

Oral Sküamöz Hücreli Karsinom Evreleme Bulgularının Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi

Retrospective Evaluation of Oral Squamous Cell Carcinoma Staging Outcomes

Alican KURAN^a, Umut SEKİ^b, Büşra YAPRAK BAYRAK^b, Murat ÖZTÜRK^c, Enver Alper SİNANOĞLU^a

^aKocaeli Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Radyolojisi AD, Kocaeli, Türkiye
^bKocaeli University, Faculty of Dentistry, Department of Oral and Maxillofacial Radiology, Kocaeli, Türkiye

^cKocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji AD, Kocaeli, Türkiye

^dKocaeli University, Faculty of Medicine, Department of Medical Pathology, Kocaeli, Türkiye

^eKocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz AD, Kocaeli, Türkiye

^fKocaeli University, Faculty of Medicine, Department of Ear Nose and Throat, Kocaeli, Türkiye

ÖZ

Amaç: Oral kavitede görülen malign tümörlerin %85-95'i, oral mukozayı döşeyen skuamöz epitelden köken almaktadır. Oral skuamöz hücreli karsinom (OSHK) genellikle ileri evrelerde teşhis edildiği için çeşitli komplikasyonlara ve yüksek mortalite oranına sahip olan bir kanser türüdür. TNM evrelemesi malign tümörlerin prognozunu değerlendirmek amacıyla en sık kullanılan sistemlerden biridir. Bu çalışmada histopatolojik olarak OSHK tanısı konulmuş olguların TNM evrelenmesi için gerekli bulgular retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntemler: 2018-2023 yılları arasında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalında incelenmiş ve OSHK tanısı almış olgular retrospektif olarak değerlendirilmiştir. OSHK olgularının TNM evrelenmesi için lezyon boyutu, tümör invazyon derinliği, metastaz varlığı, lenf nodu tutulumu ve boyutu değerlendirilmiştir. Ayrıca hastaların demografik bilgileri, tümör lokalizasyonu ve diferansiyasyon derecesinin TNM evrelenmesiyle ilişkisi değerlendirilmiştir.

Bulgular: Bu çalışmada 15 erkek ve 18 kadın olmak üzere 33 OSHK olgusu retrospektif olarak değerlendirilmiştir. İyi diferansiyasyon gözlenen 16 olguda tümör boyutu ortalama 2,4 cm, orta derece diferansiyasyon gözlenen 17 olguda ise 3,3 cm olarak bulunmuştur. İyi diferansiyasyon gözlenen olgular en sık dil tutulumu gösterirken, orta derece diferansiyasyon olgularda dil dışında gingiva, retromolar bölge ve bukkal mukozada da tutulum saptanmıştır. Orta derece diferansiyasyonlu 4 olguda lenf nodu tutulumu mevcuttur. Hiçbir olguda metastaz saptanmamıştır.

Sonuç: Oral kavitedeki tümörlerin boyutu 2 cm'den küçük olduğunda (T1) BT veya MR gibi görüntüleme yöntemleriyle tespit edilemez. Boyutu 2 cm'den büyük olduğunda (T2 ve üstü) çevre dokulara invazyon ve metastaz yapma olasılığı artar. Bu yüzden diş hekimleri prekanseröz lezyonları tanımalı ve özellikle ileri yaşlardaki hastalarda ülsere/eroziv lezyonlara dikkat etmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sküamöz hücreli karsinom, Tümör evrelemesi, TNM

Giriş

Ağız kanseri, birçok ülkede ağız hastalıklarından kaynaklanan ölümlerin ana nedeni olarak kabul edilmektedir. Son küresel tahminler 2020 yılında 377.713 yeni vaka ve 177.757 ölüm vakası olduğunu ortaya koymuştur. Türkiye'de ise 2020 yılında 2.103 yeni vaka ve 592 ölüm vakası olduğu bildirilmiştir.¹ Oral skuamöz hücreli karsinom (OSHK), ağız ve orofarenksin müköz membranından kaynağını alarak ağız kanserlerinin %90'dan fazlasını oluşturmaktadır.² Dil, ağız tabanı, bukkal mukoza, alveolar sırtlar, retromolar bölge ve sert damak dahil olmak üzere ağız boşluğu kanserleri, klasik olarak iyileşmeyen bir ağız yarası veya ülser ile kendini gösterir.³

40 yaş üzeri erkeklerde daha fazla oranda görülmeyle birlikte, OSHK oluşumunda en önemli etiyolojik faktör olan sigara ve alkol kullanımının

ABSTRACT

Background: Between 85-95% of malignant tumors in the oral cavity originate from squamous epithelium lining the oral mucosa. Oral squamous cell carcinoma (OSCC) is a type of cancer with various complications and a high mortality rate because it is usually diagnosed at advanced stages. TNM most commonly used systems to evaluate the prognosis of malignant tumors. In this study, the findings required for TNM staging of patients with histopathologically diagnosed OSCC were evaluated retrospectively.

