

DİL KANSERİ: 88 HASTANIN DENEYİMİ

CANCER OF THE TONGUE: EXPERIENCE WITH 88 CASES

**Dr. Taner YILMAZ (*), Dr. Faruk ÜNAL (*), Dr. Sarp SARAÇ (*), Dr. Taşkın YÜCEL (*),
Dr. Metin ÖNERCİ (*), Dr. Ergin TURAN (*), Dr. Bülent GÜRSEL (*), Dr. Sefa KAYA (*)**

ÖZET: Dil kanseri, oral kavitenin en sık görülen ikinci kanseri olmasına rağmen, tedavisi hala tartışmalıdır. Bu araştırma, kliniğimizin dil kanserinin cerrahi tedavisindeki tecrübesini aktarmaktadır. 88 hasta retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Hastaların 39'u T1, 27'si T2, 12'si T3, 10'u T4 olduğu görülmüştür. Boyun klinik değerlendirilmesi, 58 hastada N0, 22 hastada N1, 7 hastada N2 ve 1 hastada da N3 olarak belirlenmiştir. Küçük ve önde lokalize lezyonlar için pull-through ameliyatı yapılmıştır. İleri evre ve arkada yerleşmiş lezyonlar için ise commado ameliyatı uygulanmıştır. Ipsilateral boyun için 59 radikal, 14 modifiye radikal, 13 supraomohyoid ve 2 selektif (Level 1,2,3,4) boyun diseksiyonu yapılmıştır. Kontralateral boyun için 2 radikal, 3 supraomohyoid ve 17 suprahyoid boyun diseksiyonu uygulanmıştır. Okült metastaz oranı % 29.3 (17/58) ve T1-2 lezyonlardaki okült metastaz oranı ise % 21.7 (10/46) bulunmuştur, iki kontralateral boyun diseksiyonunun metastaz saptanmıştır. 44 hastaya sadece cerrahi, 26 hastaya cerrahi + postoperatif radyoterapi, 13 hastaya cerrahi + postoperatif kemoterapi, 5 hastaya da cerrahi + postoperatif radyoterapi + kemoterapi uygulanmıştır. 24 hastada rekürens görülmüştür. Bunların 16'sı lokal, 7'si rejyonel, 1'i de uzak metastazdır. Rejyonel rekürenslerin 3'ü diske edilmemiş kontralateral boyunda görülmüştür. 3 yıllık hastalısız yaşam oranı T1 ve T2 hastalar için % 78.8, T3 and T4 lezyonlar için ise % 54.5 bulunmuştur. Sonuç olarak, tüm dil kanseri hastalarında okült metastaz oranı çok yüksektir. Radyolojik incelemeler ve ince iğne aspirasyonu, muayenedeki yalancı negatif oranını düşürmekle birlikte, hiçbir zaman ortadan kaldırmamaktadır. Erken lezyonlarda bile, boyun diseksiyonu yapılması gerektiği kanaatine varılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Dil tümörleri, cerrahi, prognoz, histopatoloji

SUMMARY: Although tongue cancer is the second most frequent oral cavity cancer, its treatment has been controversial. In this study, the authors present their experience with surgical, treatment of tongue cancer. 88 patients were evaluated retrospectively. There were 39 T1, 27 T2, 12 T3, 10 T4 lesions. Clinical neck evaluation was N0 for 58 patients, N1 for 22, N2 for 7, and N3 for 1 patient. For early and anteriorly located lesions pull-through operation was chosen. For advanced and posteriorly located lesions commada type operation was the treatment of choice. For the ipsilateral neck 59 radical, 14 modified radical, 13 supramohyoid, and 2 selective (Level 1,2,3,4) neck dissections were done. For the contralateral neck 2 radical, 4 modified radical, 3 supraomohyoid and 17 suprahyoid neck dissections were performed. The overall occult metastasis rate was 29.3 % (17/58), and the occult metastasis rate for T1 and T2 lesions was 21.7 % (10/46). Among the contralateral neck dissections, metastasis, was detected for 2 cases. 44 patients were treated with surgery only, 26 patients received postoperative radiotherapy, 13 received postoperative chemotherapy, 5 patients were given both postoperative radiotherapy and chemotherapy. 24 patients experienced recurrences, 16 of them were local, 7 regional recurrences, and 1 distant metastasis. 3 of the regional recurrences were in the contralateral undissected neck. The overall 3 year-disease-free-survival rate was 78.8 % for T1 and T2 lesions, and 54.5 % for T3 and T4 lesions. As a conclusion, the rate of occult metastasis to the neck is too high in all tongue cancer cases to take the risks of regional recurrence. Radiological investigations and fine needle aspiration decrease, but never diminish the rate of false negative examination. There is an obvious indication for neck dissection even in early cases.

