

T. C.
DİYARBAKIR ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KULAK BURUN BOĞAZ KÜRSÜSÜ
Doç. Dr. EMRE CİNGİ

DICLE ÜNİVERSİTESİ
MERKEZ KÜTÜPHANESİ

45

BAŞ BOYUN TÜMÖRLERİ ÜZERİNDE KLİNİK, HİSTOPATOLOJİK, EPİDEMİYOLOJİK ARAŞTIRMALAR

FİŞLENDİ

UZMANLIK TEZİ

T. C.
DICLE ÜNİVERSİTESİ
KÜTÜPHANESİ

Demirbaş No. 0036481

Tasnif No. 616.2412

45

1979

1979

Dr. Talât KÖSOĞLU

İ Ç İ N D E K İ L E R

1 - GİRİŞ.....	1 - 27
2 - MATERYEL VE METOD.....	28 - 30
3 - BULGULAR.....	30 - 55
4 - TARTIŞMA.....	56 - 63
5 - SONUÇ.....	64 - 65
6 - ÖZET.....	66
7 - LİTERATÜR.....	67 - 69

Ö N S Ö Z

Neoplastik hastalıklar tüm dünya milletlerinin üzerinde durduğu fakat etyolojileri ve tedavileri hakkında henüz kesin bilgi sahibi olmadığımız oldukça güncel konulardan birisidir. Oldukça yoğun çalışmalar yapılmasına rağmen henüz tam ve kesin bilgilere sahip olmadığımız neoplastik hastalıkların baş boyuna lokalize olanları uğraşı alanlarımız sınırları içinde bulunduğundan, bu tümörlerin kendilerine ve bölgeye özgü karakteristik özelliklerini araştırmak, bölgedeki tümör sıklığı hakkında bilgi sahibi olmak, baş boyun tümörlerinde uygulanan çeşitli tedavi yöntemleri arasından en iyisini saptamak amacı ile bu çalışmayı yapmayı plânladık. Çalışmamız üç yıl gibi kısa bir sürede yapıldığından vak'a sayımız pek fazla değildir. Ayrıca çeşitli alanaksızlıklardan dolayı bazı gerekli laboratuvar araştırmalarını yapamadık. Tüm bunlara rağmen çalışmalarımız, baş boyun tümörlerinin özel karakterlerini, oluşmalarındaki yardımcı etkenleri ve bölgemize özgü özellikleri yansıtır niteliktedir.

Asistanlığım süresince ve bu çalışmalarımnda beni daima teşvik eden, yakın ilgi ve alakalarını esirgemeyen değerli hocalarım; Kürsü Başkanımız Doç. Dr. Emre Cingi ve öğretim üyesi Doç. Dr. Hayrettin Muhtar'a minnettarlığımı burada belirtmeyi bir görev sayarım. Beraber çalıştığım sürece yakınlıklarını unutamıyacağım öğretim görevlisi Op. Dr. Mehmet Demirel ve bütün klinik arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Diyarbakır, 1979

Dr. Talât Kösoğlu

G İ R İ Ő V E A M A Ç

Baş boyun tümörleri tüm dünya devletlerinin üzerine önemle eğildiği oldukça güncel konulardan birisidir. Bütün tümörlerde olduğu gibi baş boyun tümörlerinde de her geçen gün göze çarpacak derecede artış kaydedilmektedir. Bu durum büyük bir olasılıkla tanı olanaklarının artması yanında gün geçtikçe ilerleme kaydeden sanayinin, hava kirliliğinin ve sosyo ekonomik problemlerin artışına paralel olarak tümör sıklığının artması ile açıklanabilir.

Baş boyunda önemli organların bulunuşu, burada meydana gelen tümörlerin erkenden hayati problemlere yol açmasına sebep olmakta ayrıca bölgenin öncelikle göze çarpan konumu dolayısıyla burada meydana gelen tümörler kozmetik yönden hastayı etkilemekte ve bir çok psiko-sosyolojik problemlerin ortaya çıkmasına sebep olmaktadır.

Tüm dünyadaki baş boyun tümörleri artışına paralel olarak yurdumuzda da baş boyun tümörleri sıklığında son yıllarda önemli artışlar kaydedilmiştir. Diğer tümörlerde olduğu gibi baş boyun tümörlerinde de erken tanı çok önemlidir. Erken tanının yanı sıra yapılacak uygun ve yeterli bir tedavi ile tümörlerde çoğu kez şifa sağlanabilir.

Diyarbakır Tıp Fakültesi Güney Doğu Anadolu'ya hitap eden en önemli sağlık kuruluşu olup Güney Doğu Anadolu ve kısmen Doğu Anadolu'nun tümörlü hastalarının tamamına yakını fakültemize müracaat etmekte ve tedavi edilmektedir. Bu bakımdan araştırmamız Güney Doğu Anadolu'nun özelliklerini, bölgedeki tümör sıklığını yansıtacak niteliktedir.

Amaç,

Araştırmamızın amacı, Diyarbakır ve çevresindeki baş boyun tümörlerinin sıklığını saptamak, bu tümörlerin klinik, histopatolojik ve epidemiyolojik incelemesini yapmak, bölgeye özgü bir özelliğın bulunup bulunmadığını araştırmak ve bu tümörlerde uyguladığımız çeşitli tedavi yöntemlerinin sonuçlarını değerlendirmektir.

T Ü M Ö R L E R E G E N E L B A K I Ş

Tümör, sebebi bilinmeyen, normal doku ile koordinasyonunu kaybeden, daima ilerleyen, otonom, kontrolsüz ve hudutsuz anormal hücre gelişimidir.

Benign va malign olarak iki ana gruba ayrılan tümörlerden, benign olanlara genellikle ölüme sebep olmadıklarından dolayı malign olanlara oranla daha az önem verilmektedir. Buna bağlı olarak benign tümörlerin sıklığı hakkındaki bilgilerimiz oldukça noksandır. Çalışmaların tamamına yakını malign tümörlere yöneltilmiştir.

Malign tümörler, ırk, cinsiyet, yaş, âdet ve alışkanlıklara göre dağılımında özellikler gösterirler. Örneğin meme kanserleri ırk bakımından Japon kadınlarına oranla Amerika`lı kadınlar arasında çok daha fazla görülür. Karaciğer kanserleri sarı ırk olan Çin ve Japonya`da Avrupa`lı beyaz ırka göre oldukça fazladır(35). Dudak kanserleri sarışın açık renk ve kuru cildli mavi gözlü kişilerde esmerlerden çok daha fazla görülür(13). Nazofarenks kanseri en çok uzak doğuda görülmektedir. Nazofarenks kanseri beyaz ırkta bütün malign tümörlerin % 0,25-3 ünü kapsamasına rağmen Çin`lilerde % 15 in üstünde görülür(27). Deri kanserlerine beyaz ırkta oldukça sık rastlanmasına rağmen zencilerde nadiren görülür. Aynı irksal sebeplerden dolayı sarkomlar ve özellikle retikülüm hücreli sarkomlar uzak doğu ülkelerinde çok fazla görülür(35).

Cinsiyet yönünden ele alınınca larenks kanserleri erkeklerde kadınlardan 9 defa daha fazla görülür(10). Ağız boşluğu, farenks ve yüz sinüslerinin epidermoid kanserleri erkeklerde büyük bir hakimiyet gösterir(9). Tiroid kanseri kadınlarda erkeklere nazaran 7 defa daha fazla görülür. Kulak deri kanseri erkeklerde kadınlardan 10 defa daha fazladır(35). Dudak kanserleri erkeklerde kadınlara oranla 7 defa daha fazla görülür(18). Cinsiyetteki bu fark hormonlar, beslenme, sigara ve alkol kullanma alışkanlığı, çalışma ve çevresel farklarla açıklanmaya çalışılmıştır.

Yaş malign tümörlerin oluşumunda önemli bir etkidir. Genel olarak

kanserler orta yaşlarda ve yaşlı kimselerde görülmekte olup yaş oranı arttıkça kanser oranında artar.Örneğin larenks kanserleri genellikle 40-70 yaşları arasında daha çok görülür(10).Bununla beraber bu durum bütün malign tümörlerde geçerli olmayabilir.Zira bazı tümörler daha çok genç yaşlarda ve belirli yaş grublarında görülür.Hemen daima 35-45 yaşları arasında rastlanan uterus leiyo myomları bu tümörlere örnek gösterilebilir.Ayrıca kanserlere oranla sarkomların daha genç yaşta görüldüğü bilinen bir hakikattir.Kanserler gençlerde ihtiyarlara nazaran daha hızlı seyir gösterir.Akut lösemili çocuk bir kaç haftada ölürken,yine lösemili 80 yaşındaki hasta tedavi edilmese bile daha uzun süre yaşayabilir.

Yöresel âdetlerin de kanser oluşumunda bir faktör olduğunu belirtmek gerekmektedir.Yahudilerde penis kanseri son derece de az olup, Çin'lilerde ise çok görülür.Buna sebep olarak Yahudilerin sünnetli olup Çin'lilerin nadiren sünnetli olduğu gösterilmektedir(35).Son yapılan araştırmalarda sigara içme,alkol kullanma,seksüel alışkanlıklar,diet alışkanlıkları,endüstriyel ve beşeri kirlilikler,su ve hava kirliliği,pestisidler,duman,is ve ilaçların kanser sıklığı ve etyolojisinde rol oynadığı saptanmıştır(32).

Etyo-patogeneze

Bugün tıp dünyasında kanser etyoloji ve patogenezi araştırma alanında en önemli yeri işgal etmektedir.Bu araştırmalar kimyasal,endokrinolojik,virolojik ve immünolojik sahalara yayılmaktadır.Bütün bu araştırmalara rağmen tümörlerin hakiki sebepleri henüz aydınlığa kavuşmuş değildir.Kanserlerde sebeplerin birden çok olması olasılığı büyüktür.Etyolojik faktörler hakkında yapılan araştırmalar aşağıdaki şekilde özetlenebilir.

I)Karsinogenik kronik tahrişler:Virchow tarafından vaktiyle ileri sürülen teori geçerliliğini halen muhafaza etmektedir.Kronik tahrişler kansere sebep olmaktadır.Fakat tüm kronik tahrişlerin kesinlikle

kansere sebep olduğu söylenemez Karsinogen oldukları kabul edilen muhtelif tahrişler şöyle sıralanabilir:

a-Kimyasal karsinogenik tesirler: Malign tümörler çeşitli kimyasal maddelerin kronik olarak temasıyla meydana gelebilir. Bu maddelerde iki grupta toplanabilir. I-Polisiklik hidrokarbonlar, 2-Azo boyaları. Bunların kanserle ilişkisi hakkında detaylı çalışmalar yapılmaktadır(35). Baş boyun kanserlerinin etyolojisinde ağız yolu ile vücuda alınan karsinogen etkili maddeler büyük yer tutmaktadır. Bunların bir çoğu çevremizde bulunup en çok karsinogenik etkili olanlar; asbestos, radon, nikel ve arseniktir. Genellikle mesleği icabı bu maddelerle uğraşanlar azdır. Baş boyun kanserlerinde tütün ve alkol iki önemli faktördür. Bu iki madde baş boyun kanserlerinin % 80-90 nının etyolojisinde rol oynar. Sigara ile akciğer, larenks kanseri, tütün ve alkol ile de ağız kanseri arasında çok yakın ilişki vardır. Amerika Birleşik Devletleri'nde baş boyun kanserlerinin tümünün etyolojisinde tütünün % 80 kadar sorumlu olduğu bulunmuştur(30). Bazı karsinogenik maddelerin tesiriyle meydana gelen kanserler meslek kanseri olarak kabul edilmektedir. Baça temizleyicilerin serotum kanseri, anilin fabrikalarında çalışanlarda mesane kanseri, kromat kanseri (akciğerlerde kromat bileşiminden), arsenik kanseri (arsenik ile çalışan işçilerde), parafincilerin kanseri (benzolle çalışanlarda deri kanseri), asbest işçilerinin kanseri, iplikçilerin kanseri (metal yağlarla), burun mukozasının nikel kanseri, zift katran ve briket işçilerinin deri kanseri. Yukarıda kısaca sıraladıklarımız meslek kanserlerine örnek gösterilebilir.

b-Fiziksel karsinogenik tesirler: Bu gruba çeşitli ışınların, ısı değişikliklerinin, çeşitli radyoaktif maddelerin tesiri ile travmatik tesirler girer(35).

Güneşe maruz kalma ile dudak kanseri arasında kesin bir ilişki vardır. Kuzey ve güney enlemlerinden ekvatora yaklaştıkça dudak kanseri sıklığında artma görülür. Hayatının büyük bir kısmını açık havada

geçiren şahıslarda güneş irradiasyonun çok kuvvetli oluşu bunlarda dudak kanseri ihtimalini fazlalaştırır(13).Uzun zaman güneş ışınına maruz kalan denizciler ve çiftçiler arasında deri kanseri oldukça sık görülmektedir(36).Kulak deri kanseri erkeklerde görülmesine rağmen kadınlarda yok denecek kadar nadirdir.Bu durum kadınların genellikle kulaklarını örtmeleri ile güneş ışınına az maruz kalmalarıyla açıklanabilir(35).

İyonize ışınlar da önemli karsinogenik faktörlerdir.İlk defa (1902) ışınlama esnasında elini test objektif olarak kullanan bir teknisyenin elleri üzerinde dermatitlerin kanserleştiği görülmüştür(35).

Travmatik faktörün kansere sebep olabileceği halen tartışma konusudur.Yalnız benign tümörlerin kronik travma sonunda malign tümöre değişebileceği kabul edilmektedir.

o-Bakteriyel ve paraziter enfeksiyonların tesirleri:Viruslar hariç,paraziter ve bakteriyel enfeksiyonların ve buna bağlı iltihabi olayların kanser meydana getirdiği görülmemiştir.Ancak bu enfeksiyonların meydana getirdiği deri bozuklukları ve uzun müddet devam eden iltihabi olaylar tümöre uygun ortam hazırlayabilir.

2) Viruslar:Peyton Rous'un 1911 deki çalışmalarındanberi iptidai hayvanlarda karsinogenik virusların mevcudiyeti gösterilmiştir(Rous sarkomu).Sarkomun hücresiz filtratları aynı soydan diğer hayvanlara geçirilebilmiştir.Son zamanlarda lösemili farelerin hücresiz serum filtratlarının yeni doğmuş farelere pasajı ile lösemi ve deri tümörleri meydana getirilmiştir.Bu ve buna benzer çalışmalarla bir çok tümörlerin virütik olduğu gösterilmiştir.Mann,Gye ve arkadaşları insan kanserlerinden elde ettikleri ekstreler ile aşağı sınıf hayvanlarda tümörler husule getirebilmişlerse de bu görüş sonradan kıymetini kaybetmiştir.Zira sonraki araştırmalarda bu ekstrelerin henüz canlı hücre ihtiva ettikleri ve hayvanlara nakledilişinin tümöre sebep olan maddelerle olmayıp hücre transplantasyonu ile tümörün meydana geldiği anlaşılmıştır(35).Son zamanlarda yapılan çalışmalarda,17 yaşında erkek Çin'li

çocukta tesbit edilen nazofarenks lenfoepiteliomasında Epstein-Barr virüs titraji 1/3200 bulundu.Tümörden alınan biopsi elektron mikroskopunda incelendiğinde malign epitel hücreleri sitoplasması içinde herpes virüsü görüldü.Bu bulgu herpes virüsü ile insan malign tümörleri arasında yakın ilişki olduğunu göstermektedir(24).

3)Hormonal tesirler:Hormonların bir çok organların,örneğin uterus,meme,prostata ve hatta endokrin glanduların bizzat kendi hücrelerinin normal hücre ve fonksiyon faaliyetlerini devam ettirmede önemli oldukları bilinmektedir.Hormonların kandaki normal seviyeleri üstüne çıkması tesir ettikleri organlarda fazla miktarda hücre ve fonksiyon faaliyetlerini sitümüle ettikleri görülmüştür.Tesir süresi uzun,miktar da fazla olursa,o organdaki hiperplazi normal hiperplaziye geçer,malign olarak kabul edilebilen sahaya ulaşır.Yapılan deneylerde beyaz fare ve tavşanlarda östrojen hormon verilerek kanser oluşturulmuştur.

Androjenlerin tesiri hakkında fazla birşey bilinmemekte,fakat östrojenlerin meme fibroadenomunun epitelyal elemanlarını sitümüle etmesine karşılık,androjenlerin inhibitör tesir gösterdikleri saptanmıştır.Huggins bilateral adrenalectominin prostat kanserlerinin gerilemesinde etkili olduğunu göstermiştir(35).

Bazı deney hayvanlarında tiroid harap edildikten sonra tümör meydana gelmiştir.Normal şartlarda tiroid,hipofiz hormonu olan thyrotropin miktarı arasında karşılıklı bir ilişki mevcut olup,kanda tiroid hormon seviyesinin azalması thyrotropin miktarının artmasına sebep olur.Bunun sonucunda hipofiz glandı hiperplaziye uğrayıp bilahare hipofizde tümör teşekkül eder.

4)Beslenme ve vitaminlerin tesiri:Bu hususta kesin bir yargıya varılmış değildir.Ancak fazla yağlı besinlerin ve bazı vitamin noksanlıklarının kanser etyolojisinde rol oynadıkları söylenmektedir.

