ileri olan hastalarda pull-through rezeksiyon, mandibula invazyonu varlığı veya şüphesinde kompozit rezeksiyon yapıldı. Transoral rezeksiyon yapılan hastalarda lezyon ve boyun materyali ayrı ayrı çıkarılırken, pull-thro-

Tablo 1. Klinik T ve N evrelemesine göre hasta dağılımı.

T Evresi	N Evresi			Toplam
	N0	N1	N2	
T1	16	1	1	18
T2	13	8	0	21
T3	1	2	0	3
T4	0	1	0	1
Toplam	30	12	1	43

ugh ve kompozit rezeksiyon yapılan hastalarda lezyon ve boyun materyali birlikte çıkarıldı.

Klinik olarak N0 olan T1 hastalarda tümör derinliği peroperatif donuk kesitle incelendi ve beş mm'den derin bulunanlara elektif BD yapıldı. T2 ve üzeri lezyonu olan tüm hastalarda derinliğe bakılmaksızın elektif BD planlandı.

Elektif disseksiyon tipi olarak SOBD (I-II-III) veya genişletilmiş SOBD (GSOBD) (I-II-III-IV) uygulandı. Ayrıca, peroperatif bulgulara göre gerekirse kapsamlı BD'ye geçildi.

N+ hastalarda preoperatif ve peroperatif bulgulara göre karar verilmek üzere N1 hastaların büyük kısmına seçici BD, diğerlerine ise kapsamlı BD yapıldı.

Orta hattan kaynaklanan veya orta hattı çaprazlayan lezyonları olan hastalara veya bilateral boyunda lenf nodu tutulumu olan hastalara bilateral BD yapıldı.

Patolojik T4, patolojik N2b ve üstü olan, lenf nodunda ektrakapsüler yayılım olan veya perinöral, perivasküler tutulum olan hastalara ek radyoterapi (RT) ± kemoterapi (KT) verildi. Cerrahi sınır pozitifliği halinde, hasta kabul ederse ek rezeksiyon yapılırken, cerrahi reddeden hastalarda RT endikasyonu konuldu. Bu kriterlere göre hastaların 24'üne (%54.5) tek başına veya KT eşliğinde RT uygulandı.

Hastalar tedavi sonrası ilk yıl her ay, ikinci yıl iki ayda bir, üçüncü yıl üç ayda bir, dördüncü yıl dört ayda bir, beşinci yıl altı ayda bir, altıncı yıl ve sonrasında ise yılda bir kontrol edildi.

Bu çalışma için Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan izin alındı.

İstatistiksel analiz

Verilerin incelenmesinde SPSS 15.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA) yazılımı kullanıldı. Verilerin karşılaştırılmasında Student's T test ve sağkalım sürelerinin hesaplanmasında Kaplan-Meier analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık sınırı olarak p'nin 0.05'ten küçük olması alındı.

Bulgular

Hastalara yapılan cerrahiler incelendiğinde primer lezyona yönelik olarak 33 (%77) hastaya transoral rezeksiyon, yedi (%16) hastaya pull-through şeklinde eksizyon ve üç (%7) hastaya kompozit rezeksiyon yapıldığı görüldü.

Klinik olarak N0 olan beş hastada (%12) BD yapılmadı, diğer 38 (%88) hastanın üçüne bilateral olmak üzere toplam 41 BD uygulandı. Bu disseksiyonların 32'si (%78) seçici, dokuzu (%22) kapsamlı BD idi. Klinik N evrelerine göre BD'lerin dağılımı Tablo 2'de görülmektedir.

Hastaların klinik değerlendirilmesi sonucu ulaşılan N evresi %55 (21/38) hastada patolojik N evresiyle uyumlu olarak bulundu. Bununla beraber patolojik bulgular 11 hastada (%29) klinik muayeneden daha ileriyken, altı hastada (%16) ise klinik tanıdan daha düşük seviyede idi (Tablo 3). Boyun bazında ele alındığında, klinik olarak N0 kabul edilen 28 BD

Tablo 2. Klinik N evresine göre yapılan boyun disseksiyonları.

