LARENKS KANSERİ No BOYUNLARDA OKÜLT METASTAZ ORANLARI VE BİLATERAL MODİFİYE RADİKAL BOYUN DİSSEKSİYONUNUN YERİ

OCCULT METASTASE RATE OF THE LARYNX CANCER IN No NECKS AND THE ROLE OF BILATERAL MODIFIED RADICAL NECK DISSECTION

Dr. Tanju GÖKÇEER, Dr. Mehmet ÖMÜR*

K.B.B. ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi l : 248 - 252

ÖZET: *Çalışmamızı 1988-1991 yıllan arasında Haseki Hastanesi Kulak Burun Boğaz Polikliniğine başvuran ve kendilerinde Larenks kanseri tespit edilip boyunda palpabl ganglionu olmayan 26 olgu oluşturmaktadır. Bu vakalara uygulanan modifiye redikal boyun disseksiyonu sonrası elde edilen okült metastaz oranlan saptanmış ve tedavinin etkinliği, avantajları üzerinde değerlendirme yapılmıştır.*

Anahtar Sözcükler: *Lenfatik metastaz cerrahisi, Karsinom, Neoplazm nüksü, Larenks neoplazm patolojisi*

SUMMARY: *This study includes 26patients who applied to Haseki Hospital Ear Nose and Throat Department with diagnosis of larynx cancer without palpable neck nodes between 1988-1991. The rate of occult metastase after modified radical neck dissection and the effectiveness, the advantage of the therapical procedure has been discussed.*

Key Words : *Lymphatic metastasis surgery, Carcinoma, Neoplasm recurrence, Laryngeal neoplasms pathology.*

GİRİŞ

Larenksin malign tümörlerinde ilk metastaz daima boyun lenfatiklerine olur. Bu açıdan primer odak larenkse yapılacak cerrahi girişim kadar boyuna yönelik yaklaşım da o derece önemlidir.

Klinik muayenede yalancı negatiftik oram yüksektir. Lenf anjiografi ve sintigrafi gibi tanıya yardımcı araçlar hem pratik değildir hem de pahalıdır. Bilgisayarlı tomografik tetkikler ise palpabl olmayan ganglionları belirlemede bazı değerlendirmeler sunmakla birlikte küçük metastatik tümörlerin tanısında yetersiz kalmaktadır. O halde kesin sonuç yerine olasılıklardan bahsedilebilir.

Klinik muayene ile saptanamayan lenf ganglionları primer tümörün yeri, yalımı ve cinsine göre % 15-75 oranında tutulmuş olabilir. (3)

En sık tartışma konusu No boyuna ne yapılacağı üzerinde sürmektedir. Sık takiplerle "bekle gör" yaklaşımını savunanlarla radyoterapi ve cerrahiyi savunanlar arasında tartışmalar henüz sürmektedir. Ayrıca cerrahi taraftarları arasında disseksiyonun türü açısından da fikir birliği yoktur.

Çalışmamızda değişik T evreli supraglottik, glottik, subglottik ve transglottik larenks kanserli vakalarda okült metastaz oranları in-

* *Haseki Hastanesi KBB Kliniği - İSTANBUL*

celenmiş ve literatürdeki bulgularla karşılaştırılmıştır. Ayrıca uyguladığımız bilateral modifiye radikal boyun disseksiyonunun (MRBD) avantajları üzerinde durulmuştur.

GEREÇ VE YÖNTEM

Materyalimizi 1988 - 1991 yılları arasında Hastanemiz KBB Polikliniğine başvuran ve ken dilerinde larenks kanseri saptanıp boyunda palpabl ganglionu olmayan 26 olgu oluşturmaktadır.

Tümör evresi ve lokalizasyonuna göre dağılım Tablo I'de gösterilmiştir.

