

Larenks ve Hipofarenks Kanserlerinde Preoperatif Kord ve Aritenoid Mobilitesinin Postoperatif Histopatolojik Tetkiklerle Değerlendirilmesi

The Evaluation of Preoperative Mobility of the Vocal Fold and Arytenoid with Postoperative Histopathologic Examinations in Carcinoma of the Larynx and Hypopharynx

Dr. Aziz TUNÇ*, Dr. Sedat ÖZTÜRKAN*, Dr. İsmail ÖZDEMİR*, Dr. Hüseyin KATILMIŞ*,
Dr. Ayşegül AKDER SARI**

*İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Kulak Burun Boğaz Kliniği

** İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Bölümü

ÖZET

Kord ve aritenoid hareketleri klinik olarak hareketli, fikse veya kısıtlı şeklinde tanımlanan 30 hasta çalışmaya alındı. Postoperatif larenks spesmeni subglottik, glottik ve supraglottik bölgelere ayrılarak formolinle fikse edildi ve patolojla birlikte değerlendirildi. Tiroaritenoid kas, posterior krikoaritenoid kas, krikoaritenoid eklem, paraglottik bölge, konus elastikus ve aritenoid kartilaj tutulumu araştırıldı.

Preoperatif kord ve aritenoid hareketi kısıtlı olanlarda tiroaritenoid kas tutulumu (2/6) %33.3, paraglottik bölge tutulumu (3/6) %50, aritenoid kartilaj tutulumu (1/6) %16.6 oranında olup konus elastikus, krikoaritenoid eklem ve posterior krikoaritenoid kas tutulumu yoktu. Preoperatif kord ve aritenoidi fikse olanlarda tiroaritenoid kas tutulumu (9/19) %47.4, krikoaritenoid eklem tutulumu (8/19) %42.1, konus elastikus tutulumu (9/19) %47.4, posterior krikoaritenoid kas tutulumu (3/19) %15.8, paraglottik bölge tutulumu (13/19) %68.4, aritenoid kartilaj tutulumu (9/19) %47.4 oranında idi.

Paraglottik bölge, tiroaritenoid kas ve konus elastikus konservasyon cerrahisi açısından çok önemlidir. Aritenoid ve kord hareketlerindeki kısıtlılık ve fiksasyon genellikle tiroaritenoid kas ve paraglottik bölge tutulumu ile birlikte. Piriform sinüs tümörlerindeki kord ve aritenoid hareketlerindeki kısıtlılık veya fiksasyon tümör büyüklüğüne veya basısına bağlı olabilir.

Anahtar Kelimeler

Larenks kanseri, vokal kord, aritenoid, mobilite.

ABSTRACT

30 patients with laryngeal carcinomas evaluated for preoperative vocal fold and arytenoid movements were included into our study. The movements of vocal folds and arytenoids were defined clinically as mobile, fixed or limited. Postoperatively, the laryngeal specimens were divided into subglottic, glottic and supraglottic areas and fixed with formaldehit and evaluated with a pathologist. The involvement of thyroarytenoid muscle, posterior cricoarytenoid muscle, cricoarytenoid joint, paraglottic area, conus elasticus, arytenoid cartilage were investigated.

In cases with limited movement of vocal fold and arytenoid movements preoperatively, the rate of thyroarytenoid muscle involvement was 33.3% (2/6), the rates of paraglottic area and arytenoid cartilage involvement were 50% (3/6) and 16.6 (1/6), respectively. There was no involvement of cricoarytenoid joint, conus elasticus and posterior cricoarytenoid muscle. In cases with fixed preoperative vocal fold and arytenoid, the rate of thyroarytenoid muscle involvement was %47.4 (9/19), the rate of cricoarytenoid joint involvement was %42.1 (8/19). The rate of involvement in conus elasticus was %47.4 (9/19). The rate of involvement in posterior cricoarytenoid muscle was %15.8 (3/19). The rates of involvement in paraglottic area and arytenoid cartilage were %68.4 (13/19) and %47.4 (9/19) respectively.

