

Larenks kanserli hastalarda lateral boyun diseksiyonu ile yeterli sayıda lenf nodu çıkarılabiliyor mu?

Can enough lymph nodes be taken out through lateral neck dissection in patients with larynx cancer?

Dr. Ozan Seymen Sezen,¹ Dr. Utku Kubilay,² Dr. Süheyl Haytoğlu,³ Dr. Sevtap Akbulut,¹ Dr. Şeref Ünver¹

¹Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Kliniği, İstanbul, Türkiye

²Sultanbeyli Devlet Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, İstanbul, Türkiye

Amaç: Bu çalışmada lateral boyun diseksiyonunda (LBD), diseke edilen lenf nodu sayısının yeterli olup olmadığı araştırıldı ve radikal ve tip 1 modifiye radikal boyun diseksiyonunda (RBD) aynı lenf nodu bölgelerinden diseke edilen lenf nodu sayıları ile karşılaştırıldı.

Hastalar ve Yöntemler: Ocak 2000 - Haziran 2004 tarihleri arasında 63 larenks kanserli hastaya (52 erkek, 11 kadın; ort. yaş 61.9 yıl; dağılım 48-75 yıl) uygulanmış 98 boyun diseksiyonu materyaline ait veriler retrospektif olarak incelendi. Radikal ve tip 1 modifiye RBD ile LBD'lerde, ikinci, üçüncü ve dördüncü bölgeden çıkarılan lenf nodlarının sayıları her bölge için ayrı ayrı ve toplamda karşılaştırıldı. Primer tümör ve boyun metastazı sınıflaması için Amerikan Ortak Kanser Kurulu (AJCC) tümör nod metastaz (TNM) sınıflandırma sistemi, servikal lenfatik zincir sınıflaması için Memorial Sloan-Kettering Kanser Merkezi sınıflandırma sistemi kullanıldı.

Bulgular: İki hastanın subglottik (%3.17), 19 hastanın glottik (%30.15), 42 hastanın ise supraglottik (%66.66) lezyonu vardı. Radikal boyun diseksiyonu grubunda bu üç bölgeden toplam 732 lenf nodu, LBD grubunda ise 1042 lenf nodu çıkarıldı.

Sonuç: Çalışma bulgularımız, LBD'de yeterli sayıda lenf nodu çıkarıldığını ve RBD'nin çıkarılan lenf nodu sayısı açısından bir üstünlük taşımadığını gösterdi.

Anahtar Sözcükler: Larenks karsinomu; lenf nodu; metastaz; boyun diseksiyonu.

Objectives: This study aims to evaluate whether the number of lymph nodes which are dissected by lateral neck dissection (LND) is enough and to compare the number of lymph nodes which are dissected from the same lymph node regions by radical and type 1 modified radical neck dissection (RND).

Patients and Methods: Between January 2000 and June 2004, data of 98 neck dissection materials which were performed to 63 patients (52 males, 11 females; mean age 61.9 years; range 48 to 75 years) with larynx cancer were retrospectively analyzed. The number of lymph nodes taken from the second, third and fourth regions of radical and type 1 modified RND and LND were individually and totally compared. The American Joint Committee on Cancer (AJCC) tumor node metastasis (TNM) classification system was used for primary tumor and neck metastasis classification, while the Memorial Sloan-Kettering Cancer Center classification system was used for the classification of cervical lymphatic chain.

Results: Two patients (3.17%) had subglottic, 19 (30.15%) had glottic, and 42 (66.66%) had supraglottic lesions. A total of 732 lymph nodes were removed from three regions in RND group, while 1042 lymph nodes were removed in LND group.

Conclusion: Our study results showed that the number of lymph nodes removed by LND was sufficient and RBD was not superior in terms of the number of lymph nodes removed.

Key Words: Larynx carcinoma; lymph node; metastasis; neck dissection.



