

BÖLÜM 15

ERKEN EVRE GLOTTİK KANSERLER

Eren YILMAZ¹
Bora BAŞARAN²

GİRİŞ

Larenks'in skuamöz hücreli karsinomu ülkemizde en sık görülen 2. baş boyun kanseri olup etyolojiden başlıca sorumlu faktör tütün kullanımımıdır . Erkeklerde yaklaşık 6 kat daha sık görülür(1,2). Larenks kanserinin başlıca bulguları ses kısıklığı, yutma güçlüğü, boğaz ağrısı ve ağız kokusudur. İleri evre vakalarda ve bazı supraglottik tümörlerde hastalar metastatik boyun kitlesi ile de başvurabilirler(3). Larenks kanserleri tümörün lokalizasyonuna göre supraglottik, glottik ya da subglottik olarak sınıflandırılırlar. Vokal kord düzleminin üzerinde yer alan tümörler supraglottik larenks kanseri, vokal kord düzleminin altındaki tümörler ise subglottik tümörler olarak adlandırılır. Vokal kord seviyesinden kaynaklanan tümörler ise glottik kanser olarak adlandırılır. Larenks kanserinin en sık görülen türü glottik kanserlerdir(4). Erken evrede ses kısıklığı ile bulgu vermesi ve vokal kordların lenfatik drenajının zayıf olması nedeniyle supraglottik ve subglottik tümörlere göre daha iyi prognoz gösterirler. Ancak ön komissür yerleşimli glottik tümörlerin kolayca kıkırdak invazyonu yapabileceği ve ekstralarengeal yayılım için risk oluşturacağı unutulmamalıdır(5).

Lokalizasyonundan farklı olarak larenks kanserleri erken evre (Evre 0-I-II) ve ileri evre (Evre III-IV) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

Tedavi seçiminde en önemli faktör tümörün yerleşim yeri ve evresidir. Tanı için öncelikle tam bir baş boyun muayenesi ve endoskopik larenks muayenesi şarttır. Endoskopik muayenede tümörün yerleşimi dikkatle değerlendirilmeli, özellikle anterior

¹ Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Gelişim Üniversitesi,Sağlık Bilimleri Fakültesi, yilmazeren09@gmail.com
ORCID iD: 0000-0002-5349-9699

² Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları AD.,
borabas@yahoo.com,ORCID iD: 0000-0003-0546-2848

BAŞ BOYUN KANSERLERİ

kooperasyon kurulamayan veya genel durumu bozuk, düşük hastalarda SKL tercih edilmemelidir.

SKL organ koruyucu cerrahiler arasında en yüksek sağ kalıma sahip cerrahidir. Çeşitli serilerde lokal kontrol oranı total larenjektomiye yakın bir şekilde, %95'i bulmaktadır (32-36). Glottik tümörlerde ön komissür seviyesinde tiroid kartilaj invazyonu ve paraglottik yayılım en önemli faktörlerdir. Bu nedenle bu bölgeler en-bloc olarak rezeke edilmelidir.

Erken evre glottik tümörlerde açık parsiyel cerrahilerin lokal kontrol oranları %86 ile %98 arasında değişmektedir. Laringeal koruma oranları ise %88 ile %100 arasında değişmektedir. 5 yıllık hastalığa özgü sağ kalım oranı %92 ila %97 olarak bildirilmiştir(3). Açık parsiyel cerrahilerin en önemli dezavantajları trakeostomi gerekmesi, uzamış cerrahi yatış süresi ve artan komplikasyonlar olarak gösterilebilir. Komplikasyonlar, uygulanan cerrahinin tipine göre değişmekle birlikte başlıca komplikasyonlar adezyon oluşumu, granülasyon dokusu, stenoz, enfeksiyon, kutanöz fistül, kanama, aspirasyon pnomonisi, gastrostomi ya da trakeostomi bağımlılığı olarak gösterilebilir(37).