5)Hücre içi biyosimik değişmeler:Normal hücrelerle malign tümör hücreleri içerisinde muhtemel değişiklikleri tesbit edebilmek için neoplastik hücrelerin bünyeleri üzerinde çok fazla araştırma yapılmıştır.

Bu konuda en önemli çalışma Warburg'un olup, araştırmacı, mitozlar esnasında ve differansiye strüktürlerin yayılmasında, her hücrede solunum faaliyetinin zayıfladığını ispat etmiştir. Aynı durum hastalanan hücrelerde de olur. Oksidasyon ile birlikte enerji kaynağı olan fermantasyon meydana gelir, yani oksijenin varlığına rağmen şekerden laktik asit hüsule gelir. Bu laktik asit fermantasyonu zayıflamış solunum faaliyeti karşısında tekrar gelişmeyi uyarır. Solunum azalması ve fermantasyonun çoğalması sonucunda laktik asit miktarının genç dokuya nazaran çok fazla artması tümör hücrelerinin metabolizmasında meydana gelen esas değişiklikleri teşkil eder. Tümör hücreleri tarafından meydana getirilen laktik asit miktarı normal metabolizmada meydana getirilen laktik asit miktarından ortalama 70 defa daha fazla olup, fazla miktarda oksijen sevk edilse bile bu hal değişmez. Şu halde tümör, kendi enerjisinin büyük kısmını glikozu laktik asite ayırmakla kazanmaktadır. Nitekim tümörden akan kanın ihtiva ettiği laktik asit ve oksijen miktarı, vücudun diğer kısımlarından akan ven kanındakine nazaran hafifçe daha yüksek bulunmuştur.

Tümör dokusunda askorbik asit (C vitamini) diğer dokulara nazaran çoğalmış bulunmaktadır. Tümörlerin lipoid ve bilhassa fosfolipid muhtevası aktif normal dokular gibi yüksek bulunmaktadır. Protein metabolizması muhtemel olarak artmış, fakat bu da tümör hücrelerine has bir özellik olmayıp, büyüyen normal hücrelerde de böyledir. Tuz metabolizması normaldir. Alkalen fosfataz seviyesi yüksektir. Kalsiyum muhtevası çok defa düşüktür ve fosfor rölatif olarak yüksektir. Genel olarak büyüyen dokularda olduğu gibi su muhtevası fazladır. Greenstein'a göre kanser hücrelerinin enzim ve diğer muhtevaları normal dokulardan farksız olup yalnız miktar ve aktiviteleri farklıdır.

6) Embriyonal hücre kalıntıları: Tümör sebepleri arasında eski bir teori olan Cohnheim teorisine göre, neoplazmalar vücut içerisinde saçılmış, serpilmiş embriyonal hücre kalıntılarından çıkmaktadır. Ancak son

zamanlardaki araştırmalar bu teoriyi sarsmış vaziyette ise de embriyo-nal hücre kalıntılarından ortaya çıkmış malign tümörlere rastlanmaktadır.

7)Hereditate:Tümör teşekkülünde irsiyetin bir faktör olduğu şüphesiz olmakla beraber,insanlarda bunun yalnız başına rol oynamadığı ve ancak diğer faktörler arasında kısmi bir faktör olduğuna inanılmaktadır.Bir prekanseröz hastalık olduğu bilinen xeroderma pigmentosumda ultravirole ışınlarına karşı olan özel hassasiyet dominant karakter olarak irsiyetle intikal etmektedir(35).

8)İmmünoloji:Son yıllarda immünolojik mekanizmanın tümörlerin etyo-patogeneğinde önemli bir rol oynadığı tesbit edilmiştir.Baş ve boyun bölgesi için bu konu çok önemlidir.Zira bölgede bulunan lenfoid pleksüs fizik ve kimyasal ajanlarla sürekli temas neticesi immünolojik sistemin etkilendiği saptanmıştır.Tümör immünolojisinde fizik ve kimyasal ajanların rolü çok büyüktür.Alkol ve solunum havasındaki irritan maddeler,solunan irritan gaz ve buharlar immünolojiyi etkiler.Bazı yiyecekler immünolojik sistemi sitümüle ve deprese edebilir.

Deney hayvanlarında yapılan araştırmaya göre uzun süre tütün kullananlarda selüler ve hümodal immünitede değişiklikler görülmüştür.İmmünolojik sistemde tütünün sebep olduğu değişiklikler şunlardır:

-Trakea içine kadar ilerlemiş tümör hücrelerinin büyümesini artırır.

-Uzun süre tütün kullanımı phytohemagglutin`ine(PHA) karşı lenfositlerin aktivitesini artırır.

-Tümöre spesifik olan lenfosit sitotoksitesini artırır.

Bu değişiklikler sigaranın içilmeye başlanmasından sonraki 4-10 hafta süresince selüler immünitenin bir cevabı şeklinde görülür.PHA ya karşı lenfosit aktivitesinin artması yanında periferik kanda lenfositlerde (T hücrelerinde) artma olur.Bu artma sigara içmeyenlerde fazla olmaz.Bu artışa neden olan selüler immünitenin mekanizması henüz tesbit

edilememiştir(6).

Bütün bu açıklamalara rağmen tümörlerin etyolojisi kesinlikle bilinmemektedir. Henüz bilemediğimiz bazı faktörlerinde etyolojide rol oynadığı muhakkaktır. Bu faktörleri XYZ faktörleri olarak tanımlayabiliriz(17).

Tümörlerin esas strüktürü başlıca iki elemandan teşekkül eder: a-Parankimi teşkil eden çoğalmış neoplastik hücreler, b-Bağ ve damar dokusundan ibaret stroma. Bu elemanlardan parankim elemanları en önemli olanıdır, çünkü bunlar çoğalan ve tümöral kitleyi husule getiren elemanlardır. Stroma ise parankim elemanlarının gelişmesi için lüzumlu olan çatı ve destek vazifesini görüp, tümörün kanlanmasını sağlar.

Benign tümör hücreleri normal doku hücreleri gibi tipik hücreler olmayıp, vak'aların çoğunda onlardan az çok farklar gösterdiğinden dolayı paratipik elemanlar gibi kabul edilir.

Malign hücre tümörleri daha az differansiye olup atipiktirler, yani bu hücreler biçim, büyüklük ve boyanma kabiliyetleri bakımından normal tipik hücrelere benzemedikleri gibi birbirlerine de benzemezler.

Benign tümörler lokalize tümörler olup, ancak kitleleriyle yer işgal edip genellikle kapsüllüdürler. Kapsülsüz olan anjiom ve nevüs gibi tümörler de vardır.

Malign tümörler hiç bir zaman hakiki bir kapsüle sahip olmayıp, genel olarak tahripkâr, infiltratif bir büyüme ile karakterizedir. Tümör kitlesi en az mukavemet gösteren istikamet boyunca ilerleyip, normal dokuları tahrip eder, normal anatomik hudutları dinlemeden çığner ve geçer. Bu gibi büyümeye istilacı büyüme derler.

Benign tümörler az sayıda mitozlar gösterip yavaş büyürler. Belirli durumda büyüme durabilir ve zaman zaman stasyoner bir halde kalabilir.

Malign tümörler ise benign tümörlere nazaran çok daha fazla mitoz gösterir ve hızlı büyürler. Malign tümörler karakteristik olarak

devamlı bir büyüme gösterirler.

Asıl tümörden ayrı olarak,uzaklarda husule gelen müstakil sekunder tümör odaklarına,yani tümör hücre kolonilerine metastaz denir.Benign tümörler asla metastaz yapmazlar halbuki metastaz malignite için mutlak olan bir kriteriyumdur.

Metastatik yayılma yolları:

1-Venöz yayılma:Ven yolları ile yayılma sarkomlar için karakteristiktir.Vücutta akciğerler,karaciğer ve kemikler venöz yayılmadan en çok zarar görürler.

2-Arteriyel yayılma:Venöz yayılmaya göre daha azdır.

3-Lenfatik yayılma:Lenf yolları kanserlerin yayılmasında en önemli yoldur.Sarkomlar bu yol ile daha az yayılır.

4-Tümör transplantasyonu vasıtasıyla yayılma:Böyle bir yayılma vücudun büyük boşlukları ve bilhassa periton boşluğu vasıtasıyla olur (Buna transkaviter metastaz veya yayılma da derler),veyahut vücudun bir kısmından diğer bir bölgesine olur(bunada transplantasyon metastazı derler).Tümör ameliyatlarında bu tip metastaza yol açmamak için çok dikkat edilmelidir.Ayrıca larenks kanserli hastalarda entübasyon tüpü ile implantasyonun olabileceği gösterilmiştir(17).

5-Temas suretiyle geçiş:Bir epitel yüzeyinden diğerine geçiş olabilir.

Tümörlerin teşhisi

Klinik ve röntgen bulgularını destekleyen biopsi,sitolojik teşhis ve frozen section önemli yer tutar.Serolojik teşhis pratikte pek emin yol değildir.Tümörün kesin tanısı histopatolojik olarak konur.Klinik ve diğer laboratuvar bulguları tanıda yardımcı unsurlardır.

Semptomlar

Tümörler lokalize oldukları bölgelere göre semptom gösterirler.Genel olarak halsizlik,ateş,son zamanlarda zayıflama ve ağrı görülür.

Tümörlere özel bakış bölümünde her organın tümörü anlatılırken özel detaylı semptomlar gözden geçirilecektir.

Sınıflandırma

Tümörler, onları meydana getiren hücre tiplerine göre üç gruba ayrılır. Bir çok tümörler tek bir tip hücreden ibarettir ve bunlara basit tümörler derler. Bir kısım tümörler, bazılarının kabul ettiğine göre birden fazla hücre tipinden veyahut birden fazla tümör dokusundan teşekkül eder. Bu gibi tümörlere mikst tümörler denir. Diğer bir tümör cinsi birden fazla germ yaprağından teşekkül ederki bunlarada bileşik tümörler denir(35).

I-Basit tümörler(tek tip neoplastik hücreden teşekkül ederler)

A-Mezankimal kaynaklı tümörler

1-Bağ dokusu ve derivatlardan çıkanlar

<u>Tümörün çıktığı doku</u>	<u>Benign</u>	<u>Malign</u>
Olgun bağ dokusu	Fibroma	Fibrosarcoma
Miksomatö doku	Myxoma	Myxosarcoma
Yağ dokusu	Lipoma	Liposarcoma
Kıkırdak dokusu	Chondroma	Chondrosarcoma
Kemik dokusu	Osteoma	Osteogenik sarcoma
Notochordal doku	Chordoma	Chordosarcoma

2-Endotel ve ilgili strüktürlerden çıkan tümörler

Kan damarları	Hemangioma	Angiosarcoma Hemangioendothelioma
Lenfa damarları	Lymphangioma	Lymphangioendothelioma
Deri glomusu	Glomus tümörü	Malign glomik tümör
Internal glomus	Carotis ve aort cisimcikleri, jugular glomus tümörleri	Malign glomik tümör
Synovia	Synovial sarcoma
Mesothelium	Mesothelioma	Malign mesothelioma
Kemik iliğinin kan damarları	Ewing tümörü

3-Kan hücreleri ve onunla ilgili hücrelerden çıkan tümörler:

Hematopoietik hücreler	Myelogen, monositik lösemi
Lenfoid doku	Lymphoma, lenfatik lösemi
Retikülo-endotelial sistem	Retikülüm hücreli sarkom Plasmocytoma
Thymus	Thymoma

4-Adaleden çıkan tümörler:

Düz adale	Leiomyoma	Leiomyosarcoma
Çizgili adale	Rhabdomyoma	Rhabdomyosarcoma
Çizgili adale	Myoblastoma	Myoblastoma

B-Epitelyal kaynaklı tümörler:

Çok katlı yassı epitel	Papilloma	Yassı epitel hücreli noma(epithelioma)
Deri adnexleri, kıl folikülle- ri, epidermisin bazal tabakası	Bazal hücreli carcinoma
Guddevi epitel	Polyp	
	Adenoma	Malign adenoma
	Papiller adenom	
	Cystoma	Papiller cystadenocarcinoma
İdrar yolları epiteli	Papillom	Papiller carcinoma
İndiferansiye epithelium	Embriyonal carcinoma
Mina organı	Adamantinoma
Placenta epiteli	Hydatiform mole	Choriocarcinoma

C-Sinirsel kaynaklı tümörler:

Sinir dokusu	Neuroma	
Sinir kılıf dokusu	Neurofibroma	Neurogenik fibrosarcoma
	Neurilemmoma	Neurogenik fibrosarcoma
Sinir kılıf dokusu	Meningioma	
Sympatik ganglion hücreleri	Ganglioneuroma	Sympathicoblastoma
Sinir kılıfı ve uçları	Naevus	Melanoblastoma

Özel sinir uçları	Carcinoid	Carcinoid
Primitif sinir dokusu		Neuroblastoma
		Neurocytoma
		Neuroepithelioma
		Retinoblastoma
Glia dokusu	Glioma
Sürrenal medullası veya	Paraganglioma	Paraganglioma
ona benzeyen dokular		Pheochromocytoma
II-Mixt tümörler:		
Tükrük guddeleri	Benign mixt tümör	Malign mixt tümör
Böbrek kalıntısı	Wilms tümörü
III-Bileşik tümörler:		
Gonadların ve embriyonal	Dermoid,teratoma	Tümör teşkil eden eleman-
kalıntıların totipotensi-		lardan biri veya bir kaç
yel hücrelerinden		malignite kazanabilir.

Tedavi

Bugünkü tümör tedavisi tümör hücrelerinin vücuttan uzaklaştırılması ve uzaklaştırılmayanların öldürülmesi, bunlar mümkün olmadığı takdirde üremelerinin durdurulması veya yavaşlatılması esasına dayanır. Bu amaca ulaşmak için muhtelif yollar kullanılır: A) Cerrahi metodlar, B) Radyoterapi, C) Cerrahi ve radyoterapi metodunun kombine kullanılması, D) Kemoterapi.

Cerrahi metod: Tümör mümkün olduğu kadar radikal olarak, bulunduğu sahadan çıkarılmaya çalışılır. Bu metod hududu muntazam ve kapsüllü olan benign tümörler de kesin bir tedavi yöntemidir. Yüz bölgesindeki malign tümörlerde mümkün olduğu kadar tümör etrafındaki geniş bir sağlam doku ile beraber çıkarılmalıdır. Cerrahi tedavi organ ve hastalığa göre radikal ve palyatif şekillerde uygulanır. Bu metodda operasyon öncesi biopsi yapılması uygun görülmeyen durumlarda ameliyattan hemen önce frozen section teşhis metodundan istifade edilerek operasyon his-

topatolojik tanıya göre yönlendirilir.

Radyoterapi: Işın tedavisi ameliyattan fayda beklenmeyen malign tümörlerde ve operabl olmayan vak'alarda veya postoperatif yahut pre-operatif olarak uygulanır. Larenks karsinoma insutularında ve cild kanserlerinde radyoterapi ile oldukça iyi sonuçlar alınmaktadır. Radyoterapi geniş anlamda X ışınları tedavisidir. Ancak bunun yanında radyoaktif cobalt 60, altın, radium, radon ve radyoaktif fosfor radyoterapide kullanılmaktadır.

Cerrahi ve radyoterapi metodunun kombine kullanılması: Bir çok müdahalelerde cerrahi tedaviden önce veya sonra radyoterapi uygulanmaktadır. Bu metodun uygulanışı tümörün bulunduğu yere ve durumuna göre saptanır.

Kemoterapi: İlaç tedavisi demek olan kemoterapi lokal olmayan daha ziyade yayılmış ve ne cerrahi tedavinin, ne de radyoterapi tatbikinden fayda beklenilmeyen durumlarda tatbik olunur. Sitostatikler kemoterapinin tarihçesine bakılınca oldukça eski bir mazisi olan ve son zamanlarda çok geniş araştırmalara konu olan maddelerdir. Bu maddeleri şu grublar altında toplayabiliriz:

1-Alkile ediciler: Bu grub kendi içinde bir takım grublara ayrılmakta olup, Chlorambucil (Leukeran), Cyclophosphamide (Endoxan, Cytosan), Doxorubicin, Degranol, Tepa, Busulfan (Myleran), Epoxyyl örnek olarak gösterilebilir.

2-Antimetabolitler: Bunlara da, Allupurinol, Azavridine ve Amethopterin (Methotrexate) örnek gösterilebilir.

3-Alkaloidler veya bitki kaynaklı olanlar: Colchium bitkisinden Colchamine, Vinca rosea bitkisinden Vincristine ve Podophyllum peltatum bitkisinden elde olunan Podophylline acide ethylhidrazid (SP-I) örnek verilebilir.

4-Antibiotikler: Bunlar içinde Puromycine, Doxorubicin, Sarcomycine, Streptozotocin ve Bleomycine'i sayabiliriz.

Hormonlar: Östradiol, Testosteron, Spiranolactone ve Urethane ayrı grublardan örnek gösterilebilir(20).