N Evresi	Boyun Disseksiyonu				Toplam
	SOBD	GSOBD	MRBD	RBD	
N0	13	10	2	2	27
N1	6	3	3	1	13
N2	0	0	0	1	1
Toplam	19	13	5	4	41

SOBD: Supraomohyoid boyun disseksiyonu, **GSOBD:** Genişletilmiş supraomohyoid boyun disseksiyonu, **MRBD:** Modifiye radikal boyun disseksiyonu, **RBD:** Radikal boyun disseksiyonu.

Tablo 3. Boyun lenf nodlarının klinik-patolojik evrelerinin karşılaştırılması.

Klinik N	Patolojik N			Toplam
	N0	N1	N2	
N0	17	3	5	25
N1	5	4	3	12
N2	1	0	0	1
Toplam	23	7	8	38

materyalinin sekizinin patolojik incelemesinde metastatik lenf nodu bulunmuştur. Buna göre gizli metastaz oranı %29'dur. Bununla beraber, klinik olarak N(+) olan 13 boyunun altısının (%46) patolojik incelemesinde boyunda metastaz bulunmamıştır.

Patolojik incelemede boyunda metastaz bulunan ve bulunmayan hastalardaki tümör derinlikleri karşılaştırıldığında N0 hastalarda 9.6 ± 5.9 mm, N+ hastalarda ise 13.1 ± 4.1 mm olarak bulundu. Ancak arada anlamlı fark bulunmadı ($p=0.161$).

Hastalar 4 ile 144 ay arası takip edildiler ortanca ve ortalama takip süreleri sırasıyla 20, 46.2 ± 43.5 aydı. Takiplerde 11 (%26) hastada yineleme (nüks) saptandı. Altı hastada yerel, dört hastada boyun, bir hastada ise hem yerel hem de boyunda yineleme izlendi. Ayrıca bir hastada uzak metastaza rastlanırken, dört hastada 2. primer gelişimi görüldü.

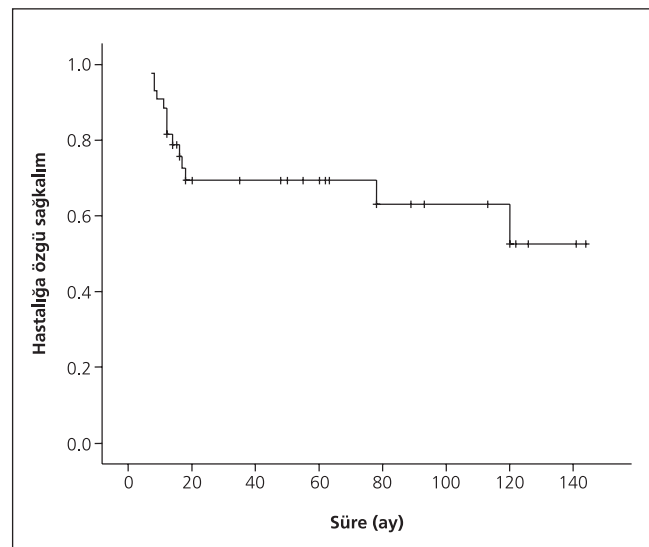
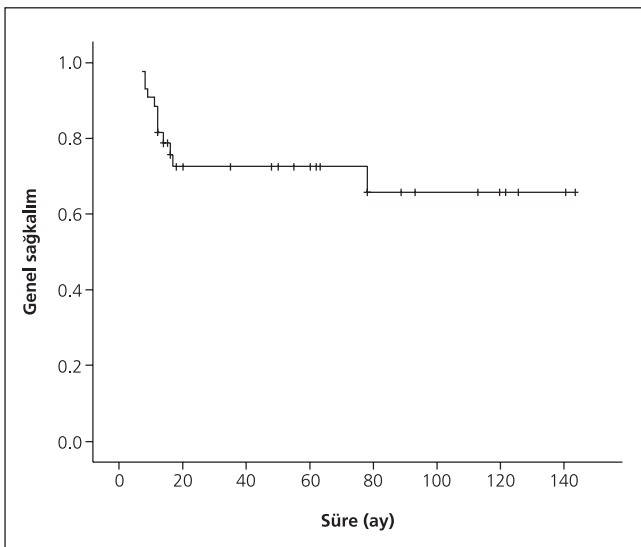
Hastaların 29'u (%67) hayattaydı. Bunların 28'i hastalısız olarak takip edilmekteyken, biri ise yinelemeyle birlikte yaşamaktaydı. Kaybedilen 14 (%33) hastanın 12'si hastalık nedeniyle ölüyor, iki hasta ise hastalık dışı nedenlerle öldüler. Hastaların beş yıllık genel sağkalımı %69.4, hastalığa özgü sağkalımı ise %72.5'ti (Kaplan-Meier analizi) (Şekil 1).

