

Larenksin iğsi hücreli karsinomu: Olgu sunumu

Spindle-cell carcinoma of larynx: a case report

Dr. Erol Keleş,¹ Dr. Turgut Karlıdağ,¹ Dr. Orkun Eroğlu,¹ Dr. İbrahim Hanifi Özercan²

¹Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye

²Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye

ÖZ

Larenksin iğsi hücreli karsinomu oldukça nadir görülen ve yüksek dereceli bir malignitedir. Bu makalede, ses kısıklığı yakınması ile başvuran, patolojik olarak larenksin iğsi hücreli karsinomu tanısı konulan 56 yaşında bir erkek olgu sunuldu.

Anahtar Sözcükler: Karsinom; larenks; iğsi hücreli.

ABSTRACT

Spindle-cell carcinoma of the larynx are extremely rare and high-grade malignancy. In this article, we report a 56-year-old male case who was admitted with a complaint of hoarseness and pathologically diagnosed with a spindle-cell carcinoma of the larynx.

Keywords: Carcinoma; larynx; spindle-cell.

Larenks kanserleri baş boyun bölgesinin en sık görülen kanserleri olup erişkinlerde görülen tüm kanserlerin yaklaşık %2'sini oluşturur.^[1] Larenks kanserlerinin %85-90'nını yassı hücreli karsinom oluşturmaktadır.^[2] Larenksin iğsi hücreli karsinomu oldukça nadir görülen ve yüksek dereceli bir malignensidir. Bu tümör larengeal malignitelerin %1'inden azını oluşturmaktadır.^[3]

Genellikle yaşlılarda görülmektedir ve literatürdeki olgularda tütün kullanımı etyolojide en çok suçlanan predispozan faktördür.^[3] Ayrıca etyolojide; alkol kullanımı, kötü ağız hijyeni, kronik travma ve radyoterapi suçlanmaktadır.^[3,4]

İğsi hücreli karsinom; karsinosarkom, psödosarkom, pleomorfik karsinom, sarkomatoid karsinom ve psödosarkomatöz karsinom olarak

da adlandırılmaktadır.^[4] İğsi hücreli karsinom yassı hücreli karsinom (*in situ* ya da invaziv) ve sarkomatöz görünüme sahip iğsi hücreli karsinomdan oluşan iki fazlı bir tümör olarak kabul edilir.^[5] Adından da anlaşılacağı gibi hem epitelyal hem de mezenkimal görünümlü komponentlere sahip bu nadir bifazik neoplazmin natürü ve histogenezi tartışmalıdır. Literatürde tümörün psödosarkomatöz stromaya sahip primer bir epidermoid karsinom olduğu görüşü hakimdir.^[5,6]

İğsi hücreli karsinom larenkste, genellikle infiltrasyon ve metastaz yapma yeteneği olabilen polipoid bir kitle olarak görülür.^[7] Bu tümörlerin skuamöz hücreleri yassı hücreli karsinoma benzer şekilde metastaz yapabilir. İğsi hücreli



komponentten de servikal lenf nodlarına veya akciğerlere metastaz söz konusu olabilir. Lokal nüks rejyonel metastazlardan daha sıktır.^[7,8]

Esas tedavi yöntemi cerrahi olmakla birlikte tek başına radyoterapi ve ameliyat sonrası radyoterapinin etkinliği konusunda literatürde görüş ayrılıkları vardır.^[2-8]

Bu makalede nadir görülen larenksin iğsi hücreli karsinomu tanısı konulan hasta literatür bilgileri eşliğinde tartışıldı.

OLGU SUNUMU

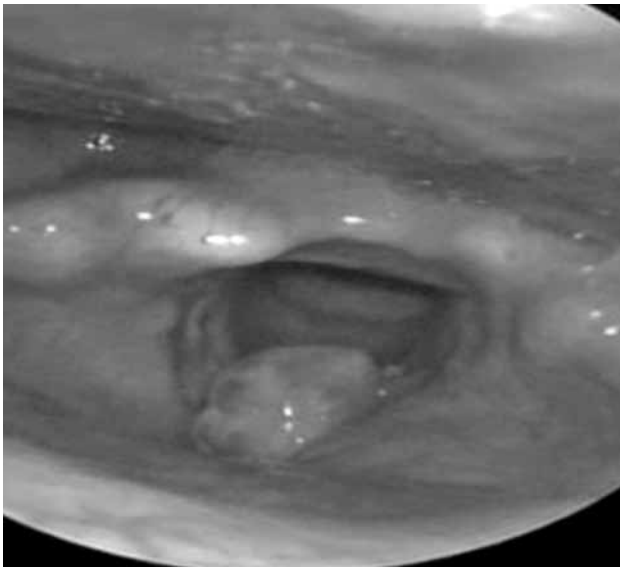
Yaklaşık üç yıldır ses kısıklığı yakınması olan 56 yaşında erkek hastaya iki ay önce dış merkezde larenkste kitle ön tanısıyla direkt larengoskopi eşliğinde biyopsi planlanmış, ancak entübasyon işlemi gerçekleştirilemediği için hasta kliniğimize yönlendirilmiştir.

