

Larengeal Adenokarsinom ve Adenoid Kistik Karsinom

S. Öztürkcan, S. Akyıldız, N. Tuğyan, İ. Özdemir, H. Katılmış

Adenocarcinoma and Adenoid Cystic Carcinoma of the Larynx

Primary salivary gland carcinomas are extremely rare neoplastic lesions of the larynx. These tumors arise from the subepithelial minor salivary glands that are found widespread in larynx. There is not an agreement about the treatment procedure of such rare tumors and no report is present in the literature of which series is large enough to determine the prognosis. Reviewing the literature, we present two cases, an adenocarcinoma and an adenoid cystic carcinoma of the larynx, with their diagnosis, treatment approaches and prognostic outcomes in order to contribute to the literature.

Key Words: Larynx, salivary gland carcinomas, adenocarcinoma, adenoid cystic carcinoma.

Özet

Primer larenks yerleşimli malign tükürük bezi tümörleri larenks kanserleri arasında oldukça nadir rastlanan neoplazilerdir. Söz konusu tümörler larenkste oldukça yaygın olan subepitelyal minör tükürük bezlerinden kaynaklanırlar. Az rastlanan bu tümörlerin tedavileri konusunda tam bir fikir birliği yoktur ve prognozları hakkında da karar verilebilecek kadar izlenmiş geniş vaka serileri de bulunmamaktadır. Literatüre katkı sağlamak amacıyla kliniğimizde tedavi ettiğimiz iki olgu tanı, tedavi yaklaşımları ve prognoz açısından literatür de gözden geçirilerek sunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Larenks, tükürük bezi tümörleri, adenokarsinom, adenoid kistik karsinom.

Türk Arch Otolaryngol, 2002; 40(1): 73-76

Türk Otolarengoloji Arşivi, 2002; 40(1): 73-76.

Giriş

Primer larenks yerleşimli malign tükürük bezi tümörleri larenks kanserleri arasında oldukça nadir rastlanan neoplazilerdir. Larenksin tüm malignensileri içinde glandüler malignensilere %0.1 ile %1 arasında rastlanır.¹ Larenksin glandüler malignensileri arasında sayılan adenokarsinom, adenoid kistik karsinom ve mukoepidermoid karsinom en sık görülen, fakat oldukça da nadir rastlanılan neoplazilerdir.^{1,2} Söz konusu tümörler larenkste oldukça yaygın olan subepitelyal minör tükürük bezlerinden kaynaklanırlar.¹ Bu bezlerin larenks içinde eşit olarak yayılmadıkları, daha çok sakkül, ön komisürün subglottik yüzeyi, ventriküler bantlarda yo-

ğunlaştıkları ve ayrıca epiglot, aritenoidler ve ventriküler sulkusta da buldukları belirlenmiştir.³ Bir başka deyişle larenksin minör tükürük bezlerinin yayılımı subglottik bölgeden supraglottik bölgeye doğru artış gösterir, bu nedenle de tümörlerin yaklaşık %75'i supraglottik yerleşimlidir.¹

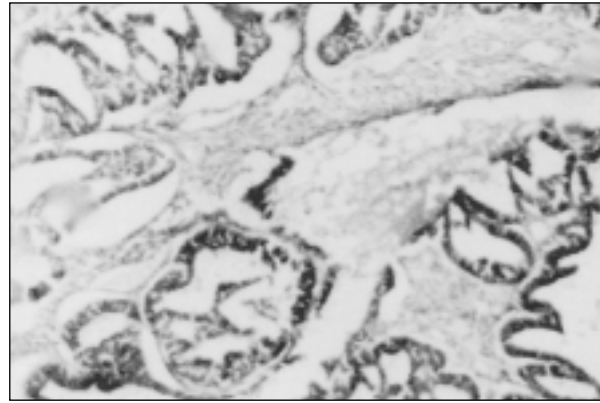
Bu tümörler submukozal geliştikleri için sağlam mukoza tabakası ile örtülü egzofitik kitle şeklinde görülürler ve bu yüzden de tanı konduğunda olguların %80'inde T₃ veya T₄ ileri evre tümörü vardır.¹ Bu anlamda ön komissür, sakkül ya da epiglotta submukozal bir kitle varlığında muhtemel bir glandüler malignansinin daima göz önünde tutulması tanının daha erken konması ve dolayısı ile prognozun iyileştirilmesi açısından önem taşır. Bu kadar az rastlanan bu tümörlerin tedavileri konusunda tam bir fikir birliği yoktur ve prognozları hakkında da karar verilebilecek kadar izlenmiş geniş vaka serileri de bulunmamaktadır. Literatüre katkı sağlamak amacıyla kliniğimizde tedavi ettiğimiz iki olgu tanı, tedavi yaklaşımları ve prognoz açısından literatür de gözden geçirilerek sunulmuştur.

