

Bölüm 17

NAZOFARENKS KANSERLERİNDE CERRAHİ TEDAVİ

Ayşe Seçil KAYALI DİNÇ¹

GİRİŞ

Nazofarenks kanserleri, belirgin coğrafik dağılım gösteren baş boyun kanserlerinin en sık görülenleridir. Toplumda oldukça sık izlenen bu kanser oldukça agresif bir karaktere sahiptir. Boyunda hayati organlara komşu bir lokasyona sahip olan bu organın kanserlerine olan cerrahi yaklaşımı irdeleyeceğiz.

NAZOFARENKSİN ANATOMİSİ

Nazofarenks kafatabanının hemen altında burnun arkasında bulunan küboid bir yapıdır. Nazofarenksin yüksekliği 25-30 mm, derinliği üst kısımda 25-30 mm, alt kısımda 40-45 mm, genişliği 25-30 mm'dir. Ön sınırını nazal septum ve koanalar oluşturur. Nazofarenksin üst ve arka duvarları hafif eğimlidir. Sfenoid kemiğin tabanı, bazioksiput ve ilk iki servikal vertebra gövdesi nedeniyle bu eğim oluşur. Tuba östakinin faringeal ağzı lateral duvarlarda bulunmaktadır. Tuba östakinin orifisinin önünde plika palatotubalis, posteriorunda torus tubarius bulunur. Torus tubariusun arkasında ise Rosenmüller fossa bulunur. Nazofarenksin inferior sınırını ise yumuşak damak oluşturmaktadır.

Mukoza Yapısı

Nazofarenks, superior faringeal kas ve faringobasiller faysa ile desteklenir. Nazofarenksin mukozası çok katlı, silyalı ve silindirik yapıdadır. Mukozal yapısı altında lenfoid yapılar, minor tükrük bezleri ve epitelyumyal yapılar oluşturmaktadır.

Nazofarenksin Arter ve Venleri

Nazofarenks arterlerini eksternal karotid'den alır. Maksiller arter dalları, faringeal asenden arter, sfenopalatin arterden beslenmektedir. Venöz drenajı ise faringeal plexus aracılığı ile pterigoid plexusda toplanır. İnternal juguler vene dökülür.

¹ Opt. Dr., Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, secilkayali81@yahoo.com

Nazofarenks kanserleri posterior servikal lenf nodları, jugulodigastrik lenf nodları tutulur. İki taraflı lenf nodu tutulumu %40-50 oranında görülmektedir (29). Radyoterapi sırasında boyundaki lenf nodlarına da terapi uygulanmaktadır. Lenf nodları bazı durumlarda tekrar oluşabilmektedir veya devam edebilmektedir (30). Tedavi sonrası nüks ve rezidü lenf nodu oranı %3-18 arasında değişmektedir (31). Cerrahi olarak hastalara radikal boyun diseksiyonu uygulanmaktadır (27, 28).

Boyna radikal dozda radyoterapi uygulanmış, primer bölgede tümör kalmamış ve uzak metastazı bulunmayan vakalarda boyunda nüks veya rezidü olması durumunda radikal boyun diseksiyonu uygulanır. Bunun dışında modifiye radikal boyun diseksiyonu, selektif boyun diseksiyonu veya lenf nodu rezeksiyonu yapılabileceği belirtilse de tam fikir birliği bulunmamaktadır (31, 32). Radikal boyun diseksiyonu yapılan hastalarda beş yıllık sağkalım %38'dir (24, 33). Mortalite %0, morbidite ise %13'dür (24, 30, 31). Boyun diseksiyonu uygulanırken boyun derisi radyoterapi almış olduğu için insizyon dikkatli seçilmelidir (34). Görüntülemelerde karotis invazyonuna, brankial pleksus tutulumu ve derin boyun kaslarının tutulumunun olup olmadığına dikkat edilmelidir. Bu hayati organlar tümörle tutulu ise boyunda mikroskopik olarak tümör kalabilmektedir. Bu tip durumlarda boyun diseksiyonu sonrası brakiterapi uygulayabilmek için pektoralis major flebi oluşturulur. Hasta stabil olduğunda radyoaktif kaynaklar tümör bölgesine uygulanabilir (35).

SONUÇ

Nazofarenks kanserlerinin radyosensitivitesinin yüksek oranda olması nedeniyle birinci tedavi seçeneği radyoterapidir. Boyunda rezidü veya nüks tümör olması durumunda, hastalara cerrahi olarak radikal boyun diseksiyonu uygulanır. Bu tedavinin uygulanması, beş yıllık sağkalımda artış sağlamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Chang ET, Adami HO. The enigmatic epidemiology of nasopharyngeal carcinoma. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006; 15: 1765-77.
2. Spano JP, Busson P, Atlan D et al. Nasopharyngeal carcinomas: an update. *Eur J Cancer* 2003; 39(15): 2121-35.
3. DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA. *Cancer. Principles & Practice of Oncology* 6th Ed 2001.
4. Chan AT. Nasopharyngeal carcinoma. *Ann Oncol* 2010; 21: 308-12.
5. Hsu C, Shen YC, Chen CC, et al. Difference in the incidence trend of nasopharyngeal and oropharyngeal carcinomas in Taiwan: implication from age period cohort analysis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006; 15: 856-61.
6. Yuan JM, Wang XL, Xiang YB et al. Preserved foods in relation to risk of nasopharyngeal carcinoma in Shanghai, China. *Int J Cancer* 2000; 85: 358-63.