Hasta öyküsünde, ses kısıklığı dışında nefes darlığı, yutma güçlüğü ve kilo kaybı tanımlanmıyordu. Öz geçmişinde günde bir paket 24 yıl sigara kullanım öyküsü ve sesini kötü kullanma alışkanlığı vardı.

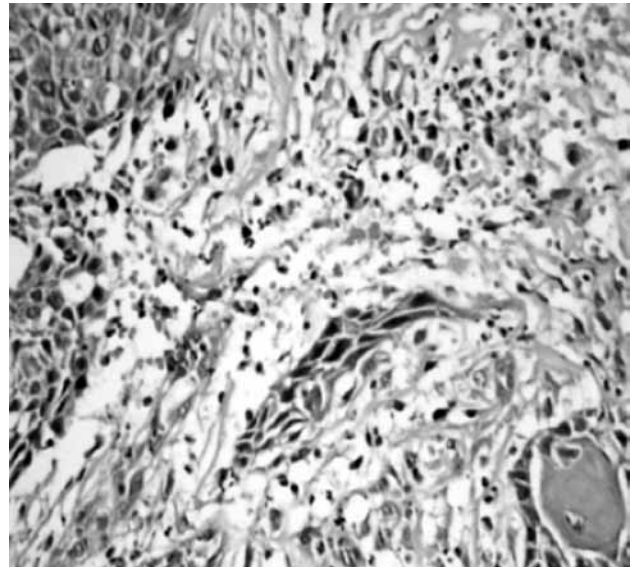
Hastanın endoskopik muayenesinde sol vokal kord 1/3 ön kısımda yaklaşık 3 cm çaplı üzeri düzensiz polipoid görünümlü lezyon vardı (Şekil 1). Her iki vokal kord hareketli idi. Hastanın boyun muayenesinde palpasyonla ele gelen lenfadenopatisi yoktu. Çekilen boyun bilgisayarlı tomografisinde sol vokal kord üzerinde

endoskopik muayenesinde saptanan kitle dışında patoloji saptanmadı. Hasta yapılacak işlem hakkında bilgilendirildi ve bilgilendirilmiş onam formu alındı. Çalışma Helsinki Deklarasyonu ilkeleri uyarınca gerçekleştirildi.

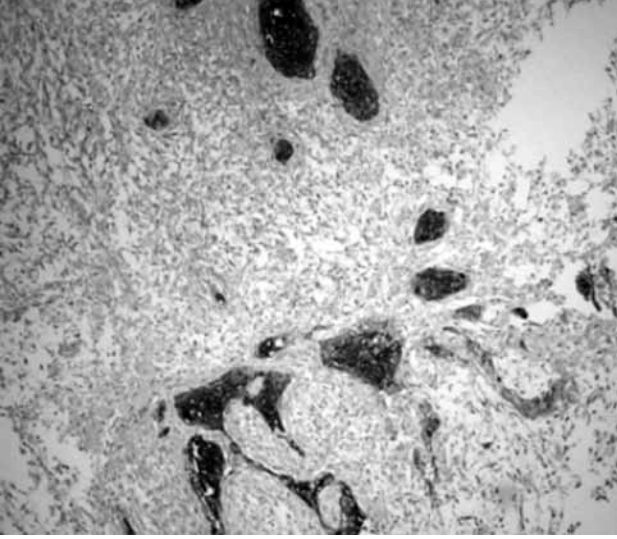
Mevcut bulgularla hastaya direkt larengoskopi eşliğinde eksizyonel biyopsi ameliyatı planlandı. Oral entübasyon başarısızlığı öyküsü olduğu için ameliyat öncesi hastadan trakeotomi ve açık cerrahi (larengofissür) işlem için onam alındı. Girişim sırasında denenen oral entübasyon başarısız olunca trakeotomi işlemi gerçekleştirildi. Larenksin anatomik yapısı nedeni ile direkt larengoskopide lezyona tam olarak hakim olunamadı. Bunun üzerine larenksteki lezyona larengofissür tekniğiyle ulaşıldı. Lezyon sol vokal kord 1/3 ön yüzünden kaynaklanıyordu ve geniş bir sapı vardı. Eksizyonel biyopsi şeklinde lezyon çıkarıldı. Malignensi ihtimali göz önünde bulundurularak hasta patoloji sonucu çıkana kadar dekanüle edilmedi. Beş gün sonra patoloji sonucu "iğsi hücreli karsinom" olarak bildirildi. Tümörün büyük çoğunluğu sıklıkla ülsera yüzeyle polipoid yapıda olup epitelyal ve iğsi alanları birlikte bulundurmaktadır (Şekil 2). Yassı hücre komponenti tümörün küçük bir oranını oluşturur (Şekil 3). Ana kısmı ise iğsi komponent oluşturur. Bu alanlar vimentin ile pozitif boyanır, %30 olguda keratinin negatiftir (Şekil 4). Uzak metastaz için gerekli incelemeler yapıldı ve hasta T₁N₀M₀ iğsi hücreli larenks karsinomu



