РАК ПОЛОСТИ РТА: ЛИМФОДИСЕКЦИЯ ПРИ CNO И CN+**Ш.И. Мусин****ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет,
кафедра онкологии с курсами онкологии и патологической анатомии****Мусин Шамиль Исмагилович,**
аспирант кафедры онкологии с курсами
онкологии и патологической анатомии ИПО БГМУ,
450000, Россия, Республика Башкортостан,
г. Уфа, ул. Ленина, д. 3,
тел. 8 (347) 237-43-58,
e-mail: musin_shamil@mail.ru

Высокий риск регионарного метастазирования рака полости рта требует особой тактики ведения пациентов данного контингента. Шейная лимфодиссекция - это возможность провести адекватную оценку распространенности опухолевого процесса по критерию N и также превентивное/лечебное воздействие на пути лимфооттока. В исследовании проанализированы результаты лечения 33 пациентов раком полости рта. Все пациенты перенесли операцию на первичной опухоли и путях лимфооттока. При cN0 было выполнено 25 лимфодиссекций и гистологически выявлены метастазы у 6 пациентов, при cN+ выполнено 8 лимфодиссекций. При раке полости рта cN0 и cN+ показана лимфодиссекция I-IV уровней.

Ключевые слова: рак полости рта, метастазы, лимфатические узлы, лимфодиссекция, шея.

ORAL CANCER: LYMPHO DISSECTION AT CNO AND CN+**Sh.I. Musin****Bashkir State Medical University, Department of Oncology with courses of oncology and pathological anatomy**

High risk of regional metastasis of oral cancer requires special tactics keeping this cohort of patients. Neck dissection is an opportunity to conduct an adequate assessment of tumor process by N and also preventive / therapeutic effect on lymph flow path. In the study the results of treatment of 33 patients with oral cancer were analyzed. All patients underwent surgery for primary tumor and lymph drainage pathways. When cN0 25 lymphadenectomy was performed and histologically identified metastases in 6 patients with cN + passed 8 lymphadenectomy. In cancer of the oral cavity with cN+ and cN0 the dissection of levels I-IV is shown.

Keywords: oral cancer, metastasis, lymph nodes, lymph node dissection, neck.

Введение

Метастатическое поражение лимфатических узлов шеи при плоскоклеточном раке полости рта является одним из наиболее важных прогностических критериев. В группе пациентов с метастазами в лимфатические узлы выживаемость снижена на 50 % [2,3]. Область головы и шеи имеет сложное анатомическое строение и включает в себя большое количество лимфатических узлов. Соответственно эта зона имеет интенсивную и сложную схему оттока лимфы, что отчасти объясняет высокий потенциал ПРГШ к метастазированию в регионарные лимфатические узлы [4,6]. Частота регионарного метастазирования при раке полости рта достигает 40-80%. Клиническое исследование лимфоузлов шеи, использование методов визуализации, возможность

проведения тонкоигольной аспирационной биопсии лимфатических узлов шеи не позволяет достоверно выявить субклинические метастазы. Частота клинически «скрытых» метастазов варьирует от 20 до 40% [5]. Данные исследований демонстрируют негативное влияние «скрытых» метастазов на прогноз заболевания, как и при клинических метастазах [8].

Лимфодиссекция (ЛД) - процедура, позволяющая не только наиболее точно определить распространенность опухолевого процесса по критерию N, но и превентивно/лечебно воздействовать на зону регионарного метастазирования. Только активное ведение зон регионарного метастазирования позволяет улучшить результаты лечения больных раком полости рта. При этом остается много вопросов по поводу объемов удаляемых уровней лимфати-

ческих узлов шеи. Сторонники селективной лимфодиссекции (СЛД), при которой удаляются уровни лимфоузлов, подверженных высокому риску метастазирования в первую очередь, считают ее достаточной при cN0 [3]. Селективная лимфодиссекция отдельных групп лимфатических узлов призвана сократить послеоперационные осложнения, быть более функциональными в сравнении с радикальными вариантами шейной лимфодиссекции. По данным Schiff BA селективная шейная лимфодиссекция достаточна при лечении многих пациентов раком полости рта с критерием N+[7]. Основным аргументом сторонников радикальных лимфодиссекций является адекватность удаляемых уровней ЛУ для обеспечения онкологического контроля, которые исключают развитие метастазов в неудаленных группах лимфоузлов. По данным исследования Романова, больным раком слизистой оболочки полости рта как при cN+, так и при cN0 рекомендуется радикальная шейная диссекция с удалением всех лимфатических узлов шеи I-V уровней [1].

Цель исследования

Оценить результаты лимфодиссекций у пациентов ПРГШ с клинически N0 и N+, селективных и радикальных лимфодиссекций.

