

OLGU BİLDİRİMİ

## Endolarengeal Eksizyonla Tedavi Edilen Larenks Kondrosarkomu: Olgu Sunumu

Osman DURGUT<sup>1</sup>, Özlem SARAYDAROĞLU<sup>2</sup>, Metin Yüksel AKYILDIZ<sup>3</sup>,  
Fikret KASAPOĞLU<sup>4</sup>, Ömer Afşin ÖZMEN<sup>4</sup>, Uygur Levent DEMİR<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, Bursa.

<sup>2</sup> Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Bursa.

<sup>3</sup> Darende Hulusi Efendi Devlet Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, Malatya.

<sup>4</sup> Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Bursa.

### ÖZET

Kondrosarkomlar, larenksin nadir görülen malign tümörleridir ve sıklıkla krikoid kıkırdaktan kaynaklanır. Larenksin kondrosarkomları için genellikle kabul edilmiş tedavi şekli, larenks fonksiyonlarının korunduğu konservatif cerrahi yaklaşımlardır. Bu yazıda krikoid kartilajdan kaynaklanan larengeal kondrosarkomlu 61 yaşında erkek hasta literatür bilgisi eşliğinde sunulmuştur.

**Anahtar Sözcükler:** Larenks. Kondrosarkom. Endolarengeal eksizyon.

### Laryngeal Chondrosarcoma Treated with Endolaryngeal Excision: Case Report

#### ABSTRACT

Chondrosarcoma is rare laryngeal malignant tumor, and it most commonly originates from cricoid cartilage. A conservative surgical approach with laryngeal preservation of the laryngeal function is the treatment of choice for laryngeal chondrosarcomas. In this report, a case of a 61-year-old man with chondrosarcoma of the larynx that originated from the cricoid cartilage is presented with literature data.

**Key Words:** Larynx. Chondrosarcoma. Endolaryngeal excision.

Larengeal kondrosarkomlar, larenksin tüm malignitelerinin yaklaşık %0,5'ini oluştururlar. Genellikle 6-7 dekatta olmak üzere 30-90 yaşlar arasında görülebilmektedir.<sup>1</sup> Erkekler kadınlardan 3-4 kat fazla etkilenmektedir.<sup>1-3</sup> Etiyolojide rol oynayan faktörler tam olarak bilinmemektedir. Larengeal kıkırdaklarda özellikle kasların tutunma bölgelerinde yaşlanmayla meydana gelen ossifikasyon, baş-boyun bölgesine uygulanan radyoterapi ve teflon enjeksiyonu larengeal kondrosarkom gelişmesinde suçlanan faktörlerdendir.<sup>1-3</sup> En sık etkilenen bölgeler %75 oranında krikoid halka, bunu takiben tiroid ala (%17) ve daha nadiren aritenoid kıkırdaklar, kornikulat kıkırdaklar ve epiglottur

(%5).<sup>1-3</sup> Genellikle yavaş büyüyen ve larenkste daha az agresif davrandığı kabul edilen kondrosarkomlar kitle etkisine bağlı yakınmalarla kendilerini belli ederler.<sup>1-4</sup> Düşük metastatik potansiyele sahiptirler ancak lokal rekürrens eğilimi gösterirler.<sup>1-4</sup> Cerrahi olarak tümörün çıkarılması temel tedavi yaklaşımıdır.<sup>1-3</sup> Tümörün yerleşim yerine ve büyüklüğüne bağlı olarak eksternal yaklaşımla veya direkt larengoskopi eşliğinde endolarengeal yolla eksizyon yapılabilir.<sup>1,3</sup>

Bu yazıda endolarengeal yolla eksizyon uygulanan bir larengeal kondrosarkom olgusu sunularak kıkırdak kökenli, lokal agresif bu tümörün klinik özellikleri, tanısal zorlukları ve tedavi yaklaşımları gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

\* 33. Türk Ulusal Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahi Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

