

Bölüm 65

BAŞ-BOYUN KANSERLERİNE CERRAHİ YAKLAŞIM

Tuğçe ŞİMŞEK¹

GİRİŞ

Baş ve boyun kanserleri, lokasyon ve histopatolojide değişkenlik gösteren heterojen bir malignite grubunu temsil eder. Bunlar oral kavite, farinks, larinks, nazal kavite, tükürük bezleri ve paranasal sinüslerin tümörleridir. Dünyada her yıl 1 milyondan fazla kişiye tanı konulmaktadır (1,2). Baş ve boyun bölgesi solunum, yutma, konuşma ve görünüm ile yakın ilişki içinde olan kompleks anatomik yapıdan oluşur (3). Baş ve boyun kanserlerinin görülme sıklığı, bölgesel risk faktörlerinin prevalansına göre değişir. Değiştirilebilir ana risk faktörleri, tütün (tütsülenmiş veya çiğnenmiş), alkol, orofaringeal kanserler için insan papilloma virüsü (HPV) enfeksiyonu ve nazofarinks kanserleri için Epstein Barr Virüsü (EBV) enfeksiyonudur (4). Skuamöz hücreli karsinomu, en yaygın baş ve boyun kanseri türüdür. Genellikle bir yüzey lezyonu olarak başlar ve yayılma anatomik kökene göre belirlenir. Bazen hastalar, belirgin bir orijin bölgesi bulunmayan bir servikal lenf nodunda skuamöz hücreli karsinom ile ortaya çıkabilir.

Skuamöz hücreli karsinom tedavisinde TNM evresi ve primer bölgeye bağlı olarak çeşitli kombinasyonlarda cerrahi, radyasyon ve kemoterapi kullanılmaktadır (5). Hastaların yaklaşık %40'ı erken evre (evre I ve II)'dedir ve genellikle tek başına cerrahi veya radyoterapi ile tedavi edilir (3) Lokal ileri hastalığı olan (evre III ve IVA / B), rezektabl veya rezeke edilemeyen hastaların çoğu için tedavi, indüksiyon kemoterapisiyle veya olmadan,

platin bazlı kemoradyoterapiyi gerektirir (5,6). Lokal veya bölgesel nüksün tedavisi nüks bölgesine, tümör yüküne ve önceki tedaviye bağlıdır ve hastalık cerrahi veya radyoterapi ile kurtarmaya uygun değilse, kurtarma ameliyatından radyoterapiye veya yalnız kemoterapi veya kemoterapiyle ile yeniden radyoterapiye kadar değişebilir (5,6).

Baş ve boyun kanserlerinin ana bölgeleri nazofarinks, orofarinks, hipofarinks, tükürük bezleri, paranasal sinüsler ve larinkstir.

ORAL KAVİTE KANSERİ

Oral kavite; dudaklar, bukkal mukoza, üst alveolar çatı, alt alveolar çatı, retromolar trigon, ağız tabanı, sert damak ve dilin ön 2/3'ünden oluşur.

Erken evre oral kavite kanseri ya primer rezeksiyon ya da sadece radyoterapi ile tedavi edilir (7). Cerrahi rezeksiyon erken evre oral kavite kanserinin temel tedavi yöntemidir ancak radyoterapi, cerrahi için kötü aday olan hastalar için tercih edilir. Ameliyattan sonra defektin lokal, bölgesel veya serbest flep ile rekonstrüksiyonu yapılabilir. Boyun diseksiyonu hem okült hem de klinik olarak belirgin olan bölgesel boyun metastazı için yapılır. Boyun diseksiyonu, metastaz riski olan lenf nodlarının çıkarılmasını içerir. Boyun diseksiyonu, tedavi morbiditesini önlemek için internal juguler ven, spinal aksesuar sinir ve sternokleidomastoid kas dahil anatomik yapıları korumayı amaçlar (8). Evre I, II tümörde; cerrahi ile supraomohyoid veya selektif boyun diseksiyonu yapılır (9). Ame-

¹ Doktor Öğretim Üyesi, Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi, tugsek@hotmail.com

tif cerrahi gerekir (10). Adenoid kistik patoloji, pozitif perinöral veya lenfovasküler invazyon varsa, yakın veya pozitif cerrahi sınır mevcutsa postoperatif radyoterapi uygulanır. BOS, nazofarinks veya sfenoid uzaması veya rezekte edilemeyen tümörlerde radyoterapi veya eş zamanlı kemoradyoterapi önerilmektedir. Lenf nodu tutulumu olan lokal ileri hastalık olmadıkça, lenf nodları rutin olarak tedavi edilmez (19).

NAZAL KAVİTE VE ETMOİD KEMİK KARSİNOMU

Bütün vakalarda ameliyat sonrası radyoterapi uygulanır. Unrezektable tümörlerde radyoterapi ya da kemoradyoterapi önerilir. Lenf nodu tutulumu olan lokal ileri hastalık olmadıkça, lenf nodları rutin olarak tedavi edilmez (19).

