

DUDAK KANSERLERİ

CARCINOMA OF THE LIP

Enver ALTAŞ, Yavuz SÜTBETAY, Bülent AKTAN, Fazlı ERDOĞAN, Süleyman ŞİRİN
Murat KARAŞEN

Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz (EA, YS, BA, SŞ, MK) ve Patoloji (FE) Anabilim Dalları
Erzurum

Özet

1987-1997 yılları arasında, Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz ve Baş-Boyun Cerrahisi Anabilim Dalında, dudak kanseri tanısıyla 37 hastanın tedavi ve takibi yapıldı. Tedavi yaklaşımlarımız ve prognoza etki eden faktörler retrospektif olarak incelendi. Otuzyediden hastadan 22'sinin postoperatif dönem 5 yılının dolduğu, 5 yılı dolandıktan 17'sinin takibinin yapılabildiği ve bunlardan 15'inin halen hayatta olduğu, kalan 2 hastanın dudak kanserinden eks olduğu öğrenildi. Buna göre, takibi yapılabilen hastaların 5 yıllık sağ kalım süresinin (sürvi) %88.3 olduğu görüldü. Postoperatif dönemde prognozu etkileyen faktörler; tümörün lokalizasyonu, TNM sınıflandırması ve tümörün histopatolojik diferansiyasyonu olarak belirlendi.

Anahtar kelimeler: Dudak kanseri, Tedavi, Prognoz.

Summary

Management and prognostic criteria of 37 patients with carcinoma of the lip accepted to Atatürk University, Medical School, ENT & Head and Neck Surgery Clinic were investigated retrospectively. Of seventeen from 22 patients were follow up in 5-year postoperative period. Fifteen of them were live a life and 2 of the other had been exitus because of carcinoma of the lip. Thus, 5-year determinate survival was 88.3 per cent. Prognostic factors in postoperative period are localisation of the tumor, TNM classification and histopathological differentiation.

Key words: Carcinoma of the lip, Therapy, Prognosis.

AÜTD 1997, 29:527-530

MJAU 1997, 29:527-530

Giriş

Dudak kanserleri baş ve boyun malignansileri arasında nispeten sık görülen kanserlerdendir (%12) (1). Dudak kanserlerinin tedavisinde değişik görüşler ve uygulamalar vardır. Cerrahi tedavi radyoterapiye oranla daha sık tercih edilir. Dudak kanseri için herhangi bir cerrahi tedavide asıl hedef, normal doku kenarları ile birlikte tümörün tam çıkarılmasıdır. İkinci derecede önemli hedef ise, rekonstrüktif cerrahi ile dudak fonksiyonu ve estetiğinin korunmasıdır (2-5). Bu retrospektif çalışmamızın amacı; dudak kanserli olgularda uyguladığımız tedavi teknikleri, prognoz ve prognoza etki eden faktörleri ortaya koymaktır.

Materyal ve Metod

Bu retrospektif çalışmamız, 1987-1997 yılları arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Anabilim dalında dudak kanseri tanısıyla tedavi olan 37 hastayı kapsamaktadır. Bu hastalar AJC 1988 TNM sınıflandırmasına göre evrelendirildi (6). Biyopsi spesmenleri yeniden gözden geçirildi. Uygulanan tedavilerin prognoz bakımından sonuçlarının değerlendirilmesinde, postoperatif dönemde geçen 5 yıllık sağ kalım süresi göz önünde bulunduruldu. Çalışmamızdaki istatistiksel karşılaştırma Student-t testine göre yapıldı.