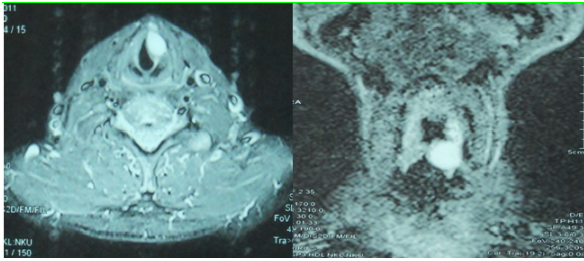
Geliş Tarihi: 09 Ocak 2016  
Kabul Tarihi: 25 Temmuz 2016

Dr. Osman DURGUT  
Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Kulak Burun Boğaz Kliniği,  
Bursa.  
Tel: (0224) 360 50 50  
e-posta: durgutosman@yahoo.com

### Olgu Sunumu

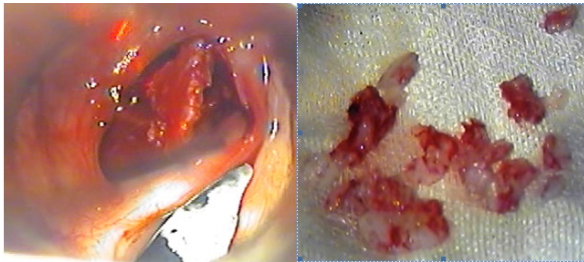
61 yaşında erkek hasta, 5 aydır olan ses kısıklığı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın indirekt larengoskopik muayenesinde sol vokal kordda dolgunluğa neden olan ve subglottise uzanan kitle lezyonu saptandı. Kitlenin üzerini örten mukoza intaktı. Baş boyun muayenesinde palpe edilebilir lenf nodu saptan-

madı. Boyun MR görüntülemesinde sol vokal kord lokalizasyonunda düzgün konturlu 18x16x10 mm boyutlarında düzgün duvara sahip sınırları düzenli destrüksiyon oluşturmeyan kitle lezyonu izlendi. Kitlenin sol vokal kordun inferioruna doğru uzanım gösterdiği ve hava sütununu sol anterolateralden daralttığı saptandı (Şekil 1). Hasta bilgilendirilerek onamı alındıktan sonra endolarengeal eksizyonla tedavi uygulanmasına karar verildi. Direkt larengoskopide kitlenin sol vokal kordda ve sol subglottik alanda dolgunluğa sebep olduğu görüldü. Sol kord superior laterale boylu boyunca yapılan insizyon sonrası krikoid kırık kaynaklı olduğu düşünülen kırık yapıdaki kitle lezyonu debulking şeklinde çıkarıldı. Makroskopik olarak bir araya getirildiğinde 1,8x1,6 cm çapında, sedifi-beyaz renkte, sert kıvamda, nodüler yapıda, parçalı doku örnekleri gözlemlendi (Şekil 2). Güvenli cerrahi sınırlar oluşturup larenksin fonksiyonel yapısı korunarak kitlenin tamamını çıkarmak mümkün oldu. Hastadan intraoperatif frozen section için gönderilen materyal kondroid tümör olarak değerlendirildi. Tanı parafin kesitler sonrası düşük dereceli kondrosarkom olarak konuldu. Mikroskopik olarak fokal alanlarda sellülarite artışı izlenen tümöral dokuda bir lakün içinde birden fazla kondrosit varlığı ve hücrelerde hafif pleomorfizm tespit edildi. Ayrıca bazı hücrelerde mitotik figürler dikkati çekti (Şekil 3). Postoperatif 1 aylık takipte endoskopik larenks muayenesinde komplikasyon veya nüks bulgusu saptanmadı.



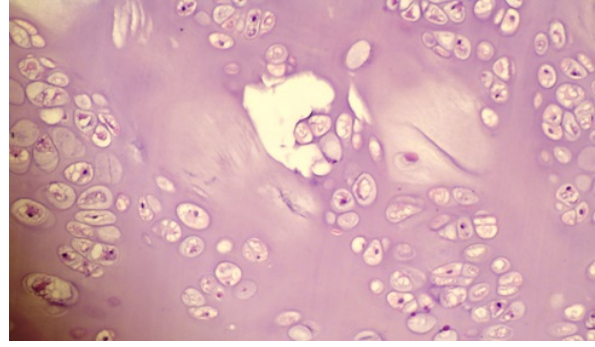
Şekil 1.

