

No BOYUNLARDA PREOPERATİF BT VE BOYUN DİSSEKSİYONU MATERYALLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

THE COMPARISON OF THE No NECK SPECIMENS WITH THE FINDINGS OF PREOPERATIVE CT'S

**Dr. Kenan GÜNEY(*), Dr. Esor BALKAN(*), Dr. Bülent V. AĞIRDİR(*),
Dr. Fırat FİŞENK(*), Dr. Oktay DİNÇ(*)**

ÖZET: 1992-1996 yılları arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi K.B.B. ana bilim dalında Larenks Ca, Parotis Ca tanısı almış, No boyunlu 18 hastanın preoperatif boyun CT'leri ve boyun disseksiyonu materyalleri karşılaştırılmıştır.

Baş boyun Ca'larda lenf metastaz varlığının preoperatif olarak CT değerlendirilmesinin halen en iyi yöntemlerden biri olduğu söylenmektedir. CT de nodal büyüklük, lenf nodunun yeri, lenf nodunda nekrozun varlığı, ekstrakapsüler yayılım metastaz açısından önemli kriterlerdir.

Biz bu çalışmamızda No boyunlarda, lenf nodu araştırmasında, CT bulgularının, postoperatif boyun disseksiyonu materyallerinin patolojik bulguları ile bir korelasyon göstermediğini tespit ettik.

Anahtar Sözcükler: No Boyun, Boyun BT, Boyun Disseksiyon Materyali

SUMMARY: This study was performed in the ENT Clinics of Akdeniz University Medical Faculty between 1992 -1996. We have compared the findings of preoperative CT scans with the pathological examinations of the neck the dissection specimens of 18 patients with the No necks, suffering from parotid gland carcinomas and larynx carcinomas.

It is mentioned that the best method for investigating the neck about the lymph node metastasis is the preoperatively performed CT scans.

The nodal enlargement, the localisation of the nod, extracapsular spread, the existence of necrosis in the nodes are the important criteria for metastasis.

In this study we have found that the findings in teh preoperative CT scans of the necks do not show a correlation with the findings of pathological examinations of the necks specimens.

As a result, we conclude that the preoperative CT examinations of the neck, is not a valid method in diagnosing the lymph node metastasis in No necks.

Key Words: No Neck, Neck CT, Necks Specimens

GİRİŞ

Baş boyun kanserlerinde lenf nodüllerinde okkült metastazların tespit edilebilmesi tedavi ve prognozu belirlemede en önemli kriterlerden birisidir.

Günümüzdeki ileri radyolojik tetkiklerin rutin kullanıma girmesinden önceki dönemlerde, lenf metastazlarının tespit edilebilmesi oldukça önemli bir sorun teşkil etmekteydi. CT ve MRI'ın kullanılması ile lenf nodlarının büyüklüğü, santral nekrozun varlığı, ekstrakapsüler yayılım, gün-

müzde kolaylıkla tespit edilmekte, buda baş boyun kanserlerinde metastaz varlığının saptanmasında kolaylık sağlamaktadır. CT ve MRI'ın küçük lenf nodüllerini tamamlayamayışı ve ancak histopatolojik incelemede görülebilecek olan occult metastazların bu tekniklerle ortaya konulamaması bazı araştırmacıların bu yöntemlere şüpheyle bakmasına yol açmaktadır. (6. 7. 10)

Radyolojik incelemede 10-15 mm den büyük lenf nodlarının görülmesi genelde metastaz lehinde yorumlanmaktadır. Bununla birlikte 20 mm den büyük lenf nodlarında bile histopatolojik incelemede metastaza rastlanmamakla birlikte, bazı olgularda 10 mm ve küçük lenf nodlarında occult metastazlara rastlanabilmektedir. (6. 4. 8)

(*) Akdeniz Üni. Tıp Fakültesi KBB ABD ANTALYA

YÖNTEM ve GEREÇ

Bu çalışma Akdeniz üniversitesi tıp fakültesi ana bilim adalında 1992-1996 yılları arasında larenks ve parotis Ca tanısı ile tedavi edilen 18 olgunun klinik, radyolojik ve histopatolojik özellikleri sunulmuştur. Olgularımızın 17 si erkek 1 i kadın olup yaşları 37-75 (ört. 58) idi. Olguların 15 i supraglottik ve glottik yerleşimli lareks Ca (squamöz cell Ca) 3 ü ise parotis yerleşimli mukoe-pidermoid Ca tanısı almıştır.

BULGULAR

Klinik olarak yapılan muayenede 18 olguda lenfadenopati tespit edilememiştir. 18 olgunun CT tetkiklerinde 1 olguda 15 mm ve daha küçük, 7 olguda 10 mm ve daha küçük, 6 olguda 10 mm den küçük lenf nodlarına rastlanmıştır. Olguların disseksiyon materyallerinin incelenmesinde, 2 olguda 10 mm den büyük, 15 olguda 10 mm ve 10 mm den küçük lenf nodlarına rastlanmıştır. Disseksiyon materyallerinin yapılan histopatolojik incelenmesin-

de 2 olguda metastaz saptanmıştır, 16 olguda metastaza rastlanmamıştır. CT de ve boyun disseksiyonu materyallerinde tespit edilen lenf nodlarının hiç birinde santral nekroz ve ekstrakapsüler yayılma rastlanmamıştır. Bu bulguların hepsi tablo 1 de gösterilmiştir.

