

T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HAFSA SULTAN
TIP FAKÜLTESİ KULAK BURUN BOĞAZ
ANABİLİM DALI'NDA BAŞ BOYUN KANSERİ
TANISI ALAN OLGULARIN RETROSPEKTİF
ANALİZİ

UZMANLIK TEZİ
Dr. Emrah EKİM

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Görkem ESKİİZMİR

Manisa, 2014

Bize lazım iki şey var: Biri mektep, biri yol...

Mehmet Akif ERSOY

Önsöz ve Teşekkür

Hayatımın bu döneminde uzmanlık eğitimimi tamamlamanın mutluluğunu yaşıyorum.

Gerek asistanlık eğitimim süresinde ve gerekse tezimin hazırlanması aşamasında bana olan yardımlarından dolayı Doç. Dr. Görkem ESKİLİZMİRE'e; asistanlığımın ilk yıllarından beri hep desteğini hissettiğim , birçok konuda kendisini örnek aldığım, bundan sonraki hayatımda ondan öğrendiğim birçok bilgiyi sürekli kullanacağım Prof. Dr. Asım ASLAN'a; kendisiyle kısa bir zamanda aktif olarak çalışma fırsatı bulduğum fakat bu kısa sürede kendisinden çok seyler öğrendiğim, kendisini birçok konuda örnek aldığım Prof. Dr. Onur ÇELİK'e; gerek tıbbi konularda gerekse tıp dışı konularda kendisinde çok seyler öğrendiğim ve birçok tecrübe kazandığım Doç. Dr. Kıvanç GÜNHAN'a; beraber çalışma fırsatı bulduğum kısa dönemde kendisinden çok yararlı tecrübeler edindiğim Yard. Doç. Dr. Burak ÜLKÜMEN'e; tezimin istatistik aşamasındaki yardımlarından dolayı Doç. Dr. Beyhan ÖZYURT'a minnet ve teşekkürlerimi sunarım

Asistanlık sürem boyunca birçok anıyı paylaştığım ve her zaman desteğini hissettiğim eşkıdemlim Dr. Serkan BARIŞKAN başta olmak üzere Dr. Nazife HACIOĞLU, Dr. Kadri SERT, Dr. Mustafa BAYAM, Dr. Nevin ŞAHİN, Dr. Gizem KARACA, Dr. Meltem DEMİRDAĞ'a teşekkürlerimi sunarım.

Bugünlere gelmemde büyük pay sahibi olan aileme, sevgili eşime ve varlığıyla mutlu olduğum prensesim canım kızım Betül'e sevgilerimle.

Dr. Emrah EKİM

İzmir, 2014

İÇİNDEKİLER	Sayfa
i. ÖNSÖZ	ii
ii. İÇİNDEKİLER	iii
iii. GİRİŞ	1
iv. GENEL BİLGİLER	3
v. GEREÇ VE YÖNTEM	31
vi. BULGULAR	32
vii. TARTIŞMA	41
viii. ÖZET	49
ix. İNGİLİZCE ÖZET	51
x. KAYNAKLAR	53

GİRİŞ

Baş boyun kanserleri (BBK), temel olarak larenks, oral kavite, farenks (orofarenks, hipofarenks, nazofarenks) ve paranasal sinüs kanserlerini içermektedir^{1,2}. Baş boyun kanserleri, tüm kanserlerin yaklaşık %3'lük bir kısmını oluşturmalarına ve tüm kanserler arasında 6. sırada yer almasına rağmen kansere bağlı ölümler arasında önemli bir yer tutmaktadır^{3,2}. Maalesef, bu konuda ülkemize ait sağlıklı kayıt sistemleri ve veriler bulunmamaktadır; ancak Fırat ve Hayran yaptıkları bir çalışmada, 1992 yılında hastanelere yatan kanser tanılı erkek hastaların %9.5'inin ve kadınların %6.4'ünün BBK'li olgulardan oluştuğunu rapor etmiştir⁴.

Baş boyun kanserlerinde en sık rastlanan histopatolojik tip yassı hücreli karsinomdur ve en önemli etiyolojik faktör sigara ve alkol tüketimidir². Alkol kullanımının özellikle farenks kanserlerinin gelişiminde daha etkili olduğu ve aşırı alkol kullanımının larenks kanseri gelişme riskini 2.5 kat artırdığı saptanmıştır⁵. Sigara ve alkolün birlikte tüketiminin yarattığı potansiyel kanser gelişme riski ayrı ayrı kullanımlarında ortaya çıkan riskin toplamından daha yüksektir^{5, 6}. Ülkemizde de sigara kullanımının yaygınlığı ve sigara kullanma oranlarındaki artış düşünülerek gelecekte daha fazla BBK'li olgu olacağı öngörülmektedir.

Tüm kanserlerde olduğu üzere BBK'de de hastalığın ortaya çıkmasından kaçınma, erken tanı ve tedavi ve düzenli takip çok önemlidir; çünkü bu bölge kanserlerinin önemli bir çoğunluğunun nedeni bilinmektedir ve önlenabilir niteliktedir. Baş boyun kanserlerinde erken dönemde tanı konması ve tedavinin uygulanması yüksek sağkalım şansı sağlamaktadır. Bu bölge kanserlerinin tedavisinde cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi yöntemleri tek veya kombine olarak kullanılabilir, ki bu nedenle multidisipliner bir yaklaşım oldukça önemlidir.

Erken evre BBK'de çoğunlukla tek tedavi modalitesi yeterli olurken ileri evre BBK'de sıklıkla kombine tedavi yöntemlerine gereksinim olmaktadır. Ancak, kombine tedavilere rağmen ileri evre BBK'de morbidite ve mortalite

oranları görece yüksektir⁷. Bunun yanısıra, hastaların tedavi sonrası izlemleri de gelişebilecek rekürrens veya metastazların erken saptanabilmesi ve gerek kanser gerek tedavi ilişkili oluşabilecek sorunların erken tespit edilerek tedavisinin yapılabilmesi için önemlidir.

Baş boyun kanserlerinin tanı ve tedavisinde etkin rol oynayan merkezlerin hasta gruplarını görebilmek, hastalık dağılımını tespit etmek ve tedavi yöntemlerinin etkinliğini inceleyebilmek için belirli aralıklarla verilerini analiz etmeleri önerilmektedir. Böylelikle, klinikler kendi çalışma sistemlerine ve sonuçlarına ayna tutarak gerekli yeni düzenlemeleri yapabilirler. Bu çerçevede, bu çalışmadaki hedef, Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı'nda 2004-2012 yılları arasında BBK tanısı almış olan olguların demografik verileri, bölge dağılımı, TNM, evre ve tedavi bilgilerinin retrospektif olarak incelenmesidir.

GENEL BİLGİLER

LARENKS KANSERLERİ

Larenks embriyolojik gelişim, fonksiyon ve lenfovasküler yapısı dikkate alınarak üç bölgeye ayrılmaktadır.

1. Supraglottik bölge: Epiglotun serbest kenarından larengeal ventrikülün apeksine uzanan alandır. Epiglotun larengeal yüzü, ariepiglottik katlantılar, aritenoid kıkırdağın larengeal yüzü, yalancı vokal kordlar ve ventrikülleri içerir.

2. Glottik bölge: Ventrikül apeksi ile bu noktanın 1 cm altından geçen horizontal plan arasındaki bölgedir. İki gerçek vokal kord, anterior ve posterior kommissürler içerir.

3. Subglottik bölge: Glottisin inferior sınırından başlayarak krikoid kıkırdağın inferior kenarına kadar uzanır⁷.

LARENKSİN MALİGN PATOLOJİLERİ

Larenksin premalign lezyonları genellikle lökoplaki olarak adlandırılmaktadır. Mikroskopik olarak hiperkeratozdan, epitelin yaygın displazisine kadar değişiklik gösterir. Hafif ve orta derecede displazi bu iki ucun arasında yer alır. Karsinoma insitu, skuamöz epitelin bazal membrana invazyon yapmayan kanseridir ve kanserin en erken formudur. Bu lezyon metastaz yapmaz ve genellikle mikrolarengoskopi ile eksizyon veya lazerle tedavi edilir. Rekürren karsinoma insitu olgularının radyoterapi ile tedavisi önerilmektedir. Larenks kanserlerinde en sık rastlanan histopatolojik tip yassı hücreli karsinomdur. Spindle hücre ve verrüköz karsinom gibi varyantları bulunmaktadır. Yassı hücreli karsinomlar diferansiyasyon derecelerine göre 4 gruba ayrılmaktadır:

1. İyi derecede diferansiye
2. Orta derecede diferansiye
3. Az/kötü derecede diferansiye
4. Undiferansiye.

Diferansiyasyon derecesi bazı özel durumlarda tedavi kararında etkili olmaktadır. Az diferansiye kanserler radyoterapiye daha iyi yanıt verirken, iyi diferansiye kanserlerde erken metastaz riski daha azdır ve sıklıkla cerrahi olarak tedavi edilmesi önerilmektedir.

Düşük insidanslı diğer larenks kanseri histopatolojik tipleri:

- Küçük hücreli karsinom
- Mukoepidermoid karsinom
- Adenokarsinom
- Adenoid kistik karsinom
- Sarkomlar (kondrosarkom, fibrosarkom, rabdosarkom vb.)⁸.

Larenks kanserleri lokalizasyonlarına göre supraglottik, glottik, subglottik ve transglottik olarak 4 grupta incelenmektedir.

1. Supraglottikkanserler: Epiglotun serbest kenarından ventriküle kadar uzanan alana lokalize tümörlerdir. Supraglottik bölgenin lenfatikten zengin olması nedeniyle lenfatik yayımları kolay olan tümörlerdir; kolayca tiroid kıkırdağa penetre olabildiklerinden ve preepiglotik alana yayılabildiklerinden prognozları görece kötüdür.
2. Glottik kanserler: Genellikle vokal kordu ve anterior komissürü tutarlar. İyi diferansiye tümörler olmaları ve kordların lenfatikten fakir olması nedeniyle erken evrede prognozları görece iyidir.
3. Subglottik kanserler: Anterior komissürde gerçek vokal kordların serbest kenarının vokal çıkıntılarının ucundan 5-7 mm kadar inferiorundan başlayarak krikoid inferior kenarına uzanan tümörlerdir. Bu bölgenin görece dar olması nedeniyle hızla solunum sıkıntısına sebep olabilirler. Bunun yanı sıra, pretrakeal ve mediastinal bölge lenf nodlarına metastaz potansiyelleri yüksektir.
4. Transglottik kanserler: Supraglottik veya subglottik bölgeyi tutan ve ventrikülü vertikal olarak geçen kanserlerdir. Erken dönemde paraglottik bölgeyi tuttuklarından çoğunlukla ileri evrede olurlar ve bu nedenle prognozları görece kötüdür^{9,10}.

LARENGEAL KANSERİN EVRELEMESİ

American Joint Committee on Cancer'in 2010 yılında yayınladığı kılavuza göre, larenks kanserlerinin evrelemesi:

- Tümör veya T evrelemesi: Larenksin horizontal alandaki tutulumuna göre,
- Nodal metastaz veya N evrelemesi: Servikal lenf nodu boyutuna ve sayısına göre,
- Uzak metastaz veya M evrelemesi: Boyun ve larenksin ötesinde saptanan tümör dokusuna göre yapılmaktadır.

Primer Tümör

Tx: Primer tümör değerlendirilemiyor

T0: Primer tümör bulgusu yok

Tis: Karsinoma in situ

Supraglottis

T1: Tümör supraglottisin bir alt bölgesine sınırlıdır, kord hareketleri normaldir.

T2: Tümör supraglottisin birden fazla alt bölgesinin mukozasını veya glottisi veya supraglottis dışındaki bir bölgeyi (örneğin dil kökü mukozası, vallekula, piriform sinüs medial duvarı) tutmuştur, kord hareketleri normaldir.

T3: Tümör larenks içinde sınırlı olmakla birlikte vokal kord fiksasyonu vardır ve/veya postkrikoid bölge, preepiglottik dokular, paraglottik alan invazedir ve/veya minör tiroid kıkırdak invazyonu (iç korteks) vardır.

T4a: Tümör tiroid kıkırdağı tam kat invaze etmiştir ve/veya larenks dışı dokulara taşmıştır (örneğin trakea, dilin derin ekstremsel kasları, prelarengeal kaslar, tiroid veya özefagus gibi boyun yumuşak dokuları)

T4b: Tümör prevertebral alanı invaze etmiştir, karotid arteri çevrelemiştir veya mediastinal yapıları invaze etmiştir

Glottis

T1: Tümör vokal kordlarla sınırlıdır ve kord hareketleri normaldir (anterior veya posterior komissür invazyonu olabilir)

T1a: Tümör tek bir vokal korddadır

T1b: Her iki vokal kordda tümör mevcuttur.

T2: Tümör supraglottis ve/veya subglottise uzanmaktadır ve/veya kord hareketleri kısıtlanmıştır.

T3: Tümör larenks içinde sınırlı olmakla birlikte kord fiksasyonu vardır ve/veya paraglottik alan invazyonu vardır ve/veya minör tiroid kıkırdak invazyonu vardır (iç korteks).

T4a: Tümör tiroid kıkırdağı tam kat invaze etmiştir ve/veya larenks dışı dokulara taşmıştır (örneğin trakea, dilin derin ekstresek kasları, prelarengeal kaslar, tiroid veya özefagus gibi boyun yumuşak dokuları).

T4b: Tümör prevertebral alanı invaze etmiştir, karotid arteri çevrelemiştir veya mediastinal yapıları invaze etmiştir.

Subglottis

T1: Tümör subglottise sınırlıdır.

T2: Tümör vokal kordlara uzanmakla birlikte kord hareketleri normal veya kısıtlanmıştır.

T3: Tümör larenks içinde sınırlı olmakla birlikte kord fiksasyonu vardır.

T4a: Tümör krikoid veya tiroid kıkırdağı tam kat invaze etmiştir ve/veya larenks dışı dokulara taşmıştır (örneğin trakea, dilin derin ekstresek kasları, prelarengeal kaslar, tiroid veya özefagus gibi boyun yumuşak dokuları).

T4b: Tümör prevertebral alanı invaze etmiştir, karotid arteri çevrelemiştir veya mediastinal yapıları invaze etmiştir

Bölgesel Lenf Nodları

Nx: Bölgesel lenf nodları değerlendirilememektedir.

N0: Bölgesel lenf nodu metastazı yoktur.

N1: En büyük çapı 3 cm'yi geçmeyen tek bir ipsilateral lenf nodunda metastaz vardır.

N2: En büyük çapı 3–6 cm arasında tek bir ipsilateral lenf nodunda metastaz vardır veya hiçbirinin çapı 6 cm'yi geçmeyen multipl ipsilateral lenf nodlarında metastaz vardır veya hiçbirinin çapı 6 cm'yi geçmeyen bilateral veya kontralateral lenf nodların da metastaz vardır.