Methods: We retrospectively evaluated the patients who were examined in Kocaeli University Faculty of Medicine, Department of Pathology between 2018 and 2023 and diagnosed with OSCC. For TNM staging of OSCC cases, lesion size, depth of tumor invasion, presence of metastasis, lymph node involvement and size were evaluated. In addition, demographic data, tumor localization and differentiation grade were evaluated in relation to TNM staging.

Results: In this study, 33 OSCC cases were retrospectively evaluated. Mean tumor size was 2.4 cm in 16 cases with good-differentiation and 3.3 cm in 17 cases with moderate-differentiation. While good-differentiated cases most commonly involved the tongue, moderately differentiated cases involved the gingiva. Lymph node involvement was present in 4 moderately differentiated cases. Metastasis was not detected in any case.

Conclusion: When the size of tumors in the oral cavity is less than 2 cm (T1), they cannot be detected by CT or MR. When the size is larger than 2 cm (T2 and above), the possibility of invasion and metastasis to surrounding tissues increases. Therefore, dentists should pay attention to ulcerated/erosive lesions.

Keywords: Squamous cell carcinoma, Tumor staging, TNM

son yıllarda artması nedeniyle kadınlarda da yaygın bir biçimde görülmeye başlamıştır.⁴

OSHK'lar histolojik olarak veya TNM sınıflamasına göre sınıflandırılabilir. Hastalığın prognozu ile ilişkili olan sınıflandırmalar daha önemlidir.⁵ Histolojik olarak OSHK; epitel hücre hiperplazisi ile başlayan, ardından displazi (hafif, orta ve şiddetli), karsinoma in situ ve nihayetinde invaziv karsinoma ile devam eden sıralı bir dizi adımı takip eder.³ TNM evre sınıflandırması "tümör" (T), "lenf nodu" (N) ve metastaz (M) özelliklerini kullanarak tümörün özelliklerini ele alır; burada "T" primer tümörün (T) boyutunu, "N" bölgesel lenf nodunun var olup olmadığını ve boyutunu, "M" uzak metastazın var olup olmadığını gösterir.⁶ TNM evrelemesi, gelişen tanı ve tedavi sürecinin bir sonucu olarak, tümör biyolojisinin ve hastalık davranışının daha iyi anlaşılmasının yanı sıra ayrıca hastalara daha iyi bir prognoz sağlanması

Gönderilme Tarihi/Received: 1 Kasım, 2023

Kabul Tarihi/Accepted: 15 Mart, 2024

Yayınlanma Tarihi/Published: 19 Ağustos, 2024

Atıf Bilgisi/Cite this article as: Kuran A, Seki U, Yaprak Bayrak B, Öztürk M, Sinanoğlu EA. Oral Sküamöz Hücreli Karsinom Evreleme Bulgularının Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. Selcuk Dent J 2024;11(2): 182-186 Doi: 10.15311/selcukdentj.1384718

Sorumlu yazar/Corresponding Author: Alican KURAN

E-mail: alicankuran_15@hotmail.com

Doi: 10.15311/selcukdentj.1384718

amacıyla geliştirilmiştir.⁷ Bu evreleme sistemi hekimlere hasta prognozu ve yönetim kararları için güvenilir bir kaynak sağlamıştır. Genellikle, T1 ve T2 tümörlerin boyun lenf nodu metastazı rölatif riski sırasıyla %10 ve %30 iken, T3 ve T4 tümörlerinki belirgin şekilde daha yüksektir. OSHK'da en önemli prognostik faktörün servikal lenf nodu metastazı varlığı olduğu ve bu durumun hastaların genel sağ kalımını %50 oranında azalttığı tespit edilmiştir.⁸ Ayrıca OSHK hastalarının ortalama %60-65'inin teşhis anında TNM evre III ve IV olduğu ve bu ileri evrelerde tespit edilmenin ana nedeninin ise tanıda gecikme olduğu bildirilmiştir.⁹

Tanıda gecikme, hastaya bağlı ve hekime bağlı olmak üzere iki farklı sebeple meydana gelebilir. Hastaya atfedilen gecikmenin ana nedenlerinden birinin OSHK ve ilgili risk faktörleri hakkında hastaların yeterli bilgiye sahip olmadığı söylenmiştir.¹⁰ Buna ek olarak, OSHK'ların patognomonik belirtilerinin veya semptomlarının olmaması, hastalar tarafından dental problemlerle ilgili durumlarla karıştırılmalarına neden olmaktadır. Hekime bağlı gecikmeye katkıda bulunan faktörlerle ilgili olarak ise, sağlık çalışanlarının bilgi, farkındalık ve eğitim eksikliğinin belirleyici bir rol oynayabileceği bildirilmiştir.¹¹