Boyunda yineleme toplam 5 hastada %12 oranında gelişmiştir. Hastaların dört tanesi klinik olarak N0'dı, biriyse N1 evresindeydi (Tablo 4).

Klinik N0 olan 30 hastanın dördünde (%13) boyunda yineleme gelişti. Bunlardan, BD yapılmayan beş N0 hastanın birinde (%20) yineleme izlendi. BD yapılan 25 hastanın üçünde (%12) yineleme görüldü. N(+) olan 13 hastanın birinde (%8) yineleme oluştu.

BD yapılan 38 hastanın 4'ünde (%11) yineleme görüldü. Bunlardan seçici BD yapılan 29 hastanın ikisinde (%7), kapsamlı BD yapılan dokuz hastanın da ikisinde (%22) yineleme gelişti (Tablo 5). BD yapılmış olan 25 N0 hastanın 21'ine seçici, dördüne ise kapsamlı BD yapıldı. N+ hastaların ise sekizine seçici, beşine kapsamlı BD uygulandı. N+ hastalardan sadece MRBD yapılan bir hastada yineleme görüldü.

Boyun bazında bakıldığında; seçici BD yapılan 32 hastadan SOBD yapılan 19 hastanın ikisinde yineleme görülürken, GSOBD yapılan 13 hastanın hiçbirinde yineleme gelişmedi. Yineleme olan SOBD yapılmış hastaların birinde aynı taraf IV. bölgede, diğer hastada ise kontrlatéral boyunda başarısızlık görüldü. Kapsamlı BD yapılan dokuz hastanın beşinde MRBD yapıldı ve bu hastaların ikisinde yineleme gelişti. Bu



Şekil 1. (A) Genel sağkalım (Kaplan-Meier Analizi), (B) Hastalığa özgü sağkalım (Kaplan-Meier Analizi)

yinelemelerin biri aynı taraf V. bölgede, diğeriye kontrlateral boyunda idi. İki taraflı BD yapılan hastaların kontrlateral boyunlarının tamamına SOBD yapıldı ve bu boyunların hiç birinde yineleme görülmedi.

Boyun yinelemeleri 3 ile 10 ay arasında gelişmiştir. Ortanca ve ortalama yineleme ayları sırasıyla 7, 6.4±3.3 olarak bulundu.

Boyun yinelemesi olan 5 hastada kurtarma tedavisi olarak 4 hastaya radikal BD ve RT, daha önce MRBD yapılmış bir hastaya ise kitle eksizyonu yapıldı. Ancak bu hastaların tamamı hastalık nedeniyle kaybedildi.

Boyun yinelemeleri olan 5 hasta olası yineleme sebeplerinin belirlenmesi amacıyla hasta bazında ayrıntılı olarak incelendi.

Hasta 1

T1N0M0 DG tümörü olan hastaya parsiyel glossektomi yapıldı. Boyuna yönelik cerrahi uygulanmadı. Patolojik incelemede tümör derinliği 6 mm, perinöral invazyon (+), vasküler invazyon (-), cerrahi sınırlar negatif olarak bulundu. Primer lezyon ve boyuna uygulanan RT'yi takiben postoperatif 3. ayda ipsilateral IIa bölgesinde de metastaz tespit edildi ve hastaya postoperatif 4. ayda ipsilateral RBD uygulandı. RT'de verilen hasta postoperatif 12. ayda kaybedildi.

