

Bölüm 75

ERKEN EVRE LARİNK KANSERLERİ

Mahmut DEMİRTAŞ¹

GİRİŞ

Larinks, üst solunum yolunun en karmaşık kısmını oluşturur. Ses oluşumu gibi çok önemli bir fonksiyonunun yanında, solunum, yutma ve alt solunum yollarının korunması açısından hayati önem taşımaktadır (1).

Larinks kanseri, solunum yollarında akciğer kanseri ile birlikte en sık görülen kanserler arasındadır. Amerika'da, 2019 yılında tahminen 12410 yeni larinks kanseri vakası ve bu hastalığa bağlı yaklaşık 3760 ölüm öngörülmektedir (2-3). Larinks kanserinde Amerika'da 5 yıllık sağ kalım oranı (2009-2015) %60,3 olarak izlenmektedir (2-3). Erkeklerde kadınlara göre daha sık görülmektedir (4).

Anatomik ve fonksiyonel özellikleri nedeni ile larinks kanserinin tedavisi çeşitlilik göstermekte ve tartışmalar içermektedir Erken evre larinks kanserlerinde radyoterapi (RT) ve transoral lazer mikrocerrahisi (TLM) son dönemde açık cerrahilerin yerini alan ve sık kullanılan yöntemlerdir. Her iki yöntemle de mükemmel tümör kontrol oranları sağlanırken, fonksiyonel sonuçlar açısından bazı farklılıklar mevcuttur.

LARİNK KANSERİ

Larinks kanseri çoğunlukla vokal kordlardan kaynaklanan sıklıkla (%95'in üzerinde) yassı hücreli epitel kökenli tümörlerdir (5). Laringeal kanserler %50-60 glottik, %30-40 supraglottik, %5 ve altın-

da ise subglottik bölgeden köken almaktadır (5). Erken dönem tanı alındığında solunum ve sindirim sisteminin en çok tedavi edilebilir kanserleridir.

Larinks kanseri erkeklerde daha sık (Erkeklerde yüz binde 5,8 ve kadınlarda yüz binde 1,2) izlenmektedir (4). Irklar arasında da farklar gözlenmiştir. Afrika kökenli Amerikanlar, Kafkas ırklarına göre daha erken yaşta larinks kanserine yakalanmakta ve yüksek insidans ve yüksek mortalite oranları göstermektedir (4).

Epidemiyoloji

Amerika'da, 2019 yılında larinks kanseri olarak yaklaşık 12410 yeni vaka ve buna bağlı 3760 ölüm öngörülmektedir. Larinks kanserinde Amerika'da 2009-2015 yılları arası 5 yıllık sağ kalım oranı %60,3 olarak saptanmıştır. Larinks kanseri ne yazık ki son 40 yılda 5 yıllık sağ kalım oranları düşen (%66'dan %60'a) birkaç onkolojik hastalıktan birisidir (2-4). Bu durum, bu konuda daha fazla araştırma ve yeniliğe olan ihtiyacı vurgulamaktadır.

Larinks kanseri tanı anında, %54 primer bölgede sınırlı lokalize hastalık, %23 bölgesel lenf nodu tutulumu, %20 uzak metastaz ve %4 evrelenmemiş olarak izlenmektedir (2). (Şekil 1)

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, drmdemirtas@gmail.com

ba göre lokal kontrol oranlarının ciddi düşük olduğunu göstermiştir (31). T2 lezyonlarda, primer tümörün subglottik uzanımı lokal kontrolü kötü yönde etkilemektedir ve bu duruma özel dikkat gereklidir. T3, T4 ve lenf nodu tutulumu olan ileri evre kanserlerin tedavisi, kemoterapi ile eş zamanlı olarak RT gerektirir.

Özetle, fraksiyon başına daha yüksek doz verilmesi artmış lokal kontrol sağlarken, T1 ve T2 glottik tümörlerde ön komüssür tutulumuna özel dikkat gösterilmesi gerekir.

