

Erzurum ve yöresindeki larinks kanserleri: Etiyoloji ve klinikopatolojik özellikler (62 olgu)

Mehmet Koç¹, Hakan Çetinkaya², M.Tülin Erem¹, H.Tahsin Özder³

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi ¹Radyasyon Onkolojisi ve ²Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalları, Erzurum

³İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, Malatya

Amaç: Bu çalışma Erzurum ve yöresindeki larinks kanserlerinin etiyolojik ve kliniko-patolojik özelliklerini araştırmak amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** 1993-1997 yılları arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi ve Kulak Burun Boğaz Anabilim Dallarına başvuran 62 hasta retrospektif olarak incelenmiştir. **Bulgular:** Hastaların başvuru semptomlarının başında (% 84) ses kısıklığı gelmektedir. Hastaların % 75'i sigara tiryakisiydi. Lokalizasyonlar % 57 glottik, % 32 supraglottik, % 8 subglottik ve % 3 transglottikti. Histopatolojik tanı % 96 olguda epidermoid kanser, % 2 olguda adeno-squamöz kanser ve % 2 olguda da spinoselüler kanser idi. Başvuru ve takipte 4 hastada metastaz saptanmıştır. **Sonuç:** Onaltı hastaya cerrahi, 14 hastaya radyoterapi ve 32 hastaya cerrahi ve radyoterapi uygulandı. Halen 29 hasta düzenli olarak kontrole gelmektedir.

Anahtar kelimeler: Larinks kanseri, etiyoloji, klinik, patoloji

Larynx cancers in Erzurum and its environment: Etiology and clinicopathologic features (62 cases)

Objective: This study was performed in order to evaluate the etiology and the clinicopathological features of larynx cancers in Erzurum and its environment. **Methods:** Sixty-two patients admitted to Radiation Oncology and Ear-Nose-Throat departments of Medical Faculty of Atatürk University between 1993 and 1997 were studied retrospectively. **Results:** Eighty-four percent of patient were admitted with hoarseness. 75% of the patients were cigarette addicts. The localization of the lesions was found to be as 57% glottic, 32% supraglottic, 8% subglottic and 3% transglottic. Histopathological findings were squamous cell cancer in 96%, adenosquamous cancer in 2% and spinocellular cancer in 2% of the patients. Metastases were observed in four patients at application and during follow-up. **Conclusion:** Surgery was used in 16 patients, irradiation in 14 patients and both surgery and irradiation in 32 patients. Twenty-nine patients have still been followed-up regularly.

Key words: Larynx cancer, etiology, clinic, pathology

Genel Tıp Derg 1997;7(3):139-42.

Larinks kanseri bütün kanserlerin % 2'sini, baş-boyun kanserlerinin ise yaklaşık % 25'ini oluşturur. Baş-boyun kanserlerinin (deri hariç) en sık görülen tipidir (1-4).

Sigara içenlerde laringeal kanserden ölümün içmeyenlere göre 5 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (1-3,5,6).

Ses kısıklığı en sık semptomdur. Dispne ve stridor daha geç oluşmakta; hava yollarının daralmasına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Disfaji dil kökü yayılmalarında, üst

hipofarinks ve priform sinüs tümörlerinde oluşabilmektedir. Supraglottik kanserlerde öksürük ve odinofaji sık görülen semptomlardır. Büyük supraglottik tümörlerde hemoptizi olabilir. Geç semptomlar ağırlık kaybı, ağız kokusu ve boyunda kitledir. Boyundaki kitle lenfatik yayılım sonucu oluşan gangliyon metastazları ile oluşur. Hipofaringeal ve supraglottik kanserlerde ülseratif büyüme nedeniyle ağrı karakteristiktir. Hastalar sıklıkla tümör tarafındaki kulakta ağrı hissederler. 40 yaşın üstünde sigara içen bir kimsede 3 haftadan uzun süren her belirti mutlaka KBB uzmanı tarafından değerlendirilmelidir (1-5,7,8).

Fizik muayenede larinksin inspeksiyonu ve palpasyonu çok önemlidir. Erken larinks kanseri indirekt

Yazışma adresi: Dr.Mehmet Koç, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, 25240 Erzurum

laringoskopide kolaylıkla teşhis edilebilir. Zor vakalarda fleksible nasoendoskopi vokal kordların en iyi şekilde gözlenmesini sağlar (3,9). Tedavi öncesi evreleme için neoplastik kartilaj invazyonunun değerlendirilmesinde bilgisayarlı tomografi ve magnetik rezonans görüntülemeye gereksinim vardır (10).

