

Bölüm 92

BOYUN DİSEKSİYONLARI

Çağdaş SAYAR¹

GİRİŞ

Boyun diseksiyonu, boynun değişik seviyelerinden lenfatik dokuları ve onların etrafındaki lenfatik olmayan dokuların terapotik veya koruyucu (proflaktik) olarak çıkarılmasıdır. Baş boyunda bulunan malignitenin rezeksiyonundan sonra yayılabileceği lenfatik dokuların eksizye edilmesi önemlidir. Bunun yapılabilmesi için boyundaki lenfatik dokuların yerlerinin sınıflandırılması ve anatomik olarak bilinmesi gerekir.

Amerikan Baş-Boyun Cerrahisi ve Kulak Burun Boğaz Akademisi yaptığı sınıflamayı 2002 yılında düzenlemiştir. Bu sınıflamada Şekil 1'de gösterildiği üzere 6 bölge belirlenmiş ve bu sınıflarda kendi içinde alt gruplara ayrılmıştır (1).

1.bölge: Submental (1A) ve Submandibuler (1B) bölgedir. Superior sınırını mandibula oluşturmaktadır. Digastrik kas ile hyoid kemik arasındaki bölgedir. Digastrik kas ön ve arka parçası 1A ile 1B olmak üzere ikiye ayrılır.

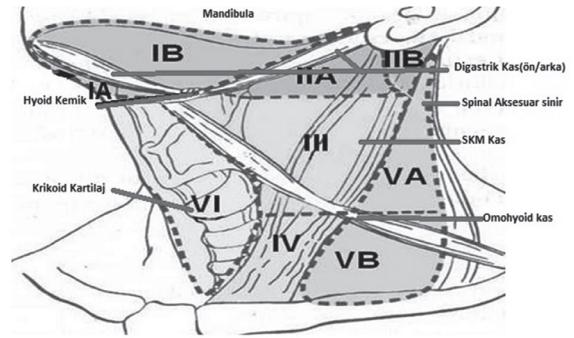
2. bölge: Süperior juguler lenf nodlarıdır. Kafa tabanı ile karotid arter çatalı ile arasındaki bölgedir. 2A ve 2B ayrımını spinal aksesuar sinir yapar.

3.bölge: Orta juguler lenf nodlarıdır. Karotid bifurkasyon ile inferiorda internal juguler ven ve omohyoid kasın kesiştiği yer arasındaki bölgedir. Klinik olarak bu nokta krikoid alt sınırındır. Lateralde sternokleidomastoid (SKM) kasın arka kenarı, santral de ise sternohyoid kasın arka kenarı ile sınırlanmıştır.

4. bölge: İnférieur juguler lenf nodlarıdır. Klavikula ile omohyoid kas ile arasındadır. Medialde sternohyoid kasın dış kenarı lateralde SKM kasın posterior kenarı ile sınırlanmıştır.

5.bölge: Arka boyun üçgenindeki lenf nodlarıdır. Medialde SKM kası lateralde trapez adale tarafından sınırlanır. 5A SAS (spinal aksesuar sinir) etrafı, 5B transvers servikal arter çevresi ve supraklavikuler lenf nodlarını içerir.

6.bölge: Ön kompartmanı lenf nodlarıdır. Lateral karotis, süperior hyoid kemik, alt sınırını suprasternal çentik oluşturur. Prekrikoid bölgede bulunan Delphian nodülü de bu bölgededir. (Şekil 1)



Şekil 1

Amerikan Kanser Komitesi (AJCC) tarafından 2017 yılındaki 8. basımında metastatik lenf nodlarının sınıflaması yapılmıştır (2). Buna göre:

¹ Uzm. Dr. Çağdaş Sayar, Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, casayar@gmail.com

nucu olabilir. Dren takibi ve yara yerinde şişlik dikkatli takip edilmelidir. Hematom enfeksiyon ve sonucunda flep nekrozu olabilir. Hematokrit ve hemoglobin takibi yapılmalıdır (4). Postoperatif 1-6 haftalarda görülebilecek olan karotis arter rüptürü ciddi komplikasyonlardan biridir. Mortalite oranı%25-50 olup nörolojik defisit %60 civarındadır (10,11).

Yara Enfeksiyonu

Post-operatif 4-5 gün sonra görülebilir. Pre-intra ve postoperatif steriliteye dikkat edilmelidir. Ayrıca beslenme bozukluğu, tümör evresi, radyoterapi verilmesi, beraberinde sistemik hastalıklar enfeksiyon riskinde önemlidir (12). Tükürük salgısının boyunda bulunan operasyon bölgesine ulaşması enfeksiyonun en önemli sebeplerinden biridir (13). Yara yerinden kültür alınıp uygun antibiyotik verilir.

Faringokütanöz Fistül

Sistemik hastalıklar, postop radyoterapi, tümör evresi ve yerleşimi, operasyon tekniği ve geçirilmiş aynı bölge cerrahileri oluşumunda etkilidir (14).

Fleplerin Nekrozu

7-10. gün dikkatli olunmalıdır. Drenler mayi durumuna göre erken çıkarılmalı, intraoperatif fleplerin kanlanmasına dikkat edilmelidir (4).

