

شیوع متاستاز مخفی گردنی در بیماران با گردن مرحله N₀ در کارسینوم‌های سلول سنگفرشی راه هوایی - غذایی فوقانی

دکتر نیکزاد شهیدی: متخصص گوش و حلق و بینی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز: نویسنده رابط

E-mail: Nikzadshahidi@yahoo.com

دکتر محمد تقی خرسندی آشتیانی: دانشیار گوش و حلق و بینی و جراحی سروگردن دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات گوش و حلق و بینی دانشگاه علوم پزشکی تهران

دریافت: ۸۵/۴/۱۸ پذیرش: ۸۵/۱۰/۲۰

چکیده

زمینه و اهداف: سرطانهای سروگردن جزء بیماریهایی هستند که باعث اختلالات عملکردی، مشکلات زیبایی و زیانهای اقتصادی و اجتماعی برای بیماران می‌گردند. متاستاز سرطانهای راه هوایی - غذایی فوقانی به غدد لنفاوی گردن یک نگرانی و مشکل عمده در درمان و کنترل این بیماری می‌باشد. هدف از این مطالعه بررسی میزان متاستاز میکروسکوپی به غدد لنفاوی گردن بعثت کارسینوم سلول سنگفرشی راه هوایی - غذایی فوقانی و نحوه برخورد با آن می‌باشد.

روش بررسی: مطالعه بصورت مقطعی روی بیماران با تشخیص کارسینوم سلول سنگفرشی راه هوایی - غذایی فوقانی در بخش گوش و حلق و بینی و نیز بخش جراحی عمومی بیمارستان امیر اعلم تهران (مرکز ارجاع گوش و حلق و بینی ایران) در مدت پنج سال انجام و نتایج تحت آنالیز آماری قرار گرفته است.

یافته‌ها: ۳۳٪ بیماران دارای متاستاز مخفی (میکروسکوپی) در غدد لنفاوی گردن بوده و در ۶۰٪ بیماران تعداد لُف نودهای حاوی متاستاز مخفی بیش از یک عدد بود. اکثر بیماران در مرحله T2 تومور اولیه مراجعه کرده بودند. میزان متاستاز میکروسکوپی (مخفی) در کارسینوم سلول سنگفرشی حفره دهان ۲۴/۶٪، در حنجره ۴۴/۷٪ و در هیپوفارنکس ۴۲٪ بود. بین مرحله T تومور و میزان متاستاز مخفی ارتباط آماری معنی‌دار برقرار بود.

نتیجه‌گیری: در کارسینوم سلول سنگفرشی ناحیه دهان، حنجره و هیپوفارنکس با توجه به اینکه احتمال متاستاز مخفی بیشتر از ۲۰٪ است، در صورتیکه درمان اصلی تومور اولیه جراحی باشد، انجام تشریح انتخابی گردن (Elective Neck Dissection (END ضروری است. گسترش خارج کپسولی تومور و یا درگیری بیش از یک لُف نود نیاز به رادیوتراپی بعد از عمل دارد.

کلیدواژه‌ها: کارسینوم سلول سنگفرشی، متاستاز گردنی، تشریح گردن.

مقدمه

است که متاستاز مخفی گردنی دارند. الگوی قابل پیش‌بینی درناژ لنفاوی اجازه برداشتن انتخابی گروه‌های غدد لنفاوی که ممکن است حاوی متاستاز باشند را می‌دهد. در بیمارانی که متاستاز قابل لمس بالینی و یا رادیولوژیک در گردن دارند ثابت شده است که میزان بقاء بیمار حدود ۵۰٪ کاهش می‌یابد. در حالیکه اگر بیماران تحت دایسکشن گردنی الکٹیو قرار گیرند از بروز متاستازهای قابل لمس گردنی جلوگیری کرده و عود گردنی کاهش و میزان بقای بیمار افزایش خواهد یافت. هدف از این بررسی تعیین شیوع متاستاز گردنی میکروسکوپی بر حسب مرحله T تومور اولیه در مناطق مختلف سروگردن، تعیین ارتباط آماری بین مرحله T و متاستاز مخفی در غدد لنفاوی گردنی N₀ بالینی، و تعیین میزان شیوع مرحله T تومور در قسمتهای مختلف سروگردن می‌باشد.

