

ПРЕДОПЕРАТИВНА ДИЈАГНОСТИКА НА ВРАТНИТЕ МЕТАСТАЗИ КАЈ ОРАЛНИОТ КАРЦИНОМ

Поповиќ Монеvsка Д., Наумовски С.,
Поповски В, Грчев С. Бенедетти А.,
Божовиќ С.

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје, Клиника
за максиллофацијална хирургија

PREOPERATIVE EVALUATION OF LYMPH NODE METASTASES IN ORAL CANCER

Popović Monevska D., Naumovski S.,
Popovski V., Grčev S., Benedetti A.,
Božović S.

DENTAL FACULTY - Skopje, Clinic for maksillofacial surgery

Примената на елективната модифицирана дисекција на вратниот кај пациенти со орален канцер и клинички неаплиабилни метастази е клинички неаплиабилна, (N0) е предмет на стручни дебати и додатоци. ЦЕЛ: Целта на овој труд е да утврдиме колку е веродостојна предоперативната дијагностика на оклузивните вратни метастази кај пациенти со орален карцином и клинички неаплиабилна. За ова цел прво ќе ја проценеме можноста за рана детекција на метастатските лимфни јазли на вратниот со палпација и компјутерска томографија КТ, второ ќе ја утврдиме инциденцата на метастатските лимфни јазли во вратните дисекции со патохистолошка анализа. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДИ: Селектирани се 55 пациенти со орален канцер и N0 клинички неаплиабилна вратни претирани на клиниката за максиллофацијална хирургија во 4 годишен период. Хируршкиот третман се состои од ресекција на примарниот тумор и елективна вратна дисекција. РЕЗУЛТАТИ: Патохистолошките наоди се совпаѓаат со наоди од СТ во 75% од случаите. Со палпација точно беа дијагностицирани 37 од 55 пациенти 65%. Кај 16 пациенти не беа дијагностицирани позитивни лимфни јазли ни со палпација ни со СТ. Од истите кај 6 пациенти имаше само еден позитивен јазол, кај 9 пациенти 2 до 3 позитивни л.ј. ЗАКЛУЧОК: Елективната модифицирана дисекција е управ-

Elective modified neck dissections used in treatment of patients with oral cancer and clinically negative N0 neck is still subject of debate between supporters and opponents. AIM: The purpose of this investigation is to determine advantages of elective neck dissection END. For that reason first we evaluated the accuracy of preoperative assessment of occult nodal metastasis by CT computer tomography and palpation. Second we analyzed the incidence, extent and distribution of nodal metastasis in neck dissections from patients with clinically negative N0 neck. MATERIAL AND METHODS: A series of 55 patients with oral cancer undergoing elective modified neck dissection simultaneously with resection of primary intraoral cancer in the period of 1998-2003 formed the basis of the present study. RESULTS: Overall accuracy of palpation and CT assessments was 65% and 75% Six of the 36 histological positive necks had been assessed as negative on both palpation and CT. Six patients of them had only one positive lymph node, 9 had 2 or 3 positive L.N. CONCLUSION: We conclude that elective modified neck dissections is important part of initial surgical treatment for patients with oral cancer because of the high incidence of sub clinically metastatic nodes. We find out that preoperative accuracy of pre-

дана кај пациентите со орален канцер поради зголемиа инциденца на субклинички метастази кои не се детектибилни со стандардни дијагностички методи.

Клучни зборови: орален канцер, клинички негативен врат,

Третманот на пациентите со орален планоцелуларен карцином е сериозен проблем поради високиот степен на малигнитет на планоцелуларниот карцином како и високиот степен на морталитет. Најчеста причина за летален исход кај овие пациенти се вратните метастази и локалните рецидиви. Третманот на примарниот тумор е радикална ексцизија и радикална биопсија која може да е комбинирана со парцијална ресекција на коската во случаи кога е зафатена со малигниот процес.

