

# Mobil Dil ve Ağız Tabanı Kanserinde Prognostik Faktörler<sup>1</sup>

## PROGNOSTIC FACTORS IN ANTERIOR TONGUE AND FLOOR OF MOUTH CARCINOMA

Dr.Ülkü TUNCER,<sup>a</sup> Dr.Derya GÜMÜLDÜRÜ,<sup>b</sup> Dr.Aysun UĞUZ,<sup>b</sup> Dr.Levent SOYLU,<sup>a</sup>  
Dr.Barlas AYDOĞAN,<sup>a</sup> Dr.Mete KIROĞLU,<sup>a</sup> Dr.Buket TEMEL<sup>a</sup>

<sup>a</sup>KBB AD, <sup>b</sup>Patoloji AD, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, ADANA

### Özet

**Amaç:** Bu çalışmada dil ve ağız tabanı epidermoid karsinomalarında prognostik faktörlerin araştırılması amaçlandı.

**Gereç ve Yöntemler:** Dil ve ağız tabanı epidermoid karsinoma tanısı ile cerrahi tedavi uygulanan ve en az iki yıllık takibi olan 32 olgu retrospektif olarak incelendi. Tüm patoloji preparatları aynı patoloj tarafından yeniden incelendi. Tümör kalınlığı üç kategoriye ayrıldı: Klas A (0 ≤ 3 mm), Klas B (> 4 ≤ 7mm) ve Klas C (> 8 mm). Tümör boyutu, tümör kalınlığı, perinöral invazyon, intralenfatik tümör embolisi ve ekstra kapsüler nodal yayılım ile hastalığın rekürrensi arasındaki ilişki araştırıldı. Ayrıca, klinik olarak N0 boyunlarda, tümör boyutu, tümör kalınlığı ve perinöral invazyonun gizli metastaz görülmesi ile ilişkisi araştırıldı. İstatistiksel analizde Chi-square ve Fisher exact test kullanıldı.

**Bulgular:** Başlangıçta NO olup elektif boyun diseksiyonu yapılan 22 olgunun 8 tanesinde (%36.3) gizli metastaz bulundu. Tümörün evresi ile gizli metastaz görülme oranı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. On olguda (% 31.2) hastalığa bağlı ölüm görüldü. Tümör evresi ile hastalığa bağlı ölüm arasında anlamlı bir ilişki bulundu (p=0.005). Klas B (p=0.03) ve klas C'de (p=0.001) tümör kalınlığı ile hastalığa bağlı ölüm arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Ayrıca klas C'de tümör kalınlığı ile gizli metastaz görülme oranı arasında anlamlı bir ilişki bulundu (p=0.023). Hastaların 10'unda (%31.3) perinöral invazyon, 3'ünde (%9.3) intralenfatik tümör embolisi ve 5'inde (%15.6) ekstrakapsüler yayılım tespit edildi. Hastalarımızda sadece TNM evreleme sistemi ve tümör kalınlığı prognozla ilgili bulundu. Perinöral invazyon, ekstrakapsüler nodal yayılım ve intralenfatik tümör embolisi tespit edilmesi ile prognoz arasında ilişki gösterilemedi. Gizli metastaz görülme oranı tümörün evresi ile ilişkili değildi.

**Sonuç:** Dil ve ağız tabanı epidermoid karsinomalarında tümör boyutuna bakılmaksızın elektif boyun diseksiyonunun yapılması uygun olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Dil ve ağız tabanı karsinoma, prognostik faktörler, tümör kalınlığı

**Türkiye Klinikleri J E N T 2004, 4:84-89**

### Abstract

**Objective:** The purpose of this study was to investigate the prognostic factors in squamous cell carcinomas of the anterior tongue and floor of mouth.

**Material and Methods:** The data of 32 patients with squamous cell carcinomas of the anterior tongue and floor of mouth undergoing surgery and followed at least two years were analyzed retrospectively. All pathology slides were reviewed with the same pathologist. Tumor thickness were grouped into three categories: Class A, 0 to ≤ 3mm; Class B, > 4 ≤ 7mm; and Class C, > 8 mm. The relationship of tumor size, tumor thickness perineural invasion, intralymphatic tumor emboli, and lymph nodes with extracapsular spread to recurrence of disease was assessed. The relationship of tumor size, tumor thickness, and perineural invasion to the occurrence of metastatic disease in clinically N0 necks was also assessed. Chi-square and Fisher exact test was performed to assess statistical significance.