Parotis Bezi Karsinomu

Parotis bezi, büyük tükürük bezlerinden biridir. Üstte zigomatik kemik ile altta hyoid kemik arasında uzanır; anteriorda ikinci molar, posteriorda mastoid tip sınırlarıdır. Tükürük bezi tümörleri nadir görülür ve ana tükürük bezlerinden (parotid, submandibular ve lingual) veya ağız boşluğu, paranazal sinüsler, farinks ve larinks boyunca dağılmış minör tükürük bezlerinden kaynaklanabilir. En sık görülen malign patolojik tipler adenoid kistik karsinom ve mukopidermoid karsinomdur (22). Tedavi parotis bezinin tam cerrahi rezeksiyonu, lenf nodu pozitifse boyun diseksiyonu ve olası temporal kemik rezeksiyonudur. Adenoid kistik tümörler, tüm yüksek dereceli tümörler, yakın veya pozitif cerrahi sınırlar, perinöral ve lenfovasküler invazyon, bölgesel lenf nodu metastazları, pT3-4 tümörleri ve tekrarlayan tümörler için ameliyat sonrası radyoterapi uygulanır (19). Cerrahi rezeksiyon bu tümörlerin nadir olması nedeniyle, metastatik hastalığın tedavisi için optimal kemoterapi rejimi ile net bir bilgi yoktur (22).

Nazofarinks Karsinomu

Nazofaringeal karsinom, nazofarinks bölgesinden kaynaklanır. Genellikle radyosensitifdir ve lokalize hastalık en sık tek başına radyoterapi veya tümörün evresine ve derecesine bağlı olarak kemoradyoterapi ile tedavi edilir (23). Lokal nüksü olan bazı hastalar cerrahi rezeksiyon veya ikinci

kez radyoterapi ile tedavi edilebilir (24). Bununla birlikte, tekrarlayan veya metastatik hastalığı olan çoğu hasta küratif teknikler için uygun değildir. Lokal bölgesel tedaviye uygun olmayan nazofaringeal karsinom, platin bazlı kemoterapi kombinasyonları ile tedavi edilir (22). Kurtarma cerrahisi kemoradyoterapiyi takiben rezidüel servikal lenf nodu metastazı için düşünülür. Kemoradyoterapiyi takiben lokal nüks için kurtarma cerrahisi sınırlıdır (10).

SONUÇ

Baş ve boyun bölgesi solunum, yutma, konuşma ve görünüm ile yakın ilişki içinde olan kompleks anatomik yapıdan oluşur. Bu nedenle, baş boyun kanseri ameliyatı sıklıkla rekonstrüktif ameliyatla birleştirilir. Tümörlerin cerrahi ablasyonu, baş boyun kanseri için hala temel tedavi seçeneklerinden biridir. Baş boyun kanserinin erken evresinde bağımsız bir rol oynar (3). Baş boyun kanseri için primer küratif cerrahi, net marjların elde edilebileceği ve fonksiyonun korunduğu, rezeke edilebilir tümörler için ayrılmıştır. Anatomiye ve tümör özelliklerine bağlı olarak klasik açık cerrahi veya transoral robotik cerrahi veya lazer cerrahi gibi minimal invaziv işlemler kullanılır (25). Ek olarak, tümör evresi, çalışma süresi ve komorbiditeler de baş boyun kanseri için majör cerrahi sonrası postoperatif komplikasyonlar için önemli faktörlerdir (26). Önceki kanser tedavisi ve ilk tedavi ile kurtarma operasyonu arasındaki zamanın cerrahi komplikasyonlar için önemli risk faktörleri olduğu bildirilmiştir. Baş boyun kanseri ameliyatı sonrası cerrahi alan enfeksiyonu için ana risk faktörlerinin oral kavite kanser alt bölgesi, trakeostomi ve önceki radyasyon tedavisi olduğu gösterilmiştir (27).

Anahtar Kelime: baş-boyun kanseri, cerrahi tedavi, risk faktörleri

Kaynakça

1. Siegel R, Miller K, Jemal A. Cancer statistics. CA Cancer J Clin. 2018;68:7-30.
2. Global Burden of Disease Cancer Collaboration, Fitzmaurice C, Allen C, et al. Global, regional, and national cancer incidence, mortality, years of life lost, years lived with disability, and disability-adjusted lifeyears for 32 cancer groups, 1990 to 2015: a systematic analysis for the global burden of disease study. JAMA Oncol. 2017;3:524-548.