Baş boyun epidermoid kanserlerinde genel yolla kullanılan Met-hotrexate ve Bleomycine tümör tedavisinde en iyi sonuç alınan ilaçlardır. Ancak gözlenen sonuç genellikle geçici ve ekseriya zehirlenme olasılığı pahasına elde edilmiştir. Aynı sitostatiklerin intra arteriel yolla direkt olarak tümörlü sahaya verilerek kullanılması neticesinde daha cesaret verici ve daha yüksek oranda başarı sağlanmıştır. Fakat yine riskleri azalmış değildir. Kullanma zamanları sınırlıdır ve devamlı bir kontrol altında yapılmalıdır(9).

Son zamanlarda yapılan araştırmalarla immünolojik sisteme etkili immüno-suppressif Angidine, Methylglyoxal ve Verrucarine gibi maddelerle immünoterapi yapılmaktadır(20).

B A Ş B O Y U N T Ü M Ö R L E R İ N E Ö Z E L B A K I Ş

Neoplastik hastalıklar tıbbın henüz kesinlikle açıklayamadığı tüm yönleriyle aydınlatamadığı hastalıklardır. Son zamanlarda ölüm oranını bariz bir şekilde etkileyen önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmıştır. Teşhis genellikle iş işten geçtikten sonra konulmaktadır. Muhtelif tümörler arasında baş boyun tümörlerinin kendilerine özgü sipsifik karakterleri mevcuttur. Yoğun taramalara ihtiyaç vardır.

Baş boyun kanserlerinin sıklığı bölgeden bölgeye değişiklik gösterir. Bu kanserler Asya'da bazı bölgelerde bütün kanser vak'alarının % 47 ini teşkil eder(29).

Baş boyun tümörlerini buldukları bölgelere göre kısaca gözden geçirecek olursak;

Deri tümörleri

Yüzün cild kanserleri bütün dünyada vücudun diğer kanserlerine göre daha yüksek bir oranda bulunmaktadır. Texas'ta nüfusun her 2000 bireyinden birinde primer cild kanseri saptanmıştır. Bu kanserlerin % 90 nı baş boyun bölgesindedir(36).

Memeleketimizde yapılan araştırmalarda cild kanserleri bütün neoplastik proçeslerin % 30 unu teşkil etmektedir(12).Yine memleketimizde yapılan çalışmalarda yüz bölgesindeki 96 cild kanserinin;62 si bazal hücreli ve bazo-skuamöz kanser,32 si yassı hücreli kanser ve 2 tanesi malign melanoma olarak gösterilmiştir(26).

Deri tümörlerinden,yassı epitel hücreli kanser,bazal hücreli kanser,malign melanoma ve prekanseröz olan xeroderma pigmentosum sıklıa görülür.

Yassı epitel hücreli kanser,üzeri pullu,hafif sert çok ufak bir nodül halinde başlar.Bu nodül gittikçe büyür,kanar ve zamanla bir lserre değişir.Lenf yolları ile yayılır ve metastaz yaparlar.

Bazal hücreli kanser,hafif kabarık ve üzeri düz bir papül şeklinde başlar.Papl zeri pullanır ve bunun kenarlarından epidermis altına yayıldıkça orta kısmı lserleşmeye başlar.Bu tip kanserler çok yavaş gelişir,uzun zaman lokal olarak kalır,metastaz yapma özellikleri çok azdır.

Xeroderma pigmentosum ailevi bir hastalık olup ocuk yaşlarında meydana çıkar.Güneş işını karşısında yüzde deri pigmantasyonu ile değişik görünümler meydana gelir.

Etyo-patogenez,genel blnde bahsedilen durumlar burada da geçerlidir.

Tedavi,tümörlere genel bakışta bahsedilen tedavi yöntemleri uygulanır.Cerrahi tedavide tümör ekstirpasyon yeri primer olarak kapatılmıyorsa cild grefleri konarak cild plastiği yapılır.Defekt yeri bu şekilde kapatılmış olur.Malign melanomlarda frozen section teşhis metodu tercih edilerek operasyon buna göre tamamlanır.

Dudak kanserleri

Dudak kanserleri,dudak mukozasının malign tümörleridir.Genellikle dudak kanserleri cild mukoza hududundan gelişir.Dudak kanserleri takriben baş boyun kanserlerinin % 15 idir.Bütün vücut kanserlerinin

% 1 idir(13).Dudak kanserleri erkeklerde kadınlardan 66 defa daha fazla görülür(33).Lewis`e göre ise dudak kanserlerinin erkekle kadın arasındaki oranı 1/40 dir(39).Genellikle üst dudak kanserleri alt dudak kanserlerine nazaran daha az görülür(2).Lewis`e göre üst dudak kanserleri ile alt dudak kanserleri arasındaki oran 1/20 dir(39).Bütün ağız kanserlerinin % 25 şii yassı hücreli kanserlerdir(37).

Dudak kanserleri yavaş büyüyen bir kanserdir.Erken lezyonlarda devamlı sinsi ağrı,kabuklanma,hafif ülserasyon görülebilir(18).Dudağın yassı hücreli kanseri dudak mukozasından kaynaklandığı halde,bazal hücreli kanserinin cild hududundan başladığı belirtilmektedir(18).

Etyo-patogenezi,tümörlerde genel bakışta bahsedilen durum burada da geçerlidir.

Tedavi:Genel tedavi prensipleri uygulanmakla beraber,cerrahi tedavide şu metodlar tatbik edilmektedir:

A-(V)ensizyonu:Üst ve alt dudağın lokalize lezyonlarında uygulanır.

B-Burow metodu:Üst dudağın yukarıya doğru ilerlemiş lezyonlarında uygulanır.

C-Gillies metodu:Üst dudağın geniş lezyonları çıkartıldıktan sonra,bütün dudağı ilgilendiren defektlerin kapatılmasında kullanılır.

D-Abeè-Estlander metodu:Üst ve alt dudağın 1/2 veya 1/3 ünün rezeksiyonuna yol açan kanserlerde rezeksiyondan sonra rekonstriksiyon yapılan bir metoddur.

E-Bernard metodu:Alt dudağın geniş tümörlerinin çıkartılmasında defekti kapatmakta kullanılır.

F-Ollier metodu:Alt dudak rekonstriksiyonu için çene altında hazırlanan lambo kullanılır.

G-Dırvana metodu:Alt dudağın yaygın kanserlerinde eksizyondan sonra meydana gelen geniş defektleri kapatmak için kullanılır.

Bu metodlardan başka modifiye bir çok ameliyat tekniği bildirilmiştir. Tüm ilerlemiş kanserlerde ele gelen ganglion olmasa bile ameliyata suprahoid disseksiyon eklenirse alınan sonuçlar çok daha iyi olmaktadır.

Cavum nasi ve farenks tümörleri

Salgı özelliğine sahip epitel ile örtülmüş mukozaların fibro-epiteliyal benign tümörlerine polip denir. Mukoza polipleri bazen ülserleşir, kanar ve iltihablanır. Cavum nasinin en çok görülen tümörleri benign olanlarıdır. Klinik olarak burun tıkanıklığı, nefes alıp vermede bozukluk, sinüzit ve buna bağlı olarak baş ağrısı gibi semptomlar gösterirler. Tedavide cerrahi yöntem uygulanır ve kesin netice alınır.

Bazal fibroid (Juvenil nazofarenksangiofibroması), özel bir fibrom tipi olup, nazofarenksin yan duvarlarından, sfenoidal kemiğin kaidesinden çıkar, kafa kaidesi boyunca öne doğru ilerleyerek burun boşluklarını tıkar ve doldurur. Burnun arka kısmından çıkanlar daha ziyade farenkse doğru ilerlerler. Tümör çok sert olup, damarlardan çok zengindir ve bundan dolayı bazen ciddi burun kanamaları yapar. Daima erkek çocuklarda puberteye yakın zamanda görülür. Tedavi, cerrahi olarak tümörün tamamen çıkarılması ile olur.

Nazofarenks kanserleri, genel vücut kanserlerinin % 0,5-1 ini teşkil eder. Erkeklerde kadınlara oranla 3 defa daha fazla görülür. Bu tümörler sarı ırkta bütün malign tümörlerin % 15 ini teşkil etmesine karşılık beyaz ırkta % 0,25-3 tür (27).

Nazofarenks kanserleri en çok tuba ağızlarından, rozenmüller çukurundan ve burun septumunun arka üst kısmına rastlayan nazofarenks çıkıntısından çıkarlar. Semptomları dört grupta toplanabilir.

a-Nazal ve nazofarengeal semptomlar: Burun tıkanıklığı, kanlı et suyu manzarasında muköz akıntı, epistaksis ve posterior akıntı ile beraber ses tonunda değişiklik ve genizden konuşma (rinolali) mevcuttur.

b-Servikal semptomlar:Servikal lenf bezlerinin şişmesi(servikal lenf metastazı)şeklinde karşımıza çıkan semptomlardır.

c-Otolojik semptomlar:Tubanın farengial ağzının tıkanmasına bağlı olarak ortaya çıkarlar.Tek taraflı iletim tipi işitme kaybı,kulakta dolgunluk hissi,kulak çınlaması,kulaklarda rahatsızlık hissi ve seröz otit görülebilir.

d-Nöro-oftalmik belirtiler:Tümörün kafa içine direkt yayılmasından meydana gelirler.Göze ait ilk belirti içe şaşılıkla kendini belli eden N.Abdussens felcidir.Tümörün foramen jugulareye yayılmasıyla,9-10-11-12 kafa çiftlerine ait lezyonlar ortaya çıkar.Dilin 1/3 arka kısmında tad almada bozukluk,farenks,larenks mukozalarında hipoastezi,disfaji,dispne,ses kısıklığı,salivasyon kusuru,trapezus ve sterno kleido mastoid adalede paraliziler,myosis,ptosis,enoftalmi ile karakterize Claud Bernard Honiere sendromu,yumuşak damak hemiparalizisi,yenen şeylerin burundan gelmesi,dilin bir tarafında atrofi ve omuz düşüklüğü görülür.Çeşitli kafa çiftlerinin tutulması ile ortaya çıkan muhtelif sendromlar tarif edilmiştir(Tapia,a-vellis,Schmidt,Vernet,Jackson,Collet-Sicard gibi).

Etyo-patogenezinde,genel bölümde bahsettiklerimizden bir ayrıcalık yoktur.

Tedavisinde ise genel bölümde bahsettiğimiz tedavi yöntemleri uygulanır.İlk olarak 1963 de tümörün tabiatına uygun irradasyon uygulanmış,bundan sonra cobalt 60 irradasyonu tatbik edilmiştir.Regional lenf nodüllerinde metastaz görülürse bunlara radikal servikal lenf nodülleri disseksiyonu yapılır(8).

Paranasal sinüs tümörleri:

Osteom,kemik dokusundan teşekkül eden,yani kemik dokusu ile müterafık benign bir tümördür.Normal kemik dokusu gibi kompakt kemikten teşekkül eden veyahut spongiyöz kemikten teşekkül eden iki tipi vardır.

Kompakt kemikten teşekkül edenler nisbeten küçük, çok sert tümörlerdir. **Spongiyöz** kemikten teşekkül edenler ise çok defa büyük ve birden fazladır.

Sinüslerde görülen malign tümörlerden, yassı epitel hücreli kanser, yassı epitel ile örtülmüş veya metaplaziye uğramış mukozalardan çıkar. Miksosarkomlar ise bağ dokusundan çıkan malign tümörlerdir. İnfiltratif karakterde olup, yaygın metastaz yaparlar. Ağrı, bilhassa baş ağrısı başta gelen semptomlardandır.

Etyo-patogenez, genel bölümde bahsedilen durumlar burada da geçerlidir. Tedavi de ise tümörlere genel bakışta bahsedilen tedavi yöntemleri kombine olarak uygulanır.

Cavum oris (dil, gingiva, sert damak) tümörleri

Dilde en çok görülen benign tümörler, papillom ve hemanjiomlardır. Papillom çok katlı yassı epitelle örtülmüş mukozanın benign fibro epitelial tümürüdür. Hemanjiomlardan ileride geniş olarak bahsedilecektir.

Epulis, gingivanın benign tümörlerinden olup yabancı cisim dev hücrelerine benzer. Her bakımdan normal kemik dokusunun osteoklastik dev hücrelerine eş yapıya sahiptirler.

Dilin malign tümörleri, genel olarak küçük bir ülser veya çatlak halinde başlar, fakat papillomatöz vejetan şekilde de kendini gösterir.

Damakta görülen mükoepidermoid kanser ve sarkoma malign tümörlerdendir. Semptomları olarak yemek yemede, konuşmada güçlük ve ağrı söylenebilir.

Etyo-patogenez, tümörlerdeki genel durum burada da geçerlidir.

Tedavi ise tümörün çıkarılması, gerekirse ışın tedavisi ve kemo-terapi yapılır.

Oral kanserlerinin oran, cinsiyet ve en çok oturduğu anatomik yere göre dağılımı % de olarak tablo I de gösterilmektedir.

Memleket	Cinsiyet	Buccal mukoza	Gingiva	Damak	Dil	Dudak	Ağız döşe- mesi
Çin	E	8,7	21,5	23,9	26,2	2,1	9,2
	K	22,9	14,6	12,5	33,3	6,3	2,1
Malaya	E	12,5	20,4	12,5	27,3	6,3	6,8
	K	24,9	23	5,6	18	5,6	5,6
Hindistan	E	30	15,9	14,8	17	1,5	5,9
	K	38,6	19	8,8	6,8	6	2,6
U.S.A. (Beyaz ırk)	E	4	5	5	27	33	13
	K	3	7	8	42	9	20
Güney Afrika (Beyaz ırk)	E	6,7	3,4	4,2	21,8	31,9	22,7

Tablo I-Ağız kanserlerinde yaş,cinsiyet ve tümörün geliştiği yere göre çeşitli memleketlerde dağılımı.

Oran ve cinsiyet bakımından oral kanserli hastaların ortalama yaş,en uygun yaş ve en yüksek insidansı tablo II de gösterilmiştir.

Memleket	Cinsiyet	Yıl	En yüksek insidansı (Yıl olarak)	En uygun yaş(yıl)	Ortalama yaş
Hindistan	E	1973	50-59	58,2	57,7
	K	1973	50-59	53,7	53,8
Malaya	E	1973	60-69	55,8	57,7
	K	1973	50-59	57,1	56,8
Çin	E	1973	60-69	60,9	62,5
	K	1973	50-69	61,9	61
A.B.D.	E	1968	—	61	—
	K	1968	—	61	—
Avustralya	E	1969	60-69	59,1	60,6
	K	1969	60-79	62,6	64,8
Finlandiya	E	1967	—	58,7	—
	K	1967	—	63,6	—

Tablo II-Çeşitli memleketlerde ağız kanserlerinde yaş dağılımı.

Yapılan araştırmalara göre en uygun yaş 50 nin üzerinde görülmektedir(27).

Danimarka`da 1943-1959 yılları arasında yapılan araştırmalarda; 6720 kanserli vak`anın 220 si(% 3,27) buccal kavite ve farenkste görülmüştür.220 nin 129(% 58,63) zu dudak,12(% 5,45) si dil,25(% 11,39) si tükürük bezi,30(% 13,63) zu ağız,5(% 2,27) si tonsil,11(% 5) ri farenks ve hipofarenks kanseri,8(% 3,63) zi lenfo ve retikulüm sarkomdur

Danimarka`da kırsal kesimlerde 1943-1959 yılları arasında yapılan çalışmalarda 2607 kanserli vak`anın 105(% 4,02) si ağız boşluğu ve farenks kanseridir.Bu 105 vak`anın 76(% 72,38) sı dudak,4(% 3,80) dü dil,10(% 9,52) nu tükürük bezi,9(% 8,60) zu ağız,2(% 1,90) si tonsil,2(% 1,90) si farenks ve hipofarenks kanseri,2(% 1,90) side sarkomdur(11).

Larenks tümörleri:Larenks papillomu,çoğunlukla erişkinlerde nadiren çocuklarda görülen iyi huylu bir tümördür.Tümörün oluşumunda virüslerin rol oynadığını ispatlamaya uğraşan yoğun çalışmalar yapılmaktadır.Pediküllü veya geniş kaideli olabilir.En fazla ön komüssürde ve kord vokalin 1/3 ön kısmında rastlanır.Bazen band ventriküllerde de olabilir.Erkeklerde kadınlara nazaran iki misli daha fazla görülür.Glottisi tutan papillomlar ses kısıklığı ve nefes darlığına yol açar(10).

Tedavisi tümörün larengoskopi ile çıkarılmasıyla yapılır.

Larenks polibi,kord vokalin üzerinde düzgün pediküllü veya geniş kaideli benign tümörlerdir.Tedavi ise,larengoskopide forseps ile tümörün total olarak çıkarılmasıdır(10).

Larenksin malign tümörlerinin % 98 zi yassı hücreli kanser,geri kalanlar ise sarkom,endoteliom,adenokanser gibi malign tümörlerdir.

Larenks kanseri her ırk ve cinste görülür.Genellikle 40-70 yaşları arasında daha fazla rastlanır.Erkeklerde % 90,kadınlarda % 10 oranında saptanır(10).Larenks kanserli erkeklerin % 90 nı uzun bir zaman sigara içtiği halde % 10 oranda sigara içmeyenlerde de görülmüştür(31).Larenks kanserleri bütün vücut kanserlerinin % 2 sini teşkil eder.Baş boyun kanserleri içerisinde en yüksek oranda görülenidir(3).Kanser larenksin her tarafında oluşabilirse,vak'aların % 60 ında bir vokal kordtan başlamaktadır(10).