Hasta 2

T2N0M0 DG tümörü olan hastaya parsiyel glossektomi + ipsilateral SOBD yapıldı. Patoloji raporunda derinlik 7 mm, perinöral ve vasküler invazyon (-), cerrahi sınırlar negatif ve tüm lenf nodları benign olarak raporlandı. Takip kararı alınan hastanın postoperatif 7. ayda ipsilateral IV. bölgede metastaz tespit edildi. Hastaya ipsilateral RBD ve kontrlateral SOBD yapıldı. Kemoradyoterapi (KRT) verilen hasta postoperatif 19. ayda kaybedildi.

Hasta 3

T3N0M0 DG tümörü olan hastaya hemiglossektomi + ipsilateral MRBD yapıldı. Patolojik incelemede cerrahi sınırlar negatifti, 3 adet metastatik lenfadenopati (LAP) bulundu. Postoperatif dönemde primer alana ve boyuna yönelik RT alan hastada 9. ayda ipsilateral IV. bölgede metastaz tespit edildi ve kurtarma cerrahisi olarak kitle eksizyonu yapıldı. Postoperatif 17. ayda hasta kaybedildi.

Tablo 4. Klinik N evresine göre boyun yinelemeleri.

N Evresi	Boyunda Yineleme		Toplam
	Yok	Var	
N0	26	4	30
N1	11	1	12
N2	1	0	1
Toplam	38	5	43

Tablo 5. Boyun disseksiyonu tipi, boyun yinelemesi ilişkisi.

		Boyunda Yineleme		Toplam	
		Yok	Var		
BD Tipi	BD yok	4	1	5	
	Seçici BD	SOBD	15	2*	17
		GSOBD	12	0	12
	Kapsamlı BD	MRBD	3	2*	5
RBD		4	0	4	
Toplam		38	5	43	

*Her iki grupta da iki hastanın birinde yineleme kontrlateral boyunda gelişti (BD: Boyun disseksiyonu, SOBD: Supraomohoid boyun disseksiyonu, GSOBD: Genişletilmiş supraomohoid boyun disseksiyonu, MRBD: Modifiye radikal boyun disseksiyonu, RBD: Radikal boyun disseksiyonu).

Hasta 4

T2N0M0 DG + AT tümörü olan hastaya, pull-through tekniğiyle parsiyel glossektomi + AT eksizyonu + ipsilateral SOBD uygulandı. Patolojik inceleme cerrahi sınırlar negatif, perinöral invazyon (+), 1 adet metastatik LAP, ekstra kapsüller yayılım (-) olarak raporlandı. Hastaya RT kararı verildi fakat hasta RT'sini almadı. Postoperatif 3. ayda kontrlateral 2. bölgede boyun metastazı tespit edildi ve kontrlateral MRBD uygulandı. Postoperatif RT alan hasta postoperatif 9. ayda kaybedildi.

Hasta 5

T4N1M0 DG + AT kanseri olan hastanın tümörü dil köküne uzanım gösteriyordu. Hastaya pull through tekniğiyle parsiyel glossektomi + ipsilateral MRBD yapıldı. Patolojik inceleme T3N2b, cerrahi sınırlar negatif, perinöral invazyon (-), boyun lenf nodlarında ekstrakapsüler yayılım (+) olarak raporlandı. Hastaya KRT kararı verildi. Kontrilateral boyunda metastatik LAP tespit edilerek RBD uygulandı. Postoperatif 14. ayda kaybedildi.

Tartışma

Oral kavite kanserlerinde zengin lenfatik drenaj nedeniyle boyun metastazı ihtimali yüksektir.^{2,7,8,11,20} Boyunda metastaz olması en önemli prognostik faktörlerden biridir. Bu nedenle, boyun tedavisi bu hastaların tedavisinde büyük önem taşır.