تمایل به گسترش به گره‌های لنفاوی بر حسب فاکتورهای متعددی مانند هیستولوژی تومور، طبقه‌بندی T، و محل تومور اولیه متفاوت می‌باشد. برای مثال اگر در هیستولوژی گسترش دور عصب وجود داشته باشد احتمال متاستاز گردنی بیشتر است. بطور

کانسرهای سروگردن جزء بیماریهایی هستند که باعث اختلالات عملکردی، مشکلات زیبایی، و ضررهای اقتصادی و اجتماعی برای بیماران می‌گردند. متاستاز کانسرهای راه هوایی و غذایی فوقانی به غدد لنفاوی گردن یک نگرانی و مشکل عمده در درمان و کنترل این بیماری می‌باشد. بیش از ۹۰٪ کانسرهای سروگردن از نوع کارسینوم سلول سنگفرشی بوده و خطر متاستاز گردنی تحت تاثیر عواملی مانند محل اولیه تومور، اندازه تومور، عمق گسترش تومور، خصوصیات هیستولوژیک تومور، و الگوی درناژ لنفاوی ناحیه می‌باشد. احتمال وجود متاستاز گردنی غیر بالینی یک نگرانی مهم در روند درمانی بوده و یکی از منطق‌های جراحی گردن در کارسینوم سلول سنگفرشی سرو گردن مشخص کردن متاستازهای مخفی و در واقع تعیین بیمارانی است که از احتمال عود گردنی بالاتری برخوردار بوده و ضمناً کنترل بیماری گردن می‌باشد. قبلاً چنین تصور می‌شد که تشریح گردنی انتخابی فقط یک اقدام جهت مرحله‌بندی تومور می‌باشد ولی اکنون ثابت شده است که این کار دارای فوایدی از نظر میزان بقا برای بیمارانی

داشتند. دامنه سنی افراد مبتلا از ۲۳ سال تا ۸۲ سال بود در بین بیماران فقط ۶ نفر زیر ۴۰ سال بودند که تمامی این افراد مبتلا به SCC زبان بودند.

از این ۱۹۶ مورد تعداد ۳۱ (۱۵/۸٪) بیمار اندیکاسیون تشریح انتخابی گردن نداشتند (به دلیل اینکه تومور اولیه در ناحیه لب یا کام سخت یا گلویت بود و یا پاتولوژی وروکوز بود) و ۱۶۵ (۸۴/۲٪) بیمار اندیکاسیون END داشتند. از این ۱۶۵ بیمار ۵۴ مورد بدون توجه و دلیل علمی تحت END قرار نگرفته بودند و فقط ۱۱۱ مورد END شده بودند. از این ۱۱۱ بیمار ۳۷ بیمار (۳۳/۳٪) دارای متاستاز مخفی PN+ (pathologie N+) بودند.

با توجه به اینکه در برخی موارد هر دو طرف گردن در یک بیمار تحت END قرار گرفته بود (به دلیل محل اولیه تومور) لذا مجموعاً ۱۶۳ عمل END انجام گرفته است که از این تعداد ۴۵ مورد (۲۷/۶٪) PN+ بودند.

لازم به ذکر است که در مورد کانسره‌های حفره دهان نواحی لنگاتیکی I و II و III برداشته شده بود که در مورد زبان ناحیه IV نیز اضافه شده بود و در کانسره‌ها سوپر اگلوت و ترانس گلویت نواحی II و III و IV برداشته شده بود.

تعداد لنگ نودهایی که از هر طرف گردن خارج شده بود از ۱ تا ۱۵ عدد متغیر بود. تعداد غدد لنفاوی که دارای متاستاز میکروسکوپی (مخفی) بودند در هر طرف از ۱ تا ۱۲ عدد متغیر بود. در ۲۷ مورد (۶۰٪) گردن PN+ تعداد لنگ نوده‌های حاوی متاستاز مخفی بیش از یک عدد بود.

از ۲۳۸ مورد کانسر بستری شده ۷۵ مورد (۳۱/۵٪) در حفره دهان و ۱۲۰ مورد (۵۰/۴٪) در حنجره و ۴۳ مورد (۱۸/۱٪) در هیپوفارنکس بود. SCC اوروفارنکس که تحت جراحی قرار گرفته باشد در زمان مورد مطالعه وجود نداشت. ضمناً SCC هیپوفارنکس نیز در بخش ENT وجود نداشت و از بیماران عمل شده بخش جراحی عمومی استفاده شده است.