**Results:** In 22 patients who were initially staged N0, occult metastasis were discovered by elective neck dissection in eight (36.3). The presence of occult metastasis was not statistically different among stages of tumor. Ten (31.2 %) patients died from disease. The relationship between tumor stage and death due to disease was found statistically significant (p=0.005). Increases in tumor thickness were significantly correlated with death from disease (p=0.03 for Class B, p=0.001 for Class C). The presence of occult metastasis was statistically different in Class C (p=0.023). Ten of 32 patients (31.3 %) demonstrated perineural invasion. Only three of 32 patients (9.3 %) had intralymphatic tumor emboli. Five of 32 patients (15.6 %) had lymph nodes with extracapsular spread. In our patients, the TNM staging system and tumor thickness were found significantly associated with prognosis. The relationship of perineural invasion, intralymphatic tumor emboli, and lymph nodes with extracapsular spread to prognosis was not found statistically significant. The presence of occult metastasis was not statistically different among stages of tumor.

**Conclusion:** Elective neck dissection was recommended in squamous cell carcinomas of the anterior tongue and floor of mouth regardless of tumor size.

**Key Words:** Anterior tongue and floor of mouth carcinomas, prognostic factors, tumor thickness

<sup>1</sup>Bu makale 22-26 Eylül 2001'de 26. Türk Otolarengoloji ve Baş-Boyun Cerrahisi Kongresinde tebliğ edilmiştir.

**Yazışma Adresi/Correspondence:** Dr.Ülkü TUNCER  
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Kulak Burun Boğaz AD, ADANA  
ulkutuncer@ixir.com

Oral kavite malignensileri içinde en sık görülen tümörler mobil dil ve ağız tabanı epidermoid karsinomaları olup diğer baş-boyun bölgesi epidermoid karsinomalarına göre daha erken tanılabilmekte ve prognozları da daha iyi olarak bi-

linmektedir.<sup>1</sup> Dil ve ağız tabanı epidermoid karsinomalarında tedavi TNM evrelemesine göre planlanmakla birlikte, bu evreleme sistemi prognozu belirlemede her zaman yeterli olamamakta bazen küçük tümörler beklenmeyen bir şekilde daha kötü seyredabilmektedir.<sup>2</sup> Erken evre tümörler olarak kabul edilen T1-T2 tümörlerde iki yıllık yaşam süresi % 85 olup hastaların % 15'i hastalığa bağlı nedenlerden ölmektedirler.<sup>3</sup> Bazı çalışmalarda T1-T2 tümörlerde lokal rekürrens % 2 ile 12 arasında rapor edilirken boyun rekürrensini % 12 ile 42 arasında olduğu rapor edilmektedir.<sup>4,5</sup> Başka bir çalışmada dil kanserlerinde gizli metastaz riskinin % 25 ile 43 gibi yüksek oranlarda olması tedavideki başarısızlığın önemli bir nedeni olarak öne sürülmektedir.<sup>6</sup> Bu veriler dil ve ağız tabanı epidermoid karsinomalarında TNM sistemini destekleyecek başka prognostik faktörlerin araştırılması gereksinimini ortaya çıkarmıştır. Dil ve ağız tabanı kanserlerinde TNM sisteminin dışındaki önemli prognostik faktörler olarak; cerrahi sınırların uzaklığı, tümör diferansiasyonu, tümör kalınlığı, ekstra kapsüler lenfatik yayılım, perinöral invazyon, intralenfatik tümör trombusunun varlığı, anjiogenezis ve bazı biyolojik belirleyiciler araştırılmaktadır.<sup>1-3</sup>

Bu çalışmada; dil ve ağız tabanı epidermoid karsinoma tanısı ile tedavi edilen hastalarda retrospektif olarak, tümörün klinik evrelemesi, tümör kalınlığı, perinöral invazyon, intralenfatik tümör embolisi ve ekstra kapsüler nodal yayılım gibi klinik ve histopatolojik bulguların hastalığın rekürrensi ve gizli metastaz görülme sıklığı ile ilgisini araştırmak amaçlandı.

