

Selektif boyun diseksiyonunun avantajları ve 3 yıllık takip çalışması

Advantages of selective neck dissection, a 3-year follow-up study

Şahin Ulu¹, Ela Cömert², Necmi Arslan³, Engin Dursun⁴

¹ Afyon Kocatepe Üniversitesi Fakültesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

² Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, Ankara

³ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, Ankara

⁴ Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Rize

Özet

Amaç: Baş- boyun bölgesi kanserlerinin temel yayılımı lenfatik sistem yolu ile olur. Bu bölge tümörlerinin tedavisini yapacak olan bir hekimin lenfatik yayılımı mutlaka göz önünde bulundurması gerekir. Boyunda klinik olarak palpe edilebilen, metastatik lenfadenopatisi olan hastalarda tedavi için fikir birliği sağlanmış olmasına rağmen, N0 boyunlarda tedavi yöntemi hakkında net bir görüş yoktur. Selektif boyun diseksiyonu(SBD) genellikle primer tümörün lokalizasyonuna göre yapılmaktadır. Hem N0 hem de N+ hastalarda yapılabilmektedir.

Yöntem: Çalışmamızda baş boyun malign tümörü nedeniyle opere edilen 45 hasta ve bu hastalara yapılan 79 selektif boyun diseksiyonu değerlendirildi. SBD yapılan hastaların 3 yıllık takip sonuçları incelendi.

Bulgular: Çalışmaya katılan hastaların 3 yıllık sağkalım oranı %92 olarak bulundu. Ortalama 3 yıllık takiplerde 4 hastada (%8,8) boyunda rekürrens görüldü. Hiç bir hastamızda IIb bölgesine metastaz tespit edilmedi. SBD yapılan hastalarımızda daha az komplikasyon gözlemlendi ve diğer boyun diseksiyonlarına göre daha kısa bir sürede yapıldı.

Sonuç: Sonuç olarak SBD'nun süre ve komplikasyon avantajları nedeniyle her geçen gün daha çok tercih edilen bir yöntem olmaktadır. İleride, baş boyun kanserlerinde geniş serilerle yapılacak çalışmalarla süper SBD'nun daha yaygın hale geleceğine inanmaktayız.

Anahtar Kelimeler: Boyun diseksiyonu, selektif boyun diseksiyonu, metastaz.

Abstract

Objective: The main spread of head and neck cancers is through lymphatic system.

A physician who will treat this region tumors should keep in mind lymphatic spread.

Although there is a consensus for treatment of patients who have palpable lymphadenopathy at neck, the discussion is still ongoing for the treatment of N0 necks. Selective neck dissection is usually performed according to the localization of the primary tumor. It can be performed to both N0 and N + patients.

Method: In our study, patients who had selective neck dissection due to head and neck malignant tumor and their Lymph node spreads were evaluated along with preoperative -postoperative imaging methods and pathology reports. 3-year follow-up results were analyzed.

Results: A 3-year survival rate of 45 patients who had selective neck dissection and included in the study was found to be 92%. During 3-year follow-up period, neck recurrence was observed in 4 patients (8.8%). Of these 4 patients, 2 patients were followed up for larynx carcinoma and other 2 patients were followed up for lower lip carcinomas.

Conclusion: In conclusion, due to the advantages of time and complications the reliability of selective neck dissection increases year after year. We believe that, with larger series of head and neck cancer, super-selective neck dissection will become more widely in the future.

Keywords: Lip tumors, laryngeal tumors, neck dissection.

Giriş

Baş- boyun bölgesi kanserlerinin temel yayılımı lenfatik sistem yolu ile olur (1). Bu bölge tümörlerinin tedavisini yapacak olan bir hekimin lenfatik yayılımı göz önünde bulundurması gerekir. Boyunda klinik olarak palpe edilebilen, metastatik lenfadenopatisi olan hastalarda tedavi için fikir birliği sağlanmış olmasına rağmen, N0 boyunlarda tedavi yöntemi hakkında net bir görüş yoktur (2-4). Bu konudaki tartışmalar, boyuna yönelik bir tedavi gerekip gerekmediği, yada bu tedavinin hemen mi yoksa metastaz saptanınca mı uygulanacağı (5), tedavide seçilecek yöntemin cerrahi mi yoksa radyoterapi mi olması gerektiği (2,6,7), cerrahi uygulanacaksa selektif veya fonksiyo-

nelmi olması gerektiği noktaların da yoğunlaşmaktadır. Bu tartışmaların temel nedenlerinden biri de boyun diseksiyonunun komplikasyonlarıdır.

