K.B.B. ve BBC Dergisi, (10) : 81-84, 2002

KONTRALATERAL SELEKTİF BOYUN DİSEKSİYONUNUN BAŞ BOYUN ONKOLOJİK CERRAHİSİNDEKİ YERİ

THE PLACE OF CONTRALATERAL SELECTIVE NECK DISSECTION IN HEAD AND NECK ONCOLOGIC SURGERY

Dr. ilknur HABERAL*, Dr. Mustafa Asım ŞAFAK*, Dr. Haldun OĞUZ*, Dr. Erdal SAMİM*, Dr.Cavit ÖZERİ*

ÖZET

***Amaç:** Bu çalışmada, baş boyun onkolojik cerrahisinde kontralateral selektif boyun diseksiyonunun endikasyonları ve sonuçları incelenmiştir.*

***Hastalar ve yöntemler:** Ocak 1996 ve Kasım 2000 arasında kliniğimizde primer larinks veya oral kavite yassı hücreli karsinomu nedeniyle ameliyat edilen hastalar dahil edildi. Evrelendirme sonucu N0 ve N1 olan olgulara primer lezyonun rezeksiyonu ve ipsilateral boyun diseksiyonunun yanı sıra kontralateral boyun diseksiyonu da uygulandı. Boyun spesimenlerindeki patolojik lenf nodu tutulumu ve nüks gelişimi prospektif olarak değerlendirildi.*

***Bulgular:** Çalışmaya toplam 28 olgu dahil edildi. Olguların 2'si kadın ve 26'sı erkek olup ortalama yaş 55 (36-75) idi. Olguların ortalama takip süresi 45,3 ay (6-62) idi. Olgulardan 9'una ipsilateral radikal, 18'ine ipsilateral modifiye radikal, birine ipsilateral selektif boyun diseksiyonu uygulandı. Bunun yanı sıra, tüm hastalara kontralateral selektif boyun diseksiyonu uygulandı. 8 olguda (%29) ipsilateral, 5 olguda (%18) kontralateral lenf nodu metastazı bulundu, sadece ipsilateral lenf nodu metastazı bulunan 5 olgu (%18), sadece kontralateral lenf nodu metastazı bulunan 2 olgu (%7) ve bilateral lenf nodu metastazı bulunan 3 olgu (%12) saptandı. İpsilateral boyun metastazı bulunan olguların 2'sinde (% 25) boyunda nüks gelişmiştir. Bir vakada ise patolojik olarak N0 olmasına rağmen kontralateral boyunda nüks gelişmiştir.*

***Sonuç:** Kontralateral selektif boyun diseksiyonu kontralateral okkült metastazın ortaya çıkarılması için ve postoperatif yardımcı tedavinin belirlenmesi için gereklidir.*

Anahtar Sözcükler: Selektif boyun diseksiyonu, nüks

SUMMARY

Objective: To determine the role of contralateral selective neck dissection in head and neck oncologic surgery.

Patients and Methods: This study included patients operated at our clinic for primary larynx or oral cavity squamous cell carcinoma with N0 and N1 lymph node involvement in the neck. Besides primary resection of the tumor and ipsilateral neck dissection, we performed a contralateral selective neck dissection to all these patients. The results were evaluated prospectively for pathological lymph node involvement and and development of neck recurrences.

Results: This study included 28 patients. There wer 2 females and 26 males with a mean age of 55 (36-75 years). The mean follow-up time was 45,3 months (6-62 months). Ipsilateral radical neck dissection, ipsilateral modified neck dissection and ipsilateral selective nck dissectino were performed to 9, 18, 1 patients respectively and simultaneous contralateral selective neck dissection was performed to all patients. Metastatic lymph node involvement was detected in ipsilateral neck of 8 patients (29%) and contralateral neck of 5 patients (18%). There were 5 cases (18%) who only had ipsilateral positive nodes and 2 cases (7%) who only had contralateral positive nodes, 3 cases (12%) had positive nodes on both sides of the neck. 2 of the cases (%25) with ipsilateral neck metastasis developed ipsilateral neck recurrence ater surgery. One N0 patient developed contralateral neck recurrence.

Conclusion: Contralateral selective neck dissection is necessary for treatment of contralateral occult metastasis and for planning of postoperative adjuvant therapy.

