



Società Italiana di Otorinolaringologia
e Chirurgia Cervico-Facciale



Laringoloji Derneği
Società Laringologica (Türkiye)



4 - 7 Maggio 1997
Antalya - TURCHIA

4 - 7 Mayıs 1997
Antalya - TÜRKİYE

REKONSTRÜKSİYONLU PARSİYEL LARENJEKTOMİLER

Nihat ŞEKERCİOĞLU, Harun CANSIZ, Muammer GÜNEŞ,
Ali Seyid RESULİ, Özcan ÖZTÜRK,*

ÖZET

Son yıllarda konservasyon cerrahisinde önemli gelişmeler elde edilmiştir. Tümörün mikrocerrahi ile çıkarılmasından subtotal larenjektomiye kadar uzanan bir çok konservatif seçenek ve bu amaç ile kullanılan çeşitli greft yada flepler mevcuttur. Yaşları 43 ile 70 arasında değişen 5'i (% 8) kadın, 57'si (92) erkek, olguya rekonstrüktif parsiyel larenjektomi uygulandı. Rekonstrüksiyonlarda piriform sinüs mukozası (n= 23), epiglot kartilaj (n= 19), kompozit epitelli serbest kartilaj (n= 15), troid kartilaj (n= 12) ile hyoid kemik (n= 5), infrahyoid kas, bant ve perikondrium gibi değişik (n= 12) rekonstrüksiyon materyali kullanıldı. 3 ila 5 yılını tamamlayan 53 olguda T1 ve T2 evre olgularda sürvi % 100, T3 olgularda 3 yıllık % 92.3, 5 yıllık % 87.5, T4 olgularda ise % 75 ve % 50 olarak sağlandı. İki mezenkimal tümör ve bir invaziv troid papiller Ca olgusunda beşer yılını tamamlamışlardır. Fonksiyonel sonuç olarak değerlendirildiğinde % 88.7 dekanülasyon ile % 96.7 fonasyon ve % 95.16 yutma fonksiyonlarında başarı elde edilmiştir. İleri evre larenks tümörlü olgularda bile çeşitli rekonstrüktif teknik ve greftler kullanarak parsiyel larenjektomi yapılabileceği sonucuna varıldı.

SUMMARY

We performed reconstructive parial laryngectomy in 62 patients with laryngeal tumors. Out of 62 patients, five were females (8 %), and 57 were males (92 %), their ages varying from 43 years to 70 years. Reconstruction material varied including pyriform sinus mucosa (n= 23), epiglottic cartilage (n= 19), composite epithelial free cartilage (n= 15), thyroid cartilage (n= 12), hyoid bone (n= 5), and infrahyoid muscle band and perichondrium (n= 12). Three - and five - year survival rates for T1 and T2 cases, T3 cases, and T4 cases were 100 %, 92.3 % and 87.5 %, and 75 % and 50 %, respectively. Among patients (n= 53) who completed a five - year survival period were two patients with mesenchymal tumor and one patients with invasive papillary thyroid carcinoma. Among all patients, 88.7 % was decannulated. Success in phonation, and swallowing functions were found as 96.7 % and 95.16 %, respectively. We conclude that partial laryngectomy including the use of various reconstructive techniques and grafts can be performed even in patients with advanced - stage laryngeal tumors.

GİRİŞ

Larengal tümör cerrahisinde tümörün mikrocerrahi ile çıkarılmasından subtotal larenjektomiye ve total larenjektomiye kadar değişen cerrahi seçenekler mevcuttur. Geleneksel olarak kort vokalde fiksasyon yapan ilerlemiş larengal tümörlerde en iyi tedavi şekli olarak total larenjektomi kabul edilmekle birlikte günümüzün geleşen rekonstrüksiyon teknikleri nareketi korunmuş tek bir aritenoid ünitesi ile dahi rekonstrüktif parsiyel larenjektomiye olanrak tanımaktadır.

Yaygın lezyonların emniyetli bir sınırla çıkarılması postoperatif fonksiyonel sorunlara yol açar, bu da rekostrüksiyonu gerektirir. Rekostrüktif parsiyel larenjektomide amaç tümörün tam



rezeksiyonunu takiben larenkste kalan en dokuyu ve gerektiğinde bölgesel ya da uzak greftler kullanarak larengeal fonksiyonların yeniden temin edilmesidir.

Bu çalışmada geniş rezeksiyonu takiben çeşitli greft ya da fleplerle rekonstrüksiyon yaptığımız 62 larenks tümörlü hastada elde edilen onkolojik ve fonksiyonel sonuçlar sunulmaktadır.

