

Larenksin Minör Tükrük Bezi Karsinomları

MINOR SALIVARY GLAND CARCINOMAS OF THE LARYNX

Erdiñç AYGENÇ*, Erkan OKAY**, Cem ÖZBEK*, Cafer ÖZDEM***

* Op.Dr., Ankara Numune Araştırma ve Eğitim Hastanesi KBB-BBC Kliniği, Baş Asis.,

** Dr., Ankara Numune Araştırma ve Eğitim Hastanesi KBB-BBC Kliniği, Asis.,

*** Doç.Dr., Ankara Numune Araştırma ve Eğitim Hastanesi KBB-BBC Kliniği, Şefi, ANKARA

Özet

Amaç: Larenksin nadir görülen malign tümörlerinden olan minör tükrük bezi kaynaklı karsinomların klinik özelliklerini değerlendirmek.

Hastalar ve Yöntem: Larenks minör tükrük bezi karsinomu tanısı almış üç hasta retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Son yedi yıl içerisinde minör tükrük bezi kaynaklı karsinomlarının görülme oranı % 1.1 olarak belirlendi. İki hasta uzak metastaz nedeniyle 6. ayda ve 17. ayda kaybedildi. Diğer hasta ise 9. ayda hastalısız olarak yaşamaktadır.

Sonuçlar: Glandüler tümörlerin klinik özellikleri primer hastalığın, lokal ve uzak metastazların tedavisinde agresif davranılmasını gerektirmektedir.

Anahtar Kelimeler: Larenks kanseri,
Minör tükrük bezi karsinomları,
Tedavi, Prognoz

T Klin K B B 2003, 3:1-3

Summary

Objective: To evaluate of clinical features of minor salivary gland carcinoma of the larynx.

Patient and Methods: We investigated three patients who have minor salivary gland carcinoma of the larynx, retrospectively.

Results: Their incidence was found 1.1% of all of the laryngeal cancer in last seven years. Two patients have died because of distant metastasis at 6th month and 17th month, respectively. Other patient has live without any symptoms.

Conclusion: Because of clinical features of glandular tumors of the larynx, we might treat the primary tumor, local and distant metastases aggressively.

Key Words: Laryngeal cancer,
Minor salivary gland carcinomas,
Treatment, Prognosis

T Klin J E N T 2003, 3:1-3

Larenks ariepiglottik foldlar, vokal kordların serbest kenarları ve epiglot kıkırdağın larengeal yüzü dışında silialı, kolumnar epitelle döşelidir. Silialı mukoza, genellikle mukozal yüzeyi kayganlaştıran submukozal müköz glandlarla ilişkilidir (1). Larengeal serömüköz bezler larengeal sakkül, anterior komissürün inferior kısmı, ventriküler bandlar ve aritenoid bölgesinde yoğun olarak; epiglot ve ventrikül bölgesinde ise daha az sıklıkta bulunur (1-4). Minör tükrük bezi kaynaklı tümörlerin larenkste görülme sıklığı %0.1 ila %1 arasında değişmektedir (3,5-7). Adenokarsinom; adenoid kistik karsinom (silindiroma) ve mukoepidermoid karsinom en sık görülen patolojik alt gruplardır (2,8-10).

Larenksin minör tükrük bezi kaynaklı karsinomların oluşumu için belirlenmiş spesifik etiyolojik faktör yoktur. Sigara kullanımı yassı

epitel karsinomlarının oluşumunda vakaların %90'dan fazlasında etiyolojik faktör olarak saptanmış olmasına rağmen, minör tükrük bezi kaynaklı karsinom tanısı almış hastaların ancak %58'inde belirlenebilmiştir. Ayrıca, serömüköz bezlerden kaynaklanmış olan karsinomlarda cinsiyet farklılığı yoktur (2,11). Klinik semptomlar tümörün yerleşim yerine göre değişkenlik gösterir. Agresif ve sinsi seyirli tümörlerdir ve tanı konduğunda genellikle ileri evredir. Bunun nedeni, tümörün subepitelial bezlerden gelişmiş olması nedeniyle submukozal yayılımıdır (9-12).