Sınıflandırma:Eski görüşe göre larenks kanserleri,ekstrensek ve intrensek olarak sınıflandırılır.Son yıllarda en uygun sınıflandırma olarak kabul edilen T.N.M. sınıflandırılması kullanılmaktadır(10).

Semptomlar:Larenks kanserlerinin semptomları,lezyonun lokalizasyonuna bağlıdır.Kord vokallere yerleşmiş tümörlerde ilk belirti ses kısıklığıdır.Supraglottik kanserlerde ara sıra ses kısıklığı olabilir.Ekstrensek kanserlerde daha çok boğazda kabalaşma,hassasiyet ve ağrı olur.Diğer semptomlar dispne,hırıltılı solunum,öksürük,sekresyon artması ve paslı dildir.

Tedavi:Larenks kanserlerinde,genel bölümde belirtilen tedavi sistemleri uygulanır.Cerrahi tedavide tümörün çok yaygın olmadığı durumlarda parsiyel larenjektomi yapılabilir.Parsiyel larenjektomi;parsiyel horizontal,parsiyel vertikal ve hemilarenjektomi şeklinde uygulanabilir.Eğer tümör epiglot ve krikoidde enfiltre ise,çıkarılamıyorsa total larenjektomi yapılır.Servikal lenf metastazı da varsa radikal boyun disseksiyonu ameliyatı eklenir.Gerekli durumlarda pre veya postoperatif radyoterapi,yalnız radyoterapi veya kombine tedavi uygulanır.

Tükrük bezi tümörleri:Tükrük bezi tümörlerinin % 75-85 şı parotiste,% 10-12 si submandibular bezde,% 10-15 şı sublingual ve küçük tükrük bezlerindedir(22).Benign mikst tümörler bütün tükrük bezi tümörlerinin %59,5-62,5 unu,büyük tükrük bezi tümörlerinin % 60-65 ini,küçük bez tümörlerinin % 62,5 şı olarak görülür(14).Benign mikst tümörlerinin % 60 şı kadınlarda,% 40 ı erkeklerde görülür(16).

Semptomları,bütün hastalar yavaş büyüyen ağrısız bir kitleden şikayetçidirler.Bu tümörler lokalizasyonlarına göre de semptomlar gösterirler.Parotisin büyük tümörleri trismusa,dildeki tümörler ise fonasyon ve yutma güçlüklerine sebep olabilir.Parotisteki benign tümörlerde bazen ağrı da olabilir.

Cerrahi tedavi kesin bir yöntem olmasına rağmen,sık görülen nüksler tümörün kapsülünün tamamen çıkarılmanasından ileri gelmektedir.Subtotal veya total parotidektomi gibi geniş müdahalelerle bu nüksler önlenebilir.

Malign mikst tümörlerinde sıklığı,Rawson ve arkadaşları (28) bütün tükrük bezi tümörlerinin % 1,25 şı,Foote ve Frazell (15) büyük tükrük bezi tümörlerinin % 6,5 şı,Beahrs ve arkadaşları (7) bütün parotis tümörlerinin % 2 si,Enoroth (14) ise % 2 si olarak tesbit etmişlerdir.

Malign mikst tümörler kaynaklarını tükrük glandlarından veya benign mikst tümörlerden alabilirler.Bazı karsinomlar,benign mikst tümörü olarak bilinen ve tedavi edilmeyen tükrük glandlarından gelişir(21).

Semptomları, malign mikst tümörlü hastalarda en sık görülen şikayet, uzun seneler yavaş yavaş büyüyen veya durumunu muhafaza etmiş bir tümörün son bir kaç ay içinde birden hızla büyümeye başlamasıdır. Hızlı büyüme ile birlikte ağrı da başlayabilir. Fakat bazen tümör kısa bir süre içerisinde gelişir. Parotiste lokalize olan tümörlerde sinir infiltrasyonuna bağlı olarak kalıcı yüz felci görülebilir. Malign mikst tümörlerde ağrı sık rastlanan bir semptom olup, bazı hastalar ağrı yüzünden kliniğe müracaat ederler.

Etyo-patogenez, tümörlere genel bakışta bahsedilen durum burada da geçerlidir.

Tedavi, cerrahi olarak tümörün çıkarılması ve kombine tedavi metodları ile yapılır. Tedaviden sonra nüks oranları oldukça yüksektir. 130 hastanın klinik seyirleri takip edilmiş ve bu hastalardan 56 sında nüksler görülmüştür (19). Bu tümörlerin cerrahi tedavisinde olağan komplikasyon periferik fasial paralizisidir. Operatörün fasial paraliziye yol açmamak için azami dikkati sarfetmesi gerekir.

Kulak tümörleri: Kulak aurikulasının malign tümörleri içerisinde yassı ve bazal hücreli kanserler görülmekte olup, erkeklerde kadınlardan 10 defa daha fazla görülür (35). Tedavi, tümör cerrahi olarak çıkarılıp aurikula plastiği yapılır.

Orta kulakta görülen malign tümörler arasında yassı hücreli kanser, bazal hücreli kanser ve adenokanser sayılabilir.

Semptom olarak ağrı, kulak çınlaması, kulak akıntısı ve iletim tipinde işitme kaybı en fazla görülen belirtilerdir. Tümörün büyümesi ile bir çok nörolojik belirtiler ortaya çıkabilir. En sık olarak fasial paralizi görülür. Tedavide genel bölümde bahsedilen yöntemler kombine şekilde uygulanır.

Boyun bölgesindeki benign tümörler: Kistik hygroma colli benign unilokuler veya multiloküler, endotelle kaplı, içi sıvı dolu olan ve çocuklarda, bebeklerde özellikle boyunda fazla görülen kavernöz kistik

lenfanjiomadır(4).Kistik hygroma colli diffuzdur,basınca yer değiştir, taziyik ile büyür ve ışık verince aydınlanır(23).Bu tümör % 65 vak`-ada doğumda mevcuttur veya doğumdan kısa bir süre sonra ortaya çıkar. Vak`aların % 35 inde ise doğumda mevcut olup ancak 2. yaşıñ sonundan önce belirgin hale gelir.Nadiren erişkinlerde kistik hygroma colliye rastlamak mümkündür(5).Hastalar ağrısız gittikçe büyüyen tümöral kitle- den şikayetçidir.Tedavi,cerrahi olarak kistin total tüm komponentleri ile birlikte çıkarılmasıyla olur.

Branşial cleft kist:Embriyoner hayatta mevcut olan branşial ya- rıkların kapanmaması ve bunlardan arta kalan bazı kısımların doğumdan sonra da gelişmesine devam etmesi sonucu bir takım kist ve fistüller oluşur.Bu malformasyonlar doğmalık olmasına rağmen,belirgin hale gelin- ceye kadar uzunca bir süre geçer ve genellikle ancak puberte çağında fark edilebilecek şekil ve büyüklüğe erişebilirler(38).Kistler hemen daima boyunun üst kısmında ortaya çıkarlar.Tedavi,kistin total olarak çıkarılmasından ibarettir.

Dermoid kist:İyi diferansiye olmuş ektodermal,mesodermal ve en- dodermal elemanların her hangi bir kombinasyonundan teşekkül eder.Der- moid kist genellikle orta hatta bulunur,bazen iki taraflı olabilir.Te- davi ise kapsülü ile beraber kistin cerrahi olarak çıkarılması ile olur.

Boyun bölgesinde malign tümör olarak retikulüm hücreli sarkom, lenfoepitelioma,Hodgkin ve tiroid kanserleri görülür.Hodgkin daha fazla erkeklerde ve genel olarak 20-40 yaşları arasında görülür.Tiroid kanse- ri ise kadınlarda erkeklere oranla 7 defa daha fazla görülür(35).

Etyo-patogenezi genel bölümde bahsedildiği gibi olup,tedavilerin- de cerrahi ile beraber kombine tedavi uygulanır.

Mezankinal kaynaklı tümörler:Hemanjiom çok defa anjiom ismi ile anılan genellikle konjenital olan benign bir tümördür.Tümör kan dokula- rından çıkar.Baş boyun bölgesinde bulunan hemanjiomların büyük bir

kısmı ağız boşluğunda bulunur. Ağız boşluğundaki hemanjiomların çoğunluğuna da dilde rastlanır(34). Hemanjiomların 3/4 ü doğumda vardır veya çok küçük yaşlarda başlar(1). Bütün yumuşak doku tümörlerinin % 46 sını hemanjiomlar teşkil eder(25).

Tedavisi, tümörün cerrahi olarak çıkarılması ile olur.

M A T E R Y E L ve M E T O D

Materyel, Diyarbakır Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Kürsüsüne I/I/1976 dan 1978 Kasım ayı sonuna kadar müracaat eden 49991 hastadan biopsi ile kesin teşhis konulan 221 (% 0,44) malign tümör ve 267 (% 0,53) benign tümörlü hastadan oluşmaktadır.

Malign tümörlü 221 vak'anın 145 (% 65,84) si erkek, 76 (% 34,16) sı kadın benign tümörlü 267 vak'anın ise 141 (% 52,80) ri erkek ve 126 (% 47,20) sı kadındır.

M E T O D

Metodumuz tüm benign ve malign tümörlü hastalara uyguladığımız:

1-Klinik muayene

a-Anamnez

b-Fizik muayene

2-Histopatolojik muayene

3-Radyolojik muayene

4-Laboratuvar muayeneleri

5-Diğer muayeneler ile yine tüm tümörlü hastalara uyguladığımız çeşitli cerrahi tedavi, kemoterapi, radyoterapi yöntemlerinden oluşmaktadır.

1-Klinik muayene: a-Anamnez: Tüm tümörlü hastalarda rutin olarak hastanın şikayeti, öz ve soy geçmişi ile hastalığının hikayesi, hastanın tütün, alkol kullanma ve diğer alışkanlıkları dikkatlice araştırılmıştır.

b-Fizik muayene: Tüm benign ve malign tümörlü hastalarda rutin klinik muayeneler yapılmıştır. Tümörün lokalizasyonu, yaygınlık derecesi, kapsüllü olup olmadığı, komşu organlarda yaptığı tahribat, invazyon ve komşu lenf bezlerinde metastaz yapıp yapmadığı, tümörün kıvamı, mobil olup olmadığı, tümöre bağlı olarak baskı, sekonder enfeksiyon gibi sonradan ortaya çıkan semptomların bulunup bulunmadığı bu muayenelerde araştırılmıştır. Ayrıca kulak burun boğaz yönünden ve sistemik olarak

tümörle ilgili olan ve olmayan patolojik durumlarda bu muayenelerde araştırılmıştır.

2-Histopatolojik muayene: Materyelimizi oluşturan tüm tümörlü hastalarda histopatolojik muayene yapılmıştır. Histopatolojik muayene ile kesin tanımlanmamış tümörler araştırmamıza dahil edilmemiştir. Vak'alarımızın büyük çoğunluğunda histopatolojik muayeneye yeterli olacak minimal büyüklükte biopsi yapılmıştır. Bazı vak'alarımızda ise eksizyonel biopsi tercih edilmiştir. Biopsi sonucuna göre uygun tedavi yöntemi seçilmiştir.

Tümörlerde histopatolojik muayene kesin tanı koymamıza yardımcı olduğu gibi aynı zamanda tedavi yöntemini seçmede ve tedaviye yön vermekte de yardımcı olmaktadır.

3-Radyolojik muayene: Hastalarımızın büyük çoğunluğunda, gerekli durumlarda tümörün lokal yayılmasını, çevresindeki kemiklerde yaptığı tesirleri saptamak ve cerrahi tedavi yöntemini seçmede yardımcı olmak üzere çeşitli pozisyonlarda radyolojik muayene yapılmıştır. Özellikle cerrahi tedavi uyguladığımız vak'alarda ve lüzum hissettiğimiz bazı hastalarda akciğer grafileri çektilmiştir. Nadir olmakla beraber bazı hastalarımızda da uzak organların grafisi çektilmiştir.

4-Laboratuvar muayeneleri: Tüm tümörlü hastalarda rutin kan (Eritrosit, lökosit, hemoglobin, kanama zamanı, pıhtılaşma zamanı, sedimantasyon) muayeneleri yaptırılmıştır. Yaşları 40 in üzerinde olan hastalarımızda açlık kan şekeri, azotemi, bazı hastalarımızda alkalen fosfataz, asit fosfataz, kanda kalsiyum araştırılmıştır. Yine tüm hastalarımızda tam idrar muayeneleri yaptırılmıştır. Sekonder enfeksiyon oluşmuş bazı hastalarımızda ise kültür ve antibiogram yaptırılmıştır.

5-Diğer muayeneler: Cerrahi tedavi uyguladığımız hastalarımıza dahili muayene, 40 yaşından yukarı olanlara EKG muayeneleri yaptırılmıştır. Ayrıca gerekli durumlarda göz, nöroşirürji, cerrahi ve diğer kliniklerle konsültasyon yapılmıştır.

Çeşitli tümörlerde vak'anın ve tümörün özelliğine göre çeşitli tedaviler uygulanarak bu tedavi yöntemleri karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. Böylece hangi vak'alarda hangi tip tedavi uygulanırsa en iyi sonuç alınacağı araştırılmıştır.

B U L G U L A R

Polikliniğimize ve kliniğimize 1/1/1976 dan 30/11/1978 tarihleri arasında müracaat eden 49991 hastanın 221 (% 0,44) ri malign, 267 (% 0,53) si benign tümörlüdür. Aynı tarihler arasında kliniğimizde yatarak tedavi edilen 1280 hastanın 84 (% 6,56) dü malign, 128 (% 10) zi benign tümörlüdür.

Malign ve benign tümörlü hastalarda yaş, cinsiyet dağılımı tablo III, IV de görülmektedir.

Y A Ş	ERKEK	KADIN	TOPLAM	% ORANI
0-10	---	1	1	0,45
11-20	3	2	5	2,25
21-30	1	3	4	1,80
31-40	9	5	14	6,36
41-50	22	10	32	14,49
51-60	49	22	71	32,13
61-70	48	25	73	33,03
71-80	12	8	20	9,04
81-90	1	---	1	0,45
T O P L A M	145	76	221	100.00

Tablo III- Malign tümörlü hastalarda yaş ve cinsiyet dağılımı.

Tablo III de görüldüğü gibi malign tümörlü hastaların oranı yaş ilerledikçe artmakta ve 50-70 yaş arasında bir yığılım görülmektedir. Aynı tabloda erkek hastaların kadın hastalardan daha fazla olduğu görülmektedir.

Y A Ş	ERKEK	KADIN	TOPLAM	% ORANI
0-10	13	9	22	8,23
11-20	16	23	39	14,60
21-30	36	32	68	25,46
31-40	29	29	58	21,72
41-50	32	21	53	19,87
51-60	12	9	21	7,88
61-70	3	3	6	2,24
71-80	-	-	-	-
TOPLAM	141	126	267	100.00

Tablo IV-Benign tümörlü hastalarda yaş ve cinsiyet dağılımı.

Tablo IV dün incelenmesinde görüleceği gibi benign tümörlü hastaların yaş ve cinsiyet grupları arasında homojen bir dağılım mevcuttur.

Malign ve benign tümörlü hastalarda şikayetlerinin başlangıcı dik katlice araştırıldı. Bu duruma ait bilgiler tablo V, VI da sunulmuştur.

ŞİKAYETLERİNİN BAŞLAMA SÜRESİ	NO			% ORANI
	ERKEK	KADIN	TOPLAM	
3 AY	6	1	7	3,16
6 AY	21	12	33	14,97
12 AY	43	24	67	30,31
12 AYDAN YUKARI	75	39	114	51,56
TOPLAM	145	76	221	100,00

Tablo V-Malign tümörlü hastaların şikayetlerinin başlama süresi.

ŞİKAYETLERİNİN BAŞLAMA SÜRESİ	NO			% ORANI
	ERKEK	KADIN	TOPLAM	
3 AY	2	3	5	1,87
6 AY	14	11	25	9,36
12 AY	24	19	43	16,10
12 AYDAN YUKARI	101	93	194	72,67
TOPLAM	141	126	267	100,00

Tablo VI-Benign tümörlü hastaların şikayetlerinin başlama süresi.

Tablo V ve VI'nin incelenmesinden anlaşıldığı gibi hastalar çeşitli nedenlerden dolayı çok geç olarak doktora müracaat etmekte veya uzun süre vakit kaybettikten sonra tanımlanabilmektedir. Bu durum bölgenin sosyo ekonomik ve kültürel bakımdan geri kalmışlığı, bölgedeki ulaşım güçlüğü ve doktor sayısının çok az oluşu ile izah edilebilir.

Malign tümörlü hastalardan, larenks kanserli hastalar sırası ile en fazla ses kısıklığı, yutkunma güçlüğü, boğaz ağrısı ve nefes darlığın-
dan şikayetçi olarak kliniğimize müracaat etmişlerdir. Glottik kanserli
hastalar erkenden müracaat ettiği halde supraglottik kanserli hastala-
rın daha geç müracaat ettiği dikkatimizi çeken bir bulgudur.