Bulgular

Epidemiyolojik değerlendirmede; hastalar 31-95 yaşları arasında olup, ortalama yaş 56.9'du. Dudak kanserlerinin %86.5'i alt dudakta, %13.5'u üst dudakta ve %10.8'i de komissür tutulumu ile birlikte bulundu. Histopatolojik değerlendirme sonucu, dudak

kanserlerinin %81'i yassı epitel hücreli karsinom ve %19'u bazal hücreli kanserdi. Metatipik karsinomlu olgu yoktu. Yassı epitel hücreli karsinom olan hastaların tamamında lezyonun lokalizasyonu alt dudak olup %10 olguda bu lokalizasyon komissür tutulumu ile birlikte idi. Bazal hücreli kanseri olan hastalarda lezyonun lokalizasyonu %71.4 olguda üst dudak olup %28.6 olguda bu lokalizasyon komissür ile birlikte bulundu. Primer tümörün büyüklüğü ile boyun metastazı arasındaki ilişki incelendiğinde; T1 lezyonlu 25 olgunun (bunları 19'u yassı epitel hücreli karsinom, 6'sı bazal hücreli karsinomlu idi) yalnızca 1'inde boyun metastazı (%4) ve T2 lezyonlu 10 olgunun (bu olguların tümü yassı epitel hücreli karsinomlu idi) 2'sinde boyun metastazı olduğu (%20) görüldü ve aradaki fark anlamlı bulundu ($p < 0.001$). Sürvi oranında da benzer bir etki görüldü. T1 lezyonlar için %100, T2 lezyonlar için %50, T3 lezyonlar için %0 bulundu. Hastaların primer tedavileri sonrası, histopatolojik inceleme sonuçlarına göre TNM sınıflandırması Tablo 1'de, otuzyediden dudak kanserli hastaya uygulanan değişik tedaviler de Tablo 2'de görülmüyor. Çalışma grubumuzdaki olguların komissür tutulumu olmayan ve olanlarında sürvi %85.8 ve %50 olarak gözlemlendi ve komissür tutulumu 5 yıllık sürviyi anlamlı ölçüde düşürdüğü görüldü ($p < 0.05$). Çalışma grubumuzdaki olguların komissür tutulumu olmayan ve olanlarında sürvi %85.8 ve %50 olarak gözlemlendi ve istatistiksel olarak komissür tutulumunun 5 yıllık sürviyi anlamlı ölçüde düşürdüğü görüldü ($p < 0.05$). Çalışma grubumuz için diferansiyasyon-sürvi analizi yapıldı. Çalışma grubumuzda, %86.5 Grade I ve II, %8.1 Grade III ve %5.4 Grade IV oranında bulundu.

Tablo 1. Dudak Kanserli Olgularımızın TNM Sınıflandırması.

T	No(%)	N+(%)	N2(%)	N3(%)	Toplam(%)
T1	24	1		1	25 (%67)
T2	8	2	2		10 (%27)
T3		1	1		1 (%2.7)
T4		1		1	1 (%2.7)
	32(86.5)	5(13)	3(8.1)	2(5.4)	37(100)

İyi(26 olgu), orta (3 olgu) ve az (2 olgu) diferansiye tümörlerde boyun metastazı oranlarının %3.1, %33.3 ve %50 olduğu görüldü. 5 yıllık sürvi oranı iyi diferansiye lezyonlar için %96.9, orta diferansiye lezyonlar için %50 olduğu görüldü. Dudak kanserli hastalarda 5 yıllık takibi yapılamayan hastalarla beraber genel (absolu) sürvi oranı çalışma grubumuzda %60.0 bulundu. Çalışma grubumuzdaki olguların histopatolojik değerlendirilmesi sonucunda, dudak kanserli olgularımızın %81'i yassı epitel hücreli karsinom ve %19'u bazal hücreli karsinomdu ve görülme sıklığı sırasına göre literatürle paralellik gösterdi. Primer lezyonun lokalizasyonu rekonstrüksiyon tekniğinin yanı sıra, metastaz ve sürvi oranlarını da etkilemiştir. Literatür taramamızda, dudak kanserlerinin en sık alt dudakta görüldüğü (%88-98) (11,12), üst dudakta ise çok nadir görüldüğü (%2-7) (11-14) ve dudak komissüründen kaynaklanan dudak kanserlerinin en az görüldüğü (%2) (15), ayrıca üst veya alt dudak kanserleri ile beraber komissürün tutulma oranının % 5 olduğu (16) bulundu. Çalışmamızda; dudak kanserlerinin %86.5'u alt dudakta, %13.5'u üst dudakta ve %10.8'i ise komissür tutulumu ile birlikte bulundu. Buna göre literatüre göre çalışma grubumuzda, alt dudak tutulumu daha paralel olmakla beraber üst dudak ve komissür tutulumunun fazlalığı dikkati çekmektedir. Komissür tümörlerinin kür oranları dudağın diğer yerlerindeki lezyonların kür oranlarından daha düşüktür. Cross ve ark.ları, oral komissür kanserli hastalarda 5 yıllık sağ kalım (sürvi) oranını %42 olarak rapor ettiler (17). Çalışma grubumuzdaki olguların komissür tutulumu olmayan ve olanlarında sürvi %85.8 ve %50 olarak gözlemlendi. Bu durum literatürle paralellik gösterip

