



## ARAŞTIRMA

# DİL YASSI HÜCRELİ KANSERLERİNDE CERRAHİ TEDAVİ SONUÇLARIMIZ: PROSPEKTİF ÇALIŞMA

Dr. Erdiñ AYGENÇ<sup>1</sup>, Dr. Cafer ÖZDEM<sup>1</sup>

Ankara Numune Araştırma ve Eğitim Hastanesi, 2 KBB Kliniği, Ankara, Türkiye

### ÖZET

**Amaç:** Dil yassı hücreli karsinomu (DYHK) nedeniyle cerrahi tedavi uyguladığımız hastaların klinik seyirleri ve tedavi sonuçlarını değerlendirildi. **Hastalar Ve Yöntemler:** Haziran 1998-Ocak 2002 tarihleri arasında DYHK nedeniyle tedavi edilen 28 hasta prospektif olarak incelendi. Ortalama takip süresi 19 ay olarak saptandı. Tümör boyutu, diferansiyasyonu, preoperatif ve postoperatif boyun lenf nodlarının durumu, tümör yapısının cerrahi sınır ve komşu anatomik yapılarla ilişkisi, vasküler ve nöral invazyon kaydedildi. Lokal ve bölgesel rekürrens ile uzak metastaz saptanan hastaların klinik özellikleri araştırıldı. **Bulgular:** DYHK'nın oral kavite malign tümörleri içerisinde görülme oranı %53.8 olarak bulundu. Hastaların %7'sine lokal eksizyon, %93'üne ise eksizyon ve boyun diseksiyonu yapıldı. Tek taraflı boyun diseksiyonu 15 hastaya (%53.5); iki taraflı boyun diseksiyonu ise 11 hastaya (%39.2) uygulandı. Hastaların %67.8'de postoperatif radyoterapi (19/28); %10'da ise kombine radyo-kemoterapi (3/28) tedavi protokolüne eklendi. İpsilateral lenf nodu metastaz oranı %39.2 (11/28); kontralateral lenf nodu metastaz oranı ise %10 (3/28) olarak belirlendi. No boyunlarda okkült metastaz oranı ise %21.4 olarak bulundu. Lenf nodu metastaz oranları "T" evresine göre sırasıyla %0, %28.5, %66.6 ve %75 (T1, T2, T3 ve T4) olarak bulundu. Takip süresi boyunca 6 hastada (% 21.4) lokal rekürrens; 3 hastada ise (% 10.7) boyun rekürrensi izlendi. **Sonuçlar:** DYHK lokal ve bölgesel rekürrens oranı yüksek tümörlerdir. Hem primer bölge hem de boyun lenf nodları agresif tedavi edilmelidir.

*Anahtar Sözcükler: dil yassı hücreli kanserleri, tedavi, prognoz*

### OUR TREATMENT RESULTS of SQUAMOUS CELL CARCINOMA of the TONGUE: A PROSPECTIVE STUDY

#### SUMMARY

**Objectives:** We report the results of treatment and clinical outcomes of squamous cell carcinoma of the tongue (SCCT) after surgical therapy. **Patients And Methods:** We investigated previously untreated 28 patients with SCCT from June 1998 to January 2002, prospectively. The mean follow-up was 19 months. We noted T stage, differentiation, preoperative and postoperative "N" stage, surgical margins, and vascular and neural invasion. We also evaluated clinical features of patients with local and regional recurrences and distant metastasis. **Results:** We found that incidence of SCCT was 53.8% in all oral cavity malignant tumors. We treated with 7% of patients with local excision and 93% of patients with excision and neck dissection. We performed unilateral neck dissection in 15 patients (53.5%) and bilateral neck dissection in 11 patients (39.2%). Radiation therapy was given 67.8% of patients and combined radiotherapy and chemotherapy were given 10% of patients. Ipsilateral lymph node metastasis rate was 39.2% and contralateral lymph node metastasis rate was 10%. The occult metastasis rate was 21.4% in clinically No neck. Lymph node metastasis rate for T1, T2, T3 and T4 lesions was 0%, 28.5%, 66.6% and 75% respectively. The local recurrence rate was 21.4% and regional recurrence rate was 10.7%. **Conclusion:** Because of the high rate of occult metastasis to the neck and to take the risk of regional recurrence, SCCT should be treated more aggressively.

*Keywords: tongue squamous cell carcinoma, diagnosis, treatment*

## GİRİŞ

Dil yassı hücreli kanserleri (DYHK) agresif özellikli tümörlerdir ve dil malign tümörlerinin %95'den fazlasını oluşturur. Daha az sıklıkta minör tükrük bezi tümörleri, sarkomlar, melanomlar ve lenfomalar izlenir. Sigara ve alkol kullanımı majör etiyolojik faktörlerdir.