Baş boyun kanserlerinde, N₀ ve N₁ boyna sahip hastalara uygulanan elektif boyun diseksiyonları tüm lenfoid olmayan yapılar (spinal aksesuar sinir, sternokleidomastoid kas, jugüler ven) ve bazı bölgelerdeki lenf nodu grupları korunarak yapılır. Bir elektif boyun diseksiyonu tipi olan lateral boyun diseksiyonu (LBD) II, III. ve IV. lenf nodu bölgeleri çıkarılarak, larenks, orofarenks ve hipofarenks tümörlerinde uygulanır. Lateral boyun diseksiyonunun radikal boyun diseksiyonuna (RBD) göre en önemli avantajları ameliyat süresinin daha kısa olması ve hasta morbiditesinin daha az olmasıdır. Bununla birlikte dar bir alanda çalışılması, bazı bölgelere ulaşım zorluğu ve daha fazla deneyim gerektirmesi, bu ameliyatta yeterli miktarda lenf nodunun temizlenip temizlenemediği sorusunu akla getirmektedir. Bu sorunun yanıtını arayan çok sayıda çalışma yapılması nedeniyle, bu çalışmada LBD uygulanmış larenks kanserli hastalar ile RBD ve modifiye RBD (tip 1) uygulanmış larenks kanserli hastalarda II, III. ve IV. bölgeden çıkarılan lenf nodu sayıları karşılaştırıldı.

HASTALAR VE YÖNTEMLER

Ocak 2000 - Haziran 2004 tarihleri arasında 63 larenks kanserli hastaya (52 erkek, 11 kadın; ort. yaş 61.9 yıl; dağılım 48-75 yıl) uygulanmış 98 boyun diseksiyonuna ait dökümanlar retrospektif olarak incelendi. Primer tümör ve boyun metastazı sınıflaması için Amerikan kanser birliği komitesi (American Joint Committee on Cancer) tümör sınıflandırma sistemi, servikal lenfatik zincir sınıflaması için Memorial Sloan-Kettering kanser merkezi sınıflandırması kullanıldı.^[1,2] Boyunda II, III. ve IV. bölgeye ait lenf nodlarının histopatolojisine ait bulgu içermeyen boyun diseksiyonu uygulanan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Radikal boyun diseksiyonu ve tip 1 modifiye RBD uygulanan hastalar bir grupta (RBD grubu), LBD uygulanan hastalar diğer bir grupta (LBD grubu) toplandı. Hastaların boyun diseksiyonu materyali ameliyat

sırasında, ameliyatı yapan cerrah tarafından lenf nodu bölgelerine ayrıldı. Ameliyatların tümü, bu konuda yeterli deneyime sahip dört kulak burun boğaz (KBB) uzmanı tarafından gerçekleştirildi. Lenf nodu bölgeleri %4 formalinde fikse edildi. Patologlar tarafından palpasyonla hissedilen 5 mm ve üstü büyüklükteki lenf nodları kesitler halinde hazırlandı ve bu kesitler hematoksil-eozin ile boyanarak incelendi. Her iki grupta, spinal aksesuar sinir üzerinde kalan supraretrospinal reses ya da IIB bölgesi olarak adlandırılan bölge de dahil olmak üzere II, III. ve IV. bölgelerinden diseke edilen lenf nodları kaydedildi.

BULGULAR

Tüm hastalar incelendiğinde iki hastanın subglottik (%3.17), 19 hastanın glottik (%30.15), 42 hastanın ise supraglottik lezyonu (%66.66) vardı. Altmış üç hastanın 21'i (%33.33) N₀, 17'si (%26.94) N₁, 25'i (%39.68) ise N₂ boyna sahipti. Radikal boyun diseksiyonu grubunda 40 hasta, LBD grubunda 58 hasta bulunmaktaydı. Radikal boyun diseksiyonu grubunda II. bölgeden 266, III. bölgeden 250, IV. bölgeden 216 adet lenf nodu temizlenirken, LBD grubunda II. bölgeden 399, III. bölgeden 315, IV. bölgeden de 328 adet lenf nodu temizlendi. Radikal boyun diseksiyonu grubunda her üç bölgeden temizlenen toplam lenf nodu sayısı 732 (40 diseksiyon) iken bu sayı LBD grubunda 1042 (58 diseksiyon) idi. T evrelerine göre de her iki grupta temizlenen lenf nodu sayısı belirlendi (Tablo 1, 2). İkinci bölgedeki lenf nodu sayısına göre lateral ve radikal grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0.05). Üçüncü bölgedeki lenf nodu sayısına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0.05). Dördüncü bölgedeki lenf nodu sayısına göre de gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0.05). Toplamdaki lenf nodu sayısına göre, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0.05) (Tablo 3).