N2a: En büyük çapı 3–6 cm arasında tek bir ipsilateral lenf nodunda metastaz vardır.

N2b: Çapı 6 cm'yi geçmeyen multipl ipsilateral lenf nodlarında metastaz vardır.

N2c: Çapı 6 cm'yi geçmeyen bilateral veya kontralateral lenf nodlarında metastaz vardır.

N3: Bir lenf nodunda 6 cm' den büyük metastaz vardır.

Uzak Metastaz

Mx: Uzak metastazlar değerlendirilememektedir.

M0: Uzak metastaz yoktur.

M1: Uzak metastaz vardır.

Evreleme

Evre I: T1 N0 M0

Evre II: T2 N0 M0

Evre III: T3 N0 M0; T 1,2,3, N1 M0

Evre IVa: T4aN0M0;T1, T2, T3, T4a N2M0

Evre IVb: T4bN0M0; HerhangibirTN3 M0

Evre IVc: Herhangibir T Herhangibir N M1

ORAL KAVİTE KANSERLERİ

Oral kavite kanserlerinin %95'ini yassı hücreli karsinom oluşturmaktadır. Olguların %95'i 40 yaş üstündedir (ortalama 60 yaş). Oral kavitedeki yassı hücreli karsinomların %75'i ağızda %10'u da yer kaplayan bir mukoza alanında yer almaktadır. Bu bölge ön ağız tabanından başlar, gingivobukkal sulkusta ilerler, dilin lateral kenarını içerir ve retromolar trigon ve ön tonsiller plikada sonlanır. Bu bölge ağız içindeki tükürüğün en çok göllendiği ve temasta olduğu bölgedir.

Anatomi:

Oral kavitenin sınırları anteriorda dudak vermillion hattından, posterosüperiorda yumuşak damakla sert damağın birleşim yerine, inferiorda ise sirkumvalat papillalara uzanmaktadır. Bu anatomik bölgenin içinde yer alan oluşumlar dudaklar, bukkal mukoza, üst ve alt alveolar çıkıntılar, retromolar trigon, dilin anterior 2/3 kısmı, ağız tabanı ve sert damaktır. Bazı araştırmacılar, retromolar bölgeyi oral kaviteye dahil etmemektedir. Alveolar çıkıntılar ve dişler oral kaviteyi ikiye ayırmaktadır; dış (dudak ilişkili) komponente vestibül, iç (dil ilişkili) komponente gerçek oral kavite denir.

Dudaklar üst, alt ve kommissür olarak 3 alt bölgede incelenirler. İçte mukoza dışta deri ile kaplı orbikülaris kasından oluşmaktadır. Kanlanması fasiyal arterin inferior ve süperior labial dalları tarafından sağlanmaktadır. Motor innervasyonu fasiyal sinir sağlarken duysal innervasyon trigeminal sinir tarafından olmaktadır.

Yanaklardaki doku katmanları içten dışa dudaklarla devam eden mukoza, 2. üst molar diş hizasında parotis kanalı tarafından delinen faringobukkal fasya, yanak yağ dokusu, buksinatör kas, subkutan doku ve deri şeklindedir.

Yanağın duysal innervasyonunu trigeminal sinirin 2. ve 3. dalları, buksinatör kasın motor innervasyonunu ise fasiyal sinir yapmaktadır. Lenfatik akım intraparotideal ve üst juguler lenf nodlarına olmaktadır⁴⁴. Bu bölgede, kemik, kıkırdak ve fasya gibi anatomik engeller bulunmadığı için tümör dokusunun yayılımı görece hızlı olmaktadır.

Sert damak anterior nazal kaviteyi oral kaviteden ayırır ve oral kavitenin çatısını oluşturur. Primer damak olarak adlandırılan maksillanın palatinal çıkıntısı ile palatin kemikten oluşur. Sert damağın periosteumu ve mukozası sıkıca yapışıktır. Palatin sinir ve nazolabial arterin geçtiği insisiv foraminaller sert damaktaki tümörlerin burnun ön bölümüne geçişini kolaylaştırır. Greater palatin arter ve sinirin geçtiği palatin foramenler ise tümörün pterigopalatin fossa aracılığı ile kafa tabanına geçişini kolaylaştırır. Hastalıkların lenfatik yayılımı derin juguler ve lateral faringeal lenf nodlarına olur. Primer damağın lenfatik akımı submandibuler lenf nodlarıdır.

Trigeminal sinir ikinci dalı alveolar sinirler aracılığı ile üst alveolar çıkıntıya, damak nazopalatin sinir ve greater palatin dalı ise sert damağın lingual yüzüne duysal innervasyon verir. Superior alveolar çıkıntının kanlanması posteriorsuperior alveolar arter ve nazopalatin arterle olur. Üst ve alt alveolar çıkıntının bukkal yüzlerinin lenfatik drenajı submental ve submandibular lenf nodlarına olur.

Retromolar trigon, mandibula ramusu üzerine yapışmış mukoperiosttan oluşur. Üçgen şeklinde, tabanı son molar dişin arka yüzeyinden posterior mandibular alveolusa kadar uzanan ve apeksi maksiler tuberositasda olan bir bölgedir. Bu üçgenin lateral sınırı koronoid proses, medial sınırı ise anterior tonsiller plikalar ile sınırlıdır. Mukoza burada mandibulanın ramusuna sıkıca bağlı olduğu için bu bölgenin karsinomları mandibular periosteumu hızla invaze ederler. Kulağa yansıyan ağrı maksiller sinir, lesser palatin sinir ve glossofaringeal sinir aracılığı ile olmaktadır. Kanlanması fasiyal arterin tonsiller ve asendan palatin dalları ile sağlanmaktadır. Lenfatik akım ise jugulodigastrik lenf nodlarına olmaktadır.

Sulkus terminalis dili anterior 2/3 ve posterior 1/3 şeklinde ayırmaktadır. Anterior 2/3 bölgenin duysal innervasyonu lingual sinir tarafından, her iki bölgenin motor innervasyonu hipoglossal sinir tarafından sağlanmaktadır. Dilin eksternal kasları 3 çift halindedir: hyoglossus, styloglossus ve genioglossus. Bu kaslar internal kaslarla sinerjik çalışarak artikülasyon ve yutmaya yardımcı olurlar. Styloglossus dili yukarı ve geriye, hyoglossus hyoid kemiğe doğru, genioglossus öne doğru çeker. Dilin büyük kısmını transvers ve vertikal internal kas demetleri oluşturur. Trigeminal sinirin üçüncü dalı aynı zamanda kulak kepçesi, dış kulak yolu ve timpanik membranı innerve ettiğinden dil kanserlerinde otalji görülebilmektedir. Dilin ucunun lenfatikleri submental lenf nodlarına, lateral kenarları submandibuler ve jugulodigastrik lenf nodlarına, medial yüzü ise direkt olarak juguloomohyoid lenf nodlarına dökülür. Dilin posterior 1/3'ünün aksine bilateral lenfatik akım yoktur.

Ağız tabanı mandibular alveolar çıkıntılar ile arkada anterior tonsiller plikaya kadar uzanır. Wharton kanalları tarafından delinir. Sublingual bezler mandibula ile hyoglossus kası arasında mylohyoid kasın üstünde yerleşmiştir. Lingual arter ile kanlanmaktadır, trigeminal sinirin 3. dalı ile innervasyonu sağlanır. Yüzeysel lenfatik plexus ipsilateral ve kontrateral lenf nodlarına, derin sistem ise sadece ipsilateral lenf nodlarına drene olur. Ağız tabanının posteriorunun lenfatik akımı ise ipsilateral jugulodigastrik lenf nodlarına olmaktadır.

Etiyoloji:

Oral kavite kanserleri için en önemli risk faktörleri aşırı alkol ve sigara kullanımıdır. Human papilloma ve herpes virüs alttiplerinde etyolojide yeri olduğu düşünülmektedir⁴⁵. Alkolün iritan etkisi ile oral mukozada kimyasal bir yanık oluşmakta ve hücre membran permeabilitesi artınca karsinojenlerin emilimi de artmaktadır. Özellikle tütün çiğneyenlerde, sigarayı ters içenlerde oral kavite kanseri görülme oranı artmaktadır. Diş ve ağız bakımının düşük olması, kötü oturmuş veya keskinleşmiş diş kenarlarının kronik irritasyonunun da etkili olduğu düşünülmektedir. Bunun yanı sıra, ağız içinde toplanan karsinojenik maddelerinde önemli rolü vardır.

Klinik yaklaşım:

Dil kökü, nazofarenks, hipofarenks gibi diğer baş-boyun kanserlerinin aksine oral kavite kanserlerinin tanınması ve saptanması görece kolaydır. Klasik kanser belirtilerinin yanı sıra otalji, odinofaji, iyileşmeyen kanamalı yara ve disfaji de klinik belirtiler arasındadır. Dişlerin sallanması, ağız elemanlarının hareketlerinin kısıtlanması diğer belirtilerdendir. İleri evrelerde trismus görülebilmektedir. Ayrıntılı bir baş boyun muayenesi yapılması ikinci bir primer odak ve servikal lenf nodu metastazların saptanması açısından çok önemlidir. Gerekirse uzak metastaz tetkikleri de yapılarak klinik evreleme yapılmalıdır.

Kuşkulanılan lezyonlardan lokal anestezi altında biyopsi alınması patolojik olarak tanının teyit edilmesi için gereklidir. T2'den büyük lezyonlarda özellikle mandibula ve periosteumun incelenmesi için bilgisayarlı tomografi (BT) ve/veya manyetik rezonans görüntüleme (MRG) kullanılmaktadır. Yüksek rezolüsyonlu BT periosteal tutulumu en iyi gösteren inceleme yöntemidir. Manyetik rezonans görüntülemede kortikal kemik tutuluşu hakkında yeterli bilgi sağlamaktadır. Kanser in yumuşak dokuda , özellikle dil ve ağız tabanı tümörlerinde, yayılımı için en iyi görüntüleme yöntemi MRG'dir. Uzak metastazlar açısından akciğer tomografisi, karaciğer fonksiyon testleri, kemik tutulumu yönünden serum kalsiyum ve alkalen fosfataz tetkikleri yapılabilir.

Oral kavite yassı hücreli karsinomunun evrelemesi aşağıda sunulmuştur.

Primer Tümör

Tis: *Karsinoma in situ*

T1: Tümör 2 cm veya daha küçük boyutta

T2: Tümör 2-4 cm büyüklüğünde

T3: Tümör 4 cm'den büyük

T4a: Tümör komşu dokuları tutmuş (kortikal kemik, derin dil kasları maksiller sinüs, deri gibi)

T4b: Tümör mastikatör boşluğa, pterigoid plaklara veya kafa tabanına ulaşmış ve/veya internal karotid arteri sarmıştır.

Bölgesel Lenf Nodları

N0: Lenf nodu metastazı yok

N1: İpsilateral, tek, 3 cm veya daha küçük boyutta lenf nodu

N2a: İpsilateral, tek, 3-6 cm'lik lenf nodu

N2b: İpsilateral, birden fazla, hiçbirisi 6 cm'den büyük olmayan lenf nodları

N2c: Bilateral veya kontrilateral, 6 cm'den büyük olmayan lenf nodu veya nodları

N3: 6 cm'den büyük lenf nodu

Uzak Metastaz

M0: Uzak metastaz yok

M1: Uzak metastaz var

Evreleme

Evre I: T1 N0 M0

Evre II: T2 N0 M0

Evre III: T3 N0 M0; T 1,2,3, N1 M0

Evre IVa: T4aN0M0;T1, T2, T3, T4a N2M0

Evre IVb: T4bN0M0; HerhangibirT N3 M0

Evre IVc: Herhangibir T Herhangibir N M1

Ayırıcı tanı:

Verrüköz karsinom, yassı hücreli karsinomun bir varyantıdır ve oldukça benign davranışlıdır. İleri yaşlarda daha çok görülen siğilimsi bir lezyondur. Metastaz yapmama eğilimlidir, invazyondan çok dokuları itme şeklinde büyür. Sıklıkla iyi differansiye karsinom ile karışabilen granüler hücreli myeloblastom da benign bir lezyondur. Bu tümörlerin yüzeyinde skuamöz proliferasyon görülebilirken aynı zamanda lokal invazyon da gösterebilirler.

Oral kavitede minör tükürük bezi malignitelerine daha nadir rastlanmaktadır. Sarkomlar, malign fibröz histiyositoma, Hodgkin ve non-Hodgkin lenfoma, malign melanoma oral kavitede görülebilen diğer nadir maligniteler arasındadır.

Prognostik faktörler:

Genel olarak bütün oral kavite kanserlerinde lezyonun evresi, boynun durumu, metastaz olup olmaması prognozu etkileyen başlıca faktörlerdir²⁰. Bunların yanı sıra, rekürren hastalığın varlığı, ikinci primer olması cerrahi, sınır pozitifliği prognozda çok önemlidir⁴⁶.

Dudak lezyonlarında tümörün <2cm olması ve boyunda lenf nodu tutulumu olmaması prognozu iyi yönde etkilerken, üst dudak ve komissür tutulumu prognozu olumsuz yönde etkiler²⁰. Alveolar arktada erken kemik tutulumu nedeniyle cerrahi sonuçlar radyoterapiden daha iyidir²⁰. Retromolar trigonda boynun durumu prognoz üzerine etkilidir. Sert damakta ise diğer bölgelere göre daha fazla minör tükürük bezi tümörü görülmesi önemlidir. Ayrıca, tümörün <3 cm olması ve servikal lenf nodu pozitifliği önemlidir. Ağız tabanı lezyonlarında ise tümörün öne veya arkaya dile doğru yayılmasının rekürrensler ile ilişkili olduğu bulunmuştur⁴⁷.

Tedavi:

Oral kavite kanser tedavisinde morbiditesi düşük cerrahi tekniklerin kullanılmaya başlanması ve rekonstrüktif cerrahideki ilerlemeler nedeniyle günümüzde cerrahi primer tedavi olarak kabul görmektedir²⁰. Bunun yanı

sıra, sigara ve alkol kullananlarda radyoterapiye bağıli komplikasyonlara bağıli morbidite cerrahiye bağıli morbiditeden daha fazla olmaktadır⁵¹. Ancak, bazı çalışmalarda erken evre lezyonlarda radyoterapi ve cerrahinin etkisinin eşit olduğu bildirilmiştir⁴⁸. Lezyonun yerleşimi, çevre dokularla ilişkisi, hastanın fiziki durumu, sosyoekonomik özelliğı tedavinin seçiminde önemli faktörlerdir. Radyoterapi ile konuşma ve yutma fonksiyonları daha iyi korunabilirken tat duyusu ve ağız kuruması yönünden dezavantaj oluşturmaktadır. Radyoterapinin 6 hafta kadar sürmesi de başka bir dezavantajdır. Mandibula osteoradyonekrozuda en ciddi komplikasyondur. Evre III ve IV kanserlerde kombine cerrahi ve radyoterapi en uygun tedavi seçeneğidir. Adjuvan kemoterapinin yeri ise tartışmalıdır. N0 boyunlara radyoterapi uygulaması da başka bir tartışmalı konudur. T1-T2 oral kavite lezyonlarında potansiyel olarak %30 metastaz riski vardır⁵². Bu nedenle, N0 boyuna cerrahi veya radyoterapi uygulaması önerilmektedir. Hatta bazı T1 oral kavite kanserlerinde bile N0 boyuna cerrahi yaklaşım savunulmaktadır.