### Gereç ve Yöntemler

Bu çalışmada dil ve ağız tabanı kanseri nedeniyle kliniğimizde tedavi edilen ve en az iki yıllık takibi olan hastaların kayıtları retrospektif olarak gözden geçirildi. Hastaların yaş ve cinsiyetlerine göre ayrımı yapıldı. Kayıtlardan, hastaların klinik evrelemesi, uygulanan tedavi yöntemleri ve takipleri sırasındaki muayene bulguları incelendi. Hastaların klinik evrelendirmesi için AJCC'nin (American Joint Committee on Cancer) 1997'deki TNM sistemi kullanıldı.<sup>7</sup>

Hastalara uygulanan tedavi yöntemi cerrahi veya cerrahi+radyoterapi şeklindeydi. Olguların hepsinde negatif cerrahi sınırla tümörün total eksizyonu yapıldı. Tümörün mandibulayı tuttuğu iki olguda segmental mandibulektomi, mandibulaya yakın olduğu üç olguda ise marjinal mandibulektomi yapıldı. Segmental mandibulektomi yapılan iki olguya serbest fleplerle rekonstrüksiyon yapıldı.

Olguların hepsinde palpasyonla ve bilgisayarlı tomografi ile boyun değerlendirildi. Klinik ve radyolojik olarak N0 olgulara elektif boyun diseksiyonu yapılarak level I-II-III-IV'deki lenf nodları çıkarıldı. Elektif boyun diseksiyonu sırasında şüpheli lenf noduna rastlandığında frozen biyopsi yapıldı ve sonucun pozitif geldiği olgulara modifiye radikal veya radikal boyun diseksiyonu uygulandı. N+ olgularda ise radikal boyun diseksiyonu yapıldı.

Patolojik olarak pozitif lenf nodu bulunan veya perinöral invazyon, intralenfatik tümör embolisi ve ekstra kapsüler nodal yayılımın tespit edildiği olgulara postoperatif dönemde radyoterapi uygulandı. Olguların hepsi postoperatif dönemde ilk yıl her ay, ikinci yıl iki ayda bir kez, daha sonra üçer aylık aralıklarla kontrole çağırıldı.

Bütün hastaların patoloji preparatları aynı patolog tarafından yeniden değerlendirildi. Tümör kalınlığı ölçülerek perinöral invazyon, intralenfatik tümör embolisi ve ekstra kapsüler nodal yayılımın var olup olmadığı değerlendirildi. Tümör kalınlığı tümör yüzeyinden oküler mikrometre ile yapılan vertikal ölçüm olarak kabul edildi ve hastalar tümör kalınlığına göre aşağıdaki şekilde kategorilere ayrıldı.

Klas A: Tümör kalınlığı 3 mm veya daha az

Klas B: Tümör kalınlığı 4 mm ile 7 mm arasında (7 mm dahil)

Klas C: Tümör kalınlığı 8 mm' den fazla

Tümörün klinik evrelemesi, tümör kalınlığı, perinöral invazyon, intralenfatik tümör embolisi ve ekstra kapsüler nodal yayılımın hastalığın rekürrensi ve N0 olgularda gizli metastaz görülmesi ile ilgisi araştırıldı. İstatistiksel analizde Chi-square ve Fisher exact test kullanıldı.

## Bulgular

Çalışmaya dahil edilen 32 olgunun 30'unda dil, ikisinde ağız tabanı epidermoid karsinoma tanısı mevcuttu. Hastaların yaş aralığı 22-75 olup ortalama yaş 52.8 (SD±14.8) idi. Cinsiyetlerine göre ayırım yapıldığında hastaların 13'ü kadın (%40.6), 19'u erkekti (%59.4).

TNM sınıflamasına göre tümörün boyutu incelendiğinde; hastaların 6'sı T1 ( % 18.8), 18'i T2 (% 56.2), 6'sı T3 (% 18.8), 2'si T4 (% 6.2) idi. T1 olan hastaların hepsi (%100) klinik ve radyolojik olarak N0 idi. T2 olguların 11'i (% 61.2) N0, beşi N1(%27.7) ve ikisi N2 (%11.1) idi. T3 olguların 4'ü (% 66.7) N0 ve ikisi (%33.3)N2 idi. T4 olguların ise biri (% 50) NO, biri de N1(%50) idi (Tablo 1). Tanı sırasında hiçbir hastanın uzak metastazı yoktu (Tablo 1).

Hastaların tümör kalınlığına göre ayırımı yapıldığında 12 hasta (%37.5) Klas A, 11 hasta (%34.4) Klas B ve 9 hasta (%28.1) Klas C olarak değerlendirildi. Olgulardaki tümör boyutu ile tümör kalınlığı (Tablo 2)'de gösterildi.

