



YASSI HÜCRELİ LARENKS KANSERİNDE KLİNİK ve HİSTOPATOLOJİK PARAMETRELERİN SAĞKALIM ve BOYUN METASTAZI İLE İLİŞKİSİ

CORRELATION of CLINICAL and HISTOPATHOLOGICAL PARAMETERS to
SURVIVAL and NECK METASTASIS in LARYNGEAL SQUAMOUS CELL
CARCINOMA

Dr.Altuğ ÖZAĞAÇ*, Dr.İstemihan AKIN*, Dr.Mustafa ERDOĞAN*,
Dr.Hüseyin ÇELİK*, Dr.Tolga KAPLAN*, Dr.Şule EROĞLU*

ÖZET

Bu çalışmada larenks kanserli hastalarda tedaviyi en iyi yönlendirecek parametre veya parametreleri araştırmayı amaçladık. 39 olgu retrospektif olarak çalışıldı. İncelenen parametreler; diferansiyasyon, T evresi, N evresi, TNM evresi, boyut, yaş, yerleşim, preoperatif trakeotomi, boyun metastazi ve ekstrakapsüler yayılım idi. Orta derece diferansiyasyon, T3 evresi, palpabl nod varlığı, TNM 3.evre, 2cm'den büyük boyut, 60'tan büyük yaş, boyunda metastatik nod varlığı, ekstrakapsüler yayılım olması, supraglottik yerleşim, preoperatif trakeotomi varlığı oransal olarak daha kısa sağkalıma sebep olmakla birlikte değişkenlerin alt grupları ve birbirleri arasında sağkalıma etki açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (Herbiri için $p > 0.05$). Parametreler arası etkileşimi gözönüne alan çok değişkenli analizde boyun metastazi ile anlamlı pozitif korelasyon gösteren tek bağımsız parametre "palpe edilebilen nod varlığı" idi ($p < 0.05$). KBB hekimi kanserli bir hastada boyun muayenesi için, en az primer tümör muayenesine harcaacağı kadar zaman harcamalı ve özen göstermelidir.

Anahtar Sözcükler: Larenks kanseri, prognostik faktörler, boyun metastazi, sağkalım

SUMMARY

Aim of this study was to determine the parameter or parameters that will affect the treatment plan of patients with laryngeal cancer. 39 cases were studied retrospectively. The parameters were differentiation, T stage, N stage, TNM staging, size, age, site of involvement, preoperative tracheotomy, neck metastasis and extracapsular spread. T3 stage, palpable node, TNM 3rd stage, size greater than 2cm, age greater than 60, neck metastasis, extracapsular spread, supraglottic involvement, preoperative tracheotomy were related to shorter survival, however non of them had significant effect on survival statistically ($p > 0.05$ for each). In multivariate analysis the only independent variable related to neck metastasis was "palpable node existence" ($p < 0.05$). Examination of the neck is as important as the examination of the primary tumor in a cancer patient.

Key words: Laryngeal cancer, prognostic factors, neck metastasis, survival

*SSK Ankara Eğitim Hastanesi 1.KBB Kliniği - ANKARA

Çalışmanın Yapıldığı Klinik(ler) : SSK Ankara Hast. 1. KBB Kliniği

Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih : 21.12.2001

Çalışmanın Basma Kabul Edildiği Tarih : 31.01.2002

Yazışma Adresi : Dr.Altuğ ÖZAĞAÇ, SSK A. Eğitim Hastanesi 1.KBB Kliniği, Dışkapı-Ulus/ ANKARA



GİRİŞ

Baş boyun kanserleri, tüm malign hastalıkların %5'ini, larenks kanseri ise erkeklerde malign tümörlerin %2,3'ünü kadınlarda %0,4'ünü oluşturmaktadır. Baş boyun bölgesinde malignite en sık larenkste görülmektedir (7,15). Larenks kanserinin tedavisi son iki dekatta belirgin gelişme kaydetmiştir. Konservatif tekniklerin geliştirilmesi erken yakalanan kanserlerde fizyolojik havayolu ve sesin korunmasına izin vermiştir. Radyoterapi tekniklerinin iyileşmesi ve buna kemoterapinin eklenmesiyle benzer bir durum ileri evre tümörler için de geçerli olmuştur. Ne yazık ki bu gelişmeler sağkalım sürelerine beklenen oranda yansımamıştır (13).

