

## ERKEN GLOTTİK TÜMÖRLER

### EARLY GLOTTIC CARCINOMA

**Dr. A. Ümit IŞIK (\*), Dr. Mehmet İMAMOĞLU (\*), Dr. Ö. Refik ÇAYLAN (\*), Dr. Uğur ÖZGÜR (\*), Dr. Hayrettin MUHTAR (\*),**

**ÖZET:** Bu çalışmada, 1994-1997 yılları arasında cerrahi tedavi gören glottik tümürlü 21 olgu incelendi. İki hastaya total larenjektomi (TL) yapılırken kalan 19 hastaya vertikal parsiyel larenjektomi veya laringofissür ile kordektomi uygulandı. Glottik bölgede cerrahi sonrası ortaya çıkan defektler laringoplastik prosedürlerle, kapatıldı. Hastalar enaz 3 ay, en fazla 30 ay takip edildiler. Lokal veya boyun nüksünden ölen hastamız, olmadı.

**Anahtar Sözcükler:** Glottik, Kanser, Larenks.

**SUMMARY:** We reviewed the records of 21 patients with glottic carcinoma who were surgically treated in the last 3 years. Two of these patients were treated by total laryngectomy whereas 19 had a vertical partial laryngectomy (VPL) or laryngofissure via cordectomy. Laryngoplastic procedures were used in reconstruction of surgical defects of VPL resection in glottic carcinoma. The minimum follow-up period was 3 months and the maximum was 30 months. No patients died of locoregional disease.

**Key Words:** Carcinoma, Glottic, Larynx.

### GİRİŞ

Erken kanser terimi ilk olarak Japon literatüründe midenin mukoza ve submukozasında sınırlı malign lezyonlar için tarif edildi ve zamanla bu terim özofagus, uterus ve larenksin erken tümörleri için de kullanıldı (8). DeSanto ve Olsen vokal kordların insitu tümörleri de dahil olmak üzere, kord vokalleri tutan fakat hareketlerini bozmayan yaygın lezyonları erken glottik kanserler olarak tarif etmektedir (6). Kord vokal tümörleri, tüm larenks tümörlerinin Kuzey Amerika'da % 75'ini, Türkiye'de ise % 12- % 30'nu teşkil eder (3,7,12). Erken glottik tümörlerin tedavisinde transoral eksizyon, açık larengeal cerrahiler ve radyoterapi uygulanabilir. Tedavi seçimine karar verirken sadece larenks ve boyunun durumu değil, hastanın yaşı, genel durumu, sesin kalitesi ve mesleği de göz önüne alınmalıdır. Açık laringeal cerrahiler içinde laringofissür yolu ile kordektomi (LF+K), frontolateral parsiyel vertikal larenjektomi (FPVL), anterior komissür tekniği ve hem larenjektomi sayılabilir. Mikrocerrahi veya CO2 lazer ile transoral endoskopik eksizyon için tümörün küçük ve kord vokalde sınırlı olması gerekir. Tümörün anterior komissüre, ventriküle veya subglottik bölgeye invazyon gösteren durumlarında açık larengeal cerrahi uygulanmalıdır (11). T1 glottik tümörler için parsiyel vertikal larenjektomi sonrası 5 yıllık hayatta kalım oranı Daniilidies (4) ve arkadaşlarına göre % 93.2 iken, Neel (10) ve arkadaşlarına göre laringofissür yolu ile kordektomi sonrası bu oran % 98 dir.

Bu çalışmada erken glottik kanser sebebiyle laringofissür yolu ile kordektomi veya parsiyel vertikal larenjektomi uyguladığımız olgularımız ve elde ettiğimiz sonuçlar sunuldu.