MATERYAL VE METOD

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kulak-Burun-Boğaz Anabilim Dalı'nda, larenks tümörü tanısı ile parsiyel larenjektomi uyguladığımız rekonstrüksiyon amacıyla piri-form sinüs mukozası (PSM), epiglot kartilaj (EK), tiroid kartilaj (TK), mukozalı nazal septal kartilaj (MNSK), deri ekli retro aurikuler kartilaj (RAK), infrahyoid kas (İHK), perikondrium(PK), band vokal (BV) ve hyoid kemik (HK) kullanılan 62 olgu materyalimizi oluşturmaktadır.

Tüm olgulara rutin KBB muayeneleri yapıldı. İndirekt ve direkt larengoskopik muayeneleri yapıldı. Tümörlü olgulardan biopsi alındı. Bazı olgular larenks ve boyun değerlendirmesi için BT ve MRI ile tetkik edildiler. Tümör olgularının klinik, cerrahi ve postoperatif patolojik TNM evrelemesi yapıldı. Evrelemede "American Joint Committee on Cancer" (AJC) esaslarına uyuldu.

Operasyonlarda kullanılan rekonstrüksiyon materyalleri greft veya flep olarak kullanıldılar. Greft veya flepler bazı olgularda tek başlarına kullanıldığı gibi diğer materyallerle birlikte ikili veya üçlü kombinasyonlar şeklinde de kullanıldı.

Onkolojik takip indirekt, direkt larengoskopik muayene, AC grafisi ve bazı olgularla BT ve MRI görüntüleme yöntemleri ile yapıldı.

Sürvi üç ve beş yıllık takipleri yapılabilen olgularla saptandı. Larenks tümörü dışında nedenlerle vefat edenler ve takip edilemeyenler ile üç veya beş yıllık süreyi doldurmayanlar o sürelerin sürvi hesabına dahil edilmediler.

Her T evresinin üç ve beş yıllık sürvi hesabı ayrı ayrı yapıldı.

Fonksiyonel sonuçlar solunum, ses ve yutma fonksiyonlarının değerlendirilmesi ile elde edildiler. Herhangi bir nedenle TL'ye döndürülenler fonksiyonel olarak başarısız olarak kabul edildi. Solunum sonuçları, dekonülasyondan sonra normal larengeal solunum yapabilen olgular iyi; efor durumunda hafif solunum güçlüğü olan olgular orta; dinlenmede dahi solunum güçlüğü olan, dekanüle edilemeyen veya yeniden trakeotomi yapılan olgular başarısız olarak değerlendirildi. Ses sonuçları, normal veya normale yakın ses çıkaran olgular iyi; normalden az fakat yeterli ses çıkaran olgular orta; kısık veya yetersiz ses çıkaran olgular fısıltı; hiç ses çıkarmayan veya iletişim sağlayamayan olgular başarısız olarak değerlendirildi. Yutma sonuçları, hiç aspirasyonu olmayan olgular iyi; sıvı gıda alımında minimal aspirasyonu olan olgular orta; devamlı ve belirgin aspirasyonu olan olgular başarısız olarak değerlendirildi.

BULGULAR

Yaşları 46 ila 70 arasında değişen 5'i erkek 57'si kadın 62 olgunun rekonstrüksiyonunda, tek yada kombine olmak üzere; piriiform sinüs mukozası 23 (% 38), epiglot kartilaj 19 (% 30.65) epitelli serbest kartilaj 15 (% 24.20), tiroid kartilaj 12 (% 19.35), hyoid kemik 5 (% 8.06) ve infrahyoid kas ve perikondrium ila bant gibi yumuşak dokular 12 (% 19.35) rekonstrüksiyon materyali olarak kullanıldı.

T1 olgu sayısı 15 (% 24.19), T2 olgu sayısı 21 (% 33.8), T3 olgu sayısı 17 (% 27.4), T4 olgu sayısı 6 (% 9.6), İnvaziv tiroid papiller Ca ve mezenkimal tümörlü (MT) olgu sayısı 3 (% 4.8) tür. Olgulardan 12'sine (% 19.3) boyun disseksiyonu uygulandı. Postoperatif radyoterapi

isc olgulardan 43'üne (% 69.3) uygulandı.

Olguların 55'i (% 88.7) dekanüle edilirken 7'si (% 11.29) dekanüle edilemedi. Dekanüle edilen 55 olgunun ortalama dekanülasyon süresi 27.3 gün bulundu. Tüm olguların fonksiyonel sonuçları incelendiğinde solumun fonksiyonu 45 olgu (%72.15) iyi, 11 olgu (%17.7) orta, 6 olgu (%9.16) başarısız bulundu. Sesfonksiyonu sonuçları 20 olgu (%32.2) iyi, 22 olgu (%33.8) orta, 14 olgu (%22.5) fısıltı ve 6 olgu (%9.6) başarısız olarak elde edildi. Yutma fonksiyonu ise 52 olgu (%83.8) iyi, 4 olgu (%6.4) orta ve 6 olgu (%9.6) başarısız olarak değerlendirildi.