Key words: Selective neck dissection, recurrence

* S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi KBB Kliniği - ANKARA
Çalışmanın Yapıldığı Klinik(ler) : S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi KBB Kliniği-ANKARA
Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih : 15.06.2001
Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih : 08.04.2002
Yazışma Adresi : Dr.İlknur HABERAL, Mektep Sk. No : 18/10 Kurtuluş/ANKARA
e-posta: ilknurh@ato.org.tr

GİRİŞ

1906'da George Crile tarafından tanımlamasından sonra, radikal boyun diseksiyonu (RBD) metastatik lenf nodlarının temizlenmesi için kullanılan primer cerrahi yöntem olmuştur (3). 1960'larda Bocca'nın fonksiyonel boyun diseksiyonunu (FBD) tanımlamasını takiben başka modifikasyonlar geliştirilmiş ve selektif boyun diseksiyonunun (SBD) baş boyun cerrahisindeki yeri tartışılmaya başlanmıştır (1). Öyle ki günümüzde sadece N0 ve fikse olmayan N1 boyunlara değil, N2 ve N3 boyunlara bile SBD yapılarak, kemoterapi ve radyoterapi gibi adjuvan tedavilerle alınan sonuçlar bildirilmektedir (7). Selektif boyun diseksiyonunda boyundaki lenf nodu gruplarının bir kısmı ameliyat spesimenine dahil edilmeyerek korunmaktadır. Cerrahi sırasında nodal bölgelerin tanımlanması için birçok değişik sınıflama yapılmıştır. En sık kullanılan Memorial Sloan Kettering Kanser Merkezi tarafından hazırlanan sınıflamadır (8). Bu tanımlama boyunu level olarak isimlendirilen bölgelere ayırır. Level 1, digastrik kasın ön karnı ile hyoid kemiğin üstü arasında yer alan submental grubu ve digastrik kasın ön ve arka karınları ile mandibula arasında yer alan submandibular grubu tanımlar. Level 2, üst juguler gruptur. İnternal juguler venin üst 1/3'ü ve komşuluğundaki spinal aksesuar sinir çevresindeki nodları içerir, bu grubun kapsamı cerrahi işaret noktası olarak karotid bifurkasyonundan, klinik işaret noktası olarak hyoid kemikten kafa tabanına kadar uzanan alanı içerir. Level 3, orta juguler gruptur. İnternal juguler venin orta 1/3'ü çevresindeki, level 2 alt sınırından itibaren cerrahi olarak omohyoid kas, klinik olarak krikotiroid membran arasında yer alan nodlar bu grubu oluşturur. Level 4, alt juguler gruptur. Level 3'ün alt sınırı ile klavikula arasında kalan, internal juguler venin alt 1/3'ü çevresindeki nodları içerir. Level 5, posterior üçgen grubudur. Spinal aksesuar sinirin alt bölümü ve transvers servikal arter boyunca yerleşen nodları içerir. Bu üçgenin sınırları klavikula, sternokleidomastoid kas arka kenarı ve trapezius kasının ön kenarıdır. Zaman zaman anterior kompartman grubu olarak da adlandırılan level 6, boyunda hyoid kemik ile suprasternal çentik arasında orta hatta yer alan viseral yapıları çevreleyen nodlardan oluşur. Lateral sınırı, karotid kılıfının medial kenarı oluşturur. Bu grupta prekrikoid nodlar, paratrakeal nodlar ve rekürren laringeal sinir boyunca yer alan nodlar bulunur. SBD kabaca şu şekilde sınıflandırılabilir (9):

1. Supraomohyoid: 1, 2 ve 3. level lenf nodları

2. Posterolateral: 2,3,4,5. level lenf nodları, retroaurikuler ve suboksipital lenf nodları.

3. Lateral: 2,3 ve 4. level lenf nodları

4. Anterior: level 6 lenf nodları

Supraomohyoid SBD, özellikle primer tümörü oral kavite ve orofarinkste yerleşmiş N0 ve fikse olmayan N1 boyunlar için uygundur. Dil tümörlü vakalar için level 4 lenf nodlarının da spesimene katılması gerektiği savunulmaktadır (5,6). Posterolateral SBD skalp ve postaurikuler deri tümörleri için tercih edilmektedir. Lateral SBD larinks, hipofarinks ve orofarinks tümörleri için uygundur (12). Bu primer sahalarda genelde bilateral drenaj olduğu için bilateral diseksiyon önerilmektedir. Anterior diseksiyon genellikle lateral adenopatinin olmadığı durumlarda tiroid maliginteleri için kullanılmaktadır (6).