### YÖNTEM VE GEREÇ

1994-1997 yılları arasında Karadeniz Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalında cerrahi tedavi gören hastalar retrospektif olarak analiz edildi. Erken dönem (T1,T2) vokal kord tümörü sebebiyle opere edilen, tamamı erkek ve yaşları 38 ile 75 arası değişen 21 hasta bu çalışmaya dahil edildi. Hastaların 1'inde spindle cell kanser, 1'inde mukoeypidermoid kanser ve kalan 19 hastada da yassı hücreli kanser vardı. Hastalara preoperatif indirekt ve direkt laringoskopi, bilgisayarlı tomografi (BT) ve ultrasonografi (USG) yapılarak lezyonun larenksteki lokalizasyonu, kartilaj invazyonu ve boyun tutulumu araştırılarak tedavi protokolü düzenlendi. Preoperatif dönemde klinik olarak T1 kabul edilen iki hastada intra-operatif ön komissür seviyesinde tiroid kartilaj invazyonu tesbit edilerek total larenjektomiye geçildi. TNM evrelendirmesi 1992 AJCC sınıflandırması esas alınarak yapıldı (1) Buna göre hastaların, 13'ü T1NoMo, 6'sı T2NoMo, 2'si T4NoMo kabul edildi. Erken dönem kord vokal tümörü tesbit edilen hastalarımızın hepsine cerrahi tedavi uygulandı (tablo 1). Bunların 6'sına laringofissür ile kordektomi, 8'ine frontolateral parsiyel larenjektomi, 5'ine vertikal parsiyel larenjektomi yapıldı. Hastaların hiçbirisine preoperatif ya da postoperatif radyoterapi verilmedi ve boyun diseksiyonu yapılmadı. Laringofissür ile kor-

\*K.T.Ü. Tıp Fakültesi K.B.B. Anabilim Dalı, TRABZON

dektomi uygulanan hastalar hariç, kalan 13 hastaya parsiyel rezeksiyon sonrası glottik seviyede ortaya çıkan ölü boşluğu doldurmak için bipediküler sternohyoid adele flebi ile laringoplasti yapıldı. Hastalar ilk 6 ay boyunca ayda bir, ikinci 6 ay boyunca iki ayda bir, ikinci yıl boyunca 3 ayda bir olmak üzere 30 ay ile 3 ay arası (ortalama 17 ay) takip edildiler.

## SONUÇ

Parsiyel larenjektomi yapılan 19 hastanın tamamında oral beslenmeye postoperatif 3. günde geçildi ve 1. haftada dekanülasyon tamamlandı. Hastaların birinde postoperatif 6. saatte gelişen yaygın dilaltı anfiyemi konservatif metotla tedavi edildi. Hiçbir

**TABLO 1: Glottik Tümörlerin Lokalizasyonu ve Uygulanan Tedavi Yöntemleri**

Lokalizasyon	Histopatoloji	Tedavi	TNM	Kurtarma cerrahisi
1. Sağ K.(Orta kısım)	YHK	LF+K	T1NoMo	
2. Sol K.+ÖK	YHK	FPVL	T1NoMo	
3. Sol K.(Orta kısım)	SHK	LF+K	T1NoMo	
4. Sol K.	MEK	VPL	T1NoMo	
5. Sağ K+ÖK+Tiroid kartilaj invazyonu	YHK	TL	T4NoMo	
6. Sol K+ÖK+Tiroid kartilaj invazyonu	YHK	TL	T4NoMo	
7. Sol K+ÖK+ Subglottik yayılım	YHK	FPVL	T2NoMo	
8. Sol K+ÖK+Subglottik yayılım	YHK	FPVL	T2NoMo	
9. Sol K+ÖK+Subglottik yayılım	YHK	FPVL	T2NoMo	TL
10. Sağ K (Orta kısım)	YHK	LF+K	T1NoMo	
11. Sol K+ÖK+Ventrikül tabanına yayılım	YHK	FPVL	T2NoMo	
12. Sağ K+ÖK+Ventrikül tabanına yayılım	YHK	FPVL	T2NoMo	
13. Sol K+ÖK+Ventrikül tabanına yayılım	YHK	FPVL	T2NoMo	
14. Sol K+ÖK	YHK	FPVL	T1NoMo	
15. Sağ K	YHK	VPL	T1NoMo	
16. Sol K (Orta kısım)	YHK	LF+K	T1NoMo	
17. Sağ K	YHK	VPL	T1NoMo	
18. Sağ K (Orta kısım)	YHK	LF+K	T1NoMo	
19. Sol K (Orta kısım)	YHK	LF+K	T1NoMo	
20. Sağ K	YHK	VPL	T1NoMo	
21. Sağ K	YHK	VPL	T1NoMo	TL