Üç yıllık süreyi dolduran T1 evresindeki olgu sayısı 15'tir. Bunlardan biri tonsil Ca nedeniyle kaybedilmiş bir olgu ise takip edilememiştir. Sürviye esas sayı 11 olup; üç yıllık sürvi %100'dür. İki Olgu henüz 3 yılını tamamlamamıştır. Beş yıllık süreyi dolduran olgu sayısı 12'dir tonsil ca. nedeniyle kaybedilen ve takibi yapılmayan olgu dışındaki tüm olgular takip edilmiş olup; sürviye esacs sayı 10'dur. Beş yıllık sürvi %100'dür. T2 evreli 21 olgunun üç yılını dolduran olgu sayısı 14'tür. Total larenjektomiye döndürülen olgu dışında bir olgu da takip edilememiştir. Sürviye esas sayı 12 olup, üç yıllık sürvi de %100'dür. İki olgu henüz 3 yılını tamamlamamıştır. Beş yıllık süreyi dolduran T2 olgu sayısı 9'dur. Olgulardan total larenjektomi yapılan ve takip edilmeyen olgu çıkartıldığında sürviye esas sayı 7'dir. Bir olgu larengeal tümör nedeniyle kaybedildiğinden beş yıllık sürvi %85.7'dir. T3 evreli 17 olgunun üç yıllık süreyi dolduran T3 evreli olgu sayısı 15'tir. Bir olgu ikinci primer AC ca. nedeniyle kaybedilmiş, bir olgu ise takip edilememiştir. Sürviye esas sayı 13 olup, bir olgu ex. olduğundan üç yıllık sürvi %92.3'tür. Post-op. beş yılını dolduran T3 olgularının sayısı 10'dur. AC ca. nedeniyle kaybedilen ve takip edilmeyen olgu dışındaki 8 olgunun takibi yapılmıştır. T3 olgularının beş yıllık sürvisi (%87.5'tir. Üç yılını dolduran T4 olgu tümör nedeniyle ex. olduğundan sürvi %75'tir. Beş yılını dolduran T4 olgu sayısı 3 olup, biri tümral, biri de non-tümöral nedenle kaybedildiler. Sürviye esas sayı 2 olup, sürvi de %50'dir. İki olgu henüz 2 yıllık olup, bir olgu da radyoterapi sonrası aritenoid fixasyonuna bağlı aspirasyon nedeniyle TL'ye döndürüldü.

PSM'li rekonstrüksiyon bulguları Tablo 1'de, EK'li rekonstrüksiyon bulguları Tablo 2'de, ESK'lı rekonstrüksiyon bulguları Tablo 3'te görülmektedir. MNSK ve RAK birlikte ESK olarak değerlendirilmeye alındı. TK'lı rekonstrüksiyon bulguları Tablo 4'te, YD kullanılan olguların bulguları, Tablo 5'de, HK'le rekonssiyon bulguları Tablo 6'da görülmektedir.

TARTIŞMA

Larenks kanserli olgulara total larenjektomi kararı hızla verilmemelidir. Zira total larenjektomi operasyonlarından önce larenksin tüm dokusunun tam bir histopatolojik incelemesi yapılamaz. Total larenjektomi piyeslerinde yapılan seri halindeki kesitlerde, birçok olguda total larenjektominin onkolojik yönden gerekli olmadığı görülmüştür (1,2). De Santo ve arkadaşları, çalışmalarında hastaların sadece % 15'inde total larenjektomi için kesin endikasyon saptadıklarını bildirmektedirler (3). Konservatif larenks cerrahisi için grefti piriform sinüs mukozası (PSM), tiroid kartilaj (TK), epiglot kartilaj (EK), retro auriküler deri ekli kartilaj (RAK), mukozalı nazal septal kartilaj (MNSK), kostal kartilaj (KK), kas saplı hyoid kemik (HK), kas saplı klavikula periostu gibi homolog greft ve flepler kullanılabilir. (4).

Tüm bu materyallerle rekonstrüksiyonda tümörlü olgularda tümörün tam rezeksiyonunu takiben rijit duvarlı, kollabe olmayan ve içi epitelle döşeli yeni bir solunum yolu oluşturmak amaçlanır. Bu anatomik rekonstrüksiyondur. Fizyolojik rekonstrüksiyonun anahtarı yutma sırasında glottik kapanmadır (4). Parsiyel larenjektomi operasyonlarında onkolojik cerrahi prensipler hiç bir zaman zedelenmemeli ve kullanılan tekniklerle elde edilen sürvi sonuçları lezyonun total larenjektomi ile elde edilecek sürvi sonuçlarıyla kıyaslanabilir olmalıdır (5).



Parsiyel larengeal cerrahinin fonksiyonel başarısı ise, aspirasyonsuz yemesi, içmesiyle, anlaşılır nitelikte bir sesle iletişim sağlamasıyla, dekanüle edilmiş olarak fonksiyonel hava yoluna sahip olmasıyla ve günlük aktivitesine dönebilmesiyle ölçülür (6).