Tablo 1 :

	Supraglottik	Glottik	Subglottik	Transglottik
T1	2	—	1	—
T2	5	1	—	—
T3	8	1	—	4
K4	2	—	—	1
Toplam	18	2	1	5

Primer tümörün lokalizasyon ve evresine göre 23 adet total larenjektomi (%88.4), 3 adet supraglottik parsiyel larenjektomi (%11.6) uygulandı. Parsiyel cerrahi uygulanan iki vakamız TINoMo, bir vakamız ise T2NoMo supraglottik larenks kanseriydi.

19 vakaya tümör orta hattı geçtiği ya da yakın olduğu için bilateral MRBD, T1T2 evreli 4 vakaya ise tümör lokalizasyonu unilateral olduğundan tek taraflı MRBD uygulandı. T3 transflottik tümörlü 2 vaka ile T3 supraglottik l vakaya ise genel durumları elverişli olmadığından tek taraflı MRBD yapılmak zorunda kalınıldı.

Çıkarılan ameliyat piyesleri makroskopik olarak incelenip piyesin özellikleri ve varsa lenf ganglionları saptanarak histopatolojik yönden incelenmek üzere Haseki Hastanesi Patoloji Laboratuvarına gönderildi. Spesmenler %10 formalin solüsyonuyla 24 saat müddetle tespit edildikten sonra larenks ve boyun disseksiyon

Tablo II :

Olgu	İsim	Cinsi Yaşı	Operasyon Cinsi	Peor.TNM		Operasyon Tarihi	Okült Metastaz	Nüks
1	A.O.Y.	E 60	TL + sol MRBD	supragl.	T2NoMo	24.11.88	solda +	—
2	B.E.	3 50	TL + Bil MRBD	supragl.	T2NoMo	27.12.88	—	—
3	A.H.K.	E 58	TL + sol MRBD	transgel	T3NoMo	11.01.89	—	—
4	M.S.	E 62	TL + Bil MRBD	supragl.	T2NoMo	30.01.89	solda +	—
5	N.A.	E 62	TL + sol MRBD	Glottik	T2NoMo	05.03.89	solda +	—
6	S.A.	E 33	TL + Bil MRBD	supragl.	T3NoMo	10.04.89	—	—
7	M.T.	E 62	TL + Bil MRBD	supragl.	T3NoMo	19.04.89	—	—
8	A.B.	E 58	TL + Bil MRDD	supragl.	T3NoMo	26.04.89	solda +	+
9	İ.B.	E 58	TL + Bil MRBD hemitiroidek.	supragl.	T4NoMo	28.06.89	—	—
10	A.T.	E 66	TL + Bil MRBD hemitiroidek.	supragl.	1NoMo	24.07.89	—	—
11	D.D.	E 67	TL + Bil MRBD	supragl.	T4NoMo	28.08.89	sağda +	—
12	İ.Y.	E 60	supraglottik parsiyel L + Bil MRBD	supragl	T1NoMo	03.10.89	—	—
13	İ.D.	E 51	TL + Bil MRBD	glottik	T2NoMo	18.10.89	iki taraflı +	—
14	F.Ö.	E 36	supraglottik parsiyel L + sağ MRBD	supragl.	T1NoMo	25.20.89	—	—
15	İ.T.	E 51	TL + Sol MRBD	transgl.	T3NoMo	19.03.90	—	—
16	A.Y.	E 73	TL + Bil MRBD	transgl.	T3NoMo	04.04.90	—	—
17	M.E.	E 69	TL + Bil MRBD	supragl.	T1NoMo	08.05.90	—	—
18	İ.A.	E 53	TL + Bil MRBD	transgl.	T2NoMo	20.06.90	—	—
19	M.G.	E 65	TL + sağ MRBD	supragl.	T2NoMo	09.01.91	—	—
20	B.T.	E 55	TL + Bil MRBD	supragl.	T3NoMo	09.01.91	—	—
21	M.Ü.	E 62	TL + sağ MRBD	supragl.	T3NoMo	10.06.91	sağ +	—
22	S.K.	E 52	TL + sağ MRBD	supragl.	T3NoMo	10.06.91	—	—
23	A.A.	E 50	TL + Bil MRBD	supragl.	T3NoMo	09.07.91	sol +	—
24	A.K.	E 52	TL + Bil MRBD hemitiroidek.	transgl.	T3NoMo	07.10.91	—	—
25	K.Ç.	E 35	TL + Bil MRBD	supragl.	T3NoMo	07.10.91	İki taraflı +	—
26	A.M.	E 52	supraglottik parsiyel L + MRBD	supragl.	T2NoMo	08.10.91	—	—