Вратните метастази се отстрануваат хируршки (вратни дисекции). Вратната дисекција прв ја вовел Crile 1905 г., позната како радикална вратна дисекција. Денес се користат повеќе видови дисекции кои се поделени според тајмингот, обемот и индикациите. Според првиот критериум (тајмингот) поделени се на **симултани** (кои можат да бидат во континуитет или дисконтинуирани) и **одложени**; - според обемот може да бидат **радикална, модифицирана и селективна** (можат да бидат супраомохиодна, супрахиоидна, антериорна, латерална и ниска вратна дисекција). Според последниот критериум (индикации) се **елективна** или превентивна, **тераписка** и **палијативна**. За третманот на пациентите со зголемени и конфлуирани метастатски вратни лимфни јазли постои консензус меѓу хирурзите - изборот е радикална или модифицирана радикална вратна дисекција. Меѓутоа, сеуште постојат контраверзни ставови во третманот на вратните лимфни јазли кај пациентите со клинички негативен врат т.е. непалпабилни вратни лимфни јазли. Една група автори се залага за елективна дисекција на вратот т.е. отстранување на вратните лимфни јазли кај

operative diagnosis of metastasis by routine methods palpation and CT remains poor.

Key words: oral cancer, clinically negative N0,

Treatment of the patient with oral squamous carcinoma is serious problem, both because of high mortality rate and high malignancy grade of the cancer. Local recurrence and neck metastases are main reason for death. Treatment protocol for oral cancer patients involves radical excision of the tumor with or without resection of the bones and neck dissections for the neck metastases.

Crile described first neck dissection in 1905 year and is still option called radical neck dissection. Nowadays several types of neck dissections are performed. Dissection is prophylactic if they are performed in the same time with resection of the primary tumor and with no clinical evidence of neck metastases, or therapeutic if they are performed when there is clinical evidence of neck metastases. There are three types of modified radical neck dissections and four types of selective neck dissections that are routinely performed on patients with oral cancer at different clinical stage of the disease.

Surgical procedure for patients with oral cancer and clinically evident neck metastases is well defined and involves radical excision of the primary tumor and radical or modified radical neck dissection. But still there are controversial strategies for the primary management of the neck among patients with oral cancer without clinical nodal metastases. The neck of these patients has been managed by the following strategies; 1.pro-

пациентите кај кои со клинички и параклинички испитувања не се најдени зголемени, односно суспектни лимфни јазли. Овие автори својот став го базираат на сознанието дека процентуалната застапеност на вратните метастази е до 57 % кај пациентите со клинички негативен врат независно од големината на примарниот тумор (T), а уште поинтересен е фактот дека кај пациентите со орален карцином T₁ и T₁ инциденцата на окултните метастази е од 20% - 30%. Поради тоа овие автори сметаат дека добрата прогноза на пациентите со орален канцер зависи од правовремено хируршко лекување на вратните метастази (табела 8).

Втората група автори се залага за добра предоперативна дијагностика. Тие сметаат дека со постоечките софистицирани дијагностички методи како КТ и МРИ и нивно користење во предоперативната дијагностика кај пациентите со орален канцер може да се селектираат оние пациенти кај кои ќе биде неопходна вратната дисекција. Овие методи се со висок степен на сензитивност, но сепак кај 20% од пациентите окултните метастази кај клинички негативен врат остануваат недијагностицирани.

Целта на овој труд е да утврдиме колку е веродостојна предоперативната дијагностика на окултните вратни метастази од кај пациентите со орален карцином и клинички негативен врат (T₁-T₄, N₀). За таа цел хистопатолошките наоди од вратните дисектати на пациентите со орален карцином T₁-T₄ N₀, се компарирани со предоперативните наоди од палпација, КТ И МРИ на вратот.

Материјал и методи

Обработени се историите на болест на пациентите со орален карцином кои биле третирани на Клиниката за максилофацијална хирургија во Скопје во период од 4 години. За ова испитување селектирани се пациенти со OSCC но со клинички непалпабилни лимфни јазли, односно N₀. Во анализата беа вклучени КТ и МРИ наодите за евалуација на вратните метастази. Кај сите

phylactic neck dissection, 2. Careful observation after surgical resection of a primary cancer. First strategy is based on the fact that sub clinical nodal metastases are very difficult to diagnose, occult nodal metastases are present in 57% of all patients with clinical negative neck even more patients in I and II stage of the disease incidence of occult metastases is 20% to 30%.

Surgeons who assume that accurate detection of nodal metastases can be achieved using new technology as CT and MRI in preoperative screening of the patients accept second strategy.

Despite high sensitivity rate of MRI and CT screening procedures, still 20% of the occult neck metastases in patients with oral cancer and clinically negative neck remain undiagnosed.