از بین کانسره‌های حفره دهان ۱۲٪ در مرحله T₁، ۵۳٪ در مرحله T₂، ۲۷٪ در مرحله T₃ و ۸٪ در مرحله T₄ مراجعه کرده بودند.

از بین کانسره‌های سوپراگلوت، ۳٪ در مرحله T₁، ۵۲٪ در مرحله T₂، ۳۳٪ در مرحله T₃ و ۱۲٪ در مرحله T₄ مراجعه کرده بودند.

از بین کانسره‌های گلویت، ۴٪ در مرحله T₁، ۴۶٪ در مرحله T₂، ۳۸٪ در مرحله T₃ و ۱۲٪ در مرحله T₄ مراجعه کرده بودند.

متاستاز مخفی در کارسینوم سلول سنگفرشی حفره دهان در ۶/۲۴٪ موارد، در حنجره ۴۴/۷٪ موارد و در هیپوفارنکس ۴۲٪ موارد وجود داشت.

مقایسه ارتباط مرحله T تومور با وضعیت هیستوپاتولوژیک لنگ نوده‌های گردنی در گردنهای N0 بالینی در کل کارسینومهای سلول سنگفرشی که END شده‌اند و نیز در کارسینومهای سلول سنگفرشی حفره دهان، سوپراگلوت و ترانس گلویت، به ترتیب در جدول ۱ آورده شده است.

کلی هر چه طبقه‌بندی T بالاتر باشد میزان متاستاز گردنی بیشتر است. نواحی خاصی با میزان متاستاز گردنی بالاتری همراهند مانند زبان، کف دهان، سینوس پیرفورم و سوپر اگلوت. در حالیکه برخی مناطق مانند مخاط بوکال، لب، و حفره بینی با متاستاز گردنی کمتری همراهند. گرچه تفاوت‌های آناتومیک درناژ لنفاوی این مناطق بخشی از این تفاوت در میزان متاستاز را توجیه می‌کند، ولی تفاوت‌های ذاتی در رفتار بیولوژیک تومورها نیز در این میان نقش دارند. بنابراین اندیکاسیون تشریح گردن نه تنها به وجود گره‌های قابل لمس بستگی دارد بلکه به فاکتورهایی که خطر متاستاز مخفی را بیشتر می‌کند مانند اندازه تومور و خصوصیات تومور اولیه نیز وابسته است.

مواد و روش‌ها

مطالعه بصورت مقطعی - توصیفی از روی پرونده‌های بیمارستانی بیماران با تشخیص کارسینوم سلول سنگفرشی راه هوایی - غذایی فوقانی صورت گرفته است. مکان مطالعه بخش گوش و حلق و بینی و بخش جراحی عمومی بیمارستان امیر اعلم و زمان مطالعه از شهریور ۱۳۷۹ لغایت شهریور ۱۳۸۴ (پنج سال) می‌باشد. متغیرهای مورد بررسی شامل سن، محل اولیه تومور، مرحله T، وضعیت گردن (N0 یا N+) بالینی، گزارش پاتولوژی محتویات گردنی از نظر وجود متاستاز میکروسکوپی، تعداد لنگ نوده‌های حاوی متاستاز میکروسکوپی، بوده است. در مورد کارسینومهای هیپوفارنکس از پرونده‌های بخش جراحی عمومی استفاده شده است زیرا در بخش ENT کارسینومهای هیپوفارنکس تحت جراحی قرار نمی‌گیرند. مرحله‌بندی T تومور اولیه از روی شرح حال و شرح عمل‌ها استخراج شده است که در مورد کارسینومهای هیپوفارنکس بدلیل ناقص بودن شرح حال‌ها امکان تعیین دقیق T تومور وجود نداشت و لذا این امر در کارسینومهای سلول سنگفرشی هیپوفارنکس انجام نشد. نوع جراحی گردن از نظر نوع تشریح گردنی از روی شرح عمل‌ها استخراج شده است: وضعیت گردنی از نظر N+ بالینی یا N0 بالینی از روی شرح حال و یا شرح عمل تعیین شده است. مواردیکه لنگ نود قابل لمس و یا قابل رویت در CT اسکن گردن وجود داشت بعنوان N+ بالینی محسوب شده است. درگزارش پاتولوژی در صورتیکه متاستاز میکروسکوپی ذکر شده باشد بعنوان pathologic N+ در نظر گرفته شده است. ارتباط بین مرحله T و وضعیت لنگ نوده‌های گردنی از نظر وجود متاستاز مخفی تحت آنالیز آماری با تست chi-square قرار گرفته و تحلیل شده است. نتایج بصورت جداول در بخش نتایج آورده شده است.