LF+K: Laringofissür ile kordektomi, FPVL: Frontolateral vertikal parsiyel larenjektomi, VPL: Vertikal parsiyel larenjektomi, TL: Total larenjektomi, YHK: Yassı hücreli kanser, MEK: Mukoepidermoid kanser, SHK: Spindle hücreli kanser, K: Kord vokal, ÖK: Ön komissür.

hastada postoperatif hematoma ve perikondrit gözükmedi ve aspirasyon problemi ile karşılaşmadı. Frontolateral parsiyel larenjektomi yapılan bir hastada postoperatif 4. ayda ve vertikal parsiyel larenjektomi yapılan bir hastada postoperatif 3. ayda lokal nüks gelişmesi sonucu total larenjektomi yapıldı. Lokal nüks gelişen bu iki hasta dışında lökorejyonal nüks veya uzak organ metastazına rastlanmadı. Vakaların tamamı hastaliksız olarak takip edilmektedir.

## TARTIŞMA

Vokal kord tümörleri genellikle iyi differansiye ve yavaş büyüyen lezyonlardır. Vokal kordların lenfatiklerden fakir bir yapıya sahip olmaları sebebiyle bu tümörler nadiren servikal lenf metastazına yol açarlar. Tümör mikroskopik olarak vokal ligaman ile subepitelyal tabaka arasına invaze olur, makroskobik olarak yukarıya doğru yayılarak ventrikül tabanını, vokal ligamanı ya da vokal adeleyi; arkaya doğru yayılarak posterior komissür ve aritenoidi tutabilir (9). Glottik kanserlerde tedavi planlanırken lezyonun lokalizasyonu ve yayılımı da TNM sınıflandırması kadar önemlidir (2,5). Minimal subglottik ya da supraglottik yayılım (5 mm den fazla olmayan) gösteren vokal kord tümörleri LF+K veya VPL ile rahatlıkla tedavi edilebilirler. Ön komissür tutulumu, aritenoid tutulumu veya subglottik yayılım değişik tedavi modellerini gündeme getirir. Kord vokallerin 1-5 mm, çapındaki lezyonlarında veya 1/3 orta bölümdeki küçük tümörlerde endoskopik metotla eksizyon yapılabilir. Bu tip tümörlerde oldukça yüksek sağ kalım oranları bildirilmiştir (10,11). Ancak, tek taraflı ve kord vokalin mobil olduğu lezyonlarda lezyon büyük ise endoskopik yol ile çıkarmak mümkün olmayabilir. Biz tiroid kartilajın yarısı ve altındaki yumuşak dokular ile tümörün çıkarılması şeklindeki hemilarenjektomiler sonucunda ses kalitesinin kötü olması ve stenoza gibi problemlerin çıkması sebebiyle vakalarımızın hiç birisinde hemilarenjektomi yapmadık. Klinik olarak T1 olarak değerlendirilen ön komissürü tutmuş tümörlerde preoperatif dönemde tesbit edilemeyen mikroskopik kartilaj invazyonu sebebiyle T1 mi T4 mü olduğuna karar vermek bazen zor olabilir. Bizim klinik olarak T1 düşündüğümüz 2 hastamızda intraoperatif T4 tümör tesbit edilmesi sonucu total larenjektomiye geçildi.

T2 lezyonlarda kür oranı % 70-80 dir. Bu grup tümörlerde kord vokal hareketleri sınırlı ise hayatta kalım oranı düşer. Kord vokal hareketleri serbest ise bu oran T1 tümörlerdekine yakın kabul edilir. Posterior yayılım ile aritenoid kartilaja yayılan tümörlerin biyolojik davranışı farklılık gösterir ve prognozu kötüdür. Bu bölgedeki bir tümör krikoid kartilaja, inter-

aritenoid adeleye yayılabilir ve krikoaritenoid eklemi, tiroaritenoid adeleyi tutabilir. Aritenoidin vokal prosesini tutan lezyonlarda genişletilmiş frontolateral parsiyel larenjektomi gereklidir. Eğer aritenoidin posterior yüzüne ya da ariepiglottik plikaya yayılım varsa bu teknik kontrendikedir.