*Preoperatif Boyun Mr görüntülemesinde sol vokal kord lokalizasyonunda düzgün konturlu 18x16x10 mm boyutlarında düzgün duvara sahip sınırları düzenli destrüksiyon oluşturmeyan kitle lezyonu. Solda aksiyal kesit, sağda koronal kesit.*



Şekil 2:

*Peroperatif kitle çıkarılırken ve çıkarıldıktan sonraki görüntüsü*



Şekil 3.

*Hafif atipi gösteren kondroid hücreler (HEX100)*

## Tartışma

Kondrosarkomlar larenksin nadir görülen kırık tümörleri olup literatürde günümüze dek yaklaşık 300 olgu bildirilmiştir.<sup>5,6</sup> Literatürdeki vakaların çoğu 50-80'li yaşlar arasındadır. Erkek kadın oranı 3-4/1'dir.<sup>5,6</sup> Ortalama tanı yaşı 64-66 yıllar arasındadır.<sup>5,6</sup> Bizim olgumuz 61 yaşında erkek olup literatürle uyumludur. Sıklıkla krikoid kartilajın posterior laminasından gelişir.<sup>4,6</sup> İkinci sıklıkla tiroid kartilajdan özellikle de inferolateral duvarından gelişir.<sup>4,6</sup> Aritenoidler ve epiglotta ender görülürler.<sup>4,6</sup> Sunulan olgumuzda kitle krikoid kırıkdaktan kaynaklanmaktaydı.

Kesin olarak kanıtlanmış bir etyolojik ajan olmasa da teflon enjeksiyonu sonrası, baş boyuna radyoterapi sonrasında ortaya çıktığı bildirilmiştir.<sup>1,2,6</sup> Sigara ile ilişkisi de net olmayıp larengeal kondrosarkomlu hastaların ancak 3'te 1'inde sigara öyküsü mevcuttur.<sup>6</sup> Diğer önemli bir noktada kondrosarkomlar sıklıkla kondromlarla ilişkili olabilmektedir.<sup>6</sup>

Larenks yerleşimli kondrosarkomlar, vücudun diğer yerlerinde yerleşim gösteren kondrosarkomlara göre klinik olarak daha benign seyirlidirler ve daha yavaş büyürler.<sup>1,6</sup> Klinik belirtiler tümörün büyüklüğü ve yerleşim yeri ile ilişkilidir. Ses kısıklığı, hava yolu obstrüksiyonu, nefes darlığı, yutma güçlüğü ve bo-yunda kitle gibi semptomlarla ortaya çıkmaktadırlar.<sup>5</sup> Ses kısıklığı en yaygın ortaya çıkan semptomdur. Vokal kord paralizisi krikoaritenoid eklem fiksasyonundan veya rekürren sinirin tutulmasından kaynaklanabilir.<sup>5, 7</sup> Bazı olgularda bası nedeniyle vokal kord paralizisi de görülebilir.<sup>4</sup> Bizim hastamızda da 5 aydır olan ses kısıklığı şikayeti mevcuttu.

Kondrosarkomlar yavaş büyüyen tümörler olup tümörün davranışı nedeniyle tanı koymakta güçlüklerle karşılaşılır. Tanı genelde klinik, histolojik ve radyolojik değerlendirme sonucunda konur. Fizik muayenede submukozal bir larenks kitlesi, vokal kord paralizisi, subglottik bir daralma görülebilir.<sup>1,2,5,6</sup> Bizim hastamızda normal mukoza altında subglottik bölgede daralma, sol kordda dolgunluk yapan ve kord vokal hareketlerini kısıtlamayan kitle tespit edildi. Özellikle