We have set in this work goal to determine the possibility of preoperative detection of

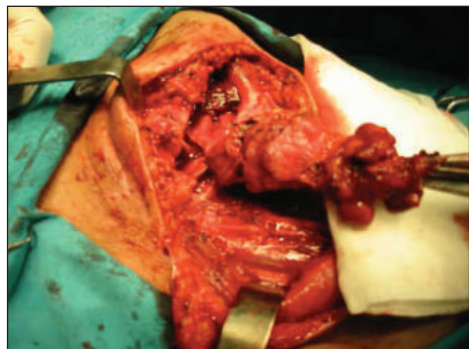
Occult metastases in patient with oral cancer and clinically negative neck (T₁-T₂ N₀).

For that purpose we compared clinical staging of the neck derived through manual palpation, computerized tomography and magnetic resonance, with the postoperative pathohistological staging.

Material and Method

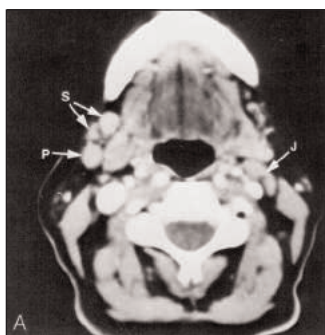
Patients with oral cancer have been included in this research, all of which have been hospitalized on the clinic for maxillofacial surgery in Skopje in 4-year period. Selected patients were with oral cancer and clinically negative neck N₀. The radiological examination has been performed at the Radiological Institute in Skopje, performing CT and MRI screenings to all patients (fig.1). The cri-

пациенти била правена радикална екцизија на примарниот тумор и елективна селективна дисекција и тоа супраомохиодна или латерална дисекција (слика 1).

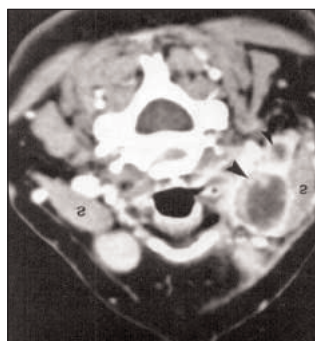


Слика 1. Вратен дисектат

Основни критериуми за диагностицирање на вратните метастази со КТ се оние кои ги поставил Van de Breeckel и се општо прифатени: - димензија на лимфен јазол над 15 мм, централна некроза, цистична дегенерација и ирегуларни ивици, неможност



Слика 2. КТ на врат



Слика 3. КТ на врат

teria of metastasis lymph nodes using CT were according Van de Breecel; 1.lymph node diameter more than 15 mm, 2.central necroses, 3. Central lucency with rim enhancement, 4 extra capsular spread with irregular borders of the lymph node (fig.2, 3).

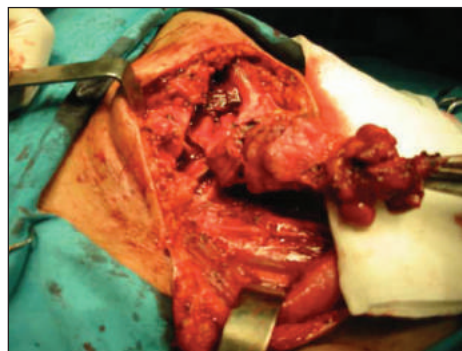


Figure 1. Neck dissection

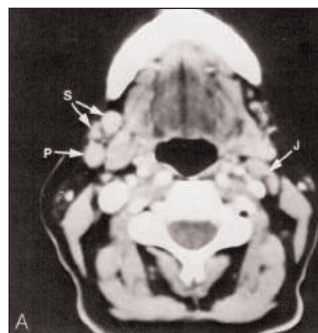


Figure 2. КТ on neck

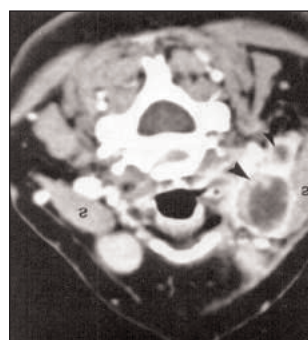


Figure 3. КТ on neck

Biopsy material of the primary tumor and of neck dissection was analyzed in the institute for Histopathology in Skopje.