Dudak kanserli hastaların büyük çoğunluğu, uzun zamandan beri du-
daklarında iyileşmeyen, kabuklanan yaradan şikayetçi iken çok az sayıda-
ki hastalarda ise ilaveten ağrı şikayeti mevcuttu.

Cild ve aurikula kanserli hastalar uzun müddetten beri yüz ve
kulak kepçelerinde iyileşmeyen, bazen kanayan ve kabuklanan yaralardan
şikayetçi olarak kliniğimize müracaat ettiler.

Nazofarenks kanserli hastalar, burun tıkanıklığı, burun kanamaları,
seslerinin değişikliği, kulaklarında işitme kaybı, kulak çınlaması ve
ağızlarındaki tatsızlık şikayetleri ile müracaat ettiler.

Maksiller sinüs malign tümörlerinde hastalar, baş ağrısından ve
yüzlerindeki şişlikten şikayetçi olarak kliniğimize müracaat ettiler.

Sert damak malign tümörlerinde ise hastalar, yemek yemedeki güç-
lük, damaklarındaki şişlik, yara ve ağrıdan şikayetçi idiler.

Tükrük bezleri malign tümörlü hastalardan, ikisi uzun yıllar ya-
vaş büyüyen parotis bölgesindeki tümörün son bir ayda süratle büyüme-
sinden ve ağrıdan şikayetçi olarak kliniğimize baş vururken bir tanesi
ağrıdan şikayetçiydi.

Orta kulak kanserli 3 hasta, şiddetli ağrı, baş dönmesi, işitme
kaybı ve kulak akıntısından şikayetçi olarak müracaat ettiler.

Boyun bölgesinde 3 sarkomlu ve 1 Hodgkinli hastada süratle büyü-
yen tümöral kitle ve ağrı şikayetleri mevcut idi.

Tonsil malign tümörlü 2 hasta yemek yemede ve yutkunmada boğaz
ağrısından şikayetçi idiler.

Dilinde malign tümör olan 2 hasta ise dildeki yaradan, yemek ye-
medeki güçlük ve ağrıdan şikayetçi olarak kliniğimize müracaat ettiler.

Benign tümörlü hastalarda n, bazal fibroidli 4 hasta burun tıkanıklığı, burun kanamalarından ve burun kenarındaki şişlikten şikayetçi olarak kliniğimize geldiler.

Burun polibi olan hastalar en fazla burun tıkanıklığı, nefes alıp vermede güçlük ve baş ağrısından şikayetçiydiler.

Parotis mikst tümörlü 14 hasta, branşial cleft kistli 3 hasta, tükrük bezi kistli 10 hasta, hygroma colli li 3 hasta, epidermoid kistli 14 hasta ve lipomlu 9 hasta genellikle uzun zamandan beri belirli belirsiz bir büyüme gösteren ağrısız tümöral kitleden şikayetçi olarak kliniğimize müracaat ettiler.

Ağız ve farenkste papillom olan hastalar, yemek yemede güçlük ve bu esnadaki ağrıdan, larenks papillomlu hastalar ses kısıklığı ve dispne neden şikayetçiydiler.

Nörofibromlu 2 hastamız devamlı büyüyen, ağrısız tümöral kitleden şikayetçiydi.

Hemanjiomalı hastalarda yavaş yavaş büyüyen tümöral kitle ve 3 hastada buna ilave olarak ağrı şikayeti mevcut idi.

Epülsli hastalar yemek yemede güçlük bu esnada ağrı, zaman zaman olan kanama şikayetleri ile kliniğimize müracaat ettiler.

Malign tümörlü hastaların tütün, alkol alışkanlığı olup olmadığı varsa ne zamandan beri kullandıkları titizlikle araştırıldı. Malign tümörlü hastalar içinde alkol alan çok az hastamız vardı. Çünkü örf, âdet ve mistik nedenlerden dolayı bölgede özellikle kırsal kesimlerde alkol kullanma alışkanlığı çok azdır. Malign tümörlü 221 hastadan 11 ri erkek 65 şi kadın olmak üzere 76 (% 34,38) hasta tütün kullanmadıklarını ifade ettiler. Erkek hastaların 134 dü, kadın hastaların 11 ri toplam 145 (% 65,62) hasta tütün kullanmaktadır. Bilhassa malign tümörlü erkek hastalar arasında tütün kullanma oranının çok yüksek olması, tütünle baş boyun tümörleri arasında yakın bir ilişkinin olduğunu söyleyebiliriz. Bu durum literatür bulgularını yansıtır vaziyettedir.

Tablo VII,VIII de malign ve benign tümörlü hastaların tütün kullanma süreleri gösterilmiştir.

SİGARA İÇME SÜRESİ	NO		TOPLAM	% ORANI
	ERKEK	KADIN		
5 YILDAN AZ	5	-	5	3,44
5-10 YIL ARASI	24	3	27	18,62
10-20 YIL ARASI	42	4	46	31,74
20 YILDAN FAZLA	63	4	67	46,20
TOPLAM	134	11	145	100,00

Tablo VII - Malign tümörlü hastalarda sigara içme süresi.

SİGARA İÇME SÜRESİ	NO		TOPLAM	% ORANI
	ERKEK	KADIN		
5 YILDAN AZ	38	2	40	35,40
5-10 YIL ARASI	34	3	37	32,75
10-20 YIL ARASI	21	2	23	20,35
20 YILDAN FAZLA	13	-	13	11,50
TOPLAM	106	7	113	100.00

Tablo VIII - Benign tümörlü hastalarda sigara içme süresi.

Tablolarda izleneceği gibi, sigara ile bilhassa malign tümörlü hastalar arasında yakın bir ilişki mevcut idi.

Malign ve benign tümörlü hastaların meslek grupları araştırıldığında tablo IX,X daki dağılım saptanmıştır.

MESLEĞİ	NO			% ORANI
	ERKEK	KADIN	TOPLAM	
ÇİFTÇİ	125	-	125	56,58
İŞÇİ	6	-	6	2,73
MEMUR	5	2	7	3,16
SERBEST MESLEK	8	-	8	3,60
EV HANIMI	-	73	73	33,03
ÇOCUK	1	1	2	0,90
TOPLAM	145	76	221	100,00

Tablo IX - Malign tümörlü hastalarda meslek dağılımı.

MESLEĞİ	NO			% ORANI
	ERKEK	KADIN	TOPLAM	
ÇİFTÇİ	63	-	63	23,60
İŞÇİ	21	-	21	7,87
MEMUR	19	12	31	11,61
SERBEST MESLEK	22	-	22	8,24
EV HANIMI	-	103	103	38,57
ÇOCUK	16	11	27	10,11
TOPLAM	141	126	267	100,00

Tablo X - Benign tümörlü hastalarda meslek dağılımı.

Tablo IX, X nun incelenmesinden de anlaşıldığı gibi hastalarımızın büyük çoğunluğunu çiftçiler ve kadınlar oluşturmaktadır. Bölge-
mizde büyük sanayi kuruluşları olmadığından halkın büyük çoğunluğu çift-
çidir. Bundan dolayı hastalarımızın çoğunluğunun çiftçi olması beklenen
olasılıktır.

Kentsel kesimle kırsal kesim arasında tümör sayısı bakımından fark olup olmadığı araştırıldığında tablo XI deki bulguları elde ettik.

YERLEŞİM BÖLGELERİ	NO			% ORANI
	ERKEK	KADIN	TOPLAM	
KIRSAL KESİM	128	64	192	86,87
KENTSEL KESİM	17	12	29	13,13
TOPLAM	145	76	221	100.00

Tablo XI - Malign tümörlü hastaların yerleşim bölgelerine göre dağılımı.

Tablo XI incelendiğinde malign tümörlü 221 hastanın 192 (% 86,87) sinin kırsal kesimde, 29 (% 13.13) unun kentsel bölgede yaşadığı göze çarpmaktadır. Kırsal alanlarda yaşayanlar genellikle tarımla uğraştıklarından güneş ışığı, rüzgar, soğuk, sıcak gibi hasın tabiat şartlarına devamlı ve daha fazla maruz kalmaktadırlar. Bundan dolayı cild kanseri, dudak kanseri genellikle kırsal kesimlerde yaşayanlarda fazlaca gözlenmektedir. Kırsal alanda yaşayan kadınların büyük çoğunluğu kocaları ile birlikte tarlada çalışmaktadır. Bundan dolayı köylü kadınlarda şehirli kadınlara nazaran cild ve dudak kanseri daha fazla görülmektedir. Tablo XI den de anlaşıldığı gibi bu husus bizim hastalarımız içinde söz konusudur.

Fizik muayene bulguları: Tüm malign ve benign tümörlü hastaların sistemik muayeneleri rutin olarak yapıldı.

Malign ve benign tümörlü hastaların lokalizasyonları tablo XII, XIII de gösterilmiştir.

LOKALİZASYON YERİ	NO			% ORANI
	ERKEK	KADIN	TOPLAM	
CİLD	32	56	88	39,88
DUDAK	29	8	37	16,77
LARENKS	62	1	63	28,50
KULAK KEPÇESİ	5	-	5	2,25
TIROİD	-	1	1	0,45
MAKSİLLER SİNÜS	1	3	4	1,80
BOYUNDA	4	4	8	3,60
SERT DAMAK	2	-	2	0,90
NAZOFARENKS	2	1	3	1,35
ORTA KULAK	1	2	3	1,35
TONSİL	2	-	2	0,90
DİL	2	-	2	0,90
TÜKRÜK BEZİ	3	-	3	1,35
TOPLAM	145	76	221	100,00

Tablo XII - Malign tümörlerin lokalizasyonlarına göre dağılımı.

LOKALİZASYON YERİ	NO			% ORANI
	ERKEK	KADIN	TOPLAM	
BURUN BOŞLUĞU	65	43	108	40,44
LARENKS	12	16	28	10,48
BOYUN	11	14	25	9,36
PAROTİS	13	11	24	8,99
AĞIZ	26	29	55	20,61
YÜZ BÖLGESİ	8	5	13	4,88
FRONTAL SİNÜS	2	-	2	0,74
FAREKS	3	4	7	2,62
MANDİBULA	1	4	5	1,88
TOPLAM	141	126	267	100,00

Tablo XIII - Benign tümörlerin lokalizasyonlarına göre dağılımı.

Cild kanserleri genellikle güneşe ve travmalara fazla maruz kalan burun sırtında, burun kanatlarında ve yüzün zigomatik alt kısımlarında lokalize olmuşlardı. Lezyonlar muhtelif büyüklükte olup, çoğunlukla cildden kabarık, nekrotik, üzerleri kabuklu idi. Hastaların 5 inde tümör oldukça geniş bir sahayı işgal etmişti. Tüm cild kanserli hastalarımızın yapılan sistemik muayenelerinde servikal lenfadenopatiye ve metastaza rastlanmadı. Kulak burun boğaz muayenelerinde anlamlı bir bulgu bulunmadı.

Dudak kanserli 37 vak`anın 29 (% 78,37) zu erkek, 8 (% 21,63) zi kadındı. Bunlardan 17 sinde tümör alt dudakta ve orta hattın solunda, 16 sinda orta hattın sağında lokalize olup, 4 hastada ise tümör alt dudığın geniş bir bölümünü ve dudak komissürünü tutmuştu. Tümör değişik büyüklükte olup genellikle dudak mukozasından kabarık, nekrotik, ülser ve üze-

ri kabuklu bir görünümde idi. Duşak kanserli 37 hastanın 6 sinda tek taraflı, 5 inde çift taraflı servikal lenfadenopati saptandı. Kulak burun boğaz muayenelerinde anlamlı bir bulguya rastlanmadı.

Larenks kanserli hastaların sistemik muayenesinde 63 hastanın 24 ünde tek taraflı, 7 sinde çift taraflı servikal lenfadenopatiye rastlandı. Hastalarda kulak burun boğaz muayeneleri titizlikle yapıldı. Genellikle indirekt larengoskopi yapılmasına rağmen, gerekli durumlarda direkt larengoskopi ve osofagoskopi de yapıldı. Larenks kanserlerinde tümör en fazla kord vokallerde görülmekte olup, ikinci sırayı epiglot ve bilhassa epiglotun larengial yüzü almaktadır. Tümörler genellikle üzeri ülser nekrotik, hiperemik ve karnibahar manzarasında idi.

Kulak kepçesi kanserli 5 erkek hastanın 3 ünde tümör lobulusun hemen üstünde, 2 sinde ise daha üst tarafta heliksle antiheliks arasına lokalize olmuştu. Tümör nekrotik, ülser, üzeri kurutlu olup etrafı hiperemik görünümde idi. Sistemik ve kulak burun boğaz muayenelerinde bunun haricinde kayda değer bir bulgu saptanmadı.

Maksiller sinüste görülen 4 kanserli hastada sinüs dış duvarında fistül görüldü. Hastaların yapılan rinoskopi anterior muayenesinde kanlı akıntı mevcut idi.

Sert damak kanserli 2 hastada kabarık, sert, fikse durumda tümöral kitle saptandı. Ancak bir hastada ağız ve burun boşluğu arasında fistülün olduğu görüldü. Yapılan diğer muayenelerde kayda değer bir bulgu saptanmadı.

Nazofarenks malign tümörlü 3 hastada sistemik muayeneler yapıldı. Bir hastada tek taraflı servikal lenfadenopati görüldü. Rinoskopi anteriorde burun boşluğunu dolduran kırmızı renkte, ülser kitle ve kanlı akıntı mevcut idi. Rinoskopi posteriorde üzeri ülser tümöral kitle görüldü. Hastaların otoskopik muayeneleri yapıldı ve kulak zarlarının çökmüş olduğu görüldü. Bu hastalarda tuba ostaki disfonksiyonu saptandı.

çökmüş olduğu görüldü. Bu hastalarda tuba ostaki disfonksiyonu saptandı.

Boyunda görülen malign tümörlü hastaların 3 ünde tümör orta hat-
ta, 5 inde ise yan tarafta idi. Tümörlerin palpasyonla yapılan muayenele-
rinde, 6 hastada sert ve fikse, 2 hastada yumuşak ve mobil olan, büyüklük-
leri 2x2 cm den 5x5 cm ye kadar değişen kitleler saptandı. Hastaların
yapılan diğer sistemik ve kulak burun boğaz muayenelerinde kayda değer
bulguya rastlanmadı.

Tükrük bezi malign tümörlü 3 hastanın lokal muayenesinde, palpas-
yonla tümörün sert olduğu, sınırlarının kesin olmadığı, mevcut kitlenin
orta derecede fikse olduğu görüldü. Parotis bezinde mükoepidermoid kan-
serli olan bir hastada tükrük fistülü ve periferik fasial paralizi sap-
tandı. Yapılan diğer sistemik ve kulak burun boğaz muayenelerinde kayda
değer bulgu görülmedi.

Dil kanserli 2 hastanın birinde tümör dil kenarında orta hatta
1x1 cm büyüklükte, diğerinde dil köküne yakın yerde ve 0,5x1 cm büyüklük-
ünde idi. Lezyon yeri hiperemik, ülser ve nekrotik görünümde idi. Dilin
paslı oluşundan başka bir bulgu saptanmadı.

Benign tümörlü hastalarda, bazal fibroidli 2 hastanın burun dış
duvarı ve sulkus nazo labialisin bulunduğu bölgenin şiş ve sert olduğu
diğer ikisinde tümörün fossa pterygopalatinayı doldurduğu görüldü. Rinos-
kopi anteriorde burun boşluğunu dolduran kirli kırmızı renkte, sert ve
dokunmakla kanayan tümöral kitle görüldü. Rinoskopi posteriorde nazofa-
renkste kirli kırmızı renkte, sert ve üzeri düz tümöral kitle saptandı.
Otoskopik muayenede, tümörlü tarafta kulak zarının çökük olduğu görüldü.

Burun polipi, hastaların çoğunda tek taraflı bazılarında ise iki
taraflı idi. Hastaların 15 inde polip nazofarenkse kadar uzanıyordu. Ya-
pılan sistemik muayenelerde her hangi bir bulguya rastlanmadı. Nazal po-
lipli hastalarda rinoskopi anteriorde burun boşluğunu dolduran kirli be-
yaz renkte, yumuşak, pediküllü polip görüldü. Koanal polipli hastalarda
rinoskopi posteriorde nazofarenkse sarkan polipöz bir kitle mevcut idi.

Bu hastaların çoğunda burun akıntısı ve postnazal akıntı vardı.

Tükürük bezinde benign mikst tümör olan 14 hastanın 12 sinde tümör palpasyonla sert veya oldukça sert kıvamda, sınırları belli ve mobil olarak görüldü. Ancak 2 hastada tümör yine sert fakat fikse idi. Hiç bir vakada cilde ülserasyon görülmedi.

Epülisler, ağız içinde gingivada üzeri mukoza ile kaplı, sert, bazen donuk kırmızı bazen kirli beyaz renkte mobil olmayan tümöral kitle özelliğinde idi. Diğer sistemik muayene ve kulak burun boğaz muayenelerinde kayda değer bulgu saptanmadı.

Hygroma collili hastalarda palpasyonla yumuşak, basınçla yer değiştiren, flükteasyon veren kapsüllü kistik kitle vardı.

