

## BÖLÜM 2

### BOYUN DİSEKSİYONLARI

Altan KAYA<sup>1</sup>

#### GİRİŞ

Boyun diseksiyonu ve servikal lenfadenektomi terimleri eş anlamlıdır ve her ikisi de lenfoid dokuların sistematik olarak çıkarılmasını ifade eder. Bu prosedür boyundaki bölgesel metastatik lenf düğümlerinin çıkarılmasıdır. Çoğu hastada bu metastazlar özellikle ağız boşluğu, yutak, gırtlak, yüz ve kafa derisinin deri maligniteleri , burun ve sinüslerin, tükürük ve tiroid bez malignitelerinin metastatik nodal yayılımlarıdır.

Palpabl servikal lenf nodu veya radyolojik olarak saptanabilen metastatik hastalığı olan bir hasta daha önce tedavi edilmemiş ise terapötik boyun diseksiyonu olarak adlandırılır. Boyun diseksiyonu sıklıkla klinik veya radyolojik kanıt olmasa bile elektif olarak yapılabilir. Elektif boyun diseksiyonları mikroskobik metastaz yapma oranı yüksek malignitelerde uygulanır.

Genel olarak, hastalığın T evresinin yüksekliği, histolojisi, tümörün yerleşim yeri, perinöral invazyon , tümörün invazyon derinliği nodal yayılımı ile ilişkilidir. Boyun diseksiyonun endike olup olmadığına karar verirken önemli olan üstte sayılan diğer faktörler, genel tedavi planıyla ilgilidir.(1)

#### TARİHÇE

20. yüzyıldan önceki yayınlarda çok az servikal tedavi veya tekniklerden bahsedilmektedir. Servikal nodların çıkarılması ilk kez kavramsal yaklaşım olarak 1880'de Kocher tarafından yapıldı.Aynı sıralarda, Packard dil kanseri için çevredeki lenf bezlerini çıkardı. Radikal boyun diseksiyonunun (RND) ilk tanımı Polonyalı bir cerrah olan Jawdyski tarafından tanımlandı. Ancak Crile , bu prosedürün etkinliğini geliştiren ve bildiren kişidir.(1)

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Kayseri Şehir Hastanesi KBB Kliniği, altankaya38@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0001-8918-9054

## Karotis Arter Rüptürü

Boyun diseksiyonunun korkulan ve en sık görülen ölümcül komplikasyonudur. Karotis arter rüptürü cerrahi sırasında veya sonrasında gelişebilir. Cerrahi sırasında kontrolsüz ve dikkatsiz diseksiyon yapılması veya diseksiyon sırasında kullanılan koter, ligasure, harmonik scalpel gibi cerrahi enstrümanların kontrolsüz kullanımı sonucunda oluşabilir. Postoperatif dönemde RT, şilöz fistül, faringokutanöz fistül ve yara yeri enfeksiyonları sonrasında karotis duvarında erozyona bağlı oluşabilir. Hasta RT almış veya alacaksa, cerrahi sırasında karotis üzerinde herhangi bir doku kalmamışsa karotisin açıkta bırakılmaması gerekirse myokutan fleplerin kullanılması gerekmektedir. Baş boyun cerrahilerinde Deltapektoral fasyokutan flep, Pektoralis Major myokutan flep, Latissimus dorsi kas flebi, Levator skapula kas flebi, Supraklaviküler cilt ada flebi ve ön kol serbest cilt flebi en sık kullanılan fleplerdir. Yüksek debili şilöz fistüller ve faringokutanöz fistüllerde konservatif tedaviyi uzatmadan cerrahi tedavilere yönelmek karotis arter rüptür oluşma olasılığını azaltacaktır. Kesi neticesinde oluşan yırtıkların primer onarımı mümkünken RT sonrası, şilöz ve faringokutanöz fistüller neticesinde erode bir karotisin primer onarımı mümkün değildir. Bu durumlarda *Fogarty kateteri ile kanamanın geçici olarak kontrol altına alınması* ve sonrasında safen ven-sentetik greftler, by-pass yöntemleri ile onarımı gerekmektedir. Bu uygulamaların yapılmadığı hastalarda karotis proksimal ve distalden bağlanarak kanama kontrol altına alınır.