лимфниот јазол да се разграничи од околните структури (слика 5 и 6). Биоптичниот материјал и вратните дисектати се обработени во Институтот за патологија, каде се анализирали вратните јазли од аспект на постоење или не на метастатски депозит.

Резултати и дискусија

Од вкупно 30 пациенти 22 биле мажи, 8 жени. Најмлад пациент бил на 30 годишна возраст, а најстар на 76 годишна возраст. Најчесто примарниот тумор бил локализиран на јазик б13 пациенти, на базата на оралната празнина кај 7 пациенти, на алвеоларен гребен на мандибула кај 3 пациенти, на максилата кај 4 пациенти, ретромоларен триаголник кај 2 пациенти и на меко непце кај 1 пациент (табела 1) (слика 4 и 5).

ТАБЕЛА 1. ДИСТРИБУЦИЈА НА КАРЦИНОМОТ СПОРЕД ЛОКАЛИЗАЦИЈА

	T ₁	T ₂	T ₃	T ₄	N ₀	N ⁺
Јазик	4	5	2	2	9	4
База на усна шуплина	1	4	2	0	4	3
Processus alv. mand.	0	2	1	0	0	3
Processus alv. max.	0	1	2	1	3	1
Tigonum retromolare	0	0	1	1	0	2
Тврдо и меко непце	0	1	0	0	0	1
Вкупно	5	13	8	4	16	14



Слика/Figure 4.

Results and discussion

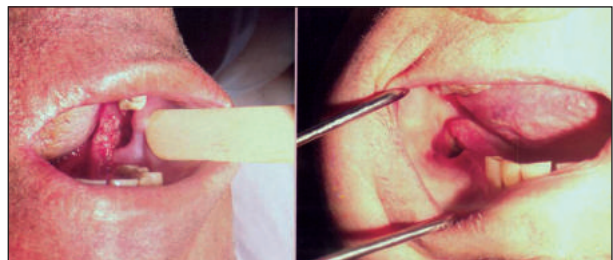
From 30 patients 22 were man and 6 women; age range was from 30 to 76.

Tongue was most frequent localization of the primary tumor, then floor of the mouth, processus alveolaris of mandible and maxillae and trigonum retromolare (table 1) (figure 4, 5)

Pathohistological neck metastases were proven in 14 patients who were clinically non-palpable. Eight of this patient had more than one positive lymph node (table 2). In I, II and III neck level were found neck metastases in two patients, 5 patients had metastases in I and II neck level and in 7 patients neck metastases were found only in I and II neck level. In the V-the neck level we did not found metastasis lymph node (figure 3). Biggest

TABLE 1. DISTRIBUTION OF ORAL CANCER BY LOCALIZATION

	T ₁	T ₂	T ₃	T ₄	N ₀	N ⁺
Tonguae	4	5	2	2	9	4
Floor of the mouth	1	4	2	0	4	3
Processus alv. mand.	0	2	1	0	0	3
Processus alv. max.	0	1	2	1	3	1
Tigonum retromolare	0	0	1	1	0	2
Fard and soft palat	0	1	0	0	0	1
All	5	13	8	4	16	14



Слика/Figure 5.

И покрај тоа што со палпација не биле дијагностицирани зголемени лимфни јазли, патохистолошки се потврдени во вратниот дисектат метастаски лимфни јазли кај 14 пациенти т.е. кај 46%. Дури 8 од нив имале повеќе од еден позитивен лимфен јазол т. е. ПХ N_{2a} (табела 2).