Bölgemizdeki larinks kanserlerinin etiyolojik, klinik ve patolojik özelliklerini saptayabilmek ve literatürle karşılaştırabilmek amacıyla bu çalışma yapılmıştır.

Yöntem

1993-1997 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi ve KBB Anabilim Dallarına başvuran 62 hasta retrospektif olarak incelendi. KBB Anabilim Dalı ile ortak olarak yürütülen bu çalışma sırasında 6 hasta ex olmuştur, 29 hasta halen takip altındadır. Olgular cins, yaş, sigara kullanımı, yaşadığı il, ilk semptom, lokalizasyon, evre, histopatolojik tanı, tedavi şekli ve metastaz yeri gibi çeşitli parametreler yönünden incelendi.

Bulgular

Biri dışında olguların hepsi erkekti. Olguların yaşı 58.3 ± 9.8 olup % 75'inde (47 kişi) sigara öyküsü vardı. Sigara içme süresi 33.3 ± 10.6 yıl, günlük içilen sigara adedi 27.6 ± 14.2 idi. 3 olgu hiç sigara kullanmamış olup kayıtlarda 12 olgunun sigara kullanıp kullanmadığına rastlanılmadı.

Vakaların % 62'si Erzurum, % 11'i Kars, % 10'u Erzincan, % 5'i Van, % 3'ü Artvin, % 3'ü Ağrı, % 3'ü Muş ve % 2'si Bayburt illerinden hastanemize başvurdular.

Başvuru semptomlarının ilk sırasında ses kısıklığı (% 84) gelmektedir. Üç olguda (% 5) ses kısıklığı ve öksürük, 3 olguda (% 5) ses kısıklığı ve dispne, 4 olguda da (% 6) ses kısıklığı ve yutma güçlüğü görüldü. Otuzbeş olgu (% 57) glottik, 20 olgu (% 32) supraglottik, 5 olgu (% 8) subglottik ve 2 olgu (% 3) transglottik yerleşimli idi. Başvurduklarında glottik kanserlerin % 6'sı T1, % 63'ü T2, % 23'ü T3, % 8'i T4, supraglottik kanserlerin % 20'si T2, % 70'i T3, % 10'u T4, subglottik kanserlerin % 40'ı T2, % 40'ı T3, % 20'si T4 evresinde tanı aldılar.

Histopatolojik tanı 60 olgu (% 96) için epidermoid kanser, 1 olgu (% 2) için adenoskuamöz kanser ve 1 olgu (% 2) için spinosellüler kanser idi. Başvuru esnasında yalnızca bir olguda metastaz vardı (parotis ve dil kökü metastazi).

Takip esnasında 1 hastada kemik, 1 hastada beyin ve akciğer, 1 hastada özefagus metastazı saptandı.

On altı hastaya cerrahi, 14 hastaya radyoterapi, 32 hastaya radyoterapi ve cerrahi tedavileri uygulandı. Erken evrelerde cerrahi veya radyoterapi ön planda olup hastalık evresi ilerledikçe kombine tedaviler ön plana çıkmış, ayrıca inoperabl hastalara palyatif amaçlı radyoterapi uygulandı.

Yirmi dokuz hasta (% 47) düzenli olarak kontrole gelmektedir. Onbir hasta (% 17) 6 ay ile iki yıl içinde takibi bıraktı. Ondört hasta (% 22) hiç kontrole gelmedi, 2 hasta (% 3) tedaviyi yarıda bıraktı ve 6 hasta (% 10) ex oldu.

Tartışma ve sonuç

Larinks kanserlerinde başlama yaşı 60-65'tir. 35 yaşından önce larinks kanseri nadirdir. Erkekler bu hastalığa daha sık yakalanmaktadır; erkek/kadın oranı 5/1'dir (1-3). Çalışmamızda yaş ortalaması literatüre yakın bulunmuş olup en genç olgu 37 yaşındadır. Erkek kadın oranı ise literatürden çok farklıdır (61/1). Bu farklılığın bölgemizde erkeklerde sigara içme alışkanlığının kadınlara göre çok daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ağır sigara içicilerin tamamına yakınında laringeal epitelde displastik değişiklikler gösterilmiş ve bu değişikliklerin derecesinin sigara içme süresiyle orantılı olduğu bildirilmiştir (1-3,5). Çalışmamızda da olguların % 75'inde uzun süreli (33.3 ± 10.6 yıl) ve fazla miktarda (27.6 ± 4.2 adet/gün) sigara içme öyküsü vardır.

