

DUDAK KANSERLERİNDE CERRAHİ

Hakkı Caner İNAN¹

Vaka sunumu

81 yaşında, erkek hasta 2 aydır alt dudakta geçmeyen yara ve kabuklanma şikayetiyle tarafımıza başvurdu. Daha önce aynı lezyona yönelik oral ve topikal antibiyotik tedavisi almıştı. Lezyon bölgesinde zaman zaman kanama görülmekteydi.

Özgeçmiş

Bilinen ek hastalık yok.

Geçirilmiş baş boyun kanseri veya baş boyun bölgesine RT öyküsü yok.

Geçirilmiş ameliyat yok.

Medikal tedavi öyküsü yok.

Anamnezde sorgulanması gereken olası risk faktörleri nelerdir?

Bir erişkin hastada oral kavite ve dudakta geçmeyen ülser ve yara varlığında aksi ispat edilene kadar malign lezyondan şüphelenilmelidir. Dudakta aynı şikayetlere yol açabilecek çeşitli lokal ve sistemik hastalıklar olmasına rağmen, her hastada kanser varlığı akılda tutulmalıdır. Hastalarda sorgulanması gereken olası risk faktörleri şunlardır:

- Sigara ve tütün kullanımı, süresi
- Alkol kullanımı

- Güneş ışınlarına uzun süreli maruziyet öyküsü
- Otoimmün veya sistemik hastalık varlığı
- Dudak bölgesine travma öyküsü
- Daha önce malignensi öyküsü
- Baş boyun bölgesine daha önce radyoterapi hikayesi
- Daha önce oral kavitede lezyon olup olmaması

Hastadan alınan anamnezde çiftçi olduğu öğrenildi. 40 paket yıl sigara kullanım öyküsü vardı fakat son 20 yıldır sigara kullanmamaktaydı. Alkol kullanımı yoktu.

¹ Dr. Öğr. Gör. Hakkı Caner İNAN, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi / Bursa Kulak Burun Boğaz Bölümü hakkicanerinan@gmail.com.

Literatürde dudak kanserlerinde araştırılan ve boyun metastazı riskini arttıran bazı faktörler tümör boyutu, histopatolojik diferansiasyon, perinodal ve lenfatik invazyon varlığıdır (22). Vanderlei ve ark.'larının cerrahi ile tedavi ettikleri 139 hastayı inceleyen çalışmada, T2 evresindeki hastalar tümörün 3 cm'den büyük olup olmamasına göre T2a ve T2b olarak 2 gruba ayrılmışlardır (23). Boyun metastazı T1'de %11,7, T2a'da %9, T2b'de % 43,7 ve T3+T4'te %52,2 olarak bulunmuştur. Profilaktik boyun diseksiyonunun 3 cm'den büyük tümörlerde yapılmasını önermişlerdir. Casal ve ark.'ları perinodal ve lenfatik invazyon varlığının kansere bağlı ölüm riskiyle ilişkisini göstermişlerdir (24).

Dudak kanserlerinde lenf nodu metastazı riskini değerlendirmek için yapılan bir modelde tümör boyutu, tümör derinliği ve grade en önemli prediktif faktörler olarak belirlenmiştir (25). Hastaları yüksek, orta ve düşük riskli olarak 3 gruba ayırmışlardır. Yüksek risk: iyi diferansiye ve tümör derinliği >5 mm veya orta-kötü diferansiye ve tümör derinliği > 2.5 mm; düşük risk: iyi diferansiye ve tümör derinliği <5mm veya orta-kötü diferansiye tümör derinliği < 2.5 mm olarak belirlenmiştir. Yüksek riskli hastalarda seviye 1-3'ü içeren selektif boyun diseksiyonunu veya sentinel lenf nodu biyopsisini veya agresif yakın takibi önermişlerdir. Bilateral tümör uzanımı olan hastalarda eğer boyun diseksiyonu yapılacaksa bilateral selektif boyun diseksiyonu yapılması gereklidir. Boyun diseksiyonu ilk cerrahi sırasında veya 4 hafta içerisinde yapılabilir (25).

Görüldüğü üzere erken evre dudak kanserlerinde klinik N0 boyunların tedavisi tartışmalıdır. Bizim hastamızda T1 bir tümör olmasına rağmen hastanın tercihi ve klinik şüphe nedeniyle profilaktik supraomohyoid boyun diseksiyonu yapılmış fakat metastaz görülmemiştir. Geniş seriler göz önüne alındığında dudak kanserlerinde erken evrelerde bekle gör yöntemi ve yakın takip, morbiditeyi azaltmak açısından faydalı olabilir. Fakat burada hastaya ait faktörlerde göz önünde bulundurulmalıdır. Takibe gelemeyecek, kötü diferansiye veya 3 cm'den büyük T2 tümöre sahip hastalarda ilk cerrahi sırasında elektif boyun diseksiyonunun yapılması lokal nüksleri engellemek açısından önemlidir. Hastamızda uyguladığımız Abbe lokal flebi kozmetik ve fonksiyonel olarak kullanışlı bir fleptir. Pediküllü bir flep olması dayanıklılığını arttırmaktadır. Bizim vakalarımızda gördüğümüz tek dezavantajı ise pedikülün ayrılması için ikinci bir cerrahi gereksinimine ihtiyaç duyulmasıdır.