Hemanjiomalı hastalarda tümör mavimsi renkte, yumuşaktı.

Nörofibromalı 2 hastamızda tümör yumuşak, hudutları gayri muntazam, mobil, oldukça büyük bir kitle olarak görüldü.

Epidermoid kistli hastalarda, palpasyonla yumuşak, kapsüllü ve mobil olan tümöral kitle saptandı.

Branşial cleft kistli 3 hastada, tümör yumuşak, mobil ve flükteasyon veriyordu.

Histopatolojik muayene: Materyelimiz tamamen kesin histopatolojik teşhis konmuş olan malign ve benign tümörlerden oluşmakta olup, histopatolojik dağılımı tablo XIV ve XV de gösterilmiştir.

HİSTOPATOLOJİK TEŞHİS

	NO		TOPLAM	% ORANI
	ERKEK	KADIN		
CİLD Ca.(Yassı hücreli Ca.)	8	11	19	8,63
CİLD Ca.(Bazal hücreli Ca.)	6	18	24	10,90
CİLD Ca.(Bazo-skvamöz Ca.)	16	26	42	19,00
DUDAK Ca.(Yassı hücreli Ca.)	27	6	33	14,97
DUDAK Ca.(Bazal hücreli Ca.)	1	-	1	0,45
DUDAK Ca.(Bazo-skvamöz Ca.)	1	2	3	1,35
LARENKS Ca.(Yassı hücreli Ca.)	62	1	63	28,50
LENFOEPİTELİOMA (boyun, tonsil, nazofarenks)	4	-	4	1,80
MALİGN MELANOMA	2	1	3	1,35
KULAK KEPÇESİ (Yassı hücreli Ca.)	3	-	3	1,35
KULAK KEPÇESİ (Bazo-skvamöz Ca.)	2	-	2	0,90
HODGKİN HASTALIĞI	1	1	2	0,90
TİROİD Ca.	-	1	1	0,45
MAKSİLLER SİNÜS (Yassı hücreli Ca.)	1	2	3	1,35
MAKSİLLER SİNÜS (Miksosarkom)	-	1	1	0,45
NAZOFARENKS (Karsinoma)	1	1	2	0,90
MÜKOEPİDERMOİD Ca. (Tükruk bezi)	3	-	3	1,35
SARKOM (Sert damak)	1	-	1	0,45
MÜKOEPİDERMOİD Ca. (Sert damak)	1	-	1	0,45
ORTA KULAK (Yassı hücreli Ca.)	1	1	2	0,90
ORTA KULAK (Adeno Ca.)	-	1	1	0,45
RETİKULÜM SARKOM (Boyun)	1	3	4	1,80
TONSİL Ca. (Yassı hücreli Ca.)	1	-	1	0,45
DİL Ca. (Yassı hücreli Ca.)	2	-	2	0,90
TOPLAM	145	76	221	100.00

Tablo XIV- Malign tümörlü hastaların histopatolojik dağılımı.

HİSTOPATOLOJİK TEŞHİS	NO			% ORANI
	ERKEK	KADIN	TOPLAM	
BAZAL FİBROİD	4	-	4	1,49
HEMANJİOMA	15	6	21	7,88
MİKST TÜMÖR(Parotis)	7	7	14	5,24
TÜKRÜK BEZİ KİSTİ	6	4	10	3,76
EPULİS	16	24	40	14,99
EPİDERMOİD KİST	6	8	14	5,24
LİPOM	4	5	9	3,37
OSTEOMA(Mandibula,frontal sinüs)	3	4	7	2,62
HYGROMA COLLİ	2	1	3	1,12
PAPİLLOM(Ağız,farenks,larenks)	20	22	42	15,74
BURUN POLİPİ	57	40	97	36,32
BRANŞIAL CLEFT KİST	-	3	3	1,12
NÖROFİBROMA	-	2	2	0,74
WARTİN TÜMÖRÜ	1	-	1	0,37
TOPLAM	141	126	267	100,00

Tablo XV- Benign tümörlü hastaların histopatolojik dağılımı.

Malign tümörlü hastaların histopatolojik dağılımını gösteren tablo XIV dün incelenmesinde,88 (%39,88) cild kanserli hastanın 32 (%36,36) sinin erkek ,56 (% 63,64) sinin kadın olduğu görülmektedir. Cild kanserli hastaların 19 (% 21,60) zu yassı hücreli kanser,24 (% 27,27) dü bazal hücreli kanser,42 (%47,73) si bazo-skvamöz kanser ve 3 (% 3,40) çü malign melanoma olduğu saptandı.

Dudak kanserli 37 (% 16,77) hastanın 29 (% 78,37) zu erkek, 8 (% 21,63) zi kadındır.Yassı hücre kanserli toplam hasta sayısı 33 (% 89,18),bazal hücreli 1 (% 2,72) ve bazo-skvamöz kanserli 3 (% 8,10) hasta şeklinde dağılım mevcut idi.Tablo XIV dün incelenmesinde görüle-

ceği gibi erkek oranı kadınlara göre oldukça fazladır. Dudak kanserli hastalarımızda tümör daima alt dudakta lokalize idi. Vak'a sayımızın pek fazla olmayışından dolayı üst dudak kanserli hastamız yoktur.

Larenks kanserli 63 (% 28,50) hastanın 62 (% 98,41) si erkek, 1 (% 1,59) ri kadın olup hepsi yassı hücreli kanserdir. Erkeklerdeki oran yüksekliği literatür bilgilerini teyit eder durumdadır.

Benign tümörlü hastaların histopatolojik dağılımını gösteren tablo XV şin incelenmesinde, 267 hastanın 97 (% 36,32) sinin burun polipi, 40 (% 14,99) nin epülis, 42 (% 15,74) inin papillom, 21 (% 7,88) nin hemanjiom, 14 (% 5,24) ünün mikst tümör, 14 (% 5,24) ünün epidermoid kist, 10 (% 3,76) unun tükrük bezi kisti, 9 (% 3,37) unun lipom, 7 (% 2,62) inin osteoma, 4 (% 1,49) ünün bazal fibroid, 3 (% 1,12) ünün hygroma colli, 3 (% 1,12) ünün branşial cleft kist, 2 (% 0,74) inin nörofibroma ve 1 (% 0,37) inin Wartin tümörü olduğu görülmektedir. Tablonun incelenmesinde bazal fibroidin erkeklerde bunun haricindeki benign tümörlerin erkek ve kadınlarda birbirine yakın oranda görüldüğü saptanmıştır.

Radyolojik muayene: Malign tümörlü boyun, maksiller sinüs, nazofarenks, sert damak ve orta kulak kanserli hastaların ilgili bölge grafileri çektilirdi. Bundan başka tüm malign tümörlü hastaların akciğer grafileri çektilirilerek metastaz durumları incelendi. Akciğerler ve uzak organlarda bir metastaza rastlanmadı. Hastalarımızın ikisinde baryum ile osofagus radyolojik muayenesi yapıldı.

Benign tümörlü hastalardan 85 inde ilgili bölge grafisi ve akciğer grafisi çektilirildi. Kayda değer her hangi bir bulgu saptanmadı.

Laboratuvar muayeneleri: Malign tümörlü tüm hastalarda rutin kan muayenesinde, eritrosit, lökosit, hemoglobin, kanama zamanı, pıhtılaşma zamanı ve sedimantasyon bulguları araştırıldı. Yaşları 40 ın üzerinde olan 197 hastada açlık kan şekeri ve azotemi, 2 hastada alkalen fosfataz, asit fosfataz ve kanda kalsiyum miktarı araştırıldı.

Malign tümörlü 221 hastadan 97 (% 43,90) sinde eritrosit 3 200 000- 4 000 000 arasında bulundu. Lökosit bakımından kronik vak'alarda bir artma göze çarptı.

Malign tümörlü hastalarda sedimantasyon yönünden yaptığımız araştırmada 221 hastanın 135 (% 61,08) inde sedimantasyon saatte 30 mm den yukarı, 39 (% 17,65) unda 20-30 mm, 36 (% 16,28) sında 10-20 mm ve 11 (% 4,99) inde 10 mm den düşük olduğu saptandı. Bu yüksek sedimantasyon değerlerinin kanserin diağnozunda mühim olduğunu göstermesi bakımından anlamlıdır. Malign tümörlü 2 hastada alkalen fosfataz, asit fosfataz ve kanda kalsiyum miktarı araştırıldı, değerler normalden biraz yüksek bulunmuştur.

Malign tümörlü tüm hastalarda tam idrar muayeneleri yaptırılmış olup kayda değer anlamlı değişik bir sonuç bulunmamıştır.

Benign tümörlü tüm hastalarda kanda, eritrosit, lökosit, kanama zamanı, pıhtılaşma zamanı, hemoglobin ve sedimantasyon araştırılması yapıldı. Yaşları 40 ı geçmiş olan 21 hastada, açlık kan şekeri ve azötemiye bakıldı. Enfekte olan 55 vak'ada lökosit artması tesbit edildi. Bunun haricinde diğer bulgular normal hudutlarda idi.

Benign tümörlü tüm hastalarda yapılan tam idrar muayenelerinde normal sonuçlar alınmıştır.

Diğer muayeneler: Malign tümörlü 65 hastanın EKG ve dahili muayeneleri yaptırılıp kayda değer bulgu saptanmadı. Yine 65 hastanın 6 sına göz, 3 üne nöroşirürji ve 2 sine cerrahi muayeneleri yaptırılıp bulgular değerlendirildi.

Tedavi: Malign tümör teşhisi konulan 221 hastadan 103 (% 46,61) üne cerrahi tedavi yöntemleri uygulandı. İnoperabl olan 49 (% 22,17) hastaya radyoterapi tavsiye edilip, büyük radyoterapi merkezlerine sevk edilmişlerdir. Diğer 69 (% 31,22) hasta ise bütün ısrarlara rağmen hiç bir tedaviyi kabul etmediler. Bu hastaların akibeti bilinmemektedir.

ResimI de inoperabl yassı hücreli Ca.li hastamız görülmektedir.



Resim-I:Burun sırtı ve zigomatik bölgede inoperabl olan yassı hücreli Ca. li hastamız (Biopsi No:1687/77,Prof.Dr.Recai İlçayto,Protokol No:3471/192).

Cild kanserli 88 hastadan 54 (% 61,36) üne cerrahi tedavi uyguladık.Çok geniş bir yüzeyi enfiltre eden 5 (% 5,68) hasta inoperabl kabul edilip radyoterapi merkezlerine sevk edildiler.Diğer 29 (% 32,95) hasta ise biopsi ile teşhis konulduktan sonra ameliyatı kabul etmediler. Cerrahi tedavi uyguladığımız hastalarda, tümör etrafındaki 1 cm lik sağlam doku ile beraber çıkarıldı.Dermatomla uyluk iç tarafından serbest cild grefti alınarak tümörün çıkarıldığı yere yerleştirildi.Ancak çok küçük lezyonlarda tümör aynı yöntemle çıkarıldıktan sonra cild eleve edilerek karşılıklı suture edildi.Vak`alarımızdan yalnız 1 (% 1,85) inde nüks gördük.Diğer hastalarımızda nüks görülmemiştir.Bu durum cerrahi tedavinin çok geniş bir yüzeye enfiltre olmayan cild kanserlerinde kesin başarısını simgelenektedir.

Resim II de burun sırtında bazo-skuamöz cild kanseri olan hastamızın tedaviden önceki ve sonraki durumu görülmektedir.



Resim -II: Burun sırtında bazo-skvamöz cild kanseri bulunan hastamızın tedaviden önceki ve sonraki durumu (Biopsi No:1200/77, Prof.Dr. Recai İlçayto, Protokol No:2697/145).

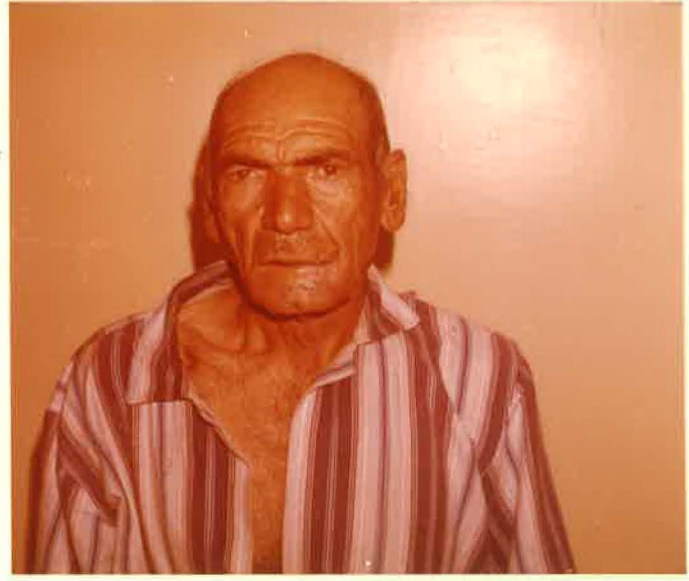
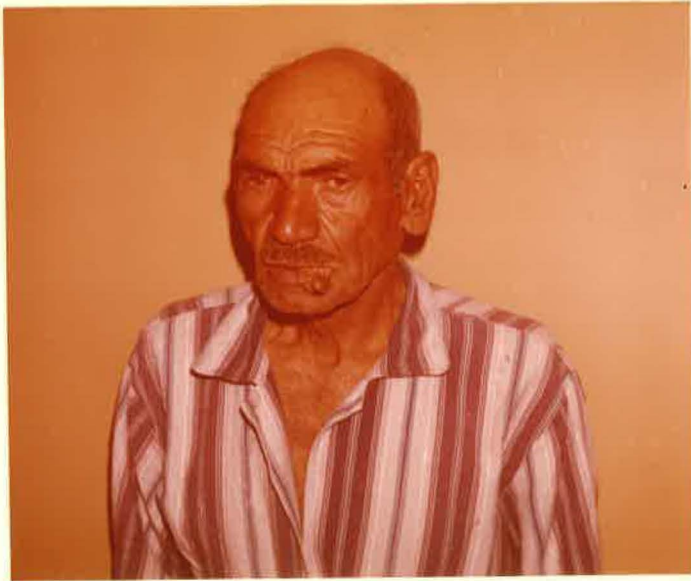
Dudak kanserli 37 hastanın 21 (% 56,75) ine cerrahi tedavi uyguladık. Tümörün alt dudanın tamamına yakın kısmına enfiltre olan 4 (% 10,82) hastaya radyoterapi tavsiye edildi. Hastaların 12 (% 32,43) si ise cerrahi tedaviyi kabul etmediler. Bütün cerrahi metodlarda eksizyonlar lezyon kenarının en az 0,5 ile 1 cm dışından yapılmıştır.

Çapı 0,5 cm yi geçmeyen 15 (% 71,44) vak`amızda -V-eksizyonu uygulanarak tümöral kitle çıkarılmıştır.

Resim III ve IV de -V- eksizyonu yapılarak tedavi edilen hastalarımızın tedaviden önce ve sonraki durumları görülmektedir.



Resim-III: V eksizyonu yapılarak tedavi edilen yassı hücreli dudak kanserli hastamızın ameliyattan evvel ve sonraki durumu (Biopsi No:1791/77, Prof.Dr.Recai İlçayto, Protokol No:4184/232).



Resim-IV: V eksizyonu yapılarak tedavi edilen yassı hücreli dudak kanserli hastamızın ameliyattan evvel ve sonraki durumu (Biopsi NO:948/78, Prof.Dr.Recai İlçayto, Protokol No:2847/159).

Tümörün dudanın 1/3 ünü enfiltre ettiği 2 (% 9,52) vak`ada Abeè-Estlander metodu uygulanmıştır.

Çapı 1-4 cm arasında olan 2 (% 9,52) vak`amızda Bernard cerrahi metodu uygulanarak dudak rekonstriksiyonu yapılmıştır.

Tüm alt dudanı enfiltre eden 2 (% 9,52) hastamızda ise tümör ekstirpasyonu ve alt dudak rekonstriksiyonu Dirvana cerrahi metodu uygulanmıştır.

Dudak kanserli 37 hastamızdan 5 inde çift taraflı, 6 ında tek taraflı servikal lenfadenopati tesbit edildi. Servikal lenfadenopati saptadığımız hastalardan ancak 5 inde cerrahi tedavi uygulayabildik. Bu hastalara lenf bezlerinin lokalizasyonuna göre suprahoid veya radikâl boyun disseksiyonu yapılması teklif edildiği halde kabul etmediler. Primer tümör çıkarılmakla iktifa edilip, postoperatif radyoterapi tavsiye edildi.

Kliniğimizde ameliyatı yapılan dudak kanserli hastalara uyguladığımız ameliyat metodları tablo XVI da gösterilmiştir.

YAPILAN AMELİYAT	HASTA SAYISI	% ORANI
V EKSİZYONU	15	71,44
ABEE- ESTLANDER	2	9,52
BERNARD	2	9,52
DIRVANA	2	9,52
TOPLAM	21	100.00

Tablo XVI- Kliniğimizde ameliyat edilen dudak kanserli hastalara uygulanan ameliyat metodları.

Tablo XVI nın incelenmesinden görüleceği gibi daha çok -V- eksizyonu metodu uygulanmıştır.

