KLİNİK ARAŞTIRMA

DİL LEZYONLARINA KLİNİK YAKLAŞIMIMIZ: 123 OLGU

OUR CLINICAL APPROACH TO THE TONGUE LESIONS: 123 CASES

İbrahim ÇUKUROVA
Murat GÜMÜŞSOY
Aytekin YAZ
Ümit BAYOL
Orhan Gazi YİĞİTBAŞI

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, dilin kuşkulu lezyonlarından alınan biyopsilerin histopatolojilerinin gözden geçirildi ve dil kanserli hastaların tedavi yöntemleri ve sonuçları geriye dönük incelendi.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2001 ile 2011 arasında dilde kitle tespit edilen 123 hastadan alınan biyopsilerin histopatolojik sonuçları geriye dönük olarak gözden geçirilmiştir. Kanser tanısı alan 35 hastadan ameliyat olan 27 hastanın tedavi yaklaşım ve sonuçları değerlendirilmiştir.

Bulgular: 123 kuşkulu dil lezyonu biyopsilerin histopatolojik değerlendirme sonuçlarında; yassı hücreli karsinom (34 olgu), berrak hücreli karsinom (1 olgu) ve geri kalan 88 olguda çeşitli benin patolojilerin başında piyojenik granülom (15 olgu), papillom ve akantoz parakeratoz (14er olgu), kronik ülseröz-yangı (13 olgu), hemanjiom (12 olgu) sonuçlanmıştır. Kanser tanısı alan 35 hastanın 27'si kliniğimizde opere edilmiştir. Altı hasta inoperabl (ileri evre) olarak değerlendirildi. İki hasta operasyonu kabul etmedi ve Tıbbi Onkolojiye yönlendirildi. Histopatolojik olarak kanser tanısı alan hastalara tümörün durumuna göre glossektomi tipleri ve boyun diseksiyonu girişimlerinden uygun olanlar seçildi. Hastalarımız 12-108 ay (ortalama 24 ay) izlendi.

Sonuç: Erken dönemde kolay tespit edilebilen dil kanserlerinin hızla yayılması ve boyuna metastaz yapması söz konusudur. Kanser cerrahisindeki erken dönemde konulan doğru tanı ve yapılacak uygun tedavinin yaşam kalitesi ve süresi üzerinde çok olumlu etkileri vardır. Dilde rastlanılan her kitlenin kanser olmadığı, kanser tanısı alan hastaların ise erken tedavi protokolü ile yaklaşılması durumunda, yaşam süresi ve kalitesinin geç kalınmış vakalara göre yüzgüldürücü derecede artabileceğini vurgulamaktır.

Anahtar Sözcükler: Dil, kanser, parsiyel glossektomi

SUMMARY

Aim: In this study, the hystopathology of tongue biopsies taken from suspicious lesions reviewed and tongue cancer patients treatment modalities and results are presented together.

Material and Method: Between January 2001 and January 2010 the tongue masses detected 123 patients histopathologic results of biopsy materials were reviewed retrospectively. The treatment modalities and follow-up results of operated 27 patients in 35 patients with a diagnosis of cancer were evaluated.

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi K.B.B. Kliniği-İzmir
(Klin. Şef. Op. Dr. O. G. Yiğitbaşı, Şef Yard. İ. Çukurova, Op. Dr. M. Gümüşsoy, Op. Dr. A. YAZ)
Patoloji Labaratuvarı
(Doc. Dr. Ü. Bayol)
Yazışma: Op. Dr. Murat Gümüşsoy

Findings: The histopathologic results of 123 patients with suspicious tongue lesions, have been reported as; follows 34 squamous cell carcinomas, 1 clear cell carcinoma, 15 pyogenic granulomas, 14 papillomas, 14 acanthosis parakeratosis, 13 ulcerous-chronic inflammation, 12 hemangiomas, 9 Irritation fibroma, 5 fibroepiteliyal polyp, 2 pseudoepiteliyal hyperplasia, 2 neuromas, 1 fibrovascular granulation tissue and 1 rabhdomyom. Twentyseven of the 35 patients who have been diagnosed with cancer operated in our clinic. Six patients (advanced stage) were evaluated as inoperable. Two patients refused surgery and referred to medical oncology. The types of glossectomy and neck dissection selected according to the condition of tumor, which are appropriate, as histopathologically diagnosed cancer patients. All patients were followed postoperative 12-108 months (median 24 months).