Hastalar ve Yöntemler

Ocak 1995-Aralık 2001 tarihleri arasında larenks karsinomu nedeniyle kliniğimizde tanı alan 263 hasta arasında minör tükrük bezi karsinomu sayısı 3 olarak belirlendi (%1.1). Bu hastaların

ikisinde adenokarsinom, bir tanesinde ise adenoid kistik karsinom rapor edildi. Hastalara ait özellikler Tablo 1'de özetlenmiştir.

Dispne şikayetiyle başvuran 1 nolu hastada subglottik bölgede yerleşmiş ve hava yolunu daraltmış, üzeri düzgün yüzeyli kitle saptandı. Biyopsi sonucu adenoid kistik karsinom olarak bildirilen hastaya total larenjektomi, sol tip 1 modifiye boyun diseksiyonu ve üst mediasten lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Hastanın histopatoloji raporunda perinöral ve perivasküler invazyon nedeniyle postoperatif 6000 cGy radyoterapi uygulandı. Ancak, 17.ayda kemik ve intrakranial metastazları nedeniyle kaybedildi. Solunum güçlüğü, kulak ağrısı ve ses kısıklığı şikayetleri ile başvuran 2 nolu hastada, sol vokal kord, ön kommissür, ventrikül ve ventriküler bandı tutan, sol vokal kordda hareket kısıtlılığına yol açan ülserovejetan kitle saptandı. Adenokarsinom tanısı alan hastaya total larenjektomi ve sol tip 3 modifiye boyun diseksiyonu uygulandı. Histopatolojik inceleme sonucunda boyun lenf nodlarında metastaz saptanmadı ve postoperatif koruyucu amaçlı 6500 cGY radyoterapi verildi. Postoperatif 9.ayında, hastaliksız olarak yaşıyor. Başka bir merkezde acil trakeotomi açılıp, adenokarsinom tanısı konularak kliniğimize gönderilen 3 nolu hastada sağ vokal kord paralizisi yapan, epiglot kıkırdakta destrüksiyona yol açan, sol ventriküler band, ventrikülü tutan ve subglottik yaklaşık 1 cm ilerleyen ülserovejetan kitle belirlendi. Total larenjektomi ve sol radikal boyun diseksiyonu yapılan hastaya, üst jugüler lenf nodunda saptanan metastaz ve perinöral invazyon nedeniyle postoperatif 6600 cGy radyoterapi verildi. Postoperatif 6.ayda yaygın akciğer metastazı ve intrakranial metastaz nedeniyle kaybedildi.

Tartışma

Adenokarsinomlar adenoid kistik karsinoma nazaran daha yüksek lenf nodu metastazı yapma eğiliminde ve daha kötü prognozu olan tümörlerdir (7,13). Adenoid kistik karsinomların ise lokal rekürrens oranı yüksektir (13,14). En sık uzak metastaz karaciğer ve akciğere olmaktadır (3,11,13).

Larenks glandüler karsinomları hakkında geniş hasta serileri bulunmadığı için ayrıntılı tedavi protokolü belirlenememiştir. Cerrahi yöntemin belirlenmesinde tümörün lokalizasyonuna göre koruyucu larengeal cerrahiden total larenjektomiye uzanan genişlikte tedavi yöntemleri önerilmiş ve uygulanmıştır (2,8-10,13). Literatürde total larenjektomi sonrası 5 yıllık sağ kalım oranı %17 ila 67 arasında, parsiyel cerrahi sonrasında ise %33 olarak bildirilmiştir (2,6,11,13). Tümörün özellikle submukozal yayılım eğiliminde olması larenksi koruyucu cerrahi uygulanabilirliğini kısıtlamaktadır. Bu tümörlerde agresif tedavi planlanması ve total larenjektomi uygulanmasının gerektiğini düşünüyoruz.