## Larenks Kondrosarkomu: Olgu Sunumu\*

tiroid kıkırdak kaynaklı kondrosarkom olgularında servikal bölgede kitle saptanabilir.<sup>5</sup> İdeal radyolojik görüntüleme kontrastlı BT ile yapılır.<sup>1,2,6</sup> Boyun manyetik rezonans görüntülemesi tanıda yardımcı diğer bir radyolojik tetkiktir.<sup>1,2,6</sup> Radyolojik olarak lokal destrüktif kalsifikasyon ve popcorn görünümü olan kondroid yapı izlenir.<sup>1,2,6</sup> Burada sunulan olgunun BT'sinde; lümeni sol kesimden daraltan glottik – subglottik tümöral kitlede belirgin tiroaretonid kas invazyonu saptanmamıştır. Paraglottik alan invaze olarak değerlendirilmiştir. MR görüntüleme de ise sol vokal kord lokalizasyonunda düzgün konturlu 18x16x10 mm boyutlarında destrüksiyon oluşturmaya santralinde kistik komponent bulunan lezyon dikkati çekmiştir (Resim 1).

Tanı için direkt larengoskopi yapılarak biyopsi alınmalıdır. Tümörün sert olmasından dolayı biyopsi güç olabilir, ancak tanı için şarttır. Ayrıca biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesinde, kondroma ile karışabilir.<sup>2</sup> Kondrosarkom tanısında histolojik malignite kriterleri dikkatle araştırılmalıdır. Büyük, tumbul ve binükleer hücreler, hiperkromazi, nükleer pleomorfizm ve dev tümör hücrelerinin izlenmesi önemlidir. Ancak nükleer atipi alanları az veya küçük olabilmektedir. Özellikle düşük dereceli kondrosarkomlarda geniş alanlarda benign bir görünüm olabilir ve nükleer irilik dışında, pleomorfizm gösteren foküsler görülmeyebilir. Nükleer atipi prognostik açıdan önemli bir bulgudur. Özellikle kondrosarkomların kondromlarla ayırıcı tanısında önem kazanmaktadır. Kondrosarkomlarda izlenen nükleer atipi kondromlarda görülmemektedir.<sup>8</sup> Bizim olgumuzda intraoperatif frozen section için gönderilen materyal kondroid tümör olarak raporlanmış, tanı doku işlemi sonrası konulabilmiştir (Şekil 3).

Larengeal kondrosarkomların yaygın olarak kabul edilen tedavisi yeterli güvenli sınırı sağlayacak şekilde sağlam dokuyu da içeren geniş cerrahi eksizyondur.<sup>1,2,6</sup> Mümkün olduğunca fonksiyonel yaklaşımlar tercih edilmelidir. Düşük dereceli kondrosarkomlar genellikle parsiyel larenjektomi veya endoskopik rezeksiyonla tedavi edilir.<sup>1,2,6,9</sup> Total larenjektomi histolojik ya da klinik olarak agresif lezyonlar ya da kriokoid kıkırdığın yarısından fazlasını kapsayan tümörlerde önerilmektedir.<sup>10</sup> Radyoterapi ve kemoterapi genellikle etkisiz olarak kabul edilmekle birlikte sadece radyoterapiyle tedavi edilen olgular da bildirilmiştir.<sup>11</sup>

Literatürde konservatif cerrahi sonrası rekürrens oranları %18'den %65'e kadar değişmektedir. Bu oran subtotal veya total larenjektomi gibi daha geniş eksizyon sonrası %3-10'a kadar düşmektedir.<sup>1,3,7</sup> Rekürrenslerin yüksek gradeli ve tiroid kıkırdak kaynaklı kondrosarkomlarda daha sık olduğu ileri sürülmektedir.<sup>1,3,7</sup> Lokal rekürrens gelişse bile cerrahi eksizyonlar tekrarlanabilmektedir. Bu durumun uzun dönem hayatta kalım üzerine etkisinin olmadığı belirtilmektedir.<sup>9,12</sup> Konservatif cerrahi sonrası rekürrens oranlarının yüksek olmasından dolayı bizim olgumuza yakın takip

önerildi. Beş yıllık sağ kalım oranları %90'dır.<sup>7</sup> Boyun diseksiyonu sadece radyolojik olarak lenfadenopati varlığı söz konusu ise endikedir.<sup>7</sup>

Kondrosarkomlar genelde metastaz yapmaz olarak bilirse de bu oran bazı serilerde %12-15 arasında bildirilmiştir.<sup>1</sup> En sık akciğer ve servikal lenf nodlarına metastaz yapar.<sup>7</sup> Dalak, böbrek, karaciğer ve kemik metastazı yapmış olgular bildirilmiştir.<sup>1,2</sup> Bizim olgumuzda da uzak organ ve boyun metastazı saptanmadı.