Boyun diseksiyonunun komplikasyonlarından dolayı bazı hekimler özellikle N0 hastalarda boynun bir tarafına boyun diseksiyonu yapıp diğer tarafı takip altına almayı tercih etmektedir. Baş-boyun kanserlerinin tedavisinde uygulanan selektif boyun diseksiyonu (SBD) daha az komplikasyon, daha kısa operasyon süresi ve hastalığın doğru evrenmesine katkı sağladığı için, boyun diseksiyonu kararını kolaylaştırmaktadır.

Biz de, çalışmamızda baş boyun malign tümörü nedeniyle opere edilen ve selektif boyun diseksiyonu uygulanan hastaları inceleyerek SBD'nunu değerlendirmeyi amaçladık.

Tablo 1: Selektif boyun diseksiyonu yapılan hastaların primer tanılarına göre dağılımı

	Hasta Sayısı	Yüzde
Dudak	19	%42,2
Larenks	21	%46,6
Ağız tabanı	4	%8,2
Kulak	1	%2
Toplam	45	%100

Materyal ve Metod

Kesitsel ve retrospektif olarak gerçekleştirilen bu çalışmaya S.B. Dr.Abdurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Kliniğinde baş-boyun kanseri tanısı ile SBD uygulanan yaşları 28-79 yıl arasında değişen 45 hasta dahil edilerek bu hastalara yapılan 79 SBD incelenmiştir.

SBD yaptığımız hastalardaki sağkalım oranları ve hasta bilgileri hastane kayıtları incelenerek ve hastalara ulaşılarak edinildi. Yerel etik kurul onayı ve hastalardan yazılı onam formu alındı.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- 1) Hikayesi alınan, ayrıntılı kulak-burun-boğaz muayenesi yapılan ve biyopsiyle epidermoid karsinom tanısı alan, lenfadenopatilerin boyun seviyelerine göre lokalizasyonları, sayı ve boyutları kaydedilen ve boyun diseksiyonu yapılan hastalar.
- 2) Primer lezyonu; ağız tabanı, orofarenks, dudak ve larenkste yer alanlar,
- 3) Önceden radyoterapi veya cerrahi müdahale yapılmayanlar,

Primer tümörün invazyonu hakkında fikir edinmek ve boyun gizli metastazlarını tespit etmek amacıyla boyun ultrasonografisi (USG) ve bilgisayarlı tomografi (BT) tetkikleri incelendi.

Boyun diseksiyonu; tümörün lokalizasyonu, boynun her iki tarafına da drene olabilecek konumda ise, öncelikle lenfadenopati tespit

edilen tarafa, lenfadenopati tespit edilmemiş ise, lezyonun ağırlıklı olduğu tarafa yapıldı. Karşı boyun diseksiyonları ise vakaların bir kısmında aynı seansta, bir kısmında da operasyondan 4-6 hafta sonra yapıldı.

Makroskopik olarak tümörün anatomik lokalizasyonu, boyundaki lenfadenopatilerin boyun bölgelerine göre dağılımı, boyutları ve sayısı operasyon sırasında tespit edildi. Operasyonda dudak, aurikula, ağız tabanı, larenks ve boyun spesmenleri çıkartılarak, histopatolojik olarak incelenmek üzere patoloji bölümüne gönderildi.

Bulgular

Çalışmada, boyun diseksiyonu yapılan 45 hastanın 38'si erkek, 7'si kadındı. Hastaların yaş ortalaması 53,5 yıl idi.

Primer tümör yerleşim yerine göre değerlendirildiğinde hastalarımızın 21'i larenks, 19'u alt dudak, 1'i kulak, 4'ü ağız tabanı tümörü tanısı mevcuttu (Tablo 1).

SBD yapılan hastaların AJCC(2010) ye göre T evreleri dağılımı Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2: Selektif boyun diseksiyonu yapılan hastaların AJCC'ye (2010) göre T evreleri dağılımı

	T ₁	T ₂	T ₃	T _{4a}	T _{4b}
Dudak	14	4	1	-	-
Larenks	6	7	6	2	-
Ağız tabanı	-	1	3	-	-
Kulak	-	1	-	-	-
Toplam	20	13	10	2	-

Selektif boyun diseksiyonları değerlendirildiğinde 25 hastaya supraomohiyoid boyun diseksiyonu, 18 hastaya lateral boyun diseksiyonu, 2 hastaya posterolateral boyun diseksiyonu yapıldı. Bu hastalardan 34'üne bilateral boyun diseksiyonu yapıldı.