TL : Total larenjektomi
MRBD : Modifiye radikal boyun disseksiyonu
Bil : Bilateral

materyalinin lenf ganglionlarından alınan doku örnekleri rutin alkol-ksilol parafin takibine alındı. Bunlar parafin bloklar haline getirildi. Reichert marka kızaklı mikrotomla yapılan kesitlerde (n = 6u) lam üzerinde alınarak hematoksilen - eozin ile boyandıktan sonra klasik ışık mikroskopuyla incelendiler. Lenf ganglionlarının tamamı takibe alınarak bunlardan seri halde parafin kesitleri alınmıştır.

BULGULAR

Serimizdeki hastaların hepsi erkektir. En küçük yaş 33, en büyük yaş 73, ortalama yaş 52'dir.

Olgular Tablo II'de gösterilmiştir.

9 olguda okült boyun metastazı saptanmış olup 26 olgulu serimizde %34.6 oranı bulunmuştur. Okült boyun metastazı bulunan olguların 7'si supraglottik kanserli, 2'si glottik kanserli idi.

Okült boyun metastazı ile T evresi arasındaki ilişki Tablo III'de gösterilmiştir.

Tablo III :

	Supraglottik	Glottik	Subglottik	Transglottik
T1	0 (3)	0 (0)	0 (1)	0 (0)
T2	2 (5)	1 (1)	0 (0)	0 (0)
T3	4 (8)	1 (1)	0 (0)	0 (4)
T4	1 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (1)
Toplam	7 (18)	2 (2)	0 (1)	0 (5)

Not : Parentez içindeki rakkamlar o evredeki ve lokalizasyondaki toplam vaka sayıdır.

Serimizdeki okült boyun metastazh olguların hiç birisinde kapsül invazyonu yoktu. Disseke edilebilen lenf ganglionların adedi 10-24 arasında değişmekteydi. Bunlarda çok küçük, sadece marjinal sinüste lokalize metastazlar saptanabildiği gibi, bir lenf ganglionunun tamamına yakınında da metastazlara rastlanılmıştır.

TARTIŞMA

Tüm No larenks kanserli olgularda uzun süreden beri elektif boyun disseksiyonunun gereğini savunan birçok yazar vardır (2). Elektif ganglion tedavisiyle elde edilen profilaktik avantaj hem tümör hücrelerinin yerleşebileceği nodüllerin ortadan kaldırılması hem de ilerde oluşabilecek kanser yayılımını engelleme amacına yöneliktir.

Boyun okült ganglion metastazları genelde sanıldığından çok daha fazladır. Primer tümörün anatomik lokalizasyonlarına göre değişik oranlar gösterir. Ogura'ya göre glottik tümörlerde %15, supraglottik tümörlerde %27, transglottik tümörlerde %20, sinüs piriformis ve farenks arda duvar tümörlerinde %40, subglottik tümörlerde ise %20'dir (12). Supraglottik tümörlerde okült boyun metastazı oranlarını Shah ve Tollefson %34 (14), Som %16 (16), Coates %3 (5), Snyderman %20 (15) buldular. Tüm larenks tümörlerinde ortalama yalancı negatiflik oranını Alajmo %13 (1), Laccourreye %17 (7), Molinari %15,2 (11), Vineis %4 (19), Serafini %28,5 (13) olarak saptadılar. Bocca ise epilarenksde %17,5 supraglottikte %12, glottikte %4, tarnsglottikte % 19 yalancı negatiflik tespit etti (2).