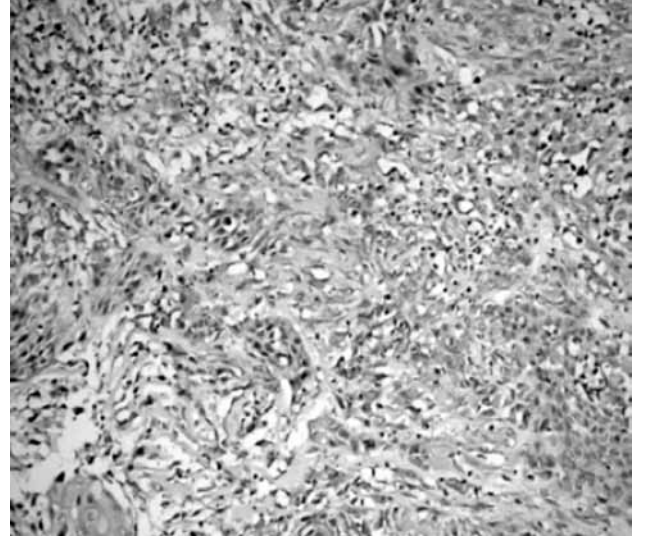
Şekil 1. Ameliyat öncesi sol vokal kordda polipoid görünümlü lezyonun endoskopik görüntüsü.



Şekil 2. Tümörde epitelyal ve iğsi alanların birlikte görünümü (H-E x 400).



Şekil 3. Epitelyal membran antijeninin epitelyal alanlarda pozitifliği (Streptavidin-Peroksidaz x 200).



Şekil 4. İğsi alanlarda vimentin pozitifliği. (Streptavidin-Peroksidaz x 200).

olarak değerlendirildi ve hastaya larengofissür tekniğiyle daha önce yapılmış olan kesiler kullanılarak sol kordektomi ameliyatı gerçekleştirildi. Ameliyat sonrası birinci günde dekanüle edilen hasta ameliyat sonrası üçüncü günde taburcu edildi. Hastanın kordektomi sonrasındaki patoloji raporunda cerrahi sınırlarda tümör negatif olarak bildirildi. Hastanın bir yıllık takiplerinde nüksle karşılaşmadı ve mevcut haliyle düzenli aralıklarla kontrol edilmek üzere takibe alındı.

TARTIŞMA

İğsi hücreli karsinom larenksin oldukça nadir görülen, yüksek dereceli bir malignensidir.^[3] İğsi hücreli karsinom erkeklerde kadınlara oranla 12 kat daha fazla görülmekte ve görülme sıklığı genellikle hayatın 6. ve 7. dekatlarında pik yapmaktadır.^[9] Etyolojide sigara, alkol kullanımı, kronik travma ve boyna alınmış radyoterapi öyküsü suçlanmaktadır.^[3] Hastamız literatür ile uyumlu olarak yaklaşık 24 yıl günde bir paket sigara kullanımı öyküsü olan 54 yaşında bir erkek idi. Hastamızın larenks anatomisinin iki kez oral entübasyon girişimine izin vermesi nedeniyle yapısal anomali olabileceği ve bu anormal yapıli larenksin konuşma sırasında uzun yıllar sesi kötü kullanma ile birlikte vokal kordlarda kronik mikrotravmalara neden olmuş olabileceği düşünüldü ve bu durum bize etyolojide öncelikle kronik travma faktörünün de suçlanabileceğini düşündürdü.