SBD yapılan hastaların preoperatif boyun lenfadenopatilerinin dağılımı Tablo 3'de verilmiştir.



Tablo 3: Selektif boyun diseksiyonu yapılan hastaların preoperatif klinik boyun lenfadenopatilerinin dağılımı

	N ₀	N ₁	N _{2a}	N _{2b}	N _{2c}	N ₃
Dudak	11	9	1	-	-	-
Larenks	13	8	-	-	-	-
Ağız tabanı	2	2	-	-	-	-
Kulak	1	-	-	-	-	-
Toplam	25	19	1	-	-	-

SBD yapılan 45 hastanın 6'sında (%13,3) metastaz tespit edildi. Preoperatif değerlendirmede hastaların 2'si N0, 4'ü N1 olarak belirlendi. Bu hastaların 3'ü larenks karsinomu, 3'ü dudak karsinomu idi.

Dudak karsinomlu 3 hastada I. bölgeye, larenks karsinomlu 2 hastada 2. bölgeye, 1 hastada ise III. bölgeye metastaz olduğu patoloji raporunda görüldü. Bu hastaların 4'üne radyoterapi, diğer 2'sine genişletilmiş boyun diseksiyonu uygulandı. Fakat IIb' de metastaz tespit edilmedi.

Tümörün evresine göre metastaz oranları; T1 için % 6,6, T2 için % 9,5, T3 için % 33,3, T4 için % 50 olarak bulundu. Tümörün evresi arttıkça boyun metastazların görülme oranlarının da arttığı tespit edildi.

Komplikasyonlar değerlendirildiğinde SBD yapılan 45 hastanın 3'ünde yara yeri enfeksiyonu, 2 hastada seroma, 2 hastada postoperatif hematoma gelişti.

Çalışmaya katılan hastaların 3 yıllık sağkalım oranı %92 olarak bulundu. Ortalama 3 yıllık takiplerde 4 hastada (%8,8) boyunda rekürrens görüldü. Bu 4 hastanın 2'si larenks, diğer 2'si ise alt dudak karsinomu tanılarını ile izlenmekteydi. Preoperatif N0 ve T2 olan alt dudak karsinomu ve N1 ve T3 olan larenks karsinomlu hastaların rekürrens gelişmelerinde cerrahi ve kemo-radyoterapiyi içeren agresif tedavi uygulamalarına rağmen hastalısız sağ kalım sağlanamadı.

Tartışma

Baş boyun kanserlerinde sağ kalımı etkileyen en önemli faktörlerden biri de; metastatik servikal lenf nodlarıdır. Boyun palpasyonu ile servikal metastazların tespiti çok güvenilir değildir ve %41-79 oranları arasında yalancı pozitif sonuç verebilirken, yalancı negatif sonuç oranı ise %30 olarak tespit edilmiştir (8). SBD, boyun patolojilerinin kontrolünde etkilidir ve adjuvan kemoterapi ve/veya radyoterapi gerektiren hastaların tespitinde de yarar sağlar. Böylece, SBD eksize edilen lenf nodlarındaki metastazın histopatolojik tespitinde de yararlı olmaktadır (8-11). Bizim çalışmamızda SBD yapılan hastaların %13,3'ünde metastaz olduğu tespit edilmiştir.

SBD uygulanacak boyun bölgelerinin kararı genellikle primer tümörün lokalizasyonuna göre verilmektedir. Supraomohyoid boyun diseksiyonu I, II, III. bölgeleri içerir. Genellikle oral kavite ve orofarenks kanserlerinde uygulanır (7, 9,12). Lateral boyun diseksiyonunda II ve III. bölge veya II, III, IV. bölge dahil edilir ve genellikle larenks ve hipofarenks kanserlerinde uygulanır (12-14). Biz çalışmamızda, SBD yapılan larenks kanserli hastalarda II ve III. bölgelerde daha fazla metastaz tespit ettik.

Hiçbir hastamızda IIb bölgesine metastaz tespit edilmedi. Bu açıdan hastalarımızda oluşan omuz ağrısı gibi semptomlardan kaçınmak için süper selektif yaklaşımların uygun vakalarda tercih edilebileceğine inanmaktayız.