Yassı hücreli larenks kanserli hastalarda en belirgin prognostik gösterge, boyunda metastatik lenf nodu bulunmasıdır. Baş boyun tümörlerinin tedavi planı ağırlıklı olarak American Joint Comitee on Cancer'in TNM evreleme sistemine dayanmaktadır. Tümör büyüklüğü, yeri, diferansiyasyon ve temiz cerrahi sınırlar da prognostik belirleyicilerdir. Larenkste özellikle lenfatik drenajı zengin bölgelere yerleşen tümörler erken ve gizli metastaz yapabilmekte ve sağkalım sürelerinde ciddi düşmeye neden olmaktadır. Sağkalımı kısaltan prognostik göstergelerin saptanması tedaviyi yönlendirecektir.

Bu çalışmada, prognoza etkisi olduğu bilinen, klinik ve patolojik parametrelerin boyunda metastatik tutulum ve sağkalım sürelerini öngörme başarısını karşılaştırmayı ve böylece tedaviyi en iyi yönlendirecek parametre veya parametreleri araştırmayı amaçladık.

YÖNTEM VE GEREÇLER

1997-2000 yılları arasında, hastanemiz patoloji kliniğinde yassı hücreli kanser tanısı almış, daha önce tedavi görmemiş, kliniğimizde primer olarak larenjektomi (total/parsiyel), boyun diseksiyonu (radikal/fonksiyonel) ve gerekli durumlarda radyoterapi eklenerek tedavi edilmiş olup halen takibimizde bulunan 39 olgu çalışıldı. Çalışmada boyun metastazına ait veriler boyun diseksiyonu materyalinden alınan bilgilere dayandığı için boyun diseksiyonu yapılmamış vakalar çalışmaya alınmadı (erken evre glottik tümörler ve cerrahi uygulanamayan ileri evre hastalar). Hasta kayıtları retrospektif olarak incelenerek standart demografik bilgiler, AJCC'nin TNM sistemine göre klinik evre, patolojik materyalde metastatik nodal tutulum olup olmadığı, ekstra kapsüler yayılım olup olmadığı, histolojik diferansiyasyon düzeyi (grade), preoperatif trakeotomi açılıp açılmadığı belirlendi. Hastalarla iletişime geçilerek halen hayatta olup olmadıkları ve sağkalım süreleri tespit edildi. Vakaların hiçbirisi preoperatif dönemde radyoterapi veya kemoterapi almamıştı. Hiçbirinde uzak metastaz saptanmayan bu hastaların tamamına cerrahi tedavi uygulandı. Vakalarda larenkse yönelik olarak total ya da parsiyel larenjektomi tiplerinden biri seçilirken, boyun bölgesi için de tümörün yerleşim yeri ve lokalizasyonuna dayalı ola-

rak, tek taraflı veya bilateral olmak üzere fonksiyonel ya da radikal boyun diseksiyonu yapıldı. Postoperatif boyun diseksiyonu materyalinde histopatolojik olarak lenf nodu metastazı saptanan hastalara radyoterapi uygulandı.

İstatistiksel Analiz: Verilerin analizi SPSS 9.0 programı kullanılarak yapıldı. Tüm değişkenlerin ayrı ayrı sağkalıma etkileri, Kaplan Meier testi ile analiz edildi. Değişken kategorileri arasında sağkalım yönünden fark olup olmadığı, log-rank testi ile karşılaştırıldı. Değişkenlerin birarada sağkalıma etkisini ve sağkalımı bağımsız etkileyen parametrenin tespiti için, Cox Regression testi kullanıldı. Teke tek değişkenler ile boyun metastazı arasında ilişki olup olmadığı, Spearman korelasyon testi ile belirlendi. Tüm değişkenlerin birarada boyun metastazı ile ilişkisini araştırmak için, logistic regression testi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi, kuvvetine göre "p"; 0.05 veya 0.01 olarak alındı. Tüm testler 2 yönlü (2-tailed) olarak uygulandı.

