

## Total Larenjektomili Olgularımızın Retrospektif Analizi

Cemil Mutlu<sup>1</sup> Adnan Ünal<sup>2</sup> Ali Altuntaş<sup>2</sup>  
Asım Aslan<sup>2</sup> Yıldırım Nalça<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Yrd. Doç. Dr. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı, Aydın.

<sup>2</sup> Uzm. Dr. Ankara Numune Hastanesi 1.KBB Kliniği, Ankara.

### Özet

Bu çalışmada 1986-1992 yılları arasında Ankara Numune Hastanesi 1.Kulak Burun Boğaz Kliniğinde larenks kanseri teşhis edilerek total larenjektomi yapılan 50 olgu incelenmiştir. American Joint Committee (AJC) TNM klasifikasyonuna göre 42 olgu (%84) evre III ve geri kalan 8 olgu (%16) evre IV olarak değerlendirildi. Hastalarımızın hepsi erkekti. Vakalarımızdan verrüköz ca.olan 2' sine tek başına total larenjektomi, geri kalan 48 vakaya total larenjektomiyle birlikte aynı tarafa radikal boyun diseksiyonu yapılmıştır. Bu 48 vakaya aynı zamanda postoperatif radyoterapi uygulanmıştır. Hastaların klinik, histopatolojik değerlendirmeleri ve postoperatif takip sonuçları incelenmiş ve literatür bilgileri ışığında tartışılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Total larenjektomi, Larenks kanseri, Postoperatif radyoterapi

## Retrospective Analysis of Our Cases With Total Laryngectomy

### Abstract

In this study, 50 cases with laryngeal cancer, who had been treated with total laryngectomy at 1' st ENT Clinic of Ankara Numune State Hospital, were analyzed. Of the patients who documented according to TNM classification of American Joint Committee, 42 cases (84%) were in stage III and the remaining 8 cases (16%) were in stage IV. All the patients were male. Forty eight out of 50 cases underwent total laryngectomy along with radical neck dissection and the remaining 2 verrucous carcinoma cases operated with only total laryngectomy. Forty eight total laryngectomy with radical neck dissection cases were applied postoperative radiotherapy. Clinical, histopathological and follow-up results were discussed at the view of the literature..

**Key words:** Total laryngectomy, Laryngeal cancer, Postoperative radiotherapy.

Kulak Burun Boğaz hastalıkları arasında en önemli sağlık sorunlarından biriside larenks kanseridir. Larenks kanseri tüm malignitelerin %2-5' ini oluşturmaktadır (1).

Ülkemizde larenks kanserinin insidans ve prevalansını söyleyebilmek mümkün değildir. Ancak, Ankara Onkoloji Hastanesine başvurmuş 15471 kanserli vakada %9.17 ile larenks kanseri 3. sırayı işgal etmektedir (2). İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesinde 1964-1988 yılları arasında başvuran 1200 baş ve boyun kanseri vakasının 923' ü larenks kanseri oluşturmaktadır (3).

Larenks kanserinin %80' den fazlası 5-7. dekatta (40-70 yaş arasında) görülmektedir. Erkeklerde kadınlara göre 5-20 kat fazladır. 20

yaşından önce larenks kanseri görülme insidansı çok düşüktür (1,4).

Genellikle larenks kanserleri 3 yolla tedavi edilmektedir: tek başına radyoterapi, tek başına cerrahi tedavi ve planlanmış cerrahi-radyoterapi kombinasyonu. Kemoterapinin tek başına etkinliği henüz gösterilemediğinden sınırlı vakalarda cerrahi ve radyoterapiyle kombine edilmektedir (4).

En uygun tedavi şeklini belirlemek zor ve kompleks bir karardır. Bu kararı verirken primer tümörün ebadı, lokalizasyonu, yayılımı, metastazları ve tümörün biyolojik davranışı etkin faktörlerdir. Günümüzde larenks kanserinin cerrahi tedavisinde parsiyel ve total larenjektomi uygulanmaktadır. Total larenjektomi ilk kez 1873

yılında Billroth tarafından evreler halinde ve büyük bir larengotrakeal defekt oluşumuyla gerçekleştirildi. İlk olarak tam bir total larenjek-tomiye 1875 yılında Bottini gerçekleştirdi (4).