Bu çalışmanın amacı, OSHK'ların histopatolojik özelliklerini değerlendirmenin yanı sıra hastaların demografik bilgileri, tümör lokalizasyonu ve diferansiyasyon derecesinin TNM evrenmesiyle ilişkisinin değerlendirilerek bu sınıflamanın ve erken tanının önemini vurgulamaya çalışmaktır.

GEREÇ ve YÖNTEMLER

Araştırmamız, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı'nda 2018-2023 yılları arasında histopatolojik tanı için gönderilen olgular içinde OSHK tanısı almış 33 olguyu kapsamaktadır. Değerlendirme yapılırken yaş, cinsiyet, lokalizasyon, diferansiyasyon derecesi, tümör boyutu, tümör invazyon derinliği, komşu dokulara yayılım, lenf düğümü tutulumu, lenf düğümü boyutu, kapsül dışı yayılım, uzak metastaz özellikleri ile karşılaştırılmıştır.

Lokalizasyon olarak OSHK olguları; dil, ağız tabanı, mandibular alveolar kret, maksiller alveolar kret, dudak, yanak, damak ve retromolar bölge şeklinde gruplanmıştır.

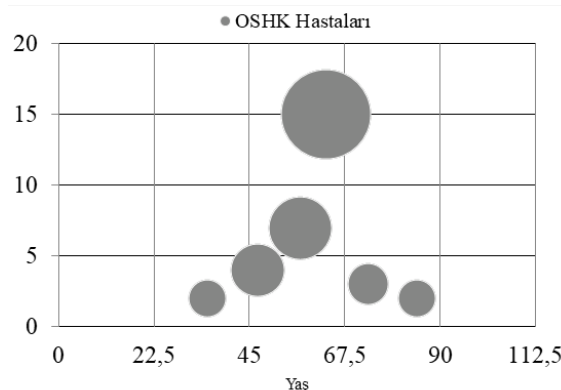
Diferansiyasyonları açısından mikroinvazif, iyi, orta ve az diferansiyasyon olarak dört grup üzerinden inceleme yapılmıştır. Ayrıca hastaların demografik bilgileri, tümör lokalizasyonu ve diferansiyasyon derecesinin TNM evrenmesiyle ilişkisi değerlendirilmiştir.

İstatistiksel olarak verileri değerlendirirken ortanca, minimum maksimum değerler ile nominal değişiklikler sayı ve yüzde olarak gösterilmiştir. Tüm grafikler ve istatistiksel değerlendirmeler Microsoft Office Excel programı kullanılarak yapılmıştır.

BULGULAR

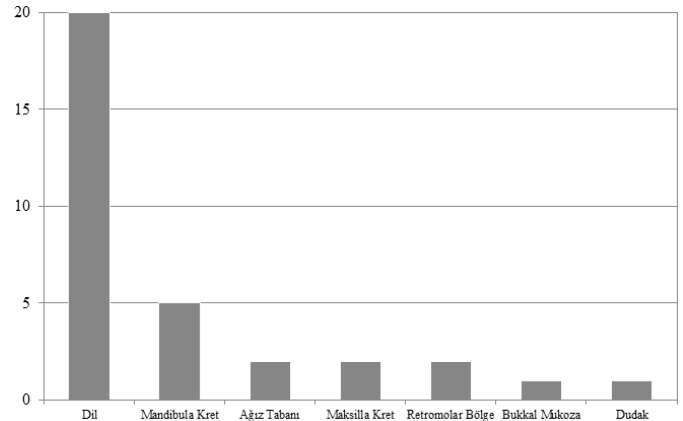
Bu çalışmada 15 erkek ve 18 kadın olmak üzere 33 OSHK olgusu retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Hastalar 38-89 yaş aralığında olup, Ortalama yaş 60,84 olarak bulunmuştur. En genç hasta 38 yaşında bir kadın hasta olup, en yaşlı hasta 89 yaşında bir kadın hasta idi. OSHK tanısı alan bu hastaların %93'ü 40 ve 40 yaş üzeridir (Tablo 1).