Bizim serimizde genel okült ganglion metastazı %34.6'drr. Supraglottik tümörlerde ise oran %38.8 bulundu. Sayısı az olan transglottik, subglottik, glottik vakaları hariç tutacak olursak supraglottik olgulardaki oran literatürle uyum sağlamaktadır.

Palpabl boyun ganglionu olmayan hastalara yönelim tartışmalıdır. Tedavi şekilleri uyanık şekilde beklemek, elektif boyun disseksiyonu ya da radyoterapidir.

Elektif boyun disseksiyonu sonrası ile elektif radyoterapi sonrası başarısızlık oranları literatürde birbirlerine yakın gözükmektedir. Mark C. Weissler ve ark. primer ilerlemiş skuamöz hücreli baş boyun kanserlerinde 195 No hastayı incelediler. Boyunda nüks açısından elektif radyoterapi, elektif boyun disseksiyonu ve kombine tedavi arasında belirgin fark bulmadılar. Elektif radyoterapide % 10, elektif boyun disseksiyonunda %7, kombine tedavide %11 nüks ile karşılaşıldı. Hiçbir tedavi uygulanmayanlarda oran %28'e çıkmaktaydı (20). Ancak yine de elektif boyun disseksiyonunu elektif radyoterapiye tercih etmemiz gerekir. Öncelikle primer odağa ne tür tedavi uygulanıyorsa boyuna da aynı tür tedavinin uygulanması genel kuraldır. Primer bölgeye cerrahi ile birlikte aynı seansta elektif boyun disseksiyonunun ya-

pılması hastanın tedavi süresini kısaltır. Halbuki elektif radyoterapi uygulananlar postoperatuar geçirilen dönemden başka uzun süreli radyoterapi seanslarında maruz kalırlar. İkinci öne sürülecek sav ise kurtarma cerrahisine göre elektif boyun disseksiyonu sonrası nükslerde komplikasyonların çok daha az görüldüğüdür. Radyoterapi ilerde oluşabilecek gelişmeler için rezerv olarak tutulmalıdır. Öte yandan elektif radyoterapi uygulandığında boyunda okült metastaz olup olmadığını anlamamız mümkün değildir. Halbuki elektif boyun sisseksiyonu biopsi özelliği de göstermiş olup, No boyunların hangilerinin N- hangilerinin N + olduğunu histopatolojik olarak gösterdiğinden tedavi protokolümüzü yönlendirmede bize yardımcı olur.

İyi ellerde uygulanan MRBD hastanın gelecekteki konforu ve üretkenliği açısından hiçbir sakınca göstermezken radyoterapi sonrası önemli ölçüde ağız kuruluğu, tad alma bozuklukları gibi yan etkilere rastlanılmamaktadır (20). Radyoterapinin fistül oluşumu, yara dehisansı, yumuşak doku deskuamasyonu, parsiyel larenjektomililerde larengeal spazm ve ödem gibi erken, servikal özofagus stenozu, mandibulaosteomiyeliti, karotis rüptürü gibi geç komplikasyonları da göz önün de bulundurulmalıdır (10).

Radyoterapiyi savunanlar bilhassa bilateral MRBD'mın uzun zaman kaybına neden olduğunu ve çoğu gerçek No vakalarda boşu boşuna hastayı ameliyat riskine soktuğunu öne sürerler. Bugün genel anestezi riskinin modern tıpta minimale indirildiği bir gerçektir. Radyoterapi taraftarlarının bu tezine karşı bir de şu savı öne sürebiliriz. Çoğu düşük T evreli No vakalarda hangi boyunun gerçek No olup olmadığını anlamadan radyoterapiye vererek haftalarca sürecek lüzumsuz bir tedavi ile kaybedilen zaman mı daha önemlidir, yoksa zaten primer odağa uygulanan operasyon zamanına eklenecek birkaç saatlik boyun disseksiyonu zamanı mı önemlidir?