Oral hijyenin bozuk olması, kronik irritasyon, Plummer-Wilson sendromu, riboflavin ve demir eksikliği, atrofik glossit ve immünitenin zayıflaması (AİDS gibi durumlarda) diğer suçlanan etkenlerdir.

Hindistan ve çevresinde yaygın olarak "Betel" fındığının yapraklarının çiğnenmesi DYHK gelişiminde önemli bir faktördür<sup>1,2</sup>.

DYHK'da en sık rastlanan semptomlar dilde iyileşmeyen yara, ağrı, kanama, yutma ve konuşma güçlüğü, boyunda şişlik ve kulak ağrısıdır<sup>1-3</sup>. Cerrahi ve radyoterapi günümüzde en yaygın kullanılan tedavi yöntemleridir. DYHK'da kemoterapi kullanımı henüz araştırma aşamasındadır.

Bu çalışmada dil kanseri nedeniyle cerrahi tedavi uyguladığımız hastaların tedavi sonrası takipleri, hastalığın klinik seyri ve özellikleri değerlendirilmiştir.

## YÖNTEM ve GEREÇLER

Haziran 1998- Ocak 2002 tarihleri arasında oral kavite kanseri (dudak kanserleri dışında) tanısı alan 52 hasta arasında DYHK nedeniyle primer

İletişim kurulacak yazar: Dr. Erdiñ Aygenç; Ankara Numune Araştırma ve Eğitim Hastanesi, 2 KBB Kliniği, Ankara, Türkiye, E-posta: aygenç@turk.net

Gönderilme tarihi: 23 Kasım 2002, revizyon isteme tarihi: 25 Aralık 2002, yayın için kabul edilme tarihi: 27 Aralık 2002



cerrahi tedavi uygulanan 28 hasta prospektif incelendi. Tümöre ait özellikler American Joint Committee on Cancer Staging; boyun lenf nodları ise Memorial Sloan-Kettering Kanseri Merkezi tarafından tanımlanan sisteme göre sınıflandırıldı<sup>1,2</sup>. Hastaların 21'si erkek, 7'si kadındı ve ortalama yaş 58 (minimum 43, maksimum 78 yaş) olarak belirlendi. Alkol ve sigara kullanım oranı %89 olarak saptandı (25/28). Ortalama takip süresi 19 ay (minimum 8, maksimum 33 ay) olarak not edildi. Hastalar tedavi sonrası ilk yıl iki ayda bir; daha sonra altı aylık periyodlarla kontrole çağırıldı.

Tümör boyutu, diferansiyasyonu, preoperatif ve postoperatif boyun lenf nodlarının durumu, tümör yapısının cerrahi sınır ve komşu anatomik yapılarla ilişkisi, vasküler ve nöral invazyon kaydedildi. Lokal rekürrens, boyun rekürrensi ve uzak metastaz saptanan hastaların klinik özellikleri araştırıldı.

## BULGULAR

DYHK'nın oral kavite malign tümörleri içerisinde görülme oranı %53.8 olarak bulundu. Majör semptomlar, dilde iyileşmeyen yara ve ağrı (%100), çiğneme ve konuşma güçlüğü (%82) ve kanama (%32) olarak belirlendi (Şekil 1). Lokal eksizyon %7 hastada (2/28), eksizyon ve boyun diseksiyonu ise %93 (26/28) hastada tedavi yöntemi olarak kullanıldı. Tek taraflı boyun diseksiyonu 15 hastaya (%53.5) ve bilateral boyun diseksiyonu ise 11 hastaya (% 39.2) uygulandı. Bilateral boyun diseksiyonlarının %63'ü (7/11) eş zamanlı yapıldı. Hastaların %67.8'de postoperatif radyoterapi (19/28); %10'da ise kombine radyo-kemoterapi (3/28) tedavi protokolüne eklendi. Primer eksizyon ve boyun diseksiyonu yapılan hastaların hepsinde en-blok rezeksiyon yapıldı. Hastalara ait veriler ve uygulanan tedavi protokolleri Tablo 1'de gösterildi.



Resim 1: İyileşmeyen yara en sık rastlanan semptomdur

Ortalama hastanede kalış süresi 17 gün (minimum 12, maksimum 29 gün) olarak belirlendi. Ameliyat sonrasında dizartri (%75), beslenme problemleri (özellikle çiğneme sırasında dil koordinasyonunda problem) (%67.8) ve disfaji (%28.5) en sık izlenen problemler olarak belirlendi.