Tablo 1. OSHK hastalarının yaşa göre dağılımı



OSHK olguları lokalizasyonlarına göre değerlendirildiğinde en sık tutulan bölgelerin sırasıyla; dil 20 (%60.60), mandibular alveolar kret 5 (%15.15), ağız tabanı 2 (%6.06), maksilla alveolar kret 2 (%6.06), retromolar bölge 2 (%6.06), bukkal mukoza 1 (%3.03), dudak 1 (%3.03) olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2).

Tablo 2: OSHK hastalarının lokalizasyona göre dağılımı



Histopatolojik olarak olguların 16'sı iyi diferansiyasyonlu, 17'si orta diferansiyasyonlu OSHK olarak değerlendirilmiştir. Olguların tümör boyutu ortalama 2,9 cm (min:0,7-maks:8), tümör invazyon derinliği ortalama 6,1 mm (min:0-maks:20) olarak tespit edilmiştir. Komşu dokulara yayılım değerlendirildiğinde 2 olgudan birinin sert damağa diğerinin ise medial pterygoid kasa, yayılım yaptığı izlenmiştir. 33 olgu içerisinde 6 olgunun lenf düğümü tutulumuna sahip olduğu ve bunlar arasından da sadece bir tanesinin kapsül dışı yayılım yaptığı rapor edilmiştir. Tutulan lenf düğümlerinin boyutları değerlendirildiğinde büyüklüklerinin ortalama 1,61 cm olduğu izlenmiştir. Hiçbir olguda uzak metastaz görülmemiştir.

TNM sınıflaması açısından değerlendirildiğinde en çok rastlanılanların sırasıyla; T2N0M0 17 (%51,51), T1N0M0 5 (%15,15), T3N0M0 3 (%9,09), T2N1M0 2 (%6,06), T3N3M0 2 (%6,06), T2N2M0 1 (%3,03), T3N2M0 1 (%3,03), T4N0M0 1 (%3,03) olduğu tespit edilmiştir.

TARTIŞMA

Amerikan Kanser Komitesi (AJCC) evreleme sisteminin sekizinci baskısı, mikroskopik patolojik özellikleri baş ve boyun kanserlerinin TNM evrelemesine dahil eden ilk sistemdir. Önceki evreleme sistemleri kolay ve tutarlı olmasına rağmen, düşük evredeki hastaların prognozunu belirlemesi sırasında bazı problemler yaşandığı bildirilmiştir. Bu düzenlenmenin yapılması, riskin değerlendirilmesi ve bu doğrultuda tedavi kararının verilmesi için yardımcı klinik ve patolojik özelliklerin kullanılmasına yol açmıştır.¹²

AJCC'nin yeni sekizinci baskısında tümör invazyon derinliği ve kapsül dışı yayılım gibi bazı önemli değişiklikler eklenmiştir. Tümör invazyon derinliği "invazyonun yüzeyinden en derinine kadar olan mesafe" olarak tanımlanmıştır. Bu parametre arttıkça, lenf düğümlerine metastaz riskinin yükseldiği ve hastalığa özgü sağ kalımın azaldığı literatürde çeşitli çalışmalar tarafından bildirilmiştir.¹³ Kapsül dışı yayılım, "stromal reaksiyonun varlığına bakılmaksızın, metastatik karsinomun lenf düğümünün fibröz kapsülünü geçerek çevre bağ dokusuna uzanması" olarak tanımlanmaktadır. Kapsül dışı yayılım varlığının baş ve boyun kanserinin prognozu üzerinde önemli bir etkisi olduğu literatürde gösterilmiştir.⁶ Bu sebeple prognostik açıdan artık önemli olarak kabul edilen bu parametreler AJCC sekizinci baskısında T (Tablo 3) ve N (Tablo 4) evrelerinin kategorizasyonuna dahil edilmiştir.¹⁴

Tablo 3. Oral kavite kanserleri için primer tümör sınıflaması

pTx	Primer tümör değerlendirilemedi.
Tis	İn situ karsinom
pT1	Tümör ≤ 2 cm , TİD ≤ 5 mm
pT2	Tümör ≤ 2 cm, TİD > 5 mm - ≤ 10 mm veya Tümör > 2 cm - ≤ 4 cm, TİD ≤ 10 mm
pT3	Tümör > 4 cm veya herhangi bir çapta tümör, TİD > 10 mm
pT4	Orta derecede ileri veya çok ileri lokal hastalık
pT4a	Orta derecede ileri lokal hastalık: Tümör sadece komşu dokulara invazyon yapar (mandibula veya maksilladaki kortikal kemik yoluyla komşu dokulara invazyon yapar veya maksiller sinüs veya yüz cildini tutar).
pT4b	İleri lokal hastalık: -Tümör mastikator boşluğuna, pteryoid plaklara veya kafa tabanına invazyon yapar ve/veya internal karotis arter tutulumu var.