Bu çalışmada, primer baş boyun yassı hücreli karsinomlu vakalarda kontralateral SBD yapılarak SBD'nun endikasyonları ve sonuçlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

HASTALAR VE YÖNTEM:

Bu çalışmaya, primer tümör yerleşim yeri larinks, oral kavite ve dil olan yassı hücreli karsinomlu olgular katıldı. Olguların fizik muayene, bilgisayarlı tomografi ve ultrasonografi incelemelerine göre evrelendirmeleri yapıldı. Evrelendirmeye göre M0 olup, N0 veya N1 olan olgular çalışmaya dahil edildi. Operasyonda primer lezyonun çıkarılmasıyla birlikte, primer lezyonun bilateral yayılımı göz önüne alınarak ipsilateral boyun diseksiyonuna ek olarak eş zamanlı kontralateral SBD uygulandı. Spesimenlerin histopatolojik değerlendirmeleri sonucunda pozitif lenf nodu tutulumları not edildi. Pozitif lenf nodu bulunan olgulara postoperatif radyoterapi uygulandı. Olguların postoperatif düzenli takipleri yapılarak primer saha veya boyundaki nüksler not edildi.

BULGULAR

Bu çalışmaya Ocak 1996 ve Kasım 2000 tarihleri arasında ameliyat edilen 28 olgu katıldı. Olguların 2'si kadın (%7), 26'sı erkek (%93) olup, yaşları 36-75 arasında değişiyordu (ortalama 55). Olguların postoperatif takip süresi 6-62 ay arasında değişiyordu (ortalama 45 ay). Primer lezyon 23 olguda larinks, 4 olguda dil ve 1 olguda ağız tabanı yerleşimli idi. Primer lezyona göre 9 olgu T2, 14 olgu T3, 5 olgu T4 olarak bulundu. Servikal lenf nodlarının değerlendirilmesinde 16 olgunun N0 ve 12 olgunun N1 olduğu görüldü. Olguların tümü M0 idi (Tablo-1).

Tablo-1. Olguların TNM sistemine göre dağılımı

	Larinks (%)	Oral Kavite (%)	Toplam (%)
T1	-	-	-
T2	8 (35)	1 (20)	9 (32)
T3	11 (39)	3 (60)	14 (50)

T4	4 (17)	1 (20)	5 (18)
N0	13 (57)	3 (60)	16 (57)
N1	10 (43)	2 (40)	12 (43)

TNM sınıflamasına göre uygulanan boyun diseksiyonlarının dökümü Tablo-2'de özetlenmiştir. Olguların 9'una (%32) ipsilateral RBD, 18'ine (%64) MRBD, 1'ine (%4) SBD uygulandı. Olguların tümüne kontralateral SBD uygulandı.

Tablo-2. Olgularda uygulanan boyun diseksiyonları

	İpsilateral Boyun Diseksiyonu(n)			Kontralateral Boyun Diseksiyonu(n%)
	BBD	RBD	SBD	SBD
T1	0	0	0	0
T2	3	6	0	9 (32)
T3	4	9	1	14 (50)
T4	2	3	0	5 (18)
N0	4	11	1	16 (57)
N1	5	7	0	12 (43)
TOPLAM	9 (32)	18 (64)	1 (4)	28 (100)

T tümör, N servikal nod, RBD radikal boyun diseksiyonu, MRBD modifiye radikal boyun diseksiyonu, SBD selektif boyun diseksiyonu

Boyun diseksiyonlarının histopatolojik incelemeleri sonucunda 8 olguda (%29) ipsilateral boyunda, 5 olguda (%18) kontralateral boyunda pozitif lenf nodu tespit edildi. Boyunda pozitif lenf nodu tespit edilen olguların tümü Tablo-3'de gösterilmiştir. Buna göre 9'u larinks, 1'i dilde yerleşimli toplam 10 olguda ipsilateral ve/veya kontralateral boyunda lenf nodu saptanmıştır. Bu olguların 3'ü erken evre (T2), 7'si ise ileri evre (T3-T4) tümörlerdir. Tablo 3'de pozitif lenf nodlarının sayıları da belirtilmiştir.