Key Words: Tongue neoplasms, surgery, prognosis, histopathology

(*) Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı, ANKARA

GİRİŞ

Dil kanseri alt dudak kanserinden sonra en sık görülen oral kavite tümörü olmasına rağmen (1), yeterli tedavinin ne olduğu hala kesin değildir. Dil kanserinin klasik cerrahi tedavisi parsiyel dil rezeksiyonuyla beraber enblok boyun diseksiyonudur. Buna rağmen prognozu değiştirmeden sadece parsiyel glossektomi (8), veya boyun diseksiyonu ve parsiyel dil rezeksiyonunun ayrı ayrı yapılabileceğini (19) savunular da vardır.

Bu çalışma cerrahi olarak tedavisi yapılan 88 dil kanseri hastasından elde edilen deneyim sunulmuştur.

YÖNTEM VE GEREÇLER

1966 - 1997 yılları arasında tedavileri yapılan 88 dil epidermoid kanseri hastasının dosyaları retrospektif olarak incelenmiştir.

Dil kökü tümörleri ve histopatolojik olarak skuamöz hücreli karsinoma dışında bir tür olan dil kanserleri çalışmadan hariç tutulmuştur. Hastaların 47'si erkek, 41'i kadın ve yaş ortalamaları 52'dir (21-78).

Dilin skuamöz hücreli karsinomunda Komando veya Pull-through ameliyatları uygulanmıştır. Anterior yerleşimli ve erken evre tümörlerde pull-through, ileri evre ve posterior yerleşimli tümörlerde ise komando ameliyatları tercih edilmiştir. Bazı vakalarda ise oral kaviteye daha iyi hakimiyet sağlamak için paramedian mandibulotomi yapılmıştır. Tüm hastalarda esas tedavi parsiyel glossektomi ve boyun diseksiyonudur. N₀ hastalarda supraomohyoid veya modifiye radikal boyun diseksiyonu; N + lezyonlarda ise radikal boyun diseksiyonu tercih edilmiştir. Orta hatta yerleşen veya orta hattı geçen lezyonlarda karşı taraf suprahoid veya supraomohyoid boyun diseksiyonu eklenmiştir; bu işlem evreleme amacıyla yapılır ve eğer karşı tarafta metastaza rastlanırsa boyun diseksiyonu tamamlanır.

BULGULAR

Tablo 1'de klinik lenf nodu evresinin patolojik lenf nodu evresiyle ilişkisi görülmektedir. % 26.7 yanlış pozitif ve % 29.3 yanlış negatif bulgu elde edilmiştir. Boyun muayenesinin sensitivitesi % 56.4, spesifitesi ise % 83.7 olarak bulunmuştur.

Tablo 1 aynı zamanda intra operatif değerlendirilen lenf nodlarının patolojik evreyle kıyaslamasını da göstermektedir. İntra operatif değerlendirmenin sensitivitesi % 84.6, spesifitesi ise % 46.9 olarak bulunmuştur.

	Patolojik N0	Patolojik N+	Toplam
Klinik N0	41	17	58
Klinik N+	8	22	30
Intraoperatif N0	23	6	29
Intraoperatif N+	26	33	59
Toplam	49	39	88

Tablo 1: Klinik ve intraoperatif lenf nodu evrelemesinin patolojik evreyle ilişkisi.