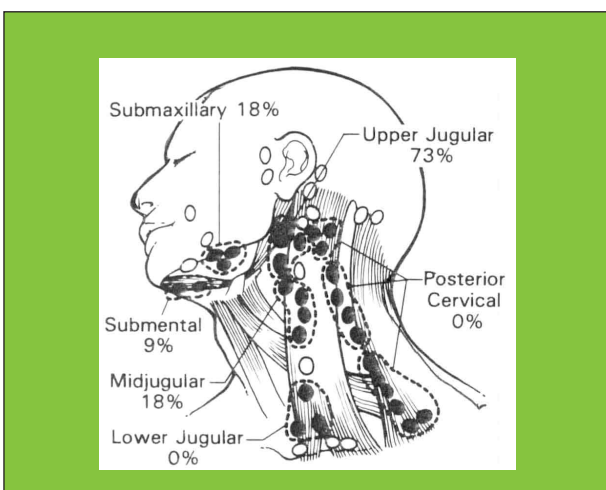
ТАБЕЛА 2. ПХ НАОД НА ВРАТНИ МЕТАСТАЗИ

	Пх N ₀	Пх N ₁	Пх N ₂
Кл N₀	16	6	8

Во клинички стадиум на примарен тумор T₁ се јавиле 5 пациенти, T₂ 13 пациенти, T₃ 8 пациенти и T₄ 4 пациенти (табела 3). Најголем позитивен лимфен јазол беше со големина од 26 мм. а најмал со 11 мм. Кај 2 пациенти од 14 метастатските лимфни јазли биле во I, II, и III вратен квадрант, кај 5 пациенти во I и II вратен квадрант, а кај 7 пациенти само во II вратен квадрант. Кај ниеден пациент немало позитивен лимфен јазел. во V квадрант (слика 6).

ТАБЕЛА 3. T СТАДИУМ ВО ОДНОС НА ПХ НАОД

	T ₁	T ₂	T ₃	T ₄	ВКУПНО
Пх N₀	4	8	2	2	16
Пх N+	1	5	6	2	14



Слика 6.

diameter of the metastasis lymph node was 26 mm and smallest 11 mm.

TABLE 2. P_x FINDINGS IN NECK METASTASES

	P _x N ₀	P _x N ₁	P _x N ₂
Кл N₀	16	6	8

TABLE 3. T STAGE IN CORRELATION WITH P_x FINDINGS

	T ₁	T ₂	T ₃	T ₄	All
P_x N₀	4	8	2	2	16
P_x N+	1	5	6	2	14

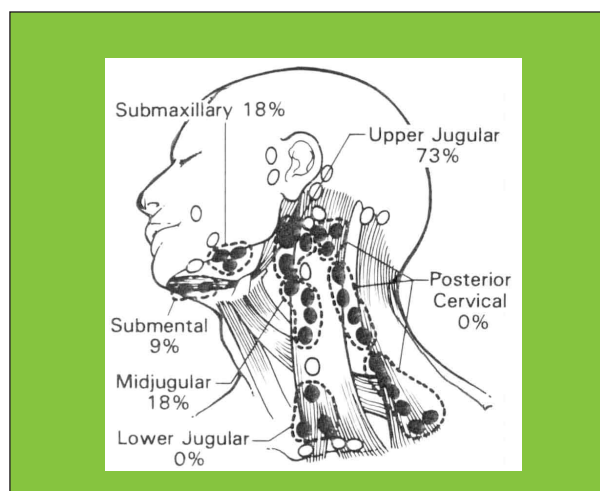


Figure 6.

Most frequent were patients (21) with primary tumor T₂ and T₃, 5 patients with T₁ primary tumor and 4 with T₄ primary tumor (table 3). 31% of the patients with T₁ and T₂ primary tumor had metastatic lymph nodes. 65% of patients with primary tumor T₃ and T₄ had patohistologicly proven metastatic lymph node (table 4). Umeda found that the incidence of neck metastases is 34% in patients with N₀ neck and 64% in patients with N₁ and N₂ neck. In his study neck metastases were found in

ТАБЕЛА 4. Т СТАДИУМ ВО ОДНОС НА Пх НАОД

	T _{1+T₂}	%	T _{3+T₄}	%
Пх N₀	12	67	4	33
Пх N₊	6	33	8	67
Вкупно	18	100	12	100

Кај 31% од пациентите со големина на примарен тумор T₁, T₂, се докажани метастаски лимфни јазли во вратниот дисектат за разлика од 65% од пациентите со T₃, T₄, големина на примарен тумор (табела 4). Umeda (8) во својот труд објавил дека при елективна дисекција инциденцата на вратни метастази е 34% кај N₀ врат, а при тераписка имедијатна дисекција N₁ и N₂ врат 64%. Во неговата студија исто така во вториот вратен квадрант е најчест наодот на позитивни лимфни јазли кај 59% од пациентите. Woolgar (11) хистолошки обработила 152 вратни дисектати на пациенти со N₀. Метастази хистолошки докажала кај 21% од сите 152 дисектата, а 56% од позитивните лимфни јазли. биле со димензија 10мм или помала. Дури кај 75% од позитивните вратни дисектати метастазите биле во I и II вратен квадрант. Процентот на пациенти со позитивни вратни јазли во нејзиното испитување е помал од нашиот наод а тоа се должи на фактот што во нашата серија се почести пациентите со T₃ и T₄ тумор. Промоторот на елективната функционална дисекција Byers (3) објавил ретроспективна студија на 428 пациенти со клинички негативен врат кои биле третирани со елективна модифицирана дисекција. Инциденцата на позитивните лимфни јазли била 35% за пациентите со орофарингеален канцер. Најчеста група на лимфни јазли кои биле зафатени со метастаски депозит биле субмандибуларните и југулодигастричните. Тој потврдува дека инциденцата на позитивни лимфни јазли кај пациенти со T₃ и T₄ тумор е сигнификантно поголема од пациентите со T₁ и T₂ тумор.