TARTIŞMA

Servikal lenf nodu metastazı baş boyun bölgesi kanserlerinde survivali etkileyen kritik bir tanısal faktördür. Son zamanlarda okkült metastazların preoperatif olarak CT ve MRI ile değerlendirilmesi sık olarak kullanılan yöntemler arasındadır.

Klinik olarak NO olan boyunlarda lenf nodlarının pozitif kabul edilmesindeki genel radyolojik kriter lenf nodlarının büyüklüğüdür. 10-15 mm den daha büyük lenf nodları radyolojik olarak metastazın lehinde yorumlanmaktadır, bununla beraber 20 mm den büyük lenf nodlarının incelenmesinde metastaza rastlanmamakla birlikte 10 mm ve 10 mm den küçük lenf nodlarında mikrometastazlara rastlanabilmektedir. Ayrıca lenf nodların-

Tablo 1

OLGU No	KLİNİK TANI	TNM SINIFLANDIRILMASI	CT'DE LENF NODU BÜYÜKLÜĞÜ	NEKROZ (LENF NODUNDA)	EKSTRAKAPSÜLER YAYILIM (LENF NODUNDA)	DİSEKSİYON MATERYALİNDE METASTAZ
1	LARENKS CA	SUPRAGLOTTİK T2 N0 M0	1CM VE 1 CM DEN KÜÇÜK	(-)	(-)	(-) 1 CM VE 1 CM DEN KÜÇÜK
2	LARENKS CA	SUPRAGLOTTİK T2 N0 M0	1.5 CM VE DAHA KÜÇÜK	(-)	(-)	(+) LAP 1 CM DEN BÜYÜK
3	LARENKS CA	SUPRAGLOTTİK T2 N0 M0	1 CM VE 1 CM DEN KÜÇÜK	(-)	(-)	(-) 1 CM VE 1 CM DEN KÜÇÜK
4	LARENKS CA	GLOTTİK T2 N0 M0	1CM VE 1 CM DEN KÜÇÜK	(-)	(-)	(-) 1 CM VE 1 CM DEN KÜÇÜK
5	LARENKS CA	GLOTTİK T1 N0 M0	1CM DEN KÜÇÜK	(-)	(-)	(-) 1 CM VE 1 CM DEN KÜÇÜK
6	LARENKS CA	GLOTTİK T2 N0 M0	1CM VE 1CM DEN KÜÇÜK	(-)	(-)	(-) 1 CM VE 1 CM DEN KÜÇÜK
7	LARENKS CA	GLOTTİK T1 N0 M0	1 CM DEN KÜÇÜK	(-)	(-)	(-) 1 CM DEN BÜYÜK
8	LARENKS CA	GLOTTİK T1 N0 M0	1 CM DEN KÜÇÜK	(-)	(-)	(-) 1 CM VE 1 CM DEN KÜÇÜK
9	LARENKS CA	GLOTTİK T2 N0 M0	LAP RASTLANMADI	(-)	(-)	(-) 1 CM VE 1 CM DEN KÜÇÜK
10	LARENKS CA	GLOTTİK T1 N0 M0	LAP RASTLANMADI	(-)	(-)	(-) 1 CM VE 1 CM DEN KÜÇÜK
11	LARENKS CA	GLOTTİK T1 N0 M0	LAP RASTLANMADI	(-)	(-)	(-) 1 CM VE 1 CM DEN KÜÇÜK
12	LARENKS CA	GLOTTİK T1 N0 M0	LAP RASTLANMADI	(-)	(-)	LAP RASTLANMADI
13	LARENKS CA	GLOTTİK T1 N0 M0	1 CM DEN KÜÇÜK	(-)	(-)	(-) 1 CM VE 1 CM DEN KÜÇÜK
14	LARENKS CA	GLOTTİK T2 N0 M0	1 CM DEN KÜÇÜK	(-)	(-)	(-) 1 CM VE 1 CM DEN KÜÇÜK
15	LARENKS CA	GLOTTİK T1 N0 M0	1 CM DEN KÜÇÜK	(-)	(-)	(-) 1 CM VE 1 CM DEN KÜÇÜK
16	PAROTIS CA	T3 N0 M0	1 CM VE 1 CM DEN KÜÇÜK	(-)	(-)	(+) LAP 1 CM VE 1 CM DEN KÜÇÜK
17	PAROTIS CA	T2 N0 M0	1 CM VE 1 CM DEN KÜÇÜK	(-)	(-)	(-) 1 CM VE 1 CM DEN KÜÇÜK
18	PAROTIS CA	T2 N0 M0	1 CM VE 1 CM DEN KÜÇÜK	(-)	(-)	(-) 1 CM VE 1 CM DEN KÜÇÜK

daki nekroz ve ekstrakapsüler yayılım radyolojik olarak metastaz lehine yorumlanmaktadır. (8. 9.1)