SONUÇ

Tümör yayılımının ve hastanın ayrıntılı değerlendirilmesi, komorbiditelerin belirlenmesi en uygun cerrahi tedavinin seçimi için anahtar rol oynayacaktır. Bireyselleştirilmiş tedavinin en uygun fonksiyonel ve onkolojik sonucu sağlamanın yanında , cerrahin deneyimi de uygun tekniğin seçilmesinde önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Kanser İstatistikleri, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2017. https://hsgmdstek.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2017_OZETLI.pdf , Erişim tarihi : 14.06.2023
2. Steuer CE, El-Deiry M, Parks JR, Higgins KA, Saba NF. An update on larynx cancer. *CA Cancer J Clin.* 2017;67(1):31-50. doi:10.3322/caac.21386
3. Agrawal N, Ha PK. Management of early-stage laryngeal cancer. *Otolaryngol Clin North Am.* 2008;41(4):757-vii. doi:10.1016/j.otc.2008.01.014
4. Koroulakis A, Agarwal M. Laryngeal Cancer. [Updated 2022 Mar 15]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526076/> Erişim tarihi : 14.06.2023
5. Mannelli G, Comini LV, Santoro R, et al. T1 Glottic Cancer: Does Anterior Commissure Involvement Worsen Prognosis?. *Cancers (Basel).* 2020;12(6):1485. Published 2020 Jun 6. doi:10.3390/cancers12061485
6. NCCN Guidelines Version 2.2022 Head and Neck Cancers. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/head-and-neck.pdf Erişim tarihi: 25.05.2023
7. Williamson AJ, Bondje S. Glottic Cancer. [Updated 2022 Jul 18]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558979/> Erişim tarihi : 14.06.2023

8. Patel SG, Lydiatt WM, Glastonbury CM, et al. American Joint Committee on Cancer. Larynx. In: AJCC Cancer Staging Manual. 8th ed. New York, NY: Springer; 2017: 155.
9. Hartl DM, Brasnu DF. Contemporary Surgical Management of Early Glottic Cancer. *Otolaryngol Clin North Am.* 2015;48(4):611-625. doi:10.1016/j.otc.2015.04.007
10. Başaran B, Ünsalar Kocaman S, Doruk C. Glottik larinks kanserlerine transoral yaklaşım. Uluöz Ü, editör. Kulak Burun Boğazda Transoral Tümör Cerrahisi. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020. p.7-14.
11. Mora F, Missale F, Incandela F, et al. High Frequency Jet Ventilation during Transoral Laser Microsurgery for Tis-T2 Laryngeal Cancer. *Front Oncol.* 2017;7:282. Published 2017 Nov 29. doi:10.3389/fonc.2017.00282
12. Li S, Chen L, Tan F. Laryngeal surgery using a CO2 laser: is a polyvinylchloride endotracheal tube safe?. *Am J Otolaryngol.* 2012;33(6):714-717. doi:10.1016/j.amjoto.2012.06.005
13. Remacle M, Eckel HE, Antonelli A, et al. Endoscopic cordectomy. A proposal for a classification by the Working Committee, European Laryngological Society. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2000;257(4):227-231. doi:10.1007/s004050050228
14. Remacle M, Van Haverbeke C, Eckel H, et al. Proposal for revision of the European Laryngological Society classification of endoscopic cordectomies [published correction appears in *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2007 Jun;264(6):709]. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2007;264(5):499-504. doi:10.1007/s00405-007-0279-z
15. Prgomet D, Bacić A, Prstacić R, Janjanin S. Complications of endoscopic CO2 laser surgery for laryngeal cancer and concepts of their management. *Coll Antropol.* 2013;37(4):1373-1378.
16. Jia W, King E. The Role of Robotic Surgery in Laryngeal Cancer. *Otolaryngol Clin North Am.* 2023;56(2):313-322. doi:10.1016/j.otc.2022.12.010
17. Hans S, Chebib E, Lisan Q, et al. Oncological, Surgical and Functional Outcomes of Transoral Robotic Cordectomy for Early Glottic Carcinoma [published online ahead of print, 2021 Jun 2]. *J Voice.* 2021;S0892-1997(21)00158-2. doi:10.1016/j.jvoice.2021.04.024
18. Lechien JR, Baudouin R, Ciciu MP, Chiesa-Estomba CM, Crevier-Buchman L, Hans S. Transoral robotic cordectomy for glottic carcinoma: a rapid review. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2022;279(11):5449-5456. doi:10.1007/s00405-022-07514-4
19. Neel HB 3rd, Devine KD, Desanto LW. Laryngofissure and cordectomy for early cordal carcinoma: outcome in 182 patients. *Otolaryngol Head Neck Surg* (1979). 1980;88(1):79-84. doi:10.1177/019459988008800119
20. Muscatello L, Laccourreye O, Biacabe B, Hans S, Ménard M, Brasnu D. Laryngofissure and cordectomy for glottic carcinoma limited to the mid third of the mobile true vocal cord. *Laryngoscope.* 1997;107(11 Pt 1):1507-1510. doi:10.1097/00005537-199711000-00015
21. Stell PM. The first laryngectomy. *J Laryngol Otol.* 1975;89(4):353-358. doi:10.1017/s0022215100080488
22. Thomson S. An Address on INTRINSIC CANCER OF THE LARYNX, OPERATED ON BY LARYNGO-FISSURE: IMMEDIATE AND ULTIMATE RESULTS. *Br Med J.* 1928;1(3513):743-745. doi:10.1136/bmj.1.3513.743
23. Mohr RM, Quenelle DJ, Shumrick DA. Vertico-frontolateral laryngectomy (hemilaryngectomy). Indications, technique, and results. *Arch Otolaryngol.* 1983;109(6):384-395. doi:10.1001/archotol.1983.00800200030010
24. Brumund KT, Gutierrez-Fonseca R, Garcia D, Babin E, Hans S, Laccourreye O. Frontolateral vertical partial laryngectomy without tracheotomy for invasive squamous cell carcinoma of the true vocal cord: a 25-year experience. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2005;114(4):314-322. doi:10.1177/000348940511400411
25. Som ML. Cordal cancer with extension to vocal process. *Laryngoscope.* 1975;85(8):1298-1307. doi:10.1288/00005537-197508000-00005