SBD'nun etkinliği üzerine yapılan çalışmalarda farklı görüşler bildirilmiştir. Muzaffer ve ark. yaptıkları çalışmada radikal ve modifiye boyun diseksiyonu ile SBD'nun rekürrens ve tedavi edici etki oranlarını karşılaştırmışlardır. 61 hastaya SBD, 54 hastaya modifiye boyun diseksiyonu ve diğer 61 hastaya radikal boyun diseksiyonu uygulamışlar ve hastaları minimum iki yıl takip etmişlerdir. Çalışmanın sonucunda araştırmacılar üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptamamışlardır (15). Bu çalışmada SBD yapılan hastalarda 3 yıllık hastalısız takip oranı %92 olarak bulunmuştur.



Son zamanlardaki çalışmalarda SBD'nun baş-boyun skuamöz hücreli karsinomlarında gizli nodal metastaz tedavisi için yeterli olduğu ve bu durum için kapsamlı bir boyun diseksiyonu na gerek olmadığı gösterilmiştir (16). Bizim hastalarımızda da 3 yıllık takipte sadece 4 hastada nüks görülmüş olup gizli metastazların tanı ve tedavisinde SBD'nun etkili olarak bulunmuştur.

SBD postoperatif fonksiyonlar açısından da diğer boyun diseksiyonlarından üstün bulunmuştur (17). Chepeha ve ark.'nın yaptıkları çalışmada modifiye radikal boyun diseksiyonlu hastalarla, SBD yapılan hastalar karşılaştırılmış ve modifiye radikal boyun diseksiyonu yapılan hastalarda omuz fonksiyonları daha kısıtlı bulunmuştur(11). SBD yapılan hastalarda postoperatif yapılan EMG sonuçlarına göre hiçbir hastada omuzda önemli bir fonksiyon kaybı gelişmediği gösterilmiştir(18). Bizim çalışmamızda da SBD yapılan hiçbir hastada omuzda disfonksiyon saptanmadı.

SBD'nun N(+) hastalarda kullanılabileceğini savunan araştırmacılar da mevcuttur (19-21). Buna ek olarak süper SBD'nun ileri evre baş-boyun kanseri olan ve kemo-radyoterapi ile tedavi edilen hastalar için etkili bir müdahale olduğu, tespit edilmiştir(22). Biz de 20 tane N(+) hastaya SBD yaptık. Bu hastalarımızda 3 yıllık takipte sadece 2 hastada nüks görüldü.

Selektif boyun diseksiyonunun en önemli avantajlarından biri de; aynı seansta karşı boyuna müdahale imkanı nı vermesidir. Karşı tarafa boyun diseksiyonu endikasyonu olan hastalarda ipsilateral tarafa agresif cerrahi uygulanmışsa; karşı boyuna müdahale ertelenmek zorunda kalınmaktadır. Karşı boyun diseksiyonu geç olarak yapıldığında, başlangıçta No olan boyun metastatik boyuna dönüşebilmektedir. Bu durumda; hangi tedavi uygulanırsa uygulansın sağ kalımın büyük ölçüde azalmasına neden olmaktadır. Bu nedenle bu tür hastalara SBD'nun yapılması gerektiğine inanılmaktadır.

Sonuç olarak SBD'nun aynı seansta her iki boyuna uygulanabilmesi, morbidite ve mortalitesinin daha az, fonksiyonel ve kozmetik

sonuçlarının daha iyi olması, hekimler tarafından her geçen gün daha iyi gözlenerek, doğru endikasyonlarla uygulanması, bu ameliyatın daha çok yapılmasına ve geliştirilmesine yol açmaktadır. Gelecekte boyundaki bölge ve lokalizasyonlara yönelik süper selektif yaklaşımlarla; boyun diseksiyonlarının daha etkin, daha kolay ve daha az komplikasyonla yapılabileceğine inanılmaktadır.