BULGULAR

Klinikopatolojik bulgular: Hasta popülasyonu 39 vaka-dan oluşuyordu ve tamamı erkekti. En genci 35, en yaşlısı 73 olmak üzere yaş ortalaması 55 idi. Tümör boyutunun göstergesi olarak, en büyük çap alındı; en küçüğü 2cm, en büyüğü 6cm olmak üzere ortalama tümör büyüklüğü 3.17cm idi. Histopatolojik olarak 23 vaka orta derecede diferansiyasyon, 15 vaka iyi diferansiyasyon, 1 vaka da kötü diferansiyasyon olarak rapor edilmişti. Analizin sağlıklı olabilmesi için diferansiyasyon kategorisindeki tek kötü diferansiyasyon vaka orta diferansiyasyon grubuna dahil edildi. 7 vakaya preoperatif acil trakeotomi açılmıştı. Tümör 25 vakada supraglottik, 14 vakada ise glottik yerleşimli idi. Vakaların çoğu ileri evrede olduğu için, tümör hem glottik hem de supraglottik bölgeyi tutuyordu. Bu yüzden supraglottik bölgenin ağırlıklı olarak tutulduğu vakalar, glottis ön komissür veya aritenoid önünde tutulmuş olsa bile, supraglottik olarak kabul edildi. Vokal kordun boylu boyunca tutulduğu vakalar ise, tümörün büyük kısmı supraglottik yerleşimli olsa bile glottik olarak kabul edildi. Gerçek subglottik tümöre rastlanmadı. TNM sistemine göre 10 vaka evre 2, 23 vaka evre 3, 6 vaka evre 4'deydi. Vakalar T ve N evreleri ayrı ayrı gözönüne alınarak da incelendi. 2 vaka T1, 15 vaka T2, 19 vaka T3 ve 3 vaka T4 olarak değerlendirildi. 22 vaka N0, 11 vaka N1, 5 vaka N2 1 vaka N3 olarak değerlendirildi. Vakaların N evresine göre durumu ayrıca nodül büyüklüğü gözönüne alınmaksızın "palpabl nod var" ve "palpabl nod yok" grupları altında da incelendi. Ameliyat materyalinin histopatolojik incelenmesi sonucu 20 vakada boyunda metastatik lenf nodu tutulumu tespit edildi. Bu vakaların 3 tanesinde ekstrakapsüler yayılım mevcuttu. Takip süresi en kısa 6ay ve en uzun 37 ay olmak üzere ortalama 17 ay idi. 4 vakada exitus gerçekleşmişti. Parametrelerin lenf nodu metastazına göre dağılımı tablo I'de verilmiştir.

Tablo I. Parametrelerin lenf nodu metastazına göre dağılımı.



	PARAMETRE	MET (+) n=20	MET (-) n=19
Diferansiasyon	iyi	6(%40)	9(%60)
	orta	14(%58)	10(%42)
T Evresi	T1	2(%100)	0(%0)
	T2	5(%33)	10(%66)
	T3	11(%57)	8(%43)
	T4	2(%66)	1(%33)
N Evresi	N 0	4(%18)	18(%82)
	N +	16(%94)	1(%6)
EVRE	II	2(%20)	8(%80)
	III	13(%56)	10(%44)
	IV	5(%83)	1(%17)
Boyut	2cm üstü	11(%68)	5(%32)
	2cm ve altı	9(%39)	14(%61)
Yaş	60 üstü	8(%57)	6(%43)
	60 ve altı	12(%48)	13(%52)
Yerleşim	Glottik	5(%35)	9(%65)
	Supraglottik	15(%60)	10(%40)
Trakeotomi	var	3(%42)	4(%58)
	yok	17(%53)	15(%47)

TARTIŞMA

Larenks kanserinin tedavisi son iki dekatta belirgin gelişme kaydetmiştir. Konservatif tekniklerin geliştirilmesi erken yakalanan kanserlerde fizyolojik havayolu ve sesin korunmasına izin vermiştir. Radyoterapi tekniklerinin iyileşmesi ve buna kemoterapinin eklenmesiyle benzer bir durum ileri evre tümörler için de geçerli olmuştur. Ne yazık ki bu gelişmeler sağkalım sürelerine beklenen oranda yansımamıştır (13). Yassı hücreli larenks kanserli hastalarda en belirgin prognostik gösterge boyunda metastatik lenf nodu bulunmasıdır. Baş boyun tümörlerinin tedavi planı ağırlıklı olarak American joint comitee on cancer'in TNM evreleme sistemine dayanmaktadır. Sağkalımı ve boyun metastazı riskini belirleyen prognostik göstergelerin saptanması tedaviyi yönlendirecektir.