	T1	T2	T3	T4	Toplam (%)
I.bölge	-	1	1	1	3 (10.7)
II.bölge	-	4	4	2	10 (35.7)
III.bölge	-	3	4	3	10 (35.7)
IV.bölge	-	2	1	1	4 (14.2)
V.bölge	-	-	-	-	-
Toplam	0 (%0)	4 (%28.5)	4 (%66.6)	3 (%75)	

Tablo 2: Lenf nodu metastazı bulunan hastalarda klinik özellikler (\*Birden fazla lenf nodu bölgesine metastaz saptanan olgularda, her bölge ayrı ayrı değerlendirilmiştir.)

	Sayı	%
Vasküler invazyon	9	81.8
Nöral invazyon	6	54.5
Diferansiyasyon		
İyi	2	18.1
Orta	1	9.0
Kötü	8	72.7

Tablo 3: Lenf nodu metastazı bulunan hastalarda histopatolojik özellikler.

	SAYI	%
Nöral invazyon	4	66.6
Vasküler invazyon	3	50
Cerrahi sınır		
Negatif	6	100
Yakın (<1 mm)	0	0
Pozitif	0	0
İnvazyon		
Ağız tabanı	6	100
Mandibula	3	50
Retromolar trigon	2	33.3
Hipofarenks	1	16.6

Tablo 4: Lokal rekürrens izlenen hastalara ait veriler.

	T1		T2		T3		T4	
	No	N+	No	N+	No	N+	No	N+
Primer eksizyon	2	-	-	-	-	-	-	-
Eksizyon + Boyun diseksiyonu	2	1	8	6	2	4	-	3
<b>İPSİLATERAL</b>								
Radikal Boyun Diseksiyonu	-	-	2	4	1	3	-	3
Supraomohyoid Boyun Diseksiyonu	1	-	1	-	-	-	-	-
Anterolateral Boyun Diseksiyonu	1	1	5	2	1	1	-	-
<b>KONTRALATERAL</b>								
Radikal Boyun Diseksiyonu	-	-	-	2		1	-	-
Supraomohyoid Boyun Diseksiyonu	-	-	-	-				1
Anterolateral Boyun Diseksiyonu	-	-	-	1		2	1	1
<b>RADYOTERAPİ</b>	-	-	10		6		3	
<b>RADYO-KEMOTERAPİ</b>	-	-	-		1		2	

Tablo 1: Hastalara ait veriler ve uygulanan tedavi yöntemleri

Eksizyon sonrası 15 hastada primer sütürasyon (%53) uygulanırken; 5 hastada lokal kaydırma flepleri (%18), 6 hastada pektoralis major myokutan flebi (%21) ve 2 hastada osteomyokutan flep (pektoral adale ve 6.kosta) (%10) rekonstrüksiyon amacıyla kullanıldı.



İpsilateral lenf nodu metastazı oranı %39.2 (11/28); kontralateral lenf nodu metastaz oranı ise %10 (3/28) olarak saptandı. Metastaz özellikleri Tablo 2 ve 3'de gösterildi. Klinik No hastalarda okkült metastaz oranı %21.4 (3/14) bulundu.