Conclusion: The rapid spread tongue cancers; can be easily detected at early stages and metastases to the neck. As a result of an accurate diagnosis and appropriate treatment at an early stage in cancer surgery has the right proportions with the life quality.

Our aim is to emphasize that all tongue masses is not cancer, if appropriate early treatment protocol is planned to patients diagnosed with cancer, survival and quality of life would be better compared with delayed cases.

Keywords: Language, cancer, partialglossektomi

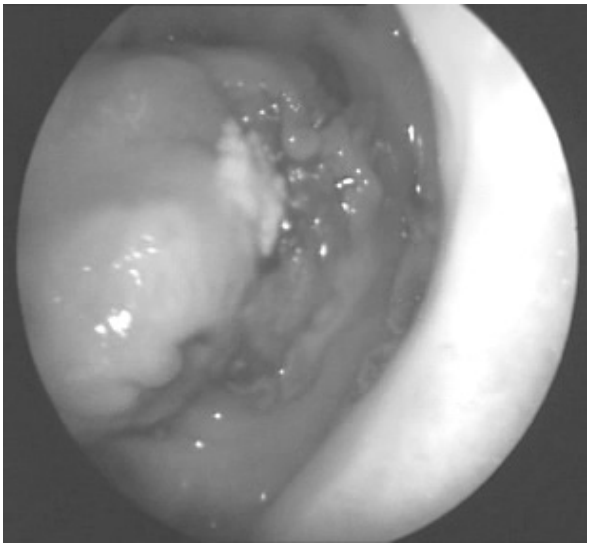
GİRİŞ

Dil, ağız boşluğu kanserlerinin dudaktan sonra en sık görüldüğü bölgedir. En sık yassı hücreli karsinom (%95), nadiren adenoid karsinom(%1) rastlanır (1). Ortalama olarak 60-70 yaşları arasında ve erkeklerde daha sık görülür. Etyolojide sigara ve alkol kullanımı suçlanmaktadır (2). Çalışmamızda dildeki kitlelerden yapılan biyopsilelerin histopatolojik sonuçları geriye dönük olarak gözden geçirilmiştir. Dil kanseri tanısıyla operasyonu kabul eden hastaların tedavi yaklaşımları ve işlem sonuçları tartışılmıştır.