The limitation and fixation in movements of arytenoid and vocal fold is usually associated with involvement of thyroarytenoid muscle and paraglottic area. The limited or fixed mobility of vocal fold and arytenoid in pyriform sinus tumors may be a result of the greater size and extension of the tumor.

Keywords

Larynx cancer, vocal fold, arytenoid, mobility.

Çalışmanın yapıldığı klinik(ler): İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi KBB Kliniği ve Patoloji Bölümü
Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: 04.01.2003 Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: 09.06.2004

Yazışma Adresi

Doç. Dr. Sedat ÖZTÜRKAN

12. Sokak, Baybaş Ap. No:92/3 35350 – Üçkuyular/İZMİR Tek: 0542/687 60 22 E-mail: seralbercan@yahoo.com

GİRİŞ

Konservasyon cerrahisinin en önemli prensibi tümörün topoğrafisinin ve yayılımının eksiksiz değerlendirilmesidir. Bu değerlendirme için larenks cerrahi anatomisinin ve tümörün biyolojik davranışının çok iyi bilinmesi, değerlendirmede endoskopi ve ileri görüntüleme yöntemlerinin kullanılması şarttır. Konservasyon cerrahisinden sonra elde edilen sağ kalım oranları istatistiksel olarak total larenjektomiden daha yüksektir (2).

Tümörün mukozal yayılımı ve vokal kord hareketinin gözlenmesi, tümörün larengeal boşluklara ve iskelete invazyon boyutunu doğru olarak belirler ve böylece gerekli rezeksiyon sınırını belirler (5).

Larenksin fonksiyon yapan bir aritenoid ünitesinin (aritenoid ve ona bağlı vokal kord, ventriküler bandın bir kısmı ve buna karşılık gelen subglottis) sağlam kalması halinde uygun rekonstrüksiyon ile konservasyon cerrahisi uygulanabilir (2).

Kord hareketinin glottik karsinom tarafından belirgin kısıtlanması veya fiksasyonunun gösterilmesi genellikle yaygın tiroaritenoid kas tutulumuyla ilişkilidir ve sıklıkla subglottik yayılım da bulunmaktadır. Seyrek olarak tümör, kordun üst yüzeyinden laterale doğru yayılımla kordu iç perikondriuma bağlayarak fikse eder veya hareketini sınırlar. Diğer vokal kord fiksasyon nedenleri arasında krikoaritenoid eklem invazyonu, rekürren sinirin veya posterior krikoaritenoid kasın tutulumu da sayılır. Bunlar yaygın larenks lezyonu ile birlikte bulunur ve böyle glottik karsinomlu hastalara parsiyel larenks cerrahisinin uygulanması düşünlmez (1,3). Aritenoid fiksasyonu yapan nedenler ise aritenoid bağli kasların infiltrasyonu, krikoaritenoid eklem tutulumu, n. rekürrens tümör ile infiltrasyondur (1).

Bu çalışmada larenks kanserlerinde preoperatif kord ve aritenoid hareketlerini, postoperatif histopatolojik tetkiklerle karşılaştırarak konservasyon cerrahisi endikasyonlarına ışık tutmak ve konservasyon cerrahisi oranlarının artmasına yardımcı olmak amaçlanmıştır.

YÖNTEM ve GEREÇLER

Çalışmaya total veya parsiyel larenjektomi yapılan 30 hasta alınmıştır. Preoperatif değerlendirmede indirekt ve direkt larengoskopi kullanıldı. Kord

ve aritenoid hareketleri klinik olarak hareketli, fikse ve kısıtlı şeklinde tanımlandı. Daha sonra operasyon materyali arka orta hattan (interaritenoid bölge) kesilerek tümör boyutu, yerleşim yeri ve tümörün T evrelemesi yapıldı. Larenks spesmeni subglottik, glottik ve supraglottik bölgelere ayrılarak formolinle fikse edildi ve patolojla birlikte değerlendirildi. Kord ve aritenoid hareketlerini etkileyen tiroaritenoid kas, posterior krikoaritenoid kas, krikoaritenoid eklem, paraglottik bölge, konus elastikus ve aritenoid kartilaj tutulumu histopatolojik olarak araştırıldı. Sonuçlar "Fischer exact testi" ile istatistiksel olarak değerlendirildi.