Dudak Kanserleri

Dudak kanserlerinin bazı karakteristik özellikleri ve tümör davranışı nedeniyle oral kavite kanserlerinden çok deri kanserleri gibi davranmaktadır.

Anatomi:

Oral kavitenin ön sınırı dudaklar tarafından oluşturulmaktadır. Üst ve alt dudaklar yanlarda birleşerek işlevsel bir sfinkter oluşturur ve ağızdaki sıvıların dökülmesini önleme, çiğneme, yutma ve artikülasyonda önemli rol oynarlar. Aynı zamanda dudaklar görünüm ve estetik yönden önemlidir. Vermillion hattı mukozanın bitip yüz derisinin başladığı hattır ve üst dudakta daha uzundur. Dudaklar içerisinde mukoza, dışarıda deri ile kaplı orbikularis kasından oluşmaktadır. Orbikularis oris kası oral açıklığı çevreleyen bir sfinkter gibi görev yapmaktadır. Üst dudakta bu kas kolumellaya kadar çıkmakta ve anterior nazal spine yapışmaktadır. İnferiorda ise mental kas ile birlikte çene kıvrımını oluşturur. Birçok fasiyal mimik kas bu kasın lateralinde derin yüzeyine yapışır ve bu kaslar oral kompetans ile çok çeşitli dudak

hareketlerinin yapılmasını sağlar. Orbikularis oris kasının derin kısmının altını gevşek ağız mukozası kaplar. Dudakların duysal ve motor innervasyonu farklı sinirlerle olmaktadır. Duysal innervasyon trigeminal sinirin maksiller ve mandibüler dalları tarafından sağlanırken motor innervasyonundan fasiyal sinir sorumludur. Üst dudağa motor uyarılar fasiyal sinirin bukkal dalı ile alt dudağa ise marjinal mandibular dal ile gelir. Dudağın kanlanması ise, vermillion hattının hemen derininden geçen superior ve inferior labial arter ile sağlanır. Fasiyal arter bu dalları hemen oral komissürlerin lateralinde verir. Arterler, fasiyal vene dökülen venlere eşlik etmektedir. Dudağın lenfatikleri vermillionda çok ince bir kapiller ağ oluşturur. Üst dudak ve komissürlerin lenfatik akımı ipsilateral preauriküler, infraparotideal, submandibuler ve submental lenf nodlarına olur. Embriyolojik gelişim nedeniyle kontrateral lenfatik akım beklenmez. Alt dudakta ise aksine hem ipsilateral hem de kontrateral submental ve submandibuler lenf nodlarına akım vardır. Alt dudakta lenfatikler %22 oranında mental foramene de lenfatik akım vermektedir⁵¹.

Klinik:

Dudak kanseri, oral kavitenin en sık görülen kanseridir (%25-30). Olguların %90'ında yassı hücreli karsinom vardır ve olguların %90'ı alt dudakta görülür¹⁴. Oral komissür kanserleri ise olguların %1-6'sını oluşturmaktadır. Genelde sigara içenlerde, 50-60 yaş civarında ve erkeklerde görülür¹³. Etiyoloji multifaktöryeldir; ancak en önemli etken güneş ışınlarına uzun süreli maruz kalmadır. Olguların 1/3'ünden fazlasının mesleğinin açık havada, güneş altında yapılan işler olması, tümörlerin çoğunluğunun en çok ışına maruz kalan alt dudak vermillion hattında olması ultraviyole ışın maruziyetinin önemini destekleyen bulgular olarak sayılmaktadır^{12,13}. Güneş ışınlarının çevre dokulara etkisi kanserli bölgenin çevresindeki dokularda da histopatolojik olarak görülebilmektedir. Bu etkiler, histopatolojik olarak lökoplaki, hiperkeratoz, aktinik keilit olarak genellikle raporlanabilmektedir. Pipo, sigara, dental hijyenin kötülüğü ve kronik alkolizm de dudak kanseri gelişimine etki eder. Dudak kanserleri uzun süreli, geçmeyen yara şeklinde

kendini gösterir ve inspeksiyonla kolaylıkla teşhis edilebilmektedir. Muayenede genellikle lökoplaki ile çevrili sert bir zemin üzerinde kabuklu bir yara şeklinde görülür. Daha ileri evrelerde ise, genişliği artmış, derinde oral mukoza ve mandibulaya kadar ilerleyen kanamalı bir kitle olarak karşımıza çıkabilmektedir. Lenf nodu tutulumu erken evrelerde %10'un altındadır. Mental foramen mutlaka muayene edilmelidir, çünkü mental sinir tutulumu mandibulaya direkt yayılım ve perinöral invazyon açısından önemlidir.

Patolojik tanı için sağlam sınırı da içeren insizyonel biopsi alınması gereklidir. Böylece patoloji uzmanı yayılım şeklini daha iyi anlayabilir. Tümörde mandibulaya fiksasyon, gingiva tutulumu, dişlerde sallanma ve mental sinirde hipostezi saptanır ise radyolojik inceleme gerekir. Erken evrelerde metastaz riski %2 civarındadır⁵¹. Bu nedenle, erken evrelerde metastaz taraması şart değildir. Dudaktaki yassı hücreli karsinomun evrelendirmesi ise aşağıda sunulmuştur.

Primer Tümör

Tis: *Karsinoma in situ*

T1: Tümör 2 cm veya daha küçük boyutta

T2: Tümör 2-4 cm büyüklüğünde

T3: Tümör 4 cm'den büyük

T4a: Tümör komşu dokuları tutmuş (kortikal kemik, inferior alveolar sinir, ağız tabanı ve yüz derisi)

T4b: Tümör mastikatör boşluğa, pterigoid plaklara veya kafa tabanına ulaşmış ve/veya internal karotid arteri kafeslemiştir

Bölgesel Lenf Nodları

N0: Lenf nodu metastazı yok

N1: İpsilateral, tek, 3 cm veya daha küçük boyutta lenf nodu

N2a: İpsilateral, tek, 3-6 cm'lik lenf nodu

N2b: İpsilateral, birden fazla, hiçbirisi 6 cm'den büyük olmayan lenf nodları

N2c: Bilateral veya kontrilateral, 6 cm'den büyük olmayan lenf nodu veya nodları

N3: 6 cm'den büyük lenf nodu

Uzak metastaz

M0: Uzak metastaz yok

M1: Uzak metastaz var

Evreleme

Evre I: T1 N0 M0

Evre II: T2 N0 M0

Evre III: T3 N0 M0; T 1,2,3, N1 M0

Evre IVa: T4aN0M0; T1, T2, T3, T4a N2M0

Evre IVb: T4bN0M0; HerhangibirT N3 M0

Evre IVc: Herhangibir T Herhangibir N M1

Ayırıcı tanı:

Perioral bölgenin ikinci sıklıkla görülen malignitesi bazal hücreli karsinomdur. Üst dudakta bazal hücreli karsinoma yassı hücreli karsinomdan daha sık rastlanmaktadır. Bazal hücreli karsinom nadiren dudak mukozasından başlar; daha ziyade perioral deriden direkt invazyon şeklinde mukozaya ulaşır. Bazal hücreli karsinom, baş boyunda %7 oranında perioral bölgede görülür. Bazal hücreli karsinomda erken evrede iken tümör inci beyazı rengine nodüler ve ortası çöküktür; ancak geç ve geniş tümörler yassı hücreli karsinom ile benzerlikler gösterir. Bazal hücreli karsinom çok yavaş büyür ve nadiren servikal lenf nodu metastazı yapar. Bazal ve yassı hücreli karsinomdan daha

nadir olarak minör tükürük bezi kaynaklı tümörler görülebilir. Bu tümörler düzgün, sert, ülserle olmayan ve %85 üst dudakta yer alır. Başka yerlerde olan minör tükürük bezi tümörlerinin aksine çoğunlukla benigndirler. Dudakta görülen diğer nadir malign lezyonlar içinde melanom, mikrositik adneksal karsinom, Merkel hücreli karsinom, malign fibröz histiositoma ve malign granüler hücreli tümör sayılabilir.

Keratoakantom görece benign, iyi sınırlı bir epitelyal tümördür; yassı hücreli karsinomu taklit eder. Sıklıkla 60-80 yaşlar arasında görülür. Genellikle bir başlangıç fazı ile birkaç haftada 1-2 cm çapa ulaşır, daha sonra durur ve spontan olarak gerileyebilir. Ülserle, kenarları kalkık, yuvarlak, ortası keratinize ve sert zeminlidir. Ortadaki keratin bölge deskuame olup ülserleşebilir. Tanı insizyonel biyopsi ile konulmaktadır. Devam eden veya genişleyen lezyonlarda veya önceki biyopsi sonuçlarında yassı hücreli karsinomun ekarte edilemediği durumlarda normal sınırlı geniş eksizyon yapılması önerilir. Hiperkeratoz, lökoplaki, angular keilit gibi kronik aktinik değişiklikler premalign olabilir ve yassı hücreli karsinomla birliktelik gösterirebilir. Bu olgularda, biyopsi yaparak tanıyı konfirme etmek önemlidir.

Tedavi:

Tedavi edilebilir lokal baş boyun kanserleri içinde yer alan dudak kanserinde 5 yıllık yaşam şansı yaklaşık %90'dır²⁹. Tanının erken konması en önemli faktördür. Tedavi edilmeden bırakılan kanserler mentum ve alveolar mukozayı tutar; mandibula, ağız tabanı ve dil tutulumu yapabilir. Servikal lenf nodlarında tutulum ve takiben uzak metastaz gelişebilir.

Dudak kanserlerinin tedavisindeki temel amaçlar:

1. Tümör dokusunun lokal ve bölgesel olarak tamamiyle rezeksiyonu.
2. Konuşma, çiğneme, yutma,tükürüğü ağızda tutma fonksiyonlarının devamı için yeterli oral kompetansın ve motor fonksiyonların (marjinal mandibuler sinir) korunması.
3. Dudak kozmetiğinin sağlanması.

Prognostik faktörler:

Dudak kanserinde cerrahi tedavi planlanıyorsa, hastada bulunan prognostik özelliklere göre davranmak önem arzeder. Tümörün 3 cm'den geniş olması, servikal lenf nodu tutulumu, rekürren tümör, perinöral tutulum, kötü/az diferansiyasyon, mandibüler kemik invazyonu ve komissür lezyonları kötü prognoz göstergesidir⁵¹. En önemli prognostik faktörlerden birisi tümörün boyutudur; 2 cm.'den küçük lezyonlarda 5 yıllık sağkalım şansı yaklaşık %90'dır⁴⁹. Mandibulayı da tutan geniş tümörlerde bu şans %50'ye düşmektedir⁵¹. Tümör çapı arttıkça rekürrens riski de artmaktadır; 3 cm.'den geniş tümörlerde %40 rekürrens görülmektedir. Teşhis anında servikal lenf nodu metastaz varlığı sağkalım şansını %25-50'ye düşürmektedir⁵¹. Tümör boyutu 6 cm.'den büyük ve/veya bilateral lenf nodu metastazı olanlar en kötü prognozludur. İyi diferansiye yassı hücreli karsinomda sağkalım şansı yaklaşık % 90 civarında iken, kötü/az diferansiye olanlarda %50'ye düşmektedir⁴⁹. Oral komissür lezyonlarına daha az rastlanmakla birlikte daha agresif seyir görülmektedir⁵¹. Oral komissür lezyonlarının çoğunlukla genişlemiş diğer bölge lezyonlarının yayılımından olması ve rekonstrüktif kaygılarla yetersiz eksizyon buna sebep olabilir. Rekürrensler sağkalım şansını %50 düşürmektedir²⁰. Rekürrensler daha geniş olma ve servikal metastaz yapma eğilimindedir. Perinöral invazyon olan hastalarda erken mandibula tutulumu izlenebilmektedir.

Tedavi seçenekleri:

Dudak kanserlerinin primer tedavisi cerrahidir. 2013 yılında yayınlanan National Comprehensive Cancer Network (NCCN) kılavuzunda dudak tümörlerinde erken evrelerde cerrahi eksizyon, cerrahi sonrasında patoloji sonucunda cerrahi sınır pozitifliği veya perinöral tutulum gibi kötü karakteristik özellikler saptanırsa, reeksizyon veya radyoterapi önerilmektedir⁵⁰. *Karsinoma in situ* ve premalign ciddi displazide vermilion mukoza ve submukozasının soyulduğu vermilionektomi uygulanabilir. İnvaziv tümörlerde ise tümörün sınırlarına göre deri, kas ve mukozayı içeren tam kat rezeksiyon yapılmalıdır. Geniş lezyonlarda ise, radyoterapinin tek başına

etkinliği azalmaktadır. Olguların çoğunluğuunda cerrahi ilk tedavi seğeneğidir. Evre III ve IV hastalarda, cerrahi ve adjuvan radyoterapi tercih edilir. Cerrahi operasyonda 8-10 mm sağlam cerrahi sınır bırakarak tam kat eksizyon ve intraoperatif donuk kesit inceleme ile cerrahi sınır kontrolü önemlidir. Rekonstrüksiyon kaygısı olmadan tam cerrahi eksizyon temel olarak amaçlanmalıdır. T1 tümörlerde %5, T2'de %5-10, T3 ve T4'de %67 servikal lenf nodu metastaz riski vardır²⁰. Üst dudaktaki ve rekürren lezyonlarda lenf nodu metastaz eğilimi daha fazladır. Tümör 3 cm'den küçük ise N0 boyunlara müdahale gerekmezken 3 cm'den büyük ise N0 boyunlarda evreleme amaçlı supraomohyoid boyun disseksiyonu tavsiye edilmektedir¹⁴. N pozitif boyunlarda radikal veya modifiye radikal boyun disseksiyonu uygulanmalıdır. Adjuvan radyoterapi endikasyonları T3-T4 primer tümör, rekürren tümör, patolojik olarak servikal lenf nodu tutulumu, ekstrakapsüler yayılım ve perinöral invazyondur⁴⁷.

Mandibula periost ve marjinal kortikal kemik tutulumunda marjinal mandibulektomi, medüller kısmın tutulumunda ise segmenter mandibulektomi ile kompozit rezeksiyon gereklidir. Rezeksiyondan sonra rekonstrüksiyonda güncel yöntem serbest fleplerin kullanımındır.