Olgular

Olgu 1

Üç aylık ses kısıklığı, 6-7 aydır boyunda şişlik, yutarken boğazda takılma hissi, son 6-7 ayda 10 kg'lık kilo kaybı yakınmalarıyla kliniğimize başvuran 48 yaşındaki erkek hasta, 17 sene, günde 1 paket sigara kullandığını belirtiyor. İndirekt laringoskopide; vallekula, epiglot tipi salim, sağ ağırlıklı olarak supraglottik bölgeyi dolduran tümöral kitle mevcut; kitle sağda epiglotu tutmuş izlenimi yaratıyor; kitle nedeniyle epiglot petiolu, kordlar, bandlar, piriform sinüsler değerlendirilemedi. Boyun palpasyonunda; sağda klavikuladan 1 cm yukarıda, orta hatta uzaklığı 2 cm olan, posteriorda SKM kas arka kenarını yaklaşık 1 cm geçen, üstte angulus mandibulaya kadar uzanan, 10x8 cm'lik ağrısız, tabana fikse, üzerindeki cildin hareketli olduğu kitle mevcut. Başka bir lenfadenopati ele gelmedi. Moore belirtisi negatif. Radyolojik incelemelerde; BT'sinde hipofarenks tümörü ve sağ servikal lenfadenopatiler görüldü. Preoperatif histopatoloji sonucu adenokarsinom olarak rapor edildi. Hastaya total larenjektomi, sağ radikal boyun diseksiyonu ve

sol lateral boyun diseksiyonu yapıldı. Postoperatif makroskopisinde tümörün sağ piriform sinüsü, apeks de dahil olmak üzere tamamen doldurduğu, sağ ariepiglotik plikayı, interaritenoid bölgeyi ve sol aritenoidi tuttuğu, her iki band ve kord, epiglot ve ön komissürün salim olduğu izlendi. Subglottik taşma izlenmedi. Postoperatif patoloji raporu (16904-11/2000) adenokarsinom olarak (Resim 1) ve boyun diseksiyonu materyali sağ üst ve orta jugulere oturan gross kitle metastatik ve sol boyun üst jugularda 10/1 metastaz olarak rapor edildi (T₄, N₃, M_x). Olgu radyoterapi alması için sevk edildi. Hastanın postoperatif dördüncü aydaki kontrolünde sağ üst juguler bölgede nüks saptandı. Radyoterapi randevusu olduğu ve nüks olan tarafta radikal boyun diseksiyonu yapılmış olduğu için müdahale düşünülmeydi. Radyoterapiyi takiben kemoterapiye başlandı. Olgumuzun birinci kür kemoterapi uygulandıktan hemen sonra (postoperatif yedinci ayda), ikinci kür kemoterapiye başlanmadan, evinde exitus olduğu öğrenildi.

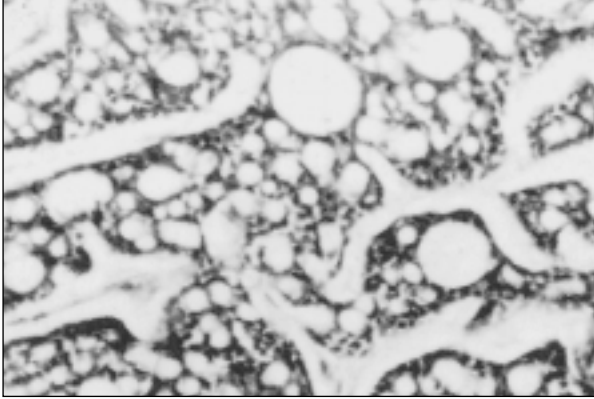


Resim 1. Olgu 1'de tipik adenokarsinom alanları (HE x44).