Резултатите во однос на предоперативната можност за дијагноза на вратните метастази со помош на КТ и МРИ се следниве:

TABLE 4. CLINICAL T STAGE IN RELATION WITH Пх FINDINGS

	T _{1+T₂}	%	T _{3+T₄}	%
Пх N₀	12	67	4	33
Пх N₊	6	33	8	67
All	18	100	12	100

59% of the patients in II neck level. Woolgar found that 21% of 152 neck dissections from patients with N₀ neck had nodal metastases. Metastatic nodes in 56% were smaller than 10 mm, and 75% of neck metastases were in I and II neck level. Incidence of nodal metastases in our work is higher than in Woolgar's investigation probably because in our study more patients were with tumor T₃ and T₄. Byers is promoter of elective neck dissection, he found incidence of 35% nodal metastases in 428 patients with N₀ neck.

Results of preoperative clinical evaluation of neck showed that:

- 14 out of 30 clinical N₀ patients were proven pathohistologically N₊
- КТ was accurate in 21 patients, with false positive 4 and false negative in 5 patients (table 5).
- МРИ was accurate in 25 patients with false negative in 2 and false positive in 3 patients (table 6, 7).

TABLE 5. CORRELATION BETWEEN КТ FINDINGS AND Пх FINDINGS ON NECK METASTASES

	КТМ N ₀	КТМ N ₁	КТМ N ₂	Σ
Пх N₀	12	4	0	16
Пх N₁	3	3	0	6
Пх N₂	2	2	4	8
Σ	17	9	4	30

- Со клиничка палпација не се дијагностицирани, а патохистолошки се потврдени позитивни лимфни јазли кај 14 од вкупно 30 пациенти.
- Со КТ точно се дијагностицирани 21 од 30 пациенти (70%); лажно позитивни биле 4 (13%) од пациентите, а лажно негативни 5 пациенти (17%) (табела 5).
- Со МРИ точно дијагностицирани се 25 од 30 пациенти (83%), лажно негативни се 2 пациенти (7%), а лажно позитивни се 3 пациенти (10%) (табела 6 и 7).

ТАБЕЛА 5. КОРЕЛАЦИЈА ПОМЕГУ КТ НАОД И Пх НАОД НА ВРАТНИ МЕТАСТАЗИ

	КТМ N ₀	КТМ N ₁	КТМ N ₂	Σ
Пх N ₀	12	4	0	16
Пх N ₁	3	3	0	6
Пх N ₂	2	2	4	8
Σ	17	9	4	30

ТАБЕЛА 6. КОРЕЛАЦИЈА ПОМЕГУ МРИ НАОД И Пх НАОД НА ВРАТНИ МЕТАСТАЗИ

	МРИ M N ₀	МРИ M N ₁	МРИ M N ₂	МРИ M N ₂
Пх N ₀	13	3	0	16
Пх N ₁	2	4	0	6
Пх N ₂	0	2	6	8
Пх N ₂	15	9	6	30

ТАБЕЛА 7. ПРОПОРЦИЈА НА ТОЧНО ДИЈАГНОСТИЦИРАНИ ПАЦОЕНТИ СО КТ И МРИ

	палп.	КТ	МРИ
пациенти	16/30	21/30	25/30
проценти	53,3	70	83
сензитивност на методата		66%	85%
специфичност на методата		75%	83%

TABLE 6. CORRELATION BETWEEN MRI FINDINGS AND PH FINDINGS ON NECK METASTASES

	МРИ M N ₀	МРИ M N ₁	МРИ M N ₂	МРИ M N ₂
Ph N ₀	13	3	0	16
Ph N ₁	2	4	0	6
Ph N ₂	0	2	6	8
Ph N ₂	15	9	6	30

TABLE 7. SENSITIVITY AND SPECIFICITY OF PALPATION, KT AND MRI

	palp.	КТ	МРИ
patients	16/30	21/30	25/30
percentage	53,3	70	83
sensitivity		66%	85%
specificity		75%	83%

It is obvious that detection of occult nodal metastases is problem even with sophisticated radiological procedures. Crile once said that palpable nodes may be reactive nodes, on the contrary metastatic nodes may be undetectable by palpation.