Cerrahi tedavi uyguladığımız 21 hastadan yalnız 1 (% 4,76) inde nüks görüldü. Bu durum zamanında yapılan yeterli bir cerrahi tedavinin

başarısını ispatlamaktadır.

Larenks kanserli 63 hastamızdan 10 (%15,88) una total larenjektomi uygulandı.Hastalarımızdan 25 (% 39,68) şii inoperabl kabul edildiğinden kendilerine radyoterapi tavsiye edilerek,radyoterapi merkezlerine sevk edildiler.

Biopsi ile kesin teşhis konulan 28 (% 44,44) larenks kanserli hasta ise bütün ısrarlara rağmen cerrahi tedaviyi kabul etmediler.Bunların akıbetleri hakkında kesin bir bilgimiz yoktur.Carrahi tedavi uyguladığımız 10 hastadan yalnız 2 (% 20) sinde bir sene sonra servikal lenf bezlerinde enfiltrasyon görülerek bu hastalarımıza radikal boyun disseksiyonu uyguladık.Tedavi edip takip ettiğimiz 8 (% 80) vak`ada ise her hangi bir nüks görülmedi.

Aurikula kanserli olan 5 hastadan 4 ünde tümör total olarak çıkarıldı.Defekt yeri,insizyon kenarları birbirine suture edilerek kapatıldı.Hastalardan birinde tümör aurikulanın geniş bir sahasını enfiltre ettiğinden tümörün çıkarılması ile hasıl olan defekt üç seansta lambo tatbik edilip,aurikula plastiği yapılarak kapatıldı.Takip ettiğimiz bu hastalarımızda her hangi bir nüks görmedik.

Maksiller sinüs malign tümörlü 4 vak`anızda cerrahi yöntemle tümör radikal olarak çıkarıldı.Bunlardan 2 vak`anıza postoperatif kemo-terapi uyguladık.

Parotis malign tümörlü 3 hastamızda tümör radikal olarak çıkarıldı.Postoperatif radyoterapi tavsiye edilerek,radyoterapi merkezlerine sevk edildiler.Takip ettiğimiz bu hastalardan birinde nüks görüldü,diğer ikisinde iki yıldan beri nüks yoktu.

Resim V de parotis mükoepidermoid kanser bulunan hastamızın tedaviden önceki ve sonraki durumu görülmektedir.



Resim-V: Parotis müköepidermoid Ca.lı hastamızın ameliyattan evvel ve soraki durumu (Biopsi No:1372/77,Prof.Dr.Recai İlçayto,Protokol No:2529/143).

Boyunda sarkomlu olan 4 hastaya cerrahi tedavi uygulanarak tümör radikal olarak çıkarıldı.Hastalarımıza postoperatif radyoterapi tavsiye edilerek,radyoterapi merkezlerine sevk edildiler.

Sert damakta malign tümör olan 2 hastamızdan birine cerrahi tedavi uygulanarak tümör çıkarılıp,bilahare radyoterapi merkezine sevk edildi.Biopsi ile teşhis konulan bir hastamız ise cerrahi tedaviyi kabul etmedi,Kendisine radyoterapi tavsiye edilerek radyoterapi merkezine sevk edilmiştir.

Malign tümörlü 2 Hodgkin,1 tiroid kanseri,3 nazofarenks kanserli,2 tonsil kanserli,2 dil kanserli,2 orta kulak kanserli ve 2 lenfoepiteliomalı hastalara radyoterapi tavsiye edilerek radyoterapi merkezlerine sevk edildiler.Bu hastalar klinik olarak inoperabl bulunmuşlar-

dır. Resim VI da inoperabl kabul ettiğimiz orta kulak yassı hücreli Ca. 11 hastamız görülmektedir.



Resim-VI: İnoperabl kabul ettiğimiz orta kulak yassı hücreli Ca.11 hastamızın durumu (Biopsi No:1198/78, Prof. Dr. Recai İlçayto, Protokol No:45/5).

Benign tümörlü 267 hastanın 254 (% 95,13) üne kliniğimizde cerrahi tedavi uygulanmıştır. Teşhis konulduktan sonra bütün ısrarlara rağmen cerrahi tedaviyi kabul etmeyen 13 (% 4,87) hastanın akıbetleri hakkında bir bilgimiz yoktur.

Kliniğimizde tedavi edilen 254 benign tümörlü hastada genel cerrahi prensiplerine göre tümör total olarak çıkarıldı. Elde ettiğimiz sonuçlar % 100 başarılıdır. Resim VII de yüzde nörofibroma bulunan hastamızın, VIII ve IX da ise parotis bezi mikst tümörlü iki hastamızın ameliyattan önceki ve sonraki durumları görülmektedir.



Resim-VII: Nörofibromalı hastamızın ameliyattan evvel ve sonraki durumu (Biopsi No:1269/78, Prof.Dr.Recai İlçayto, Protokol No:2657/154).



Resim-VIII: Parotis mikst tümörlü hastamızın tedaviden evvel ve sonraki durumu (Biopsi No:590/78, Prof.Dr.Recai İlçayto, Protokol No: 969/59).



Resim-IX: Parotis mikst tümörlü hastamızın ameliyattan evvel ve sonraki durumu (Biopsi No:179/78, Prof.Dr.Recai İlçayto, Protokol No: 300/14).

T A R T I Ş M A

Kliniğimize ve polikliniğimize 1-1-1976 ve 30-11-1978 tarihleri arasında müracaat eden 49991 hastanın % 0,44 dü malign,% 0,53 çü benign tümörlüdür.Bu bulgudan anlaşıldığı gibi bölgemizde yaşayan her bin hastadan 44 dü malign,53 çü benign tümörlüdür.Bu oran küçümsenemeyecek bir oran olup kanser etyolojisi,erken teşhis ve tedavisi üzerine önemle eğilinmesinin önemini açıkça göstermektedir.Aynı tarihler arasında kliniğimizde yatarak tedavi edilen hastaların % 6,56 sı malign,% 10 nu benign tümörlüdür.Malign tümörlü hastaların bir çoğunun onkoloji hastanelerine gittiği düşünülürse bu oranların çok daha fazla olduğu söylenebilir.

Baş boyun malign tümörlü hastalarımızı yaş gruplarına göre incelediğimizde,yaş ilerledikçe malign tümörlerin daha fazla görüldüğünü, özellikle 50-70 yaş grubunda önemli bir yığılma olduğunu saptadık.Bu bulgumuz literatür bulguları ile uyusmaktadır (15).Hindistan,Malaya, Çin,A.B.D.,Avustralya ve Finlandiya`da yapılan istatistiklerle bizim bulgularımız arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (27).

Malign tümörlerin 40-70 yaşları arasında fazla görüldüğü tüm klasik kitaplarda belirtilmiştir (10,45).

Malign tümörlü hastaları cinsiyetlerine göre ayırıp incelediğimizde,erkek hastaların kadın hastalardan daha fazla olduğu,erkeklerin % 65,84 kadınların % 34,16 oranında bulunduğunu saptadık.Bu bulgularımızda literatür bulguları ile ileri derecede uyuşma göstermektedir (9, 18,35).

Benign tümörlü hastalarımızda yaş grupları ve cinsiyetlerine göre incelediğimizde,yaş ve cinsiyet yönünden önemli bir fark bulunmadığını,hastaların cinsiyet ve yaş grupları yönünden homojen bir dağılım gösterdiğini saptadık.Klasik kitaplarda ve özgün çalışmalarda benign tümörlerde yaş ve cinsiyet yönünden önemli bir fark olmadığı belirtilmekle beraber çalışmalar daha çok malign tümörler üzerinde yoğun-

laştığından benign tümörler hakkında kayda değer istatistikî veriler bulunmamaktadır.

Hastalarımızın hastalanmalarının başlangıcından ne kadar süre sonra kliniğimize müracaat ettiklerini araştırdığımızda, malign tümörlü hastalarımızın yarısından fazlasının (% 81,57) bir yıl veya daha sonra, benign tümörlü hastalarımızın ise (% 88,87) bir yıl veya daha sonra kliniğimize müracaat ettiğini tesbit ettik. Bu bulgularımızda da anlaşıldığı gibi bölgemizde hastalar sosyo ekonomik, kültürel yönden ve ulaşım güçlüğünden dolayı doktora çok geç müracaat etmektedirler. Bölgede doktor sayısının, özellikle kulak burun boğaz hastalıkları uzmanının çok az oluşuda önemli etkenlerden birisidir.

Dikkatimizi çeken önemli bir bulgu, ses kısıklığı, nefes alma ve yutkunma güçlüğü yapan larenks kanserli hastaların doktora daha erken müracaat ettikleri halde; ağrı yapmayan, hastayı ileri derecede rahatsız etmeyen cild, dudak, aurikula, tükürük bezi tümörü bulunan hastalar doktora daha geç müracaat etmektedirler.

Hastalarımızın hangi şikayetlerle müracaat ettiğini araştırdığımızda, malign tümörlerin geliştikleri organa göre oluşturduğu bilinen şikayetlerle müracaat ettiğini saptadık (18,27,35).

Malign tümörlü hastaların tütün, alkol kullanma alışkanlığı olup olmadığı araştırıldığında, alkol kullanan çok az hastamız olduğunu saptadık. Bölgesel örf, âdet ve mistik nedenlerden dolayı alkol kullanılmamasının son derece az oluşundan dolayı bu durum beklediğimiz bir bulgudur.

Malign tümörlü hastaların % 65,62 sinin tütün kullandığını saptadık. Tütün kullanan hastaların büyük çoğunluğu 20 yıl veya daha fazla sigara içen hastalardır. Bu bulgumuzda sigara ile malign tümörler arasındaki yakın ilişkiyi yansıtmakta ve literatür bulguları ile uygun görülmektedir (6,32).

Benign tümörlerle sigara arasında ilişkinin olup olmadığını araştırdığımızda, benign tümürlü hastaların % 42,32 sinin sigara içtiğini, sigara içme süresi ile tümörün oluşumu arasında önemli bir ilişkinin bulunmadığını saptadık.

Hastalarımızın mesleklerine göre yaptığımız incelemede, malign tümörlerin en fazla çiftçilerde ve ev hanımlarında görüldüğünü tesbit ettik. Bölgemizin büyük çoğunluğu ziraatle uğraşmakta ve nüfusun büyük kesimini çiftçiler oluşturmaktadır. Bölgenizde ev kadınları da kocaları ile beraber tarlada çalışmakta, onlara yardımcı olmaktadır. Bu bakımdan ev kadınlarının da çiftçiler grubunda mütalaa etmenin pek yanlış olmayacağı kanısındayız. Bu açıklamalardan da anlaşıldığı gibi büyük kesimi oluşturan ve zorunlu dış tabiat şartları ile devanlı karşı karşıya bulunan çiftçilerde malign tümörlerin fazla görülmesi beklediğimiz bir sonuçtur.

Benign tümörlerde, yine malign tümörlerde olduğu gibi çiftçilerde ve ev kadınlarında fazla bulunmuştur.

Hastalarımızın yerleşim bölgelerine göre incelenmesini yaptığımızda, malign tümörlere kırsal kesimde % 86,87, kentsel kesimde ise % 13,13 oranında rastladık. Bölgemizde nüfusun büyük çoğunluğu kırsal kesimde yaşamaktadır. Ayrıca kırsal alanlarda yaşayanlar kentlilere nazaran güneş ışığı, soğuk ve rüzgâr gibi tabiat şartlarına daha fazla maruz kalmaktadırlar. Bundan dolayı kırsal kesimde yaşayanlarda malign tümörler daha fazla görülmektedir. Bu bulgularımız Danimarka'da yapılan araştırma bulguları ile paralellik göstermektedir (11).

Hastalarımızda malign ve benign tümörlerin lokalizasyonu incelendiğinde; malign tümörler arasında en fazla cild kanseri (% 39,38) bulunduğunu saptadık. Cild kanserli hastalarda tümör burun sırtında, zigomatik bölgede ve yüzde lokalize idi. Hastalarımızın çoğunluğu kırsal kesimde açık havada çiftçilikle uğraşmaktadırlar. Burun sırtı, zigomatik bölge ve yüzün daha çok güneş ışınına, soğuğa ve rüzgâra maruz kaldığı

bilinen bir gerçektir. Bunun neticesinde cild kanserleri baş boyun malign tümörleri içinde en fazla görülenidir. Literatür bulgularını araştırdığımızda bizim sonuçlarımıza uyduğunu gördük (13,36).

Malign tümörlü hastalarımızın % 16,77 sinde tümör alt dudakta lokalize idi. Vak`alarımızın azlığı nedeni ile üst dudakta tümöre rastlamadık. Literatür bulgularında üst dudak kanserleri alt dudak kanserlerine göre daha az görülüp denmekte olup, bulgularımızla anlamlı bir uyumsuzluğun olmadığı kanısındayız (2,37).

Larenkse lokalize olan tümör, bütün malign tümörlerin % 28,50 sini teşkil etmektedir. Hastalarımızda tümör en çok kord vokallerde sonra epiglotta görülmüştür. Bu bulgularımız literatür bulguları ile uyumaktadır (10).

Diğer hastalarımızda malign tümörün, % 2,25 inin kulak kepçesinde, % 3,60 inin boyunda, % 1,80 inin maksiller sinüste, % 0,45 inin tiroidde, % 0,90 inin sert damakta, % 1,35 inin nazofarenkste, % 1,35 inin orta kulakta, % 0,90 inin tonsilde, % 0,90 inin dilde ve % 1,35 inin tükürük bezinde lokalize olduğu görüldü.

Benign tümörlü hastalarımızda, tümör % 40,44 vak`ada burun boşluğunda, % 20,61 vak`ada ağızda, % 10,48 vak`ada larenkste, % 8,99 vak`ada parotiste, % 9,36 vak`ada boyunda, % 4,88 vak`ada yüz bölgesinde, % 2,62 vak`ada farenkste, % 1,88 vak`ada mandibulada ve % 0,74 vak`ada sinüste lokalize idi.

Literatürü incelediğimizde, burun boşluğundaki poliplerin çok sık görüldüğünü saptadık (17). Hastalarımızda burun boşluğu iyi huylu tümörlerinin % 89,81 ini polipler kapsadığı için iyi huylu tümörler arasında, burun boşluğu benign tümörleri 1. sırayı almıştır.

Malign ve benign tümörlü hastalarımızda histopatolojik dağılımıda araştırdık. Dudak kanserli hastaların % 89,18 si yassı hücreli Ca., % 2,72 si bazal hücreli Ca. ve % 8,10 nu bazo-skvamöz Ca. olarak bulunmuştur. Bulgularımızla literatür bulguları karşılaştırıldığında her iki

bulgu arasında bir paralelliğin olduğu ortaya çıkmaktadır (18,37).

Cild kanserli hastalarımızın % 21,60 ını yassı hücreli Ca., % 27,27 ini bazal hücreli Ca.,% 47,73 üçü bazo-skvamöz Ca. ve % 3,40 ını malign melanoma olarak tesbit ettik.Bizim bulgularımızla literatür bulguları arasında yakın bir uyum gördük (26).

Larenks kanserli hastalarımızın tümü yassı hücreli kanserdir.Li-
teratür bulgularında ise larenksin malign tümörlerinin % 98 zi yassı hücreli kanser,geri kalanlar ise sarkom,endotelioma,adenoma kanser olduğu belirtilmektedir (10).Vak`a sayımız az olduğundan hastalarımızın tümü yassı hücreli kanserdir.Bu bulguda literatür bulguları ile ileri derecede uyumaktadır.

Benign tümörlü hastalarımızın histopatolojik dağılımı incelendiğinde; % 36,32 si burun polipi,% 15,74 dü papillom,% 14,99 zu epulis, % 1,49 zu bazal fibroid,% 7,88 zi hemanjioma,% 5,24 dü parotis mikst tümörü,% 3,76 sı tükrük bezi kisti,% 3,37 si lipom,% 2,62 si osteoma, % 1,12 si hygroma colli,% 1,12 si branşial cleft kist,% 0,74 dü nörofibroma ve % 0,37 si Wartin tümörü olarak bulundu.Polip ve papillomun çok sık rastlanan benign tümörler olduğu bilinen klasik bilgilerdendir (10,17).Literatürdeki benign tümörlerin dağılımı ile bizim vak`alarımızdaki benign tümörlerin dağılımı arasında anlamlı bir fark mevcut değildir.

Malign ve benign tümörlü hastalarda radyolojik muayene sonuçlarını incelediğimizde,klasik bilgiler dışında anlamlı ve kayda değer bir bulgu saptayamadık.

Malign ve benign tümörlü hastalarımızda kan ve idrar muayene bulgularını incelediğimizde; malign tümörlerde sedimentasyon hızının artması dışında anlamlı bir bulgu tesbit etmedik.Klasik kitaplarda sedimentasyon hızının tüm kanserlerde artabileceği söylenmektedir (17). Bu laboratuvar bulgumuz kanserlerde sedimentasyon muayenesinin yardımcı bir teşhis vasıtası olduğunun bir defa daha kanıtlanması bakımından

anlamlıdır.