یافته‌ها

تعداد کل کارسینومهای سلول سنگفرشی سروگردن که در بیمارستان امیر اعلم از سال ۷۹ لغایت ۸۴ بستری و تحت جراحی قرار گرفته بودند ۲۳۸ مورد بود. از این تعداد ۱۹۶ مورد گردن N0

جدول ۱: ارتباط مرحله T تومور با وضعیت هیستوپاتولوژیک لنف نودهای گردنی در گردنهای N0 بالینی در کارسینومهای سلول سنگفرشی که END شده‌اند:

T	دهان			حنجره			کل کارسینومهای سلول سنگفرشی		
	pN	-	+	pN	-	+	pN	-	+
T ₁	۱(۱۲/۵)	۷	۸	-	-	-	۱(۱۲/۵)	۷	۸
T _۲	۷(۲۰)	۲۸	۳۵	۳(۱۷/۶)	۱۴	۱۷	۱۰(۱۹/۲)	۴۲	۵۲
T _۳	۷(۳۸/۹)×	۱۱	۱۸	۱۴(۶۶/۶)×	۷	۲۱	۲۱(۵۳/۸)×	۱۸	۳۹
T _۴	۱۵(۲۴/۶)	۴۶	۶۱	۱۷(۴۴/۷)	۲۱	۳۸	۳۲(۳۲/۳)	۶۷	۹۹
جمع	p=۰/۲۲۲			p=۰/۰۰۲			p<۰/۰۱		

×به علت کم بودن نمونه و معتبر نبودن آزمون کای دو برای چهار حالت، T_۳ و T_۴ در این حالت، یکی در نظر گرفته شده است.

بحث

اطلاعات موجود حاکی از موثر بودن تشریح انتخابی گردن^۱ در کنترل متاستاز ناحیه‌ای در کارسینومهای راه‌هوایی - غذایی فوقانی می‌باشد(۱). در SND نوع سوپرااموئید Byers میزان عود رژیونال را برای ۱۵۴ بیمار با pN0 حدود ۵/۸٪ گزارش کرده است(۲). در یک مطالعه دیگر Medina and Byers میزان عود گردنی را در بیماران با pN0 ۵٪ و در افرادی که یک لنف نود منفرد بدون گسترش خارج کپسولی وجود داش حدود ۱۰٪ و زمانی که لنف نودهای متعدد درگیر بود یا گسترش خارج کپسولی وجود داشت ۲۴٪ گزارش کردند(۳).

در بیمارانی که تحت SND نوع لاترال قرار گرفته بودند Byers میزان عود گردنی را در بیماران pN0 حدود ۳/۹٪ و در بیماران با pN+ حدود ۷/۳٪ گزارش کرده است.

اطلاعاتی که بیانگر میزان نسبتاً کم عودگردنی در بیماران با بیماری گردنی clinical N0 می‌باشد از موثر بودن SND در مبتلایان به کارسینوم راه‌هوایی - غذایی فوقانی حمایت می‌کند(۴). کشف کردن متاستاز مخفی یک فاکتور مهم برای مرحله‌بندی و پروگنوز می‌باشد و بویژه برای تعیین لزوم روشهای درمانی کمکی (adjuvant) لازم و مفید است. بسیاری از مطالعات از این نظریه که تشریح گردنی انتخابی در مقایسه با روش «انتظار کشیدن برای ایجاد متاستاز» سبب افزایش میزان بقای بیمار می‌شود حمایت می‌کنند(۵).