Bu çalışmada klinik ve patolojik parametrelerin boyun metastazı ve sağkalım süresi ile ilişkisini inceledik. Orta derece diferansiasyon, T3 evresi, palpabl nod varlığı, TNM 3.evre, 2cm'den büyük boyut, 60'tan büyük yaş, boyunda metastatik nod varlığı, ekstrakapsüler yayılım olması, supraglottik yerleşim, preoperatif trakeotomi varlığı oransal olarak daha kısa sağkalıma sebep olmakla birlikte değişkenlerin alt grupları ve birbirleri arasında sağkalıma etki açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (Herbiri için $p > 0.05$). Bu sonucu az vaka sayısı ve kısa takip süresine bağlamak mümkündür. Benzer bir çalışmada Stell 765 vaka üzerinde çalıştı ve sağkalımı etkileyen parametreler olarak T evresi, N evresi, yerleşim ve diferansiasyonu belirledi. Parametreler arası etkileşimi gözönüne alarak yapılan çok değişkenli analizde sağkalımın tek ve en anlamlı belirleyicisinin N evresi olduğunu buldu. Diğer parametreler boyun metastazı ihtimalini artırdıkları ölçüde dolaylı olarak sağkalımı etki-

liyordu (14). Manni ve ark. 511 vakayı inceledi , çok değişkenli analizde 14 değişken içinde 5 tanesinin sağkalımı bağımsız olarak etkilediğini buldu. Bunlar; T evresi, nodal metastaz, diferansiasyon, yerleşim ve ülserasyon idi (8). Benzer şekilde Pera 416 vakayı inceledi , bulduğu 5 bağımsız prognostik gösterge sırasıyla; nodal metastaz, T evresi, histolojik evre, ülserasyon ve yerleşim idi (12).

Boyun metastazı riskinin analizi için birebir korelatif (spearman's rho) ve çok değişkenli (logistik regression) testler kullandık. Boyunda palpe edilebilen nod bulunması ile boyun metastazı arasında kuvvetli pozitif korelasyon mevcuttu ($r=0.753$, $p<0.01$). TNM'e göre klinik evre ile boyun metastazı arasında zayıf-orta düzeyde pozitif korelasyon mevcuttu ($r=0.456$, $p<0.01$). Tümör boyutu ile boyun metastazı arasında zayıf-orta düzeyde pozitif korelasyon mevcuttu ($r=0.402$, $p<0.05$). Diğer değişkenler ile boyun metastazı arasında anlamlı korelasyon saptanmadı (Herbiri için $p > 0.05$). Parametreler arası etkileşimi gözönüne alan çok değişkenli analizde boyun metastazı ile anlamlı pozitif korelasyon gösteren tek parametre " palpe edilebilen nod varlığı" idi ($p<0.05$).

Çoğu yazar çalışmalarında evre gruplarını kullanmakta, bu yüzden T evresinin bireysel etkisini değerlendirmek zorlaşmaktadır. Gavilan ve ark. diskriminant analizi kullanarak 94 vaka üzerinde yaptıkları çalışmada T evresinin önemli olduğunu buldular (4). Stell T evresinin lenfatik metastazın en önemli öngörülerinden biri olduğunu yayınladı (14). Bizim çalışmamızda T evresi ile boyun metastazı arasında anlamlı korelasyon bulunmadı. Bu sonuç çalışmanın tekniğine ve vaka sayısının azlığına bağlanabilir, zira boyun metastazı verileri boyun diseksiyonu materyalinden alınan bilgilere dayandığı için boyun diseksiyonu yapılmayan erken evre glottik tümörler bu çalışmanın dışında tutulmuş, T1 evresindeki iki vakanın ikisinde de muhtemelen supraglottik yerleşime bağlı olarak metastaz ortaya çıkması T1 evresini en kötü evre haline sokmuş (metastaz oranı=%100) ve istatistiksel analizin doğruluğunu engellemiştir.