Rekonstrüksiyon:

İdeal rekonstrüktif uygulama duysal innervasyonlu, ağız içi kompetans görevini yapabilen, yeterli açılabilen ve estetik olarak kabul edilebilir bir dudak oluşturmaktır. Rekonstrüksiyon, kalan dudak dokusundan, karşı dudak dokusundan, komşu dokulardan (yanak) ve serbest fleplerden yapılabilir. Lezyonun alt veya üst dudakta olması, dudakta kapladığı alan (1/3, 1/2, totale yakın, vs) rekonstrüksiyon metodlarının seçiminde önemlidir. Dudağın yarısından daha az yer kaplayan lezyonlar primer kapatılabilir.

Oral dil kanserleri ve ağız tabanı kanserleri:

Bütün oral kavite tümörlerinde olduğu gibi erken evre dil ve ağız tabanı tümörlerinde de öncelikli tedavi seğeneği cerrahidir. Bazı ęalıřmalarda, erken evre tümörlerde radyoterapi ile cerrahi arasında lokal kontrol açısından fark

olmadığı belirtilse de cerrahinin morbiditesi radyoterapinin morbiditesinden daha azdır. Genel olarak, 2 cm'den küçük lezyonlarda transoral rezeksiyon yeterli kabul edilmektedir. Posterolateral yerleşimli T2 tümörlerde alternatif yaklaşım şekli olarak median glossomandibülektomi kullanılabilir. Lateral mandibulektomi postoperatif radyoterapiye bağlı nekroz riski nedeniyle önerilmemektedir¹⁸. Tümörün 3 boyutlu rezeksiyonunun yapıldığı transoral transservikal ulaşım ile pull-through rezeksiyon, ağız tabanı ve dil tümörlerinde güvenilir yöntemdir¹⁹. Dil, bir motor gibi davranarak tümör hücrelerinin yayılmasını sağlayabilir; bu nedenle, dil tümörlerinde cerrahi sınırın en az 1.5-2 cm olması önerilir²⁰. Ağız tabanında mandibüler arka yaklaşım için erken evrelerde bile marjinal mandibülektomi gerekebilir. Dilin erken evre tümörlerinde parsiyel ve hemiglossektomi daha ileri evreli tümörlerde subtotal veya total glossektomi yapılması önerilmektedir. Mandibula infiltrasyonunda ise segmental mandibulektomi ile birlikte kompozit rezeksiyon önerilmektedir.

Rekonstrüksiyon:

Cerrahinin sınırı genişledikçe rezeke edilen dokunun rekonstrükte edilmesi önem kazanmaktadır. Son yıllarda, mikrovasküler fleplerdeki gelişmelerle bu sorun olmaktan çıkmıştır. Oral kavite rekonstrüksiyonunda başlıca rekonstrüksiyon seçenekleri: kısmi kalınlıklı deri greftleri, pektoralis mayor myokutan flebi, deltopektoral flep, sternokleidomastoid veya platisma myokutanöz flebi, trapezius myokutan flebi ve mikrovasküler serbest fleplerdir (ökol fasyokutan, anterolateral thigh muskulokutan ve fibula osteomyokutanöz serbest flepleri).

Bukkal kanserler:

Genellikle bukkal mukozadaki lökoplazik lezyonun üstüne eklenir ve 70 yaş civarındaki erkeklerde görülür. Doğal bir bariyer olmadığından derin invazyon ve agresif metastatik potansiyeli vardır. İnce kalınlıktaki (<4 mm) tümörlerde prognoz daha iyidir. Verrüköz karsinom oral kavitede nadir görülmesine rağmen bukkal kanserlerde daha sık rastlanmaktadır. Verrüköz kanserde 2-3 mm cerrahi sınırla tümörün çıkartılması yeterlidir¹⁵. T1-T2 sınırları belirgin

tümörler, transoral rezeksiyonla çıkartılabilir. Rezeksiyonun kısmi kalınlıklı deri grefti ile rekonstrüksiyonu gerekebilir. T1 tümörlerde 5 yıllık sağkalım olasılığı %80 civarında iken T2 tümörlerde 3 yıllık sağkalım olasılığı %60'a düşmektedir⁴⁸. Bazı tümörlerde lezyonun yayılımına da bağlı olarak parsiyel mandibulektomi ve/veya infrastrüktür maksillektomi gerekebilir. Derin invazyonu olan tümörlerde deri altı lenfatiklerinin tutulması nedeniyle servikal ve parotideal lenf nodlarına metastaz riski artmaktadır. Bu nedenle, boyun diseksiyonuna yüzeysel parotidektomi eklenmesi önerilmektedir⁴⁸. Evre III ve IV tümörlerinde cerrahi ve radyoterapi seçilir. Tek başına tedavilerde yaşam şansı Evre III ve Evre IV tümörlerinde sırası ile %41 ve %15 iken, cerrahi ve radyoterapi ile %60 ve %35'e yükselmektedir⁴⁸.

Sert damak kanserleri:

Sert damakta en sık yassı hücreli karsinom ikinci sıklıkla da tükürük bezi tümörleri görülmektedir. T1-2 tümörlerde transoral yaklaşımla 1 cm. cerrahi sınır bırakarak tümör çıkartılabilir. Erken evrelerde lenf nodu tutulumu çok nadir olduğundan boyuna tedavi gerekmemektedir¹⁵. T4 lezyonlarda servikal metastaz şansı %25 civarındadır¹⁵. Yassı hücreli karsinomda uzak metastaz nadir görülürken tükürük bezi maligniteleri %12 oranında uzak metastaz gösterir. T1 tümörlerde sağkalım olasılığı %85'den T4'lerde %30'a düşer¹⁵. T4 tümörlerde kombine tedavi tercih edilmelidir. Tedaviye parsiyel veya total maksillektomi eklenmek zorunda kalınabilir.

Retromolar trigon lezyonları:

Retromolar trigon lezyonları bölgenin sınırlı olması nedeniyle erken dönemde genelde tonsil, anterior tonsiller plika ve yumuşak damağa yayılmış olarak saptanır. Mandibular periostun tutulumu erken ve sıktır. Tanı anında %50-60 hastada servikal lenf nodu tutulumu izlenmektedir¹⁶. Uygulanacak cerrahi tedavi genellikle kompozit rezeksiyon şeklinde olup daha çok hemimandibulektomi gerektirir. T2 tümörlerde yumuşak damağın eksizyonu gerektiğinde yutma yönünden morbiditeye sebep olabilir. T3 ve T4 lezyonlarda kombine tedavi önerilir. Cerrahide parsiyel mandibuler

rezeksiyon ve boyun disseksiyonu gereklidir. Yumuşak dokularda ise tonsil, ağız tabanı, dil, yumuşak damak ve bukkal mukoza spesimene eklenebilir ve genellikle fleplerle rekonstrüksiyon gerekir. Lenf nodu tutulumu olmayan tümörlerde bile fonksiyonel boyun disseksiyonu uygulanması önerilmektedir⁵¹.

Alveoler arkus karsinomu:

Oldukça nadir rastlanan oral kavite kanseridir; %80 alt alveolde ve premolar veya molar bölgede görülür. Tedavi öncelikli olarak cerrahidir. Gingiva mukozası alttaki mandibula periostuna direk yapışık olduğundan %50'sinde mandibulaya invazedir¹⁷. Kemik invazyonu, lenf nodu tutulumu ve perinöral invazyon varsa tedaviye adjuvan radyoterapi eklenmelidir. Sıklıkla mandibuladan da rezeksiyon gerekir.T1-2 tümörlerde mikrometastaz oranı düşüktür; bu nedenle elektif boyun disseksiyonu tartışmalıdır. Çoğu erken evre tümörde alveolektomi ile horizontal marjinal mandibulektomi yeterlidir; gerekirse ipsilateral elektif supraomohyoid boyun disseksiyonu uygulanabilir.

Nazofarenks kanseri

Nazofarenks kanserleri (NFK), çoğunlukla yassı hücreli karsinom olmasına karşın diğer baş boyun yassı hücreli kanserlerinden farklı özellikler taşımaktadır. Yerleşim yeri olarak cerrahisi zor bir yer olmakla birlikte radyokemoterapi duyarlılığıyla diğer bölgelerden farklılık gösterir. Anatomik olarak nazofarenks nazal kavitenin arkasında, kafa tabanının altına yerleşmiş olan küboid açık bir odacıktır. Nazofarenks kanserleri komşu bölgelere erken dönemde yayılım gösterir parafarengeal alana yayılım oranı yüksektir (%65-90). Yayılım sırasında kemik harabiyetine sık rastlanmaz (%25-35) ^{53,54}. Aynı şekilde lenfatik ağı zengin olduğu için erken dönemde servikal lenf nodu metatazi sık rastlanan bir bulgudur (%70-90)⁵³.

Epidemiyolojik özelliklerine bakıldığında NFK dünyanın belirli bölgelerinde endemik olarak rastlanmakla birlikte, bunun dışında insidansı düşük olan bir tümördür⁵³. En sık görüldüğü bölgeler güneydoğu Çin başta olmak üzere Şangay, Hong Kong gibi güney doğu asya ülkeleridir. Nazofarenks kanseri

görölme sıklığı 20 yaştan sonra artar ve 40-60 yaş arasında plato çizer ve daha sonraki yaşlarda düşme eğilimindedir⁵⁵.

Belirgin ırksal dağılım ve belirli bölgelerde sık rastlanması genetik ve çevresel faktörlerin önemli rol oynadığını düşündürmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda NFK'nin EBV ve insan lökosit antijeni (HLA) ile ilişkili olduğu belirlenmiştir⁵⁶. Nazofarenks kanserlerinde retrofarengeal, jugulodigastrik, derin servikal lenf nodları etkilenmektedir.

Klinik:

Hastalarda en sık saptanan semptom ve bulgu boyunda kitledir. Zengin submukozal lenfatik ağ nedeniyle lenf nodu metastazı hastalığın erken dönemlerinde dahi oluşabilir⁵⁴. Tipik olarak lenf nodu metastazı üst arka boyun ve sternokleidomastoid kasın mastoide yapışma yerindedir; %40-50 hastada çift taraflı boyun tutulumu görülür⁵⁶. Tümörün uzanımına göre hastaların semptomları değişiklik gösterir. Nazal fossaya doğru uzanan tümörler daha çok burun tıkanıklığı ve nazone konuşma ile kendini belli eder. Östaki tüp ağzını tıkayan tümörler ise kulak ağrısı, tıkanıklık ve işitme azlığına sebep olabilir. Kafa tabanı destrüksiyonu varsa, baş ağrısı yapabilir. Tümör aynı zamanda kafa tabanındaki foramenleri tutarak kranial sinir tutulumu yapabilir. En sık tutulan kafa çiftleri V. ve VI. sinirlerdir⁵⁷. WHO'nun 1991'de hazırladığı histopatolojik sınıflamaya göre:

WHO 1: Yassı hücreli karsinom

WHO 2: Non keratinize karsinom

- İyi diferansiye nonkeratinize karsinom
- İndiferansiye karsinom olarak sınıflanmıştır.

Evreleme

Primer tümör

T1: Tümör nazofarenkste sınırlı

T2: Tümör orofarenks ve/veya nazal fossanın yumuşak dokusuna taşmamış

T2a: Parafarengeal uzanım yok

T2b: Parafarengeal uzanım var

T3: Tümör kemik yapıları ve/veya paranazal sinüsleri invaze etmiş

T4: İntrakranial uzanım ve/veya kranial sinir ve/veya infratemporal fossave/veyahipofarenks ve/veya orbita tutulumu var

Bölgesel lenf nodları

N0: Bölgesel lenf nodu metastazı yok

N1: Supraklavikuler fossa seviyesi üzerinde, < 6 cm olan unilateral nodlar

N2: Supraklavikuler fossa seviyesi üzerinde, < 6 cm olan bilateral nodlar

N3a: Çapı 6 cm ve daha büyük olan lenf nodları

N3b: Supraklavikuler uzanımlı lenf nodları

Evreleme

Evre I: T1 N0 M0

Evre II: T2 N0 M0

Evre III: T3 N0 M0; T 1,2,3, N1 M0

Evre IVa: T4N0M0; T1, T2, T3, T4 N2M0

Evre IVb: T1,T2,T3 T4N3M0

Evre IVc: Herhangibir T Herhangibir N M1

Prognostik Faktörler:

Genç yaşta ileri evre hastalık oranı yükselmekle beraber hastalık daha iyi seyreder. Bazı çalışmalarda kadınlarda prognoz daha iyi olduğu bildirilmektedir⁵⁹. Tümör diferansiyasyonunun azalması da kötü prognozla ilişkilidir⁶⁰.

Tedavi:

Yerleşim yeri itibarıyla cerrahinin rolü sadece boyun kitleleriyle sınırlıdır. Primer tedavi modalitesi radyoterapidir. Radyoterapi alanı içine nazofarenks ve tüm boyun lenfatikleri dahil edilmelidir. Kemoterapi, günümüzde neoadjuvan ve radyoterapi ile eşzamanlı olarak kullanılmaktadır. Rezidüel tümörlerin tedavisinde intrakaviter brakiterapi ve lokal nükslerin tedavisinde ikinci seri radyoterapi uygulanabilir. Genel sağkalım oranları %40 düzeyindedir^{55,56,57}.

Orofarenks kanserleri**Anatomi:**

Anatomik olarak orofarenks üstte sert damak altta ise hyoid kemiğe kadar uzanmaktadır. Dört bölgeye ayrılarak incelenebilir: (i) dil kökü, (ii)tonsiller bölge, (iii)yumuşak damak, (iv) farenks arka duvarı. Dil kökü sirkumvalat papillalardan vallekula tabanına kadar uzanır. Orofarenks lateral duvarı da başlıca tonsiller fossa ve tonsilden oluşur.

Etiyoloji:

En önemli etiyolojik faktör sigara ve alkol kullanımıdır. Alkol mukozada hem direkt hasar yaparken hem de malnütrisyonu ve skleroza sebep olarak hasar oluşturmaktadır. Ayrıca, bazı çalışmalarda human papillom virüsü de etiyolojik sebepler arasında gösterilmiştir⁵¹. Erkeklerde daha sık görülmektedir ve erkek kadın oranı 4/1'dir

Klinik

Orofarenksin yassı hücreli kanserleri yüzeyden kaynaklanıp mukoza boyunca yayılır. Tümörün yayılımı için bukkofarengeal fasya ve prevertebral fasya anatomik bariyer oluştururlar. Tümör ilerlediği zaman parafarengeal alana yayılır ve burda karotis arter, internal juguler ven, IX., X., XI. ve XII. Kranial sinirlerini tutabilir. . Kranial sinir tulumuda tümörün kafa tabanına yayılımını kolaylaştırır. Pterigoid kas tutulumu ise trismusa yol açar.

