

ERKEN EVRE GLOTTİK KANSERLERDE FRONTO-LATERAL LARENJEKTOMİ VE EPİGLOTTİK LARİNGOPLASTİ

FRONTO-LATERAL LARYNGECTOMY AND EPİGLOTTİK LARYNGOPLASTY İN EARLY STAGED GLOTTİK CANCER

Levent OLGUN
Sezaver ALPER

Gürol GÜLTEKİN
Zafer ERYILMAZ

Tolga KANDOĞAN

SSK İzmir Eğitim Hastanesi KBB Kliniği / İZMİR

Anahtar Sözcükler: Frontolateral larenjektomi, epiglottik laringoplasti, Tucker, larinks kanseri
Key Words: Frontolateral laryngectomy, epiglottic laryngoplasty, Tucker, larynx cancer

ÖZET

Bu çalışma, Ocak 1992- Ocak 2003 yılları arasında larinks kanseri nedeniyle fronto-lateral larenjektomi ve epiglottik laringoplasti ile rekonstrüksiyon yapılan 81 olgu üzerinde gerçekleştirilmiştir. Olguların 12 tanesinde T2N0M0, 69 tanesinde ise T1bN0M0 glottik kanser mevcuttu. Olguların 16'sında ameliyat esnasında bir aritenoid feda edilmiş, 65'inde ise aritenoidler korunmuştur. Bu şekilde frontolateral larenjektomili (n=65) ve genişletilmiş frontolateral larenjektomili (n=16) hastalar olmak üzere 2 grup oluşturulmuştur. Tüm olgularda Tucker yöntemiyle epiglottik pull-down yapılarak operasyon defekti rekonstrükte edildi. Olguların dekanülman süresi ve oral beslenmeye geçiş süreleri karşılaştırıldı. Bu 2 hasta grubunun oral beslenmeye geçiş ve dekanülman süreleri arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur. Hiçbir olguda aspirasyona ilişkin problem olmamış ve dispne gelişmemiştir. Frontolateral larenjektomi ve genişletilmiş frontolateral larenjektomi yapılan olgularda epiglottik larengoplasti yöntemi, larinks yapılarının tek seansta rekonstrüksiyonunu sağlaması, kısa sürede oral beslenmeye geçiş, kısa sürede dekanüle edilebilmesi, iyi bir ses kalitesi sağlaması ve minimal morbiditeye neden olması gibi avantajları ile seçkin bir larengal rekonstrüksiyon yöntemidir.

SUMMARY

This study was conducted on 81 larynx carcinoma patients who were treated surgically from January 1992 until January 2003 with frontolateral laryngectomy and epiglottic laryngoplasty. 12 patients had T2N0M0 and 69 patients had T1bN0M0 glottic carcinomas. In 16 of them, one arytenoid was sacrificed and in the remaining 65 patients, both arytenoids were preserved. So, 2 groups, frontolateral laryngectomized (n=65) and extended frontolateral laryngectomized (n=16) were described.

Surgical defects in all patients were reconstructed using epiglottic pull-down method as described by Tucker. Decanulation and oral feeding times were reviewed and compared. There is a statistically significant difference in oral feeding and decanulation times between this 2 groups. None of the cases had aspiration and dyspnea problems. Frontolateral laryngectomy and extended frontolateral laryngectomy with epiglottic pull-down method, with its advantages, such as reconstruction of the laryngeal structures in one stage, early oral feeding time, early decanulation, a satisfactory voice quality and minimal morbidity is a acceptable laryngeal reconstruction method.

GİRİŞ

Günümüzde en sık görülen baş boyun kanseri olan larinks kanseri tüm kanserlerin %2'sini oluşturmaktadır (1). En sık 45-75 yaşları arasında görülür ve erkeklerde daha sıktır (2). 1956 yılında erkek/kadın oranı 15/1 iken kadınlarda sigara içme alışkanlığının artması sonucu bu oran 4.5/1 olmuştur (3,4).

Larinks kanserli hastalara, tümörlerinin lokalizasyonuna ve evresine göre farklı tedavi prensipler uygulanmaktadır. Ameliyat, hem onkolojik açıdan güvenli olmalı, lokal kontrolleri ameliyat sonrası dönemde de rahatlıkla yapılabilir, hemde fonksiyonel açıdan rahat bir postoperatif dönem sağlamalıdır (5,6).