All surgeons agree that early detection and elimination of nodal metastases is imperative in treatment of patients with oral cancer. Many authors suggest “wait and see” policy for patients with oral cancer and N₀ neck in order to avoid unnecessary neck dissections. Stuckensen (8) found prognostic value for nodal metastases of MRI to be 90%, КТ 81% and palpation 78%. Ogura (7) in his work presented that palpation and КТ investigation have similar prognostic value of nodal metastases, only 62%. Braams (1) found that overall accuracy of MRI and КТ for nodal metas-

ТАБЕЛА 8. ИНЦИДЕНЦА НА ОКУЛТНИ МЕТАСТАЗИ ВО N_0 СТАДИУМ КАЈ ОРАЛЕН КАРЦИНОМ ПО АВТОРИ
TABLE 8. INCIDENCE OF OCULT METASTASES IN N_0 NECK IN ORAL CANCER PATIENTS

	година / year	Број на пациенти со N_0 / number of patients	T стадиум / t stage	Окултни метастази % / ocult metatsases %
Vandenbrouck	1980	75	T1-T3	48%
Johnson	1980	40	T1	36%
Bradfield	1983	98	T1-T2	20%
Teichgraeber	1984	48	T1-T2	35%
Spiro	1980	92	T1-T2	27%
Cunningham	1986	23	T1-T2	35%
Fakih	1989	70	T1-T2	47%
Ho	1992	28	T1-T2	42%
Franceschi	1993	211	T1-T2	31%
Persky	1999	35	T1-T2	22%
Khaldoun	1999	137	T1-T2	41%
Woolgar	1999	152	T1-T2	21%

Јасно е дека дијагностиката на субклинички позитивни лимфни јазли кај пациентите во почетниот клинички стадиум на болеста е особено тешко. Зголемените палпабилни лимфни јазли можат да бидат реактивни, а метастатските лимфни јазли да бидат непалпабилни (Crile). Тргувајќи од фактот дека постоењето на метастатските лимфни јазли во иницијалниот стадиум на болеста се од најголемо прогностичко значење, нивното откривање и отстранување е императив при хируршкиот третман на пациентите со OSCC. Многу автори тврдат дека софистицираните РТг методи КТ и МРИ се со голема точност во дијагностиката на позитивните лимфни јазли, па препорачуваат пациентите со N_0 клинички врат и N_0 РТг да бидат следени по принцип на „wait and see“ со што би се избегнала елективната дисекција. Stuckensen (8) тврди дека прогностичката вредност на МРИ е 90%, на КТ е 81%, а на физичка егзаминација 78%, а Ogura (7) во своите истражувања нашол дека кај клинички

tases in patients with N_0 neck is only 68%. The reason for that is the fact that 56% of node metastases are 10 - 15 mm in diameter. Woolgar and Beenken (2) realized that high sensitivity criteria for nodal metastases as nodal necroses and cystic changes are rarely present in patients with N_0 neck.

Patients with oral squamous carcinoma and clinically negative neck N_0 have high incidence of nodal neck metastases from 25% to 45% according to different authors. Incidence of nodal metastases in patients with T₃ and T₄ primary tumor is even higher. Preoperative detection of occult nodal metastases even with sophisticated radiological procedures as КТ and МРИ is limited. These results support the use of elective, selective neck dissection in patients with clinically node-negative squamous cell carcinoma of oral cavity.

негативен врат N_0 сензитивноста на палпацијата и КТ е слична и е 62%.