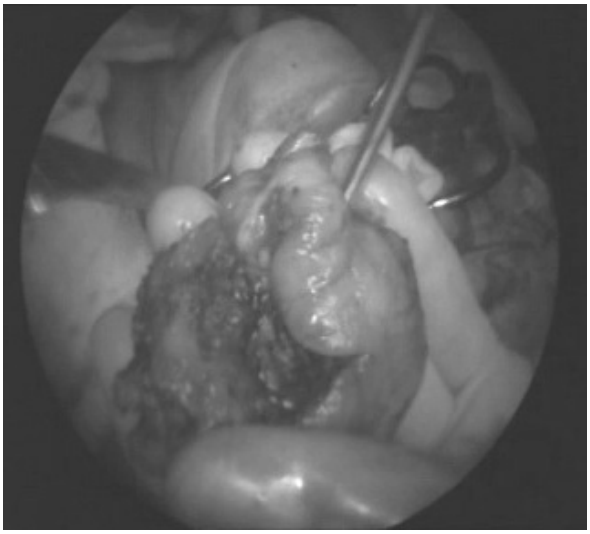
GEREÇ VE YÖNTEM

Dilde kitle yakınması ile Ocak 2001-Ocak 2010 tarihleri arasında Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi K.B.B Kliniğine başvuran 123 hasta çalışmamıza alındı. Hastaların histopatolojik sonuçlarına göre tedavileri düzenlendi. Hastalarımızın yaşları 48-82 arasında (ortalama 64 yıl) değişmekteydi. Kanser tanısı alıp opere edilen hastaların 9'u kadın, 18'i erkekti. Opere edilen hastaların tamamı fizik bakı sonrasında boyun (BT) ile incelendi. Tümör sıklıkla dil serbest kenarından kaynaklanmıştı (Resim 1). 2 hastada ise lezyon dil kökü ve vallekula uzanımı göstermekteydi. 10 hastanın fizik bakısında ele gelen lenfadenopati saptanmıştır.

Hastaların operasyonu sırasında soğuk cerrahi, radyo-frekans, harmonik büstüri ya da koter yöntemlerinden birisi kullanıldı. Cerrahi olarak literatürde önerilen en az 1.5 cm'lik salim sınırlar bırakılarak peroperatif frozın patolojik inceleme çalışıldı. 23 hasta transoral yolla, 4 hasta ise lezyonun dil kökü ve vallekula uzanımı nedeniyle açık mandibülotomi ve/veya transoral yol birlikte kullanılarak opere edildi (Resim 2).



Resim 1. Dilin sol yan kısmına yerleşmiş kanser.



Resim 2. Hemiglossektomi ameliyatı spesimeni, sol yan kenardan kaynaklanan eksize edilen tümör.

Lezyon büyüklüğüne göre kama rezeksiyon, parsiyel glossektomi, subtotal glossektomi yöntemleri tercih edildi**.** 5 hastada erken evre olması ve boyunda lenfadenopati saptanmaması nedeniyle cerrahin tercih doğrultusunda boyun diseksiyonu uygulanmadı. 22 hastada ise boyundaki patolojik lenf adenopati varlığı ve klinik durumuna uygun boyun diseksiyonu girişimi uygulandı**.** 8 hastaya trakeotomi gerekti. Histopatolojik açıdan benin olan biyopsi sonuçları doğrultusunda hastaların kitleleri eksize edildi.

BULGULAR

123 kuşkulu dil lezyonu biyopsilerinde histopatolojik değerlendirme sonuçları; yassı hücreli karsinom (34 olgu), berrak hücreli karsinom (1 olgu) ve geri kalan 88 olguda çeşitli benin patolojilerin başında piyojenik granülom (15 olgu), papillom ve akantoz parakeratoz (14er olgu), kronik ülseröz-yangı (13 olgu), hemanjiyom (12 olgu), irritasyon fibromu (9 olgu), fibroepiteliyal polip (5 olgu), psödoepiteliyal hiperplazi ve nörinom (2 şer olgu), fibrovasküler granülasyon dokusu ve rabdomyom (1er olgu) olarak sonuçlanmıştır (Tablo 1). Kanser tanısı alan 35 hastadan 27'si (%77) kliniğimizde opere edildi. 6 hasta inoperabl olarak değerlendirildi. 2 hasta operasyonu kabul etmedi. Bu hastalar Tıbbi Onkoloji Bölümüne yönlendirildi.

Tablo 1. Dil lezyonlarında yapılan biyopsilerin histopatolojik sonuçları.

Benin Lezyonlar (S:88)		Malin Lezyonlar (S:35)	
Piyojenik Granülom	15	Yassı Hücreli Karsinom	34
Papillom	14	Berrak Hücreli Karsinom	1
Akantoz, Parakeratoz	14		
Kronik ülseröz yangı	13		
Hemanjiyom	12		
İrritasyon Fibromu	9		
Fibroepitelyal Polip	5		
Nörinom	2		
Psödoepitelyamatöz Hiperplaz	2		
Fibrovasküler Gran. Dokusu	1		
Rabdomyom	1		

23 hasta transoral yolla, 4 hasta ise lezyonun dil kökü ve vallekula uzanımı nedeniyle mandibülotomi ve transoral yol birlikte kullanılarak opere edildi. 7 hastaya transoral parsiyel glossektomi, 12 hastaya transoral hemiglossektomi, 5 hastaya transoral yöntemle kitle eksizyonu ve mandibulotomi, 4 hastanın 2 sine mandibuler swing-door, diğer 2 hastaya lateral mandibulotomi ile subtotal glossektomi operasyonu uygulandı (Tablo 3).