BULGULAR

Yaş dağılımı 35 ile 75 arasında olup, ortalama yaş 56.3 idi. Çalışmaya alınan 30 olgunun 1'i kadın, 29'u erkekti.

Klinik olarak vakalarımızın 10'u supraglottik (%33.3), 3'ü glottik (%10), 1'i subglottik (%3.3), 12'si transglottik (%40), 4'ü piriform sinüs (%13.3) tümörü idi.

Vakalarımızın 27'si skuamöz hücreli karsinom, 1'i bazaloid tipte skuamöz hücreli karsinom, 1'i verüköz karsinom, 1'i mucoepidermoid karsinomdu.

Olguların 24'üne total larenjektomi, 2'sine kordektomi, 2'sine krikohyoidopeksi, 1'ine vertikal hemilarenjektomi, 1'ine horizontovertikal larenjektomi operasyonu yapıldı.

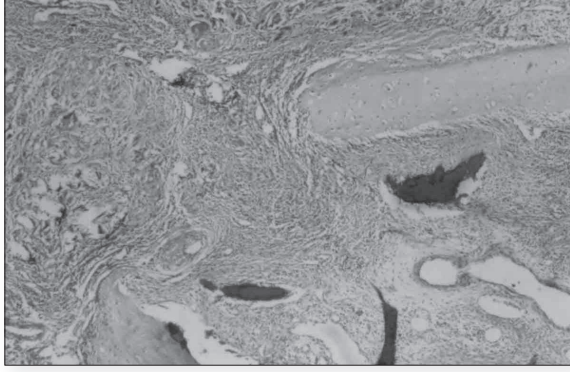
Preoperatif kord ve aritenoid hareketi kısıtlı olanlarda tiroaritenoid kas tutulumu (2/6) %33, fikse olanlarda (9/19) %47.4 di ($p=0,661>0,05$).

Preoperatif kord ve aritenoid hareketleri kısıtlı olan 6 olguda krikoaritenoid eklem tutulumu yoktu. Preoperatif kord ve aritenoidi fikse olanlarda krikoaritenoid eklem tutulumu (8/19) %42.1 oranındaydı ($p=0,129>0,05$) (Resim 1).

Kord ve aritenoid hareketi kısıtlı olanlarda konus elastikus tutulumu yoktu, fikse olanlarda ise konus elastikus tutulumu (9/19) %47.4 idi ($p=0,057>0,05$).

Preoperatif kord ve aritenoid hareketi kısıtlı vakalarda posterior krikoaritenoid kas tutulumu hiç yokken, fikse olanlarda (3/19) %15.8 oranında posterior krikoaritenoid kas tutulumu vardı ($p=0,554>0,05$).

Kord ve aritenoid hareketi kısıtlı olanlarda paraglottik bölge tutulumu (3/6) %50, fikse olanlarda (13/19) %68.4 idi ($p=0,630>0,05$).



Resim 1. Krikoaritenoid eklem tutulumu

Preoperatif kord ve aritenoid hareketi kısıtlı olanlarda aritenoid kartilaj tutulumu (1/6) %16,6, fikse olanlarda (9/19) %47.4 oranındaydı ($p=0,345>0,05$).

Kord ve aritenoid hareketleri kısıtlı ve/veya fikse olarak değerlendirilen vakaların (16/25) %64 ünde paraglottik bölge tutulumu vardı. Paraglottik bölgesi tutulu olan vakaların (11/16) %68.7 sinde tiroaritenoid kas tutulumu, (9/16) %56.2'sinde de konus elastikus tutulumu vardı.

Piriform sinüs olgularımızın kord ve aritenoid hareketlerindeki kısıtlılık veya fiksasyonun nedeni (3/4) %75'inde tümör büyüklüğüne ve basısına, olguların (1/4) %25'inde ise tiroaritenoid kas, paraglottik bölge, krikoaritenoid eklem tutulumuna bağlıydı.