KAYNAKLAR

1. Hacıkamiloğlu, E. Gültekin, M. (2017). *Sağlık istatistikleri yılı 2017*. Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı.
2. Gooris PJJ, Vermey A, De Visscher JGAM, et al. Supraomohyoid neck dissection in the management of cervical lymph node metastases of squamous cell carcinoma of the lower lip. *Head Neck*. 2002;24(7):678-683. doi:10.1002/hed.10079
3. Géraud C, Koenen W, Neumayr L, et al. Lip cancer: Retrospective analysis of 181 cases. *JDDG - J Ger Soc Dermatology*. 2012;10(2):121-127. doi:10.1111/j.1610-0387.2011.07853.x
4. Huang SH, O'Sullivan B. Overview of the 8th Edition TNM Classification for Head and Neck Cancer. *Curr Treat Options Oncol*. 2017;18(7). doi:10.1007/s11864-017-0484-y
5. Bozan N, Kocak OF, Cankaya H, et al. Lip cancer: A 16-year retrospective epidemiological study in Eastern part of Turkey. *J Pak Med Assoc*. 2016;66(11):1433-1435.
6. Lydiatt WM, Patel SG, O'Sullivan B, et al. Head and neck cancers-major changes in the American Joint Committee on cancer eighth edition cancer staging manual. *CA Cancer J Clin*. 2017;67(2):122-137. doi:10.3322/caac.21389
7. Kerawala C, Roques T, Jeannon J-P, et al. Oral cavity and lip cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *J Laryngol Otol*. 2016;130(S2):S83-S89. doi:10.1017/s0022215116000499
8. Biasoli ER, Valente VB, Mantovan B, et al. Lip Cancer: A Clinicopathological Study and Treatment Outcomes in a 25-Year Experience. *J Oral Maxillofac Surg*. 2016;74(7):1360-1367. doi:10.1016/j.joms.2016.01.041
9. Gooris PJJ, Maat B, Vermey A, et al. Radiotherapy for cancer of the lip: A long-term evaluation of 85 treated cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1998;86(3):325-330. doi:10.1016/S1079-2104(98)90180-9
10. Rovirosa-Casino A, Planas-Toledano I, Ferre-Jorge J, et al. Brachytherapy in lip cancer. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2006;11(3).
11. Moretti A, Vitullo F, Augurio A, et al. Surgical management of lip cancer. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2011;31(1):5-10.
12. Yılmaz S, Ercocen AR. Is elective neck dissection in T1-2, N0 patients with lower lip cancer necessary? *Ann Plast Surg*. 2009;62(4):381-383. doi:10.1097/SAP.0b013e-318184ab14
13. Ant A, Kilic C, Baltu Y, et al. Lip cancer: Reconsidering the at-risk patients with pathological assessment. *Oral Dis*. 2019;25(3):742-749. doi:10.1111/odi.13017
14. Sollamo EMJ, Ilmonen SK, Virolainen MS, et al. Sentinel lymph node biopsy in cN0 squamous cell carcinoma of the lip: A retrospective study. *Head Neck*. 2016;38:E1375-E1380. doi:10.1002/hed.24230
15. Vukadinovic M, Jezdic Z, Petrovic M, et al. Surgical Management of Squamous Cell Carcinoma of the Lip: Analysis of a 10-Year Experience in 223 Patients. *J Oral Maxillofac Surg*. 2007;65(4):675-679. doi:10.1016/j.joms.2006.03.054
16. Kowalski LP, Sanabria A. Elective neck dissection in oral carcinoma: a critical review of the evidence. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2007;27(3):113-117.
17. Bhandari K, Wang DC, Li SC, et al. Primary cN0 lip

- squamous cell carcinoma and elective neck dissection: Systematic review and meta-analysis. *Head Neck*. 2015;37(9):1392-1400. doi:10.1002/hed.23772
18. Eskizmir G, Ozgur E, Karaca G, et al. Stage is a prognostic factor for surgically treated patients with early-stage lip cancer for whom a "wait and see" policy in terms of neck status has been implemented. *J Laryngol Otol*. 2017;131(10):889-894. doi:10.1017/S0022215117001669
 19. Morselli P, Masciotra L, Pinto V, et al. Clinical parameters in T1N0M0 lower lip squamous cell carcinoma. *J Craniofac Surg*. 2007;18(5):1079-1082. doi:10.1097/scs.0b013e31811ec221
 20. Rouviere H, Tobies MJ. *Trans: Anatomy of the human lymphatic system*. Ann Arbor, MI: Edwards Brothers; 1938. p. 86-8.
 21. Basaran B, Ulasan M, Orhan KS, et al. Is it necessary to remove submandibular glands in squamous cell carcinomas of the oral cavity?. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2013;33(2):88-92.
 22. Kavabata NK, Caly DN, Ching TH, et al. Predictive factors for late cervical metastasis in stage I and II squamous cell carcinoma of the lip. *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngology*. 2019;276(7):2047-2053. doi:10.1007/s00405-019-05457-x
 23. Vanderlei JPDM, Pereira-Filho FJF, Da Cruz FA, et al. Management of neck metastases in T2N0 lip squamous cell carcinoma. *Am J Otolaryngol - Head Neck Med Surg*. 2013;34(2):103-106. doi:10.1016/j.amjoto.2012.09.007
 24. Casal D, Carmo L, Melancia T, et al. Lip cancer: A 5-year review in a tertiary referral centre. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg*. 2010;63(12):2040-2045. doi:10.1016/j.bjps.2009.12.022
 25. Wermker K, Belok F, Schipmann S, et al. Prediction model for lymph node metastasis and recommendations for elective neck dissection in lip cancer. *J Cranio-Maxillofacial Surg*. 2015;43(4):545-552. doi:10.1016/j.jcms.2015.02.002