DG ve AT YHK'lerinin boyun lenf nodlarına metastaz yapma olasılığı "T" evresi, "Tümör Derinliği", tümör diferansiyasyonu, perinöral ve perivasküler invazyon varlığıyla ilişkili olarak bulunmuştur.²¹⁻²⁴ Bu faktörlerden klinik olarak en çok kullanılanı tümör derinliğidir. Literatürde tümör derinliğinin 5 mm'den fazla olması halinde BD'nin cerrahiye eklenmesi gerektiği belirtilmiştir.²⁵⁻²⁸ Bizim çalışmamızda da T1 hastalarda tümör derinliğine göre elektif BD yapılmasına karar verilmiştir. Bir hastada ise tümör derinliği 5 mm'den fazla olmasına rağmen tedaviye boyun diseksiyonu eklenmemiştir ve bu hasta boyun nüksü nedeniyle kaybedilmiştir. Deneyimlerimiz ve literatür bilgileri ışığında 5 mm derinliğin elektif BD için kıstas olarak alınabileceğini düşünmekteyiz.

DG ve AT YHK'lerinde gizli metastaz oranı da oldukça yüksektir. Literatürde %34 ile %42 arasında değişik oranlar bildirilmiştir.^{2,20,29} Bizim serimizde de %29 olarak bulunan gizli metastazlar nedeniyle hastalara elektif BD yapılması endikasyonu doğmaktadır. Literatürde klinik N0 boyunlar için "bekle gör" yaklaşımını savunanlar da vardır.²⁻⁴ Ancak "Bekle gör" yaklaşımının riskleri bizim serimizde de ortaya çıkmıştır. Beş BD yapılmayan N0 hastanın birinde (%20) yine-

leme görülürken BD yapılan 25 hastanın üçünde (%12) yineleme görülmüştür. Bu durum göstermektedir ki, tümör derinliği 5 mm'nin altındaki T1 hastalar haricinde bekle gör yaklaşımı uygun değildir.

DG ve AT YHK'lerinde boyun metastazı açısından I, II ve III. bölgeler yüksek risk altındadır. Ahmed ve ark. oral kavitede orta hattı geçmemiş tümörü olan ve boyunda klinik olarak patolojik lenf nodu saptanmamış 37 hastada yaptıkları çalışmada I. bölgede metastaz oranını %16.7, II. bölgede %83.3, III. bölgede %75.5 olarak tespit etmişlerdir.¹² Elektif BD olarak seçici BD'ler uygulanmaktadır, oral kavite kanserlerinde kabul gören seçici BD tipi ise SOBD'dir. Bu diseksiyona I, II ve III. bölgeler katılmaktadır. Klinik N0 boyunlarda IV. bölgeye metastaz açısından bakıldığında literatürde değişik oranlar göze çarpmaktadır. Buna göre Ahmed ve ark. %16.7, Kaya ve ark. %2.8, Byers ve ark. %15.8, Khafif ve ark. %4, Shah ve ark. %3 oranlarını bildirmiştir.^{5,12-14,20} DG ve AT YHK'lerinin direkt IV. bölgeye atlama (skip) metastazı yapabilme özelliği vardır. Bizim serimizde de klinik N0 olup GSOBD yapılmış 12 hastada hiç yineleme görülmezken SOHBD yapılmış 17 hastanın ikisinde yineleme görülmüştür. Bu nedenle özellikle cerrahi sırasında lenf nodu saptanan hastalarda, duktus torasikus zedelenmesi riskine ve ameliyat süresinde az da olsa uzamaya rağmen, IV. bölge diseksiyonunun da eklendiği GSOBD'nin tercih edilmesini önermekteyiz.