komissür tutulumunun 5 yıllık sürviyi anlamlı ölçüde düşürdüğü sonucuna varıldı ($p < 0.05$). Primer tümörün büyüklüğü ile boyun metastazı arasındaki ilişki vardır. Bu ilişki incelendiğinde; T1 lezyonlu 25 olgunun yalnızca 1'inde boyun metastazı (%4) ve T2 lezyonlu 10 olgunun 2'sinde boyun metastazı olduğu (%20) görüldü ve aradaki fark anlamlı bulundu ($p < 0.001$). Sürvi oranında da benzer bir etki görüldü. T1 lezyonlar için %100, T2 lezyonlar için %50, T3 lezyonlar için %0 bulundu. Çalışma grubumuz için diferansiyasyon-sürvi analizi yapıldı. Literatür araştırmamızda, alt dudak yassı epitel hücreli karsinomların yaklaşık %85'inin iyi diferansiye olduğu (grade I ve II) ve yalnızca %5'i az diferansiye olduğu görüldü (grade III ve IV'ü) (7). Çalışma grubumuzda, %86.5 Grade I ve II, %8.1 Grade III ve %5.4 Grade IV şeklinde olup literatürle uyumlu bulundu. İyi, orta ve az diferansiye tümörlerde boyun metastazı oranlarının %3.1, %33.3 ve %50 olduğu görüldü. 5 yıllık sürvi oranı iyi diferansiye lezyonlar için %96.9, orta diferansiye lezyonlar için %50 bulundu. Böylece, yüksek evreli tümörlerin düşük evreli tümörlerden daha yüksek lokal rekürrens oranları, daha yüksek servikal lenf nod metastazları ve daha düşük 5 yıllık sürvi oranları gösterir (18) şeklindeki literatür bilgisiyle çalışma grubumuzdan elde edilen sonuçların paralellik gösterdiği bulundu. Servikal lenf nod metastaz varlığı, sağ kalım oranlarını olumsuz bir şekilde etkiler (% 29-68 { %50 }) (11,12,17,19). Dudak kanserinde okkült metastaz oranı %10'un altındadır (19). Tümör teşhis edildiği zaman lenf nod metastazı %2-16 (%8) oranında bulunmuştur (2,5,12,14,18,20-23). Primer dudak kanserinin tedavisini takip eden dönemde servikal lenf nod metastazı manifest hale gelebilir (%5-13). Komissür lezyonları alt dudak lezyonlarından daha büyük bir başlangıç servikal lenf nod metastazına sahiptir (%15-19) (23). Üst dudak kanserinde, bu oran en yüksektir (%50) (24). Lokal rekürrens gösteren olgularda ise bu oran %30'dur (11). Dudak kanseri diğer baş ve boyun bölgesi kanserlerinden daha kürablardır (6). Kür oranları %83-89 olarak rapor edilmiştir (2,11-13,25,26).

Tablo 2. Dudak Kanserli Hastalara Uyguladığımız Tedavi Metodları.