SND سبب بدست آوردن اطلاعات ارزشمند در مورد مرحله‌بندی تومور در گردن N0 بالینی شده و اجازه و امکان درمان زودتر و بموقع متاستاز مخفی گردنی را می‌دهد که در غیر اینصورت سبب بدتر شدن عاقبت بیماری می‌شده است.

گسترش خارج کپسولی و درگیری متعدد لنف نودها با میزان عود گردنی مطابقت دارد. اثرات منفی این دو حالت بر روی عاقبت بیماری قبلاً ثابت شده است(۶). وجود گسترش خارج کپسولی و یا لنف نودهای متعدد حاوی متاستاز مخفی اندیکاسیون برای انجام رادیاسیون گردنی بعد از عمل می‌باشد.

اخیراً توسط برخی جراحان موثر بودن SND برای گردن مثبت بالینی (clinical N+) اثبات شده است(۷و۹). در سال ۲۰۰۲ Andersen و همکارانش بصورت گذشته‌نگر ۱۰۶ بیمار را که

گردن مثبت بالینی (cN+) داشته‌اند و در پاتولوژی نیز متاستاز داشته‌اند و تحت SND قرار گرفته بودند تحت بررسی قرار داد. مدت پیگیری حداقل ۲ سال بود. از کل این بیمار ۹ مورد عود گردنی پیدا کرده بود و میزان کنترل ناحیه ای ۹۴/۳٪ بود(۱۰). Cummings نتیجه گرفته است که چنین نتایجی از استفاده از SND برای بیماران با گردن clinical N+ بخوبی انتخاب شده حمایت می‌کند. میزان کنترل ناحیه ای مشابه می‌تواند در عمل SND در مقایسه با RND و یا MRND در بیمارانی که بخوبی انتخاب شده باشند بدست آید. فایده اصلی استفاده از SND در گردنهای مثبت بالینی این است که زمان جراحی کوتاه می‌شود و میزان موربیدیتیه بویژه اختلال عملکرد شانه کمتر می‌شود(۴).

در بیمارانی که قبلاً توسط رادیوتراپی یا سایر انواع جراحی گردن درمان شده‌اند اکثر جراحان برای انجام جراحی نجات بخش گردنی از تشریح گردنی که کل ۵ ناحیه لنفاًیکی را در بر می‌گیرد استفاده می‌کنند. بهر حال اطلاعاتی وجود دارد که از انجام SND بعنوان بخشی از درمان طرح‌ریزی شده برای بیماری گردنی حجیم عود کرده در مواردیکه محل اولیه تومور و لنف نودهای گردن قبلاً با رادیاسیون یا کمورادیاسیون درمان شده است، حمایت می‌کند. بنابراین در آینده ممکن است SND یک نقش اصلی‌تر و قطعی‌تر در درمان بیماران با لنف نودهای گردنی عود کرده بزرگ و حجیم در کانسره‌های سروگردن که قبلاً توسط روشهای غیر جراحی درمان شده‌اند داشته باشد(۳).

در بررسی ما اکثر کارسینوم های سلول سنگفرشی راه هوایی - غذایی فوقانی در مرحله T₂ مراجعه کرده‌اند که این یافته با منابع مطابقت دارد. مراحل T₁ و T₄ کمتر بوده است چرا که در مرحله T₁ معمولاً بیماری به حدی نرسیده است که سبب مراجعه بیمار شود و نیز برخی افراد تحت درمانهای غیر صحیح و علامتی قرار می‌گیرند. در مرحله T₄ نیز تعداد کمی از بیماران قرار می‌گیرد زیرا بیماری قبل از رسیدن به این مرحله اختلالات عملکردی یا زیبایی زیادی ایجاد می‌کند و معمولاً بیماران زودتر از مرحله T₄ مراجعه می‌کنند. از نظر شیوع جنسی در مطالعه ما شیوع جنسی کارسینوم های سلول سنگفرشی دهان در مرد و زن تقریباً یکسان می‌باشد. در منابع شیوع کانسره‌های دهان در مردان اندکی بالاتر از

کانسرهای سوپراگلوت و ترانس گلوت تاکید می‌کند. در کل کارسینوم های سلول سنگفرشی سروگردن بررسی شده نیز رابطه بین مرحله T و متاستاز مخفی با p-value کمتر از ۰/۰۱ معنی‌دار شده است و این نشان می‌دهد که در SCC سروگردن با افزایش T تومور احتمال متاستاز میکروسکوپی افزایش می‌یابد. در کارسینوم های سلول سنگفرشی هیپوفارنکس چون به علت نقص پرونده‌ها امکان مشخص کردن دقیق T تومور وجود نداشت لذا رابطه بین مرحله T و میزان متاستاز مخفی تعیین نشده است.