Klinik ve radyolojik olarak NO olup elektif boyun diseksiyonu yapılan 22 olgunun 8 tanesinde (% 36.3) gizli metastaz bulundu. T1NO olan hastaların 2 tanesinde (%33.3), T2NO olan hastaların 3 tanesinde (%27.3), T3NO olan hastaların 2 tanesinde (%50), T4NO olan hastaların 1 tanesinde (%100) elektif boyun diseksiyonunda gizli metastaz saptandı (Tablo 3). Tümörün evresi ile gizli metastaz görülme oranı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

Olguların iki yıllık takipleri incelendiğinde 10 tanesinde (% 31.2) hastalığa bağlı ölüm görüldü. Hastaların hepsinde cerrahi sınırlarda tümör gö-

**Tablo 1.** Olguların tümör büyüklüğüne ve nodal tutulumlarına göre dağılımı

Nodal Tutulum	T1	T2	T3	T4	
NO	6	11	4	1	22
N1	0	5	0	1	6
N2	0	2	2	0	4
N3	0	0	0	0	0
Toplam	6	18	6	2	32

**Tablo 2.** Tümör evresi ile tümör kalınlığının karşılaştırılması

Klas	Kalınlık(mm)	T1	T2	T3	T4	Toplam
A	0 ≤ 3	3	7	2	0	12
B	> 4 ≤ 7	3	7	1	0	11
C	> 8	0	4	3	2	9
		6	18	6	2	32

**Tablo3.** Klinik olarak NO boyunlarda gizli metastaz görülmesi ile prognostik faktörlerin karşılaştırılması

	Gizli Metastaz	Toplam Hasta	%
T1	2	6	33.3
T2	3	11	27.3
T3	2	4	50
T4	1	1	100
Klas A	1	12	8.4
Klas B	2	11	8.2
Klas C	5	9	55.5
Perinöral invazyon	3	10	33.3
Intralenfatik tümör embolisi	1	3	33.3

rülmediği rapor edilmişti. Hastalığa bağlı ölüm görülen olguların yaş, cinsiyet, TNM, tümör kalınlığı, perinöral invazyon, intralenfatik tümör embolisi, ekstra kapsüler nodal yayılım ve boyun diseksiyonu sonuçları (Tablo 4)'de verildi. Tümör rekürrensi görülen 10 olgunun 4'ü T2 (%40), 4'ü T3 (%40) ve 2'si de T4 (%20) evre tümöre sahipti. Bu olguların tanı konulduğunda 5'i (%50) N pozitif, 5'i de (%50) N negatif idi. Elektif boyun diseksiyonundan sonra hastaların 4'ünde (% 40) gizli metastaz saptandı ve N pozitif oldu. Diğer bir deyişle tümör rekürrensi görülen olguların % 90'ı patolojik olarak N pozitif bulundu. Tümör kalınlığı ortalaması tümör rekürrensi görülen olgularda 9.1 mm (±3.92), görülmeyen olgularda ise 4.13 mm (±2.39) idi. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0.003).

Tümör evresine göre nüks oranları incelendiğinde; T1 olgularda ilk iki yıl içinde lokal veya bölgesel hastalık saptanmadı. Hastalığa bağlı ölüm T2 olguların 4'ünde (%22.2), T3 olguların 4'ünde

**Tablo 4.** Hastalığa bağlı ölüm görülen olguların sonuçları

Olgu	Yaş	Cinsiyet	TNM	Tümör Kalınlığı (mm)	BD	PNI	İLTE	EKNY
1	60	K	T3N0M0	15 (Klas C)	EBD (gizli metastaz var)	-	-	-
2	65	E	T2N1M0	7 (Klas B)	RBD	+	-	-
3	33	K	T3N2aM0	8 (Klas C)	RBD	-	-	-
4	33	E	T2N0M0	10 (Klas C)	EBD (gizli metastaz var)	+	+	-
5	51	K	T3N0M0	3 (Klas A)	EBD (gizli metastaz yok)	-	-	-
6	71	K	T2N2bM0	11 (Klas C)	RBD	-	-	-
7	70	E	T3N2aM0	3 (Klas A)	RBD	-	-	+
8	55	E	T2N0M0	7 (Klas B)	EBD (gizli metastaz var)	+	-	-
9	64	E	T4N1M0	13 (Klas C)	RBD	-	-	+
10	22	E	T4N0M0	10 (Klas C)	EBD (gizli metastaz var)	+	-	-