TARTIŞMA

Kirchner'e göre larenjektomi spesmenleri incelendiğinde görülür ki glottik seviyenin alt ve üstünde yer alan tümör, ventrikülü çaprazlayarak değil onu çevreleyerek buraya gelmiş olabilir, bu durumda da ventrikülün arkasında veya aritenoid kartilaj üzerinde görülebilen tümör varlığı vokal kord hareketi kısıtlı olsun veya olmasın konvansiyonel sup-

raglottik larenjektomi için kontrendikasyon oluşturur (6).

Tümör, krikoaritenoid kasları ve vokal kordu tutmaksızın kitle etkisiyle aritenoidi fikse edebilir. Kord mobilse, paraglottik mesafe, krikoaritenoid posterior ve lateral adale tutulumu yoksa ve kitle basısına bağlı aritenoid fiksasyonu varsa parsiyel cerrahinin kontrendike olmadığı bildirilmektedir (4).

Inferior paraglottik boşluk glottik kanser için yayılım yolunu göstermektedir. Yayılım derecesi ile ilgili olarak vokal kord ve/veya aritenoid mobilitesinde zayıflama da önemli rol oynamaktadır (9).

Paraglottik bölgenin topografik bilgileri tam olarak bilinirse tipik semptomlar, tümör yayılımının yönü, hipofarenkse doğru yayılım, anterior ekstralarengal dokuların içine yayılım, tiroid kartilajın tutulum, larengal kasların infiltrasyonuna bağlı vokal kord hareketlerine zarar verme ve krikoaritenoid eklem immobilizasyonu açıklanabilir (8).

Aritenoid ve kord hareketlerindeki kısıtlılık ve fiksasyon genellikle tiroaritenoid kas ve paraglottik bölge tutulumu ile birliktedir. Paraglottik bölge konservasyon cerrahisi açısından çok önemlidir. Çünkü bu bölge tutulduğu zaman genellikle tiroaritenoid kas ve konus elastikus da tutulmakta ve bu da konservasyon cerrahisi açısından çok önemli olmaktadır. Zaten Kirchner, aritenoid ve kord fiksasyonunun sıklıkla tiroaritenoid adale ve paraglottik bölgenin tutulumu ile birlikte olduğunu bildirmektedir (7).

Piriform sinüs tümörlerindeki kord ve aritenoid hareketlerindeki kısıtlılık veya fiksasyon tümör büyüklüğüne veya basısına bağlı olabilir. Bu da piriform sinüs tümörlerinde cerrahi uygulanırken önemle göz önünde bulundurulması gereken bir noktadır.

KAYNAKLAR

1. Başarer N. İleri evre larenks kanserinde genişletilmiş parsiyel larenjektomi "Cevanşir Tekniği" . 1. Türk-İtalyan Larengoloji Kongresi Notları pp.98-104, 1997.
2. Başarer N. Parsiyel larenjektomi teknikleri. Türkiye Klinikleri KBB Dergisi 2002;2:14-24
3. Biller HF, Lawson W. Partial laryngectomy for vocal fold cancer with marked limitation or fixation of the vocal fold. Laryngoscope 96:61-64, 1986.
4. Brasnu D, Laccourreye H, Dulmet E, Jaubert F. Mobility of the vocal fold and the arytenoid in cancer of the larynx and the hypopharynx. Anatomico-clinical study. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac 105:435-41, 1988.
5. Buckley JG, Mackennan K. Cancer spread in the larynx: A pathologic basis for conservation surgery. Head Neck 22:265-274, 2000.
6. Kirchner JA. Glottic-supraglottic barrier: fact or fantasy? Ann Otol Rhinol Laryngol 106:700-4, 1997.
7. Kirchner JA.: Two hundred laryngeal cancers: patterns of growth and spread as seen in serial section. Laryngoscope 87:474-482, 1977.
8. Reidenbach MM. The paraglottic space and transglottic cancer: anatomical considerations. Clin Anat 9:244-51, 1996.
9. Rucci L, Gammarota L, Simonetti L, Cirri MB. TNM glottic: role of the vocal muscle, arytenoid cartilage, and inferior paraglottic space in impaired vocal fold mobility (T2). An embryological and clinical study. Ann Otol Rhinol Laryngol 107:1038-45, 1998.