SONUÇ

Erken evre larinks kanserlerinde tek bir tedavi yöntemi uygulanarak yüksek oranda sağ kalım oranları elde edilebilmektedir. Disfoni, en yaygın sıkıntılardan birisidir ve yaşam kalitesini önemli derecede etkileyen bir durumdur. Larinks kanseri tedavisinin karmaşıklığı göz önüne alındığında, tüm hastalar multidisipliner bir ortamda kapsamlı bir değerlendirmeye tutulmalı ve uygun tedavi planına sahip olmalıdır. Bu hastalığı daha iyi anlamak ve daha iyiyi hedeflemek için daha fazla prospektif araştırmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Larinks kanseri, erken evre, tedavi yaklaşımları

Kaynakça

1. Deschler DG, Moore MG, Smith RV, eds. (2014). Quick Reference Guide to TNM Staging of Head and Neck Cancer and Neck Dissection Classification 4th ed. VA: American Academy of Otolaryngology- Head and Neck Surgery Foundation.
2. Cancer Stat Facts: Laryngeal Cancer 2019. National Cancer Institute. SEER Database. (2019) (20/08/2019 tarihinde <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/larynx.html> adresinden ulaşılmıştır.)
3. PDQ® Adult Treatment Editorial Board. PDQ Laryngeal Cancer Treatment (Adult). Bethesda, MD: National Cancer Institute. Updated <05/17/2019>. (20/08/2019 tarihinde <https://www.cancer.gov/types/head-and-neck/hp/adult/laryngeal-treatment-pdq> adresinden ulaşılmıştır) [PMID: 26389189]
4. Steuer CE, El-Deiry M, Parks JR, Higgins KA, Saba NF. An update on larynx cancer. *CA Cancer J Clin.* 2017 Jan;67(1):31-50. doi: 10.3322/caac.21386.
5. Mastronikolis NS, Papadas TA, Goumas PD, Triantaphyllidou IE, Theocharis DA, Papageorgakopoulou N, Vynios DH. Head, neck: Laryngeal tumors: an overview. *Atlas Genet Cytogenet Oncol Haematol.* 2009; 13(11):888-893.
6. Schorn VJ, Miles BA. (2014). Laryngeal Squamous Cell Carcinoma. In Lin FY, Patel ZM. (Eds.) ENT Board Prep, High Yield Review for the Otolaryngology In-service and Board Exams. (pp. 227-233) New York: Springer Science + Business Media.
7. Stell PM, McGill T. Asbestos and laryngeal carcinoma. *Lancet.* 1973;2:416-417.
8. Paget-Bailly S, Cyr D, Luce D. Occupational exposures and cancer of the larynx: systematic review and meta-analysis. *J Occup Environ Med.* 2012;54:71-84.
9. Di Maso M, Talamini R, Bosetti C, et al. Red meat and cancer risk in a network of case-control studies focusing on cooking practices. *Ann Oncol.* 2013;24:3107-3112.
10. Garavello W, Lucenteforte E, Bosetti C, et al. Diet diversity and the risk of laryngeal cancer: a case-control study from Italy and Switzerland. *Oral Oncol.* 2009;45: 85-89.
11. Zhang D, Zhou J, Chen B, Zhou L, Tao L. Gastroesophageal reflux and carcinoma of larynx or pharynx: a meta-analysis. *Acta Otolaryngol.* 2014;134:982-989.
12. Galli J, Cammarota G, Volante M, De Corso E, Almadori G, Paludetti G. Laryngeal carcinoma and laryngo-pharyngeal reflux disease. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2006;26:260-263.
13. Young RJ, Urban D, Angel C, et al. Frequency and prognostic significance of p16(INK4A) protein overexpression and transcriptionally active human papillomavirus infection in laryngeal squamous cell carcinoma. *Br J Cancer.* 2015;112:1098- 1104.
14. Chung CH, Zhang Q, Kong CS, et al. p16 protein expression and human papillomavirus status as prognostic biomarkers of nonoropharyngeal head and neck squamous cell carcinoma. *J Clin Oncol.* 2014; 32:3930-3938.
15. Fleming AJ Jr, Smith SP Jr, Paul CM, et al. Impact of [18F]-2-fluorodeoxyglucose-positron emission tomography/computed tomography on previously untreated head and neck cancer patients. *Laryngoscope.* 2007;117:1173-1179.
16. Fein DA, Lee WR, Hanlon AL, et al.: Pretreatment hemoglobin level influences local control and survival of T1-T2 squamous cell carcinomas of the glottic larynx. *J Clin Oncol* 13 (8): 2077-83, 1995.
17. Bahadur S, Thakar A. (2019). Guidelines in Management of Early Laryngeal Cancers (T₁ and T₂). In Bahadur S, Thakar A, Mohanti BK. (Eds.) Carcinoma of the Larynx and Hypopharynx. (pp. 63-75) Singapore: Bywords Books Private Limited and Springer Nature India Private Limited.
18. Hartl DM, Brasnu DF. Contemporary surgical management of early glottic cancer. *Otolaryngol Clin North Am.* 2015;48:611625.
19. Ossoff RH, Sisson GA, Shapshay SM. Endoscopic management of selected early vocal cord carcinoma. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1985;94:560-564.
20. Lam KH, Lau WF, Wei WI. Tumor clearance at resection margins in total laryngectomy. A clinicopathologic study. *Cancer.* 1988;61: 2260-2272.
21. Sperry SM, Rassekh CH, Laccourreye O, Weinstein GS. Supracricoid partial laryngectomy for primary and recurrent laryngeal cancer. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013;139:1226-1235.
22. Mendelsohn AH, Matar N, Bachy V, Lawson G, Remacle M. Longitudinal voice outcomes following advan-