Hastaların fizik bakısında tümör sıklıkla dil serbest kenarından kaynaklanmıştı. 2 hastada ise lezyon dil kökü ve vallekula uzanımı göstermekteydi. Hastalarımızın 7'si T_1, 17'si T_2, 5'i T_3 ve 6'sı T_4 tümör olarak tespit edildi (Tablo 2).

Tablo 2. Malin dil lezyonu olan hastaların tümör evrelemesi.

Tümör Evrelemesi T	Olgu Sayısı Toplam 35	%
1	7	20
2	17	49
3	5	14
4	6	17

Tablo 3. Dil kanseri olan hastalara uygulanan cerrahi yöntemler.

Cerrahi Yöntem	Olgu Sayısı (%)
Hemiglossektomi	12 (44)
Parsiyel Glossektomi	7 (26)
Subtotal Glossektomi	2 (7)
Kitle Eksizyonu	6 (23)
	Toplam 27

Tüm hastaların içerisinde 10 hastanın fizik muayenesinde ele gelen lenfadenopati vardı. Bunların dışında görüntüleme yöntemleriyle lenfadenopati bulunan hastalar da vardı. Opere edilen 27 hastanın 22 sine (%63) boyundaki klinik yerleşimine, lenf düğümü yaygınlığı ve diğer dokulara yayılımı göz önünde bulundurularak, 3'üne tek taraflı selektif (supraomohiyoid), 11'ine tek taraflı fonksiyonel, 7'sine iki taraflı fonksiyonel, 1'ine ise tek taraflı radikal boyun diseksiyonu uygulandı (Tablo 4).

Tablo 4. Dil kanserinde uygulanan lenf diseksiyon tipleri

Lenf Diseksiyon Tipleri	Olgu Sayısı (%)
Selektif(Supraomohiyoid)	3 (13)
Tek Taraflı Fonksiyonel	11 (50)
İki Taraflı Fonksiyonel	7 (32)
Tek Taraflı Radikal	1 (5)
	Toplam 22

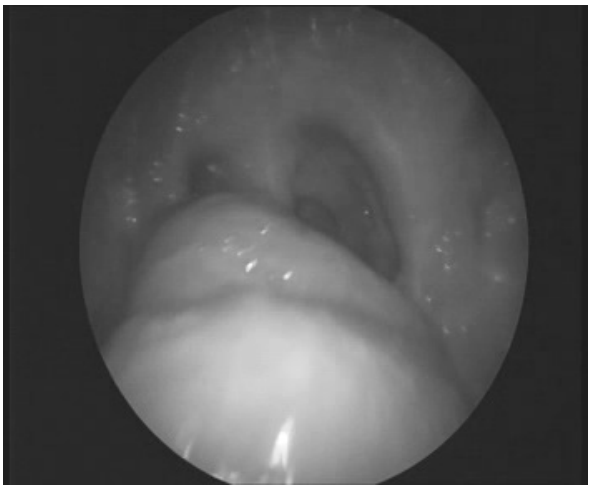
5 hastaya ise erken evre olması ve boyunda lenfadenopati saptanmaması nedeniyle sadece transoral rezeksiyon yapılıp boyun diseksiyonu uygulanmadı. Spesimenlerin histopatolojik incelenmesinde 7 hastada metastatik lenfadenopati bildirildi. Bu hastalar metastatik lenfadenopati bölgelerine göre Tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5. Dil kanserli hastalarımızda klinik ve patolojik lenf tutulum bölgeleri.

