

DUDAK KANSERLERİNDE CERRAHİ TEDAVİ İLE ELDE EDİLEN SONUÇLAR*

*Dr. Ercihan Güney***

*Dr. Mehmet İmamoğlu****

*Dr. Yücel Tanyeri***

*Dr. Mehmet Koyuncu****

*Dr. Atilla Tekat***

Key words : cancer, lip

Anahtar terimler : kanser, dudak

Dudak kanserleri tüm vücut kanserlerinin % 1'inden azını, oral kavite kanserlerinin ise % 25 - 30 unu oluştururlar. Bunların da % 95'den fazlası alt dudağa lokalizedir¹.

Etiolojide en fazla olmak üzere güneş ışığı, sigara, tütün, pipo içme, alkol ve ağız hijyeni bozukluğu suçlanmaktadır. En sık görüldüğü yaşlar 50 - 60 yaşlar arasında olup, erkek - kadın oranı serilere göre değişmekle birlikte 30/1'e kadar çıkabilmektedir⁹. Histolojik olarak dudak kanserlerinin büyük bir kısmını squamöz hücreli karsinomlar teşkil eder. Bunların da % 85'i iyi diferansiye tümörler olup yavaş seyirlidirler⁴.

Gerek seyirlerinin yavaşlığı, gerekse kolayca tanınabilmeleri tedavilerini kolaylaştıran faktörlerdir. Literatürde tedavi ile ilgili değişik görüşler vardır. Radyoterapi, parsiyel rezeksiyon ve radikal cerrahi sıklıkla uygulanan tedavi şekilleridir.

Çalışmamızda squamöz hücreli karsinom tanısı konarak ameliyat edilen 30 hasta gözden geçirilmiş ve sonuçlar sunulmuştur.

Materyel ve Metod

Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak - Burun - Boğaz Anabilim dalında 1979 - 1984 yılları arasında dudakta squamöz hücreli karsinom tanısıyla cerrahi olarak tedavi edilen ve en az 6 ay takip edilen 30 hastada elde edilen sonuçlar değerlendirilmiştir. İncelenen hastaların 4'ü kadın 26'sı erkek olup, hastalar 36 - 82 yaş arasında dağılmıştır. Ortalama yaş 56'dır. Hastalar kabul edildikten sonra dikkatli bir anamnez alınıp, KBB muayenesi, kan ve idrar tetkikleri, tüm hastalarda akciğer grafisi, 40 yaş üzerinde-

* 6. Ulusal Kanser Kongresi 25-30 Nisan 1985 İstanbul. tebliğ edilmiştir

** Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi K.B.B. Anabilim Dalı Doçenti

*** Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi K.B.B. Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

ki hastalarda EKG çekirilmiş, uzak metastaz yönünden araştırma yapmıştır. Lezyonların lokalizasyonu, çapı, infiltrasyon ve invazyon gösterip göstermediği saptanmıştır. Palpasyonla ipsilateral ve kontrilateral suprahyoid bölge, submental bölge ve boyundaki diğer lenfadenopati (LAP) ler araştırılmış, varsa kaydedilmiştir.

Tümörlerin çaplarına göre sınıflandırılmasında Baker ve Krause³ tarafından önerilen ve 1976 yılında ileri sürülen sınıflama esas alınmıştır. (Tablo I) Suprahyoid bölgede veya boyunda LAP saptanamayan T_{1s} ve T₁ lezyonlarda «V rezeksiyon» tarzında parsiyel eksizyon uygulanmış ve hastalar muntazam aralıklarla yakın takibe alınmıştır.

**Tablo I : Tümörlerin büyüklüğüne göre sınıflandırılması
(Baker ve Krause'den adapte edilmiştir.)**

T _{1s}	Karsinoma in situ.
T ₁	En geniş çapı 1 cm'den küçük tümör
T ₂	1 cm'den büyük, 3 cm'den küçük tümör
T ₃	3 cm'den büyük tümör
T ₄	Kemik ve adaleye derin invazyon

Klinik olarak, submandibuler veya submental palpabl LAP saptanan hastalarda lezyonun büyüklüğüne bakılmaksızın tümörün lokalizasyonuna göre yine tek veya iki taraflı suprahyoid diseksiyon yapılmıştır. Ameliyat öncesi yapılan muayenede boyunda LAP saptanan hastalarda boyun diseksiyonu tedaviye ilave edilmiştir.