### Materyal - Metod

1986-1992 yılları arasında Ankara Numune Hastanesi 1. KBB kliniğine başvuran ve larenks kanseri tanısı alıp opere edilen 50 olgu çalışmamıza alındı. Retrospektif olarak klinik, histopatolojik ve takip değerlendirmeleri yapıldı.

50 olgunun hepsi erkekti ve en büyüğü 72, en küçüğü 37 yaşında olup yaş ortalaması 56.82 olarak bulundu. Hastalarımızın büyük çoğunluğu 50-70 yaş arasındaydı. Hastalarımızın indirekt ve direkt larengoskopi ile muayeneleri yapılarak lezyonun lokalizasyonu, yayılımı, vokal kord hareketi belirlenerek AJC (1987) TNM klasifikasyonuna göre evrelendirildi ve biyopsi alındı. Alınan biyopsi materyallerinin histopatolojik incelemesinde 2 olgu verrüköz karsinom, geri kalan 48 olgu skuamoz hücreli

karsinom olarak değerlendirildi. Lezyon diferansiyasyon derecesi bakımından Broder (5) klasifikasyonuna göre sınıflandırılmıştır: 19 olgu grade I (iyi derecede diferansiye), 27 olgu grade II (orta derecede diferansiye), 3 olgu grade III (az derecede diferansiye) ve 1 olguda grade IV (çok az derecede diferansiye) olarak belirlendi.

Elli hastamızdan verrüköz karsinom olan 2 hastaya yalnızca total larenjektomi, diğer 48 hastamıza total larenjektomi ile birlikte aynı tarafa radikal boyun diseksiyonu yapılmıştır. Bu 48 hastamıza postoperatif olarak radyoterapi uygulanmıştır.

### Bulgular

Lezyonların orjin yerini belirlemek için American Joint Committee (AJC 1987) tarafından belirlenen kriterler esas alındı. Bu kriterlere göre 50 hastamızın 20' si supraglottik, 17' si glottik, 12' si transglottik ve 1' i subglottik larenks kanseriydi. Bu hastaların 42' si (%84) evre III, 8' i (%16) evre IV olarak belirlendi (Tablo I).

Tablo I: 50 olgunun AJC' ye göre evrelendirilmesi.

	Evre I	Evre II	Evre III	Evre IV	Toplam
Supraglottik	--	--	17	3	20
Glottik	--	--	17	--	17
Transglottik	--	--	7	5	12
Subglottik	--	--	1	--	1

Postoperatuar dönemde hastalarımızda görülen komplikasyonlar Tablo II' de gösterilmiştir. Faringokutanöz fistül gelişen 8 hastamızdan sadece 1 hastamıza trapez kas-deri flebi getirilerek defekt kapatılmak zorunda kaldı, diğer tüm hastalarda sekonder iyileşme ile fistüller kapandı.

Tablo II : Postoperatif komplikasyonlar.

	Sayı	%
Faringokutanöz fistül	8	16
Flep nekrozu	6	12
Hemoraji	2	4
Cilt altı amfizemi	5	10
N. Hipoglossus paralizi	2	4
Brakiyal pleksus paralizi	1	2
Fasiyal ödem	15	30
Hematom	4	8
Stoma daralması	8	16
Hemipleji	1	2

Kontroller sırasında 1 hastamızda (T3N2bM0 supraglottik ca.) lokal nüks ve cilt metastazı, 1

hastamızda (T3N1M0 supraglottik ca.) lokal nüks ve diğer 1 hastamızda (T4N1M0 transglottik ca.) da karşı boyun metastazı geliştiği saptandı (Tablo III). Lokal nüks ve cilt metastazı gelişen hasta abondan kanama nedeniyle kaybedildi. Lokal nüks gelişen diğer hastamıza radyoterapi, karşı boyun metastazı gelişen hastamızda radikal boyun diseksiyonu yapıldı.