BAŞ BOYUN KANSERLERİ

26. Laccourreye O, Weinstein G, Brasnu D, Trotoux J, Laccourreye H. Vertical partial laryngectomy: a critical analysis of local recurrence. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1991;100(1):68-71. doi:10.1177/000348949110000111
27. Biller HF, Lawson W. Partial laryngectomy for vocal cord cancer with marked limitation or fixation of the vocal cord. *Laryngoscope.* 1986;96(1):61-64. doi:10.1288/00005537-198601000-00011
28. Lesinski SG, Bauer WC, Ogura JH. Hemilaryngectomy for T3 (fixed cord) epidermoid carcinoma of larynx. *Laryngoscope.* 1976;86(10):1563-1571. doi:10.1288/00005537-197610000-00010
29. Kessler DJ, Trapp TK, Calcaterra TC. The treatment of T3 glottic carcinoma with vertical partial laryngectomy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1987;113(11):1196-1199. doi:10.1001/archotol.1987.01860110062009
30. Majer H, Reider W. Technique de laryngectomie permettant de conserver la permeabilite respiratoire la cricohyoidopexie. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac.* 1959;76:677-68.
31. Laccourreye H, Ménard M, Fabre A, Brasnu D, Janot F. Les laryngectomies partielles sus-cricoidiennes. Techniques, indications, résultats [Partial supracricoid laryngectomy. Technics, indications and results]. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac.* 1987;104(3):163-173.
32. Basaran B, Unsaler S, Ulasan M, Aslan I. The Effect of Arytenoidectomy on Functional and Oncologic Results of Supracricoid Partial Laryngectomy. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2015;124(10):788-796. doi:10.1177/0003489415585866
33. de Vincentiis M, Minni A, Gallo A, Di Nardo A. Supracricoid partial laryngectomies: oncologic and functional results. *Head Neck.* 1998;20(6):504-509. doi:10.1002/(sici)1097-0347(199809)20:6<504::aid-hed3>3.0.co;2-t
34. Weinstein GS, El-Sawy MM, Ruiz C, et al. Laryngeal preservation with supracricoid partial laryngectomy results in improved quality of life when compared with total laryngectomy. *Laryngoscope.* 2001;111(2):191-199. doi:10.1097/00005537-200102000-00001
35. Sperry SM, Rassekh CH, Laccourreye O, Weinstein GS. Supracricoid partial laryngectomy for primary and recurrent laryngeal cancer. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013;139(11):1226-1235. doi:10.1001/jamaoto.2013.4990
36. Thomas L, Drinnan M, Natash B, Mehanna H, Jones T, Paleri V. Open conservation partial laryngectomy for laryngeal cancer: a systematic review of English language literature. *Cancer Treat Rev.* 2012;38(3):203-211. doi:10.1016/j.ctrv.2011.05.010
37. Kesimli M. C., Yılmaz E., Yağcı İ., Aslan İ. Oncological and Functional Outcomes of Supracricoid Partial Laryngectomy. *Tr-ENT.* 2021; 31(3): 75-80.