Fakültemizde halen radyoterapi uygulanmamakta olduğundan ancak operabl olan vak'alarda cerrahi tedavi uygulayabildik. Hastalarımızın çoğunluğunun sosyo ekonomik durumlarının bozuk oluşu, bizi mümkün olduğu kadar cerrahi tedaviye yöneltmiştir. Zira sosyo ekonomik durumu bozuk olan hastalarımız uzak radyoterapi merkezlerine gidememektedirler. Bu bakımdan radyoterapi ilede cerrahi tedavi ilede iyi sonuç alınabilecek vak'alarda da cerrahi tedavi uyguladık.

Cild kanserli hastalarımızdan % 61,36 sına cerrahi tedavi uyguladık. Hastalarımızın % 5,68 zini inoperabl kabul edilip radyoterapi merkezlerine sevk ederken diğer % 32,95 hastamız ise tedaviyi kabul etmemişlerdir. Cerrahi tedavi uyguladığımız hastalarımızdan yalnız 1 (% 1,85) inde nüks gördük. Sonuçların incelenmesinden de anlaşıldığı gibi cild kanserlerinde erken, yeterli ve uygun cerrahi tedavinin başarısı literatür bilgileri ile uyusmaktadır (12,26).

Dudak kanserli hastalarımızın % 56,75 ine çeşitli cerrahi metodlar uygulanmıştır: 15 (% 71,44) vak'amızda V eksizyonu, 2 (% 9,52) vak'amızda Bernard, 2 (% 9,52) vak'amızda Abeè-Estlander ve 2 (% 9,52) vak'amızda Dirvana metodlarına uygun ameliyatlar yapılmıştır. Hastalarımızdan % 10,82 si inoperabl kabul edilip radyoterapi merkezlerine sevk edilirken, % 32,43 ü ameliyatı kabul etmemişlerdir. Cerrahi tedavi uyguladığımız 21 vak'amızın 1 (% 4,76) ri hariç nüks tesbit edilmemiştir. Almış olduğumuz bu sonuç zamanında yapılan uygun ve yeterli bir cerrahi tedavinin en iyi tedavi olduğunu belirleyen literatür bulgularını doğrulamaktadır (20).

Larenks kanserli 63 hastamızdan 10 (% 15,88) una cerrahi tedavi uygulanıp total larenjektomi yapılmıştır. Hastalarımızdan 25 (% 39,68) şii inoperabl kabul edilip radyoterapi merkezlerine sevk edildiler. Diğer 28 (% 44,44) hastamız ise ameliyatın zor oluşu, konuşma problemi ve ömür boyu kanül taşımak mecburiyetinde kalışlarından ameliyatı kabul

etmemişlerdir. Bu hastalar önemli bir kaç sağlık kuruluşunun fikrini almadan ameliyatı kolayca kabul etmemektedirler. Cerrahi tedavi uyguladığımız hastalarımızdan 2 inde nüks gördük. Vak'a sayımız az olmakla beraber % 80 vak'ada iyi sonuçlar almamız, erken ve yeterli cerrahi tedavi uygulanırsa larenks kanserinin korkulacak bir hastalık olmadığını göstermesi bakımından anlamlı bulunmuştur. Bu bulgularda literatür bulguları ile uyumaktadır (17).

Aurikula kanserli 5 hastada cerrahi tedavi uyguladık ve nüks görmedik.

Maksiller sinüs tümörlü 4 (% 1,80) vak'ada cerrahi tedavi uygulayıp, bunlardan ikisinde postoperatif kemoterapi uyguladık. Bu hastalarımızın daha sonra kontrollerini yapmadığımızdan prognozu hakkında bilgi edinemedik. Uygun ve yeterli cerrahi tedavi ile kemoterapi kullanımının başarısı literatürde belirtilmekle beraber, biz hastalarımızda postoperatif kontrol yapamadığımızdan alınan sonuçlar hakkında kesin bir fikir ileri süremeyeceğiz (9).

Parotis malign tümörlü 3 hastamızda cerrahi tedavi uyguladık. Sonra vak'alarımızı postoperatif radyoterapi uygulamak üzere Ankara'ya gönderdik. Hastalarımızın birinde nüks gördük. Vak'alarımızın az olmasına rağmen literatür bulguları ile tam bir uygunluk göstermektedir (7, 14,15).

Boyunda sarkomlu 4 ve sert damakta sarkomlu 1 hastaya cerrahi tedavi uyguladık. Bilahare hastalarımızı postoperatif radyoterapiye sevk ettik.

Malign tümörlü 2 Hodgkin. 1 tiroid kanseri, 3 nazofarenks kanserli, 2 tonsil kanserli, 2 dil kanserli, 2 orta kulak kanserli ve 2 lenfopitelionalı hastamızı ise klinik olarak inoperabl tanımlanıp, radyoterapi yapılması uygun görülerek Ankara'ya radyoterapi yapılmak üzere gönderildiler. Bu hastaların sayısı oldukça az olup istatistikî verilerin sıhhati münakaşalı olduğundan tartışma yapmamayı uygun buluyoruz.

Benign tümörlü 267 hastanın 254 (% 95,13) üne cerrahi tedavi uyguladık.Hastalarımızın 13 (% 4,87) ü ise cerrahi tedaviyi kabul etmediği için tedavi olanağı bulamadık.Tedaviyi kabul etmeyen hastaların prognozu hakkında bilgi sahibi değiliz.

Cerrahi tedavi uyguladığımız vak`alarda elde ettiğimiz sonuçlar % 100 başarılı olup,bu tip vak`alarda cerrahi tedavinin üstünlüğünün tartışılmaz olduğunu bir defa daha kanıtlamaktadır.Zaten klasik literatür bilgileride bu paraleldedir (10,17).

S O N U Ç

Diyarbakır ve çevresinde malign ve benign tümör sıklığını saptamak, bu vak'alarda klinik, radyolojik, histopatolojik ve laboratuvar araştırma yapmak suretiyle bölgeye özgü bir özelliğin olup olmadığını ortaya çıkarmak amacı ile yaptığımız bu araştırmada; 1-1-1976 ile 30-11-1978 tarihleri arasında polikliniğimize müracaat eden 49991 hasta arasından 221 inin malign tümörlü, 267 inin benign tümörlü olduğunu saptadık. Aynı tarihler arasında kliniğimizde yatırılarak tedavi edilen 1280 hastanın ise 84 (% 6,56) ünün malign, 128 (% 10) inin benign tümörlü olduğunu gördük.

Malign tümör sıklığını % 0,44 olarak saptadık. Benign tümör sıklığını ise % 0,53 olarak bulduk.

Malign tümörlü hastalarımızda 50-70 yaş arasında bir yığılım tesbit ettik. Benign tümörlü hastalarımızın yaş grupları dağılımında bir homojenlik saptadık.

Malign tümör tanısı konulan hastalarımızın 145 (% 65,62) si erkek, 76 (% 34,38) si kadındır. Benign tümör tanısı konulan hastalarımızın 141 (% 52,81) ri erkek, 126 (% 47,19) si kadındır.

Benign ve malign tümörlü hastalarımızın çoğunluğu şikayetlerinin başlangıcından bir yıl ve daha fazla bir zaman sonra kliniğimize müracaat etmişlerdir.

Malign tümörlü hastalarımızın sigara içme süreleri araştırıldığında; % 65,62 sinin sigara içtikleri, sigara içenlerin % 3,44 ünün 5 yıldan az, % 96,56 ının ise daha fazla süre ile sigara içtiklerini saptadık. Aşırı derecede sigara alışkanlığı olanlarda, malign tümörlerin daha sıklıkla görüldüğü gerçeği ortaya çıktı.

Malign tümörlü hastalarımızın 192 (% 86,87) si çiftçidir ve sosyo ekonomik durumu bozuktur.

Hastalarımızda malign tümörün en fazla cild (% 39,88) ve sıra ile larenkse (% 28,50), alt duduga (% 16,77) çeşitli dağılımlarla diğer bölgelere lokalize olduğunu saptadık. Benign tümörlü hastalarımızda ise tümörün sırası ile % 40,44 burun boşluğunda, % 20,61 ağızda, % 10,48 larenkste, % 9,36 boyunda, % 8,99 parotiste ve diğer bölgelere lokalize olduğunu saptadık.

Malign tümörlerde histopatolojik muayene sonucu 126 (% 57,01) yassı hücreli Ca., 47 (% 21,26) vak`ada bazo-skvamöz Ca., 25 (% 11,31) vak`ada bazal hücreli Ca. ve geri kalan 23 (% 10,42) vak`ada ise diğer kanser cinsleri tanısı kondu.

Yaptırılan kan ve idrar muayenelerinde anlamlı bir bulgu saptanmadı.

Sedimentasyon hızı bütün malign tümörlerde ve uzun süreli benign tümörlerde bir artma göstermekteydi.

Malign tümörlü hastalarımızın % 46,61 inine çeşitli cerrahi metodlar uygulandı, % 22,17 si inoperabl kabul edilip radyoterapi merkezlerine sevk edildi. Tedaviyi kabul etmeyen % 31,22 hastamızın akibetleri bilinmemektedir.

Tedavi ettiğimiz malign tümörlü hastalarımızdan 5 (% 4,85) inde nüks tesbit edilmiştir. Diğerlerinde lokal nüks ve metastaz görülmemiştir.

Sonuçlar; zamanında, yeterli ve uygun cerrahi tedavi uygulanabilen malign tümörlü vak`alarda cerrahi tedavinin üstünlüğünü ortaya koyar niteliktedir.

Benign tümörlü 254 (% 95,13) vak`amıza cerrahi tedavi uygulanıp % 100 başarılı sonuç alınmıştır.

Hastalarımızdan 13 (% 4,87) ü tedaviyi kabul etmediklerinden prognozları hakkında bilgi edinemedik.

Ö Z E T

Diyarbakır ve çevresinde malign ve benign tümör insidansı, bu hastalıkların klinik, radyolojik, histopatolojik ve laboratuvar özelliklerini araştırmak amacı ile; 1976 yılı başından 1978 yılı Kasım ayı sonuna kadar olan süre içinde polikliniğimize müracaat eden 221 malign tümörlü, 267 benign tümörlü ve klinikte yatırılarak tedavi edilen 212 tümörlü hasta üzerinde bu araştırma yapılmıştır.

Çalışmalarımızda önce literatür bilgileri verilmiş daha sonra materyel ve metod, bulgular, tartışma, sonuç ve özet bölümleri sunulmuştur.

Materyelimiz, polikliniğimize müracaat eden 49991 hasta arasından malign tümörlü 221 hasta ve benign tümörlü 267 hastadan oluşmaktadır.

Metodumuz klinik, radyolojik, histopatolojik, laboratuvar ve diğer muayenelerden meydana gelmektedir.

Bulgular bölümünde, poliklinik ve klinikte hastalar üzerinde yaptığımız araştırmalarımıza ait bilgiler sunulmuştur. Bölgemizde malign tümör sıklığı % 0,44, benign tümör sıklığı % 0,53 olarak saptanmıştır.

Tümörlü hastalarda yaş, cinsiyet, sosyo ekonomik durum, meslek, sigara, alkol ve diğer yardım edici faktörlerin etkinlik dereceleri araştırılmıştır.

Hangi tip vakalarda hangi tedavi yöntemi uygulanırsa en iyi sonuç alınacağı araştırılmıştır.

Tartışma bölümünde, bulgularımızın literatür bilgileri ile karşılaştırılması sunulup, bölgeye özgü kabul edebileceğimiz özelliklerin bulunmuş nedenleri araştırılıp, açıklanmağa çalışılmıştır.

Sonuç olarak; baş boyun tümörlerinin erken tanısı ve erken tedavisi üzerinde titizlikle durulup, halkın bu konuda aydınlatılması gerektiği kanısına vardık.

L İ T E R A T Ü R

- 1-ACKERMAN,L.V.: Surgical pathology,III.Ed.,184-191,Saint Louis,1964.
- 2-ACKERMAN,L.V.,REGATO,J.A.: Cancer diagnosis,treatment and prognosis, Saint Louis,1947.
- 3-ALTUĞ,H.,ŞENOCAK,F.,SUNAR,O.: Otolarengoloji İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fa-
kültesi ,452-461,İstanbul,1973.
- 4-ANDERSON,W.A.D.: Pathology,C.V.Mosby Comp.,1110,Saint Louis,1971.
- 5-ANDERSON,W.A.D.,SCOTT,T.: Synopsis of pathology,C.V.Mosby Comp.,426,
Saint Louis,1976.
- 6-BARAM,P.: Head and neck cancer state of the art conference Section
1.,Immunology,The Laryngoscope supplement number,88:2,1978.
- 7-BEAHRS,O.,WOOLNER,L.B.: Surgical management of parotid gland,Surg.
Gynes.Obstet,82:342,1946.
- 8-BERTHELSEN,K.et al.: Cancer of the rhinopharynx,Aarhus Den-Ugeskr.
Laeg.,138:3342-3347,1976.
- 9-CAUDRY,M.et al.:First results of on original procees of intermitter
polychemotherapy applied to voluminous epidermoid epitheliomas of the
and neck,Bordeaux Medical,9:1009-1024,1976.
- 10-CİNGİ,E.: Kulak Burun Boğaz Hastalıkları,Ayyıldız Matbaası,315-377.
Ankara,1977.
- 11-CLEMMSEN,J.: Statistical studies in malignant neoplasma II,basic
tables.Denmark,1943-1957,Regiotrato Cancerologica,Danish,1965.
- 12-ÇINAR,E.: Cild karsinomlarının radyoterapileri,Acta Oncologica Tur-
cica,3:225-230,1970.
- 13-DAVID,C.: Text book of surgery,10 Ed.,1245,W.B.Saunders Company
Philadelphia and London,1972.
- 14-ENEROTH,C.M.: Histological and Clinical Aspects of Parotis tumours.
Acta Oto Laryng.,Suppl.,191:1-13,1964.
- 15-FOOTE,F.W.,FRAZELL,E.L.: Tumors of the major salivary glands,Cancer.
6:1065,1953.

- 16-GRAGE,T.B.,LOBER,P.H.: Benign tumors of the major salivary glands, Surgery,50:625,1961.
- 17-JACKSON,C.: Tumors of the larynx,Coates-Schenck-Miller,Volum 5,2:8, Philadelphia,1961.
- 18-JACKSON,C.,JACKSON,C.L.: Diseases of the nose throat and ear,second edition,W.B.Saunders Comp.,215,Philadelphia,London,1959.
- 19-KAGAN,A.R. et al.: Recurrences from malignant parotid salivary gland tumors,Cancer,37:2600-2604,1976.
- 20-KANTEMİR,İ.: Kanser ve tedavisi,Güzel İstanbul Mutsaası,80-219,Ankara,1969.
- 21-LIVOISI,V.A. et al.: Malignant mixed tumors arising in salivary glands,Cancer,39:2209-2230,1977.
- 22-LUCAS,R.B.: Pathology of tumors the oral tissue.Little,Brown and Company,Boston,1964.
- 23-MAY,M.: Neck masses in children,diagnosis and treatment,Pediatr.Ann., 5:88-116,1976.
- 24-NADOL,J.B.: Viral particles in nasopharyngeal carcinoma,The Laryngoscope,87:1932-1937,1977.
- 25-PACK,G.T. et al.: Treatment of tumors of the soft somatik tissues, Second Ed.,Vol. VIII,Hoeber Medical Division,New-York,1964.
- 26-POYRAZ,Ü.: Yüzün cild kanserlerinde cerrahi tedavi ve rekonstrüksiyon,Türk Oto-Rino Laringoloji Cemiyeti XI. Milli Kongresi,513-517,Ankara,1971.
- 27-RAMANTHAN,K.: Oral carcinoma in Peninsular Malaysia,Gann Monographon Cancer Research,18:27-34,1976.
- 28-RAWSON,A.J.,HOWARD,J.M.,ROYSTER,H.P.: Tumors of the salivary glands clinicopathological study of 160 cases,Cancer,3:445,Philadelphia,1950.
- 29-REPORT of a WHO Expert Committee; Chemotherapy of solid tumours, 605,54-57,WHO,Geneva,1977.

- 30-ROTHMAN, J.K.: Epidemiology of head and neck cancer, *The Laryngoscope* 88:435-438, 1978.
- 31-SCHENCH, H.P.: *Otolaryngology*, Vol. V, 8-31, Maryland, 1961.
- 32-SCHNEIDERMAN, M.A.: Eighty per-cent of cancer is related to the environment, *The Laryngoscope*, 88:559-574, 1978.
- 33-SHARP, G.S., BULLOCK, W.K., HAZLET, J.W.: *Oral cancer and tumors the Jaws*, Mac Graw-Hill Co., New-York, 1956.
- 34-THOMA, K.H.: *Oral Surgery*, V. Ed., Vol. II, 955-975, Saint Louis, 1969.
- 35-TURHAN, B., YENERMAN, M.: Genel patoloji, *Kulen Basımevi*, 482-604, İstanbul, 1966.
- 36-WILLIAM, M.C.: *Cancer of the head and neck*, The Williams and Wilkins Co., Baltimore, 1967.
- 37-WALTER, T.M.: *Radiation therapy*, second edition, W.B. Saunders Comp., 154-159, Philadelphia and London, 1967.
- 38-WRIGHT, A.W.: *Rypin's medical licensure examinations*, J.B. Lippincott Comp., Philadelphia, 1960.
- 39-WRIGHT, G.F.: The chemistry of tobacco tar, *Third American National Cancer Conference*, 1956.