BD: Boyun diseksiyonu  
PNI: Perinöral invazyon  
EBD: Elektif boyun diseksiyonu  
İLTE: İntralenfatik tümör embolisi  
RBD: Radikal boyun diseksiyonu  
EKNY: Ekstra kapsüler nodal yayılım

(%66.6) ve T4 olguların 2'sinde (%100) görüldü. İstatistiksel analiz yapabilmek için olgu sayısı her grupta yeterli olmadığından olgular T1-T2 ve T3-T4 olarak gruplandı ve tümör evresi ile hastalığın rekürrensi arasında anlamlı bir ilişki bulundu ( $p=0.005$ ).

Hastalarda tümör kalınlığı ile nüks arasındaki ilişki araştırıldığında; Klas A'da olan 12 hastanın 2'sinde tümör nüksüne bağlı ölüm görüldü. Klas A'daki hastalarda hastalığa bağlı ölüm %16.6 oranında idi. Klas B'de olan 11 hastanın 2'sinde (%18.2), Klas C'de olan 9 hastanın 6'sında (%66.7) tümör nüksüne bağlı ölüm görüldü. Klas B ( $p=0.03$ ) ve klas C'de ( $p=0.001$ ) tümör kalınlığı ile nüks arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Diğer bir deyişle tümör kalınlığının 3 mm'den fazla olduğu olgularda hastalığa bağlı ölüm daha fazla görüldü.

Klinik olarak NO olup elektif boyun diseksiyonunda lenfatik metastaz görülme oranı; Klas A'daki hastalarda %8.4 (1/12), Klas B'deki hastalarda % 8.2 (2/11) ve Klas C'deki hastalarda %55.5 (5/9) idi (Tablo 3). Klas C'de tümör kalınlığı ile gizli metastaz görülme oranı arasında anlamlı bir ilişki bulundu ( $p=0.023$ ). Diğer bir deyişle tümör kalınlığının 7 mm üzerinde olduğu olgularda gizli metastaz görülme riski daha fazlaydı.

Hastaların 10'unda (%31.3) perinöral invazyon saptandı. Perinöral invazyonu olan 10 hastanın 4'ünde (%40) tümör nüksüne bağlı ölüm görüldü. Perinöral invazyon saptanmayan 22

hastada hastalığa bağlı ölüm 6 hastada (% 28) görüldü. Klinik olarak NO olup elektif boyun diseksiyonunda gizli metastaz görülme oranı; perinöral invazyonu olan hastalarda %30 (3/10), perinöral invazyonu olmayan hastalarda % 50 (5/10) idi (Tablo 3). Perinöral invazyon ile tümör nüksü ve gizli metastaz görülme oranı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı.

İntralenfatik tümör embolisi 3 hastada (%9.3) mevcuttu. Bu hastaların 1'inde (%33.3) tümör nüksüne bağlı ölüm görüldü. İntralenfatik tümör embolisi saptanmayan 29 hastada tümöre bağlı nedenlerden ölüm % 31.1 (9/29) oranında saptandı. İntralenfatik tümör embolisi görülen olgu sayısı az olduğu için istatistiksel değerlendirme yapılamadı.

Boyun diseksiyonundan sonra 5 hastada (%15.6) ekstrakapsüler yayılım tespit edildi. Bu 5 hastanın 2'sinde tümör nüksüne bağlı ölüm görüldü. Ekstrakapsüler yayılım görülen olgularla hastalığa bağlı ölüm arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı.

### Tartışma ve Sonuç

Dil ve ağız tabanı epidermoid karsinomalarında TNM evreleme sistemi halen en önemli prognostik faktör olarak kabul edilmekte ve tedavinin planını belirlemektedir (1,8). İleri evre tümörlerin prognozu erken evre tümörlere göre daha kötü seyretmektedir ve genellikle cerrahi ve radyoterapinin birlikte uygulandığı radikal yöntemlerle tedavi edilmektedir. Erken evre tümörlerin çoğunda ise daha iyi prognoz beklentisi ile cerrahi

ya da radyoterapi seçeneği tek başına uygulanmaktadır. Ancak erken evre tümörlerin bir kısmı beklenmeyen bir şekilde agresif davranarak daha kötü bir prognozla seyredilmektedir.<sup>3,6</sup> Bu da dil ve ağız tabanı epidermoid karsinomalarında TNM sistemi dışında prognozu etkileyen başka faktörlerin varlığını düşündürmektedir.

