

616.99421

616.21
T. C. 37

378.247
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

EB4 K. B. B. ANABİLİM DALI

1983

DİCLE ÜNİVERSİTESİ
MERKEZ KÜTÜPHANESİ

ERCIYES

ORTA ANADOLU TIP FAKÜLTELERİ'NDE 1978—1982 ARASI
5 SENELİK DEVREDE GÖRÜLEN LARİNKS KANSERLERİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Mustafa ERKAN

T. C.	
DİCLE ÜNİVERSİTESİ	
KÜTÜPHANESİ	
Denirbaş No.	0096489
Tasnif No.	616.99421
	ERK
	1983

KAYSERİ — 1983

3 6989

Tahsil hayatım boyunca
emeđi geçen bütün hocala-
rına ve K.B.B. Ana Bilim
Dalı'ndaki mezâf arkadař-
larına şkranlarımıla...

Dr. Mustafa Erkan

364 89

İ Ç İ N D E K İ L E R

Sayfa Nu.

GİRİŞ	1
GENEL BİLGİLER	2
MATERYEL ve METOD	20
BULGULAR	22
TARTIŞMA	31
NETİCE	40
LİTERATÜR	41

G İ R İ Ő

Asrımızın en büyük tıbbi mes'elelerinden biri ve en mühimi şüphesiz "KANSER"'dir.

Kanser, ilk planda insan hayatına son verdiği için, ikinci planda ise, tedavi edilse dahi, yerleştiği organlara ait fonksiyon bozuklukları meydana getirdiğinden, tıp mensuplarının üzerinde hassasiyetle durmaları gereken hastalıktır.

Beslenme ve çalışma şartlarındaki bozukluklar, mânevi tatminsiz kaynaklı rûhî stresler, alkol-sigara gibi kötü alışkanlıklar, düzensiz yaşama, çevre ve hava kirliliği, bozuk çevre sağlığı, yetersiz koruyucu hekimlik hizmetleri vs gibi hazırlayıcı sebeplerle, günümüzde, genç sayılacak yaşlarda da kanser görülme sıklığında artış dikkati çekmektedir.

Bu gün, bütün vücut kanserlerinin %2-3'ünü, baş-boyun kanserlerinin %18-20'sini işgal eden "LARİNKS KANSERLERİ" gerek görülme sıklıkları, gerek larinkste fonksiyon kaybı ile ortaya çıkardıkları konuşamamanın doğurduğu rûhî problemler sebebiyle K.B.B. uzmanlarının üzerinde hassasiyetle durmaları gereken tıbbi mes'elelerdir.

Yukarıda bahsolunan noktadan hareketle, Orta Anadolu'da bulunan Tıp Fakültelerinin K.B.B. Kliniklerinde 1978-1982 arasındaki 5 senelik devrede, "Histopatolojik" olarak larinks kanseri teşhisi konmuş vak'alar araştırıldı. Yaş, cins, meslek, sigara-alkol alışkanlığı, müracaattaki şikâyet, yakın akraba hikâyesi, kanserin histopatolojik tipi, tatbik edilen tedavi şekli tesbit edilerek, vak'aların doğum yerleri esas alınarak Türkiye'nin Coğrafi Bölgeleri'ne göre dağılım haritası çıkarıldı.

G E N E L B İ L G İ L E R

Tümör, Latince'de şişlik mânâsına gelir. Önceleri, hâmilelik ve iltihaplanmalarda ortaya çıkan şişlikler için kullanılan bu terim, dokular da normal olmayan yeni hücre üreme ve gelişmesine bağlı olan şişlikler için kullanılmaya başlandı.

Tümörler, büyüme ve yayılma şekli, başka dokulara atlayıp atlamaması ve hastaya verdiği zararlar yönünden genel olarak iki ana guruba ayrılarak incelenirler.

1-Selîm Tümörler (Benign Tümörler)

2-Habis Tümörler (Malign Tümörler)

Selîm tümörler, kaynaklandıkları organ veya dokuya yapı olarak iyi benzeyen yani onları iyi taklit eden, başka organ ya da dokuya atlamayan komşu oldukları dokulara yayılma göstermeyen ve genellikle hâyatı tehdit etmeyen urlardır. Yavaş büyüme gösterirler. Ekserisi belirli bir büyüklüğe erişir ve o büyüklükte kalır.

Ancak, birtümör devamlı büyür, kaynaklandığı organ veya dokuları bırakmaksızın taklit ederse ve başka organ ya da dokulara atlar, komşu dokulara yayılır, kişinin hâyatını tehdit ederse, habis tümör adını alır.

Kaynaklandıkları dokulara göre habis tümörler bir çok tiplere ayrılırlar.