Close ve arkadaşları okkült lenf nodu çap ortalamasını histopatolojik çalışmalar sonucunda 11.6 mm olarak bulmuşlardır. (1) Weissler ve arkadaşları NO boyunlarda lenf nodu tutulumunu T1, T2 olgularda %20, T3, T4 olgularda %24 olarak bildirmişlerdir. (12) De Santo ve arkadaşları klinik olarak NO olan boyunlarda lenf nodu tutulumunu %30 olarak bildirmişlerdir. (2) Bu oran erken dönem glottik bölgeyi tutan larenks Ca larda düşüken, dil kökü, priform sinüs ve supraglottik larenks Ca larda daha yüksektir. Bizim çalışmamızda 18 olgunun 2 sinde lenf nodu tutulumu görülmüştür (%11.2). Bu oranın düşük olmasını 11 olgunun erken dönem glottik larenks Ca olmasıyla yorumladık.

Van den Brekel ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada tüm metastazların % 33 ünde lenf nodlarının 10 mm den küçük olduğunu tespit etmişlerdir. (11) Freidman ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada pozitif lenf nodlarının % 46 sını 10 mm den küçük olarak tespit etmişlerdir. (5) Bizim çalışmamızda 18 olgunun 2 sinde metastaza rastlanmış olup, 1 olguda lenf nodu büyüklüğü 10 mm den büyük, (% 50) 1 olguda ise lenf nodu büyüklüğü 10 mm den küçük (% 50) bulunmuştur. Bu değer literatürle uyumludur.

Done ve arkadaşları lenf nodu büyüdükçe santral nekrozun ve ekstrakapsüler yayılımın arttığını bildirmişlerdir. Ekstrakapsüler yayılım ve santral nekrozun CT ve MRI daki görünümü, geçirilmiş operasyon veya radyoterapiye bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir.(3) Bizim çalışmamızda hiç bir olguda santral nekroz ve ekstrakapsüler yayılıma rastlanmamıştır.

Sonuç olarak, gelişmiş görüntüleme yöntemlerine rağmen mikrometastazların tesbiti oldukça güçtür. Elektif boyun disseksiyonu ile tedavi edilmeyen vakalarda % 20-25 oranında mikrometastazların ortaya çıkabileceği hiç bir zaman göz ardı edilmemelidir.

Yazışma Adresi: Dr. Kenan GÜNEY

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi

KBB ve Baş Boyun Cerrahisi ABD

ANTALYA

KAYNAKLAR

1. CLOSE, L.G., MERKEL, M., VUITCH, M. R., ET AL.: Computed Tomographic Evaluation of Regional Lymph Node Involvement in Cancer of the Oral Cavity and oropharynx. Head Neck, 11: 309 - 317,1989
2. DE SANTO L. W., HOLT J. J., BEAHR, O. H., ET AL.: Neck dissection: Is it Worthwhile? Laryngoscope. 92: 502-509,1982
3. DON, D. M., ANZAI, Y., LUFKIN, R. B., Evaluation of Cervical Lymph Node Metastases in squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck. Laryngoscope. 105: 669-674,1995
4. FEINMESSER, R., FREEMAN, J. L., NOYK, A. M., et al Metastatic Neck Disease: A Clinical /Radiographic / Pathologic Correlative Study. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 113:1307 -1310, 1987
5. FREIDMAN M, MAFEE MF, PACELLA BL JR., ET AL.: Rationale for Elective Neck Dissection. Laryngoscope 100: 54 - 59,1990
6. FRIEDMAN, M., ROBERTS, N., DO., KIRSHENBAUM, GL., ET AL.: Nodal Size of Metastatic squamous Cell Carcinoma of the Neck. Laryngoscope, 103: august 1993
7. FRIEDMAN, M., SHELTON, V. K., MAFEE, M.M., ET AL.: Metastatic neck disease: Evaluation by Computed Tomography. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 110; 443 - 447,1984
8. STEVENS, M. H., HARNBURGER, NL, MANCUSO, A. A., ET AL.: Ctof Cervical Lymph Nodes: Staging and Management of Head and Neck Cancer. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 111: 735 - 739,1985
9. SOM, P. M.: Lymph Nodes of Neck. Radiology, 165: 593 - 600, 1987
10. Van den Brekel, M. W. M., Stel, H. V., Castelijns, J. A., et al.; Cervical lymph node metastasis: Assessment of Radiologic Criteria. Radiology, 177: 379-384,1990
11. VAN DEN BREKEL M. W., CASTELIJNS, J. A., STEL, H.V., ET AL.: Occult Metastatic Neck Disease: Detection with us and us - guided Fine - needle Aspiration Cytology. Radiology 180: 457 - 461 1991
12. WEISSLER, M. C., WEIGEL, M. T., ROSENMAN, J. G., ET AL.: Treatment of the Clinically Negative Neck in Advanced Cancer of the Head and Neck. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 115: 691-694,1989