

Larengeal Kondrosarkom: Olgu Sunumu

Yavuz Atar, İmran Aydoğdu, Yavuz Uyar, Yusuf Öztürkçü, Güler Berkiten, Ziya Saltürk

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği

ÖZ

Larenks kondrosarkomaları oldukça ender görülen tümörler olup, tüm larenks malignitelerinin yaklaşık %1'ini oluştururlar ve sıklıkla krikoid kartilajı tutarlar. İyi prognoza sahiptirler. Tümörün tedavisinde cerrahi ilk seçenek olup, tümörün boyutu, yerleşimi ve histolojik derecesine göre parsiyel veya total larenjektomi yapılabilir. Bu makalede total larenjektomi yapılan bir larengeal kondrosarkoma olgusu sunuldu. Teşhis ve tedavi aşaması literatür eşliğinde tartışıldı.

Anahtar kelimeler: kartilaj, kondrosarkoma, larenks, malign tümör

ABSTRACT

Laryngeal Chondrosarcoma: Case Report

Chondrosarcomas of the larynx are rare tumors accounting for about 1% of all laryngeal primary tumors and they are usually located at the cricoid cartilage. Surgery is first choice treatment for these neoplasm and can be either partial or a total laryngectomy, depending on the extension and histological grade of the tumor. Chondrosarcoma of the larynx generally has a good prognosis. In this report, a laryngeal chondrosarcoma case is presented which was treated surgically with a total laryngectomy. The diagnosis and treatment is discussed in the light of the literature.

Keywords: cartilage, chondrosarcoma, larynx, malignant tumour

GİRİŞ

Larenks kanserleri tüm vücut malignitelerin yaklaşık %2'sini oluşturmakta olup, en sık skuamöz hücreli karsinom ve onun varyantları görülmektedir. Larenks kondrosarkomu (LK) görülme oranı yaklaşık %1'dir⁽¹⁾. Larenkste kartilaj kaynaklı tümörler seyrek görülmekte ve bu grupta en sık olarak kondrom ve kondrosarkoma yer almaktadır. Tüm kondrosarkomların %2-5'i baş boyunda görülmekte olup en sık maksillayı tutmaktadır^(1,2). Bu çalışmada ender görülen ve larenksi masif olarak tutan LK olgusu değerlendirildi. LK'nın klinik özellikleri, tanı ve tedavi yaklaşımı literatür eşliğinde ele alınması amaçlandı.

OLGU

Yetmiş iki yaşında erkek olgu, 6 aydır nefes alma güçlüğü, eforla artan dispne, zaman zaman disfaji yakınması ile kliniğimize başvurdu. Olgunun 1/25 paket/yıl sigara kullanım öyküsü mevcut olup, alkol kullanma öyküsü yoktu. Yapılan rijid endoskopik larenoskopik muayenesinde supraglottik açıklığı tama yakın kapatan epiglot larengeal yüzü, her iki bandı ve