Olgu	Palpabl Lenfadenopati(LAP) + Yerleşimi	Boyun Diseksiyonu (Tipi)	Metastatik LAP +Bölgesi
1	Sol üst parajuguler bölgede palpabl LAP +	Sol Radikal	(Sol 2.3.)
2	Bilateral(Bil.) üst parajuguler bölgede palpabl LAP +	Bil.Fonksiyonel.	(Sağ2.3.,Sol2.3.)
3	Sağ jugulodigastrik bölgede palpabl LAP +	Sağ Fonksiyonel	(Sağ 1.2.3.)
4	Sağ orta parajuguler bölgede palpabl LAP +	Sağ Fonksiyonel	(Sağ 1.2.3.4.5.)
5	Sağ üst parajuguler bölgede palpabl LAP+	Sağ Fonksiyonel	(Sağ 2.3.4.5)
6	Sol üst parajuguler bölgede palpabl LAP +	Bil. Fonksiyonel	(Sol 1.2.3. , 5.)
7	Bil. jugulodigastrik bölgede palpabl LAP +	Bil. Fonksiyonel	(Sağ 2.3. 4.,Sol 3.

LAP: Lenfadenopati

Biyopsilerde karsinom tanısı alan ve opere edilen 27 olgunun 12-108 aylık(ort. 65 ay) izlemlerinde 4 olguda (%15) yerel yineleme gelişti. 2 olgu radyoterapiye gönderildi, 2 olguya ise genişletilmiş glossektomi yapıldı, boyun diseksiyonu uygulanan 7 olguda spesimende metastatik lenfadenopati saptanması üzerine radyoterapiye sevk edildi. Diğer hastaların izlemlerinde yineleme saptanmadı (Resim 3).



Resim 3. Postoperatif 5. ayda oral kavitenin görünümü.

Kanser tanısıyla opere edilen 2 hastada cerrahi sınır tutulumu vardı. Bu hastalardan birine daha geniş sınırlarda eksizyon planlandı. Ancak hastanın operasyonu kabul etmemesi üzerine postoperatif radyoterapiye yönlendirildi. Diğer hastanın histopatolojik tanısı renal hücreli karsinom metastazı olarak bildirildi. Hasta Üroloji ile konsülte edildi. Primeri sağ böbrek olarak saptanan hasta, tedavisinin devamı için Üroloji bölümüne sevk edildi. Hastalardan 2'si harmonik bistüri, 7'si radyofrekans, 1'i monopolar koter, diğerleri (17) ise klasik cerrahi yöntem ile opere edildi.

TARTIŞMA

Alkol ve sigara tüketimi, ağız hijyeninin kötü olması, ağızda diş protezlerinin tahrişi dil kanserlerinin etiyolojisinde göz ardı edilemeyecek öneme sahiptirler (1,2). Dilin malin tümörlerinin %95'inden fazlasını yassı hücreli karsinom oluşturmaktadır. En sık etkilenen bölüm dil serbest yan kenarının orta 1/3 kıs-mıdır (3,4). Bizim hastalarımız da tümörler dilin serbest yan kenarından kaynaklanmaktaydı. Çoğunlukla başlangıç hali ağrısız ülsere lezyon şeklindedir. Ekzofitik ve ülseroinfiltratif tipte olabilir. Dil kasları arasında hızlı büyüme eğilimindedir, bu nedenle palpasyon hem preoperatif hem de peroperatif tümör boyutlarını değerlendirmede inspeksiyondan daha değerlidir. Lezyon önden arkaya, yanlardan ortaya daha hızlı seyreder (3-6). Dil kökü tümörleri dilin ön 2/3'ündeki tümörlerden 4 kat daha az gözlenir ve daha geç bulgu verirler. Boğazda ağrı veya kitle hissi uyandırabilirler, bazen yansıyan kulak ağrısı ilk semptom olabilir. Bu tümörler direk bakıyla görülemediğinden ve erken evrede yakınmasız olduklarından sıklıkla ileri evrelere ulaşırlar. Dil kökü lenfatiklerden zengindir. Hastalığın bir lenf düğümü metastazı olarak ortaya çıkması sıktır ve tutulan ilk lenf bezi jugulodigastrik düğümdür. Metastatik tutulum orta ve alt servikal düğümlere doğru devam eder.