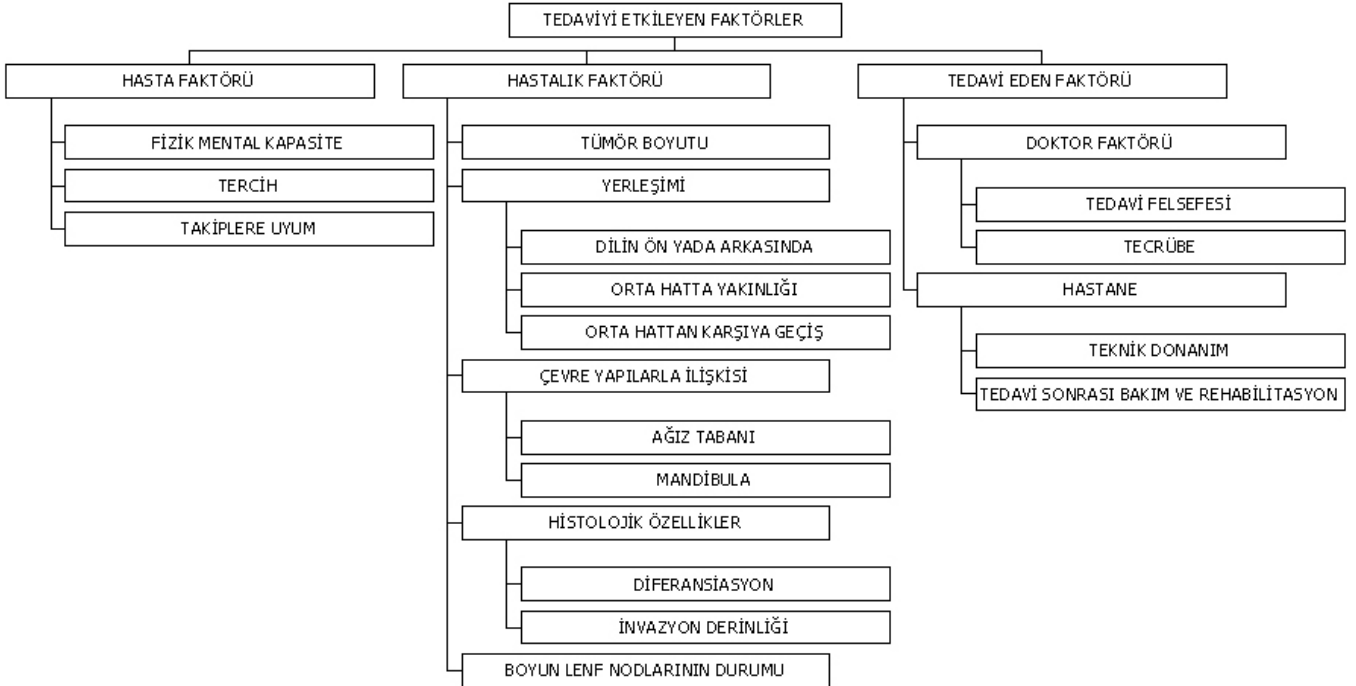
Lokal rekürrens oranı %21.4 (6/28); boyun rekürrensi oranı ise %10.7 (3/28) olarak izlendi. Lokal rekürrens gelişen hastaların 2'si primer cerrahi

bölgeden kanama; diğer 2'si ise uzak metastazlar (beyin, akciğer ve kemik metastazları) nedeniyle kaybedildi. Salvaj cerrahisi uygulanan iki hasta tedavi sonrası 10.ay ve 17.aylarda hastaliksız olarak yaşamaktadır. Lokal rekürrens saptanan hastalara ait özellikler Tablo 4'de gösterildi. Bölgesel rekürrens gelişen hastaların biri akciğer metastazı; diğer iki hasta ise karotis arter rüptürü nedeniyle kaybedildi.

### No BOYUNLARDA BOYUN DİSEKSİYONU

GEREKSİZ	YAPILMALI
<ul style="list-style-type: none"><li>Maddox: 1 cm'den küçük tümörlerde boyun diseksiyonun gereksiz. Bekle-gör politikası uyguladığı hastalarda rekürrens oranını %25 (16).</li><li>Gujrathi: Koruyucu boyun diseksiyonları sonrasında %53 oranında okkült metastaz. Bu sonuca rağmen erken evre DYHK'da koruyucu boyun diseksiyonu uygulamanın yaşam süresini etkisi yoktur (26).</li><li>Ho: Sadece lokal eksizyon yapılan olgularda lokal-bölgesel rekürrens oranını %50 (9).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Franceschi: T1-2 tümörlerde %41 oranında metastaz. Yaşam süresini artırmada en önemli faktör boyuna yönelik agresif tedavidir (27).</li><li>Byers: Kötü diferansiye T1 ve tüm T2-4 tümörlerde, çift DNA anöploidisi olan tümörlerde ve 4 mm'den daha fazla invazyonu olan tümörlerde elektif diseksiyon(22).</li><li>Brown: Tümör çapının 2 cm, derinliğinin 2 mm geçtiği ve perinöral invazyon olan olgularda elektif tedavi (28).</li><li>Beenken: Elektif diseksiyon uyguladığı T1-2 olgularda boyun rekürrensi oranını 0 (18).</li><li>Kligerman: Supraomohyoid boyun diseksiyonu uyguladığı olgularda daha iyi sonuç (29).</li><li>Kaya: Tüm evre DYHK'da elektif diseksiyon (10).</li></ul>

Tablo 4: No boyunlara yaklaşım



Şekil 2: Tedavi protokolünü etkileyen faktörler



## TARTIşMA VE SONUÇ

DYHK'nin tedavi planını etkileyen birçok faktör vardır (şekil 2) Primer tümörün tedavisinde esas belirleyici tümör boyutudur. Oral kavite kanselerinde "T" evresi tümör derinliğiyle beraber en önemli prognostik faktördür. Derin invazyon kötü prognoz bulgusudur<sup>1</sup>. Tedavi öncesi tümör derinliğinin belirlenmesi güçtür. Tümör invazyon derinliğiyle ilgili kesin kabul edilmiş bir ölçü yoktur. Çalışmalarda 1.5-6 mm arasında değişen oranlar verilmektedir. Kurokawa ve ark 4 mm'den büyük invazyonlarda lenf nodu metastaz riskinin arttığını göstermiştir<sup>4</sup>. Kyomoto ve Iwai preoperatif manyetik rezonans görüntüleme tekniğiyle yaptıkları çalışmalarından elde ettikleri sonuçlar sonrasında 6 mm'den büyük invazyonlarda boyun lenf nodlarına metastaz riski olduğunu bildirmişlerdir<sup>5</sup>.