Boyun disseksiyonuna karşı olanlar No'dan N + 'e dönüşü beklemek ve izlemenin sürviyi olumsuz yönde etkilemediğini öne sürerler (8,17,18). Ancak No'ın N + 'e dönüşmesinin beklendiği grupta hastalık süresinin uzaması primer tümörde görülebilecek nüks nedeniyle hastanın genel durumunun bozulması ilave cerrahi girişimlerin yapılamamasına yol açabilmektedir. Bekle gör gerekirse radikal boyun disseksiyonu yap uygulamasının önemli bir sakıncasını oluşturur. Aylık kontroller sırasında bile hastalarda inoperabl boyun metastazlarına rastlanılmaktadır. Bir de buna sosyokültürel açıdan tam gelişmemiş toplumlarda hastaları takip zorluğu eklenirse bu görüşün tutarsız ve sakıncalı olduğu ortaya çıkar.

Ancak supraglottik unilateral Tl ve T2 evreli tümörlerde yalancı negatiflik ensidansı düşük olduğundan bilhassa ince boyunlu, ruh sağlığı yerinde, tedavi merkezinden uzakta oturmayanlara tek taraflı MRBD düşünülebilir. Hatta Alajmo ve ark. bu tür vakaları bekleme programına almışlardır (1).

Avantajları, radikal boyun disseksiyonundaki (RBD) venöz drenajın kesilmesine bağlı dolaşım bozuklukları, sarkık omuz, kronik ödem, boyun biçiminin bozulması, boyunda anestezi ya da dizestezi ağrısının olması gibi problemlerle karşılaşılmamasıdır. Bu sakıncalar bilhassa bilateral RBD'de belirgindir. Venöz drenaj obstrüksiyonu ciddi hatta ölümcül olabilir. Bilateral trapezius paralizisi hastayı kötürüm edebilir. Her iki sternokleidomastoid kasın çıkarılması boyun hareketlerini kısıtlar. Subkütan venlerin kompansatuar vazodilatasyonuna bağlı boyunda renk değişimi, kronik ödem, kozmetik defektleriyle birlikte önemlidir. Her iki submandibuler bezin çıkarılması ağız kuruluğuna yol açar. Öte yandan 4-6 hafta sonra ikinci disseksiyonunun en belirgin avantajı geniş endikasyon sahasının olmasıdır. Sternokleidomastoid kasın bırakılması majör arterlerin korunmasını sağlar ve enfeksiyonla radyoterapinin olumsuz etkilerinden korur.

Acemi ellerde yapılan bu tip disseksiyonda bazı lenf nüdellerinin bırakılması riski vardır. Ancak aynı risk acemi ellerde RBD'da da mevcuttur.

Bocca'nın geniş serisinde rekürens RBD'da %6,6 MRBD'da %2'dir. 5 yıllık sürvi ise sırasıyla %93, %97'dir (4). Lingerman No boyunlarda rekürensi RBD sonrası %14, MRBD sonrası ise %0 buldu (9). Cesar ve Javier Gavilan

da geniş serilerinde 5 yıllık tümör nüks oranını sırasıyla %6,2 ve %3,4 olarak saptadılar (6).

SONUÇ

No vakalarda tedavide yaygın olarak 2 metod benimsenmiştir: Primer radyoterapi ve elektif boyun disseksiyonu. Her iki metodda da ortalama %70 aşırı tedavi mevcuttur. Çünkü gerçek N + %30 vakadadır. Böyle bir durumu önlemenin tek yolu cerrahi girişim sırasında hangi No vakasında boyun metastazı olduğunu bilmektir ki bu günümüzde mümkün değildir. Bundan dolayı bir MRBD'nu bilateral uygulamayı bütün diğer girişimlere tercih ediyoruz. Kombine tedavi ise hastalığın kontrolünü daha iyi sağlamak ve sürviyi arttırmak için kullanılır. Bu açıdan postoperatuar radyotefapiyi lefif bezi metastazı histopatolojik olarak kanıtlanmış tüm vakalarda uyguladık.