Tanıda, endoskopik bakıdan ve görüntüleme yöntemlerinden faydalanılır ve fizik bakıda dil palpasyonu, tümör boyutlarının ve sertliğinin saptanması açısından büyük önem taşır. Bilgisayarlı Tomografi ve Manyetik Rezonans görüntüleme ile tümör boyutları ve invazyonu, mandibular tutulum ve servikal lenf metastazı değerlendirilir (7,8).

Dil karsinomları tanı anında sıklıkla (%75) T2 veya daha düşük evrededir (9). Dilin erken evre tümörlerinde radyoterapi ve cerrahinin eşit yerel kontrol sağladığı kabul edilmektedir (8,9). 67 hastadan oluşan bir seride, erken evre dil karsinomlarında cerrahinin yaşam kalitesini iyileştirmede daha etkin olduğunu bildirmiştir (10). Erken evre dil tümörlerinde cerrahi yaklaşım şekli ve rezeksiyon tekniği henüz standartlaşmamıştır. Serimizde erken evre tümörlerin tamamı transoral yolla opere edilmiştir. T1 ve T2 tümörlerin tümü ve erken T3 tümörlerde parsiyel hemiglossekto-

miye kadar transoral rezeksiyon yapılabileceği savunulmaktadır.(11) Bizim evre 3 tümörlü 2 hastamız, lezyonun dil kökü ve vallekula uzanımı nedeniyle mandibülotomi ve transoral yol birlikte kullanılarak opere edildi. Arka yan yerleşimli orta büyüklükteki T2 lezyonlarda daha rahat rezeksiyon için glossomandibulotomi önerilmektedir. Transoral ve transservikal ulaşımla tümör içeren patolojik dokunun dil ve boyun spesimeni olarak bir bütünlük içinde rezeksiyonu onkolojik güvenliği, işlevselliği ve avantajlı olması nedeniyle T1-T2 ve mandibulayı infiltre etmeyen T3 evreli tümörlerde tercih edilen yöntemdir. Mandibulanın periost ve minimal kortikal tutulumunda iç tabulanın rezeksiyonu ile marginal mandibulektomi uygulanır. İnfiltrasyonun medullaya uzanması durumunda segmenter mandibula rezeksiyonu şarttır. Kliniğimizde 7 hastaya transoral parsiyel glossektomi, 12 hastaya transoral hemiglossektomi, 5 hastaya transoral yöntemle yerel dilden kitle eksizyonu ve 2 hastaya mandibulotomi teknik ile subtotal glossektomi operasyonu uygulandı. Hastaların yaklaşık %30'u aynı taraf servikal lenf düğümü metastazı gösterir (11). Bizim hastalarımızın ise 7 sinde (%20) lenf düğümü metastazı saptandı. Boyundaki primer servikal lenfatik metastaz bölgeleri 1, 2 ve 3.'üncü bölgelerdir. Özellikle 2. bölgeye metastaz yapar. Ancak diğer lenfatik seviyeleri atlayıp metastaz yapabilir.(1) T1 ve T2–N0 evreli tümörlerde 1, 2 ve 3.'üncü bölgeleri içeren supraomohyoid selektif profilaktik boyun diseksiyonu, klinik olarak ele gelen lenf bezi varlığında ise modifiye radikal veya radikal boyun diseksiyonu önerilmektedir.(12) Hastalarımızın 10 una fizik bakıda ele gelen kitlesi vardı. Bu hastalardan 1'ine tek taraflı radikal 7'sine ise iki taraflı fonksiyonel boyun diseksiyonu uygulandı. Gerikalan hastalardan 14 üne ise tek taraflı boyun diseksiyonu uygulandı (Tablo 4). Boyunda metastaz saptanan 7 hastamız adjuvan radyoterapi görmüştür. İleri evre tümörlerde, pozitif cerrahi sınır varlığında, perinöral yayılımda, kemik ve cilt invazyonu varlığında, ekstrakapsüler yayılım ve kontrolateral lenf metastazları varlığında postoperatif adjuvan radyoterapi önerilmektedir. Yerel yineleme gelişen 4 olgudan 2 si radyoterapiye sevk edildi. Diğer iki hastaya ise genişletilmiş glossektomi yapıldı.