Ses kısıklığı, vokal kordların tümör nedeniyle düzensiz hale gelmesinden ya da hareketlerinin sınırlanmasından kaynaklanır. Bu yüzden glottik kanserler daha erken semptom verir. Dispne ve stridor genellikle bir veya iki kordun fiksasyonu ile birlikte (1,2,6).

Dispne hasta tarafından genellikle kompanze edilmekte, ancak sekonder enfeksiyonlar akut hava yolu darlığına yol açabilmektedir (1).

Disfaji, postkrikoid bölge veya hipofarinks bölgesindeki lezyonlardan dolayı gıda taşınmasındaki mekanik engel nedeniyle oluşmaktadır (2).

Öksürük larinksten sızan sekresyona bağlı bir semptomdur. Boyundaki kitle lenfatik yayılım sonucu oluşan gangliyon metastazlarına bağlıdır (1,7). Serimizin % 84'ünde ilk başvuru semptomu ses kısıklığıdır, diğer semptomlar düşük oranlarda saptanmıştır.

Laringeal tümörlerin % 95'i iyi diferansiye epidermoid kanserdir (1-3,7). Karsinoma insitu karakteristik olarak

vokal kord epiteli çevresinden kaynaklanmakta ve genellikle komşu bölgelerdeki displastik değişikliklerle birlikte olan hiperkeratoz olaya eşlik etmektedir (2). Olgularımızın % 96'sı epidermoid kanser olup bu oran literatürle uyum göstermektedir.

Laringeal tümörlerin % 60-70'i vokal kordlardan, % 35-40'ı supraglottik bölgeden ve % 5'den azı subglottik bölgeden kaynaklanır (1). Olgularımızda da glottik lokalizasyon daha fazla, supraglottik lokalizasyon ikinci sıklıkta, subglottik lokalizasyon üçüncü sıklıkta bulunmuştur. Oranlar literatüre yakın olup yalnızca subglotik lokalizasyon literatüre göre fazla bulunmuştur. Farklılığın olgu sayımızın azlığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

T1 ve seçilmiş T2 tümörlerde cerrahi ve radyoterapi birbirinin alternatifi iken T3 ve T4 tümörlerde kombine tedavi gerekmektedir (1,2). Birçok merkezde T1 ve T2 vokal kord karsinomlarında önce radyoterapi (RT) tercih edilmekte ve cerrahi RT'nin başarısız olduğu vakalara saklanmaktadır. T1 ve T2 vokal kord vakalarında RT'den sonraki ses kalitesi cerrahi tedaviden sonrakinden daha iyidir. RT'nin yetersiz kaldığı vakalarda yapılan cerrahi tedavide başarı % 75-85'tir. Rekürent vokal kord karsinomlarında seçilmiş vakalarda uygulanan ses koruyucu konservatif cerrahi RT'den sonra bile mümkündür (7,11-13). T1N0 süperfisial ekzofitik supraglottik karsinomlar RT veya cerrahi (supraglottik larinjektomi) ile tedavi edilebilir (14). T2N0 ve T2N1 tümörlerde RT ilk tedavi şeklidir. Cerrahi, RT'nin yetersiz kaldığı vakalara saklanmalıdır (3,4,7,15).

Kanonier ve ark (16) T1 tümörlerde cerrahi ve radyoterapi birbirinin alternatifi iken T2 tümörlerde cerrahinin surveye açısından daha üstün olduğunu, yalnızca vokal kord fonksiyonlarının bozulması açısından dezavantajı bulunduğunu bildirilmektedir.

Kemoterapi ise semptomların palyasyonunda surveyeın uzatılması amacıyla rekürent, persistan ve metastatik hastalarda kullanılabilir (1-3,6).