Tablo III: Postoperatif görülen lokal nüks ve metastazlar.

	Sayı	%
Lokal nüks	2	4
Peristomal nüks	--	--
Karşı boyun metastazı	1	2
Cilt metastazı	1	2
Uzak metastaz	--	--

Boyun lenf bezlerinin klinik muayenesinde 25 olguda N0 (%50), 17 olguda N1(%34) ve 8 olguda N2 (%16) saptandı. Histopatolojik incelemede

ekstrakapsüler yayılım ( EKY ) N0 boyunda %8, N1 boyunda %12, N2 boyunda da %25 olarak bulunmuştur (Tablo IV).

TabloIV: Boyun lenf bezlerinin tümör bölgelerine göre durumu.

	N0	N1	N2	N3
Supraglottik	6(1*)	11(5*)	3	--
Glottik	17	--	--	--
Transglottik	2(2*)	5(4*)	5(2*)	--
Subglottik	--	1	--	--
<b>Toplam:</b>	<b>25</b>	<b>17</b>	<b>8</b>	<b>--</b>

\* Ekstra kapsüler yayılım.

Beş yıllık takipte olan 18 hastamızda yaşam süresi %75 olarak saptanmıştır.

### Tartışma

Larenks kanseri tedavi edilmeden bırakıldığında ölümlerle sonuçlanması kaçınılmazdır ve tedavi edilmeyen hastaların %90' ı 3 yıl içerisinde ölmektedir. Ancak yeterince erken teşhis edilir ve tedavi edilirse oldukça iyi sonuçlar alınmaktadır (6).

Supraglottik primer tümörler tüm larengeal primer tümörlerin %24-42' sini, glottik tümörler %55-75' ini, subglottik tümörler %1-5' ini oluşturmaktadır. Transglottik tümörler AJC sınıflamasında yer almamakla birlikte oldukça yüksek oranda kartilaj invazyonu ve ekstralarengeal yayılım insidansı olduğu için dikkatle değerlendirilmelidir (7). Transglottik tümörler supraglottik ve glottik (bazen de buna ek olarak subglottik) olmaları nedeniyle yüksek metastaz oranlarına sahiptir. McGavran ve arkadaşları transglottik tümörlerin %53' ünde servikal metastaz saptamışlardır (4,7).

Çalışmamızda hastalarımızın 20' si (%40) supraglottik, 17' si (%34) glottik, 12' si (%24) transglottik ve 1' i de (%2) subglottik tümör olarak bulunmuştur.

Lezyonun diferansiasyonu hakkında literatürde genellikle bildirilen, lezyonların iyi derecede diferansiye oldukları şeklindedir. Genel olarak kabul edilen düşük grade' li (grade I ve II) skuamöz hücreli karsinomların tüm vakaların %95' ini içerdiği (8). Olofsson ve arkadaşları çalışmalarında %8.1 grade I, %79 grade II, %10.9 grade III, %2' sinde grade IV teşhis etmişlerdir (9).

Bizim çalışmamızda %38 grade I, %54 grade II, %6 grade III, %2 grade IV olarak teşhis edilmiştir.

T3-T4 supraglottik kanser, subglottik kanser, hem vertikal hem de horizontal larenjektominin başarısız olduğu durumlar, tümör tarafından hava yolu tıkanmış hastada acil müdahale olarak, radyoterapinin başarısız olduğu nüks gösteren supraglottik kanser, T3 veya T4 glottik kanserlerde, primer olarak postkrikoid bölgeyi tutan veya priform sinüsten bu bölgeye yayılan hipofarengeal kanserlerde total larenjektominin endike olduğu bildirilmektedir (10-12). Total larenjektomi yapılan hastalarımızın 17' si (%34) evre III supraglottik, 17' si (%34) evre III glottik, 7' si (%14 ) evre III transglottik, 1' i (%2) subglottik, 3' ü (%6) evre IV supraglottik ve 5' i (%10) evre IV transglottik tümör olarak bulundu.