Tablo 4. Bölgesel lenf nodlarının patolojik değerlendirilmesi

NX	Bölgesel lenf düğümleri değerlendirilemez.
N0	Bölgesel lenf düğümü metastazı yok.
N1	Tek, aynı taraf ipsilateral lenf düğümü metastazı, ≤ 3 cm ve Kapsül Dışı Yayılım (KDY) (-)
N2	Tek, ipsilateral lenf düğümü metastazı ≤ 3 cm ve KDY (+), ya da Tek ipsilateral lenf düğümü metastazı > 3 cm - ≤ 6 cm ve KDY (-) ya da birden çok aynı taraf ipsilateral lenf düğümü metastazı ≤ 6 cm ve KDY (-), ya da bilateral veya karşı taraf kontralateral lenf düğümü metastazı ≤ 6 cm ve KDY (-)
N2a	ipsilateral lenf düğümü metastazı ≤ 3 cm ve KDY (+), ya da Tek ipsilateral lenf düğümü metastazı > 3 cm - ≤ 6 cm ve KDY (-)
N2b	Birden çok ipsilateral lenf düğümü metastazı ≤ 6 cm ve KDY (-)
N2c	Bilateral ya da kontralateral lenf düğümü metastazı ≤ 6 cm ve KDY (-)
N3	Lenf düğümü metastazı > 6 cm ve KDY (-) ya da Tek ipsilateral lenf düğümü metastazı > 3 cm ve KDY+ ya da herhangi bir lenf düğümü metastazı ile birlikte KDY (+) ya da Tek kontralateral lenf düğümü metastazı ile birlikte KDY (+)
N3a	Lenf düğümü metastazı > 6 cm ve KDY (-)
N3b	Tek ipsilateral lenf düğümü metastazı > 3 cm ve KDY+ ya da herhangi bir lenf düğümü metastazı ile birlikte KDY (+) ya da Tek kontralateral lenf düğümü metastazı ile birlikte KDY (+)

Pollaers ve ark.¹⁵ OSHK sebebiyle opere ettikleri hastaların sağ kalım oranlarını değerlendirdikleri çalışmalarında, yedinci baskıdaki kriterler gözetildiğinde gruplar arasında herhangi bir farklılık bulunmazken; sekizinci baskıdaki kriterlere göre yeniden yapılan evrelemede sağ kalım oranlarının değiştiğini tespit etmişlerdir. Bu doğrultuda 8. baskının hastaliksız sağ kalımı tespit etmede yedinci baskıya oranla daha başarılı olduğunu göstermişlerdir. Ek olarak, Ulusal Kanser Veri Tabanı'ndan alınan geniş bir hasta serisinde, tümör invazyon derinliği ve kapsül dışı yayılımın eklenmesi evrelemede önemli değişikliklere neden olmuştur. Her iki baskı karşılaştırıldığında, hastaların sadece %1,1'inde klinik evreleme değişmiş, ancak %10'unda patolojik evrelemenin üst evrelere olmak üzere değiştiği tespit edilmiştir.¹⁶ Ayrıca literatürde yapılan

çalışmalarda yeni evreleme sisteminin eskisine kıyasla prognozu doğru bir şekilde yansıttığını gösterilmiştir.¹⁷⁻¹⁹

Erken evre OSHK hastalarında tümör invazyon derinliğinin lenf nodu metastazı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Tümör invazyon derinliğinin ≥ 4 mm olması, elektif boyun diseksiyonu yapmak için bir sınır değeri olarak kabul edilmektedir. Bölgesel rekürrens olmadan sağ kalımın, tümör invazyon derinliği ≥ 4 mm olan ancak elektif boyun diseksiyonu ile tedavi edilmeyen hastalarda daha kötü olduğu izlenmiştir.²⁰ Bizim çalışmamızda da altı lenf düğümü metastazı görülen OSHK olgularının dört tanesinin tümör invazyon derinliğinin 4 mm'den büyük olduğu görülmüştür.

Histolojik olarak az diferansiyasyon seviyesinin olması ileri T evresi, boyun lenf düğümü metastazı ve kapsül dışı yayılım ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu ve bu durumun daha sonra kanserin nüksüne katkıda bulunduğu bulunmuştur.⁸ Bizim çalışmamızda da iyi diferansiyasyon gözlenen 16 olguda tümör boyutu ortalama 2,4 cm, orta derece diferansiyasyon gözlenen 17 olguda ise 3,3 cm olarak bulunması neticesiyle sonuçlarımız literatür ile uyumludur. Ayrıca çalışmamızda lenf düğümü metastazı görülen altı olgudan dört tanesi orta derece diferansiyasyon gösterirken sadece iki olgunun iyi diferansiyasyon gösterdiği tespit edilmiştir.