Bölgesel metastazlar tümörün anatomik bölgesi ve diferansiyasyonu ile ilişkilidir. Diferansiyasyon az ise metastaz oranı fazladır (1,2,9). Uzak metastaz sık değildir, % 10-20 uzak metastaz oranı bildirilmektedir. En fazla metastaz akciğere ve daha sonra mediastinal lenf ganglionlarına olur. Daha az sıklıkla kemik, karaciğer ve diğer uzak bölgelere metastaz gözlenir. Akciğer lezyonları iyi değerlendirilmelidir. Çünkü bronş kanseri eş zamanlı olarak görülebilmektedir (5).

Serimizde toplam 4 metastaz saptanmış olup bunlar parotis+dil kökü, beyin+akciğer, kemik ve özefagus bölgeleridir. Olgularımızdaki metastaz oranı literatüre yakındır.

Larinks kanserinde çeşitli etiyolojik, klinik ve prognostik parametreleri değerlendirebilmek için çok merkezli, randomize, kontrollü ve yeterli bir izlem süresine ulaşan çalışmalara gerek vardır. Bu tür çalışmalar larinks kanserinde tanı ve tedavi ilkelerini ulusal boyutta belirlemek için gerekli bilimsel verileri sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. Bomford CK, Kunkler IH, Sherrif SB. Textbook of radiotherapy. 5th ed. Edinburg: Churchill Livingstone; 1993.
2. Haskell JR, Giuliano EA, Thompson RW, Harvey AZ. Head and neck cancer, larynx and hypopharynx. In: Haskell CM, Berek SJ, editors. Cancer treatment. Philadelphia: WB Saunders Company; 1995. p.726-33.
3. Perez AC, Garcia MD, Kuske RR, Lewitt SH. Larynx. In: Perez AC, Brady LW, editors. Principles and practice of radiation oncology. 2nd ed. Philadelphia: JB Lippincott Company; 1992. p.740-62.
4. Harris JR, Morrow M, Bonadonna G. Cancer of the head and neck. In: Cancer principle and practice of oncology. Devita JRV, Hellman S, Rosenberg AS, editors. 4th ed. Philadelphia: JB Lippincott Comp; 1993. p.407-65.
5. Tobias JS, Williams CJ. Cancer of the head and neck. London: Gower Medical Publishing; 1991.
6. Harvey CJ, Beattie EJ. Head and neck cancer. In: Harvey CJ, Beattie EJ, editors. Cancer surgery. Philadelphia: WB Saunders Company; 1996. p.1-30.
7. Cox JD. Head and neck. In: Cox JD, editor. Moss' radiation oncology, 7th ed. New York: Mosby Year Book Inc; 1994. p.214-46.
8. Hossfeld DK, Sherman CD, Love RR, Bosch FX. Baş ve boyun kanseri. İçinde: Fırat D, Sarıaloğlu F, Kars A, çeviri editörleri. Klinik onkoloji. 5. Baskı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı ve Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Ortak Yayını; 1992. p.179-92.
9. McQuarrie DG, Adams GL, Shons AR, Browne GA. Head and neck cancer. Chicago: Year Book Medical Publishers Inc; 1985. p.271-309.
10. Zbaren P, Becker M, Lang H. Pretherapeutic staging of laryngeal carcinoma: Clinical findings, computed tomography and magnetic resonance imaging compared with histopathology. Cancer 1996;77:1263-74.
11. Nichols RD, Mickelson SA. Partial laryngectomy after irradiation failure. Ann Otol Rhinol Laryngol 1991;100:176-80.
12. Shah JP, Loree TR, Kowalski L. Conservation surgery for irradiation-failure carcinoma of the glottic larynx. Head and Neck 1990;12:326-31.
13. Haraf DJ, Weicelbaim RR. Treatment selection in T1 and T2 vocal cord carcinoma. Oncology 1988;2:41-6.

14. Kaplan MJ, Johns ME, Clark DA, Contrell RW. Glottic carcinoma: The roles of surgery and irradiation. *Cancer* 1984;53:2641-8.
15. Robbins KT, Davidson W, Peters LJ, Goepfert A. Conservation surgery for T2 and T3 carcinoma of the supraglottic larynx. *Arch Otolaryngol Head and Neck Surg* 1988;114:421-6.
16. Kanonier G, Rainer T, Fritsch E, Thumfart WF. Radiotherapy in early glottic carcinoma. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1996;105:759-62.