Parsiyel larenjektomi rekonstrüksiyonu için uygulanan tüm tekniklerin ortak prensibi larengeal lümende mukozadan yoksun bölge ve doku bırakmamaktır. Bu amaçla mukozalı dokular dokular kullanılabilir. Eğer mukozalı greft kullanılmamışsa deri veya oral mukoza sarılı stent kullanılabilir. Ancak sadece mukozanın gerektiği durumlarda PSM tercih edilmektedir.

Serimizdeki olgulardan % 23'ünün operasyonunda PSM kullanılmıştır. Kullanılma oranı % 37.5 bulunmaktadır. Bu bulgu mukoza gereksiniminin daha çok PSM tarafından karşılandığını gösterir. HK ile birlikte PSM kullandığımız bir olgudaki HK nekrozu dışında bu seride komplikasyon görülmemiştir. Serideki komplikasyon oranı % 4.7 dir. Salam ve arkadaşlarında ise % 13 olarak bildirilmiştir (5).

Rekonstrüksiyonlu parsiyel larenjektomi olgularının 19'unda da epiglot (EK) kullanıldı. Olguların incelenmesinde T3 evresi olgularının % 52.6 olduğu görülmektedir. Dekanülasyon oranı % 84.2, ortalama dekanülasyon süresi ise 36.6 gün bulundu. Schechter, radyoterapi görmemiş olgularda 5 veya 6. günde dekanülasyon olabileceğini, radyoterapi gören olgularda ise 3 - 5 haftalık süre gerektiğini öne sürmektedir (7). Olgularımızda da radyoterapi yapılma oranının yüksek %94.7), ortalama dekanülasyon süresinin de uzun oluşu (36.6) gün Schechter'in görüşünü destekler niteliktedir. Otör, radyoterapi görmemiş hastalarda post operatif ödemin hızla gerilediğini ve dekanülasyon süresini etkilediğini belirtmektedir (7). Fonksiyon sonuçlarımız Schechter'in sonuçlarıyla uyumludur. Olson ve Sullivan'da, 5 olguda EK kullanarak yaptıkları rekonstrüksiyon sonucunda yeterli fonksiyonlar elde ettiklerini belirtmektedirler (8).

Schechter; "Rekonstrüktif tekniklerin çeşitli kombinasyonları subtotal larenjektominin yol açtığı yaygın defektleri düzeltebilmesine rağmen tek aşamalı prosedürle çok kısa bir süre içinde mukozalı iç yüzey oluşumunu, kartilajınöz destek ve esnekliğini sağlayan tek yaklaşım epiglottik rekonstrüksiyondur" demektedir. (7). EK'ın seçilmiş olgularda kullanılabilir olması en önemli dezavantajı olarak gözükmektedir. Ancak Schechter'in vurguladığı özellikleri yanında epiglotun feda edilebilirliği, bölgeye yakınlığı ve saplı flep olarak kullanılabilmesinden dolayı beslenme sorununun olmaması ise diğer avantajlı yönleridir. Bu avantaj, dezavantaj değerlendirilmesinin iyi yapıldığı, seçilmiş larengeal tümör operasyonlarında epiglot cerrahların akıllarında mutlaka bulunması gereken rekonstrüksiyon materyalidir.

ESK (MNSK veya RAK) kullanılarak rekonstrüksiyon yapılan parsiyel larenjektomi sayısı 15'dir. Rekonstrüksiyonda tek başına ESK kullanım oranı % 80'dir., Laurian ve Zohar ön komissür yayılamalı 11 glottik T2 tümörlerinde rekonstrüksiyonda MNSK kullanmışlar ve tüm olgularını dekanüle etmişler ve ortalama dekanülasyon süresi de 4 - 6 gün olarak bildirilmiştir (9). Serimizdeki ortalama dekanülasyon süresi ise 13.6 gündür. Butcher ve Dunham da 12 olgudaki ön ön komissür rezeksiyonundan sonra MNSK kullanarak yaptıkları rekonstrüksiyonla % 100 dekanülasyon ve 5 günlük ortalama dekanülasyon süresi bildirmişlerdir (10). Dekanülasyon süresinin 13.6 gün gibi çok az uzun olması olgularımızda uygulanan parsiyel larenjektomi operasyonlarındaki rezeksiyonun büyüklüğündendir. Olgulardan birinde (% 8.3) komplikasyon (subglottik stenoz) gelişmiştir. Bir olgu da aspirasyon nedeniyle dekanüle edilemeyip TL'ye döndürüldü. ESK ile yapılan rekonstrüksiyonlarda tek başına ESK kullanım oranı % 80 dir. Bu bulgu geniş rezeksiyonlardaki büyük defektlerin onarımında MNSK ve RAK'ın yeterli olabileceğini göstermektedir. MNSK ve RAK'ın kıkırdak yapılarının yanında epitelle

astarlı olarak elde edilebilmeleri, kollapsı engelleyecek sertlikte olmaları en önemli avantajlarıdır. Elde edilen solunum sonuçları ve iki hafta gibi kısa sürede dekanülasyon bu avantajın iyi kullanıldığını göstermektedir.