Serimizde hastaların % 44.3'ü (39/88) T₁, % 30.7'si (27 / 88) T₂, % 13.6'sı (12/88) T₃ ve % 11.4'ü (10/88) T₄ tür. Hastaların % 65.9'u klinik olarak N₀, % 55.7'si patolojik N₀ ve % 44.3'ü patolojik N+'tir. (Tablo 2).

Tablo 2'de N₀ ve N+ hastaların T₁₋₂ ve T₃₋₄ evrelere göre dağılımları görülmektedir. T₁₋₂ hastaların % 65.2'si N₀, öte yandan T₃₋₄ hastaların % 27.3'ü N₀'dir.

Bu 88 hastada aynı taraf boyuna 59 radikal, 14 modifiye radikal, 13 supraomohyoid ve 2 selektif boyun diseksiyonu (Level 1-4); karşı taraf boyuna ise 2 radikal, 4 modifiye radikal, 3 supraomohyoid ve 13 suprahoid boyun diseksiyonu yapılmıştır.

	Klinik N ₀	Klinik N+	Patolojik N ₀	Patolojik N+	Toplam
T ₁₋₂	46	20	43	23	66
T ₃₋₄	12	10	6	16	22
Toplam	58	30	49	39	88

Tablo 2: T evresi ile klinik ve patolojik lenf nodu evresinin ilişkisi

Supraomohyoid boyun diseksiyonlarının sadece ikisinde Level 3'te metastaz bulunmuş, postoperatif radyoterapi uygulanmıştır. Hiçbir suprahoid diseksiyonda metastaza rastlanmamıştır.

Postoperatif TNM evresi 7 hastada küçülürken, 15 hastada artmıştır.

Hastaların 44'ü sadece cerrahi ile tedavi edilirken, 26 hastada postoperatif radyoterapi, 13 hastada postoperatif kemoterapi ve 5 hastada hem kemoterapi hem de radyoterapi uygulanmıştır.

Patolojik N+ olan 39 hastada toplam 113 metastaza rastlanmıştır (Tablo 3). Alt juguler bölgeye metastaz 8 hastada bulunmuştur; bunlardan üçü diğer lenf bölgelerinde metastaz olmayan hastalardır. Bu hastalardan birisi ise başlangıçta N0 olan bir hastadır (Tablo 4).

Hastalardan 24'ünde rekürrens tespit edilmiştir, bunlardan 16'sı lokal, 7'si rejyonel ve 1'i uzak metastazdır. Rejyonel rekürrenslerden 3'ü karşı ameliyat edilmemiş boyunda olmuştur ve bu hastalarda ipsilateral metastaz bulunmamıştır. Karşı boyunda rekürrens olan 2 hasta dışında tüm hastalar tedaviye rağmen kaybedilmiştir. T 1-2 hastalarda 3 yıllık hastaliksız yaşam % 78.8, T3-4 hastalarda ise % 54.5 olarak bulunmuştur.

TARTIŞMA:

Dil kanseri baş-boyun sık görülen bir tümörü olmasına rağmen, henüz tam tedavisine karar verilmiş görülmemektedir. Mobil dil tümörleri olan hastalar şikayetler nedeniyle erken evrede başvurmalarına ve kolay tanı konmasına rağmen bu tümörler agresif seyretilmektedirler.

Level	Klinik		Patolojik	
	Lenf nodu sayısı (hasta sayısı)	Lenf nodu %	Lenf nodu sayısı (hasta sayısı)	Lenf nodu %
Submandibular	14(12)	% 36.8	20(12)	% 17.7
Üst servikal	19(17)	% 50.0	47 (23)	%41.6
Orta servikal	5(4)	% 13.2	35(19)	%31.0
Alt servikal	-	-	11(8)	%9.7
Posterior servikal	-	-	-	-

Tablo 3 : Dil kanserinde metastazların boyun level'larına göre dağılımı.