Şilöz Fistül

2-5 günden sonra drenlerden süt şeklinde mayi görülmesi durumunda dikkatli olunmalıdır. Genellikle sol boyun diseksiyonu sırasında IVJ diseke edilirken duktus zarar görebilir. Sağ taraftaki duktus subklavian arterin arkasında seyrettiğinden zedelenme riski azdır ve şilotoraksa neden olur (15). Konservatif tedavi başlanır. Oral beslenme kesilip dren yerleştirilip baskılı tampon yapılır (4).

Vasküler Komplikasyonlar

Aynı seansta bilateral İVJ'in bağlanılmasından zorunlu olmadıkça kaçınılmalıdır. Bilateral bağlanılması durumunda kalıcı fasial asimetri, anti-diüretik hormon salınması, körlük ve kafa içi basınç artışı görülebilir. Juguler ven trombozu, ateş, boyunda kordon şeklinde ağrılı venin palpasyonu durumunda akıldaki bulundurulmalıdır (4).

Trakeotomi Komplikasyonları

Kanül takibi önemlidir. Tıkanma, stenoz, inno-minate arter fistülü olabilir (4).

Diğer Komplikasyonlar

Cilt altı amfizemi, pnömotoraks ve omuz sendromu körlük. ani ölüm sayılabilir (4).

SONUÇ

Baş ve boyun kanserlerinin tedavisinde ve prognozunda boyun diseksiyonları önemlidir. 1906 yılında Crile ile başlayan süreç Conley ve Martin gibi cerrahlar ile devam etmiş ve 1960 yılında ilk fonksiyonel boyun diseksiyonu Arjantin'de Suarez tarafından yapılmıştır. Bu gelişim içinde en son güncelleme 2002 yılında Amerikan Baş Boyun Akademisi tarafından yapılmıştır. Günümüzde en sık yapılan boyun diseksiyonları modifiye radikal Tip-3 ile selektif boyun diseksiyonudur. Kanser cerrahisi ve tedavisi açısından multidisipliner yaklaşım gerekmektedir. Pre-op değerlendirmeden post-op patoloji sonucuna kadar mortalite ve morbidite açısından birçok bölümle birlikte değerlendirilmelidir. Boyun diseksiyonu KBB cerrahisi açısından cerrahi nosyonunun gelişimi ve kendine güveni açısından önemlidir. Boyun diseksiyonunun post-op takibi de son derece önemlidir. Post-op oluşabilecek komplikasyonlar engellemede önceden uyarı vermesi açısından ta-kiplere dikkat edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Boyun Diseksiyonu, Baş boyun kanserleri, Boyun bölgeleri, Metastatik lenf nodu sınıflaması

KAYNAKÇA

1. Robbins KT, Clayman G, Levine PA et al. Neck dissection classification update. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2002;128:751-8
2. Amin MB, Edge SB, American Joint Committee on Cancer. AJCC Cancer Staging Manual. 8th ed. New York, NY: Springer; 2017.
3. Hoşal Ş. (2005). Boyun Diseksiyonları. Metin Önerci (Ed.) Güncel Yaklaşım/Baş Boyun Kanserlerinde Genel Konular içinde (s.71-78) Ankara
4. KAYA S. (2002). Boyun Diseksiyonu Komplikasyonları. Larinks Hastalıkları (s.868-890) Ankara Bilimsel tıp yayınevi
5. Conley JJ: Operative Complications. In Conley JJ (edt.) Complications of head and neck surgery WB Saunders Company 1979 25-39
6. Lore JM. An atlas of head and neck surgery Philadelphia. WB Saunders Co 1988

7. Miller RH (1990) Vasculer and neural issues relating to neck dissection. PillsburyHC, Goldsmith MM(eds): Operative challengesin otolaryngology-head and neck surgery.Yearbook medikal publisher, inc Chapter 23 p:422
8. Haffer MM,Brown R,Hau J et al: Functional recovery and orthopedic management of brachial plexus palsies . *JAMA* 1981 246:2467-2470
9. Staffel GJ, Pillsbury HC: Skull base surgery complications. In complications in head neck surgery(eds)Krespi YP, Ossof RH 1997 97-113
10. Beahrs OH: Complications of surgery of the head and neck. *Surg Clin of North Am* 1977 57(4):823-829
11. Conley JJ: Blood vessel complications of head and neck surgery WB Saunders Company 1979
12. Johnson JT,Myers EN, Thearle PB et al.:Antimicrobial prophylaxis for contaminated head neck surgery. *Laryngoscope*1984 94: 46.
13. Newman RK,Weiland FL, et al.:Salivary scan after majör ablative head and neck surgery with prediction of postoperative fistulization. *Am Otol Rhinol Laryngol* 1983 92:366
14. Dedo DD, Alonso WA,Ogura JH: incidence ,predisposing factors and outcome of pharyngocutaneous fistul complicating head and neck surgery .*Ann Otol Rhinol Laryngol* 1975 84:833
15. Pace Balzan A, Moriarty B.: Bilateral Chylothoraxfollow up left radikal neck dissection. *J Laryngol OTOL* 1988 102: 288-290