Boyunda palpe edilebilen lenf nodu bulunmasının prognozu belirleyen en önemli faktör olduğu öteden beri bilinmektedir (10). Gerçekten de boyundaki lenf nodlarının durumu cerrahi tedavinin şeklini ve radyoterapi-kemoterapiden alınan cevabı etkileyecektir. Lenf nodlarının değerlendirilmesindeki dezavantaj yalancı pozitif ve yalancı negatiflerin oranıdır : Palpe edilebilen nodu bulunmayan hastaların %20-40'ında histolojik olarak invazyon mevcutken, palpe edilebilen nodların %25-50'sinde tümör invazyonu yoktur (14). Bizim çalışmamızda boyunda palpe edilebilen nod bulunan hastaların %94'ünde (16/17) metastatik tutulum mevcutken %6'sında (1/17) metastaz bulgusu yoktu. Boyunda palpe edilebilen nod bulunmayan hastaların %82'sinde (18/22) metastaz saptanmazken, %18'inde (4/22) metastatik tutulum mevcuttu. Boyunda palpe edilebilen nod bulunması ile boyun



YASSI HÜCRELİ LARENKS KANSERİNDE KLİNİK VE HİSTOPATOLOJİK PARAMETRELERİN SAĞKALIM VE BOYUN METASTAZI İLE İLİŞKİSİ

metastazı arasında kuvvetli pozitif korelasyon mevcuttur ($r=0.753$, $p<0.01$). Çok değişkenli analizde boyun metastazı ile anlamlı korelasyon gösteren tek değişken palpe edilebilen lenf nodu olup olmadığıydı (logistic regression, $p<0.05$).

TNM sistemine göre evre ele alındığında , evre ile boyun metastazı arasında arasında zayıf-orta düzeyde pozitif korelasyon olduğu görüldü ($r=0.456$, $p<0.01$). Çalışmamızda evre2 hastaların %20'sinde, evre3 hastaların %56'sında ve evre4 hastaların %83'ünde boyun metastazı görüldü. Ancak TNM evresinin, tek başına N evresinin boyun metastazı ile gösterdiği korelasyonu göstermemesi ilginçtir. Ortaya çıkan tabloda TNM sistemine göre aynı evrede olan iki hastadan N evresinde ileri olanında T evresinde ileri olanına göre boyun metastazı görülme riski daha fazladır. Gerçekten de T3N0M0 düzeyindeki 10 vakanın 2'sinde boyun metastazı görülürken T1N1M0 ve T1N2cM0 olan iki vakada da boyun metastazı görülmüştür. T3N0M0 10 vakanın 8'i glottik yerleşimli, T1 vakaların her ikisi de supraglottik yerleşimli idi. Bu tablo ve çok değişkenli analizde TNM evresinin boyun metastazı riskini bağımsız olarak etkilemediğinin ortaya çıkması bu evreleme sisteminin metastazı öngörme gücünü şüphe altında bırakmakla beraber, bu çalışma TNM sistemini eleştirebilecek düzeyde vaka sayısı ve takip sürelerine sahip olmaktan uzaktır.

Çalışmamızda, tümör boyutu ile boyun metastazı arasında zayıf-orta düzeyde pozitif korelasyon mevcuttur ($r=0.402$, $p<0.05$). Bunun yanında çok değişkenli analizde boyunun metastaz riskine N evresinden bağımsız etkisinin olmadığı ortaya çıktı. Öte yandan Kleinsasser'in de işaret ettiği gibi, TNM sisteminde boyuta yer verilmemesi nedeniyle 2cm' den küçük bir supraglottik tümör T1 olarak değerlendirilirken, aynı boyuttaki tümör vokal kord üzerinde bulunduğu T2 olacaktır (6).