Larinksin fonasyon ve sfinkterik fonksiyonlarında krikoid kartilajın önemi büyüktür. Larinks kanseri cerrahisinde krikoid korunabildiği takdirde, değişik rekonstrüksiyon yöntemleriyle hastayı kanülsüz ve oral yoldan beslenir hale getirmek mümkün olabilmektedir. Onkolojik prensiplerden ödün vermeksizin krikoidi koruyabileceğimiz ameliyat teknikleri giderek yaygınlaşmıştır. Kuşkusuz modern görüntüleme yöntemleriyle tümör boyutlarının ameliyat öncesi belirlenebilmesi ve larinks kanserinin davranış şekilleri konusundaki bilgi birikimimizin artması bu yöntemlerin uygulanabileceği vaka sayısını giderek arttırmaktadır.

Ön komissürü tutan kord vokal tümörleri için frontolateral veya genişletilmiş frontolateral larenjektomi onkolojik olarak emin bir ameliyattır (7,8). Defektin tamirinde Tucker tarafından popülerize edilen epiglottik laringoplasti veya epiglottik pull-down, rekonstrüksiyon açısından en uygun yöntemlerden biridir. (7,9).

Bu çalışmada amacımız frontolateral larenjektomi ve epiglottik laringoplasti uyguladığımız larinks kanserli vakaların uzun dönem sonuçlarının bildirilmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma Ocak 1992- Ocak 2003 tarihleri arasında, larinks kanseri nedeniyle frontolateral larenjektomi ve epiglottik laringoplasti yapılan 96 olgudan en az 6 aylık izlem süresini tamamlamış olan 81 olgu üzerinde gerçekleştirilmiştir. Olguların yaşları 33 ile 67 arasında değişmektedir. Olguların 79'u erkek 2'si kadındır.

Olguların 12 tanesinde T2N0M0, 69 tanesinde ise T1bN0M0 glottik lezyon mevcuttu. Olguların 16'sında ameliyat esnasında bir aritenoid feda edilmiş, 65'inde ise aritenoidler korunmuştur. Bu şekilde frontolateral

larenjektomili (n=65) ve genişletilmiş frontolateral larenjektomili (n=16) hastalar olmak üzere 2 grup oluşturulmuştur.

Tüm olgularda rekonstrüksiyon, Tucker'ın epiglottik laringoplasti yöntemiyle yapılmıştır. Aritenoidin eksize edildiği vakalarda nasogastrik sonda konulmuş, tüm olgularda kafsız trakeotomi kanülü yerleştirilerek ameliyata son verilmiştir.

Hastalar, oral beslenmeye geçiş süresi, dekanülman süresi, geç komplikasyonlar, nüks ve metastaz yönünden izleme alınmıştır. İzlem süresi en az 6 ay, en çok 10 yıldır. Hastaların oral beslenmeye geçiş ve dekanülman süreleri karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırmada Independent samples T-Test kullanılmıştır. (p≤0,05)

BULGULAR

Oral beslenmeye geçiş ve dekanülman süreleri Tablo 1'de görülmektedir. Bu 2 hasta grubunun oral beslenmeye geçiş ve dekanülman süreleri arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur (p≤0,05). Hiçbir olguda aspirasyona ilişkin problem olmamış ve dispne gelişmemiştir. Olguların 6 ay-10 yıl sonraki kontrollerinde 1 olgunun lokal nüks nedeniyle tamamlayıcı total larenjektomi yapılmasına rağmen uzak metastaz nedeniyle kaybedildiği, diğer olgularda lokal nüks veya metastaz olmadığı tesbit edildi. 2 olguda tümör dışı nedenlerle ex olmuştur.