Ameliyat sırasında tümör çapı 0.5 cm. civarında olan 7 hastamızda dudak rekonstrüksiyonu gerekmemiş geri kalan hastalardan birine Fan flep, diğerlerine de tek veya çift taraflı Bernard plastisi uygulanmıştır.

Bulgular

İncelemeye alınan toplam 30 dudak kanserli hastanın yaş ortalaması 56 olup, kadın - erkek oranı 2/13'dür. Lezyonların % 6.6'sı üst dudakta, % 93.4'ü ise alt dudağa lokalizedir. Hastaların % 67.5'u, yakınmaları başladıktan sonraki ilk bir yıl içinde, % 22.5'u ise bir yıldan itibaren başvuruda bulunmuşlardır.

Tümör büyüklüğüne göre hastaların dağılımı Tablo II de gösterilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi yapılan sınıflamada bir hastamız (% 3.3) T_{1s}, 13 hastamız (% 43.3) T₁, 9 hastamız (% 30.0) T₂ ve 7 hastamız da (% 23.4) T₃ grubunda yer almıştır. T₄ lezyonlu hastamız yoktur.

Tablo II : Tümör büyüklüğünün hastalara göre dağılımı

	Vaka sayısı	%
T _{1s}	1	3.3
T ₁	13	43.3
T ₂	9	30
T ₃	7	23.4
T ₄	—	
TOPLAM	30	100

T_{1s} ve T₁ lezyonu olan toplam 14 hasta aynı zamanda klinik olarak palpabl LAP saptanamayan grubu oluşturmaktadır. Radikal cerrahi uygulanan hastalarda klinik olarak saptanmış adenopatiler Tablo II'de gösterilmiştir. Tümörün büyüklüğü ve lenfadenopatilerin durumu gözönüne alınarak hastalarımızda uygulanan cerrahi tedavilerde Tablo IV'de özetlenmiştir.

Ameliyat sonrası elde edilen spesmen'lerin histopatolojik incelenmesinde suprahyooid diseksiyon yapılan 15 hastanın 2 sinde submandibuler lent nodu metastazı (% 13.3), bir hastamızda mental sinir invazyonu olduğu, çift taraflı boyun diseksiyonu yapılan hastada metastaz bulunmadığı ve bu hastalarda dahil olmak üzere tüm hastalarımızda rezeksiyon sınırlarının salim olduğu tesbit edilmiştir.

Tablo III : Suprahyooid diseksiyon ve radikal boyun diseksiyonu uygulanan hastalarda klinik olarak saptanan adenopatilerin lokalizasyonu.

	Vaka sayısı	%
Aynı taraf submandibuler	6	35.5
Bilateral submandibuler	5	31.2
Submental ve submandibuler	2	12.5
İki taraf juguler ve submandibuler	1	5.3
LAP tesbit edilmeyen	2	12.5
TOPLAM	16	100

Tablo IV : Hastalarımızda uygulanan cerrahi yöntem

	Vaka sayısı	%
«V» Rezeksiyon	14	46.6
Rezeksiyon + Unilateral Suprahyoid	4	13.3
Rezeksiyon + Bilateral Suprahyoid	11	36.6
Rezeksiyon + Bilateral Boyun Dissek.	1	3.5
TOPLAM	30	100

Suprahyoid diseksiyon materyalinde metastaz saptanan 2 hastaya boyun diseksiyonu önerilmiş, ameliyatı kabul etmeyen hastalarımızdan biri kontrole gelmemiş, diğeri ameliyat sonrası 3. yılını herhangi bir nüks göstermeden geçirmiştir. Mental sinir invazyonu olan hastada, mandibulaya infiltrasyon saptanamadığı, suprahyoid diseksiyon materyalinde metastatik lenf nodu bulunmadığı ve muayenesinde boyunda palpabl lenf nodu tesbit edilemediği için parsiyel mandibula rezeksiyonu uygulanmış, boyun diseksiyonu yapılmamıştır. Nitekim bu hastamızın ikinci ameliyatından elde edilen spesmenin histopatolojik incelemesinde mental sinir invazyonunun sadece alt ucda bulunduğu, üst ucun salim olduğu ve mandibula'ya invazyon olmadığı görülmüştür. Bu hastamızda bir yılını herhangi bir nüks göstermeden geçirmiştir.