Dil kanseri tanısı konan olguların %40'ında aynı anda servikal metastazın da var olduğu bildirilmektedir.^{20,30,31} N+ boyunlarda klasik olarak kapsamlı BD yapılması önerilmektedir. Ancak klinik olarak N+ boyunlarda görülen %46'lık yanlış pozitiflik oranı ve onkolojik başarıyı düşürmeden morbiditeyi azaltmak amacı göz önüne alındığında N1 ve N2a boyunlarda seçici BD'nin kullanılması gündeme gelmektedir. Seçici BD'nin N+ boyunlarda yeterli ve etkili olduğu yönünde yayınlar mevcuttur. Luiz ve ark. 1970 ile 1994 arasında radikal BD yapılan 164 klinik olarak N1 ve N2a evresindeki oral kavite kanserli hastanın patolojik incelemelerinde, %42.1 hiç metastaz

bulunamazken, sadece %11.6 hastada çoklu metastaz tespit edilmiştir. Bu metastazların sadece 1'inde (%0.06) IV. bölgede metastaz varken hiçbir hastada V. bölgede metastazı tespit edilmemiştir. Bu verilere dayanarak klinik N1 ve N2a oral kavite kanserli hastalarda SOBD'nin tercih edilebileceği, istenirse diseksiyona IV. bölgenin de dahil edilebileceği savunulmuştur.¹⁶ Yine Bradley ve ark. seçici BD'nin pek çok N+ DG kanserinin tedavisinde yeterli olduğunu bildirmişlerdir.¹⁷ Bu çalışmada da klinik olarak N1 olan sekiz hastada seçici BD uygulanmış ve bu hastaların hiç birinde boyun yinelemesi izlenmemiştir. Biz de klinik N1 DG ve AT YHK'inde elektif BD'nun tercih edilebileceğini düşünmekteyiz.

Özellikle AT tutulumu olan, orta hattı geçen lezyonlarda bilateral BD yapılmalıdır.^{18,19} Bu çalışmada toplam üç hastaya bilateral BD yapıldığı görülmüştür. Ancak, boyun yinelemesi görülen beş hastanın ikisinde yineleme karşı boyunda görülmüştür. Bu hastaların birisinde orta hatta uzanabilecek ileri bir lezyon olduğu anlaşılmaktadır (Hasta 3). Diğer hastada ise dil kökü uzanımı olduğu görülmektedir (Hasta 5). Bu sonuçlar hastaların bilateral BD açısından daha dikkatli olarak değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

İleri evre tümörlerde ve histopatolojik yerel ve bölgesel yineleme riskini arttıran durumlarda RT veya KRT kombinasyonları tedavi protokolüne eklenmelidir.^{32,33} Bu çalışmada da RT endikasyonu konulan ancak hasta uyumsuzluğu nedeniyle uygulanamayan bir hastada görülen boyun yinelemesi, ek tedavilerin önemine dikkat çekmektedir.

Boyun yinelemeleri ortalama olarak postoperatif ilk bir yıl içerisinde ortaya çıkmaktadır.³⁴ Yineleme gelişen hastaların prognozu kötü olmaktadır. Kowalski ve ark. boyunda yineleme sonrası kurtarma cerrahisiyle %11 hastada başarı sağlayabilmişlerdir.³⁵ Bizim serimizde ise boyunda yineleme gelişen hiç bir hastada sağkalım sağlanamamıştır. Literatürde ilk 6 ay içinde yineleme gelişmesi kötü prognoz göstergesi olarak bildirilmiştir.³⁶ Bizim hastalarımızda da

boyun yinelemelerinin literatüre göre erken olarak ortaya çıktığı görülmüştür.

Son dönemlerde erken evre oral kavite kanserlerinde boyuna uygulanan aşırı tedavinin önüne geçmek için meme kanserlerinde başarıyla uygulanan sentinel lenf nodu örnekleme çalışmaları yapılmaktadır.³⁷ Kliniğimizde de bu konuda bir çalışma sürdürülmekte olup sonuçları yakında paylaşılacaktır.

Sonuç

DG ve AT YHK'lerinde boyun tedavisi hastalığın sonucunu etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Bu çalışmadaki bulgular da göstermektedir ki, tümör derinliği 5 mm'den daha yüzeysel N0 hastalar hariç tüm hastalara mutlaka BD yapılmalıdır. Elektif BD olarak DG için GSOBD, AT için SOBD seçilmelidir. Uygun N1 hastalarda seçici BD uygulanması da tedavi edici olmaktadır. DG ve AT'deki lezyonun orta hattan köken alması ya da çaprazlaması ve dil köküne uzanımı haline mutlaka iki taraflı BD tercih edilmelidir.