Erken evre DYHK'nin, aynı evredeki farenks veya larenks kanselerine nazaran daha yüksek rekürrens oranına sahip olması nedeniyle uygun tedavi planını belirlemek güçtür<sup>6</sup>. Literatürde erken evre DYHK tedavisinde radyoterapi ve cerrahinin eşdeğer terapötik değerleri olduğu yayınlanmış olsa da görüşümüz primer hastalığın ve boyun lenfatiklerinin tedavisinde cerrahi yöntemin ilk ve en önemli seçenek olduğudur<sup>7</sup>. T1 ve yüzeysel T2 tümörlerde transoral parsiyel glossektomi çoğunlukla tek başına yeterli olmaktadır. DYHK'de primer tümörün eksizyonu sırasında üç boyutlu düşünülerek tümöre eşit uzaklıkta rezeksiyon yapmaya özen gösterilmelidir. Hareketli bir organ olması nedeniyle ve dil kaslarının da yardımıyla birden fazla tümör odağı (skip metastaz) bulunabilir. Özellikle medial cerrahi sınır dikkatle kontrol edilmelidir. Çalışmamızda pozitif veya yakın cerrahi sınır bildirilen hastaların tümünde sorunun medial cerrahi sınırda olduğu belirlendi. Dil kanselerinde cerrahi rezeksiyon sınırını mümkün olduğunca geniş tutulmalıdır. Hicks 1 cm'den daha yakın olan rezeksiyonlarda lokal rekürrens oranlarının daha yüksek olduğunu belirlemiştir<sup>8</sup>. Rezeksiyon sonrasında cerrahi sınırların "frozen" ile değerlendirilmesi, pozitif veya yakın cerrahi sınır (< 1 cm) riskleri en aza indirilir. Bizim görüşümüz, eğer tümör yerleşimi imkan veriyorsa 2 cm emniyet sınırı ile rezeksiyon yapılmasıdır. Hastalarımız içinde yakın cerrahi sınır (1 cm'den daha yakın) veya pozitif cerrahi sınır olan olgularda yeniden rezeksiyon uygulandı. Primer bölgeye postoperatif radyoterapi kararı spesmen incelendikten sonra verilmelidir. Derin invazyon, nöral ve/veya vasküler yapılar da tümör varlığında tedavi protokolüne eklenmelidir<sup>7</sup>. İleri evre tümörlerde cerrahi ve postoperatif radyoterapi kombine uygulanmalıdır. İleri evre

tümörlerde mandibulaya yaklaşım tartışmalıdır. Eğer kemikte veya periostta direk invazyon yoksa mandibula korunmalıdır. Kemik invazyonu olduğunda segmental mandibulektomi gerekir. Edentülöz hastalarda tümör mandibulaya yaklaşmış ise marjinal mandibulektomi uygulanmalıdır. Eksizyon ve boyun diseksiyonu yapılan olguların tamamında mandibula periostu spesmenle beraber çıkarılmıştır.

DYHK'nin okkült metastaz oranı yüksek olduğundan boyun lenf nodlarının tedavisi özellik taşıır<sup>9-14</sup>. Butlin 1885 yılında yayımladığı "Dil Hastalıkları" kitabında ilk defa dil kanselerine yönelik cerrahi girişimleri tanımlamış ve mutlak boyun tedavisi önermiştir<sup>15</sup>. DYHK'nin boyun lenf nodlarına metastaz yapma olasılığı "T" evresi, "tümör derinliği", tümör diferansiasyonu, perinöral ve perivasküler invazyon varlığıyla orantılıdır<sup>7,8,10,16</sup>. Maddox okkült metastazlar için tümör boyutu, perinöral invazyon ve cinsiyet olmak üzere üç risk faktörü belirlemiştir<sup>17</sup>. Bryne DYHK'da okkült metastaz potansiyelini belirlemek için İnvazif Hücre Değerlendirme Sistemini (İHD) tanımlamıştır. İHDS keratinizasyon derecesi, nükleer polimorfizm, mitoz derecesi, invazyon paterni ve lenfoplasmositik infiltrasyon özellikleri değerlendirilerek ölçülmektedir. Russolo, İHDS sisteminin okkült metastazları belirlemede etkinliğinin %90 olduğunu ve İHDS parametrelerinin kullanılmasıyla gereksiz veya fazla tedavi oranının %65.5'den %17.2'ye düşürüldüğünü bildirmiştir<sup>18</sup>.