7. Farrow DC, Vaughan TL, Berwick M, et al. Diet and nasopharyngeal cancer in a low-risk population. *Int J Cancer* 1998; 78: 675-9.
8. Liebowitz D. Nasopharyngeal carcinoma: the EBV association. *Semin Oncol* 1994; 21: 376-81.
9. Farrow DC, Vaughan DL, Berwick M, et al. Diet and NPC in a low risk population. *Int J Cancer* 1998; 78(6): 675-9.
10. Chelleng PK, Narain K, Dao HK et al. Risk factors for cancer nasopharynx: a case control study from Nagaland, India *National Medical Journal of India* 2000; 13(1): 6-8.
11. Henle W, Henle G, Ho HC et al. Antibodies to EBV in nasopharyngeal carcinoma, other head and neck neoplasm, and control groups. *J Natl Cancer Inst* 1970; 44: 225-31.
12. Deng H, Zeng Y, Lei Y, et al. Serological survey of NPC in 21 cities of South China. *Chin Med J (Engl)* 1995; 108(4): 300-3.
13. Lo YM, Leung SF, Chan LY et al. Plasma cell-free Epstein-Barr virus DNA quantitation in patients with nasopharyngeal carcinoma (Correlation with clinical staging). *Ann N Y Acad Sci* 2000; 906: 99-101.
14. Ma BB, King A, Lo YM et al. Relationship between pretreatment level of plasma Epstein-Barr virus DNA, tumor burden, and metabolic activity in advanced nasopharyngeal carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2006; 66: 714-20.
15. Lo YM, Chan AT, Chan LY et al. Molecular prognostication of nasopharyngeal carcinoma by quantitative analysis of circulating Epstein-Barr virus DNA. *Cancer Res* 2000; 60: 6878-81.
16. Lo YM, Chan LY, Chan AT et al. Quantitative and temporal correlation between circulating cell-free Epstein-Barr virus DNA and tumor recurrence in nasopharyngeal carcinoma. *Cancer Res* 1999; 59: 5452-55.
17. Leung SF, Chan AT, Zee B et al. Pretherapy quantitative measurement of circulating Epstein-Barr virus DNA is predictive of posttherapy distant failure in patients with early-stage nasopharyngeal carcinoma of undifferentiated type. *Cancer* 2003; 98: 288-91.
18. De-Vathaire F, Sancho-Garnier H et al. Prognostic value of EBV markers in the clinical management of NPC. A multi center follow up study. *Int J Cancer* 1988; 42: 176-81.
19. Chan SH. Aetiology of NPC. *Ann Acad Med Singapore* 1990; 19(2): 201-7.
20. Simons MJ, Wee GB, Goh EH. Immunogenetic aspects of NPC. IV. Increased risk in Chinese of NPC associated with a Chinese related HCA profile (A2, Singapore). *J Nat Cancer Inst* 1976; 57: 977-80.
21. Shao J, Li Y, Wu Q, et al.: High frequency loss of heterozygosity on the long arms of chromosomes 13 and 14 in NPC in South China. *Chin Med J (England)* 2002; 115(4): 571-5.
22. Dolly PH, Kwok-Wail L. Genetics of NPC. *UICC workshop on NPC*. 35-38. Feb 11-15 Singapore 1998.
23. Altun M, Fandi A, Dupuis O et al. Undifferentiated nasopharyngeal carcinomas: current diagnosis and therapeutic aspects. *Int J Radiat Oncol Biol Phys (US)* 1995; 32(3): 859-77.
24. Wei WI, Sham JS. Nasopharyngeal carcinoma. *Lancet* 2005; 365(9476): 2041-54.
25. Perez CA, Brady LW. 3rd edition, *Principles and Practice of Radiation Oncology* 1998.

26. Vokes EE, Liebowitz DN, Weichselbaum RR. Nasopharyngeal carcinoma. *Lancet* 1997; 350(9084): 1087-91.
27. Ho JHC, Chan M, Tsao Sy et al. Treatment of residual and recurrent cervical metastasis from NPC. *Ad Acad Med* 1988; 17: 22-24.
28. Wei WI, Ho CM, Wong MP et al. Pathological basis of surgery in the management of postradiotherapy cervical metastasis in NPC. *Arch Otolaryngol Head and Neck Surg* 1992; 118(9): 923-9.
29. Engin K, Erişen L. Nazofarenks Kanserleri, Baş Boyun Kanserleri. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2003;145-83.
30. Özyar E, Hoşal AŞ. Nazofarenks neoplazmları. Çelik O, editör. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi, 2. Baskı, İzmir, Asya Tıp Kitabevi; 2007. p.657-74.
31. Wei WI, Mok VW. The management of neck metastases in nasopharyngeal cancer. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2007;15(2): 99-102.
32. Peng H, Wang SJ, Yang X, Lin J, Guo H, Liu M. Modified radical neck dissection for residual neck disease after radiotherapy of nasopharyngeal carcinoma. *Auris nasus Larynx* 2014; 41(5): 485-90.
33. Wei WI. Cancer of the nasopharynx: Functional surgical salvage. *World J Surg* 2003; 27(7): 844-8.
34. MacFee WF. Transverse incisions for neck dissection. *Ann Surg.* 1960; 151: 279-84.
35. Wei WI, Ho WK, Cheng AC et al. Management of extensive cervical nodal metastasis in nasopharyngeal carcinoma after radiotherapy: a clinicopathological study. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2001; 127: 1457-62.