OSHK'ların teşhis ve tedavisindeki gecikme süresi farklı popülasyonlarda ve farklı çalışmalarda değişiklik göstermektedir. OSHK olgularının yaklaşık %50'sinin semptomların farkına varduktan sonraki birkaç ay içerisinde bir sağlık uzmanına ilk ziyaretini yaptığı tahmin edilirken, hastaların yaklaşık %20-30'u yardım aramayı üç aydan fazla geciktirmektedir.²¹ Bunun sebebi olarak Onizawa ve ark.²² bu gecikmenin hastada gözükken ilk semptomun şiddetinin her zaman rahatsız edici veya ciddi olmamasına, hastaların lezyonu iyi huylu, kendi kendine geçebilir gibi bir yanıt kaniya kapılmasına bağlı olabileceğini bildirmişlerdir. Ayrıca çalışmalarında hastanın ağız kanseri hakkında çok az endişe duyması ilk adımın gecikmesini önemli ölçüde etkileyebileceğini ve bu gecikmeyi en aza indirmek için, hasta eğitiminin önemini vurgulamışlardır. Sağlık profesyonellerine bağlı olarak da tanıda gecikme meydana gelebilmektedir. Boyut olarak büyümüş OSHK'ların küçük lezyonlara oranla daha erken teşhis edildiği tespit edilmiştir. Ayrıca özellikle ülserli OSHK olgularında yanlış klinik ön tanı nedeniyle tanıda geç kalınabileceği de bildirilmiştir.²¹ Morelato ve ark.²³ yaptıkları çalışmada OSHK hastalarında tanıdaki evrenin prognostik değeri olduğunu vurgulayarak hekime bağlı gecikmenin erken evrelerde daha önemli olduğunu belirtmişlerdir. Gomez ve ark.¹⁰ yaptıkları meta analiz çalışmasında tanıda gecikmenin OSHK'ların ileri tümör evrelerinde tespit edilmesi için bir risk faktörü olduğunu göstermişlerdir. Kerdpon ve ark.²¹ yaptıkları çalışmalarında evre II üzeri tümörle başvuran OSHK hastalarının oranını %62 olarak tespit etmişlerdir ancak bu yüksek oranın sebebinin ise çalışmanın bir sevk hastanesinde yapılmış olması dolayısıyla oluşabileceğini belirtmişlerdir. Çalışmamızda incelenen olguların %33,34'ünün ileri evre olarak kabul edilen Evre III-IV olduğu dikkate alındığında bu tanıda gecikme durumunun incelenen hasta grubumuzda da benzer şekilde olduğu söylenebilir.

OSHK olgularının literatürde en sık tutulum bölgesinin dil²⁴, ağız tabanı²⁵ ve bukkal mukoza²⁶ olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Lezyonların en sık görüldüğü anatomik bölgelerin coğrafi konuma göre değişebileceği düşünülmektedir. Bu doğrultuda gelişmiş batı ülkelerinde OSHK olguları daha sık dilde gözükme eğiliminde iken, Asya ülkelerinde bu lezyonlara bukkal bölgede daha sık rastlanılmaktadır. Bu lokalizasyon farkı etyolojik faktörlerdeki coğrafi farklılıklara bağlanmıştır. Avrupa'da alkol ve sigara kullanımı, Asya'da ise *betel quid* kullanımı en etkili çevresel faktörlerdir.²⁷⁻²⁹ Tekkeşin ve ark.⁴ 147 OSHK olgusunu değerlendirdikleri çalışmalarında en sık tutulumun olduğu bölgeyi alveolar ark (%91) olarak tespit etmişlerdir. Bizim çalışmamızda ise dil (%60,60) en sık tutulan bölge olarak izlenmiştir. Tekkeşin ve ark. 4 yaptıkları çalışmalarında biyopsilerin %82,75'inin Diş Hekimliği Fakültesinden gönderilen biyopsiler olduğu görülürken, bizim çalışmamızda ise biyopsilerin %100'ü Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz AD'dan gönderilmiş biyopsilerdir. Çalışmamızda boyun diseksiyonu yapılmış olgular özellikle değerlendirilmiş, bu şekilde olguların evrelendirilmesi için gerekli inceleme yapılabilmektedir. Her iki çalışmanın da popülasyonu Türkiye'deki hastalar olmakla beraber, aradaki bu farklılığın çalışmada kullanılan biyopsilerin farklı

branşlardan gelmiş olması sebebiyle gerçekleşmiş olabileceği düşünülmektedir.