Boyuna yönelik tedavi planı ise tartışmalıdır. Cohen ve ark No boyunlu adenokarsinomlarda elektif boyun diseksiyonu uygulanmasını, adenoid kistik karsinomlarda takip önermişlerdir (13). Larenksin minör tükrük bezi kaynaklı karsinomlarında tecrübemizin az olmasına rağmen, diğer üst solunum yolu minör tükrük bezi karsinomlarında sahip olduğumuz deneyimler özellikle adenokarsinomlar, yüksek gradeli mukoepidermoid karsinomlar ve pozitif lenf nodu varlığında boyun diseksiyonunun mutlak uygulanması gerekliliğidir. Postoperatif radyoterapi, özellikle perinöral ve perivasküler invazyonlarda, pozitif cerrahi sınır veya cerrahi sınır yakınlığı olan vakalarda ve metastatik lenf nodu tesbit edildiğinde tedavi protokolüne eklenmelidir.

Tablo 1. Hastalara ait özellikler.

No	Yaş	Cins	Tanı	Evre	Tedavi	Takip	Ölüm nedeni
1	38	K	Adenoid kistik	T2NoMo	TL-Bd	17 ay	Uzak met
2	68	E	Adenokarsinom	T3NoMo	TL-Bd	9 ay	-
3	65	E	Adenokarsinom	T4N1aMo	TL-Bd	6 ay	Uzak met

K= Kadın **E=** Erkek **TL=** Total larenjektomi **Bd=** Boyun diseksiyonu **Met=** Metastaz

Larenksin minör tükrük bezi karsinomları nadir görülen ancak, agresif seyirli patolojilerdir. Hastalığın submukozal yayılımı nedeniyle ileri evrede semptom vermesi başarı şansının azaltan en önemli faktördür.

KAYNAKLAR

1. Nassar VH, Bridger GP. Topography of the laryngeal mucous glands. Arch Otolaryngol 1971;94:490-8.
2. Alavi S, Namazie A, Calcaterra TC, Blackwell KE. Glandular carcinoma of the larynx: The UCLA experience. Ann Otol Rhinol Laryngol 1999;108:485-9.
3. Haberman PJ, Haberman II RS. Laryngeal adenocarcinoma, not otherwise specified, treated with carbon dioxide laser excision and postoperative radiotherapy. Ann Otol Rhinol Laryngol 1992;101:920-4.
4. Bak-Pedersen K, Nielsen KO. Subepithelial mucous glands in the adult human larynx. Studies on number, distribution and density. Acta Otolaryngol (Stockh) 1986;102:341-52.
5. Spiro RH, Lewis JS, Hajdu SI, Strong EW. Mucus gland tumors of the larynx and laryngopharynx. Ann Otol Rhinol Laryngol 1976;85:498-503.
6. Kıyak E, Özturan O, Yazıcıoğlu E, Başer N, Cevanşir B. Larenks adenokanserleri. Türk ORL Arşivi 1991;29(2):111-3.
7. Batsakis JG, Luna MA, El-Naggar AK. Nonsquamous carcinomas of the larynx. Ann Otol Rhinol Laryngol 1992;101:1024-6.
8. Torre V, Bucolo S, Abbate G, Albiero F, Cicciarello R, Cavallari V. Primary adenocarcinoma of the arytenoid: an ultrastructural study. Pathol Res Pract 2001;197:449-52.
9. Olofsson J, Van Nostrand AWP. Adenoid cystic carcinoma of the larynx: a case report of four cases and a review of the literature. Cancer 1977;40:1307-13.
10. Dogra TS. Adenocarcinoma of the larynx. J Laryngol Otol 1973;87:685-9.
11. Toomey JM. Adenocarcinoma of the larynx. Laryngoscope 1967;77:931-61.
12. Whicker JH, Neel HB III, Weiland LH, Devine KD. Adenocarcinoma of the larynx. Ann Otol Rhinol Laryngol 1974;83:487-90.
13. Cohen J, Guillaumondegui OM, Batsakis JG, Medina JE. Cancer of minor salivary glands of the larynx. Am J Surg 1985;150:513-8.
14. Özşahinoğlu C, Akçalı Ç, Kiroğlu F, Çetik F, Bozdağ M, Seçinti E. Türk ORL Arşivi 1990;28(3):135-7.

Geliş Tarihi: 17.01.2002

Yazışma Adresi: Dr. Erdoğan AYGENÇ
Ankara Numune Araştırma ve
Eğitim Hastanesi KBB-BBC Kliniği,
ANKARA
eaygenc@turk.net