Kaynaklar

1. **Sano D, Myers JN.** Metastasis of squamous cell carcinoma of the oral tongue. *Cancer Metastasis Rev* 2007; 26: 645-62.
2. **Ho CM, Lam KH, Wei WI, Lau SK, Lam LK.** Occult lymph node metastasis in small oral tongue cancers. *Head Neck* 1992; 14: 359-63.
3. **Maddox WA.** Hayes Martin lecture. Vicissitudes of head and cancer. *Am J Surg* 1984; 148: 428-32.
4. **Gujrathi D, Kerr P, Anderson B, Nason R.** Treatment outcome of squamous cell carcinoma of the oral tongue. *J Otolaryngol* 1996; 25: 145-9.
5. **Kaya S, Yılmaz T, Gürsel B, Saraç S, Sennaroğlu L.** The value of elective neck dissection in treatment of cancer of the tongue. *Am J Otolaryngol* 2001; 22: 59-64.
6. **Kligerman J, Lima RA, Soares JR, et al.** Supraomohyoid neck dissection in the treatment of T1/T2 squamous cell carcinoma of oral cavity. *Am J Surg* 1994; 168: 391-4.
7. **Brown B, Barnes L, Mazariegos J, Taylor F, Johnson J, Wagner RL.** Prognostic factors in mobile tongue and floor of mouth carcinoma. *Cancer* 1989; 64: 1195-202.
8. **Shah JP, Andersen PE.** The impact of patterns of nodal metastasis on modifications of neck dissection. *Ann Surg Oncol* 1994; 1: 521-32.
9. **Lydiatt DD, Robbins KT, Byers RM, Wolf PF.** Treatment of stage I and II oral tongue cancer. *Head Neck* 1993; 15: 308-12.