Материалы и методы

В исследование было включено 33 пациента в отделении «опухоли головы и шеи» ГБУЗ РКОД МЗ РБ г. Уфа в период с 2007 по 2011 гг., перенесших хирургическое лечение первичного очага и шейную лимфодиссекцию. У всех пациентов морфологически верифицирован плоскоклеточный рак разной степени дифференцировки. Пациенты, ранее получавшие химиолучевое лечение, химиотерапевтическое, хирургическое лечение, с отдаленными метастазами были исключены. Возраст пациентов составил 31-72 года (средний возраст - 55,3лет). 84,8% (n=28) пациентов были мужчины. Общее состояние по ECOG соответствовало 0-1 балл. С целью оценки распространенности процесса проведен клинический осмотр, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, УЗИ лимфатических узлов шеи, компьютерная томография области головы и шеи. Лимфатические узлы более 10 мм округлой формы предполагались метастатическими. Гистологическое исследование послеоперационных материалов проводилось в патологоанатомическом отделении ГБУЗ РКОД. Распределение больных по TN-классификации представлено в таблице 1.

Таблица 1

TN-классификация пациентов

	N0	N1	N2	N3	ВСЕГО
T1	-	-	-	-	-
T2	4	-	1	-	5
T3	20	5	1	-	26
T4	1	1	-	-	2
ВСЕГО	25	6	2	-	33

Результаты и обсуждение

Всего было выполнено 33 шейные лимфодиссекции на стороне поражения. Клиническая распространенность по критерию N определена в 25 случаях cN0 и в 8 случаях - cN+. Проведенные виды лимфодиссекций представлены в таблице 2.

Таблица 2

Варианты шейных лимфодиссекций

Вариант ЛД	Количество
СЛД Селективная ЛД(I)	33,3%(n=11)
Селективная ЛД(I-III)	24,2%(n=8)
РЛД Радикальная модифицированная ЛД(I-V)	36,4%(n=12)
Радикальная ЛД(I-V)	6,1%(n=2)
ВСЕГО	100%(n=33)

ЛД-лимфодиссекция, СЛД- селективная лимфодиссекция, РЛД-радикальная лимфодиссекция

В общей сложности было проведено 33 операции на первичном очаге и шейной лимфодиссекции больным раком полости рта. Опухоль располагалась строго по одну сторону от срединной линии, и все лимфодиссекции были выполнены на ипсилатеральной стороне.

Лимфодиссекция I уровня выполнена 33/33 пациентам. У 5 пациентов метастазы в ЛУ были подтверждены гистологически. 4 пациента имели стадию cN+, 1 пациент - cN0. В одном случае после операции стадия переклассифицирована как pT3N1.

Лимфодиссекция II уровня выполнена 22/33 пациентам. Метастазы в данном уровне гистологически подтверждены в 3 случаях. У 2 пациентов распространенность была cN+, у 1 пациента - cN0. В последнем случае послеоперационная классификация выглядела как pT2N1.

Диссекция лимфатических узлов III уровня выполнена 15/33 пациентам. Метастазы гистологически подтверждены в 5 случаях. У 2 пациентов - при cN+ и у 3 пациентов - при cN0. У 2 пациентов в последующем послеоперационная распространенность опухолевого процесса соответствовала pT3N1, у 1 пациента - pT2N1.

Метастазы в лимфатические узлы шеи при ЛД I уровня выявлены в 15,1%(5/33) случаев, II уровня - 13,6%(3/22), III уровня - 22,7%(5/22), IV уровня - 7,1%(1/14).

При ЛД, выполняемых при cN0 I уровня, метастазы в лимфоузлы выявлены в 4%(1/25), II уровня - 6,67%(1/15), III уровня - 20,0%(3/15), IV уровня - 11,1%(1/9), на V уровне не выявлены метастазы ни в одном случае (0/9).

Результаты ЛД при cN+ выглядели следующим образом. Метастазы при ЛД I уровня обнаружены в 50,0%(4/8), II уровня - 28,6%(2/7), III уровня - 28,6%(2/7), IV и V уровня метастазы в ЛУ не выявлены (0/5).