Boyun lenf nodlarının tedavisinde "bekle-gör", cerrahi ve radyoterapi uygulanan yöntemlerdir<sup>10-12,17,19</sup>. Tedavi planı preoperatif boyun lenf nodlarının durumuna göre yapılmalıdır. Eğer preoperatif palpabl lenf nodu varsa veya görüntüleme yöntemleri ile şüpheli metastaz belirlenmişse terapötik boyun diseksiyonu uygulanmalıdır. Evrensel olarak kabul edilen görüş lenf nodlarında metastaz saptanan olgularda tedavi edici boyun diseksiyonu uygulanmasıdır. Klinik N+ olgularda uyguladığımız yöntemler modifiye radikal tip I (%27, 7/26) ve tip III boyun diseksiyonlarıdır [%34.6, 9/26].

No boyunlarda uygulanacak koruyucu yöntem halen tartışmalıdır. Cerrahın deneyimi ve felsefesiyle beraber tümör ve hastaya ait özelliklere bağlıdır. Bazı otörler "bekle-gör" yaklaşımının No boyunlarda elektif boyun diseksiyonuna tercih edilmesi gerektiğini ve elektif boyun diseksiyonlarının %60 hastada gereksiz yapıldığını savunurlar<sup>7,11,12,17</sup>. Literatür verileri Tablo 5'de özetlenmiştir. Dilin posteriorunda yerleşik ve/veya kas dokusuna uzanan erken evre ve tüm ileri evre



olgularda (klinik No) koruyucu selektif boyun diseksiyonu uygulanması görüşündeyiz. No boyunlarda koruyucu tedavide seçilecek olan cerrahi yöntem konusunda da fikir birliği sağlanamamıştır. Literatürde daha çok kabul gören supraomohyoid boyun diseksiyonu uygulanmasıdır<sup>13,20,21</sup>. DYHK'de yüksek risk altındaki lenf nodu seviyeleri I, II ve III bölgelerdir. Ancak, DYHK'nin doğrudan juguloomohyoid lenf nodlarına metastaz yapabilme özellikleri de bilinmektedir<sup>14,22,23,24</sup>. Kaya ve ark No boyunlarda I. ve II.bölge metastaz oranını %34.3; III.bölge oranını %28.6 ve IV.bölge metastaz oranını ise %2.8 olarak belirlemiştir<sup>10</sup>. Byers ve ark III ve/veya IV.bölgeye skip metastaz oranını %15.8 olarak belirlemiş ve bu nedenle IV.bölgenin elektif diseksiyon sırasında alınması gerektiğini bildirmiştir<sup>23</sup>. Khafif ve ark IV.bölgeye skip metastaz oranını %4 olarak saptamış ve ancak II veya III. bölgede metastaz varlığında IV.bölgenin de alınmasını önermiştir<sup>22</sup>. Shah IV.bölge metastaz oranını %3 olarak rapor etmiştir<sup>14</sup>. Hastalarımızda lenf nodu metastaz oranları "T" evresine göre sırasıyla %0, %28.5, %66.6 ve %75 (T1,T2,T3 ve T4) olarak belirlendi. I.bölgeye metastaz %10.7, II. ve III. Bölgelere metastaz %35.7 ve IV.bölgeye metastaz %14.2 olarak saptandı. Hiçbir hastada V.bölgeye metastaz bulunmadı. T1 olgularda metastaz oranımızın 0 olmasının hasta sayısının azlığından kaynaklandığı kanısındaız. Her ne kadar IV.bölgeye metastaz oranı koruyucu boyun diseksiyonu uygulanması için düşük olsa da DYHK'nin direk juguloomohyoid lenf nodlarına metastaz yapabilme özelliğinden dolayı, ameliyat süresini çok etkilemeyen ve morbiditesi minimal olan IV. lenfatik bölgenin de diseksiyona dahil edilmesi görüşündeyiz. Bu nedenle No olgularda anterolateral boyun diseksiyonu tercih ediyoruz.

Orta hattı geöen tümörlerde bilateral boyun lenf nodlarına metastaz riski vardır. Çalışmamızda karşı boyun lenf nodlarına metastaz oranı %10 (3/28) metastaz saptandı [tamamı II. bölgede] Karşı boyun metastazı olan hastaların hepsinde aynı taraf boyun lenf nodlarında da metastaz ve perinöral invazyon belirlendi.