Hasta	Klinik evre	Patolojik evre
1	T2N1 (submandibular)	N 1 (alt)
2	T1N1 (submandibular)	N2 (alt)
3	T3N3 (Üst servikal)	N3 (6x üst, 2x orta, alt)
4	T1N2 (üst ve orta)	N2 (submand, orta, alt)
5	T2N1 (üst servikal)	N2 (orta, alt)
6	T2N0	N1 (alt)
7	T4N2 (üst ve orta)	N2 (2x submand, 3x üst, 2x orta, alt)
8	T3N1 (üst)	N2 (2x üst, 3x alt)

Tablo 4 : Alt servikal metastazlı olan dil kanseri hastaları

Oral kavite tümörleri içerisinde dil kanseri tanı sırasında olmasa bile en fazla geç lenf nodu tutulumu gösteren tümördür (7).

Boynun klinik muayenesinin güvenilirliği % 70-80'dir. Kendi serimizde boyun muayenesinin sensitivitesi % 56.4, spesifitesi ise % 83.7 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara bakıldığında metastaz tespitinde sadece boyun muayenesine güvenmenin doğru olmayacağı anlaşılır. Literatürde okült metastaz oranlarına ait değişik rakamlar verilmiştir. T1 tümörlerde % 16-38, T2 tümörlerde % 21-57, T3 tümörlerde % 77'ye varan oranlarda okült metastaz bildirilmiştir (7,8,14,15,18,20,22,23,24). Bizim bulgumuz olan % 29.3 yalancı negatif oranda bu bilgilerle uyumludur ve sadece muayeneye dayanarak boyun diseksiyonu yapmanın çok riskli olacağını göstermektedir.

Fakih ve ark. (8) T1-2 tümörlerde sadece peroral eksizyonun boyun diseksiyonu ile beraber olan eksizyona göre hastalısız yaşam süresi açısından farklılık göstermediğini bildirmişlerdir. Maddox (15) ise 1 cm den küçük dil tümörlerinde lokal eksizyon dışında tedavinin gereksiz ve morbiditesi nedeniyle anlamsız olduğuna inanmaktadır. Jesse ve ark. (11) ise elektif boyun diseksiyonundan yarar gören hasta oranının çok az olduğunu bildirmişlerdir.

Bu çalışma ve pek çok başka çalışma yukarıdaki çalışmaları desteklemez. Sadece lokal eksizyon yapılan T 1-2 tümörlerde düşük lokal rekürrens (% 2) fakat yüksek rejyonel rekürrens bildirilmiştir (6). Sadece glossektomi yapılan hastaların % 38.4'ünde zaman içinde metastaz belirlenmiştir (19).

Oral kavite tümörünün prognozunu belirlemede en önemli faktör bölgesel lenf nodlarının durumudur. Yaşam süresi ise primer tümör büyüklüğü ve lenfatik metastazlara bağlıdır (7). Bu nedenle doğru bir evreleme yapmak gerekir. Elektif boyun diseksiyonundan yarar görece hastaların belirlenmesinde tümör evresi sınırlı yardım göstermiştir (8,18). Servikal lenfatiklerdeki histopatolojik değerlendirme TNM evrelemesine göre üstündür (12). Tek kesin prognostik belirleyici geride tümör veya metastatik lenf nodu bırakılmasıdır (16).

Klinik ve histolojik olarak negatif olan boyun diseksiyonları sonrasında görülen daha uzun yaşam süreleri, histolojik incelemede çok küçük olan lenfatik metastazların atlanabilmesi nedeniyle olabilir (6). Bu bize okült metastaz oranının gerçekte daha yüksek olabileceğini ve elektif boyun diseksiyonundan yarar

gören hasta sayısının daha yüksek olduğunu gösterir.

Spiro ve Strong (21) elektif boyun diseksiyonu sonrası okült metastaz bulunan hastaların yaşam sürelerini başvurduklarında N+ olanlara göre daha uzun bulmuşlardır. Boyunun elektif tedavisi son zamanlarda bu gerçeklerin anlaşılmasıyla artmıştır (3,21).