Tablo 1. Radikal ve tip 1 modifiye radikal diseksiyonlarında temizlenen lenf nodu sayıları

	T ₂		T ₃		T ₄		Toplam	
	Lenf nodu	Boyun	Lenf nodu	Boyun	Lenf nodu	Boyun	Lenf nodu	Boyun
II. Bölge	39	5	86	17	141	19	266	40
III. Bölge	21	5	102	17	127	19	250	40
IV. Bölge	21	5	117	17	78	19	216	40
Toplam	81	5	305	17	346	19	732	40

Tablo 2. Lateral boyun diseksiyonlarında temizlenen lenf nodu sayıları

	T ₂		T ₃		T ₄		Toplam	
	Lenf nodu	Boyun	Lenf nodu	Boyun	Lenf nodu	Boyun	Lenf nodu	Boyun
II. Bölge	141	22	113	16	145	20	399	58
III. Bölge	133	22	91	16	91	20	315	58
IV. Bölge	119	22	97	16	112	20	328	58
Toplam	393	22	301	16	348	20	1042	58

TARTIŞMA

Son yıllarda larenks kanserli ve N₀ ve N₁ boyunlu hastalarda selektif boyun diseksiyonu tiplerinden LBD çok fazla kullanılmaktadır. Radikal ve modifiye RBD'de sternokleidomastoid kasının eksize edilerek daha geniş bir görüş alanı oluşması tüm lenf nodlarının diseke edildiği ve tüm boyun bölgelelerinin kontrolünün sağlandığı hissini vermektedir. Ancak tip 3 modifiye radikal ve LBD sırasında sternokleidomastoid kasının üst arka köşesi gibi derin ve nispeten ulaşılması güç bölgeler bulunmakta ve cerrahda yeterli sayıda lenf nodu çıkarıp çıkarmadığı konusunda bir endişe olabilmektedir.

Retrospektif bazı çalışmalarda RBD sırasında temizlenen lenf nodu sayısı 37 ile 67 arasında belirtilmiştir.^[3-6] Lenf nodu sayımının nasıl yapıldığı çoğu çalışmada belirtilmemiştir. Sayım fikse edilmiş örnekte yapıldığında bölgeler arasında ayırım yapmak zordur. Bu nedenle lenf nodu bölgelerinin ayırımının, cerrah tarafından masada yapılması bölgelerdeki nod sayıları hakkında daha kesin bilgi verir.^[6]

Uluslar arası kanser birliğinin (International Union Against Cancer) TNM sınıflaması 5. baskısında, selektif bir boyun diseksiyonunda altı ya da daha fazla lenf nodu çıkarılması gerektiği bildirilmiştir.^[7]

Brezilya baş boyun kanser çalışma grubu larenks kanserleri için yapılmış LBD'de lenf nodu sayısını ortalama 22, (dağılım, 3-56) olarak bildi-

rirken tip 3 modifiye RBD için bu sayıyı ortalama 30 (dağılım, 7-91) olarak bildirmiştir.^[8] Değişik türde baş boyun kanserli hastalara uygulanan, selektif boyun diseksiyonlarında çıkarılan lenf nodu sayısı Van den Brekel ve ark.^[9] tarafından ortalama 15, Friedman ve ark.^[10] tarafından ise ortalama 30 olarak bildirilmiştir. Leon ve ark.^[11] larenks kanserli hastalarda yaptıkları çalışmada, hastalarda rutin olarak II. ve III. bölgeleri diseksiyona dahil ettikleri selektif bir boyun diseksiyonu uygulamışlar ve çalışma sonucunda tek taraf boyundan diseke edilen ortalama lenf nodu sayısını 18 olarak saptamışlardır. Ambrosch ve ark.^[12] da aynı bölgeleri diseke ettikleri 503 kişilik üst aerodigestif squamöz hücreli kanser olgusunda çıkarılan lenf nodu sayısını ortalama 17 olarak bildirmişlerdir. Spriano ve ark.^[13] 1.252 larenks kanseri olgusunu içeren geniş serilerinde hastalara II, III, IV. ve V. bölgeleri içeren selektif bir boyun diseksiyonu uygulamışlar ve boyunun tek tarafında ortalama 26.2 lenf nodu diseke etmişlerdir. Larenks kanserli hastalarda yapılan başka bir çalışmada 657 boyna modifiye RBD, 13 boyna da RBD uygulanmış ve diseke edilen lenf nodu sayısı ortalama 24±8 olarak bulunmuştur.^[14]