Bu tümörlerde lenfatik metastaz tipik bulgudur ve kötü prognoz belirtisidir⁶². Genel olarak bu bölge tümörleri üst servikal lenf nodlarından alt servikal lenf nodlarına tutulum yapmakla birlikte skip metastazlarda sık izlenebilmektedir. Orofarenks tümörleri özellikle dil kökü ve yumuşak damaktakiler boyuna çift taraflı metastaz yapabilirler.

Histopatolojik incelemelerde orofarenks tümörlerinin oral kavitenin diğer bölge tümörlerine kıyasla daha az diferansiye oldukları gösterilmiştir ⁶³. Histopatolojik tiplerine göre yassı hücreli karsinom, malign melanom, minör tükürük bezi tümörleri, yumuşak doku tümörleri, kemik kaynaklı tümörler, lenfomalar görülmektedir.

Evreleme

Tis: *Karsinoma in situ*

T1: Tümör 2 cm veya daha küçük boyutta

T2: Tümör 2-4 cm büyüklüğünde

T3:Tümör 4 cm'den büyük

T4a: Tümör larenksi, derin dil kaslarını, medyal pterigoid, sert damak, mandibulaya invaze

T4b: Lateral pterigoid kas ,pterigoid plate, lateral nazofarenkse,kafa tabanına, karotis artere

Bölgesel lenf nodu tutulumu

N0: Lenf nodu metastazı yok

N1: İpsilateral, tek, 3 cm veya daha küçük boyutta lenf nodu

N2a: İpsilateral, tek, 3-6 cm'lik lenf nodu

N2b: İpsilateral, birden fazla, hiçbirisi 6 cm'den büyük olmayan lenf nodları

N2c: Bilateral veya kontrlateral, 6 cm'den büyük olmayan lenf nodu veya nodları

N3: 6 cm'den büyük lenf nodu

Evreleme

Evre I: T1 N0 M0

Evre II: T2 N0 M0

Evre III: T3 N0 M0; T 1,2,3, N1 M0

Evre IVa: T4aN0M0; T1, T2, T3, T4a N2M0

Evre IVb: T4bN0M0; HerhangibirT N3 M0

Evre IVc: Herhangibir T Herhangibir N M1

Prognostik faktörler

Bu bölge tümörleri için birkaç prognostik faktör tanımlanmıştır. Kadınlarda 5 yıllık yaşam süresi tonsiller fossa ve fausial ark yerleşimli tümörlerde erkeklere göre 5 kata kadar uzayabilir⁶⁴. Yine bazı çalışmalarda küçük yaş ile kötü prognoz ile ilişkilendirilmiştir⁶⁵.

Tedavi

NCCN klavuzunda orofarengeal tümörlerde erken evrelerde radyoterapi öncelikli önerilen tedavi modalitesidir. T1-2 erken evre tümörlerde 60-75 Gy önerilirken, N0 boyunlarda boyuna 45-50 Gy radyoterapi önerilmektedir. T3-4 tümörlerde ise 75 Gy'e ulaşan dozlarda radyoterapiye ve eş zamanlı kemoterepiye gereksinim vardır. N1 olgularda 65 Gy yeterli iken N3 olgularda 70-75 Gy radyoterapi yeterli olmaktadır. Orta hat lezyonlarında boyun bilateral tedavi edilmelidir. Aynı zamanda retrofarengeal lenf nodlarında her zaman tedavi edilmesi önerilmektedir.

Hipofarenks Kanseri

Anatomi:

Hipofarenks, anatomik olarak piriform sinüs, postkrikoid bölge ve posterior faringeal duvar olmak üzere üç bölgeden oluşmaktadır. Kanseler en sık

olarak piriform sinüste görülmekte, bunu posterior duvar ve postkrikoid bölge izlemektedir. Bölgeler arasında anatomik engel olmaksızın mukoza devamlılığı olduğundan tümörün bir bölgeden diğer bölgeye geçmesi kolaydır. Tanı sırasında genellikle en az iki bölge tutulumu saptanır. Bu kanserler, sıklıkla submukozal yayılım eğilimi gösterirler; bu durum özellikle servikal özefagusa yaklaştıkça önem kazanmaktadır. Normal görünümlü mukoza altından yayılan tümör ana tümöre uzak bir bölgede tekrar mukozal hale gelebilir. Tümörün yerleşimine göre hipofarenks tümörleri larenks, özefagus, trakeo-özefageal duvar, tiroid, orofarenks gibi komşu dokulara kolaylıkla yayılabilir.

Klinik:

En önemli belirti yutma güçlüğüdür. Olguların büyük çoğunluğunda tanı anında boyunda kitle de mevcuttur. Hipofarenks kanserlerinde servikal lenf nodlarına metastaz oranı çok yüksek olup, en sık üst derin juguler (jugulo-digastrik) lenf nodlarında tutulum görülür. Bununla beraber paratrakeal, periözefageal, juguloomohyoid, superior retrofarengeal lenf nodlarına ve tiroide metastaz olasılığı yüksektir. Bu lenf nodlarının bir kısmına cerrahi olarak ulaşılması mümkün olmamaktadır. Olguların indirekt larengoskopi değerlendirmesinde piriform sinüslerde tükürük göllenmesi ve tümör görülebilir. Kesin tanı direkt larengoskopi ve özefagoskopi ile konulur. Boyunda kitlesi olan olgularda 5 yıllık yaşam olasılığı %25 civarındadır⁵¹.

Tedavi:

T1 ve T2 tümörlerde radyoterapi ve cerrahinin etkinliği eşittir. T1 ve bazı T2 tümörlerde larenks koruyucu cerrahi uygulanabilir; ancak ileri evre tümörlerde total faringolarenjektomi ve adjuvan radyokemoterapi uygulanmaktadır. Primer rezeksiyonda özefajektomi de gereken tümörler olabilir. Boyun disseksiyonu hemen her olguda gerekmektedir ve orta hatta yakın tümörlerde bilateral boyun disseksiyonu endikasyonu vardır. Rekonstrüksiyonda amaç, besinlerin geçebileceği genişlikte özefagus pasajının sağlanmasıdır. Bu amaçla, pektoralis major muskulokutanöz veya serbest fleplerden

yararlanılabilir. Özefajektomi olgularında gastrik pull-up veya jejuno-ileal flep kullanılabilir.

GEREÇ YÖNTEM

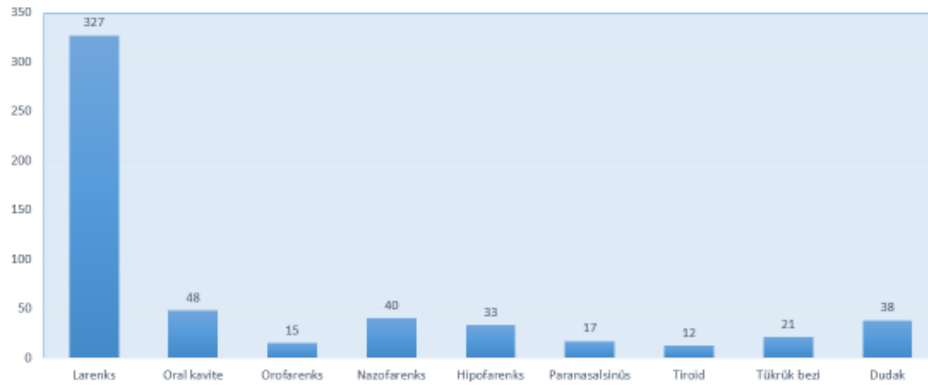
Bu çalışma için Celal Bayar Üniversitesi Klinik Çalışmalar Yerel Etik kurulundan 11.09.2013 tarih ve 20.478.486-224 sayılı etik kurul onayı alınmıştır. Çalışmada Celal Bayar Üniversitesi Patoloji Anabilim Dalında kayıtlı olan BBK hastalarının isimleri taranmış ve kayıtlarına ulaşabilme imkanı olan Ocak 2004 – Aralık 2012 tarihleri arasında Kulak Burun Boğaz Hastalıklarında BBK tanısı alan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Baş boyunda yer alan yüz deri tümörleri çalışmaya dahil edilmemiştir. Bu çerçevede, çalışmada toplam 636 hastanın verilerine ulaşılmış ve bu olguların varsa hastaneye yatış dosyası, KBB onkoloji konsey kararları ve patoloji sonuç kayıtları taranmıştır. Bütün hastalardan elde edilen tüm veriler Baş Boyun Kanseri Olgusu değerlendirme formuna kaydedilmiştir. Çalışmaya dahil edilen hastaların demografik (yaş ve cinsiyet) bilgileri, tümörün tutulum bölgesi, TNM sınıflamasına göre evrelemesi ve hastaya uygulanan veya önerilen tedavi seçenekleri not edilmiştir. Evreleme ve TNM sınıflaması ile ilgili kayıtlarda bilgiye ulaşıldıysa bu bilgi alınmış, ancak herhangi bir bilgi saptanamadıysa cerrahi uygulanan hastalarda patolojik evreleme, cerrahi uygulanmayan hastalarda ise klinik evreleme yapılmıştır. Tedavi bilgileri ise izlemlere devam eden olguların kayıtlarında saptanan (cerrahi ve radyoterapi) ve onkoloji konseyinde önerilen tedaviler şeklinde kaydedilmiştir. Tüm veriler istatistik inceleme yapılabilmesi için SPSS 15.0 programına kaydedilmiştir. İstatistiksel analizde $p < 0.05$ olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 636 olgunun yaş ortalaması 58.3 ± 13.9 (9-105) olarak saptanmıştır. Tüm hastaların 515'i erkek (% 81) , 121'i kadın (% 19) idi.

Olguların bölgelere göre dağılımına bakıldığında en sık tutulan bölge 317 (%51.3) olgu ile larenks iken daha sonra sırasıyla oral kavite, dudak, nazofarenks, hipofarenks başlıca tutulum yerleriydi. Olguların bölgelere göre dağılımı Grafik 1'de sunulmuştur. Olguların bölgelere göre yaş ortalamaları ve cinsiyet dağılımı Tablo 1 ve 2'de sunulmuştur.

Grafik 1. Olguların bölgelere göre dağılımı.



Tablo 1. Olguların bölgelere göre yaş ortalaması.

Bölge	Ortalama yaş ± sd
Larenks	61,0887 ±10,9
Oral kavite	56,5625 ±13,5
Orofarenks	59,2000 ±14,9
Nazofarenks	52,0250 ±14,6
Hipofarenks	51,4242 ±12,0
Paranasal sinüs	58,8235 ±17,0
Dudak	60.13 ±14,2

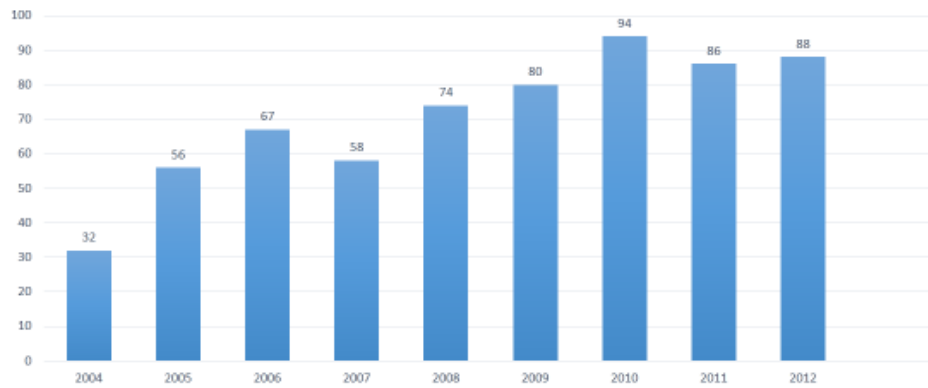
Tablo 2. Olguların bölgelere göre cinsiyet dağılımı.

Bölge	Erkek (%)	Kadın (%)
Larenks	315 (% 96,3)	12 (% 3,7)
Oral kavite	29 (% 60,4)	19 (% 39,6)
Orofarenks	13 (% 86,7)	2 (% 13,3)
Nazofarenks	31 (% 77,5)	9 (% 22,5)
Hipofarenks	19 (% 57,6)	14 (% 42,4)
Paranasal sinüs	10 (% 58,8)	7 (% 41,1)
Tiroid	3 (% 25,0)	9 (% 75,0)
Dudak	35 (% 91,2)	3 (% 7,9)

Olguların yıllara göre dağılımına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı artış saptanmamakla birlikte($p=0,061$) yıllara göre olgu sayılarında belirgin oranda artış olduğu göze çarpmaktadır. Yıllara göreBBK olgu sayıları Grafik 2’de sunulmuştur.

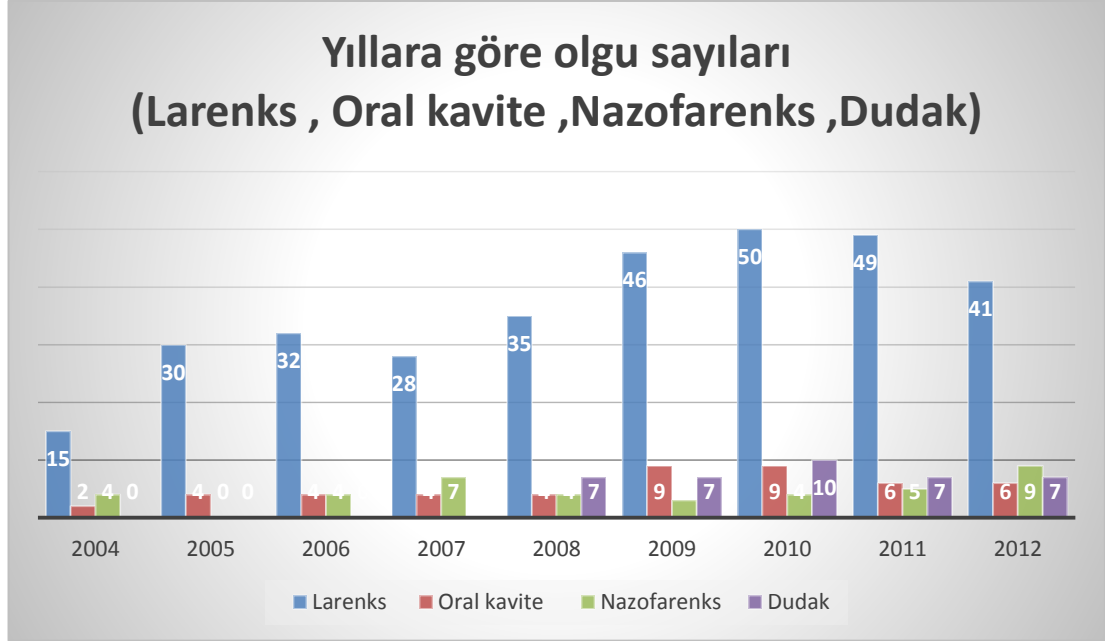
Grafik 2. Olguların yıllara göre dağılımı.