Epitelial dokulardan kaynaklanan habis tümörlere, "KARSİNOMA", mezenzimal dokulardan kaynaklanan habis tümörlere, "SARKOMA" denir. Halk arasında habis tümörün adı "KANSERDİR".

Bir organ ya da dokudan kaynaklanan habis tümör hücreleri, çeşitli yollarla başka bir organ veya dokuya giderek orada yerleşir, çoğalır ve

tahribat yapar. Meselâ, meme kanseri hücreleri kemikte, akciğer kanseri hücreleri beyinde veya deri kanseri hücreleri akciğerde yerleşip çoğalır ve tahribat yaparlar. Bu hadiseye "Metastaz" denir.

Habis tümörlerin bir bölümü hızlı, bir bölümü yavaş metastaz yapar. Pek az bir kısmı ise hiç metastaz yapmayabilir. Karsinomaların en erken dönemi olan "In-Situ" devresinde metastaz yoktur.

Habis ya da selim olsun, bütün tümörlerin oluşumu hakkında çeşitli teoriler olmasına rağmen, hangi sebeple meydana geldikleri konusu kat'î olarak aydınlatılamamıştır.

Bilindiği gibi, ana karnındaki hayatın ilk devirlerinde, hücreler devamlı ve hızlı bir çoğalma vardır. Bu çoğalma belli bir zaman sonra yavaşlar ve nihayet durur.

Bâzı organların hücreleri devamlı değişmekte, yaşlanan eski hücreler atılmakta, yenileri ortaya çıkmaktadır.

Normal bir organizmada hücre çoğalmasını gerektirdiği zaman artıran gerektirdiği zaman azaltan veya durduran bir mekanizma vardır. Bu mekanizmanın ne olduğu ise henüz bilinmemektedir. Kanselerde bu mekanizma bozulduğundan, kontrolü imkânsız hücre çoğalmasının ortaya çıktığı bilinmektedir.

Gerek hücre çoğalmasını başlatan, gerek çoğalmayı yavaşlatan mekanizmanın ne olduğu anlaşıldığı zaman kanserin neden meydana geldiği sorusuna cevap bulacaktır.

Kanser hücresi ile normal hücre arasında kolayca farkedilen histopatolojik farklar bulunmakta ise de, aralarında pek az metabolik fark bitir edilmiştir. Nitekim nükleik asitlerin biyokimyevî yapısı her iki hücrede de benzer olmakla birlikte kanser hücrelerinde vital proteinler

(Mesela, respiratuar enzimler, sitokrom ve sitokrom oksidaz) bir miktar dűşűktür. WARBURG'a göre, kanser hücrelerinde, aerobik ve anaerobik şartlarda glikolizin olması büyük bir farktır. GREENSTEIN'in geniş literatür taraması, habis tümörlerin biyokimyevi açıdan değerlendirilmesine açıklık getirmektedir.

Günümüzde, bilinen kanserojenik ajanlardan kimyevi olanlar, etyolojik amiller olarak küçük birer rol oynarlar. Polisiklik hidrokarbonların neoplazmlara yol açıp açmadığı uzun uzadıya araştırılmış ve petrol ürünleri endüstrisinde çalışan işçilerdeki deri kanserinde ve sigara içenlerde görűlen teneffűs yolu kanserlerinde bir amil olduğu belgelenmiştir. Uranyum Stronsiyum, Nikel, Berilyum gibi elementlerin hayvanlar için kanserojenik olduğu ve maden işçilerinde akciğer kanserinin muhtemel sebeplerini oluşturdıkları gösterilmiştir. Asbestin Mezotelyoma gelişmesindeki rolű bilinmektedir.

DNA hakkındaki bilgilerimiz arttıkça, araştırmacılar, kanserogenez için ortak sebepler olarak, "HEREDİTE, VIRUS, KİMYEVİ MADDELER, RADYASYON" gibi amilleri öne sürmüşlerdir. Anlaşılan, şimdilik cevap pek basit görünmemektedir.

ANATOMİ

Larinks, kıkırdak, zar, bağ ve kaslardan yapılmış bir organ olup, teneffüs borusunun yukarı kısmını yapar. Boynun ön tarafında, 3. ve 6. boyun omurları seviyesinde bulunur.

1-KIKIRDAKLARI: Larinks'in iskeletini 3'ü çift, 3'ü tek olmak üzere 9 adet kıkırdak yapar.