Tablo-3. Boyunda pozitif lenf nodu saptanan olgular

Olgu no	Lezyon yeri	Preoperatif TNM	Pozitif Nod (İLB, KLB)
1	Transglottik	T3N1M0	2,0
2	Supraglottik	T4N1M0	1,2
3	Supraglottik	T2N0M0	1,0
4	Dil	T4N0M0	0,1
5	Transglottik	T3N0M0	0,2
6	Supraglottik	T4N0M0	2,0
7	Transglottik	T2N1M0	1,0
8	Transglottik	T4N1MO	2,4
9	Supraglottik	T2N0M0	2,2
10	Supraglottik	T3N1M0	8,0

İLB ipsilateral boyun, KLB kontralateral boyun

Postoperatif olarak bu 10 olgu radyoterapiye gönderilmiştir. Olgular ortalama 45 ay (6-62 ay) süre ile takip edildi. Takip süresi boyunca 5 olguda (%18) nüks belirlendi. Tablo-4'de özetlenen bu olguların 2'sinde nüks ipsilateral boyunda, 2'sinde primer sahada, 1'inde kontralateral boyunda belirlenmiştir. Bu bulguların hepsine postoperatif radyoterapi verilmiştir. Bir olguda (T3N0M0, transglottik) primer saha ve boyunda nüks yokken ve boyun metastaz açısından negatif iken, karaciğer ve akciğer metastazları gelişmiştir.

Tablo-4. Takip süresi boyunca nüks tespit edilen olgular

Olgu no	Primer Lezyon	Postoperatif TNM	Radyoterapi	Nüks (PS,İLB,KLB)
1	Transglottik	T4N+M0	+	İLB
2	Supraglottik	T4N+M0	+	PS
3	Supraglottik	T4N+M0	+	İLB
10	Supraglottik	T3N+M0	+	KLB
11	Supraglottik	T3N+M0	+	PS

PS primer saha, İLB ipsilateral boyun, KLB kontralateral boyun

TARTIŞMA

SBD, N0 ve mobil N1 boyunlu ve primer tümörün yeri nedeniyle okkült metastaz riskinin yüksek olduğu hastalarda, primer tümörün yüksek oranda drene olduğu lenf nodlarının çıkarılması esasına dayanır. Değişik çalışmalarda SBD'nun onkolojik açıdan yetersiz olduğu vurgulanırken, bazı çalışmacılar ise genelde N0 ve mobil N1 lenf nodları için önerilen bu diseksiyonu N2 ve hatta N3 hastalar için bile kullanmaya başlamıştır (4,7,11). SBD ile ilgili sonuçların önümüzdeki on yıl içerisinde artan tecrübe ile daha iyi değerlendirilebilecektir.

Bizim çalışmamızda bir vakada ipsilateral boyun diseksiyonu yönünde level I, II ve III'de lenf nodu negatif iken, level IV'de metastatik lenf nodu saptanmıştır. SBD'nun karşısında olan araştırmacılar boyun diseksiyon spesimenlerinin %20-60'ında tümöre yakın lenf nodlarında metastaz yokken daha alt bölge lenf nodlarında metastaz bulunabildiğini (skip metastaz), boyun diseksiyonu spesimenlerinin %20'sinde üst jugular lenf nodlarında metastaz yokken alt juguler nodlarda metastaz ile karşılaştıklarını ifade etmektedir. Dolayısıyla, üst seviye nodların örneklenmesi, alt seviye nodların tutulmadığının bir göstergesi olmayabilir (4,11). Bu nedenle, SBD'nun tedavi etkinliği konusunda henüz kesin yorumlar yapılamamaktadır. Aynı şekilde, parsiyel üst boyun radyasyonunun da tedavi etkinliği tartışılmaktadır (2).

Çalışmamızda histopatolojik inceleme sonucu, olguların %36'sında boyunda patolojik lenf nodu tespit edilmiştir. Olguların %2'sinde ipsilateral boyunda patolojik lenf nodu yokken kontralateral boyunda lenf nodu saptanması özellikle orta hat yerleşimli ve ileri evre tümörlerde N0 dahi olsa kontralateral boyun diseksiyonu gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Bu olgularda postoperatif radyoterapi sonrası takiplerinde nüks görülmediğinden, kontralateral boyuna uygulanan SBD biyopsi görevi görmüş ve postoperatif yeterli tedavinin yapılmasını sağlamıştır. Kontralateral boyuna yapılan bu girişim morbiditeyi arttırmamak açısından SBD olmalıdır. Larinks tümörleri için lateral SBD'nun, oral kavite tümörleri için supraomohyoid SBD'nun (dil tümörlerinde level IV de dahil edilmelidir) seçilebileceği düşüncesindeyiz.