İleri evre tümörlerde, derin yayılım olan vakalarda, perinöral ve perivasküler invazyon varlığında primer bölgeye; boyun lenf nodlarında metastaz saptandığında ise boyun bölgesine radyoterapi uygulanmasının lokal ve bölgesel nükslerin azaltılmasında etkili olacağı görüşündeyiz. Hastalarımızda primer bölgeye ve boyuna uygulanan radyoterapi dozu 50-60 Gy'dir. Kemoterapi ise boyun lenf nodlarında ekstrakapsüler yayılım saptanan olgularda kullanılmıştır.

DYHK'de primer bölgede rekürrens oranı %9-24; boyun rekürrens oranı ise %9-16 arasındadır<sup>7,8,23</sup>. Sadece parsiyel glossektomi yapılan olgularda boyun metastazı oranı %38-43 oranında belirlenmiştir<sup>10</sup>. Lokal rekürrens için prognostik faktörler "T" evresi, histopatolojik evre (tümör diferansiasyonu, invazyon derinliği, perivasküler ve perinöral invazyon), primer tedavi ile radyoterapi arasında geöen süre ve total radyasyon dozu olarak belirlenmiştir<sup>6,23</sup>. Spiro ve ark lokal rekürrens için en önemli parametrenin invazyon derinliği olduğunu vurgulamıştır<sup>26</sup>. Jones ve ark tümör derinliğiyle beraber perinöral invazyonun da etkili faktör olduğunu rapor etmiştir<sup>6</sup>. Hoşal ve ark perinöral invazyon ve lenfovasküler boşluk invazyonunun tümör rekürrensi için belirleyici faktörler olduğunu vurgulamışlardır<sup>16</sup>. Rekürrens gelişen olgularda ortalama yaşam süresi 9 ay olarak belirlenmiştir<sup>7</sup>. Çalışmamızda lokal rekürrens oranı %21.4 (6/28) olarak saptandı. Bu hastaların tamamında ileri evre tümör izlendi. Ayrıca, perinöral ve perivasküler invazyon olması ve oral kavitede ikincil bölge tutulumu olması lokal nüks için dikkat öeken noktalar olarak belirlendi. Nüks izlenen hastalara ait özellikler Tablo 4'de gösterilmiştir. Literatürde primer rekürrensin ortaya çıkma süresi ortalama 11.5 ay (1-50 ay) olarak bildirilmiştir<sup>1</sup>. Çalışmamızda lokal rekürrenslerin tamamı tedaviden sonraki ilk 8 ay içinde ortaya çıkmıştır [ortalama 6.3 ay]. Boyun rekürrensi gözlenen hastaların hepsinde ameliyat öncesinde klinik pozitif lenf nodu (iki hastada ekstrakapsüler yayılım) vardı.

DYHK agresif seyirli tümörlerdir ve agresif tedavi edilmelidir. Tercihimiz geniş rezeksiyon yapılmasıdır. Yüksek okkült metastaz potansiyeli nedeniyle No olgularda –tümörün orta hatla ilişkisine göre- ipsilateral veya bilateral koruyucu boyun diseksiyonu uygulanmalıdır. İleri evre tümörlerde ve histopatolojik lokal ve bölgesel rekürrens riskini artıran durumlarda radyoterapi veya kemoterapi-radyoterapi kombinasyonları tedavi protokolüne eklenmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Shah JP. Head and Neck Surgery. 2nd ed. New York, Mosby-Wolfe, 1996.
2. Alvi A, Myers EN, Johnson JT. Cancer of the oral cavity. In: Myers EN and Suen JY eds. Cancer of the head and Neck, 3rd ed. Philadelphia, WB Saunders, 1996.
3. Marks JE, Lee F, Freeman RB, Zivnuska FR, Ogura JH. Carcinoma of the oral tongue: a study of patient selection and treatment result. Laryngoscope 1981;9:1548-1559.(PMID:7346698 )