Kaynaklar

1. Mira E, Benazzo M, Rossi V, Zanoletti E.. Efficacy of selective lymph node dissection in clinically negative neck. Otolaryngol Head Neck Surgery 2002; 127: 279-283.
2. Pellitteri PK, Robbins KT, Neuman T. Expanded application of selective neck dissection with regard to nodal status. Head Neck 1997; 19: 260-5.
3. Kowalski LP, Carvalho AL. Feasibility of Supraomohyoid neck dissection in N1 and N2a oral cancer patients. Head Neck Surgery 2002; 24: 921-924.
4. Davidson J, Khan Y, Gilbert R, Birt BD, Balogh J, MacKenzie R. Is selective neck dissection sufficient treatment for the N0 - Np+ neck? The Journal of Otolaryngology 1997; 26: 229-231.
5. Shah j P, Candela F, Poddar A. The patterns of cervical lymph node metastases from squamous carcinoma of the oral cavity. Cancer 1990; 66: 109-113.
6. Kolli VR, Datta RV, Orner JB, Hicks WL Jr, Loree TR.. The role of supraomohyoid neck dissection in patients with positive nodes. Arch Otolaryngol Head Neck Surgery 2000; 126: 413-416.
7. Medina JE, Byers RM. Supraomohyoid neck dissection: Rationale, indications and surgical technique. Head Neck Surgery 1989; 11: 111-22.
8. Hosal AS, Carrau RL, Johnson JT, Myers EN. Selective neck dissection in the management of the clinically node negative neck. Laryngoscope 2000; 110: 2037-40.
9. Gourin CG. Is selective neck dissection adequate treatment for node – positive disease? Arch Otolaryngol Head Neck Surgery 2004; 130: 1431-1434.
10. Sivanandan R, Kaplan MJ, Lee KJ, Lebl D, Pinto H, Le QT, Goffinet DR, Fee WE Jr.. Long term results of 100 consecutive comprehensive neck dissection. Arch Otolaryngol Head Neck Surgery 2004; 130: 1369-1373.
11. Sivanandan R, Kaplan MJ, Lee KJ, Lebl D, Pinto H, Le QT, Goffinet DR, Fee WE Jr. Posterior triangle metastases of squamous cell carcinoma of the upper



- aerodigestive tract. *The American Journal of Surgery* 1993; 166: 395-398.
12. Li XM, Wei WI, Guo XF, Yuen PW, Lam LK.. Cervical lymph node metastatic patterns of squamous cell carcinomas in the upper aerodigestive tract. *The Journal of Otolaryngology and Otology* 1996; 110: 937-941.
13. Candela FC, Kothari K, Shah JP. Patterns of cervical node metastases from squamous carcinoma of the oropharynx and hypopharyni. *Head Neck* 1990; 12: 197–203.
14. Lohuis PJ, Klop WM, Tan IB, van Den Brekel MW, Hilgers FJ, Balm AJ.. Effectiveness of the therapeutic (N1, N2) selektif neck dissection (levels II to V) in patients with laryngeal squamous cell carcinoma. *The American Journal of Surgery* 2004;187:295-299.
15. Muzaffer K. Therapeutic selective Neck Dissection: A 25 –Year review . *Laryngoscope* 2003; 113: 1460-1465.
16. Park SM, Lee DJ, Chung EJ, Kim JH, Park IS, Lee MJ, Rho YS. Conversion from selective to comprehensive neck dissection: is it necessary for occult nodal metastasis? 5-year observational study. *Clin Exp Otorhinolaryngol* 2013 Jun;6(2):94-8.
17. Chepeha DB, Taylor RJ, Chepeha JC, Teknos TN, Bradford CR, Sharma PK, Terrell JE, Wolf GT. Functional assesment using constant’s shoulder scale after modified radical and selektif neck dissection. *Head Neck Surgery* 2002; 24: 432-436.
18. Lee CH, Huang NC, Chen HC, Chen MK. Minimizing shoulder syndrome with intra-operative spinal accessory nerve monitoring for neck dissection. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2013;33(2):93-6.
19. Byers RM, Clayman GL, McGill D, Andrews T, Kare RP, Roberts DB, Goepfert H.. Selektive neck dissections for squamous cell carcinoma of the upper aerodigestive tract: Patterns of regional failure. *Head Neck* 1999; 21: 499-505.
20. Kerrebijn JD, Freeman JL, Irish JC, Witterick IJ, Brown DH, Rotstein LE, Gullane PJ. Supraomohyoid neck dissection. Is it diagnostic or therapeutic? *Head Neck* 1999; 21: 39-42.
21. Andersen PE, Warren F, Spiro J, Burningham A, Wong R, Wax MK, Shah JP, Cohen JI. Results of selektif neck dissection in manegement of the node – positive neck. *Arch Otolaryngol Head Neck Surgery* 2002; 128: 1180-1184.
22. Robbins KT, Dhiwakar M, Vieira F, Rao K, Malone J. Efficacy of super-selective neck dissection following chemoradiation for advanced head and neck cancer. *Oral Oncol* 2012 Nov; 48(11):1185-9.