Larenks tümörlü olguların 12'sinde TK kullanıldı. Rekonstrüksiyonlarda sadece TK kullanılan olgu sayısı 5 tir (% 45.5). Radyoterapi uygulanan olguların oranı % 75'dir. Dekanülasyon oranı % 90.9 ortalama dekanülasyon süresi 69 gün bulundu. Burgess ve arkadaşları iki olguluks prelininer raporlarında T3 No Mo olguyu 4, T1 No Mo olguyu ise 7 günde dekanüle ettiklerini bildirmektedirler (11). Serimizdeki 69 günlük ortalama dekanülasyon süresi üç çeyrek larenjektomi uygulanan bir olgunun aspirasyon nedeniyle 270 günde dekanüle edilmesinden ve radyoterapi ödeminin çözülmesinin beklenmesinden dolayıdır. Biller ve Lawson'un 5 transglottik tümör olgularında dekanülasyon süresi 3 haftadan 9 ay'a kadar değişmektedir (4). Otörler bu durumu greft üzerindeki mukozal flepteki cerrahi ve radyoterapi nedenli ödeme bağlamaktadırlar. Friedman ve arkadaşları vertikal yayılımda supraglottik larenjektomi sonrasında karşı taraf superior kornusunu kırarak kas saplı olarak karşı tarafa yatırdıktan sonra arka komissür hizasındaki ikinci bir kırıkla öne doğru uzatmakla glottik rekonstrüksiyon yaptıklarını açıkladılar (12). Bu serilerindeki 8 olgudan 6'sının 14 ve 16. günlerde 2'sinin de bir ayda dekanüle edildiğini bildirdiler. Dekanülasyon süresindeki bulgularımız Biller ve Lawson'un serilerine yakın, Friedman ve arkadaşlarının sonucundan farklı görülmektedir. Bu fark muhtemelen tümör evrelerinden ve buna bağlı farklı operasyon tekniklerinden dolayıdır. Olgularımızdan biri 3 ay sonra nüks nedeniyle total larenjektomiye döndürüldü. PL/ rekonstrüksiyonlu near total larenjektomi uyguladığımız bir ise postoperatif radyoterapi sonrası aritenoid fiksasyonu gelişmesi üzerine MSK implantasyonu rekonstrüksiyonuna rağmen aspirasyon devam edince TL'ye döndürüldü. Biller ve Lawson geniş parsiyel larenjektomi geçiren 15 olgularından 3'ünü tamamen rehabilite edemediklerini, bunlardan 2'sinde stenoz geliştiğini, birinde de aspirasyona neden olan glottik kapanma yetersizliğinden dolayı gastrotomi yapıldığını bildirmektedirler (13).

Rekonstrüksiyonlu, konservatif parsiyel larenjektomi operasyonlarında yumuşak dokular (YD) yani infrahyoid kaslar (İHK), perikondrium (PK) ve band vokal (BV) ile de rekonstrüksiyon yapılabilir (6, 14, 15, 16). Wenig ve arkadaşları, 45 olguluks serilerindeki 21 vertikal parsiyel hemilarenjektomi, 22 genişletilmiş frontolateral hemilarenjektomi operasyonlarında rekonstrüksiyon için İHK ve PK kullandıklarını ve yumuşak silastik "Montgomery Stenti" ile de endolarengeal lümenin devamlılığına yardımcı olduklarını bildirmektedirler (6).

Parsiyel larenjektomize olgularda ve LTS'larda rekonstrüksiyon için hyoid kemik (HK) de kullanılmaktadır. 1938'de Looper HK'i serbest greft olarak kullandıktan sonra HK kullanımı, hayvanlardaki eksperimental çalışmalardan, klinikte kas saplı flep kullanımına kadar değişkenlik göstermiştir (17, 18, 19, 20). Önceleri sadece LTS nedeniyle yapılan LTR'larda kullanılmakta iken, Şekercioğlu'nun 1983'te parsiyel larenjektomize 3 olgusunda HK ile rekonstrüksiyon yaptığını bildirmiştir (21). HK kullanılarak yapılan parsiyel larenjektomi rekonstrüksiyonu olgu sayısı 5 tir. Olgu sayısının az olmasına rağmen bulgular parsiyel rekonstrüktif larengeal cerrahi için umut verici görülmektedir. HK tümör olgularında da volum kaybını kapatacak anatomik rekonstrüksiyon içinde ideal özellikler taşımaktadır. Fonksiyonel rekonstrüksiyon için de kullanılabilir. Bir taraf aritenodin alndığı parsiyel larenjektomilerde karşı taraf aritenodin glottik kapanma sırasında karşısında bir kabarıklık oluşturmak amacıyla kullanılmıştır. LTS'larda da kas saplı flep olarak kullanılmasında epitelle astarlandığında larengeal yüzeye konulabileceği gibi diğer rekonstrüksiyon materyallerine de destek olarak kullanılması mümkündür.