Stell'in çalışmasında çok değişkenli (logistic regression) analiz yerleşimin boyun metastazının anlamlı belirgin öngörünü gösterdi (14). Bizim çalışmamızda, glottik tümörlerin %35'i supraglottik tümörlerin ise %60'ı boyuna metastaz yapmıştı. Boyunda palpe edilebilen nod bulunmadığı halde gizli metastaz saptanan 4 vakadan 3'ü supraglottik yerleşimli idi. Korelasyon analizlerinde ise yerleşim ile boyun metastazı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadık. Bu sonuç şaşırtıcı değildir, çalışma tekniği olarak boyun metastazı verileri boyun diseksiyonu materyalinden alınan bilgilere dayandığı için boyun diseksiyonu yapılmayan erken evre glottik tümörler bu çalışmanın dışında tutulmuş, bu da istatistiksel analizin doğruluğunu etkilemiştir. Aynı sebepten ötürü çalışmadaki supraglottik/glottik oranı beklenenden fazladır.

Diferansiyasyon incelemesinin zorlukları çoktur, histopatologlar arasındaki değerlendirme farklılıkları bir yana tek histopatoloğun aynı tümörü değişik zamanlardaki değerlendiril-

dirmesi veya tümörün değişik bölgeleri arasında farklılık mevcuttur (9,11). Dahası yerleşime göre diferansiyasyon spesifikite göstermektedir; örnek olarak vokal kord tümörlerinin çoğu iyi diferansiyasyon iken, supraglottik yerleşimli tümörlerin çoğu kötü diferansiyasyonlu (2). Buna rağmen Jacobsson histopatolojik özelliklerin TNM evrelemesine üstün olduğunu savunmuştur (5). Bizim çalışmamızda iyi diferansiyasyonlu tümörlerde %6 oranında metastaza rastlanırken orta diferansiyasyonlu tümörlerde %58 oranında metastaz saptanmıştır (tek kötü diferansiyasyonlu vaka orta diferansiyasyonlu grubunda incelendi). Korelasyon analizlerinde aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Stell'in çalışmasında diferansiyasyon ile boyun metastazı arasında birebir korelasyon bulunmakla birlikte, çok değişkenli analizde diferansiyasyonun boyun metastazı üzerinde bağımsız etkisinin olmadığı ortaya çıktı (14). Çoğu araştırmacı tümörün yerleşim, yaygınlık ve infiltratif büyüme karakterinin prognostik olarak diferansiyasyon düzeyinden daha anlamlı olduğunu düşünmektedir (1,2)

Çalışmamızda preoperatif trakeotomi açılması ile boyun metastazı arasında anlamlı korelasyon saptanmadı. Ameliyat öncesi açılan trakeotominin artmış oranda stomal nüks ve azalmış sağkalım süresine sebebiyet verdiği pek çok çalışmada gösterilmiştir ancak metastaz ile ilişkisine dair delil yoktur (3,8).

SONUÇ

Kanserli hastanın prognozunu öngörme yetisi, tedavi üzerinde kritik öneme sahiptir. Bazı eksiklerine rağmen tedavi şekli yönlendiren ve prognozu belirleyen en önemli kriter, halen TNM evreleme sistemidir. TNM sisteminde hasta ile ilgili faktörler (yaş, cinsiyet, yayılma karşı immünolojik direnç), başta diferansiyasyon olmak üzere histopatolojik veriler gözardı edilmiştir. Boyuta yer verilmemesi nedeniyle 2cm'den küçük bir supraglottik tümör T1 olarak değerlendirilirken, aynı boyuttaki tümör vokal kord üzerinde bulunduğu T2 olacaktır. Çalışmamızda TNM evresinin, tek başına N evresinin boyun metastazı ile gösterdiği korelasyonu göstermemesi ilginçtir, ortaya çıkan tabloda TNM sistemine göre aynı evrede olan iki hastadan N evresinde ileri olanında T evresinde ileri olanına göre boyun metastazı görülme riski daha fazladır. Gerçekten de T3N0M0 düzeyindeki 10 vakanın sadece 2'sinde boyun metastazı görülürken T1N1M0 ve T1N2cM0 olan iki vakada da boyun metastazı görülmüştür. T3N0M0 10 vakanın 8'i glottik yerleşimli, T1N1M0 ve T1N2cM0 vakaların her ikisi de supraglottik yerleşimli idi. Bu tablo ve çok değişkenli analizde TNM evresinin boyun metastazı riskini bağımsız olarak etkilemediğinin ortaya çıkması bu evreleme sisteminin metastazı öngörme gücünü şüphe altında bırakmakla beraber bu çalışma TNM sistemini eleştirebilecek düzeyde vaka sayısı ve takip sürelerine sahip olmaktan uzaktır.

