



Baş-Boyun Tümörlerinde Erken Evre-Prognoz İlişkisi

Prognosis of Early Stage Head and Neck Cancer

Neslihan YAPRAK, Alper DERİN

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, KBB-BBC Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

Correspondence Address
Yazışma Adresi

Neslihan YAPRAK
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi,
KBB-BBC Anabilim Dalı,
Antalya, Türkiye
E-mail:
neslihan yaprak@akdeniz.edu.tr

Anahtar Sözcükler: Baş-boyun kanseri, Prognoz, Erken evre
Key Words: Head and neck cancer, Prognosis, Early stage

Erken Evre Baş-Boyun Tümörlerinde Prognoz

Baş-boyun kanserleri oral kavite, farenks, larenks, nazal kavite ve paranasal sinüslerin sıklıkla epitelinden köken alan tümörlerdir. Epitelyal tümörlerin büyük çoğunluğunu ise skuamöz hücreli karsinomlar oluşturur. Her yıl yeni tanı kanserlerin yaklaşık %6'sını baş-boyun kanserleri oluşturmaktadır(1). En sık 6. dekadta ve daha çok erkeklerde görülür. En önemli risk faktörü sigara ve alkol tüketimidir. Bunun yanında human papilloma virüsün de(HPV) baş-boyun tümörleri gelişiminde büyük rol oynadığı bildirilmektedir. Özellikle HPV tip 16 ve 18'in baş-boyun kanserleri ile yakın ilişkisi gösterilmiştir. Bu tümörlerin yaklaşık %25'inde HPV genomik DNA varlığı belirtilmektedir(2).

Prognozun iyi olduğu dönemde tanı alarak hastalısız ve yaşam kalitesinde düşüşe neden olacak fonksiyon kaybı olmaksızın yüksek oranda sağ kalım sağlanabilen kanserler erken evre olarak değerlendirilir. Baş-boyun kanserlerinde en sık American Joint Committee on Cancer (AJCC)'nin TNM(T-Primer tümör evresi, N-boyun metastazı evresi, M-uzak metastaz evresi) evrelemesi kullanılır(3).

Baş-boyun kanserlerine genel olarak bakıldığında kür oranı %50-60 arasında değişmektedir. Yani şu an bilinen tüm tanı ve tedavi olanakları uygulansa da iki hastadan birinde sağ kalım sağlanabilmektedir. Son derece heterojen olan bu hastalık grubunda tümör, hasta ve tedaviye ait birçok faktöre bağlı olarak kür oranları %95'lerden(erken evre glottik kanserler) %30'lara(özefagus kanserleri) kadar değişkenlik göstermektedir. TNM evrelemesi göz önünde bulundurularak yapılan değerlendirmeye göre erken evre(T1N0M0, T2N0M0) tümörlerde kür oranı %80 iken, boyun metastazı ile bu oran %40'lara, uzak metastaz yaptığında ise %20'lere düşmektedir(4). Baş-boyun kanserlerinde boyun tutulumunun prognostik faktörlerin başında gelmesinden dolayı, boyunun tam değerlendirilmesinin ve tedaviye eklenmesinin gerekliliği artık tartışmasızdır. Boyun değerlendirmesi sırasında boyun metastaz riskini arttıran durumlar göz önünde bulundurulmalıdır. Tümörün yerleşimi (nazofarenks, dil, supraglottik larenks, hipofarenkste yerleşim gösteriyorsa risk yüksek iken, paranasal sinüsler, glottik larenkste yerleşim gösteriyorsa risk daha düşüktür), primer tümörün boyutu (T1 ve T2 tümörlerde boyun metastazı riski düşük iken, T3 ve T4 tümörlerde yüksek oranda boyun metastazı mevcuttur), tümörün diferansiyasyonu (iyi diferansiyasyonlu tümörlerde risk düşüktür) ve primer tümörde perinöral, lenfatik ve vasküler invazyon olup olmaması boyun değerlendirmesi sırasında dikkat edilmesi gereken

Geliş tarihi \ Received : 30.11.2015
Kabul tarihi \ Accepted : 12.01.2016

DOI: 10.17954/amj.2016.45

etkenlerdir. Metastatik lenf nodu sayısı arttıkça, yani tümör evresi arttıkça prognoz kötüleşir(5). Lenf nodu metastazının yerleşim yeri de prognoza etkilidir. Metastatik lenf nodu ne kadar alt seviyelerde yerleşimli ise ve belli lenf drenajı kalıbı dışında atlama tarzında metastaz varsa prognoz o kadar kötüdür. Erken evre baş-boyun tümörlerinde bu duruma çok nadir rastlanır(6).