Hayms ve ark.^[10] 39 olguluk, Lewis ve ark.^[12] ise 26 olguluk çalışmalarında iğsi hücreli karsinomların larenksin en sık glottik bölgesinden kaynak aldığını bildirmişlerdir. Bizim olgumuzda da tümör sol vokal kordun ön kısmından kaynaklanıyordu ve bu durum literatür ile uyumlu bulundu.

İğsi hücreli karsinomun tanısı yassı hücre komponenti ve sarkomatöz görünümlü iğsi hücrelerinin birlikte olduğunun histolojik olarak gösterilmesiyle konulur.^[5] Işık mikroskobu ile yaygın iğsi hücre alanları ile arada yassı hücreli karsinom alanlarının görünümü tümör tanısı için karakteristiktir.^[11] Elektron mikroskopisi ve immünohistokimyasal çalışmalar, epitelyal kökenin diferansiyasyonu veya transformasyonu ile iğsi hücre morfolojisinin tanıda oldukça değerli olduğunu ortaya koymuştur.^[11,12] Hellquist ve Olofsson^[13] elektron mikroskopik olarak yapmış oldukları bir çalışmada, iğsi hücrelerin bazı epitelyal karakteristiklere sahip olduğunu göstermişlerdir. İğsi hücreli karsinomun tanısı, özellikle yüzeyel mukoza ülserine olduğunda veya tümör belirgin bir yassı komponentten yoksun olduğunda oldukça zordur. Polipoid varyantlarda yaygın yüzeyel nekroz sıklığı; yüzeyel biyopsilerde tümörün epitelyal komponentine ait belirti sıklıkla yoktur ve sadece tümörün marjini veya tabanında bulunabilir.^[8] Bizim olgumuzda tümör polipoid yapıda idi ve histopatolojik olarak yaygın iğsi hücre alanları ile arada yassı hücre karsinom alanları vardı.

İğsi hücreli karsinom lokal nükse, rejyonel lenf noduna ve uzak metastaz eğilimi yüksek bir tümördür. Büyüme hızı yüksektir ve genellikle polipoid görünümündedir. Bu tümörlerin çoğu polipoid ya da saplı tümörler olup tanı konulduğunda genellikle 2 cm'den küçüktürler.^[8] Tümörün küçük boyutta polipoid ve glottiste yerleşik olmasına rağmen erken sistemik metastaz yaptığı bildirilmiştir.^[9] Yine Thompson ve ark.^[9] araştırdıkları 187 olguluk bir seride olguların %45'inde lokal metastaz tespit edilmiş ve metastazların büyük bir kısmının epitelial komponentten kaynaklandığı bildirilmiştir. Olgumuzda tümör literatürle uyumlu olarak saplı ve polipoid görünümde idi. Bir yıllık takipte lokal ve uzak metastaz saptanmadı. Hastanın yakın takipleri tarafımızdan halen düzenli olarak yapılmaktadır.

İğsi hücreli karsinom, yassı karsinomdan daha agresif klinik seyir gösterebilir.^[9] Lambert ve ark.^[14] yaptıkları çalışmalarında üç-yıllık sağkalım oranını %90 olarak bildirmişlerdir. Prognoz tümörün yerleşim yerine, tümörün boyutuna, metastaz durumuna ve radyoterapi öyküsü varlığına bağlıdır.^[14] Epitelial komponentin dominant olması, tümör boyutunun 3 cm'den büyük olması, glottis dışı yerleşim yeri, vokal kord fiksasyonu olması kötü prognostik faktörlerdir. Larengeal yerleşimli tümörler hipofarengeal yerleşimli tümörlerden daha iyi prognoza sahiptir.^[4,8] Benzer şekilde Leventon ve Evans^[7] baş-boyun mukozal sarkomatoid karsinomlarında majör prognostik faktörün tümörün yüzeysel veya invaziv olup olmaması olduğunu ileri sürmüşlerdir. Olgumuzda tümör polipoid yapıda, iğsi hücre komponenti dominant, boyutu yaklaşık 3 cm ve sol vokal kordda yerleşik idi ancak kord fiksasyonu mevcut değil idi.