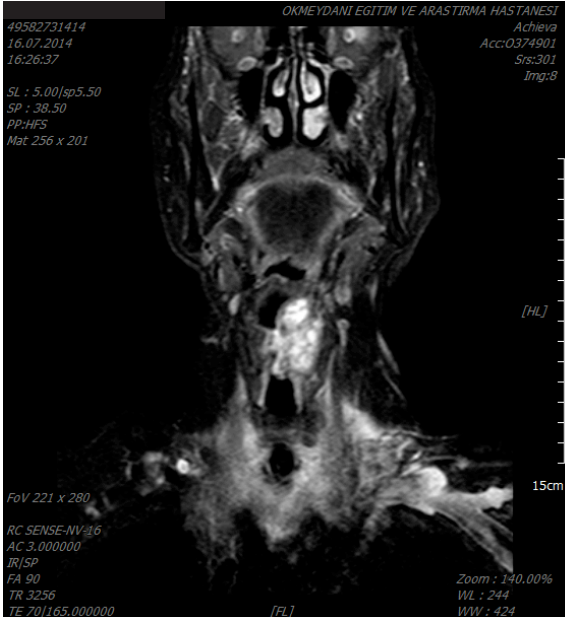
ariepiglottik foldu tutan vejetan kitle izlendi. Vokal kordlar ve subglottik mesafe kitle nedeniyle görülemedi. Boyunda palpabl lenf nodu izlenmedi ve diğer fizik muayene bulguları doğaldı. Çekilen kontrastlı Bilgisayarlı Tomografi (BT) ve Manyetik Rezonans görüntüleme (MRG) da epiglot, tiroid ve krikoid kartilajın tutulduğu tespit edildi (Resim 1, 2). Tanı amacıyla suspansiyon larengoskopi altında biyopsi yapılan hastanın entübe edilemeyeceği düşünülerek öncelikle trakeotomisi açıldı. İntraoperatif değerlendirmede tümörün sol piriform sinüsü doldurduğu, supraglottik bölgenin neredeyse tamamında yer kapladığı ve subglottik uzanımının da olduğu görüldü. Alınan biyopsi sonucu iyi diferansiye kondrosarkom olarak rapor edildi. Tümörün büyüklüğü ve larenks fonksiyonlarının ileri derecede bozulması göz önünde bulundurularak total larenjektomiye karar verildi. Lokal ve komşuluk yoluyla yayılan bir tümör olduğundan boyun diseksiyonu yapılmasına gerek görülmedi. Olgu ameliyattan sonra 7. günde taburcu edildi. Cerrahi sonrası patoloji sonucu biyopsi ile uyumlu geldi. Post-operatif 3 aylık klinik muayene ve radyolojik değerlendirmede komplikasyon veya nüks lehine bulgu saptanmadı.

Alındığı Tarih: 06.05.2015

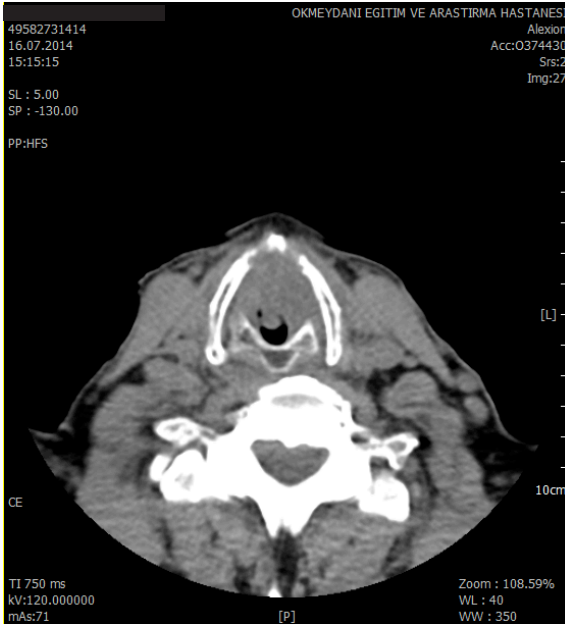
Kabul Tarihi: 13.10.2015

Yazma adresi: Ass. İmran Aydoğdu, S.B. Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi 5. Kat Kbb Servisi, İstanbul

e-posta: imran_aydogdu@hotmail.com



Resim 1. Koronal kesit MRG incelemesinde kalsifikasyon gösteren kitle.



Resim 2. BT'de (aksiyel kesit) pasajı tamamına yakın kapatan kitle.

TARTIŞMA

LK, %75 krikoid kıkırdak, %17 tiroid kıkırdak, %5 aritenoid, epiglot ve diğer kıkırdaklarda görülürler⁽³⁾. LK açıkça erkeklerde daha sık görülmekte olup E/K oranı 3,6/1'dir. En sık 50-70 yaş aralığında görülür⁽⁴⁾. LK için bilinen bir etiyolojik faktör bulunmamakla birlikte, larenks kıkırdaklarında düzensiz ossifikas-