SONUÇ

Çalışmamızda elde edilen geç evrelere ait OSHK olgu sonuçlarının fazla olması dikkate alındığında tanıda gecikmenin önüne geçilebilmesi için, birçok perspektifte bilinçlendirme ve farkındalığın sağlanmasının gerekliliği bir kez daha ön plana çıkmaktadır. OSHK'ların erken teşhisine yönelik çabaların, hastalığı asemptomatik evrelerinde tespit etmek üzere tasarlanmış tarama programlarına ve hasta bilgilendirilmesine öncelik verilmesi; ayrıca Dünya Sağlık Örgütü'nün TNM klinik evreleme sisteminin geliştirildiği sekizinci baskısının önemi nedeniyle hekimlerin evreleme sisteminin yeni versiyonu hakkında bilgilendirilerek bu konu hakkında daha fazla bilince sahip olmaları gerekmektedir.

Değerlendirme / Peer-Review

İki Dış Hakem / Çift Taraflı Körleme

Etik Beyan / Ethical statement

Bu çalışmanın hazırlanma sürecinde bilimsel ve etik ilkelere uyulduğu ve yararlanılan tüm çalışmaların kaynakçada belirtildiği beyan olunur.

It is declared that during the preparation process of this study, scientific and ethical principles were followed and all the studies benefited are stated in the bibliography.

Benzerlik Taraması / Similarity scan

Yapıldı - iThenticate

Etik Bildirim / Ethical statement

ethic.selcukdentaljournal@hotmail.com

Telif Hakkı & Lisans / Copyright & License

Yazarlar dergide yayınlanan çalışmalarının telif hakkına sahiptirler ve çalışmalarını CC BY-NC 4.0 lisansı altında yayımlanmaktadır.

Finansman / Grant Support

Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadığını beyan etmiştir. | The authors declared that this study has received no financial support.

Çıkar Çatışması / Conflict of Interest

Yazarlar çıkar çatışması bildirmemiştir. | The authors have no conflict of interest to declare.

Yazar Katkıları / Author Contributions

Çalışmanın Tasarlanması | Design of Study: AK (%20), US (%10), BYB (%10), MÖ (%30), EAS (%30)

Veri Toplanması | Data Acquisition: AK (%10), US (%10), BYB (%35), MÖ (%35), EAS (%10)

Veri Analizi | Data Analysis: AK (%10), US (%10), BYB (%35), MÖ (%35), EAS (%10)

Makalenin Yazımı | Writing up: AK (%40), US (%20), BYB (%10), MÖ (%10), EAS (%20)

Makale Gönderimi ve Revizyonu | Submission and Revision: AK (%40), US (%20), BYB (%10), MÖ (%10), EAS (%20)