TARTIŞMA

Yeterli bir hava yolu ve tatminkar bir ses kalitesinin sağlanabilmesi için eksize edilen larengeal dokuların bir şekilde rekonstrüksiyonu gerekmektedir. Bunun için sternohyoid kas fleplerinden septal kıkırdağa, Conley'in cilt fleplerinden vaskülarize muskulokutane greftlere kadar değişik yöntemler önerilmiştir. Frontolateral larenjektomi ilk defa Leroux-Robert tarafından denenmiştir (6). Frontolateral larenjektomiden sonra defektin onarımında ilk kez 1965'de Sedlacek tarafından ortaya atılıp, Kambic tarafından geliştirilen, daha sonra da Tucker'ın popülerize ettiği epiglottik laringoplasti, T1b ve uygun T2 vokal kord tümörlerinde ameliyat sonu oluşacak defektin rekonstrüksiyonunda güvenilir, kolay uygulanabilir, fonatuar ve sfinkterik fonksiyonlar açısından tatminkar sonuçlar veren bir yöntemdir (7,8,10,11,12). Fronto-lateral larenjektomi, glottik T1 ve T2 tümörler için oldukça iyi bir tedavi seçeneğidir ve radyoterapiye tercih edilmektedir. (13-16).

Schroder ve arkadaşları fronto-lateral larenjektomi ve epiglottik laringoplasti sonrası dönemde laringokutanöz fistül izlemişlerdir (17). Bunun dışında ciddi bir komplikasyonla karşılaşmamışlardır. Tüm hastaları ameliyat sonrası ortalama 10. günde oral beslenmeye geçmiş ve 17. günde de dekanüle olmuşlardır. Schroder ve arkadaşları, bu cerrahinin radyoterapi veya ameliyat sonrası lokal nükslerin tedavisinde de kullanılabileceğini ileri sürmüşlerdir.

Nong ve arkadaşları bu tekniği, oluşan neoglottisin geniş olması ve bu yüzden aspirasyon riskinin fazla olduğu ve ses kalitesinde kötü olduğu gerekçesiyle modifiye etmişlerdir (18). Bu modifikasyonda; epiglotun lateral kenarı aryeepiglottik plika ile beraber krikoid kartilajın aritenoid bölgesine sütüre edilerek bir neo-aritenoid oluşturulmuştur. Epiglotun diğer lateral kenarı aryeepiglottik plika ile beraber vokal kord ve bantların kesildiği bölgeye sütüre edilmiş ve böylece epiglotun her 2 kenarı aryeepiglottik plika ile beraber glottik seviyeye indirilmiştir. Böylece yeni bir psödo-kord meydana getirilmiştir. Epiglotun anterior yüzüne, mukoperikondriumun laringeal yüzü korunmak suretiyle bir kartilaj kesisi yapılarak ta yeni bir ön komissür oluşturulmuştur. Nong ve arkadaşları, 19 vakalık modifiye epiglottik laringoplasti serilerinin sonuçlarının, aspirasyon ve fonasyon açısından daha iyi sonuçlar verdiğini ileri sürmüşlerdir.

1992-2003 yılları arasında kliniğimizde klasik frontolateral larenjektomi ve epiglottik pull-down rekonstrüksiyon tekniğini uyguladığımız olgularda erken oral beslenme, erken dekanülman ve elde edilen ses kalitesi yöntemin değerini destekler niteliktedir.

Her iki aritenoidin korunduğu 65 vakada en geç 8. günde oral beslenmeye geçilebilmiş olması, postoperatif morbidite açısından büyük bir avantajdır. 1 aritenoidin

spesimene dahil edildiği 16 vakada ortalama 12 gün içinde oral beslenmeye geçilebilmesi; diğer rekonstrüksiyon yöntemlerine üstünlük göstermektedir. Supraglottik yapıların sensoriel inervasyonunun korunmuş olmasının oral beslenmeye geçişte ve aspirasyonun önlenmesinde önemli olduğu açıktır. Aritenoidin eksize edildiği vakalarımızda başlangıçta görülen sıvı aspirasyonu en geç 3 hafta içinde normale dönmektedir. Hiçbir hastamızda akciğer problemi görülmemiştir.

Aritenoidin alınmadığı vakalarda 1-3 gün içinde dekanülmanın yapılabilmesi de büyük bir avantajdır. Bu durumun defektin epiglot ile onarılmasının bir sonucu olduğu söylenebilir. Mukoza ile örtülü yeterince sağlam bir materyal ile rekonstrüksiyon, postoperatif ödem, larenks içi krut, granülasyon ve skatris gibi problemlerin oluşmasını önlemektedir (7,8,12).