A-Tekler:

- a-Tiroid Kıkırdak
- b-Krikoid Kıkırdak
- c-Epiglot Kıkırdak

B-Çiftler:

- a-Aritenoid Kıkırdak
- b-Kornikülat (Santorini) Kıkırdak
- c-Küneiformisler

2-KASLARI:

A-Addüktörler: (Vokal Kordları Kapatanlar)

- a-M.Krikoaritenoides Lateralis
- b-M.Aritenoides
- c-M.Tiroaritenoides (Pars Lateralis, Pars Vokalis)

B-Abdüktör: (Vokal Kordları Açan)

- M.Krikoaritenoides posterior

C-Tensörler:

- a-M.Krikotiroideus
- b-M.Tiroaritenoides

3-MEMBRANLARI:

- a-Membrana Tirohioidea
- b-Membrana Krikotiroidea (Fig. 1,2,3)

4-ANATOMİK BÖLGELER:

A-Glottik Bölge:

- a-Vokal Kordlar
- b-Anterior Komissürler
- c-Posterior Komissürler

B-Supraglottik Bölge:

- a-Epiglottun Tepesi
- b-Epiglottun Laringeal Yüzü
- c-Areaepiglottik Bölge
- d-Aritenoidler
- e-Interaritenoidal Bölge
- f-Ventriküller
- g-Ventriküler Bantlar

C-Subglottik Bölge: Vokal Kord alt hududundan Krikoid kıkırdak alt kenarına kadar uzanan bölgeyi içine alır. (Fig. 4)

5-SINİRLERİ:

A-N.Larinjikus Sup.

- a-Ramus Eksternus: Motor daldır. M. Krikotiroideusa gider.
- b-Ramus Internus : Larinks'in sensitif siniridir.

B-N.Larinjikus Inf. (N.Rekürrens): Larinks'in motor siniridir. M. Krikotiroideus hariç diğer laringeal adaleleri sinirlendirir.

6-ARTERLERİ:

- a-A.Laringea Sup. - A.Tiroidea Sup.'dan gelir.
- b-A.Laringea Inf. - A.Tiroidea Inf.'dan gelir.

7-VENLERİ:Arterlerle aynı ismi alır ve onları takip ederler.

8-İÇ ÖRTÜSÜ: Larinks'in iç yüzünü, bütün teneffüs yollarında örtü ve zifesi gören,çok katlı, titrek tüylü, silindirik epitel örter. Vokal Kord

lar mekanik tesirlerle sık karşılaştıklarından, daha dayanıklı ve daha sağlam olan çok katlı yassı epitel ile örtülmüştür.

9-LENFATİKLERİ: Lenfatikleri yönünden üç anatomik bölge ayrı ayrı incelenir.

a-Supraglottik Bölge: Bu bölgenin lenfatik drenajı V. Jugularis Interna boyunca uzanan juguler zincirin üst ve orta parçasındaki lenf nodüllerine doğrudur.

b-Glottik Bölge: Lenf drenajı yok denecek kadar azdır. Bu halde ile Supra ve Subglottik bölgeler arasında bir bariyer teşkil eder.

c-Subglottik Bölge: Supraglottik bölgeye nisbetle daha az lenf ağı vardır. Drenaj, V. Jugularis Interna boyunca uzanan alt servikal lenf nodüllerine, ayrıca Membrana Krikotiroideadan geçerek Krikoid kıkırdagının altındaki Pretrakeal ve Mediastinal lenf nodüllerine doğru olur.

LARINKS FİZYOLOJİSİ

Larinks'in fizyolojik vazifeleri aşağıdadır.

- 1-Koruyucu
- 2-Fonatuar
- 3-Respiratuar
- 4-Emosyonel
- 5-Tüssif-Ekspektoran
- 6-Fiksatif
- 7-Sirkülatuar
- 8-Deglütatör (4,19,36,42)

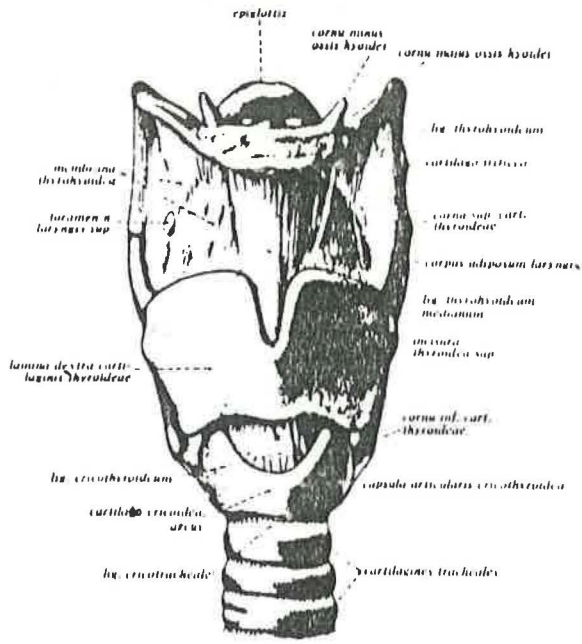


Fig.:1-Larinks'in Kıkırdak, Membran ve Bağlarının Önden Görünüşü.
(SOBOTTA'DAN)