KAYNAKLAR

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin* 2021;71:209-49.
2. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncol* 2009;45:309-16.
3. Johnson DE, Burtneß B, Leemans CR, Lui VWY, Bauman JE, Grandis JR. Head and neck squamous cell carcinoma. *Nat Rev Dis Primer* 2020;6:92.
4. Tekkeşin MS, Ersan N, Aksakallı N, Olgaç V, Alatlı C. Oral skuamöz hücreli karsinom: 147 vakanın retrospektif çalışması. *Gazi Üniversitesi Dış Hekim Fakültesi Derg* 2012;29:93-8.
5. Taş A, Yılmaz S, SiNdel A. Oral Skuamöz Hücreli Karsinom - 3 Olgu Sunumu. *Osman J Med* 2020;42:142-7.
6. Lydiatt WM, Patel SG, O'Sullivan B, Brandwein MS, Ridge JA, Migliacci JC, et al. Head and Neck cancers-major changes in the American Joint Committee on cancer eighth edition cancer staging manual. *CA Cancer J Clin* 2017;67:122-37.
7. Huang SH, O'Sullivan B. Overview of the 8th Edition TNM Classification for Head and Neck Cancer. *Curr Treat Options Oncol* 2017;18:40.
8. Lin N-C, Hsu J-T, Tsai K-Y. Survival and clinicopathological characteristics of different histological grades of oral cavity squamous cell carcinoma: A single-center retrospective study. *PLoS ONE* 2020;15:e0238103.
9. Gao W, Guo C-B. Factors related to delay in diagnosis of oral squamous cell carcinoma. *J Oral Maxillofac Surg Off J Am Assoc Oral Maxillofac Surg* 2009;67:1015-20.
10. Gómez I, Seoane J, Varela-Centelles P, Diz P, Takkouche B. Is diagnostic delay related to advanced-stage oral cancer? A meta-analysis. *Eur J Oral Sci* 2009;117:541-6.
11. Mauceri R, Bazzano M, Coppini M, Tozzo P, Panzarella V, Campisi G. Diagnostic delay of oral squamous cell carcinoma and the fear of diagnosis: A scoping review. *Front Psychol* 2022;13:1009080.
12. Chinn SB, Myers JN. Oral Cavity Carcinoma: Current Management, Controversies, and Future Directions. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol* 2015;33:3269-76.
13. International Consortium for Outcome Research (ICOR) in Head and Neck Cancer, Ebrahimi A, Gil Z, Amit M, Yen T-C, Liao C-T, et al. Primary tumor staging for oral cancer and a proposed modification incorporating depth of invasion: an international multicenter retrospective study. *JAMA Otolaryngol-Head Neck Surg* 2014;140:1138-48.
14. Amin MB, Greene FL, Compton CC, Gershenwald JE, Brookland RK, et al. The Eighth Edition AJCC Cancer Staging Manual: Continuing to build a bridge from a population-based to a more 'personalized' approach to cancer staging. *CA Cancer J Clin* 2017;67:93-9.
15. Pollaers K, Hinton-Bayre A, Friedland PL, Farah CS. AJCC 8th Edition oral cavity squamous cell carcinoma staging - Is it an improvement on the AJCC 7th Edition? *Oral Oncol* 2018;82:23-8.
16. Kowalski LP, Köhler HF. Relevant changes in the AJCC 8th edition staging manual for oral cavity cancer and future implications. *Chin Clin Oncol* 2019;8:518.
17. Matos LL, Dedivitis RA, Kulcsar MAV, de Mello ES, Alves VAF, Cernea CR. External validation of the AJCC Cancer Staging Manual, 8th edition, in an independent cohort of oral cancer patients. *Oral Oncol* 2017;71:47-53.
18. Kano S, Sakashita T, Tsushima N, Mizumachi T, Nakazono A, Suzuki T, et al. Validation of the 8th edition of the AJCC/UICC TNM staging system for tongue squamous cell carcinoma. *Int J Clin Oncol* 2018;23:844-50.
19. Murthy S, Low T-HH, Subramaniam N, Balasubramanian D, Sivakumaran V, Anand A, et al. Validation of the eighth edition AJCC staging system in early T1 to T2 oral squamous cell carcinoma. *J Surg Oncol* 2019;119:449-54.
20. van Lanschot CGF, Klazen YP, de Ridder MAJ, Mast H, Ten Hove I, Hardillo JA, et al. Depth of invasion in early stage oral cavity squamous cell carcinoma: The optimal cut-off value for elective neck dissection. *Oral Oncol* 2020;111:104940.
21. Kerdpon D, Sriplung H. Factors related to advanced stage oral squamous cell carcinoma in southern Thailand. *Oral Oncol* 2001;37:216-21.
22. Onizawa K, Nishihara K, Yamagata K, Yusa H, Yanagawa T, Yoshida H. Factors associated with diagnostic delay of oral squamous cell carcinoma. *Oral Oncol* 2003;39:781-8.
23. Morelato RA, Herrera MC, Fernández EN, Corball AG, López de Blanc SA. Diagnostic delay of oral squamous cell carcinoma in two diagnosis centers in Córdoba Argentina. *J Oral Pathol Med Off Publ Int Assoc Oral Pathol Am Acad Oral Pathol* 2007;36:405-8.
24. Andisheh-Tadbir A, Mehrabani D, Heydari ST. Epidemiology of squamous cell carcinoma of the oral cavity in Iran. *J Craniofac Surg* 2008;19:1699-702.
25. Nemes JA, Redl P, Boda R, Kiss C, Márton IJ. Oral cancer report from Northeastern Hungary. *Pathol Oncol Res POR* 2008;14:85-92.
26. Lo W-L, Kao S-Y, Chi L-Y, Wong Y-K, Chang RC-S. Outcomes of oral squamous cell carcinoma in Taiwan after surgical therapy: factors affecting survival. *J Oral Maxillofac Surg Off J Am Assoc Oral Maxillofac Surg* 2003;61:751-8.
27. Rodrigues VC, Moss SM, Tuomainen H. Oral cancer in the UK: to screen or not to screen. *Oral Oncol* 1998;34:454-65.
28. Silverman S. Demographics and occurrence of oral and pharyngeal cancers. The outcomes, the trends, the challenge. *J Am Dent Assoc* 1939 2001;132 Suppl:75-115.
29. Gaitán-Cepeda L-A, Peniche-Becerra A-G, Quezada-Rivera D. Trends in frequency and prevalence of oral cancer and oral squamous cell carcinoma in Mexicans. A 20 years retrospective study. *Med Oral Patol Oral Cirugia Bucal* 2011;16:e1-5.