Yıllara Göre Olgu Sayıları



Olguların çoğunluğunu oluşturan başlıca bölgelerin yıllara göre olgu sayıları incelendiğinde larenks,oral kavite, nazofarenks ve dudak kanserlerinde yıllar içinde artış olduğu saptanmaktadır (Grafik 3).

Grafik3. Tümör bölgelerinin yıllara göre dağılımı.



Evrelere göre olguların dağılımına bakıldığında olguların yaklaşık yarısının (%45) ileri evrede (Evre III ve IV) olduğu görülmektedir. Tüm BBK olgularının evrelere göre dağılımı Tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3. Tüm BBK olgularının evreye göre dağılımı

Evre	Olgu sayısı (n, %)
Evre I	106 (% 16,7)
Evre II	129 (% 20,3)
Evre III	109 (% 17,1)
Evre IVa	140 (% 22,0)
Evre IVb	18 (% 2,8)
Evre IVc	34 (% 5,3)

Olguların çoğunluğunu oluşturan larenks kanseri daha ayrıntılı incelendiğinde olguların yarısından fazlasının ileri evrede saptandığı görülmektedir. Larenks kanserine yönelik olguların evrelere göre dağılımı Tablo 4’de sunulmuştur.

Tablo 4. Larenks kanseri hastalarının evreye göre dağılımı

Evre	Olgu sayısı (n, %)
Evre I	69 (% 21,2)
Evre II	85 (% 26,1)
Evre III	68(% 20,9)
Evre IVa	74(% 22,7)
Evre IVb	4(% 1,2)
Evre IVc	26(% 8,0)

Tüm BBK olguları TNM sınıflaması yönünden değerlendirilecek olursa, 534 (% 84) olgunun T sınıflama bilgisine ulaşılabilirken diğer hastaların bilgilerine ulaşılamamıştır. T sınıflamasına göre tüm olguların genel dağılımı Tablo 5’te sunulmuştur.

Tablo 5. BBK olgularının T sınıflamasına göre dağılımı

T sınıflaması	Olgu Sayısı
T1	114 (%17,9)
T2	175 (%27,5)
T3	125 (%19,7)
T4a	87 (%13,7)
T4b	20 (%3,1)
T4	13 (%2,0)
Bilinmiyor	102(%16)

Tüm bölgelere göre olguların TNM sınıflaması değerlendirildiğinde toplam 636 olgudan 535 tanesinin N sınıflaması ve M sınıflaması bilgilerine ulaşılmıştır. Tüm olguların TNM sınıflamasının bilgileri Tablo 6 ve 7’de sunulmuştur.

Tablo 6. BBK olgularının bölgelere göre T sınıflamasının dağılımı

Bölgeler	T (%)				
	T1	T2	T3	T4a	T4b
Larenks	70	105	80	64	7
	21,5%	32,2%	24,5%	19,3%	2,1%
Oral kavite	7	25	6	8	1
	14,9%	53,2%	12,8%	17,0%	2,1%
Orofarenks	2	5	5	2	1
	13,3%	33,3%	33,3%	13,3%	6,7%
Nazofarenks	3	14	5	3	0
	8,6%	40,0%	14,3%	8,6%	,0%
Hipofarenks	1	7	13	6	6
	3,0%	21,2%	39,4%	18,2%	18,2%
Paranasal sinüs	0	3	5	3	4
	,0%	18,8%	31,3%	18,8%	25,0%
Tiroid	8	3	0	0	0
	72,7%	27,3%	,0%	,0%	,0%
Tükürük bezi	1	4	4	2	5
	8,3%	33,3%	33,3%	16,6%	35,7%
Dudak	22	9	7	0	0
	57,9%	23,7%	18,4%	,0%	,0%

Tablo 7. BBK olgularının bölgelere göre N ve M sınıflamasının dağılımı.

Bölgeler	N (%)						M (%)	
	N0	N1	N2a	N2b	N2c	N3	M0	M1
Larenks	254	25	15	9	19	2	295	29
	78,4%	7,7%	4,6%	2,8%	5,9%	,6%	91,0%	9,0%
Oral kavite	33	9	4	1	0	0	40	7
	70,2%	19,1%	8,5%	2,1%	,0%	,0%	85,1%	14,9%
Orofarenks	4	5	3	0	2	1	11	4
	26,7%	33,3%	20,0%	,0%	13,3%	6,7%	73,3%	26,7%
Nazofarenks	9	10	8	2	5	2	35	1
	25,0%	27,8%	22,2%	5,6%	13,9%	5,6%	97,2%	2,8%
Hipofarenks	13	4	7	3	4	2	29	4
	39,4%	12,1%	21,2%	9,1%	12,1%	6,1%	87,9%	12,1%
Paranasal sinüs	14	0	1	0	1	0	16	0
	87,5%	,0%	6,3%	,0%	6,3%	,0%	100,0%	,0%
Tiroid	3	5	2	0	0	0	10	0
	30,0%	50,0%	20,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%
Tükürük bezi	5	2	2	0	0	0	12	0
	35,7%	14,2%	14,7%	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%
Dudak	22	9	7	0	0	22	37	1
	57,9%	23,7%	18,4%	,0%	,0%	57,9%	97,4%	2,6%

Histopatolojik olarak saptanan en sık kanser tipi yassı hücreli karsinom iken diğer histopatolojik tipler sırasıyla diferansiye non keratinize tip nazofarenks kanseri, indiferansiye nazofarenks kanseri, non keratinize indiferansiye nazofarenks kanseri, tiroid papiller kanseri, tiroid medüller kanser, lenfoma, ameloblastom, adenoid kistik karsinom, mukoepidermoid karsinom, indiferan karsinom, kondrosarkom, Schneiderian papillom üzerinde gelişmiş karsinom, epidermoid anjiosarkom, sinonazal karsinom, lenfoepitelyoma benzeri karsinom, myelom, olfaktör nöroblastom,

adenokarsinom, leiomyosarkom, pleomorfik low grade karsinom, malign mikstümör, küçük hücreli karsinom olarak saptanmıştır. Histopatolojik olarak olguların dağılımı Tablo 8’de sunulmuştur.

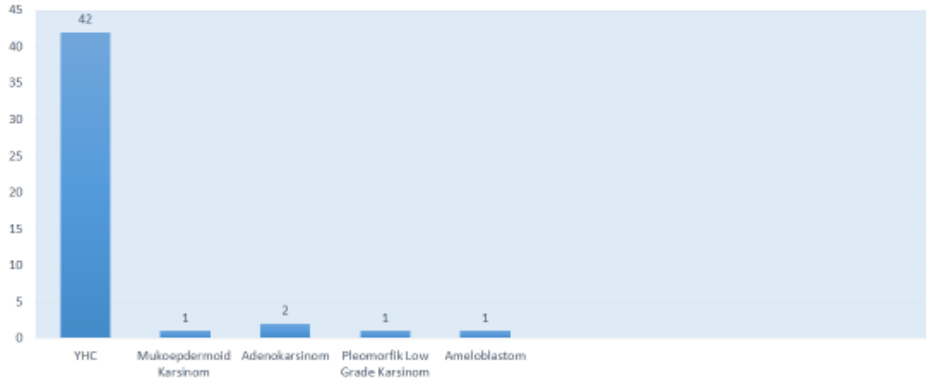
Tablo 8. Histopatolojik olarak olguların dağılımı.

Tip	Sayı	Yüzde (%)
Yassı hücreli kanser	479	75,3
Diferansiye non-keratinize tip nazofarenks kanseri	17	2,7
İndiferansiye nf ca	13	2,1
Papiller tiroid ca	10	1,6
Lenfoma	76	11,9
Tiroid medüller ca	2	,3
Ameloblastom	1	,2
Adenoid kistik ca	4	,6
Mukoepidermoid ca	3	,5
İndiferansiye karsinom	2	,3
Kondrosarkom	1	,2
Schneiderian papillom üzerinde gelişmiş karsinom	1	,2
Epidermoid Anjiosarkom	1	,2
Sinonazal karsinom	1	,2
Lenfoepitelyoma benzeri karsinom	2	,3
Myelom	3	,5
Olfaktör Nöroblastom	1	,2
Adenokarsinom	4	,6
Leiomyosarkom	1	,2
Pleomorfik Low Grade Karsinom	1	,2
Malign Mix tm	1	,2
Küçük Hücreli Karsinom	2	,3

Bu çalışmada larenks kanserlerinde saptanan histopatolojik tiplere bakıldığında en sık (%99.4) yassı hücreli karsinom saptanmıştır; sadece iki olguda küçük hücreli karsinom rapor edilmiştir. Nazofarenks ve oral kavite kanserlerinde saptanan histopatolojik tipler grafik 4 ve 5’te sunulmuştur.

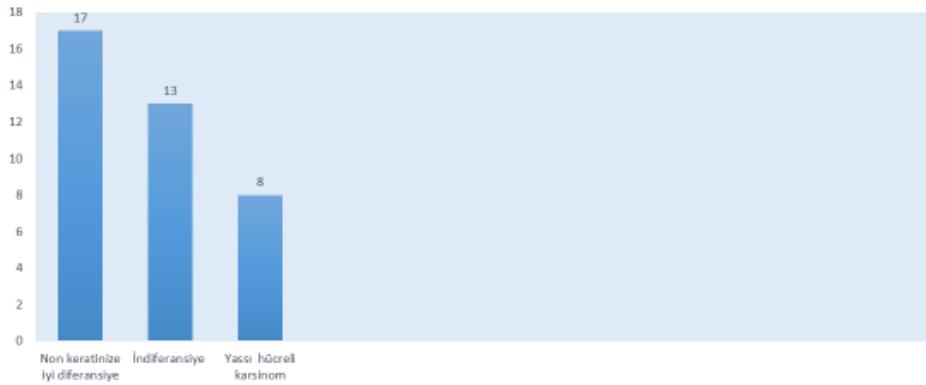
Grafik4. Oral kavite kanserlerinde saptanan histopatolojik tiplerin dağılımı.

Oral kavite kanserine yönelik histopatoloji



Grafik5. Nazofarenks kanserinde saptanan histopatolojik tiplerin dağılımı.

Nazofarenks kanseri'ne yönelik histopatoloji



Hastalara uygulanan tedavi yöntemleri ile ilgili bilgiler incelendiğinde ise, hastaların 292'sinin (%45,9) tedavisi hakkında net bilgi saptanamamıştır. Uygulanan tedavi yöntemlerine göre olguların dağılımı Tablo 9'da sunulmuştur.

Tablo 9. Tüm BBK olgularına uygulanan tedavi yöntemlerinin dağılımı.

Tedavi yöntemi	Olgu sayısı (n, %)
Cerrahi	155 (%24,4)
Radyoterapi	37 (%5,8)
Radyokemoterapi	54 (%8,5)
Cerrahi ve Radyoterapi	22 (%3,5)
Cerrahi ve Radyokemoterapi	18 (%2,8)
Kemoterapi	5 (%0,8)
Cerrahi ancak adjuvan tedavisi bilinmiyor	53 (%8,3)
Tedavi bilinmiyor	292 (%45,9)

Bölgelere göre tedavi yöntemleri Tablo 10'da sunulmuştur.

Tablo 10. Tüm BBK olgularına bölgeye göre uygulanan tedavilerin dağılımı.

Bölge	Tedavi							
	Bilinmiyor	Cerrahi	RT	KRT	Cerrahi ve RT	Cerrahi ve KRT	Cerrahi ve Adjuvan tedavi bilinmiyor	KT
Larenks	129	77	33	27	16	12	28	5
	39,4%	23,5%	10,1%	8,3%	4,9%	3,7%	8,6%	1,5%
Oral kavite	13	19	0	2	3	1	10	0
	27,1%	39,6%	,0%	4,2%	6,3%	2,1%	20,8%	,0%
Orofarenks	12	0	1	0	1	1	0	0
	80,0%	,0%	6,7%	,0%	6,7%	6,7%	,0%	,0%
Nazofarenks	27	0	1	11	0	1	0	0
	67,5%	,0%	2,5%	27,5%	,0%	2,5%	,0%	,0%
Hipofarenks	17	0	1	11	0	1	3	0
	51,5%	,0%	3,0%	33,3%	,0%	3,0%	9,1%	,0%
Paranasal sinüs	6	5	0	2	0	1	3	0
	35,3%	29,4%	,0%	11,8%	,0%	5,9%	17,6%	,0%
Tiroid	1	9	0	0	0	0	2	0
	8,3%	75,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	16,7%	,0%
Tükürük bezi	6	10	1	0	0	0	4	0
	28,5%	47,6%	4,7%	,0%	,0%	,0%	18,9%	,0%
Dudak	22	9	7	0	0	22	37	1
	57,9%	23,7%	18,4%	,0%	,0%	57,9%	97,4%	2,6%

TARTIŞMA

Baş boyun kanserleri birçok farklı bölgeyi (larenks,oral kavite,nazofarenks, orofarenks,hipofarenks v.s) ve farklı histopatolojik tipleri (yassı hücreli karsinom, adenokarsinom, mukoepidermoid karsinom v.s) içeren geniş bir kanser grubudur. Birçok farklı bölgeyi içermesi ve çok farklı histopatolojik tiplerde olmasından dolayı farklı tedavi yöntemlerine gereksinim bulunmaktadır. Bu nedenle, bu olguların birçok farklı uzmanlık alanı (KBB hastalıkları, Radyasyon onkolojisi, tıbbi onkoloji v.s) tarafından değerlendirilmesi ve tedavi planlaması yapılması gerekmektedir. Bütün kanserler arasında 6. sırada olmasına rağmen kanserden ölümlerde daha ön sıralarda yer almaktadır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, BBK erkeklerde 3. sırada yer alırken kadınlarda 5. sırada yer aldığı rapor edilmiştir³². Yapılan çalışmalarda görülmüştür ki BBK hastalar kolon ve akciğer kanseri olan hastalara göre daha uzun sağkalıma sahiptir^{21,22,23}.

Larenks kanseri, akciğer kanserinden sonra solunum yollarının en sık rastlanan 2. kanseridir ve 5 yıllık sağkalım oranı yaklaşık %61.6 olarak belirtilmektedir. Bu oran, orofarengeal (%39,2), hipofarengeal (% 29,2) ve özefageal (% 16,8) kanserlerle karşılaştırıldığında görece daha iyidir⁵¹. En önemli risk faktörleri sigara ve alkol kullanımıdır ve herikisini birlikte kullananlarda kanserojen etkiler belirgin oranda artmaktadır ^{24, 25, 26}.