Yazışma Adresi: Dr. Tanju Gökçeer
Haseki Hastanesi KBB Kliniği
İSTANBUL

KAYNAKLAR

1. Alajmo, E.; Aulisi, L.; Boccuzzi, S.,- et al: L' envahissement ganglionnaire dans les cancers du Larynx: A propes deş tumeurs No + + . Leş cahiers d oRL. T. XXIV, N: 10 737-747 (1989].
2. Bocca, E.,- Callearo, C.; De Vincentiis, I.; et al: Ocult metastases in cancer of Larynx and their relation ship to clinical at histological aspects of primary tumor. A four year multicentric research Laryngoscope, 94:1086 (1984).
3. Bocca, E.; Surgery of the cervical lymph nodes in Naumann H.H. (Ed) Head and Neck Surgery. Georg Thieme Verlay Stuttgart. New York Vol. IV, p.l 13-119 (1984).
4. Bocca, E.,- Functional Neck Dissection in English G.M. (Ed) Otolaryngology Harper and Row Publishers Philadelphia Vol.5, eh. 44 (1985).
5. Coates, H.L., De Santo, L.W., Devine, K.D. et al: Carcinoma of the supraglottic larynx. Arch. Otolaryngol, 102:686-689, (1976).
6. Gavilan, C., Gavilan, J.: Five year results of functional neck dissection for cancer of the larynx. Arch. Otolaryngol. 115:1193-96 (1989).
7. Laccourreye, H., Beutter, P., Lacau Saint-Guily, L, et al: Leş adenopathies deş epiteliomas du laryns. Frequence et pronostic. Ann. Oto. Laryng. 96:326-348, (1979].
8. Lee, J.G.; Krause> C J.: Radical neck dissection: Elective therapeutic and secondary, Arch. Otolaryngol., 101:656, 1975.
9. Lingerman, R.E., et al., Neck dissection: Radical ör conservative. Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 86:737, 1977.
10. Mantravadi, R.V.P., Sholnik, E.M., Applebaum, E.L.: Complications of post-operative and preoperative radiation therapy in head and neck cancers. Arch. Otolaryngol., 107:690, (1981).
11. Molinari, R.; Cantu, G.; Chiesa, F.; et al: Retrospective comparison of conservative and radical neck dissection in Laryngeal cancer. Ann. Otol. Rhinol Laryngol. 89:578-581 (1980],
12. Ogura, J., Biller, H.F.; Cysts tumors of the larynx. Paparella and Schumric, Otolarengology Vol:3, pp.663, Sounders Co. Philadelphia - London - Toronto (1973).
13. Serafini, I.; Rizzoto, G.; Borsaro, A.; et al: Comparazione fra classificazione clinica e patologica deüe linfoadenopatie metastatiche cervicali. Açta Otorhinol. Ital, 6, 617-624 (1983).
14. Shah, J.P. and Tollefson, H.R.: Epidermoid carcinoma of the supraglottic Larynx. Role of neck dissection in initial surgicaJ treatment. Am. J. Surg, 128:494-99, (1974).
15. Snyderman, N.L.; Johnson, J.T.; Schramm, V.L.; et al: Extracapsular spread of carcinoma in cervical lymph nodes: impact upon survival in patients with carcinoma of the supraglottic larynx. Cancer 56:1597, 1985.
16. Sam, M.L.: Conservatİon surgery for carcinoma of the supraglottis. I. Laryngol Otol. 84:655 - 78, 1970.
17. Steel, P.M.; Green, J.R.: Management of metastases of the lymph glands of the neck. Proc. R. Soc. Med. 69:411, 1976.
18. Terz,.J.; Farr, H.W.: Carcinoma of the tonsiller fossa. Surg. Gvnecol obstet. 3:581 (1967).
19. Vineis, P.; Tabaro, G.; Sartonus, A.; et al: Rapporti fra sede, stadio e attri pararaetri nel carcinoma laringeo. Oto. Rino. Laring. 31, 113-118, 1981.
20. Weissler, M.C.; Weigel, M.T.; Rosenman, J.G., et al: Treatment of the clinically negative nech in advanced cancer of the head and neck. Arch. Otolaryggol, 115:691-694, 1989.