نتیجه‌گیری

در کارسینوم های سلول سنگفرشی راه هوایی - غذایی فوقانی در مواردی که احتمال متاستاز مخفی به لُف نودهای گردنی در گردن N0 بالینی ۲۰٪ و یا بیشتر باشد، و ضمناً درمان اصلی تومور اولیه جراحی باشد، انجام تشریح انتقالی گردن (Elective Neck Dissection) توصیه می‌شود. تشریح انتقالی گردن از نظر مرحله‌بندی لُف نودهای گردنی جهت وجود متاستاز میکروسکوپی و در نتیجه مشخص کردن افرادی که نیاز به درمانهای کمکی بعد از عمل گردن دارند لازم است. همچنین تشریح انتقالی گردن سبب کاهش عودگردنی در گردن N0 بالینی می‌شود. گسترش خارج کپسولی و یا درگیری میکروسکوپی لُف نودهای متعدد با عود گردنی ارتباط دارد. این پارامترها باید بعنوان مارکرهای تهاجمی‌تر بودن بیولوژیک تومور در نظر گرفته شوند و جهت مشخص کردن بیماران با خطر بالای عود گردنی می‌توانند استفاده گردند. بیمارانی که یکی از ایندو پارامتر را داشته باشند باید تحت رادیوتراپی بعد از عمل گردن قرار گیرند.

پیشنهادهات

- ۱- در تمام کانسرهای سروگردن انجام CT scan گردن ضروری است (۱). زیرا وجود لُف نود قابل رویت در CT scan نوعی از Clinical N+ محسوب می‌شود همچنین وضعیت گردن سمت مقابل را نیز مشخص می‌کند. در صورتیکه CT اسکن انجام نشود ممکن است مرحله بندی گردن کمتر از حالت واقعی تخمین زده شود و این در برنامه درمانی تاثیر منفی داشته باشد. لذا پیشنهاد می‌شود که در کانسرهای سروگردن CT scan گردنی با کنتراست ویدی انجام شود. در تمام منابع نیز بر این نکته تاکید شده است.
- ۲- در تمام کانسرهای ترانس گلوت حنجره نحوه برخورد با گردن همانند کانسرهای سوپراگلوت باید باشد یعنی در موارد cN0 بصورت دو طرفه تشریح انتقالی گردن لازم است.
- ۳- در گزارش پاتولوژی محتویات تشریح گردنی، گسترش اکستراکپسولار تومور (در صورت وجود) ذکر شود. زیرا در برنامه درمانی گردن این یافته نقش دارد و جزء اندیکاسیونهای رادیوتراپی بعد از عمل گردن می‌باشد.

زنان است (۶۰٪ مردان) که این اختلاف معنی‌دار نمی‌باشد. شیوع کارسینوم های سلول سنگفرشی حنجره در مردان بسیار بالاتر از زنان در مطالعه ما بوده است که این بدلیل استفاده بیشتر از سیگار در مردان نسبت به زنان در جامعه ما می‌باشد. البته در منابع غربی میزان کانسرهای حنجره در زنان رو به افزایش است که به علت مصرف بیشتر سیگار در زنان غربی نسبت به زنان جامعه ما می‌باشد. البته لازم به ذکر است که در جوامع پیشرفته غربی میزان کلی بروز کانسرهای حنجره در حال کاهش است که این به دلیل اقدامات کنترل کننده و محدود کننده مصرف سیگار و افزایش آگاهی عمومی از خطرات آن می‌باشد. در مطالعه ما کارسینوم های سلول سنگفرشی اروفارنکس وجود نداشت. گرچه درمان جراحی کارسینوم های سلول سنگفرشی اروفارنکس در فیلد جراحی سروگردن و گوش و حلق و بینی می‌باشد ولی از این امر چنین نتیجه می‌گیریم که موارد کارسینوم های سلول سنگفرشی اروفارنکس بعد از تشخیص قطعی و یا کاهش حجم تومور جهت درمان اصلی و قطعی به رادیوتراپی معرفی شده‌اند و لذا گردن N0 بالینی آنها نیز مانند محل اولیه تومور با رادیاسیون کنترل شده است. در مورد کارسینوم های سلول سنگفرشی هیپوفارنکس نیز چون معمولاً در مراحل پیشرفته و با گسترش مروی مراجعه می‌کنند لذا توسط همکاران جراحی عمومی و توراکیس (بدلیل نیاز به gastric pull up) درمان شده‌اند. البته لازم به ذکر است که شیوع کارسینوم های سلول سنگفرشی اروفارنکس و هیپوفارنکس نسبت به سایر نواحی سروگردن کمتر می‌باشد. در مورد کارسینوم های نازوفارنکس نیز چون درمان انتخابی محل اولیه رادیاسیون می‌باشد لذا گردن N0 این بیماران نیز با رادیوتراپی کنترل می‌شود و جزء موارد بررسی ما نمی‌باشد.