Carvalho ve arkadaşlarının ABD’de yaptığı 96,232 olgu içeren çalışmada majör baş boyun kanseri bölgeleri sırasıyla larenks (%28,5), oral kavite (%24,6), orofarenks (%19,7), dudak (%9,5), hipofarenks (% 6,6), tükürük bezi(% 6,5), nazofarenks (% 4,1) ve diğer farenks bölgeleri (% 0,5) olarak saptanmıştır²⁹. Bu çalışmada, larenks kanseri oranı %51,4 ile ilk sırada yer alırken larenks kanserinden sonra sırasıyla oral kavite (%7,5), nazofarenks (%6,3), dudak (%6) gelmektedir. Ülkemizde sağlıklı veriler olmamakla birlikte Fırat ve Hayran’ın 1992 yılında yaptıkları bir çalışmada, tüm kanserler içerisinde %6,4’ünü larenks kanseri ve %3,1’ini oral kavite kanserinin oluşturduğu bildirilmiştir⁴. Bu çalışma, Fırat ve Hayran’ın yaptığı çalışmayla benzerlikler göstermekle birlikte bizim toplumumuzda larenks kanseri

sıklığının diğer bölge kanserlerine göre daha fazla olmasını açıklamamaktadır. Hastalığın ülkemizdeki özelliklerinin daha iyi bilinebilmesi için bu tür kayıtlama ve veri analizi çalışmalarının yapılarak risk faktörlerinin daha iyi tanınmasına ve bölgesel farklılıkların ortaya konmasına gereksinim vardır.

Ullmann ve arkadaşlarının 2004' te ABD'de yaptığı ve 377 olguyu kapsayan bir çalışmada, larenks kanseri hastalarının yaklaşık %90'ının 50 yaş ve üzerinde olduğu ve yarısından fazlasının (%52,4) 65 yaş üstünde olduğu saptanmıştır⁶⁶. Bu çalışmada da, literatür bilgileriyle benzer şekilde larenks kanseri hastalarında ortalama yaş 61,08 (32-105) olarak saptanmıştır. Bunun yanı sıra, Carvalho ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, çalışmaya katılan olguların %71,5'inin erkek, % 28,5'inin bayan olduğu belirlenmiştir²⁹. Bu çalışmada larenks kanseri olan toplam 327 hastanın 315 (% 96,3)'inin erkek, 12 (%3,7)'sinin kadın olduğu saptanmıştır. Bizim verilerimizde kadın sıklığının belirgin düzeyde düşük olmasının nedeni, ülkemizde sigara ve alkol kullanımının kadınlarda erkeklere kıyasla daha düşük olması ile açıklanabilir. Ancak, özellikle son yıllarda kadınlarda sigara ve alkol kullanımının yaygınlaşması ile bu grupta da larenks kanser sıklığında bir artış olabileceği öngörülebilir.

Bu çalışmada, larenks kanserlerinde hastaların TNM sınıflamasına göre evrelendirilmesinin dağılımına bakıldığında toplam 326 hastadan 175'inin (%53,7) erken T evresinde (T 1-2) saptandığı ve kalan 151 (%46,3) olgunun ileri T evresinde saptandığı görülmektedir. Sharma ve arkadaşlarının ABD'de yaptığı bir çalışmada, BBK hastalarının %35'inin erken T evresinde %65'inin ise ileri T evresinde (T3-4) olduğunu saptamışlardır³⁰. Amerikan epidemiyolojik verilerini inceleyen Jemal ve ark. larenks kanseri olgularının %61.7'sinin lokal, %28.4'ünün lokal ileri, %27.2' sininde metastatik evrede olduğunu bildirmiştir³¹. Bu çalışmada, olguların çoğunluğunun lokal evrede tanı aldığı ve literatür bilgileriyle benzer olduğu görülmektedir.

Olguların boyun (N sınıflaması) lenf nodu dağılımına bakıldığında larenks kanseri hastalarının %78,4'ünün N0, %7,7'sinin N1, %13,3'ünün N2

(%46'sının N2a, %2,8'inin N2b, %5,9'unun N2c) , %0,6'sının ise N3 olduğu saptanmıştır. Larenks kanserlerinde tümör yerleşim yerine göre servikal lenf nodu tutulum riski değişiklik göstermektedir. Shah ve Tollafsen 352 olguluk serilerinde, supraglottik kanserlerde T1'de %40, T2'de%42, T3'de %55, T4'de ise %65 oranında servikallenf nodumetastazı saptadıklarını bildirmiřtir³³. Sharma ve arkadaşları ABD'de 1195 olguyu içeren BBK hastalarda yaptıkları çalışmalarında, olguların %27'sinin N0, %10'unun N1, %58'inin N2, %5'inin ise N3 olduğunu bildirmiřlerdir³⁰. Bu çalışmada, larenks kanseri olgularında T1 hastalarda boyunda servikal lenf nodu tutulumu saptanmazken T2 hastaların yaklaşık %15'inde boyun lenf nodu tutulumu (7 hasta N1, 6 hasta N2a ve 3 hasta N2c) saptanmıştır. T3 hastalarda ise %40 boyun metastazı saptanırken, T4 hastalarda boyun metastaz oranı %50'nin altında bulunmuştur. Bu çalışmada, boyun metastazı oranlarının düşük saptanması çalışmaya dahil edilen hastaların glottik larenks kanseri ağırlıklı olmasından kaynaklanmış olabilir; ancak bu konuda elimizde yeterli ve güvenilir kayıt olmadığı için bu inceleme yapılamamıştır. Çalışmanın bu konuda elde edilecek verilerle birlikte larenks kanseri altgruplarında tekrar edilmesi uygun olacaktır. Aynı zamanda boyun evrelemesinin büyük çoğunluğunun klinik evreleme olması sebebiyle mikrometastazların atlanması da sebepler arasında olabilir. Carvalho ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, BBK hastalarında uzak metastaz oranları %10 olarak verilmiřtir²⁹. Bu çalışmada uzak metastaz oranlarına bakıldığında, larenks hastalarının %9'unda uzak metastaz saptanmıştır. Bu çalışmadaki uzak metastaz oranları literatür bilgileriyle uyumlu olarak saptanmıştır.

Davies ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada larenks kanserlerinde histopatolojik olarak %97,4'l k bir oranla en sık histopatolojik tip yassı hücreli karsinom iken diğer nadir histopatolojik tipler arasında adenokarsinom, adenoid kistik karsinom ve lenfoma saptanmıřtır³⁴. Bu çalışmadada literatür bilgilerinde belirtilenden daha yüksek bir oranla en sık histopatolojik tip %99,4'le yassı hücreli karsinom olarak saptanırken sadece 2 olguda küçük hücreli karsinom saptanmıştır.

Baş boyun kanserli hastaların incelendiği bir çalışmada, BBK'lı hastalarda uygulanan tedavi yöntemleri hastaların % 29,5'inde radyoterapi, % 26,8'inde cerrahi ve radyoterapi, %34,2'sinde ise sadece cerrahi ve %10 hastanın ise tedavi bilgilerinin olmadığı bildirilmiştir²⁹. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir diğer çalışmada, karsinoma insitu hastalarının büyük çoğunluğunda cerrahi uygulandığı lokal hastalıkta ise cerrahi ve radyoterapinin eşit sıklıkta uygulandığı, rejyonel ve metastatik hastalıkta ise radyokemoterapinin ön plana çıktığı saptanmıştır³⁶. Carvalho'nun çalışmasında, kemoterapi tedavisinin olmaması çalışmaya dahil edilen hastaların erken evrede olmasından kaynaklanmış olabilir. Bu çalışmada, hastaların % 23.6'sında cerrahi ,%10,1'inde radyoterapi , %8,3'ünde radyokemoterapi, %4,9'unda cerrahi ve radyoterapi, %3,7'sinde cerrahi ve radyokemoterapi, %8,6'sında cerrahi uygulanmış fakat adjuvan tedavi önerilmesine rağmen bilgiye ulaşılammıştır, %1,5'inde ise palyatif kemoterapi uygulandığı saptanmıştır. Larenks kanserine yönelik tedavi yöntemlerine bakıldığında kliniğimizde tanı konulan hastaların yaklaşık %40'ının tedavisi hakkında veri eksikliği olduğu göze çarpmaktadır. Cerrahi sonrasında adjuvan tedavi önerilen ve tedavi hakkında bilgi eksikliği olan hastalarda eklendiğinde, olguların yaklaşık yarısının tedavisi ile ilgili kayıt ve veri eksikliği olduğu anlaşılmaktadır. Bu sonuçlar tıbbi dökümantasyondaki eksikliklerden kaynaklanmış olabileceği gibi kliniğimizde radyoterapi ve radyokemoterapi önerilen hastaların tedavi sonrası kontrollerine düzenli gelmemesi veya tedavi aldığı merkeze gitmesine de bağlı olabilir. Aynı zamanda kliniğimizde tanı alan hastaların bir kısmının tedavi için başka merkezlere başvurmasında bu veri eksikliğine sebep olması olasıdır. Bu çalışmada, larenks kanserinde evrelere göre uygulanan tedavi yöntemlerine bakıldığında Evre I hastalarda cerrahi ve radyoterapi uygulanan hasta sayıları birbirine yakın olmakla birlikte son yıllarda yapılan metaanalizlerde özellikle glottik larenks kanserlerinde erken evrede radyoterapi daha ön plana çıkmaktadır⁴⁰. Ancak, yine bazı çalışmalarda supraglottik larenks kanserinde erken evrede cerrahi ve adjuvan eşzamanlı radyokemoterapi ideal tedavi seçeneği olarak sunulmaktadır²⁰. Bu çalışmada, erken evre hastalıkta cerrahi

ve radyoterapinin yaklaşık eşit sıklıkta olması çalışmaya dahil olguların çoğunluğunun glottik larenks kanseri olmasından kaynaklanmış olabilir, ancak bu konuda elde veri bulunmamaktadır.

Sharma ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ileri evre baş boyun kanseri olan hastaların % 43'ü cerrahiye içeren kombine tedavi alırken sadece cerrahi yapılan hasta oranı %9'larda kalmaktadır³⁰. Radyoterapi alan hasta %75 iken sadece radyoterapi alan hasta oranı %10 olarak görülmüştür. Bu çalışmada, ileri evre larenks kanserinde sadece cerrahi veya sadece radyoterapi alan hastalar ise toplam %20 oranındadır. Özellikle Evre III ve IVa hastalarda tedavi bilgileri eksik olan hastalar çalışmadan çıkartıldığında hastaların %70'lik kısmında kombine tedaviler yapıldığı görülmektedir. Bu grubun %30'luk kısmında ise hastaların sadece cerrahi veya sadece radyoterapi aldığı görülecektir. Bunun sebebi kliniğimizdeki hastaların cerrahi sonrası adjuvan tedavi kabul etmemesi veya cerrahi istememeleri olabilir. Bu yüzden hastaların ileri evre hastalıklarda kombine tedaviler gerekeceği hususunda bilgilendirilmeleri ve takipleri hususunda uyarılmaları önem taşımaktadır.

Ülkemizde Midilli ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, oral kavite kanserli hastaların cinsiyet dağılımına bakıldığında %70'i erkek ve %30'u kadın hasta olarak rapor edilmiştir⁴¹. Bu çalışmada, benzer bir şekilde oral kavite kanserli hastaların %60,4'ünün erkek, %39,6'sının kadın olduğu saptanmıştır. Davies ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, oral kavite kanserlerinde en sık saptanan histopatolojik tip yassı hücreli karsinom (~%90) iken daha nadir olarak mukoepidermoid karsinom, adenoid kistik karsinom, adenokarsinom saptanmıştır³⁴. Bu çalışmada da en sık histopatolojik tip (%87,5) yassı hücreli karsinom iken saptanan diğer histopatolojik tipler adenokarsinom(%4,2), mukoepidermoid karsinom, pleomorfik low grade karsinomdur. Ullmann ve arkadaşlarının çalışmasındaki oral kavite kanserli hastaların %40'ı erken evrede saptanırken bu hastaların %65'ine sadece cerrahi uygulanmıştır; %36'lık kısmı ise Evre IV olarak saptanmış ve bu hastaların yaklaşık %63'lük kısmına radyokemoterapi veya cerrahi ve radyokemoterapi uygulanmıştır. Bu çalışmada saptanan oral kavite

kanserli hastaların % 46'sı erken evrede tanı alırken %54'ü ise tanı konulduğunda ileri evredeydi. Hastalara uygulanan tedavi seçenekleri incelendiğinde ise erken evrelerdeki hastaların %59'una cerrahi yapılırken diğer kısmına kombine tedaviler önerildiği görülecektir. Erken evreli oral kavite kanseri hastalarda sadece cerrahi uygulanan hasta oranının göreceli olarak düşük kalması cerrahi sonrasında patolojik olarak cerrahi sınır pozitifliklerinin veya perinöral invazyonun fazla sayıda olduğunun göstergesi olabilir. İleri evre hastalıkta ise hastaların %65'ine kombine tedaviler uygulanmış olup literatür bilgileriyle uyumlu bulunmuştur.

Yapılan çalışmalarda baş boyun kanserleri arasında nazofarenks kanseri oranı %4 olarak belirtilmiş ve nazofarenks kanserlerinin yaklaşık %16'sı erken evrede saptanmıştır²⁹. Bunun yanı sıra, yaş ortalaması 52 olarak rapor edilmiştir³⁷. Histopatolojik olarak en sık tip (~%50,1) ile iyi diferansiye yassı hücreli karsinom olarak bildirilmiştir³⁴. Bu hastaların, yaklaşık %75'lik kısmına radyokemoterapi tedavisi verilmiştir^{38, 39}. Bu çalışmada, tüm baş boyun kanserleri arasında nazofarenks kanseri sıklığı %7,2 olarak saptanmıştır; aynı zamanda nazofarenks kanseri hastalarının %11,1'inin erken evrede olduğu ve en sık histopatolojik tipin non keratinize diferansiye tip nazofarenks kanseri olduğu saptanmıştır. Bu çalışmadaki nazofarenks kanseri olgu sayısının kısıtlı (n: 40) olmasından kaynaklanmış olabileceği gibi EBV'nin hastalar arasında yaygın olabileceğini düşündürebilir. Bu konuda daha fazla çalışma yaparak nazofarenks kanserli hastalar arasında EBV insidansının belirlenmesi yararlı olacaktır. Ayrıca nazofarenks kanseri hastalarının tedavi yöntemlerine bakıldığında hastaların yaklaşık %70'inin bilgisinde veri eksikliği olduğu saptandı. Bunun sebebi, radyokemoterapi önerilen hastaların kontrollerine gelmemesi olabilir.