Hastalarımızdan histopatolojik olarak verrüköz karsinom teşhis edilen 2 olguya sadece total larenjektomi yapıldı. Skuamöz hücreli kanserin nadir görülen bir çeşidi olan verrüköz kanserler iyi diferansiye tümörler oldukları için sınırlı bir radyosensitiviteye sahiptirler. Dahada önemlisi primer radyoterapi ile tedavi edilen lezyonlarda anaplastik kansere dönüşüm bildirilmekte ve bu yüzden radyoterapiden uzak durulmaktadır (13).

Boyun lenf nodu evrelendirilmesinde 50 hastadan 25' i N0 (17 glottik, 6 supraglottik, 2 transglottik), 17' si N1 (11 supraglottik, 5 transglottik, 1 subglottik), 8' i N2 (3 supraglottik, 5 transglottik) olarak değerlendirilmiştir. N0 boyunlar dahil hastalarımızın 48' ine radikal boyun diseksiyonu yapılmış ve bu hastalara postoperatuar radyoterapi uygulanmıştır. N0 glottik tümörlü hastaların radikal boyun diseksiyonu materyalleri incelendiğinde %36 okkült metastaz tesbit edilmiş (14). T3 ve T4 supraglottik N0 boyunlu hastalarda %49 oranında okkült metastaz bulunmuş. Elektif olarak tek taraflı boyun diseksiyonu yapılan hastalarda bile karşı boyunda %75 oranında nüks görüldüğü ve T3-T4 glottik tümörler içinde durumun supraglottik kanserli olgulardan çok farklı olmadığı ve benzer tedavi uygulamaları gerektiği bildirilmektedir. Bu yüksek boyun nüksünden dolayı boynun her iki tarafında elektif radyoterapi uygulanmalı ve beş hafta 5000 rad' lık radyoterapi dozu N0 boynunu sterilize etmeye yeterlidir denmektedir (12). İpsilateral boyun cerrahi ile tedavi edilmişse, karşı taraf N0 boyun radyoterapi ile kontrol altına alınabilir. Fletcher' in serilerinde karşı taraf N0 boyunlu 65 hasta radyoterapi ile tedavi edilmiş ve bunların sadece 1' inde rekürrens görülmüş. Karşı taraf boyun tedavi

edilmediğinde ise %20' lik rekürrens gözlenmiştir (15). Leemans ve arkadaşları N0 boyunlu hastalarda boyun diseksiyonu materyalinde metastaz olsun olmasın postoperatif radyoterapi önermişler ve bu yöntemle boyunda rekürrensi %2.6 olarak bulmuşlardır (7).

Hastalarımızın cerrahi spesmenlerinin histopatolojik incelenmesinde 25 N0 boyundan 2' si (%8) EKY, 17 N1 boyundan 3' ü (%12) EKY, 8 N2 boyundan 2' si (%25) EKY göstermiştir. Cachin ve arkadaşları N0 boyunlu hastaların %20' sinde EKY bulmuşlardır (12). Synderman ve arkadaşları da başlangıçta NO olarak değerlendirdikleri vakaların %20' sinde histolojik metastaz bulmuşlar ve bunların yarısında da EKY saptamışlardır (16).

Larenks kanserli hastalarda yaşam süresini etkileyen en önemli faktörler primer lezyonun yeri, lezyonun büyüklüğü, servikal metastaz ihtimali ve hücrel diferansiasyondur (12). Sholnik ve arkadaşları 264 glottik kanser vakasının retrospektif incelemesinde 5 yıllık surviyi %55 bulmuşlardır (17). Ogura ve arkadaşları 63 transglottik T3 ve 37 glottik T3 kanserin 3 yıllık survilerini sırasıyla %64 ve %60 olarak bildirmiştir (5). Coates ve arkadaşları total larenjektomi ile tedavi ettikleri 117 hastada 5 yıllık surviyi %71 bulmuşlardır (5). Çalışmamızda 5 yıllık yaşam süresi %75 olarak bulunmuştur.