4. Kurokawa H, Yamashita Y, Takeda S, Zhang M, Fukuyama H, Takashi T. Risk factors for late cervical lymph node metastases in patients with stage I or II carcinoma of the tongue. *Head Neck* 2002;24:731-736. (PMID:12203797)
5. Iwai H, Kyomoto R, Ha-Kawa SK, Lee S, Yamashita T. Magnetic Resonance Determination of Tumor Thickness as Predictive Factor of Cervical Metastasis in Oral Tongue Carcinoma. *Laryngoscope* 2002;112:457-461. (PMID:12148854)
6. Jones KR, Rigal-Lodge D, 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. (PMID:1571116)
7. Sun L, Leung SW, Su CY, Wang CJ. The relapse patterns and outcome of postoperative recurrent tongue cancer. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1997;55:827-831. (PMID:9241610)
8. Hicks WL, North JH, Loree TL, Maamoun S, Muulins 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. (PMID: 9470747)
9. Ho CM, Lam KH, Wei WI, Lau SK, Lam LK. Occult lymph node metastasis in small oral tongue cancers. *Head Neck* 1992;14(5):359-363. (PMID: 1399568)
10. Kaya S, Yılmaz T, Gürsel B, Saraç S, Sennaroğlu L. The value of elective neck dissection in treatment of cancer of the tongue. *Am J Otolaryngol* 2001;22:59-64. (PMID:11172216 )
11. Fakhri 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. (PMID:2802032)
12. Jesse RH, Barkley HT Jr, Lindberg RD, Fletcher GH. Cancer of the oral cavity. Is elective neck dissection beneficial? *Am J Surg* 1970;102(4):505-508. (PMID:5507338)
13. Shah JP, Andersen PE. The impact of patterns of nodal metastasis on modifications of neck dissection. *Ann Surg Oncol* 1994;1:521-532. (PMID:7850559 )
14. Shah JP, Candela FC, Poddar AK. The patterns of cervical lymph node metastases from squamous carcinoma of the oral cavity. *Cancer* 1990;66:109-113. (PMID:2354399)
15. Pillsbury HC, Clark M. A rationale for therapy of the N0 neck. *Laryngoscope* 1997;107:1294-1313. (PMID:9331305)
16. Hoşal AS, Ünal ÖF, Ayhan A. Possible prognostic value of histopathologic parameters in patients with carcinoma of the oral tongue. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 1998;255:216-219. (PMID: 9592681).
17. Maddox WA. Hayes Martin lecture. Vicissitudes of head and cancer. *Am J Surg* 1984;148:428-432. 6486306. (PMID:6486306)
18. Mario Russolo, MD; Vittorio Giacomarra, MD; Ledia Papanikolla, MD; Giancarlo Tirelli, MD. Prognostic Indicators of Occult Metastases in Oral Cancer. *Laryngoscope* 2002;112:449-452. (PMID:12148852)
19. Beenken SW, Krontiras H, Maddox WA, Peters GE, Soong S, Urist MM. T1 and T2 squamous cell carcinoma of the oral tongue: Prognostic factors and the role of elective lymph node dissection. *Head Neck* 1999;21:124-130. (PMID:10091980)
20. Lydiatt DD, Robbins KT, Byers RM, Wolf PF. Treatment of stage I and II oral tongue cancer. *Head Neck* 1993;15: 308-312. (PMID:8360052)
21. Medina JE, Byers RM. Supraomohyoid neck dissection: rationale, indications, and surgical technique. *Head Neck* 1989;11:111-122. (PMID:2722487)
22. Khafif A, Lopez-Garza JR, Medina JE. Is Dissection of Level IV Necessary in Patients With T1-T3 N0 Tongue Cancer? *Laryngoscope* 2001;111:1088-1090. (PMID:11404626 )
23. Byers RM, Weber RS, Andrews T, McGill D, Kare R, Wolf P. Frequency and therapeutic implications of "skip metastasis" in the neck from squamous carcinoma of the oral tongue. *Head Neck* 19:14-19, 1997. (PMID:9030939)
24. Krimmotic-Nemanic J, Draf W, Helms J. Surgical anatomy of head and neck. Berlin, Springer-Verlag, 1985.
25. Sessions DG, Spector GJ, Lenox J, Haughey B, Chao C, Marks J. Analysis of treatment results for oral tongue cancer. *Laryngoscope* 2002;112:616-625. (PMID:12150512 )
26. Spiro RH, Huvos HG, Wong GY, Spiro JD, Gnecco CA, Strong EW. Predictive value of tumor thickness in squamous carcinoma confined to the tongue and floor of mouth. *Am J Surg* 1986;152:351-353. (PMID:3766861 )
27. Gujrathi D, Kerr P, Anderson B, Nason R. Treatment outcome of squamous cell carcinoma of the oral tongue. *J Otolaryngol* 1996;25:145-149. (PMID:8783077 )
28. 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. (PMID:8214293)
29. Brown B, Barnes L, Mazariegos J, Taylor F, Johnson J, Wagner RL. Prognostic factors in mobile tongue and floor of mouth carcinoma. *Cancer* 1989;64:1195-1202. (PMID:2766218)
30. Kligerman J, Lima RA, Soares JR, Prado L, Dias FL, Freitas EQ, Olivatto LO. Supraomohyoid neck dissection in the treatment of T1/T2 squamous cell carcinoma of oral cavity. *Am J Surg* 1994;168:391-394. (PMID:7977957)