Sonuç olarak, baş boyun kanserlerinde sıklık yaş, cinsiyet ve meslek dağılımlarına kadar pek çok alanda bölgesel farklılıkların olduğu bilinmektedir. Ülkemizde bu konuda yapılan çalışmalar yetersizdir. Hastalığın ülkemizdeki özelliklerinin daha iyi bilinebilmesi için kayıt ve veri analizi çalışmalarının yapılarak bölgesel farklılıkların belirlenmesi, risk faktörlerinin

tanınması, ÷lkemizde hastalığın yaygınlığı ve özellikleri hakkında daha iyi fikir sahibi olmamızı sağlayan çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu tür çalışmalar yıllar içinde kanserlerin epidemiyolojik özelliklerinde meydana gelen değışiklikleri daha iyi fark etmemizi sağlayacaktır

ÖZET

Giriş :

Baş boyun kanserleri (BBK), temel olarak larenks, oral kavite, farenks (orofarenks, hipofarenks, nazofarenks) ve paranasal sinüs kanserlerini içermektedir. Baş boyun kanserleri, tüm kanserlerin yaklaşık %3'lük bir kısmını oluşturmalarına ve tüm kanserler arasında 6. sırada yer almasına rağmen kansere bağlı ölümler arasında önemli bir yer tutmaktadır. Bu çalışmadaki hedef, Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı'nda 2004-2012 yılları arasında BBK tanısı almış olan olguların demografik verileri, bölge dağılımı, TNM, evre ve tedavi bilgilerinin retrospektif olarak incelenmesidir.

Materyal ve Metod :

Çalışmada Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Patoloji Anabilim Dalı'nda kayıtlı olan BBK'lı hastaların isimleri taranmış ve Ocak 2004 – Aralık 2012 tarihleri arasında Kulak Burun Boğaz Hastalıkları'nda BBK tanısı alan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Elde edilen veriler istatistiksel analiz için SPSS 15.0 programına yüklenmiştir.

Bulgular:

Çalışmaya dahil 636 olgunun yaş ortalaması 58.3 (9-105) olarak saptanmıştır. Tüm olguların 515'i erkek (%81), 121'i kadın (%19) hastadan oluşmaktadır. Olguların bölgelere göre dağılımına bakıldığında en sık tutulan bölge 317 (%51.3) olgu ile larenks iken daha sonra sırasıyla orofarenks, dudak, nazofarenks, hipofarenks tümörleri öne çıkan tutulum yerleridir. Olguların yaklaşık %45,2'sinde tedavi verilerinde eksiklik olduğu saptanmıştır.

Sonuç:

Baş boyun kanserlerinde sıklık yaş, cinsiyet ve meslek dağılımlarına kadar pek çok alanda bölgesel farklılıkların olduğu bilinmektedir. Ülkemizde bu

konuda yapılan çalışmalar yetersizdir. Hastalığın lkemizdeki özelliklerinin daha iyi bilinebilmesi için kayıt ve veri analizi çalışmalarının yapılarak bölgesel farklılıkların belirlenmesi, risk faktörlerinin tanınması, ülkemizde hastalığın yaygınlığı ve özellikleri hakkında daha iyi fikir sahibi olmamızı sağlayan çalışmalara gereksinim vardır. Bu tür çalışmalarla yıllar içinde kanserlerin epidemiyolojik özelliklerinde meydana gelen değişiklikleri daha iyi fark etmemiz için olguların verilerinin düzenli kayıtlanması oldukça önemlidir.

İNGİLİZCE ÖZET

Introduction

Head and neck cancers basically consist of larynx, oral cavity, pharynx (oropharynx, hypopharynx, nasopharynx) and paranasal sinus cancers. Although head and neck cancers form almost %3 of all cancers and are 6th most frequent types among all cancers, they are an important cause of cancer-related deaths.

The aim of this study is analyze of the patients demographic data, region distribution, TNM stage and treatment information which received head and neck cancer diagnosis at the department of ENT between January 2004-December 2012 .

Materials-Methodology

In the study, the names of head and neck cancer patients followed by the Celal Bayar University Department of Pathology were screened and patients which received head and neck cancer diagnosis at the department of ENT between January 2004-December 2012 were selected for the study. Skin cancers of head, neck and face were not included to the study. The obtained data were analyzed with SPSS 15.0 software.

Results

Mean age of 636 patients was 58.3±13.9 (9-105). 515 of the patients were male (81%) and 121 of them were female (19%). The most commonly involved region among all cases was larynx with 317 (51.3%), and then oropharynx, lips, nasopharynx and hypopharynx, consecutively. In 45.2% of cases, the treatment data was incomplete.

Discussion

For head and neck cancers, it is known that there are differences at frequency, age, gender and profession among regions of Turkey. In our country, this subject is not sufficiently studied. To get a better understanding of the disease features in our country, we need to detect regional characteristics by making records of work and data analysis, determining risk factors, studies which help us to have better ideas about its distribution and characteristics. This type of studies will allow us to notice changes occurring in the epidemiological characteristics of cancers. For that aim it is important to regularly enrolled patients data.

KAYNAKLAR

1. Baxi SS, Pinheiro LC, Patil SM, Pfister DG, Oeffinger KC, Elkin EB. Causes of death in long-term survivors of head and neck cancer. *Cancer*. 2014 May 15;120(10):1507-13. doi: 10.1002/cncr.28588. Epub 2014 Feb 22.
2. Eskiizmir G Nonmelanoma skin cancer of the head and neck: reconstruction. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2012 Nov;20(4):493-513. doi: 10.1016/j.fsc.2012.08.003.
3. Ermertcan AT, Gencoglan G, Eskiizmir G, Temiz P. Microinvasive squamous cell carcinoma arising in discoid lupus erythematosus lesions successfully treated with imiquimod 5% cream. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2013 Jan-Feb;79(1):115-7. doi: 10.4103/0378-6323.104686.
4. Firat D, Hayran M. *Canser statistics in turkey and in the world (1990-1992)* Ankara iz matbacılık 1995.
5. Bosetti C, Gallus S, Franceschi S, et al. Cancer of larynx in non-smoking alcohol drinkers and non – drinking tobacco smokers *Brj* 2002 ; 87 516-8.
6. Clayman GL, Lippman SM, Laramore GE, et al. Neoplasms of the head and neck .In : *Bast Kufe, pollack Cancer medicine* 5 th ed, London BC decker 2000;1173-220 .
7. Thawley SE, Panje WR, Btasakis GJ, et al. *Copmrensive management of head and neck tumors* . New York : W.B. Saunders Company , 1986.
8. Çimen A. *Larenks anatomisi. Anatomi (5. baskı)*. Bursa. Uludağ Üniversitesi Basımevi. 1995;s:332-336.
9. Sparano A, Chernock R, Laccourreye O, et al. Predictors of Thyroid Gland Invasion in Glottic Squamous Cell Carcinoma. *Laryngoscope*. 2005;115:1247-1250.
10. Carl E. Silver M.D. *Laryngeal Cancer*. New York. Thieme Medical Publishers. 1991;pp:14–21.

11. Charles W, et al. Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery (4th ed). Philadelphia. Elsevier mosby. 2005;pp:1823-1834.
12. Calcaterra TC Oral cavity and oropharynx 1993;1248-305
13. Karadeniz AN Baş boyun tiroid kanserleri tunç matabaası 2000;161-200.
14. Esclamado RM, Lip Cancer 1993 ;1509-1521.
15. Gullane P : Dudak ,oral kavite baş boyun tümörlerine yaklaşım nobel tıp 1995 ; 65-91.
16. Shah JP, Candela FC Poddar AK .The patterns of cervical lymph node metastases from squamous carcinoma of the oral cavity . Cancer 1990 ;66(1):109-13.
17. McGregor AD, MacDonald DG. Patterns of spread of squamous cell carcinoma within the mandible. Head Neck 1989;11(5):457-61.
18. Johnson JT .Mandible –splitting approaches 1997 ;294-308.
19. Panje WR ,Immediate reconstruction of the oral cavity in Comprehensive management of head and neck tumors.1987; 563-94.
20. Baker SR malignant neoplasms of the oral cavity 1993 ;1248-305.
21. Ramsey SD, Berry K, Moynihan C, et al. Quality of life in long term survivors of colorectal cancer. Am J Gastroenterol 2002;97:1228–34.
22. Hammerlid E, Taft C. Health-related quality of life in long-term head and neck cancer survivors: a comparison with general population norms. Br J Cancer 2001;84:149–56.
23. Gotay CC, Muraoka MY. Quality of life in long-term survivors of adult-onset cancers. J Natl Cancer Inst 1998;90:656–67.
24. Elisabeth Rudop Effects of tumour stage, comorbidity and therapy on survival of laryngeal cancer patients: a systematic review and a meta-analysis Eur Arch Otorhinolaryngol (2011) 268:165–179.

25. Ramroth H, Dietz A, Becher H (2004) Interaction effects and population-attributable risks for smoking and alcohol on laryngeal cancer and its subsites. A case-control study from Germany. *Methods Inf Med* 43:499–504. doi:10.1267/METH04050499.
26. Shangina O, Brennan P, Szeszenia-Dabrowska N, Mates D, Fabianova E, Fletcher T et al (2006) Occupational exposure and laryngeal and hypopharyngeal cancer risk in central and eastern Europe. *Am J Epidemiol* 164:367–375 doi:10.1093/aje/kwj2084
27. Talamini R, Bosetti C, Vecchia CL, Maso LD, Levi F, Bidoli E et al (2002) Combined effect of tobacco and alcohol on laryngeal cancer risk: a case-control study. *Cancer Causes Control* 13:957–964.
28. http://seer.cancer.gov/csr/1975_2006/results_merged/topic_survival.pdf
29. Andre´ Lopes Carvalho Trends in incidence and prognosis for head and neck cancer in the United States: A site-specific analysis of the SEER database *Int. J. Cancer*: 114, 806–816 (2005).
30. Arun Sharma Hospital Volume Is Associated With Survival But Not Multimodality Therapy in Medicare Patients With Advanced Head and Neck Cancer 10.1002/cncr.27976.
31. Jemal A, Siegel R, Ward E, Murray T, Xu J, Smigal C, et al. Cancer statistics, 2006. *CA Cancer J Clin* 2006;56(2):106-30.
32. Ayfer HAYDAROĞLU, Analysis of cancer registration data in Ege University: evaluation of 34134 cases *Türk Onkoloji Dergisi* 2007;22(1):22-28.
33. Shah JP, Tollafsen HR. Epidermoid carcinoma of the supraglottic larynx. Role of neck dissection in initial surgical treatment. *Am J Surg* 1974; 128(4): 494-8.
34. Davies L, Epidemiology of head and neck cancer in the United States *Otolaryngology -- Head and Neck Surgery* Louise Davies and H. Gilbert Welch DOI: 10.1016/j.otohns.2006.01.029.
35. Shrujal S. Baxi, Causes of Death in Long-Term Survivors of Head and Neck Cancer; *Cancer* 2014;120:1507–13.

36. Kathleen Lang, The Economic Cost of Squamous Cell Cancer of the Head and Neck Findings From Linked SEER-Medicare Data Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2004;130:1269-1275.
37. Chang C, Characterization of ELISA detection of broad-spectrum anti Epstein-Barr virus antibodies associated with nasopharyngeal carcinoma. J Med Virol. 2013 Mar;85(3):524-9doi:10.1002/jmv.23498.
38. Shrujal S. Baxi, MD, Causes of Death in Long-Term Survivors of Head and Neck Cancer. Cancer May 15, 2014DOI: 10.1002/cncr.28588.
39. T L Vaughan, J A Shapiro, R D Burt, Factors by histological type. Nasopharyngeal cancer in a low-risk population: defining risk 1996;5:587-593. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.
40. Arshad H, Survival differences between organ preservation surgery and definitive radiotherapy in early supraglottic squamous cell carcinoma doi: 10.1177/019459.
41. Dr. Raşit MİDİLLİ, Dr. Serdar AKYILDIZ, Dr. Atilla YAVUZER ve Ark. Oral Kanseri 231 Hastanın Epidemiyolojik Özelliklerinin Retrospektif Analizi.
42. Erişen L Baş boyun kanserleri 2003 nobel tıp kitab evleri 975-420-293-1.
43. San T, Polat S, Cingi C, Eskiizmir G, Oghan F, Cakir B Effects of High Altitude on Sleep and Respiratory System and Their Adaptations ScientificWorldJournal. 2013 Apr 17;2013:241569. doi: 10.1155/2013/241569. Print 2013.
44. Baker SR, Malignant neoplasms of the oral cavity .In cummings Otolaryng –head and neck surgery 1993;1248-305.
45. Wynder EL, Etiological aspects of squamous cancers of the head and neck JAMA 1971;215:452-3.
46. Baker SR Krause CJ, Carcinoma of the lip Laryngoscope 1980;90:19.
47. Panje WR, Epidermoid carcinoma of the mouth : surgical therapy vs. combined therapy vs. radiation therapy otolaryngol head and neck surg 1980;8:714.

48. DeLacure MD, Lip and oral kavity .In :Close LG ,Larson DL Essentials of head and neck onkology Ch.16 New York Thieme ,1998;178-91.
49. Calcaterra TC , Oral cavity and oropharynx in cummings 1993 ;1248-305.
50. NCCN Guidelines version in oncology head and neck cancers 2.2013.
51. L.Erişen Baş Boyun Kanseri 2003 975-420-293-1.
52. Myers EM, Partial glossectomy philadelphia :sunders 1997;231-40
53. Altun M, Undifferentiated nasopharyngeal cancer current diagnostic and therapeutic aspects 1995;32:859-77.
54. Xiao GL, Prognostic significance of parapharyngeal space involvement in nasopharyngeal carcinoma J Surg oncol 1986;33;194-7
55. Thomas L. Vaughan, Nasopharyngeal Cancer in a Low-Risk Population 1996 American Association for Cancer Research.
56. Lu SJ, Linkage of nasopharyngeal susceptibility locus of the HLA region Nature 1990 :346;470-71.
57. Hsu MM Tu SM, Nasopharyngeal carcinoma in taiwan cancer 1983;52:362-8.
58. ŞAHİN C, Nazofarenks Kanseri Cerrahi Tedavi Yöntemleri Dirim Tıp Gazetesi (50 - 55).
59. Yang TS, Prognostic factors for lokal kontrol nasopharynx cancer radiother 2001;337-43.
60. Roth SL, Carcinoma of the nasopharynx the significance of lymphocytic infiltration açta oncol 1990 ;29(7): 897-901.
61. Brandsma JL, Association of papilloma virüs with cancers of head and neck Arch Otolaryngol head and neck 1989;115:621.
62. Jones AS, Mandibular invasion in patients with oral and oropharyngeal squamous carcinoma clin Otolaryngol 1997 ;22(3) 239-45.
63. Rubin P. Cancer of the head and neck oropharynx JAMA 1971 ;217:949-2.
64. Oreggie R, Carcinoma at the tonsil a retrospective analysis of prognostic factors. Arch Otolaryngol 1983;39:633-6.

65. Johnston WD, Squamous cell carcinoma of the tonsil in young adults.
Cancer 1977 ;39:633-6.
66. Ullman CD, A Population-Based Study of Therapy and Survival for
Patients With Head and Neck Cancer Treated in the
Community Cancer September 15, 2012 DOI: 10.1002/cncr.27419.