Braams (1) нашол дека сензитивноста на КТ и МРИ кај пациент со N_0 врат е 68%, а вкупната точност околу 78%. Според него не е за изненадување што КТ и МРИ немаат голема сензитивност при детекција на позитивни лимфни јазли кај N_0 затоа што 56% од позитивните лимфни јазли во неговите истражувања се со димензии од 10-15 мм и со микрометастази. Woolgar и Beenken (2) сметаат дека радиолошкиот критериум како туморна некроза и цистични промени кои се високо специфични за метастатските депозити се многу ретки кај пациенти со клинички N_0 врат. Всушност, кај пациентите кај кои по елективната дисекција во вратниот дисектат

патохистолошки ќе се докажат позитивни лимфни јазли повеќе од една и во повеќе вратни квадранти ќе биде советувана радиотерапија.

Да заклучиме, инциденцата на метастатските лимфни јазли кај пациенти со OSCC и N_0 е висока и според разни автори варира од 25%-45%. Инциденцата кај T_3 и T_4 туморите е дури до 60%. Можноста за детекција на субклиничките метастатски лимфни јазли со КТ и МРИ е далеку подобра од клиничката палпација но сепак е лимитирана. Затоа сметаме дека елективната дисекција и тоа модифицираната-функционална и супраомохиодна се оправдани и корисни кај пациентите со OSCC и N_0 .

Литература / References

1. Nodal spread of squamous cell carcinoma of the oral cavity detected with PET-tyrosine, MRI and CT. Braams JW, Pruim J, Nikkels PG, Roodenburg JL, Vaalburg W, Vermey A J Nucl Med 1996 Jun; 37(6):897-901.
2. Magnetic resonance imaging in the assessment of cervical nodal metastasis in oral squamous cell carcinoma. Beenken SW, Krontiras H, Maddox WA, Peters GE, Soong S, Urist MM Clin Radiol. 1999 Feb;54(2):90-4.
3. Can we detect or predict the presence of occult nodal metastases in patients with squamous carcinoma of the oral tongue? Byers RM, El-Naggar AK, Lee YY, Rao B, Fornage B, Terry NH, Sample D, Hankins P, Smith TL, Wolf PJ. Clin Radiol 1997 Dec;52(12):927-32.
4. Computed tomography and lymphoscintigraphy to identify lymph node metastases and lymphatic drainage pathways in oral and oropharyngeal squamous cell carcinomas. Freire R.S. Addah. Eur Arch Otorhinolaryngol 2003 260:148-152.
5. Improving diagnostic accuracy of cervical metastasis with computed tomography and magnetic resonance imaging. Hilsmaer Pj, Schuller DE. Arch Otolaryngol Head Neck Surgery 1990;116:1297-1301.
6. Primary neck management among patients with cancer of the oral cavity without clinical nodal metastases: a decision and sensitivity analysis. Kaneko S., Yoshimura T. Head and Neck 2002; 24: 582-590.
7. Diagnostic accuracy of computed tomography for cervical metastasis at different anatomical levels in carcinoma of the tongue. Ogura I. et al. Dentomaxillofacial Radiology (2001) 30,246-248.
8. Staging of the neck in patients with oral cavity squamous cell carcinomas: a prospective comparison of Pet, ultrasound, Ct and MRI. Stuckensen Tankred et al. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery (2000) 28,319-324.
9. Criteria for diagnosing lymph node metastasis from squamous cell carcinoma of the oral cavity: a study of the relationship between computed tomographic and histologic findings and outcome. Umeda M, Nishimatsu N, Teranobu O, Shimada K. Head Neck 1998 May;20(3):232-9.
10. Screening recurrence and lymph node metastases in head and neck cancer: the role of computer tomography in follow-up Valentina Rivelli, et al. Head & Neck Oncology 2011, 3:18 doi:10.1186/1758-3284-3-18.
11. Correlation of histopathologic findings with clinical and radiologic assessments of cervical lymph-node metastases in oral cancer. Woolgar JA. Int J Oral Maxillofac Surg. 1995 Feb;24(1 Pt 1):30-7.
12. Pathology of the N_0 neck. Woolgar JA. Br J Oral Maxillofac Surg 1999 Jun;37(3):205-9.
13. The role of MRI scanning in the diagnosis of cervical lymphadenopathy. Wilson GR, McLean NR, Chipinddale A. Br J Plast Surg 1994; 47: 175-179.
14. Magnetic resonance imaging in the assessment of cervical node metastasis in oral squamous cell carcinoma. Wide JM, et al. Clin. Radiol. 1999 Feb.54(2):90-4.