Olgu 2

Yaklaşık 1.5 yıldır boğazda takılma, sesinde bozulma yakınmalarıyla kliniğimize başvuran 43 yaşında bayan hastanın son üç ayda beş kg kadar kaybettiği, 1.5 aydır iştahsızlığı ve son bir aydır da sağ kulağa vuran ağrısı olduğu öğrenildi. Nefes darlığı yakınması yok. İndirekt laringoskopide; epiglot destrükte, sol aritenoid üzerinde destrüksiyon yapan kitle sebebiyle kordlar ve ventriküler bandlar izlenemedi; dil kökü salim. Boyun palpasyonunda

herhangi bir lenfadenopati ele gelmedi. Moore belirtisi negatif. Dil kökü palpasyonla salim. Epiglot lingual yüzünden alınan punch biyopsi "adenoid kistik karsinom" olarak rapor edildi (9611/2001) (Resim 2). Nazofarengolaringoskop ile yapılan muayenede epiglot gros kitleyle destrükte, sağ aritenoid kıkırdak hareketli ve mukozası olağan, sol aritenoid hareketi ise kısıtlı olarak gözlemlendi. Her iki kord olağan görünümdeydi (T₂, N₀, M₀). Operasyon sırasında parafarengial bölgeden larenkse girildiğinde tümörün epiglot larengeal yüzünde sınırlı olduğu, her iki kord ve aritenoidin salim olduğu gözlemlendi. Bunun üzerine supraglottik horizontal larenjektomiye karar verildi. Boyun diseksiyonu yapılmadı. Klinik izlemde problem olmadı. 11. günde dekanüle edildi. 12. günde nazogastrik sonda çekilerek oral beslenmeye geçildi. Olgu postoperatif beşinci ayda yapılan kontrollerde sağ ve sağlıklı olup akciğer filmi ve boyun ultrasonografisinde her hangi bir patolojiye rastlanmamıştır.



Resim 2. Adenoid kistik karsinomlu Olgu 2'de tipik kribriform pattern (HE x110).

Tartışma

Adenokarsinoma daha çok supraglottik bölgelerde rastlanır.^{1,4} 60 yaş civarında ve erkeklerde daha sık görüldüğü kabul edilir.^{4,5} Sunduğumuz olgu da erkektir.

Adenoid kistik karsinom oranı tüm larengeal malignansilerin yaklaşık %0.25-%0.6'sı olarak bildirilmektedir.^{2,6} Erkeklerde daha sık görülür.⁵ Adenoid kistik karsinoma daha çok subglottik bölgede rastlanır.^{1,7,8} Adenoid kistik karsinomlu 33 vakalık

bir seride olguların 18'i subglottik, 11'i supraglottik ve 4'ü glottik ya da transglottik olarak bildirilmiştir.⁷ Sunduğumuz olgu ise lezyonu supraglottik yerleşimli olan bir bayandır.

Adenoid kistik karsinomlarla karşılaştırıldığında adenokarsinomlar daha sık boyun metastazı yaparlar.^{1,7} Sunduğumuz adenoid kistik karsinom olgusunda boyunda metastaz yokken diğer sunduğumuz adenokarsinomlu olgumuzda ise boyun metastazı vardı. Olgularımız bu özellikleriyle literatür bilgilerini desteklemektedir.

Metastaz açısından değerlendirildiğinde adenokarsinom boyun, karaciğer ve akciğer metastazı yaparken adenoid kistik karsinom özellikle akciğer metastazı yapar. Adenokarsinom erken lenfojen ve hematojen metastaz yaparken adenoid kistik karsinom perinöral invazyon yoluyla geç metastaz yapar ve lenfojen yayılımı pek yoktur. Bu nedenle tümör tam olarak çıkartılsa ve cerrahi sınırlar intakt olsa bile, adenokarsinomlu olguların çoğu erken dönemlerde metastazlarla kaybedildiğinden prognoz daha kötüdür.^{1,2,4,5}

Adenokarsinom ve adenoid kistik karsinomda tedavi seçenekleri konusunda tam bir fikir birliği yoktur. Oldukça nadir görülmeleri nedeniyle bu tümörler için kesin tedavi protokolleri önermek zordur. Yeterli sayıda hasta olmadığı için tedavi seçeneklerini karşılaştırarak herhangi bir sonuca varmak mümkün gözükmemektedir. Ancak, bu tümörlerin yüksek submukozal yayılım insidansları nedeniyle parsiyel larenjektomi ile çıkartılmaları yetersiz tümör eksizyonuna neden olabileceği ve bu nedenle total larenjektominin daha uygun olacağını ileri sürerler vardır.^{1,2} Adenoid kistik karsinomlu olgularda lezyon subglottik ise total, supraglottik ise parsiyel larenjektomi önerenler vardır.⁹⁻¹¹ Biz de benzer şekilde düşünerek adenoid kistik karsinomlu olgumuzda lezyon supraglottik olduğu için onkolojik prensipler çerçevesinde supraglottik horizontal larenjektomi, adenokarsinomlu olgumuzda ise total larenjektomi yaptık.