Таблица 3

Распределение метастазов в уровни ЛУ шеи

УРОВНИ ЛУ ШЕИ	cN0			cN+			ВСЕГО		
	ЛД, n	pN+	95% ДИ	ЛД, n	pN+	95% ДИ	ЛД, n	pN+	95% ДИ
I	25	1	4,0 (0,1 – 20,35)	8	4	50 (15,7 – 84,3)	33	5	15,15 (5,11 – 31,90)
II	15	1	6,67 (0,17-31,95)	7	2	28,57 (3,67 – 70,96)	22	3	13,64 (2,91 – 34,91)
III	15	3	20,0 (4,33 – 48,09)	7	2	28,57 (3,67 – 70,96)	22	5	22,73 (7,82 – 45,37)
IV	9	1	11,11(0,28 – 48,25)	5	-	0 (0 – 52,18)	14	1	7,14 (0,18 – 33,87)
V	9	-	0 (0 – 33,63)	5	-	0 (0 – 52,18)	14	-	0 (0 – 22,16)
ВСЕГО	25	6	24 (9,36 – 45,13)	8	8	100 (63,06 – 100)	33	14	42,42 (25,48 – 88,91)

ЛД - лимфодиссекция, pN+ - гистологически подтвержденные метастазы в ЛУ, ДИ- доверительный интервал

Частота поражения лимфоузлов шеи у первичных больных раком полости рта составила 42,4%. Активная хирургическая тактика ведения путей лимфооттока при раке полости рта не вызывает сомнений при столь высокой частоте регионарного метастазирования. При этом частота поражения различных уровней ЛУ шеи варьировала от 7,1% до 22,73%. Учитывая характер лимфооттока из полости рта, метастатическое поражение ЛУ шеи чаще всего наблюдается в III уровень - 22,7%, реже - в I и II уровень в 15,2% и 13,6%, IV уровень - в 7,1%. Селективные варианты ЛД позволяют сократить длительность оперативного вмешательства, снизить риски повреждения добавочного нерва, уменьшить риски послеоперационных кровотечений [9]. Возможные рецидивы метастазов в ЛУ, не удаленных при процедуре СЛД, ограничивают онкологические возможности последних и исключают их выполнение при раке полости рта. Риск метастазирования в IV уровень не допускает возможность выполнения СЛД I, I-III даже при cN0. Отсутствие метастазов в V уровень ЛУ шеи при раке полости рта позволит исключить его из объема выполняемой ЛД. Это даст возможность исключить повреждение добавочного нерва на уровне от середины грудино-ключично-сосцевидной мышцы до переднего края трапецевидной мышцы, также сократит длительность операции. Учитывая существующие риски метастазирования в ЛУ уровня I-IV, независимо от cN0 или cN+, превентивными и терапевтическими объемами лимфодиссекций является ЛД I-IV уровня.

Выводы

1. Отмечена высокая частота регионарного метастазирования при раке полости рта, которая достигает 42,2%.
2. Учитывая характер поражения уровней лимфатических узлов шеи, превентивными и лечебными вариантами лимфодиссекций при cN0 и cN+ является ЛД I-IV уровня.

Список литературы

1. Романов И., Галдиянц Р. Элективное лечение зон регионарного метастазирования при раке языка // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. – 2009. - №2. - Прил. 1.- С.50.
2. Федотенко С.П., Жарков О.А. Послеоперационные осложнения и выживаемость у больных раком полости рта и ротоглотки, оперированных по поводу остаточной опухоли или рецидива после лучевой терапии // Опухоли головы и шеи. - 2011. - №1.- С. 31-36.
3. Ferlito A., Rinaldo A., Silver C.E. Elective and therapeutic selective neck dissection // Oral Oncology. – 2006. - Vol. 42(1). - P.14-25.
4. Forastiere A., Koch W., Trotti A., Sidransky D. Head and neck cancer// The New England Journal of Medicine. - 2001. - Vol. 345. - №26. - P. 1890–1900.
5. Ross G.L., Soutar D.S., MacDonald D.G., Shoaib T., Camilleri I.G., Robertson A.G.. Improved staging of cervical metastases in clinically node-negative patients with head and neck squamous cell carcinoma // Annals of Surgical Oncology. - 2004. - Vol. 11. - P.213–218.
6. Shah J.P., Candela F.C., Poddar A.K.. The patterns of cervical lymph node metastases from squamous carcinoma of the oral cavity // Cancer. - 1990. - Vol. 66. - P. 109–113.
7. Schiff B.A., Roberts D.B., El-Naggar A., Garden A.S., Myers J.N. Selective vs modified radical neck dissection and postoperative radiotherapy vs observation in the treatment of squamous cell carcinoma of the oral tongue // Arch Otolaryngol Head Neck Surg. - 2005. - Vol. 131. - №10. - P. 874-878.
8. Wenig B.L., Applebaum E.L. The submandibular triangle in squamous cell carcinoma of the larynx and hypopharynx // Laryngoscope. - 1991. - Vol. 101. - P. 516-518.
9. Woolgar J.A., Rogers S.N., Lowe D., Brown J.S., Vaughan E.D.. Cervical lymph node metastasis in oral cancer: the importance of even microscopic extracapsular spread // Oral Oncology. - 2003. - Vol. 39. - P. 130–137.