Tedavi metodu	Hasta sayısı	%
Vermilyonektomi + "V" eksizyon	1	2.7
"V" eksizyon	9	24.0
Abbé-Estlander	17	45.9
Bernard	4	10.8
Szymanowski	1	2.0
Tümör eksizyonu + Boyun Diseksiyonu	4	10.8
Tümöreksizyonu + Geç Boyun Diseksiyonu + Parotidektomi	1	2.7
+ Segmental Mandibulektomi		
+ Radyoterapi		

Toplam	37	100
Tablo 3. Dudak Kanserli Hastaların 5 Yıllık Sürvi Oranlarının Kronolojisi.		
Araştırmacılar	Total hasta sayısı	5 yıllık sürvi (%)
		*Determinate **Absolu
Schreiner ve Christy(15)	636	74.4 58.9
Cross ve ark. (17)	563	58.5 49.9
Wookey ve ark. (28)	1128	85.1 58.4
Gladstone ve Kerr (20)	519	82.4 65.1
MacKay ve Sellers (23)	3166	89.0 65.0
Jorgensen ve ark. (12)	869	96.7 84.4
Toplam	5882	81.1 63.6

*Dudak kanseri dışındaki hastalıklardan ölenler ve takip edilemeyen hastalar hariç tutulduğunda.

**Dudak kanserli olguların tümü.

Çeşitli araştırmacıların çalışma serilerinde genel (absolu) sürvi, %49.9 ile %84.4 arasında olup ortalaması %63.6'dır. Dudak kanserli hastalarda 5 yıllık takibi yapılamayan hastalarla beraber absolu sürvi oranı çalışma grubumuzda %60'tır ve literatürle uyumludur. 5 yıllık determinate sürvi çeşitli araştırmacıların çalışma serilerinde %58.5 ile %96.7 arasında olup ortalaması %81.1'dir. Çalışma grubumuzda, takibi yapılabilen hastalarımızın 5 yıllık sağ kalım süresi (determinate sürvi) %88.3 bulundu ve literatürle uyumlu olduğu görüldü (1-3,5,8,9,15,27,28). Primer dudak kanserinin tedavisinde elektif boyun diseksiyonunun rolü tartışmalıdır (9). Biraz daha yaygın bir kanaat, yalnızca geniş primer tümör (en az T2 tümör), komissür tutulumlu tümör, high grade tümörler için veya rekürrens tümörler için elektif boyun diseksiyonu önerilmesidir (2,4,5,12,29). 5 yıllık sürvi oranı boyun metastazı bulunmayan ve takibi yapılabilen olgularda %100 olup boynu N0 olan olgularımız için elektif boyun diseksiyonu uygulanmasının gerekmediği sonucuna varıldı. Boyun metastazı varlığında 5 yıllık sürvi oranı %50 bulundu ve boyun metastazının sürviyi düşürdüğü görüldü ($p < 0.01$). Erdibil ve ark.'nın çalışmasında; hastalar ilk görüldüğünde boyun metastazı oranı %9.9 ve takip döneminde de %6.9 olmak üzere %16.8'dir (27). Çalışma grubumuzdaki hastaların tümünde, hasta ilk görüldüğünde boyun metastazı oranı %10.8 ve takip döneminde de %2.7 ilave olmak üzere toplam %13.5 bulundu. Bu durumun literatürle parallik gösterdiği görüldü. Dudak kanserlerinin cerrahi tedavisindeki önerimiz N0 boyunlu primer tümörün en az 1 cm.lik sağlam doku ile birlikte çıkarıldıktan sonra, dudağın fonksiyonu ve görünümü en az bozulacak şekilde komşu dokularla defektin kapatılarak rekonstrüksiyonun sağlanmasıdır. Ayrıca, N(+) boynu olan, rekürrens gösteren tümörler, T2 ve daha büyük tümörler, komissür tutulumlu tümörler ile high grade tümörler için elektif boyun diseksiyonu ilave edilmesinin sürviyi uzatmak için gerekli olduğu sonucuna varıldı.