Olgularımızın hepsinde başlangıç tedavi TNM sistemine göre planlandı ve uygulandı. Hastaların % 75'inde erken evre (T1-T2) tümör, %25'inde de ileri evre (T3-T4) tümör vardı. T1 olgularda ilk iki yıl içinde lokal veya bölgesel hastalık saptanmadı. Hastalığa bağlı ölüm T2 olguların %22.2'sinde, T3 olguların %66.6'sında ve T4 olguların %100'ünde görüldü. Erken evre tümörler ileri evre tümörlere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha iyi prognoza sahipti. Tümör boyutunun yanı sıra boyun lenfatiklerine tümör yayılımı da sağ kalımda etkili görülmektedir. Hastalığa bağlı ölüm görülen olguların başlangıçta %50'si N pozitif iken N0 olanlarda elektif boyun diseksiyonundan sonra %40 oranında gizli metastaz saptandı. Diğer bir deyişle hastalığa bağlı ölüm görülen olguların %90'ında tümör boyun lenfatiklerine ilerlemiş durumda idi.

Dil ve ağız tabanı epidermoid karsinomalarında prognostik faktörleri araştıran çalışmaların çoğunda tümör kalınlığı sağ kalımla anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur. Spiro ve arkadaşları 2 mm'den az kalınlığı olan ve 2 mm'den fazla kalınlığı olan tümörler arasında sağ kalımda belirgin fark olduğunu ve tümör büyüklüğü ile tümör kalınlığı karşılaştırıldığında, tümör kalınlığının prognozda daha önemli bir belirteç olduğunu rapor ettiler.<sup>4</sup> Aynı zamanda tümör kalınlığının bölgesel rekürrens ile de korelasyon gösterdiğini bildirdiler. Jones ve arkadaşlarının çalışmasında pozitif cerrahi sınır ve tümör kalınlığının 5 mm'den fazla olması rekürrensle ilgili bulunurken tümör boyutu rekürrensle ilgisiz bulundu.<sup>6</sup> Benzer başka bir çalışmada erken evre tümörlerde servikal metastaz ve sağ kalımda sadece tümör kalınlığının prognostik önemi olduğu belirtilerek tümör kalınlığının 4 mm üzerinde olduğu olgularda elektif boyun diseksiyonunun gerekliliği vurgulanmıştır.<sup>9</sup>

Bizim çalışmamızda da tümör kalınlığı hem sağ kalımda hem de boyun tutulumunda etkili bulundu. Tümör rekürrensi görülen olgularla görülmeyen olgular karşılaştırıldığında tümör kalınlığı iki grup arasında anlamlı ölçüde farklılık gösterdi ve tümör kalınlığının 3 mm'den fazla olduğu olgularda tümör rekürrensi daha fazla görüldü. Aynı zamanda, başlangıçta N0 olan olgularda tümör kalınlığının 7 mm üzerinde olması elektif boyun diseksiyonunda gizli metastaz görülmesiyle ilgili bulundu. Ancak tümörün evresi ile gizli metastaz görülme oranı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Bununla birlikte T1NO olan hastaların %33.3'ünde ve T2NO olan hastaların %27.3'ünde gizli metastaz bulunması, dil ve ağız tabanı epidermoid karsinomalarında tümör boyutuna bakılmaksızın elektif boyun diseksiyonunun yapılması gerektiğini göstermektedir.

Larson ve arkadaşları perinöral invazyon ile tümör kalınlığının güçlü bir ilişkisi olduğunu, perinöral yayılım varlığında tümörün rezeksiyon sınırlarının ötesine geçme olasılığının yükseldiğini ve sağ kalımın azaldığını gösterdiler. Buna dayanarak perinöral invazyon saptandığında elektif boyun diseksiyonu ve/veya radyoterapinin tedaviye eklenmesi gerektiğini önemle vurguladılar.<sup>10</sup> Literatürde benzer sonuçları elde eden başka çalışmalara rastlamak mümkündür.<sup>2,11</sup> Bununla birlikte bazı çalışmalarda perinöral invazyon ile sağ kalım arasında ilişkinin gösterilemediği rapor edildi.<sup>12-13</sup> Bizim çalışmamızda %31.3 oranında perinöral invazyon saptandı, ancak perinöral invazyon ile tümör nüksü ve gizli metastaz görülmesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. Benzer şekilde ekstrakapsüler nodal yayılım görülen olgularla hastalığa bağlı ölüm arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. Perinöral invazyon ve ekstrakapsüler nodal yayılım saptanan hastalara postoperatif dönemde radyoterapi uygulanmış olması bu hastaların sağ kalımında olumlu etki göstermiş olabilir. İntralenfatik tümör embolisi görülen olgu sayısı az olduğu için istatistiksel değerlendirme yapılamadı.