Sonuç olarak dilde tespit edilen her lezyonun kanser olmadığını, ancak şüpheli lezyonlarda ise teşhis ve tedavi açısından geç kalınmaması gerektiğini vurgulamak istedik. Çok çabuk boyuna yayılımının söz konusu olduğu ve palpe edilemese dahi gizli metastazların varlığı unutulmamalıdır. Bu nedenle hem onkolojik açıdan hem de dilin fonksiyonun korunması açısından erken teşhis ve tedavi son derecede önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Myers EN, Simental AA. Cancer of the oral cavity. In: Myers EN, Suen YJ, Myers NJ, Hanna EYN editors. Cancer of the head and neck. 4th ed. Philadelphia: Saunders; 2003. p. 279-321.
2. Newman AN. Carcinoma of the tongue in persons younger than 30 years of age. Arch Otolaryngol 1983; 109: 302-9.
3. Baker SR. Malignant neoplasms of the oral cavity. In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE, editors. Otolaryngology-head and neck surgery. 2nd ed. St. Louis: Mosby Year Book; 1993. p. 1248-1305.
4. Calcaterra TC., Juillard GJF, Blackwell KE. Oral Cavity and Oropharynx İn: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE, editors. Otolaryngology-head and neck surgery. 2nd ed, St. Louis: Mosby Year Book; 1993. p. 1248-1305.
5. Lindberg R. Distrubition of cervical lymph node metastases from squamous cell carcinoma of the upper respiratorydigestive tracts. Cancer 1972; 29: 1446-8
6. Batsakis J. Tumors of the head and neck: clinical and patological consideration. 2nd ed, Baltimore: Williams and Wilkins, 1979.
7. Werning JW, Byers RM, Novas MA, et al: Preoperative assessment for and outcomes of mandibular conservation surgery. Head Neck 2001.23:1024-1030.
8. Piollet H, Lofkin R, Steckel RJ, et al: Magnetic resonance imaging to distinguish tumor persistence from delayed fibrosis in carcinoma of the tongue and flor of mouth. Ann Otholl Rhinol Laryngol 1990.99:753-755.
9. Wein RO, Weber RS. Malignant neoplasms of the oral cavity. In: Cummings CW, Flint PW, Harker LA editors. Cummings otolaryngology head and neck surgery. 4 th ed. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2005. p. 1578-1618.
10. Najeeb T. Clinicopathological presentation of tongue cancers and early cancer treatment, J Coll Physicians Surg Pak. 2006. Mar;16(3):179-82
11. Anderson HE. Cercvical metastases İn. Close LE, Larson DL, Shah JP, editors. Essentials of head and neck oncology. Ch 24, New York: Thieme, 1998; 256-65.
12. Krita T, Okabe S, Izumo T, et al. Risk factors fort he postoperative local recurrence of tongue carcinoma. J Oral Maxillofac Surg 1994; 52(2): 149-54.

İLETİŞİM

Op. Dr. M. GÜMÜŞSOY
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi
K.B.B. Kliniği-İzmir
Tel: 0 232 469 69 69/1616
Cep Tel: 0 505 424 52 78
E-Posta: mgumussoy@hotmail.com