Primer ve boyun lenfatikleri arasında her zaman canlı tümör hücresi olabileceği için primer tümörün boyun diseksiyonu ile devamlılığı olacak şekilde çıkarılması önerilmektedir, Sprio ve Strong (19) ise spesimenin ayrı ayrı çıkarılmasının prognoz açısından olumsuz etkisi olmadığını bildirmişlerdir.

Rekürren tümörlerin kurtarıma şansı başlangıçtaki lezyon ne olursa olsun % 0'dır (16). Bu nedenle baş-boyun cerrahları ilk tedavide mümkün olan en ideal rezeksiyonu yapmak zorundadırlar.

Başlangıçta negatif olan boyunun tedavisi hastalısız yaşamı olumlu etkiler. Metastazın okült durumda tedavi edilmesi, overt metastaz oluşunca yapılan tedaviye göre daha yüksek yaşam süresine sahiptir (18). Servikal lenf noduna sınırlı metastazı olup boyun diseksiyonu yapılan hastaların sürvileri, olmayanlarla aynıdır (12).

Bizim çalışmamızda elde edilen bulgulara göre elektif boyun diseksiyonu hastaların % 26.7'sine gereksiz yapılmış, % 29.3'ünde ise tedavi edici olmuştur.

Bu çalışma intraoperatif lenf nodu değerlendirmesinin sensitivitesi yüksek fakat spesifitesi düşük bir yöntem olduğunu göstermiştir.

Hastalarımızda genel olarak % 26.2 rekürrens gözlemiştir. Hastalarda % 18.2 lokal rekürrens görülmüştür. Bölgesel rekürrens % 8 olmuş, bunun % 3.4'ü karşı taraf tedavi edilmemiş boyunda gözlenmiştir. Bu tedavi edilmiş boyunda rekürrens oranının sadece % 4.6 olduğunu göstermektedir.

Tüm lokal rekürrenslerde agresif tedaviler denemiş olmakla beraber sadece iki karşı boyun rekürrensi dışında tüm rekürren hastalar kısa sürede kaybedilmişlerdir. Hicks ve ark. (10) % 27 lokal ve bölgesel rekürrens bildirmişlerdir. Franceschi ve ark. (19) ise % 37 rekürrens bildirmişlerdir. Jones ve ark. (13) Evre 1-2 hastalarda % 41 rekürrens görmüşlerdir. Bizim elde ettiğimiz sonuçlar bu bulgulara göre çok düşük rekürrens göstermektedir ki biz bunu hastalarımıza uyguladığımız elektif boyun diseksiyonuna bağlıyoruz.

Boyun ve primerin tedavisi sonrası karşı boyun-
da görülen yüksek rekürrens oranı daha önce farkedil-
miş ve kanser hücrelerinin karşı boyuna aberran mig-
rasyonuna bağlanmıştır (8). Bizde hastalarımızda
elektif boyun diseksiyonu sonrası karşı boyun nüksle-
rini daha fazla gözlemledik.

Sonuç olarak, dil kanserinde okült metastaz
oranı risk alınmayacak kadar yüksektir. Her ne kadar
radyolojik inceleme ve ince iğne aspirasyon biyopsi-
leri yardımcı olsa da yanlış negatiflik oranları fazla
azalmamaktadır ve erken vakalarda dahi elektif
boyun diseksiyonu gereklidir.

Yazışma Adresi: Dr. Taner YILMAZ
Hacettepe Üniversitesi
Tıp Fakültesi KBB
Anabilim Dalı
06 100 ANKARA