Adenokarsinomda boyun N₀ olsa bile yüksek lenfojen yayılım riski nedeniyle pek çok araştırmacı boyun diseksiyonu önerirken,^{1,10,12} adenoid kistik karsinomda seyrek lenfojen yayılım nedeniyle N₀ boyunda boyun diseksiyonu önerilmemekte-

dir.^{10,13,14} Adenoid kistik karsinomda uzak metastaz varlığında bile boyun metastazlarına müdahale önerilir, çünkü uzak metastaz ortaya çıktıktan sonra 5-15 yıllık sürviler bildirilmiştir.^{2,15} Boyun diseksiyonunu adenokarsinomlu olgumuzda uyguladık, fakat adenoid kistik karsinomlu olgumuzda uygulamadık.

Adenokarsinom ve adenoid kistik karsinom radyosensitif olmasına rağmen radyokürabl değildirler, bu yüzden pek çok otör cerrahi sınır pozitifliği veya boyunda metastaz varsa postoperatif olarak radyoterapiyi önerir.^{1,2,13} Biz de bu yüzden boyunda metastaz varlığı nedeniyle adenokarsinomlu olgumuza postoperatif radyoterapi önerdik.

Kaynaklar

1. **Alavi S, Namazie A, Calcaterra TC, Blackwell KE.** Glandular carcinoma of the larynx: the UCLA experience. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1999; 108(5): 485-9.
2. **Sinard RJ, Netterville JL, Garrett CG, Ossoff RH.** Cancer of the larynx. *Cancer of the Head and Neck*'de. Ed. Myers EN, Suen JY. 3. baskı. Philadelphia, WB Saunders Co., 1996; 381-421.
3. **Bak-Pedersen K, Nielsen KO.** Subepithelial mucous glands in the adult human larynx. Studies on number, distribution and density. *Acta Otolaryngol* 1986; 102(3-4): 341-52.
4. **Incandela S, Aragona F, Di Marco G.** The adenocarcinoma of the larynx: in aim of a clinic case. Histologic, immuno-histochemistry and electron microscope studies. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord.)* 1999; 120(1): 35-8.
5. **Moisa II, Mahadevia P, Silver CA.** Unusual tumors of the larynx. *Laryngeal Cancer*'de. Ed. Silver CA. New York, Thieme Medical Publishers Inc., 1991; 33-43.
6. **Damborenea Tajada J, Campos del Alamo MA, Marin Garcia J, Leache Pueyo J, Llorente Arenas E, Fernandez Liesa R.** Adenoid cystic carcinoma of the larynx. Case report and literature review. *An Otorrinolaringol Ibero Am* 1999; 26(3): 257-63.
7. **Batsakis JG, Luna MA, El-Naggar AK.** Nonsquamous carcinomas of the larynx. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1992; 101(12): 1024-6.
8. **Sasaki CT, Carlson RD.** Malignant neoplasms of the larynx. *Otolaryngology Head and Neck Surgery*'de. Ed. Krause CJ. St Louis, Mosby-Year Book Inc., 1992; 1925-54.
9. **Serafini I, Lucioni M, Bittesini L, Dei Tos AP, Della Libra D.** Treatment of laryngeal adenoid cystic carcinoma. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 1991; 11(1): 13-24.
10. **Veivers D, de Vito A, Luna-Ortiz K, Brasnu D, Laccourreye O.** Supracricoid partial laryngectomy for non-squamous cell carcinoma of the larynx. *J Laryngol Otol* 2001; 115(5): 388-92.
11. **Hogg RP, Kuo MJ, Olliff J, Das Gupta AR.** Invasion of the recurrent laryngeal nerve by adenoid cystic carcinoma. An unusual cause of true vocal fold paralysis. *J Laryngol Otol* 1999; 113(3): 260-2.
12. **Browne JD.** Management of nonepidermoid cancer of the larynx. *Otolaryngol Clin North Am* 1997; 30(2): 215-29.
13. **Ferlito A, Barnes L, Myers EN.** Neck dissection for laryngeal adenoid cystic carcinoma: is it indicated? *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1990; 99(4 Pt 1): 277-80.
14. **Ferlito A, Rinaldo A, Devaney KO, Devaney SL, Milroy CM.** Impact of phenotype on treatment and prognosis of laryngeal malignancies. *J Laryngol Otol* 1998; 112(8): 710-4.
15. **Cohen J, Guillaumondegui OM, Batsakis JG, Medina JE.** Cancer of the minor salivary glands of the larynx. *Am J Surg* 1985; 150(4): 513-8.

İletişim Adresi: Dr. Sedat Öztürkcan

Izmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
2. Kulak Burun Boğaz Kliniği
Yeşilyurt-İZMİR