Sonuç olarak; hastalarımızda sadece TNM evreleme sistemi ve tümör kalınlığı prognozla ilgili

bulundu. Perinöral invazyon, ekstrakapsüler nodal yayılım ve intralenfatik tümör embolisi tespit edilmesi ile prognoz arasında ilişki gösterilemedi. Gizli metastaz görülme oranı tümörün evresi ile ilişkili değildi ve bu nedenle dil ve ağız tabanı epidermoid karsinomalarında tümör boyutuna bakılmaksızın elektif boyun diseksiyonunun yapılması önerildi.

#### KAYNAKLAR

1. Kantola S, Parikka M, Jokinen K, Hyrynkangas K, Soini Y, Alho O-P, et al. Prognostic factors in tongue cancer: relative importance of demographic, clinical and histopathological factors. *Br J Cancer* 2000; 83: 614-9.
2. Brown B, Barnes L, Mazariegos J, Taylor F, Johnson J, Wagner RL. Prognostic factors in mobile tongue and floor of mouth carcinoma. *Cancer* 1989; 64: 1195-202.
3. Beenken SW, Krontiras H, Maddox WA, Peters GE, Soong S, Urist MM. T1 and T2 squamous cell carcinoma of the oral tongue: Prognostic factors and the role of elective lymph node dissection. *Head & Neck* 1999; 21: 124-30.
4. Spiro RH, Huvos AG, Wong GY, Spiro JD, Gnecco CA, Strong EW. Predictive value of tumor thickness in squamous carcinoma confined to the tongue and floor of mouth. *Am J Surg* 1986; 152: 345-50.
5. Cunningham MJ, Johnson JJ, Myers EN, Schramm VL, Thearle PB. Cervical lymph node metastasis after local excision of early squamous carcinoma of oral cavity. *Am J Surg* 1986; 152: 361-6.
6. Jones KR, Lodge-Rigal D, Reddick RL, Tudor GE, Shockley WW. Prognostic factors in the recurrence of stage 1 and 2 squamous carcinoma of oral cavity. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1992; 118: 483-5.
7. Iro H, Waldfahrer F. Evaluation of the newly updated TNM classification of head and neck carcinoma with data from 3247 patients. *Cancer* 1998; 83:2201-7.
8. Ghouri AF, Zamora RL, Harvey JE, Spitznagel EL, Sessions DG. Epidermoid carcinoma of the oral cavity and oropharynx: validity of the current AJCC staging system and new statistical tools for the prediction of subclinical neck disease. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1993; 108: 225-32.
9. Asakage T, Yokose T, Mukai K, Tsugane S, Tsubono YT, Asai M, et al. Tumor thickness predicts cervical metastasis in patients with stage I/II carcinoma of the tongue. *Cancer* 1998; 82: 1443-8.
10. Larson DL, Rodin AE, Roberts DK, O'Steen WK, Rapperport AS, Lewis SR. Perineural lymphatics: myth or fact. *Am J Surg* 1966; 112: 488-92.
11. Hoşal AŞ, Ünal ÖF, Ayhan A. Possible prognostic value of the histopathologic parameters in patients with carcinoma of the oral tongue. *Eur Arch Otolaryngol* 1998; 255: 216-9.
12. Gluckman JL, Pavelic ZP, Welkoborsky HJ, Mann W, Stambrook P, Gleich L, et al. Prognostic indicators for squamous cell carcinoma of the oral cavity: a clinicopathologic correlation. *Laryngoscope* 1997; 107: 1239-44.
13. Close LG, Burns DK, Reisch J, Scheafer SD. Microvascular invasion in cancer of the oral cavity and oropharynx. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1987; 113: 1191-5.