## KAYNAKLAR

1. Cummings. Otolaryngology Head and Neck Surgery. 6th ed: Elsevier Saunders; 2014.
2. Shah JP. Patterns of cervical lymph node metastasis from squamous carcinomas of the upper aerodigestive tract. Am J Surg, 1990; 160:405–409.
3. Dhiwakar M, Ronen O, Malone J, et al. Feasibility of submandibular gland preservation in neck dissection: A prospective anatomicpathologic study. Head Neck, 2011; 33(5):603–609.
4. Robbins KT, Clayman G, Levine PA, et al. Neck dissection classification update: revisions proposed by the American Head and Neck Society and the American Academy of Otolaryngology–Head and Neck Surgery. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2002; 128:751– 758.
5. Robbins KT, Shaha AR, Medina HE, et al. Consensus statement on the classification and terminology of neck dissection. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2008; 134:536–538.
6. Rouviere H. Anatomie des Lymphatiques de l'Homme. Paris: Masson et Cie; 1932.
7. Fisch UP, Sigel ME. Cervical lymphatic system as visualized by lymphography. Ann Otol Rhinol Laryngol, 1964; 73:870–882.
8. Skolnik EM, Yee KF, Friedman M, et al. The posterior triangle in radical neck surgery. Arch Otolaryngol, 1976; 102:1–4.
9. Byers RM, Clayman GL, McGill D, et al. Selective neck dissections for squamous carcinoma of the upper aerodigestive tract: patterns of regional failure. Head Neck, 1999; 21:499–505.
10. Robbins KT, Wong FS, Kumar P, et al. Efficacy of targeted chemoradiation and planned selective neck dissection to control bulky nodal disease in advanced head and neck cancer. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 1999; 125:670–675.

## BAŞ BOYUN KANSERLERİ

11. Avanti Verma MD, Amy Y. Chen MD. Indications and outcomes of superselective neck dissection: A review and analysis of the literature. *Laryngoscope Investigative Otolaryngology*, 2020; 1–5.
12. Carlos Suárez , Juan P. Rodrigo , K. Thomas Robbins , et al. Superselective neck dissection: rationale, indications, and results. *European Archives of Oto-Rhino Laryngology and Head & Neck*, 2013;
13. Suárez C, Rodrigo JP, Robbins KT, et al: Superselective neck dissection: rationale, indications, and results. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 270(11):2815–2821, 2013; 270(11):2815-21.
14. Grubb RL, Jr, Derdeyn CP, Fritsch SM, et al. Importance of hemodynamic factors in the prognosis of symptomatic carotid occlusion. *JAMA*, 1998; 280:1055–1060.
15. Morton DL, Wen DR, Wong JH, et al. Technical details of intraoperative lymphatic mapping for early stage melanoma. *Arch Surg*, 1992; 127:392–399.
16. Ahmet Ömer İkiz, Berna Değirmenci Polack. Sentinel Lymph Node Scintigraphy and Biopsy in Head and Neck Cancers. *Nuclear Medicine Seminars / Nükleer Tıp Seminerleri*, 2017;3:121-128
17. Leipzig B, Suen JY, English JL, et al. Functional evaluation of the spinal accessory nerve after neck dissection. *Am J Surg*, 1983; 146:526– 530.
18. Remmler D, Byers R, Scheetz J, et al. A prospective study of shoulder disability resulting from radical and modified neck dissections. *Head Neck Surg*, 1986; 8:280–286.
19. Kuntz AL, Weymuller EA Jr. Impact of neck dissection on quality of life. *Laryngoscope*, 1999; 109(8):1334–1338.
20. Spiro JD, Spiro RH, Strong EW. The management of chyle fistula. *Laryngoscope*, 1990; 100:771–774.
21. Wenig BL, Heller KS. The syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone (SIADH) following neck dissection. *Laryngoscope*, 1987; 97:467–470.
22. Marks SC, Jaques DA, Hirata RM, et al. Blindness following bilateral radical neck dissection. *Head Neck*, 1990; 12:342-345.