**Sonuç olarak** laringeal kondrosarkomlar nadir görülen, ancak rekürrense eğilimli ve az da olsa metastaz yapma olasılığı olan malign tümörler olup, özellikle düşük dereceli olanlarının kondromlarla ayırımı önem kazanmaktadır. Kesin tanı klinik, radyolojik ve patolojik bulgular birlikte değerlendirilerek konulur. Lezyonun lokalizasyonu ve büyüklüğü göz önüne alınarak, konservatif cerrahi mümkün olan olgularda parsiyel cerrahi yapıp, hasta yakın takibe alınmalıdır. Parsiyel cerrahi ile tümörün çıkarılması mümkün olmayan olgularda total larenjektomi yapılmalıdır.

## Kaynaklar

1. Thompson LD, Gannon FH. Chondrosarcoma of the larynx: a clinicopathologic study of 111 cases with a review of the literature. *Am J Surg Pathol* 2002;26(7):836-51.
2. Baatenburg de Jong RJ, van Lent S, Hogendoorn PC. Chondroma and chondrosarcoma of the larynx. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2004 Apr;12(2):98-105.
3. Casiraghi O, Martinez-Madrigal F, Pineda-Daboin K, Mamelle G, Resta L, Luna MA. Chondroid tumors of the larynx: a clinicopathologic study of 19 cases, including two dedifferentiated chondrosarcomas. *Ann Diagn Pathol*. 2004 Aug;8(4):189-97.
4. Ibarrola C, Vargas J, de Agustin P. Laryngeal chondrosarcoma: fine needle aspiration (FNA) of unusual tumour. *Cytopathology* 1998;9(2):130-4
5. Bathala S, Berry S, Evans RA, Brodie S, Altaan O. Chondrosarcoma of larynx: review of literature and clinical experience. *J Laryngol Otol*. 2008 Oct;122(10):1127-9.
6. Sauter A, Bersch C, Lambert KL, Hörmann K, Naim R. Chondrosarcoma of the larynx and review of the literature. *Anticancer Res*. 2007 Jul-Aug;27(4C):2925-9.
7. Rinaldo A, Howard DJ, Ferlito A. Laryngeal chondrosarcoma: a 24-year experience at the Royal National Throat, Nose and Ear Hospital. *Acta Otolaryngol*. 2000 Sep;120(6):680-8.
8. Devaney KO, Ferfita A, Silver CE. Cartilaginous tumors of the larynx. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1995; 104:251-5
9. Oestreicher-Kedem Y, Dray TG, Damrose EJ. Endoscopic resection of low grade, subglottic chondrosarcoma. *J Laryngol Otol*. 2009 Dec;123(12):1364-6
10. Kozelsky TF, Bonner JA, Foote RL, Olsen KD, Kasperbauer JL, McCaffrey TV, Lewis JE, Grill JP. Laryngeal chondrosarcomas: the Mayo Clinic experience. *J Surg Oncol*. 1997 Aug;65(4):269-73.
11. Dailiana T, Nomikos P, Kapranos N, Thanos L, Papathanasiou M, Alexopoulou E, Papaioannou G, Kelekis DA. Chondrosarcoma of the larynx: treatment with radiotherapy. *Skeletal Radiol*. 2002 Sep;31(9):547-9.
12. Cohen JT, Postma GN, Gupta S, Koufman JA. Hemicoicodectomy as the primary diagnosis and treatment for cricoid chondrosarcomas. *Laryngoscope* 2003;113:1817-9