T. lezyonu olan ve iki taraflı suprahyoid diseksiyon uygulanan 2 hastamızdan birinde bir yıl, diğesinde 3 yıl sonra lokal rekürrens tesbit edilmiştir. Hastalardan birisi teklif edilen 2 nci ameliyatı kabul etmemiştir. Diğesine klinik olarak boyunda lezyon tarafında palpabl LAP tesbit edildiği için, suprahyoid diseksiyon materyalinde metastaza rastlanılmadığı halde tümörün geniş eksizyonu ile beraber aynı taraf boyun diseksiyonu yapılmıştır. Boyun diseksiyonu materyalinde metastaz saptanmamıştır. Bu hastalardan ameliyatı kabul etmeyerek radyoterapi ve daha sonra kemoterapi uygulanan hastamız exitus olmuştur.

Parsiyel rezeksiyon uygulanan hastalarımızın hiçbirinde şimdiye kadar nükse rastlanılmamıştır. Exitus olan bir, takibedilmeyen bir hasta hariç tutulacak olursa geriye kalan 28 hastadan beşi 6 ayını, üçü bir yılını, dördü 2 yılını, üçü 3 yılını, altısı 4 yılını, yedisi 5 yılını nüksüz olarak geçirmişlerdir.

Tartışma

Dudak kanserlerinin % 97'e varan çok büyük kısmı squamöz hücreli karsinom olup, bunlar genellikle iyi diferansiye vermilion hattına lokalize ve bölgesel lenf nodüllerine metastaz yaptığı bilinen tümörlerdir. Tekrar eden

veya geçmeyen ülserasyonlar veya ekzofitik şekillerle kendini gösterebilirler. Süratli büyüyen tipleri olmakla birlikte uzun süre sınırlı kalıp yavaş büyüyen keratolitik formları daha sıktır. Keratolitik formlarda yayılma, ülser formulara göre derin olmayıp, yüzeeldir. Bu nedenle bazı yazarlar bu tür tümörlerin yalnızca lokal eksizyonunu önerirler^{2' 9}. Lenf nodu metastazı olmaksızın T₁ ve T₂ lezyonlarında yalnızca lokal eksizyonla 5 yıllık yaşam şansı % 90 dan daha büyüktür. Radyoterapi ile de aynı oranlarda olmak üzere iyi neticeler alınmaktadır^{3' 4}. Werd ve Hendrick'e¹²

göre, 1 cm.den küçük tümörlerde 5 yıllık yaşam % 95'in üzerindedir. Baker ve Krause³ nun bulguları da bu doğrultudadır. Dudak kanserlerinde lezyon büyüdükçe servikal lenf nodu metastazı bulunma ihtimalinin arttığı bazı yazarlar tarafından bildirilmiştir^{6' 8' 11} Marshall ve Edgerton¹¹ 1.5 cm. den büyük lezyonlar da palpabl LAP olmasada suprahoid diseksiyonu önermektedirler. Bu durum saptanamayan vakalarda hastalar yakın takibe alınmak kaydıyla, suprahoid diseksiyonun ertelenebileceği ileri sürülmüştür¹⁰.

Dudak kanserlerinde başlangıçta saptanan metastatik servikal LAP lerin oranı % 2 ile % 16 arasında değişmektedir^{2' 9}

Yine dudak kanserlerinde hastalık seyri sırasında özellikle ilk 2 yıl içinde % 10 - 15 oranında metastatik LAP görülebileceği bildirilmiştir¹. Hoşal ve arkadaşları⁷ tarafından yapılan bir araştırmada suprahoid bölgede % 14, boyunda % 23 oranında metastaz tesbit edilmiş ve suprahoid diseksiyonun önemi vurgulanmıştır.

Tümörün büyüklüğü, şekli ve metastatik LAP ile birlikte olması ile yaşam oranı değişmekte 5 yıllık yaşam % 60'a hatta fikse servikal LAP olan hastalarda bu oran % 25'e kadar düşmektedir². Dudak kanserlerinde prognozu etkileyen önemli bir faktör de mental sinir invazyonu olup olmamasıdır. 2 cm. den büyük ve özellikle komissürü içine alan lezyonlarda perinöral metastazlara da sık olarak rastlandığı bildirilmiştir³.

Jorgensen ve arkadaşları⁸ 2 cm.den büyük tümörlerde % 7.4 oranında local rekürrens saptamışlardır. Baker ve Krause³, 3 cm. den büyük lezyonlarda, lokal rekürrens oranını % 40 olarak vermişler ve nükslerde servikal metastaz oranının % 31.2 ye çıktığını bildirmişlerdir.