Larengeal tümörlü 62 olguda dekanüle edilen 55 olguda (% 88.7) dekanülasyon oranı ve başarılı solunum fonksiyonu, rekonstrüksiyon materyalleri ile yeterli pasaj sağlandığı mesajını vermektedir. Fonasyon fonksiyon sonucu incelendiğinde % 96.7 başarılı sonuç bulgusu da bu fonksiyonun korunabildiği veya onarılabildiğini göstermektedir. Yutma fonksiyonu sonucunda % 95.16 başarılı bulunması sfinkter fonksiyonunun da korunabildiği veya onarılabildiği sonucunu vermektedir.

Böylece elde edilen onkolojik ve fonksiyonel sonuçlar sağlam en az larenks dokusu / aritenoid ünitesinin kaldığı durumlarda dahi rekonstrüksiyonlu parsiyel larenjektomi yapılabileceğini göstermektedir.

Tablo. 1 Piriform Sinüs Mukozası Kullanılan Parsiyel Larenjektomi olguları

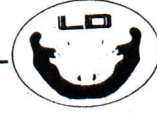
Sıra	Yaş	TNM	Operasyon	Greft	RT	DS	Açıklama
1	46	T2NoMo	HSGL	PSM	+	7	
2	61	T4NoMo	PFL+BD	PSM+EK	+	14	7 ay sonra II. BD
3	49	T1NoMo	LFK	PSM	-	8	
4	59	T3NoMo	GPL	PSM+TK	-	8	
5	66	T1NoMo	GPL	PSM	+	8	
6	60	T1NoMo	HSGL	PSM	+	-	Konüllü Yaşıyor
7	58	T2NoMo	GPL	PSM+EK	+	45	
8	73	T3NoMo	GPL+BD	PSM+EK	+	30	
9	57	T4NoMo	GPL+BD	PSM+EK	+	15	II. Primer tonsil Ca ex
10	54	T2NoMo	HSGL	PSM	+	15	
11	64	T3NoMo	GPL+BD	PSM+İHK	+	-	II. Operasyon red, ex
12	42	T3NoMo	GPL	PSM+EK+TK	+	180	
13	62	T3NoMo	GPL	PSM+EK+TK	+	10	II. Primer ac. op. ex
14	56	T3NoMo	GPL	PSM+HK	-	10	HK nekrozu 6. yılda oluştu
15	57	T4NoMo	GPL+BD	PSM+EK	+	-	
16	51	T2NoMo	GPL	PSM	+	15	
17	64	T3NoMo	GPL	PSM+EK	+	46	
18	73	T2NoMo	VHL	PSM+HK	-	27	
19	39	T3NoMo	GPL+BDa	PSM+HK+EK	+	20	
20	65	T2NoMo	GPL	PSM	-	15	
21	56	T3NoMo	3/4 HL	PSM+HK	+	60	
22	59	T4NoMo	3/4 HL+BD	PSM	+	40	
23	46	T4NoMo	GPL	PSM+EK+TK	+	-	TL'ye döndü (RT'ye bağlı aritenoid fiksasyonu)

PSM: Piriform sinüs mukozası, EK: Epiglot kartilaj, TK: Tiroid kartilaj, İHK: İnfra hyoid kas, HK: Hyoid kemik, HSGL: Horizontal supraglottik larenjektomi, PFL: Parsiyel faringolarenjektomi, 3/4 HL: Üç çeyrek larenjektomi, BD: Boyun diseksiyonu, RT: Radyoterapi, DS: Dekanülasyon süresi.