Literatürde LBD, RBD ve tip 1 modifiye RBD yöntemleri ile diseke edilen ve diseke edilen lenf nodu sayılarının karşılaştırıldığı herhangi bir çalışmaya rastlanmadı. Çalışmamızda LBD grubunda ortalama 17.91, RBD grubunda ise 18.3 lenf nodu diseke edildiği saptandı. Bu ortalamalar ve her lenf nodu bölgesinin ayrı ayrı karşılaştırılması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Bu sonuçlar, larenks kanserli hastaların tedavisinde yeterli sayıda lenf nodunun diseke edilmesi açısından LBD'nin, RBD'deki sonuçlara ulaşabildiğini ve RBD'nin, daha az sürede uygulanabilen ve daha az hasta morbiditesine neden olan LBD'ye -diseke edilen lenf nodu sayısı açısından- bir üstünlük taşımadığını gösterdi.

Tablo 3. Bölgelere göre lenf nodu sayısı karşılaştırılması

	Selektif	Radikal	p
	Ort.±SS	Ort.±SS	
II. Bölge	6.77±4.04	6.65±3.49	0.887
III. Bölge	5.18±3.70	6.25±5.52	0.422
IV. Bölge	6.00±4.69	5.40±4.56	0.481
Toplam	17.91±7.50	18.3±9.26	0.821

Ort.±SS: Ortalama ± standart sapma.

Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. American Joint Committee on Cancer. In: Manual for staging of cancer. 4th ed. Philadelphia: J. B. Lippincott; 1992. P. 27-44.
2. Shah JP, Strong E, Spiro RH, Vikram B. Surgical grand rounds. Neck dissection: current status and future possibilities. Clin Bull 1981;11:25-33.
3. McGavran MH, Bauer WC, Ogura JH. The incidence of cervical lymph node metastases from epidermoid carcinoma of the larynx and their relationship to certain characteristics of the primary tumor. A study based on the clinical and pathological findings for 96 patients treated by primary en bloc laryngectomy and radical neck dissection. Cancer 1961;14:55-66.
4. Candela FC, Shah J, Jaques DP, Shah JP. Patterns of cervical node metastases from squamous carcinoma of the larynx. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1990;116:432-5.
5. Candela FC, Kothari K, Shah JP. Patterns of cervical node metastases from squamous carcinoma of the oropharynx and hypopharynx. Head Neck 1990;12:197-203.
6. Buckley JG, MacLennan K. Cervical node metastases in laryngeal and hypopharyngeal cancer: a prospective analysis of prevalence and distribution. Head Neck 2000;22:380-5.
7. International Union Against Cancer. TNM Classification of malignant tumours. 5th ed. New York: Wiley-Liss; 1997. p. 33-36.
8. End results of a prospective trial on elective lateral neck dissection vs type III modified radical neck dissection in the management of supraglottic and transglottic carcinomas. Brazilian Head and Neck Cancer Study Group. Head Neck 1999;21:694-702.
9. van den Brekel MW, van der Waal I, Meijer CJ, Freeman JL, Castelijns JA, Snow GB. The incidence of micrometastases in neck dissection specimens obtained from elective neck dissections. Laryngoscope 1996;106:987-91.
10. Friedman M, Lim JW, Dickey W, Tanyeri H, Kirshenbaum GL, Phadke DM, et al. Quantification of lymph nodes in selective neck dissection. Laryngoscope 1999;109:368-70.
11. León X, Quer M, Orús C, Sancho FJ, Bague S, Burgués J. Selective dissection of levels II-III with intraoperative control of the upper and middle jugular nodes: a therapeutic option for the N0 neck. Head Neck 2001;23:441-6.
12. Ambrosch P, Kron M, Pradier O, Steiner W. Efficacy of selective neck dissection: a review of 503 cases of elective and therapeutic treatment of the neck in squamous cell carcinoma of the upper aerodigestive tract. Otolaryngol Head Neck Surg 2001;124:180-7.
13. Spriano G, Piantanida R, Pellini R, Muscatello L. Elective treatment of the neck in squamous cell carcinoma of the larynx: clinical experience. Head Neck 2003;25:97-102.
14. Redaelli de Zinis LO, Nicolai P, Tomenzoli D, Ghizzardi D, Trimarchi M, Cappiello J, et al. The distribution of lymph node metastases in supraglottic squamous cell carcinoma: therapeutic implications. Head Neck 2002;24:913-20.