- ced CO₂ laser cordectomy for glottic cancer. *J Voice*. 2015;29:772-775.
23. Hinerman RW, Mendenhall WM, Amdur RJ, Stringer SP, Villaret DB, Robbins KT. Carcinoma of the supraglottic larynx: treatment results with radiotherapy alone or with planned neck dissection. *Head Neck*. 2002;24:456-467.
 24. Wang CC, Montgomery WW. Deciding on optimal management of supraglottic carcinoma. *Oncology (Williston Park)*. 1991;5: 41-46; discussion 46, 49, 53.
 25. Nutting CM, Morden JP, Harrington KJ, et al. Parotid-sparing intensity modulated versus conventional radiotherapy in head and neck cancer (PARSPORT): a phase 3 multicentre randomised controlled trial. *Lancet Oncol*. 2011;12:127-136.
 26. Bourhis J, Overgaard J, Audry H, et al. Hyperfractionated or accelerated radiotherapy in head and neck cancer: a metaanalysis. *Lancet*. 2006;368:843-854.
 27. Buckley JG, MacLennan K. Cervical node metastases in laryngeal and hypopharyngeal cancer: a prospective analysis of prevalence and distribution. *Head Neck*. 2000; 22:380-385.
 28. Le QT, Fu KK, Kroll S, et al. Influence of fraction size, total dose, and overall time on local control of T1-T2 glottic carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1997;39: 115-126.
 29. Yamazaki H, Nishiyama K, Tanaka E, Koizumi M, Chatani M. Radiotherapy for early glottic carcinoma (T1N0M0): results of prospective randomized study of radiation fraction size and overall treatment time. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2006; 64:77-82.
 30. Trotti A 3rd, Zhang Q, Bentzen SM, et al. Randomized trial of hyperfractionation versus conventional fractionation in T2 squamous cell carcinoma of the vocal cord (RTOG 9512). *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2014;89:958-963.
 31. Garden AS, Forster K, Wong PF, Morrison WH, Schechter NR, Ang KK. Results of radiotherapy for T2N0 glottic carcinoma: does the "2" stand for twice-daily treatment? *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2003; 55:322-328.