Tablo 2. Epiglot Kullanılan Parsiyel Larenjektomi Olguları

Sıra	Yaş	TNM	Operasyon	Greft	RT	DS	Açıklama
1	61	T4N2Mo	PFL+BD	EK+PSM	+	14	
2	53	T2NoMo	GPL	EK+MNSK	-	30	7 ayda II. BD
3	62	T3NoMo	GPL	EK(Saplı)	+	45	
4	58	T2NoMo	GPL	EK+PSM	+	45	
5	70	T3NoMo	GPL+BD	EK+PSM	+	30	
6	44	T3NoMo	GPL+BD	EK(Saplı)	+	9	
7	57	T4N1Mo	GPL+BD	EK+PSM	+	18	II. pr Tonsil Ca. cx
8	42	T3NoMo	GPL	EK+TK+PSM	+	180	
9	62	T3NoMo	GPL	EK+TK+PSM	+	10	II. pr. ac Ca. cx
10	63	T2NoMo	HSGL	EK	+	40	
11	64	T2N2Mo	GPL	EK	+	-	
12	63	T2NoMo	GPL	EK+MNSK	+	40	
13	61	T3NoMo	GPL	EK(Saplı)	+	-	
14	65	T2NoMo	GPL	EK(Saplı)	+	16	
15	55	T3NoMo	GPL	EK(Saplı)	+	20	
16	57	T4N1Mo	GPL	EK+PSM	+	-	
17	64	T3NoMo	GPL+BD	EK+PSM	+	46	
18	60	T3N2Mo	GPL+BD	EK(Saplı)	+	14	
19	39	T3N1Mo	GPL+BD	EK+TK+PSM	+	20	

PSM: Priform sinüs mukozası, EK: Epiglot kartilaj, TK: Tiroid kartilaj, İHK: İnfra hyoid kas, HK: Hyoid kemik, HSGL: Horizontal supraglottik larenjektomi, PFL: Parsiyel faringolarenjektomi, 3/4 HL: Üç çeyrek larenjektomi, BD: Boyun diseksiyonu, RT: Radyoterapi, DS: Dekanülasyon süresi.



Tablo 3.

Sıra	Yaş	TNM	Operasyon	Greft	RT	DS	Açıklama
1	53	T4NoMo	GPL	MNSK+EK	-	30	
2	70	T1NoMo	ÖKR	RAK	+	13	
3	61	MT	SGR	MNSK	-	10	
4	63	T2NoMo	GPL	MNSK+EK	+	40	
5	39	MT	SGR	RAK	+	10	SG st. LTR ile düzeldi
6	67	T2NoMo	GPL	MNSK	+	8	
7	70	T1NoMo	GPL	MNSK	-	10	II. pr. Ca. ex.
8	57	T1NoMo	GPL	MNSK	-	10	
9	62	MLT	GPL+BD	RAK	+	15	Tiroid Ca. metastazı
10	56	T2NoMo	GPL	MNSK	-	5	
11	66	T2NoMo	ÖKR+SGR	MNSK	+	5	
12	43	T2NoMo	SGR	MNSK	+	7	
13	69	T2NoMo	ÖKR+SGR+BD	MNSK	+	7	
14	63	T2NoMo	ÖKR+SGR+BD	RAK	+	7	
15	46	T4NoMo	GPL	TK+PSM+MNSK	+	-	TL'ye döndü

Tablo 4. Tiroid Kartilaj Kullanılan Parsiyel Larenjektomi Olguları

Sıra	Yaş	TNM	Operasyon	Greft	RT	DS	Açıklama
1	57	T1NoMo	GPL	TK	+	11	
2	69	T2NoMo	GPL+BD	TK	+	-	3. ayda nüks Æ TL
3	59	T3NoMo	GPL	TK+PSM	-	8	
4	60	T1NoMo	GPL	TK+KK+BV	-	60	
5	68	T2NoMo	GPL	TK	+	10	
6	42	T3NoMo	GPL	TK+EK+PSM	+	180	
7	62	T3NoMo	GPL	TK+EK+PSM	+	10	II. pr. AC Ca. ex
8	59	T2NoMo	FLHL	TK+BV	+	7	
9	62	T3NoMo	GPL+BD	TK	+	14	
10	62	T3NoMo	GPL	TK+BV	+	120	
11	57	T3NoMo	3/4 HL	TK	-	270	ASP 9 ay sürdü
12	46	T4NoMo	GPL	TK+EK+PSM	+	-	TL'ye döndü



Tablo 5. Yumuşak Doku (İHK, PK, BV) Kullanılan Parsiyel Larenjektomi Olguları

Sıra	Yaş	TNM	Operasyon	Greft	RT	DS	Açıklama
1	59	T1NoMo	FLHL	İHK+PK	-	3	
2	70	T2NoMo	FLHL	BV	+	15	
3	64	T1NoMo	FLHL	BV	-	13	
4	60	T1NoMo	GPL	BV+TK+KK	-	60	
5	51	T1NoMo	FLHL	BV	+	5	
6	64	T3NoMo	GPL+BD	İHK+PSM+PK	+	-	II. op. red. ex.
7	51	T1bNoMo	FLHL	BV	-	15	
8	49	T1NoMo	LFK	BV	-	5	5. yılda N1Æ BD
9	62	T3NoMo	GPL	BV+TK	+	120	
10	59	T2NoMo	FLHL	BV+PK	-	7	
11	50	T1NoMo	FLHL	İHK+PK	-	7	
12	55	T1NoMo	FLHL	İHK+PK	-	7	