Çalışmamızda boyunda palpe edilebilen nod bulunan



hastaların %94'ünde (16/17) metastatik tutulum mevcutken %6'sında (1/17) metastaz bulgusu yoktu. Boyunda palpe edilebilen nod bulunmayan hastaların %82'sinde (18/22) metastaz saptanmazken, %18'inde (4/22) metastatik tutulum mevcuttu. Boyunda palpe edilebilen nod bulunması ile boyun metastazı arasında kuvvetli pozitif korelasyon mevcuttu ($r=0.753$, $p<0.01$). Çok değişkenli analizde boyun metastazı ile anlamlı korelasyon gösteren tek değişken, palpe edilebilen lenf nodu olup olmadığıydı (logistic regression, $p<0.05$). Bu çalışma, bir KBB hekiminin kanserli bir hastada boyun muayenesi için, en az primer tümör muayenesine harcamaya kadar zaman harcaması ve özen göstermesi gerektiğini göstermesi açısından önemlidir.

KAYNAKLAR

1. BLUMLEIN H: Zur histologischen morphologie des kehlkopfkrebses. Arch.Ohren-Nasen- Kehlkopfhelkd. 159:1004-1010, 1951
2. CLERF L H, PUTNEY J, O'KEEFE J: Carcinoma of the larynx. Laryngoscope, 58:632-641, 1948
3. ESTEBAN F, MORENO JA, DELGADO-RODRÍGUEZ M, et al: Risk factors involved in stomal recurrence following laryngectomy. J Laryngol Otol 107:527, 1993
4. GAVILAN J, GAVILAN C, MANOS-PUJOL M, HERRANZ J: Discriminant analysis in predicting survival of patients with cancer of the larynx or hypopharynx. Clin Otolaryngol 12: 331, 1987
5. JAKOBSSON P: Histologic grading of malignancy and prognosis in glottic carcinoma of the larynx. Can J Otolaryngol 4: 885-892, 1975
6. KLEINSASSER O: Tumoren des larynx und des hypopharynx.p.149. Thieme Verlag, Stuttgart, 1987
7. KÜÇÜKSU, M.M., RUACAN A.Ş.: Klinik Onkoloji. Türk Kanser Araştırma ve Savaş Yayınları, Nüve Matbaası, Ankara 446-467, 1978
8. MANNI JJ, TERHAARD CHJ, DE BOER MF, et al: Prognostic factors for survival in patients with T3 laryngeal carcinoma. Am J Surg 164:682, 1992
9. MULTANEN I: Histo-cytological malignnycy and clinical picture in epidermoid cancer of the larynx. Acta Otolaryngol. (Stockholm) 135(suppl) : 1-63,1958
10. NORRIS CM: Problems in classification and staging of cancer of the larynx. Ann Otol 72: 83-96, 1963
11. ORMEROD FC, SHAW HJ: An account of morbidity and mortality associated with total laryngectomy. J Laryngol 70: 433-452, 1956
12. PERA E, MORENO A, GALINDO L: Prognostic factors in laryngeal carcinoma. Cancer 58: 928-934, 1986
13. SINARD RJ: Cancer of the larynx.In MAYERS EN(Eds):Cancer of the head and neck, 3rd ed.W B Saunders company., Philadelphia, p-381-417, 1996
14. STELL PM: Prognosis in laryngeal carcinoma: tumour factors. Clin Otolaryngol 15:69-81, 1990
15. YOUNG JL, ASİRE AJ, and POLLTELL ES: SEER Program: Cancer Incidence and mortality in United States 1973-1976. BHEW Publication (NIH) 78-1837. Washington, DC, US Government Printing Office, 1978