در بررسی ما میزان متاستاز میکروسکوپی (pN+) با افزایش مرحله T تومور بیشتر می‌شود که این رابطه در تمام نواحی آناتومیک حفره دهان، حنجره و نیز در کل تومورهای سروگردن وجود دارد. در حفره دهان با p برابر ۰/۰۶ این رابطه بصورت حاشیه‌ای معنی‌دار شده است و این بدان معنی است که متوسط مرحله T در کسانی که درگیری میکروسکوپی لُف نود داشته‌اند بیشتر از کسانی است که درگیری میکروسکوپی لُف نود نداشته‌اند. معنی‌دار بودن حاشیه‌ای از نظر آماری بدین معنا است که اگر تعداد موارد اندکی بیشتر باشد بصورت significant معنی‌دار خواهد شد. بهر حال طبق آنالیز آماری بین افزایش مرحله T و متاستاز مخفی در کارسینوم های سلول سنگفرشی حفره دهان ارتباط معنی‌دار وجود دارد.

در کارسینوم های سلول سنگفرشی سوپراگلوت و ترانس گلوت رابطه بین مرحله T و متاستاز مخفی با P-value برابر با ۰/۰۰۲ بصورت بارز معنی‌دار شده است. این بدان معنی است که با افزایش مرحله T تومور میزان متاستاز میکروسکوپی در لُف نودهای گردن N0 افزایش می‌یابد و بر لزوم انجام END در

References

1. Sefik Hosal A, Ricardo L. Selective neck dissection in the management of the clinically N0 negative neck, *Laryngoscope* 2000; **110**: 2037-2040.
2. Chepeha DB. selective neck dissection for the treatment of neck metastasis from squamous cell carcinoma of the head and neck, *Laryngoscops* 2002; **112**: 434.
3. Medina JE, Byers RM. Supraomohyoid neck dissection: rationale, indications and surgical technique, *Head Neck Surg*, 1989; **11**: 111.
4. Cummings CW. *Otolaryngology Head and Neck Surgery*. 4th edition, USA, Mosby, 2005: chp 70, 73, 76, 99, 116.
5. McGuirt WF, Johnson JT, Myers EN, Rothfield R, Wagner R. Floor of mouth carcinoma: the management of clinically negative neck, *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1995; **121**: 278-282.
6. Pitman KT, Johnson JT, Myers EN. Effectiveness of selective neck dissection for management of the clinically negative neck, *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; **123**: 917-922.
7. Ambrosch P. Efficacy of selective neck dissection: a review of 503 cases of elective and therapeutic treatment of the neck in squamous cell carcinoma of the upper aerodigestive tract, *Otolaryngol Head Neck Surg* 2001; **124**: 180.
8. Chepeha DB. selective neck dissection for the treatment of neck metastasis from squamous cell carcinoma of the head and neck, *Laryngoscops* 2002; **112**: 434.
9. Konsulov SS. selective neck dissection in treatment of N0de – positive neck cases, *Folia Med* 2001; **43**: 27.
10. Anderson PE. Results of selective neck dissection in management of the N0de-positive neck, *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; **128**: 1180.