Kendi vakalarımızda elde ettiğimiz neticelere gelince:

Bir cm. den küçük ve klinik olarak palpabl lenf nodu saptayamadığımız ve parsiyel rezeksiyon uyguladığımız 14 hastada bugüne kadar nüks gözlenmemiştir. Radikal cerrahi uyguladığımız toplam 15 hastadan suprahoid

diseksiyon uygulanan 15'inde % 13.3 oranında lenf nodu metastazi saptanmış, boyun diseksiyonu yapılan hastalarda lenf nodu metastazi gözlenmemiştir. Bir hastamızda mental sinir invazyonu bulunmuş, T₃ lezyonu olan iki hastamızda rekürrens görülmüş ve bu hastalardan biri exitus olmuştur.

Gerek toplam, gerekse 5 ve 3 yıllık takipleri tamamlanmış hasta sayımızın az olması nedeniyle, çok kesin olarak fikir ileri sürmemiz doğru olmazsa da literatür bilgilerimiz ve kendi gözlemlerimizin ışığı altında şunları söyleyebiliriz.

Tümörün en geniş çapı 1 cm'i geçmeyen (T₁S, T₁) klinik olarak !AP saptanmayan dudak kanserlerinde hasta muntazam aralıklarla tekibedilmek kaydıyla «V rezeksiyon» uygulanabilir. Klinik olarak lenf nodu saptanan hastalarda tümör çapı ne olursa olsun lenf nodunun lokalizasyonuna göre radikal cerrahi uygulanmalıdır. Yine tümör çapı 1 cm. den büyük lezyonlarda (T₂, T₃, T₄) LAP durumuna bakılmaksızın radikal cerrahi seçilecek tedavi yöntemi olmalıdır.

Özet

Kliniğimizde 1979 - 1984 yıllarında dudakta squamöz hücreli kanser tanısıyla ameliyat edilen 30 hasta, yapılan tedavi şekilleri ve alınan sonuçlar açısından değerlendirilerek takdim edilmiştir. Kannatimize göre dudak kanserinin tedavisinde lezyonun büyüklüğü, bölgesel lenf nodu yayılımı, ve mental sinir invazyonu önemli göstergelerdir. Ancak bu göstergeler gözönüne alınarak uygulanacak cerrahi tedavi ile tatminkar neticele alınması mümkün olacaktır.

SUMMARY

Our experience with squamous cell carcinoma of the lip is presented and contrasted with that of the literatüre. We believe that excellent survival rates can be achieved with carefull examination and well planned surgery.

KAYNAKLAR

- 1 — Ackerman, L.V., and del Ragaie, J.A.: Cancer Diagnosis, Treatment and Prognosis, 4th Ed. C.V. Mosby, St. Louis, 1970.
- 2 — Bailey, B., J.: Management of carcinoma of the lip. *Laryngoscope*. 87:250, 1977.
- 3 — Baker, S.R., and Krause, C.J.: Carcinoma of the lip. *Laryngoscope*, 90:19, 1980.
- 4 — Bernier, J.L., and Clark, M.L.: Squamous cell carcinoma of the lip, *Milit. Surg.* 109:379, 1951.
- 5 — Green, N., and Aragon, R.: Perineural metastases from squamous cell carcinoma of the face. Therapeutic considerations-*Ann. Otol-Rhinol. Larygol.* 90:183., 1981.
- 6 — Hendricks JL, Mendelson BC, Woods JE: Invasive carcinoma of the lower lip. *Surg Clin. North Am.* 57:837, 1977.
- 7 — Hoşal, N. Kaya, S., Ceryan, K., et al.: Alt dudak kanserelrinin cerrahi tedavisinden alınan sonuçlar. XV. Türk Oto-Rino- Larengoloji Kongresi Kitabı. Çeltüt Mot. Koll. Şti. İstanbul, 1982 S. 616.
- 8 — Jorgensen, K., Elbrond, O., Andersen, A.P.: Carcinoma of the lip: A series of 869 cases. *Acta Radiol*, 12:1977, 1973.
- 9 — Lore' J.M., Jr.: *Otolaryngologic Clinics of North America* vol. 12. No. 1, 1979.
- 10 — Lyall, D., Robson, W., Grier, N.: Experiences with squamous carcinoma of the lip with special reference to the role of neck dissection. *Ann. Surg.* 152:1067-60.
- 11 — Marshall, K.A., and Edgerton, M.T.: Indication for neck dissection in carcinoma of the lip. *Am. J. Surg.* 133:216, 1977.
- 12 — Ward, G.E. and Hendrick, J.W.: Results of treatment of carcinoma of the lip. *Surg.* 27:321, 1950.