Yöntemin bir diğer avantajının da, her ne kadar objektif olarak ölçememiş olsak da, tatminkar bir ses kalitesinin elde edilmiş olması olduğunu düşünüyoruz. Olgularımızın 1-10 yıllık izlemleri sonucu web, skatris, granülom, ödem ve benzeri hiçbir lokal problem görülmemiştir. 1 vaka dışında, 81 vakanın hiçbirinde lokal nüks veya rejyonel ve uzak metastaz görülmemiştir.

SONUÇ

Frontolateral larenjektomi ve genişletilmiş frontolateral larenjektomi yapılan olgularda epiglottik larengoplasti yöntemi, larinks yapılarının tek seansta rekonstrüksiyonunu sağlaması, kısa sürede oral beslenmeye geçiş, kısa sürede dekanüle edilebilmesi, iyi bir ses kalitesi sağlaması ve minimal morbiditeye neden olması gibi avantajları ile seçkin bir larengeal rekonstrüksiyon yöntemidir.

KAYNAKLAR

1. Lee KJ. Essential Otolaryngology. 5. Edition Medical Examination Publishing Company. 1991; pp: 513, 537, 685
2. Becker W, Naumann HH, Pfaltz CR. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları 1. Baskı 1993; pp: 421-32
3. Paparella MM, Shrumrick DA, Gluckman JL, Meyerhof WL. Otolaryngology 3. Edition Saunders Company. 1991; (3),pp: 2307-65
4. Cummings CW, Frederickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE. Otolaryngology Head and Neck Surgery 1993. 2. Edition Mosby Company (1) pp:88; (3) pp:2122
5. Bron L, Brosard E, Monnier P, Pashe P. Supracricoid partial Laryngectomy with CHEP and CHP for Glottic and Supraglottic carcinomas. Laryngoscope 2000; (110): 627-634
6. Ömür M, Doğan Ö, Kaleli EÇ. Larenks Kanseri ve Boyun 1. Baskı 1990 pp: 249-250
7. Eliachar İ, Papay F, Tucker M.: Laryngotracheal reconstruction: Extended vertical partial laryngectomy.: Reconstruction combining epiglottoplasty and rotary door flap. Otolaryngol Clin North Am 1992; (24): 1367-1384

8. Piquet JJ, Chevalier D, Garcette L, Darras JA.: Les indications therapeutiques des cancers du plan glottique. J FR Oto Rhino Laryngol 1988; (37): 257-262
9. Piquet JJ, Chevalier D, Darras JA, Roux X.: Laryngectomie avec epiglottoplastie de Tucker. Ann Otol Laryngol (Paris) 1990; (107): 555-8
10. Tucker HM, Wood BG, Levine H, Katz R. Glottic reconstruction after near total laryngectomy. Laryngoscope. 1979; 89 (4): 609-18.
11. Dubreuil C, Mader JY, Morgona A.: La laryngectomi frontale anterieure reconstructive de Kambic-Tucker. J Fr ORL 1986; (35): 477-81
12. Perrin C, Brunet A, Apap E.: La laryngectomi frontale anterieure avec epiglottoplastie de glissement. Ann Otol Laryngol (Paris). 1987; (104): 277-9
13. Giovanni A, Guelfucci B, Gras R, Yu P, Zanaret M. Partial frontolateral laryngectomy with epiglottic reconstruction for management of early-stage glottic carcinoma. Laryngoscope 2001; 111 (4 Pt 1): 663-8
14. Schroder U, Eckel HE, Jungehulsing M, Thumfart W. Indications, technic and results following Sedlacek-Kambic-Tucker reconstructive partial resection of the larynx. HNO 1997; 45 (11): 915-22
15. Rucci L, Gallo O, Fini-Storchi O. Glottic cancer involving anterior commissure: surgery vs radiotherapy. Head Neck 1991; 13 (5): 403-10
16. Schwerdtfeger FP, Gosepath J. Long-term study following frontolateral partial larynx resection. Laryngorhinootologie 1990; 69 (7): 347-51
17. Schroder U, Eckel HE, Jungehulsing M, Thumfart W. Indications, technic and results following Sedlacek-Kambic-Tucker reconstructive partial resection of the larynx HNO. 1997; 45 (11): 915-22.
18. Nong HU, Mo W, Huang GW, Chen L, Guo YC. Epiglottic laryngoplasty after hemilaryngectomy for glottic cancer. Otolaryngol Head Neck Surg. 1991; 104 (6): 809-13.