Patolojik olarak pozitif lenf nodu belirlenen vakaların yarısı preoperatif dönemde palpasyon, bilgisayarlı tomografi ve ultrasonografi ile N0 olarak değerlendirilmiştir. Bu vakaların %70'inde ileri evre tümör bulunuyordu. %30'unda ise erken evre tümör bulunuyordu. Bu durum, geç evre tümörlerin hemen hepsinde ve erken evre tümörlerde bilateral yayılımın yüksek olduğu olgularda boyun preoperaitf olarak negatif olsa dahi postoperatif adjuvan tedaviyi belirlemek için kontralateral boyuna selektif boyun diseksiyonu yapılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Selektif boyun diseksiyonunun savunucuları, bu operasyonlarla metastaz riskinin yüksek olduğu lenf gruplarının çıkarıldığı radikal boyun diseksiyonu ve fonksiyonel boyun diseksiyonu gibi cerrahi yaklaşımların sağladığı evreleme bilgilerinin bu diseksiyonlarla da tam olarak elde edildiğini iddia etmektedir (9). Ancak kontralateral SBD'nun karşıtı görüş bildiren bir çalışmada kontralateral okkült hastalık riski az olduğundan kontralateral supraomohyoid boyun diseksiyonunun elektif olarak önemli profilaktik değeri olmadığı savunulmuştur (11).

Sonuç olarak, vakalarımızın 5'inde (%18) nüks gelişmiştir. Bunlardan 4'ü (%14) preoperatif olarak N+ olan hastalardır. Diğer vakada görülen nüks ise primer sahada olmuş ve yetersiz cerrahi tedaviye bağlanmıştır.

Kanımızca karşı taraf okkült metastazları ortaya çıkararak postoperatif yardımcı tedavinin güvenilir bir şekilde belirlenmesini sağladığından özellikle bilateral boyun tutulumu yüksek orta hat epiglot, dil ve ağız tabanı tümörlerinde kontralateral N0 ve mobil N1 adenopatili hastalarda kontralateral SBD uygulanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. BOCCA E, PIGNATARO O. A conservation technique in radical neck dissection. Ann Otol Rhinol Laryngol 1967; 76:975-9.
2. COLLINS SL. Controversies in management of cancer of the neck. Thawdley SE, Panje WR, (eds): Comprehensive Management of Head and Neck Tumors. Volume 2, W.B. Saunders Company, USA, 1987:1386-1443.
3. CRILE GW. Excision of the cancer of the head and neck. JAMA 1906; 47:1780-6.
4. FLETCHER GH. The role of irradiation in management of squamous cell carcinomas of the mouth and throat. Head Neck Surg 1979;1:441.
5. MEDINA JE; BYERS RM. Supraomohyoid neck dissection: Rationale, indications and surgical technique. Head Neck 1989;11:111-122.
6. MEDINA JE, CANFIELD V. Malignant melanoma of the head and neck. In Cancer of the Head and Neck. Eds:Myers EN, Suen JY, 3rd edition, W.B. Saunders Company, USA, 1996:174-175.
7. ROBBINS KT, WONG FSH, KUMAR P et al. Efficacy of targeted chemoradiation and planned selective neck dissection to control bulky nodal disease in advanced head and neck cancer. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1999;125:670-675.
8. SHAH JP. Neck dissection: Current status and future possibilities. Clin Bull 1981;11:25-33.
9. SUEN JY, STERN SJ. Cancer of the neck. In Cancer of the Head and Neck. Eds:Myers EN, Suen JY,3rd edition , W.B. Saunders Company, USA, 1996:462-483.
10. VANDERBROUCK C. Elective versus therapeutic radical neck dissection in epidermoid carcinoma of the oral cavity-results of a randomized clinical trial. Cancer 1980;46:386.
11. VICRAM B. Failure in the neck following multimodality treatment for advanced head and neck cancer. Head Neck Surg 1984;6: 724-729.
12. WENIG BL, APPLEBAUM FL. The submandibular triangle in squamous cell carcinoma of the larynx and hypopharynx. Laryngoscope 1991;101:516-518.