Tablo 6. Hiyoid Kemik Kullanılan Parsiyel Larenjektomi Olguları

Sıra	Yaş	TNM	Operasyon	Greft	RT	DS	Açıklama
1	55	T4NoMo	GPL	HK	+	60	
2	56	T3NoMo	3/4 HL	HK+PSM	-	10	6. yılda HK nek.
3	73	T2NoMo	VHL	HK+PSM	-	27	
4	39	T3NoMo	3/4 HL+BD	HK+EK+PSM	+	20	
5	56	T3NoMo	3/4 HL	HK+PSM	+	60	

KAYNAKLAR

1. Kirchner, J. A., Som, M.L.: Clinical Significance of Fixed Vocal Cord. Laryngoscope, 81: 1029 - 1044, 1971.
2. Olofsson, J., Nostrand, A.W.P.: Growth and Spread of Laryngeal and Hypopharyngeal Carcinoma with Reflections on the Effect of Preoperative Irradiation. Acta Otolaryngol. (suppl.) (Stockh). Suppl. 308, 1973.
3. De Santo, L. W., Pearson, B. W., Olsen, K. D.: Utility of Near - Total Laryngectomy for Supraglottic Pharyngeal, Base of Tongue and Other Cancers. Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 98: 2 - 7, 1989.

4. Biller, H. F., Lawson, W.: Partial Laryngectomy for Transglottic Cancers. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.*, 93: 297- 300, 1984.
5. Salam, M. A., El- Kahky, El- Mehiry, H.: The Use of Pyriform Sinus Mucosa for Reconstruction After Vertical Partial Laryngectomy. *J. Laryngol. Otol.*, 106: 900- 902, 1992.
6. Wenig, B. L., Stegnajic, A., Abramson, A. L.: Glottic Reconstruction Following Conservation. *Laryngeal Surgery. Laryngoscope*, 99: 983- 985, 1989.
7. Schechter, G. L.: Epiglottic Reconstruction and Subtotal Laryngectomy. *Laryngoscope*, 93: 723- 734, 1983.
8. Olson, N. R., Sullivan, M. J.: Epiglottis in Reconstruction of the Larynx and Trachea. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.*, 94: 437- 441, 1985.
9. Laurian, N., Zohar, Y.: Laryngeal Reconstruction by Composite Nasal Mucoseptal Graft After Partial Laryngectomy. Three Years Follow- up. *Laryngoscope*, 91: 609- 615, 1984.
10. Butcher, R. B., Dunham, M.: Composite Nasal Septal Cartilage Graft for Reconstruction After Extended Frontolateral Hemilaryngectomy. *Laryngoscope*, 94: 959- 962, 1984.
11. Burgess, L. P. A., Quilligan, M.J.J. et al.: Thyroid Cartilage Flap Reconstruction of the Larynx Following Vertical Partial Laryngectomy: A Preliminary Report in Two Patients. *Laryngoscope*, 95: 1258- 1261, 1985.
12. Friedman, W. H., Katsantonis, G. P. et al.: Contralateral Laryngoplasty After Supraglottic Laryngectomy with Vertical Extension. *Arch. Otolaryngol.*, 107: 742 - 745, 1981.
13. Biller, H. F. Lawson, W.: Partial Laryngectomy for Vocal Cord Cancer with Marked Limitation or Fixation of the Vocal Cord. *Laryngoscope*, 96: 61 - 64, 1986.
14. Calcaterra, T. C.: Sternohyoid Myofascial Flap Reconstruction of the Larynx for Vertical Partial Laryngectomy. *Laryngoscope*, 93: 422 - 424, 1983.
15. Hirano, M.: Technique for Glottic Reconstruction Following Vertical Partial Laryngectomy. A Preliminary Report. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.*, 85: 25 - 31, 1976.
16. Ogura, J. H., Biller, H. F.: Glottic Reconstruction Following Extended Frontolateral Hemilaryngectomy. *Laryngoscope*, 79: 2181 - 2184, 1969.
17. Alonso, W. A., et al.: Cricoid Arch Replacement in Dogs: Further Studies. *Arch. Otolaryngol.*, 101: 42 - 45, 1975.
18. Alonso, W. A., Norman, S. D., Ogura, J. H.: Clinical Experiences in Hyoid Arch Transposition. *Laryngoscope*, 86: 617 - 624, 1976.
19. Finnegan, D. A., Wong, M. L., Kashima, H. k.: Hyoid Autograft repair of Chronic Subglottic Stenosis. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.*, 84: 643 - 649, 1975.
20. Ward, P. H., Canalis, R. F., Fee, W., et al.: Composite Hyoid Sternohyoid Muscle Graft in Humans. *Arch. Otolaryngol.*, 103: 531 - 534, 1977.
21. Şekerciöğlu, N., Gökçel, A., İrez, T.: Geniş Parsiyel Larenjektomi. türk Otolarengoloji Derneği. XVII. Milli Kongresi Tutanakları, adana, 1983.