Kaynaklar

- Rice DH, Spiro RH. General Management Guidelines. In: Current Concepts in Head and Neck Cancer. The American Cancer Society. Atlanta, 1989; 1-5
- Cruse CW, Radocha RF. Squamous cell carcinoma of The Lip. Plast Reconstr Surg 1987; 80:787-791
- Knabel MR, Koranda FC, Panje WR, et al. Squamous cell carcinoma of the upper lip. J Dermatol Surg Oncol 1982; 8:487-491
- Luce EA. Carcinoma of The Lower Lip. Surg Clin North Am 1986; 66:3-11
- Wurman LH, Adams GL, Meyerhoff WL. Carcinoma of the lip. Am J Surg 1975; 130:470-474
- American Cancer Society. Cancer Facts and Figures. American Cancer Society. Atlanta; 1991;5
- Batsakis JG: Tumors of The Head and Neck. Clinical and Pathological Considerations. Baltimore, Williams & Wilkins Company, 1974; 1221-1227
- Byers RM, Boddie A, Luna MA. Malignant salivary gland neoplasms of the lip. Am J Surg 1977; 134:528
- Heidelberger KP, McClatchey K, Batsakis JG, Van Wieren CR. Primary adenocarcinoma of the lip. J Oral Surg 1977; 35:68
- Weitzner S. Basal-cell carcinoma of the vermilion mucosa and the skin of the lip. Oral Surg 1975; 39:634
- Baker SR, Krause CJ. Carcinoma of the lip. Laryngoscope. 1980; 90:19-27
- Jorgensen K, Elbrond O, Andersen AP. Carcinoma of the lip: A series of 869 cases. Acta Radiol 1973; 12:177-190
- Baker SR: Baker of the lip. In: Holt GR, Gates GA, Mattox DE (eds). Decision Making in Otolaryngology. Ontario, BC Decker Inc., Burlington, 1983.
- Hendricks JL, Mendelson BC, Woods JE. Invasive carcinoma of the lower lip. Surg Clin North Am 1977; 57:837-844
- Schreiner BF, Christy CJ. Results of irradiation treatment of cancer of the lip. Analysis of 636 cases from 1926-1936. Radiology 1942; 39:293
- Zitsch III RP. Carcinoma of the lip. Otolaryngol Clin North Am 1993; 26:265-277
- Cross JE, Guralnick E, Daland EM. A review of 563 case records of carcinoma of the lip at The Pondville Hospital. Surg Gynecol Obstet 1948;87:153-162
- Frierson HF, Cooper PH. Prognostic factors in squamous cell carcinoma of the lower lip. Hum Pathol 1986; 17:346-354
- Baker SR, Krause CJ. Cancer of the lip. In: Suen JY, Myers EN (eds): Cancer of The Head and Neck. New York; Churchill Livingstone, 1981; 280-300
- Gladstone WS, Kerr HD. Epidermoid carcinoma of the lower lip. Am J Roentgenol 1958; 79:101-113
- Heller KS, Shah JP. Carcinoma of the lip. Am J Surg 1979; 138:600-603
- Sack JG, Ford CN. Metastatic squamous cell carcinoma of the lip. Arch Otolaryngol 1978; 104:282-285
- MacKay EN, Sellers AH. A statistical review of carcinoma of the lip. Can Med Assoc J 1964; 90:670-672
- Marshall KA, Edgerton MT. Indications for neck dissection in carcinoma of the lip. Am J Surg 1976; 133:216-217

25. Ashley FL, McConnell DV, Machida R, et al. Carcinoma of the lip: A comparison of five year results after radiation and surgical therapy. Am J Surg 1965; 110:549-551
 26. Bernier JL, Clark ML. Squamous Cell carcinoma of the lip: A critical statistical and morphological analysis 835 cases. Mil Surg 1951; 109:379
 27. Erdibil HH, Yazıcı MF, Yücel Z, Bozkurt ER. Dudak kanserleri. KBB ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi 1995; 3: 227-230
 28. Wookey H, Ash C, Welsh WK, Mustard RA. The treatment of oral cancer by a combination of radiotherapy and surgery. Ann Surg 1951; 134: 529
 29. Lore JM, Kaufman S, Grabau JC, et al.: Surgical management and epidemiology of lip cancer. Otolaryngol Clin North Am 1979; 12:81-95
- Yazışma Adresi:**
Yrd.Doç.Dr. Enver ALTAŞ
Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi
Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı Erzurum