yonla bağlı olduğu düşünülmektedir^(5,6). Bu ossifikasyonlar daha çok hyalin kıkırdaktan gelişmektedir. Kondrosarkoma neden olan düzensiz ossifikasyon pluripotent mezenkimal bir kök hücreyle bağlantılı olabilir⁽⁵⁾. Olgumuz 72 yaşında erkek hasta olup, hastanın yaşı kıkırdak ossifikasyonu için muhtemel yaşla uyumludur. Kondromada gelişen iskemik değişiklikler de kondrosarkom gelişmesine neden olabilir. Thompson ve ark.'nın⁽³⁾ 111 LK olgusunu analiz ettiği bir çalışmada kondrosarkomların %60,4'nün daha önce var olan kondroma zemininde geliştiği tespit edilmiştir. Larenkse teflon enjeksiyonu ve radyoterapiye bağlı kondrosarkom olguları da bildirilmiştir^(7,8).

Hastalar tümörün larenkste yerleştiği yere bağlı oluşan çeşitli semptomlardan yakınır. Bu şikayetler başlıca ses kısıklığı, dispne, disfaji, disfoni ve ağrıdır. Krikoaritenoid bağlantının tutulumuna veya rekürren larengeal sinir basısına bağlı ses kısıklığı gelişebilir. Bu durum kondrosarkomun ilk belirtisi de olabilir. Kitle intralarengeal büyüme gösterirse, havayolu pasajını daraltır ve nefes darlığı yakınması yapar. Ekstralarengeal büyüme gösteren tümörlerde ise disfaji gelişir⁽³⁾. Olgumuzda tümör dokusu intralarengeal uzanmış olup, hava yolu pasajını tamamen tıkmak üzereydi. Biyopsi alırken trakeotomi açmak zorunda kaldık.

Tanıda kontrastlı BT altın standarttır. BT de tümör içinde görülen kaba kalsifikasyonlar kondrosarkom tanısı için gerekli en önemli radyolojik belirtidir. Larengeal kondrosarkomların çoğu krikoid kıkırdak merkezli yoğun dansite alanları içermekle birlikte bazen invazyon lehine değerlendirilen kistik formasyon da olabilir⁽³⁾. Tümörü örten mukoza düzgün yüzeyli ve pürüzsüz izlenmektedir. Ancak ileri olgularda mukoza ülserasyonu gelişebilir. Biyopsi, spesifik tümör tipi ve tümör grade için gereklidir. Ancak sağlam mukoza altında sert bir dokunun olması biyopsi almayı zorlaştırmaktadır. Kondrosarkomun histolojik tanısı, binükleasyon veya multinükleasyon içeren nükleer atipi, hücresel artış ve çevre dokuları destrükte etme özellikleriyle konur⁽⁹⁾. LK çoğunlukla tek bir kıkırdakta görülmekle birlikte, çok azı çevre dokuları infiltre etme eğilimi gösterir⁽⁹⁻¹¹⁾.

LK çoğunlukla hem klinik hem de histolojik olarak agresif özellik göstermeyen düşük dereceli tümör olarak kabul edilir⁽¹⁰⁾. Bu nedenle cerrahi rezeksiyon

temel tedavi yaklaşımıdır. Yeterli sağlam doku bırakılarak, larenks fonksiyonlarını korumaya yönelik konservatif cerrahi yapılması genel kabul görür. Ancak larenksin fonksiyonunu sürdürmede kritik role sahip krikoid kıkırdığın da tutulması yapısal bütünlüğün sürdürülmesini zorlaştırır. Olgumuzda da krikoid kıkırdak da tutulmuştu. Bu durumda olgumuzda olduğu gibi total larenjektomi yapılması önerilmektedir. Primer cerrahi tedavi sonrası nüks gelişirse de geniş cerrahi sınır bırakılarak total larenjektomi yapma yoluna gidilir. Kondrosarkom tedavisinde kemoterapi ve radyoterapi etkisiz kabul edilir. Ancak tümörün unrezektabl sayıldığı veya genel durumu cerrahi kaldıramayacak olan hastalara radyoterapi verilebilir⁽⁹⁾. Kondrosarkomun uzun dönem takiplerde seyirleri yaş olup geç metastaz yaparlar, ancak lokal büyüme hızı hızlı olup, nüks eğilimi gösterirler^(1,12). Tümörün bu özelliklerinden dolayı olgumuzda boyun diseksiyonu ameliyata dahil edilmedi.