Parsiyel rezeksiyon sonrası larenkste glottik seviyede ortaya çıkan ölü boşluk; aspirasyonun önlenmesi, kuvvetli ses ve yeterli hava yolu temini için bipediküllü veya serbest adele grefti, tendom, yağ dokusu, perikondrium veya kartilaj greft ile doldurabilir. Biz parsiyel larenjektomi yaptığımız hastalarımızda bipediküler sternohyoid adele flebi kullanarak laringoplasti yaptık ve bunları hiçbirisinde gelişmesi muhtemel olan stenoza rastlamadık.

Sonuç olarak vokal kord tümörleri erken semptom vermeleri ve geç yayılım yapmaları sebebiyle prognozu şok iyi tümörlerdir. Tedavi planlanmasında daha önemli faktörler tümörün lokalizasyonu ve kord vokal hareketlerinin mevcudiyetidir.

**Yazışma Adresi: Dr A. Ümit IŞIK**  
K.T.Ü. Tıp.Fak.  
K.B.B. Kliniği  
61080-TRABZON

## KAYNAKLAR

1. American Joint Committee On cancer. Manuel for staging of Cancer. 4<sup>th</sup> ed, pp: 33-35, 1992.
2. BİLİCİLER N, CEVAŞİR B, AKMANDİL A, BAŞERER N, KÖSEMEN H, YAZICIOĞLU E, DEĞER K. ; Larenks kanseri TNM sistemi günümüz koşullarında tartışılması. Türk Oto-Rinoloji Derneği XVII. Milli kongresi tutanakları Hilal matbaası, İstanbul s: 170-174, 1985.
3. BURAD E, CUHRUK Ç.; Larenks kanserleri üzerine klinik araştırma. Kanser; 2:2:163-79, 1972.
4. DANIILIDIS J, NIKOLAOU A, SYMEONIDIS V.; Our experience in the surgical treatment of T1 carcinoma of the vocal cord. J Laryngol Otol. 104:222-224, 1990.

5. DEMİRELLER A, SAATÇI M.R, YILMAZ O.; Erken glottik tümörlere yaklaşım. Türk Otolarengoloji Arşivi, 30: 231-233, 1992.
6. DeSANTO LW, OLSEN KD.; Early glottic cancer. Am J Otolaryngol, 15:242-249, 1994.
7. DURSUN G.; 1985-1990 yılları arasında kliniğimizde ameliyatla tedavi edilen larenks kanserli hastalarda elde edilen sonuçlar. Uzmanlık tezi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı. Ankara 1990.
8. FERLITO A, CARBONE A, DeSANTO LW., BARNES L.; Clinicopathological consultation. "Early" cancer of the Sarynx: The concept as defined by clinicians, pathologists, and biologists. Ann Otol Rhinol Laryngol 105:245-249, 1996.
9. KESER R, BACACI K, GÜRSEL O, AKSOY F, BALKAN E.; Macroscopical and histological researches in larynx carcinoma. Otolaryngologia, 32: 385-390, 1982.
10. NEEL HB III, DEVİNE KD, DeSANTO LW.; Laryngofissure and cordectomy for early cordal carcinoma: Outcome in 182 patients. Otolaryngol Head Neck Surg, 88:79-84, 1980.
11. THOMAS JV, OLSEN KD, NEEL HB. III, DeSANTO LW, SUMAN VI; Early glottic carcinoma treated with open laryngeal procedures. Arch Otolaryngol Head neck Surg, 120: 264-268, 1994.
12. WINGO P, TONG T, BOLDEN S.; Cancer statistics, 1995. CA Cancer J Clin, 45:8-30, 1995.