10. **Lim YC, Song MH, Kim SC, Kim KM, Choi EC.** Preserving level IIb lymph nodes in elective supraomohyoid neck dissection for oral cavity squamous cell carcinoma. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2004; 130: 1088-91.
11. **Fakih AR, Rao RS, Borges AM, Patel AR.** Elective versus therapeutic neck dissection in early carcinoma of the oral tongue. *Am J Surg* 1989; 158: 309-13.
12. **Ahmet MU, Khawar A, Ahmed J, Ajmal M, Bangash WK, Akhter MR.** Occult metastasis in carcinoma of oral cavity. *J Coll Physicians Surg Pak* 2007; 17: 313-5.
13. **Byers RM, Weber RS, Andrews T, McGill D, Kare R, Wolf P.** Frequency and therapeutic implications of "skip metastasis" in the neck from squamous carcinoma of the oral tongue. *Head Neck* 1997; 19: 14-9.
14. **Khafif A, Lopez-Garza JR, Medina JE.** Is dissection of level IV necessary in patients with T1-T3 N0 tongue cancer? *Laryngoscope* 2001; 111: 1088-90.
15. **Decroix Y, Ghossein NA.** Experience of the Curie Institute in treatment of cancer of the mobile tongue: I. Treatment policies and results. *Cancer* 1981; 47: 496-502.
16. **Luiz P Kowalski, André L Carvalho.** Feasibility of supraomohyoid neck dissection in N1 and N2a oral cancer patients. *Head Neck* 2002; 24: 921-4.
17. **Bradley A. Schiff, Dianna B. Roberts, Adel El-Naggar, Adam S. Garden, Jeffrey N. Myers.** Selective vs modified radical neck dissection and postoperative radiotherapy vs observation in the treatment of squamous cell carcinoma of the oral tongue. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2005; 131: 874-8.
18. **Kowalski LP, Bagietto R, Lara JRL, Santos RL, Tagawa EK, Santos IRB.** Factors influencing contra lateral lymph node metastasis from oral carcinoma. *Head Neck* 1999; 21: 104-10.
19. **Junichi I, Yamashiro M, Masashi Y, Hitoshi I, Hiroshi I, Amagasa T.** Analysis of bilateral neck metastasis of tongue cancer. *Oral Science International* 2005; 2: 126-30.
20. **Shah JP, Candela FC, Poddar AK.** The patterns of cervical lymph node metastases from squamous carcinoma of the oral cavity. *Cancer* 1990; 66: 109-13.
21. **Jesse RH, Barkley HT Jr, Lindberg RD, Fletcher GH.** Cancer of the oral cavity. Is elective neck dissection beneficial? *Am J Surg* 1970; 102: 505-8.
22. **Sun L, Leung SW, Su CY, Wang CJ.** The relapse patterns and outcome of postoperative recurrent tongue cancer. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1997; 55: 827-31.
23. **Hicks WL, North JH, Loree TL, et al.** Surgery as a single modality therapy for squamous cell carcinoma of the oral tongue. *Am J Otolaryngol* 1998; 19: 24-8.
24. **Hoşal AS, Ünal ÖF, Ayhan A.** Possible prognostic value of histopathologic parameters in patients with carcinoma of the oral tongue. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 1998; 255: 216-9.
25. **Spiro RH, Huvos AG, Weng GY, Spiro CD, Gnecco CA, Strong EW.** Predictive value of tumor thickness in squamous cell carcinoma confined to the tongue and floor of the mouth. *Am J Surg* 1986; 152: 345-50.
26. **Fukano H, Matsuura H, Hasegawa Y, Nakamura S.** Depth of invasion as a predictive factor for cervical lymph node metastases in tongue carcinoma. *Head Neck Surg* 1997; 19: 205-10.
27. **Shiga K, Ogawa T, Sagai S, Kato K, Kobayashi T.** Management of the patients with early stage oral tongue cancers. *Tohoku J Exp Med* 2007; 212: 389-96.
28. **Kurokawa H, Yamashita Y, Takeda S, Zhang M, Fukuyama H, Takashi T.** Risk factors for late cervical lymph node metastases in patients with stage I or II carcinoma of the tongue. *Head Neck* 2002; 24: 731-7.
29. **Lim YC, Choi EC.** Unilateral, clinically T2N0, squamous cell carcinoma of the tongue: surgical outcome analysis. *Int J Oral Maxillofacial Surg* 2007; 36: 610-4.
30. **Sharma PK, Schüller DE, Baker SR.** Malignant neoplasms of the oral cavity. In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Richardson MA, Schüller DE, eds. *Otolaryngology - head and neck surgery*. 3rd ed. St. Louis: Mosby Co; 1998. p. 1418-62.
31. **Bradfield JS, Scruggs RP.** Carcinoma of the mobile tongue: Incidence of cervical metastases in early lesions related to the method of primary treatment. *Laryngoscope* 1983; 93: 1332-6.
32. **Harrison LB, Sessions RB, Hong WK, eds.** *Head and neck cancer: a multidisciplinary approach*. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1999.
33. **Franceschi D, Gupta R, Spiro RH, et al.** Improved survival in the treatment of squamous carcinoma of the oral tongue. *Am J Surg* 1993; 166: 360-5.
34. **Gleich LL, Ryzenman J, Gluckman JL, Wilson KM, Barrett WL, Redmond KP.** Recurrent advanced (T3 or T4) head and neck squamous cell carcinoma: is salvage possible? *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2004; 130: 35-8.
35. **Kowalski LP.** Results of salvage treatment of the neck in patients with oral cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 128: 58-62.
36. **Schwartz GJ, Mehta RH, Wenig BL, Shaligram C, Portugal LG.** Salvage treatment for recurrent squamous cell carcinoma of the oral cavity. *Head Neck* 2000; 22: 34-41.
37. **Taylor RJ, Wahl RL, Sharma PK, et al.** Sentinel node localization in oral cavity and oropharynx squamous cell cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2001; 127: 970-4.

Bağlantı Çakışması:

Bağlantı çakışması bulunmadığı belirtilmiştir.

İletişim Adresi: Dr. Ö. Afşin Özmen
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı
Görüle 16080 BURSA
Tel: +90 224 295 26 45
e-posta: oaozmen@uludag.edu.tr