KAYNAKLAR

1. BAKER SR: Malignant neoplasms of the oral cavity. Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE (Eds): Otolaryngology-Head and Neck Surgery, 2nd edition. Mosby Year Book Inc. St. Louis, 1993. Pp 1248- 1305.
2. BYERS RM, WEBER RS, ANDRESVS T, MCGILL D, KARE R, WOLF R: Frequency and therapeutic implications of "skip metastasis" in the neck from squamous carcinoma of the oral tongue. Head Neck, 1997; 19: 14-19.
3. CALLERY CD, SPIRO RH, STONG EW.: Changing trends in the management of squamous carcinoma of the tongue. Am J Surg, 1984; 148: 449 - 454.
4. CLAYMAN GL, FRANK DK., Selective neck dissection for elective treatment of the clinically negative neck in patients with squamous cell carcinoma of the upper respiratory and digestive tracts. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 1998; 124: 348-352.
5. COD B, CATLIN D., Epidermoid carcinoma of the güm: a 20 year survey. Cancer, 1969; 23: 551 -569.
6. CUNNINGHAM MJ, JOHNSON JT, MYERS EN, SCHRAMM VL JR, THEARLE PB., Cervical lymph node metastasis after local excision of early squamous cell carcinoma of the oral cavity, Am J Surg, 1986; 152:361 -366.
7. DI TROIA JF.: Nodal metastasis and prognosis in carcinoma of the oral cavity. Otolaryngol Clin North Am, 1972; 5 (2): 333-342.
8. FAKIH AR, RAO RS, BORGES AM, PATEL AR.: Elective versus therapeutic neck dissection in early carcinoma of the oral tongue. Am J Surg, 1989; 158: 309-313.
9. FRANCESCHI D, GUPTA R, SPIRO RH, SHAH JP.; Improved survival in the treatment of squamous carcinoma of the oral tongue. Am J Surg, 1993; 166: 360 - 365.
10. HICKS WL, NORTH JH, LOREE TR, MAAMOUN S, MULLINS A, ORNER JB, BAKAMJIAN VY, SHEDD DP. Surgery as a single modality therapy for squamous cell carcinoma of the oral tongue. Am J Otolaryngol, 1998; 19:24-28.
11. JESSE RH, BARKLEY HT JR, LINDBERG RD, FLETCHER GH. Cancer of the oral cavity, Is elective neck dissection effective? Am J Surg, 1970; 102: 505 - 508.
12. JOHNSON JT, MYERS EN, BEDETTI CD, BARNES L, SCHRAMM VL, THEARTE PB., Cervical lymph node metastasis. Arch Otolaryngol 1985; 111: 534-538.
13. JONES KR, LODGE-RIGAL RD, REDDICK RL, TUDOR GE, SHOCKLEY WW. Prognostic factors in the recurrence of stage I and II squamous cell cancer of the oral cavity. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 1992; 118: 483-485.
14. LEE JG., LITTON WB., Occult regional metastasis: Carcinoma of the oral tongue. Laryngoscope, 1972; 82: 1273- 1281.
15. MADDOX WA.; Vivissitudes of head and cancer. Am J Surg, 1984; 148: 428 - 432.
16. NEWMAN AN, RICE DH, OSSOFF RH, SISSON GA.; Carcinoma of the tongue in persons younger than 30 years of age. Arch Otolaryngol, 1983; 109: 302 - 304.

17. SPIRO RH, FRAZELL EL. Evaluation of radical surgical treatment of advanced cancer of the mouth.. Am J Surg, 1968; 116:571 -577.
18. SPIRO RH, HUVOS AG, WENG GY, SPIRO CD, GNECCO CA, STRONG EW. Predictive value of tumor thickness in squamous carcinoma confined to the tongue and floor of the mouth. Am J Surg, 1986; 152:345-350.
19. SPIRO RH, STRONG EW. Discontinuous partial glossectomy and radical neck dissection in selected patients with epidermoid carcinoma of the mobile tongue. Am J Surg, 1973; 126: 544 - 546.
20. SPIRO RH, STRONG EW. Epidermoid carcinoma of the mobile tongue. Treatment by partial glossectomy alone. Am J Surg, 1971; 122:707-710.
21. SPIRO RH, STRONG EW. Epidermoid carcinoma of oral cavity and oropharynx. Elective versus the therapeutic neck dissection in treatment. Arch Surg, 1973; 107:383-384.
22. WHITE D, BYERS RM.; What is the preferred initial method of treatment for the squamous cell carcinoma of the tongue? Am J Surg, 1980; 140: 553-555.
23. ZOLLER M, GOODMAN ML, CUMMINGS CW.; Guidelines for prognosis in head and neck cancer with nodal metastasis. Laryngoscope, 1978; 88: 135-140.