Baş-boyun kanserlerinde diğer tümörlere oranla uzak metastaz riski daha düşüktür. Uzak metastaz varlığı sağ kalım oranını ciddi şekilde düşürürken, uygulanacak agresif tedavilere bağlı olarak ortaya çıkacak yan etkiler nedeniyle hastanın yaşam kalitesinde büyük ölçüde düşürecektir. Primer tümörün lokalizasyonu ve evresi, boynun nodal durumu uzak metastaz insidansını etkiler. Tümör kitlesinin çok büyük ve cilt tutulumunun olduğu ileri evrelerde, özellikle boyunda yaygın tutulum ve büyük damar invazyonunun olduğu olgularda uzak metastaz riski çok yüksektir. Uzak metastazın en sık görüldüğü organ akciğerdir. Daha az sıklıkta sırasıyla kemik, karaciğer ve deride görülür. Erken evre tümörlerde uzak metastaz riski çok düşüktür. Bu nedenle bazı otörler erken evre baş-boyun kanserli olguların yıllık akciğer grafisi ile takibinin yeterli olacağını düşünmektedir(7,8).

Baş-boyun kanserleri majör kanserler arasında görülme oranı olarak daha alt sıralarda yer almasına rağmen yerleşim bölgesinin anatomik, kozmetik ve fonksiyonel özellikleri nedeniyle ayrı bir öneme sahiptir. Anatomik önemi; beyine, göze ve kafa çiftlerine yakın olması, hastalığın ilerlemesi ile bu yapıların tutulması ve prognoz hızla düşmesine yol açmasındandır. Fonksiyonel olarak baş-boyun bölgesi beslenme, solunum gibi yaşamsal işlevlerin gerçekleştirildiği organları barındırır. Bu fonksiyonların kaybı hastanın yaşam kalitesinde büyük düşüşe neden olduğu gibi, beslenme bozukluklarının yol açabileceği komplikasyonlarla mortalitenin artmasına yol açacaktır. Kozmetik açıdan ise tümörün lokal yayılımının yol açacağı problemlerin yanında, uygulanacak cerrahiler sonrası deformiteler oluşabilir(9). Erken evre tümörlerde yakın anatomiden kaynaklı oluşabilecek sorunlar çok daha ender görülürken, fonksiyonel ve kozmetik açıdan da büyük sıkıntılar oluşmadan kür sağlanması mümkündür. Bu hastalarda organ koruyucu tedavilerin çok iyi yanıt vermesi fonksiyon kaybı olmadan kür sağlanmasına imkan vermektedir.

KAYNAKLAR

1. Yücel B, Eren MF, Atesever EA, Kaçan T, Hasbek Z, Şeker MM. Prognosis in head and neck cancer: the importance of the patient-,and treatment-related factors. *J Med Updates* 2013; 3(3):109-115.
2. Bray F, Parkin DM. Evaluation of data quality in the cancer registry: principles and methods. Part I: comparability, validity and timeliness. *Eur J Cancer*. 2009 Mar; 45(5):747-55.
3. Deschler DG, Moore MG, Smith RV, eds. *Quick Reference Guide to TNM Staging of Head and Neck Cancer and Neck Dissection Classification*, 4th ed. Alexandria, VA: American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery Foundation, 2014.
4. Tomik J, Skladzien J, Modrzejewski. Evaluation of cervical lymph node metastasis of 1400 patients with cancer of the larynx. *Auris Nasus Larynx* 2001; 28:233-40.
5. Xing Y, Zhang J, Lin H, Gold KA, Sturgis EM, Garden AS, Lee JJ, William WN Jr. Relation between the level of lymph node metastasis and survival in locally advanced head and neck squamous cell carcinoma. *Cancer*. 2015 Nov 10.
6. Cummings BJ. Radiotherapy and management of the cervical lymph nodes. In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE, Richardson MA, editors. *Otolaryngology head and neck surgery*. 3rd ed, Vol. 3, Ch. 94, St. Louis: Mosby, 1998; 1768.
7. Wiegand S, Zimmermann A, Wilhelm T, Werner JA. Survival After Distant Metastasis in Head and Neck Cancer. *Anticancer Res*. 2015 Oct; 35(10):5499-502.
8. Ferlito A, Shaha AR, Silver CE, Rinaldo A, Mondin V. Incidence and sites of distant metastases from head and neck cancer. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec*. 2001 Jul-Aug; 63(4):202-7.
9. Clayman GL, Lippman SM, Laramore GE, Hong WK. Neoplasms of the head and neck. In: Bast, Kufe, Pollock, Weichselbaum, Holland, Frei, editors. *Cancer medicine*. 5th ed, London: BC Decker Inc., 2000;1173-220.