3. Pfister D. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Head and Neck Cancers Version 2.2017. © 2017 National Comprehensive Cancer Network. Inc, Available from URL: www.nccn.org. 2017.
4. Sankaranarayanan R, Masuyer E, Swaminathan R, et al. Head and neck cancer: a global perspective on epidemiology and prognosis. *Anticancer Res.* 1998;18: 4779-4786.
5. Marur S, Forastiere AA. Head and neck cancer: changing epidemiology, diagnosis, and treatment. *Mayo Clin Proc.* 2008;83:4:489-501.
6. Pfister DG, Ang KK, Brizel DM, et al; National Comprehensive Cancer Network. Head and neck cancers, version 2.2013: featured updates to the NCCN guidelines. *J Natl Compr Canc Netw.* 2013;11:8:917-923.
7. Funk GF, Karnell LH, Robinson RA, et al. Presentation, treatment, and outcome of oral cavity cancer: a National Cancer Data Base report. *Head Neck* 2002;24:2:165-80.
8. Yan K, Agrawal N, Gooi Z. Head and Neck Masses. *Medical Clinics.* 2018;102:6, 1013-1025.
9. D' Cruz AK, Vaish R, Kapre N, et al. Elective versus therapeutic neck dissection in node-negative oral cancer. *New England Journal of Medicine.* 2015;373:6, 521-529.
10. Nibu KI, Hayashi R, Asakage T, et al. Japanese clinical practice guideline for head and neck cancer. *Auris Nasus Larynx,* 2017;44:4, 375-380.
11. Selek U, Garden AS, Morrison WH, et al. Radiation therapy for early-stage carcinoma of the oropharynx. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2004;59:3:743-51.
12. Moore EJ, Olsen KD, Kasperbauer JL. Transoral robotic surgery for oropharyngeal squamous cell carcinoma: a prospective study of feasibility and functional outcomes. *Laryngoscope* 2009;119:11:2156-64.
13. Denis F, Garaud P, Bardet E, et al. Final results of the 94-01 French Head and Neck Oncology and Radiotherapy Group randomized trial comparing radiotherapy alone with concomitant radiochemotherapy in advanced-stage oropharynx carcinoma. *Journal of Clinical Oncology,* 2004;22:1, 69-76.
14. Harari PM, Harris J, Kies MS, et al. Postoperative chemoradiotherapy and cetuximab for high-risk squamous cell carcinoma of the head and neck: Radiation Therapy Oncology Group RTOG-0234. *Journal of Clinical Oncology.* 2014;32:23, 2486.
15. Lefebvre JL, Chevalier D, Lubinski B, et al. Larynx preservation in pyriform sinus cancer: preliminary results of a European Organization for Research and Treatment of Cancer phase III trial. *EORTC Head and Neck Cancer Cooperative Group. J Natl Cancer Inst* 1996;88:13:890-9.
16. Boscolo-Rizzo P, Maronato F, Marchiori C, et al. Long-term quality of life after total laryngectomy and postoperative radiotherapy versus concurrent chemoradiotherapy for laryngeal preservation. *Laryngoscope* 2008;118:2:300-6.
17. Fu KK, Pajak TF, Trotti A, et al. A Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) phase III randomized study to compare hyperfractionation and two variants of accelerated fractionation to standard fractionation radiotherapy for head and neck squamous cell carcinomas: first report of RTOG 9003. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2000;48(1):7-16.
18. Forastiere AA, Ismaila N, Wolf GT. Use of Larynx-Preservation Strategies in the Treatment of Laryngeal Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update Summary. *J Oncol Pract* 2018;14:2:123-8.
19. Murshed H. Head and Neck Cancers. Medical Director, Hope Regional Cancer Center, Panama City, Florida, United States. *Fundamentals of Radiation Oncology (Third Edition). Physical, Biological, and Clinical Aspects.* 2019, Pages 269-316. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-814128-1.00015-5>
20. Forastiere AA, Zhang Q, Webe RS, et al. Long-term results of RTOG 91-11: a comparison of three nonsurgical treatment strategies to preserve the larynx in patients with locally advanced larynx cancer. *Journal of clinical oncology.* 2013;31:7, 845.
21. Yamazaki H, Nishiyama K, Tanaka E, Koizumi, M. Radiotherapy for early glottic carcinoma (T1N0M0): results of prospective randomized study of radiation fraction size and overall treatment time. *International Journal of Radiation Oncology* Biology* Physics.* 2006;64:1, 77-82.
22. Hanif A, Khan S, Chen H. Chapter 5 - Cancers of the Head and Neck. *Immune Checkpoint Inhibitors in Cancer .* 2019, Pages 103-114. doi.org/10.1016/B978-0-323-54948-6.00005-6
23. Peng G, Wang T, Yang KY, et al. A prospective, randomized study comparing outcomes and toxicities of intensity-modulated radiotherapy vs. conventional two dimensional radiotherapy for the treatment of nasopharyngeal carcinoma. *Radiother Oncol.* 2012;104:286-293.
24. Chan JY. Surgical salvage of recurrent nasopharyngeal carcinoma. *Curr Oncol Rep.* 2015;17:433.
25. Kofler B, Laban S, Busch CJ, Lörinicz B, Knecht R. New treatment strategies for HPV-positive head and neck cancer. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2014;271:7:1861-1867.
26. Chaturvedi AK, Engels EA, Pfeiffer RM, et al. Human papillomavirus and rising oropharyngeal cancer incidence in the United States. *J Clin Oncol.* 2011;29:32:4294-4301.
27. Gillison ML, Castellsagué X, Chaturvedi A, et al. EUROGIN roadmap: comparative epidemiology of HPV infection and associated cancers of the head and neck and cervix. *Int J Cancer.* 2014;134:3:497-507.