#### Kaynaklar

- 1-Kaiser TN, Spector GJ. Tumors of the larynx and laryngopharynx. In: Ballanger JJ, editor. *Diseases of the Nose, Throat, Ear, Head and Neck. 14th Edition. Philadelphia: Lea and Febiger, 1991; 682-746.*
- 2-İnal E, Köselioğlu L. Ağız, farenks ve larenks kanserlerinin ülkemizdeki görünümü. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi V. Akademik haftasında sunulmuştur, 22-27 Mayıs 1978, İstanbul*
- 3-Şenocak F, Enver Ö. 1200 baş-boyun kanserindeki larenks kanserlerinin değerlendirilmesi. *XX. Türk Otorinolaringoloji Kongresinde sunulmuştur, 9-13 Ekim 1989, Girne, KKTC*
- 4-Tucker HM. Malignant neoplasms. In: Tucker HM, editor. *The larynx. 2nd Edition. New York: Thieme Medical Publishers Inc., 1993; 287-323.*
- 5-Lawson W, Biller HF, Suen JY. Cancer of the larynx. In: Myers EN, Suen JY, editors. *Cancer of the head and neck. 2nd Edition. New York: Churchill Livingstone Inc., 1989; 533-91.*
- 6-Romm S. Cancer of the larynx: Current concept of the diagnosis and treatment. *Surgical Clinics of North America 1986; 66 (1) : 109-18.*
- 7-Sasaki TC, Carlson RD. Malignant neoplasms of the larynx. In: Cummings WC, Fredrickson JM, editors. *Otolaryngology Head and Neck Surgery. 2nd Edition. St Louis: Mosby Year Book Inc., 1993; 1925-54.*
- 8-Cocke EW, Morgan PR. Management of malign neoplasms of the larynx. *Otolaryngology, Harper and Row Publishers, Hagerstown, 1980*
- 9-Olofsson J, Van Nostrand AWP. Growth and spread of laryngeal and hypopharyngeal carcinoma. *Acta Otolaryngology 1973; 308(Suppl.): 1-84.*
- 10-Kleinsasser O. Tumors of the larynx and hypopharynx. *New York: Thieme Medical Publishers Inc., 1988; 190-207.*
- 11-Pearson WB. Management of primary site of larynx and hypopharynx. In: Pearson WB, editor. *Operative challenges in otolaryngology head and neck surgery. Chicago: Year Book Medical Publishers Inc., 1990; 145-53.*
- 12-Johnson JT, Myers EN. Cervical lymph node disease in laryngeal cancer. In: Silver CE, editor. *Laryngeal cancer. New York: Thieme Medical Publishers Inc., 1991; 22-6.*
- 13-Van Nostrand AWP, Olofsson J. Verrucous carcinoma of the larynx. A clinical and pathologic study of 10 cases. *Cancer 1972; 30: 691-5.*
- 14-Shah JP. Modified radical neck dissection in cancer of the mouth, pharynx and larynx. *Head and Neck 1990; 12: 476-82.*
- 15-Fletcher GH. Elective irradiation of subclinical disease in cancers of the head and neck. *Cancer 1972; 29: 1450-5.* 16-Synderman NL, Johnson JJ, Schramm VL. Extracapsular spread of carcinoma in cervical lymph nodes. Impact upon survival in patients with carcinoma of the supraglottic larynx. *Cancer 1985; 56: 1597-1600*

*17-Steinberg CM, Bailey BJ. Transglottic carcinoma and total laryngectomy. In: Bailey BJ, Biller HF, editors. Surgery of the larynx. Philadelphia: W.B. Saunders Comp., 1985; 317-22.*

Yazışma Adresi:

Yrd. Doç. Dr. Cemil Mutlu

Adnan Menderes Üniversitesi

Tıp Fakültesi K.B.B. Anabilim Dalı

Tel : 0256-2121850

Fax : 0256-2146685

AYDIN