Tedavide en etkili yöntem cerrahi tedavidir.^[4,15,16] Radyoterapinin etkinliği konusunda çeşitli görüş ayrılıkları vardır. Hyams,^[10] 20 olguluk serisinde tek başına radyoterapi ile beş yıllık yaşam oranını %60 olarak bildirmiştir. Ancak Ballo ve ark.^[16] glottik erken evre iğsi hücreli karsinomlarda radyoterapinin yassı hücreli karsinomda olduğu gibi etkili olduğunu bildirmişlerdir. Yine Giordano ve ark.^[15] da iki olguluk serilerinde tek başına radyoterapi ile 4 ve 8 yıllık sağkalım süresi elde ederek radyoterapinin etkili olduğunu öne sürmüşlerdir.

Özetle iğsi hücreli karsinom larenksin nadir görülen bir tümörü olup özellikle ses kısıklığı yakınması ile başvuran ve muayenede polipoid kitle görünümü tespit edilen hastalarda akla getirilmelidir. Tedavi seçiminde hastanın genel durumu ve prognostik göstergeler göz önünde tutulmalı ve tedavi sonrası uzun süreli bir takip esas olmalıdır.

Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Kumar V, Cotran RS, Robbins SL. Robbins Pathologic Basic Pathology. 7th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 2003.
2. Kirchner JA, Carter D. Pathology of the larynx. In: Mills SE, editor. Sternberg's Diagnostic Surgical Pathology. Vol. 2. 4th ed. Noida: Gopson Papers Ltd; 2004. p. 1007-32.
3. Kriskovich MD, Harnsberger HR, Haller JR. Spindle cell carcinoma of the larynx. Ann Otol Rhinol Laryngol 1998;107:436-8.
4. Olsen KD, Lewis JE, Suman VJ. Spindle cell carcinoma of the larynx and hypopharynx. Otolaryngol Head Neck Surg 1997;116:47-52.
5. Katase N, Tamamura R, Gunduz M, Murakami J, Asami J, Tsukamoto G, et al. A spindle cell carcinoma presenting with osseous metaplasia in the gingiva: a case report with immunohistochemical analysis. Head Face Med 2008;4:28.
6. Ophir D, Marshak G, Czernobilsky B. Distinctive immunohistochemical labeling of epithelial and mesenchymal elements in laryngeal pseudosarcoma. Laryngoscope 1987;97:490-4.
7. Leventon GS, Evans HL. Sarcomatoid squamous cell carcinoma of the mucous membranes of the head and neck: a clinicopathologic study of 20 cases. Cancer 1981;48:994-1003.
8. Kriskovich MD, Harnsberger HR, Haller JR. Spindle cell carcinoma of the larynx. Ann Otol Rhinol Laryngol 1998;107:436-8.
9. Thompson LD, Wieneke JA, Miettinen M, Heffner DK. Spindle cell (sarcomatoid) carcinomas of the larynx: a clinicopathologic study of 187 cases. Am J Surg Pathol 2002;26:153-70.
10. Hyams VJ. Spindle cell carcinoma of the larynx. Can J Otolaryngol 1975;4:307-13.
11. Lichtiger B, Mackay B, Tessmer CF. Spindle-cell variant of squamous carcinoma. A light and electron microscopic study of 13 cases. Cancer 1970;26:1311-20.

12. Lewis JE, Olsen KD, Sebo TJ. Spindle cell carcinoma of the larynx: review of 26 cases including DNA content and immunohistochemistry. *Hum Pathol* 1997;28:664-73.
13. Hellquist H, Olofsson J. Spindle cell carcinoma of the larynx. *APMIS* 1989;97:1103-13.
14. Lambert PR, Ward PH, Berci G. Pseudosarcoma of the larynx: a comprehensive analysis. *Arch Otolaryngol* 1980;106:700-8.
15. Giordano AM, Ewing S, Adams G, Maisel R. Laryngeal pseudosarcoma. *Laryngoscope* 1983;93:735-40.
16. Ballo MT, Garden AS, El-Naggar AK, Gillenwater AM, Morrison WH, Goepfert H, et al. Radiation therapy for early stage (T1-T2) sarcomatoid carcinoma of true vocal cords: outcomes and patterns of failure. *Laryngoscope* 1998;108:760-3.