Thompson ve ark.'nın⁽³⁾ serisinde nüks oranı %18 olup, nükslerin inkomplet eksize edilen veya yüksek grade olan tümörlerde olduğu bildirilmiştir. Hastalığa bağlı ölüm oldukça ender olup, boyundaki hayati dokulara kontrolsüz lokal büyümeye bağlı olmaktadır. Tiwari ve ark.⁽¹³⁾ hastalığa bağlı sağkalım oranı %96,3 olarak bildirmişlerdir.

Sonuç olarak, LK, ses kısıklığı, yutma güçlüğü ve nefes darlığı ile kendini gösterebilen daha çok ileri yaşlarda erkeklerde ortaya çıkan ve oldukça ender görülen bir tümördür. Tedavisinde öncelikle cerrahi tedavi planı yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Burkey BB, Hoffman HT, Baker SR, et al. Chondrosarcoma of the head and neck. *Laryngoscope* 1990; 100:1301-5. <http://dx.doi.org/10.1288/00005537-199012000-00010>
2. Hoffer ME, Pribitkin E, Keane WM, et al. Laryngeal chondrosarcoma: diagnosis and management. *Ear Nose Throat J* 1992;71:659-62.
3. Thompson LD, Gannon FH. Chondrosarcoma of the larynx: a clinicopathologic study of 111 cases with a review of the literature. *The American Journal of Surgical Pathology* 2002;26(7):836-51. <http://dx.doi.org/10.1097/00000478-200207000-00002>
4. Koufman, JA, Cohen, JT, Gupta, S, Postma GN. Cricoid chondrosarcoma presenting as arytenoid hypertelorism. *The Laryngoscope* 2004;114:1529-32. <http://dx.doi.org/10.1097/00005537-200409000-00004>
5. Thomé R, Thomé DC, De La Cortina RA. Long-term follow-up of cartilaginous tumors of the larynx. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2001;124:634-40. <http://dx.doi.org/10.1067/mhn.2001.116183>
6. Batsakis JG, Raymond AK. Cartilage tumors of the larynx. *South Med J* 1988;81:481-4. <http://dx.doi.org/10.1097/00007611-198804000-00018>
7. Hakky M, Kolbusz R, Reyes CV. Chondrosarcoma of the larynx. *Ear Nose Throat J* 1989;68:60-2.
8. Glaubiger DL, Casler JD, Garrett WL, et al. Chondrosarcoma of the larynx after radiation treatment for vocal cord cancer. *Cancer* 1991;68:1828-31. [http://dx.doi.org/10.1002/1097-0142\(19911015\)68:8<1828::AID-CNCR2820680831>3.0.CO;2-L](http://dx.doi.org/10.1002/1097-0142(19911015)68:8<1828::AID-CNCR2820680831>3.0.CO;2-L)
9. Devaney KO, Ferlito A, Silver CE. Cartilaginous tumors of the larynx. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1995;104:251-5. <http://dx.doi.org/10.1177/000348949510400313>
10. Brandwein M, Moore S, Som P, et al. Laryngeal chondrosarcomas: a clinicopathologic study of 11 cases, including two 'dedifferentiated' chondrosarcomas. *Laryngoscope* 1992;102:858-67. <http://dx.doi.org/10.1288/00005537-199208000-00004>
11. Durmaz A, Küçüktağ Z, Birkent H, Karahatay S, Gerek M. Endolarengeal Eksizyonla Tedavi Edilen Larengeal Kondrosarkom. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2008;4:113.
12. Keleş E, Eroğlu O, Dağlı F, Aktaş G, Yalçın Ş. Larengeal kondrosarkom: Olgu sunumu. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2008;4:81.
13. Tiwari R, Mahieu H, Snow G. Long-term results of organ preservation in chondrosarcoma of the cricoid. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 1999;256:271-6. <http://dx.doi.org/10.1007/s004050050244>