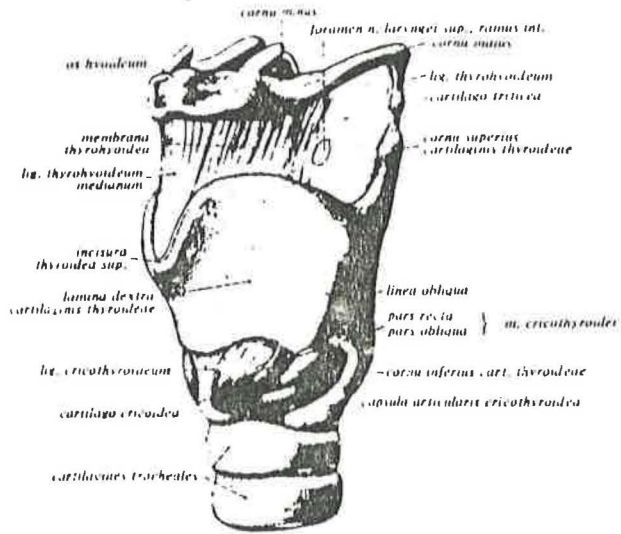


Fig.:2-Larinks'in Kıkırdak, Membran ve Bağlarının Yandan Görünüşü.
(SOBOTTA'DAN)

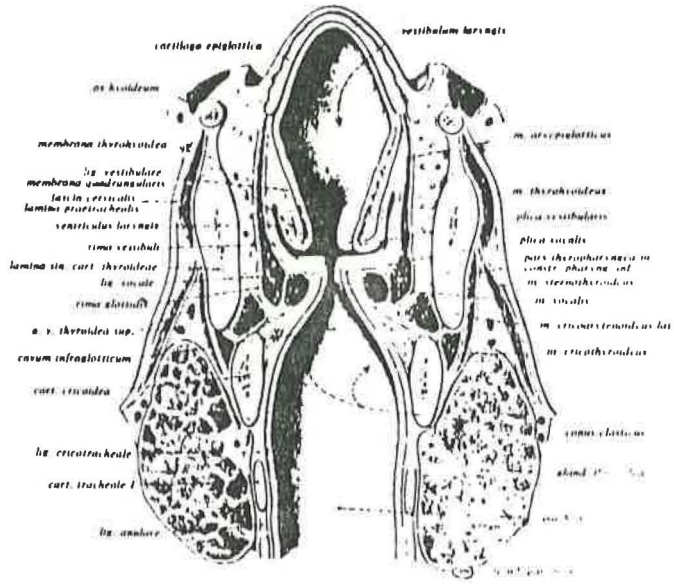


Fig.:3-Larinks'in Frontal Kesisinde
Arkadan Görünüşü.
(SOBOTTA'DAN)

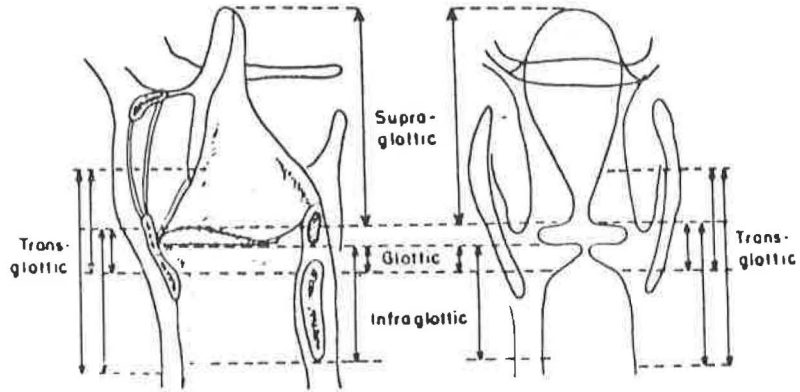


Fig.:4-Larinks'in Anatomik Bölgeleri.
(BALLENGER'DEN)

LARINKS KANSERLERİ:

CLAIR THOMSON'a göre, larinks kanseri ile ilgili bilgiler 1. ve 2. asra kadar dayanır. da, larinks kanserlerinden ilk defa BOERHAAVE (1668-1738) "Canceraus angina" deyimini kullanarak bahsetmiştir. MORGAGNİ ise otopside tesbit ettiği iki larinks kanseri vak'asına neşretmiştir.

Larinks'i görmeyi ilk başaran MANUEL GRACIA'dır. Bir müzik öğretmeni olan GRACIA 1854'te "İndirekt Laringoskopi Metodu"'nu Londra Bilimler Akademisine takdim etti. Viyana'da Prof. Dr. LUDVIG TÜRK ve JOHANN NEPOMUK CZERMAK ise bu metodu pratiğe soktular. Ayrıca, güneş ışığı yerine sun' f ışıktan faydalanmayı temin ettiler.

Larinks kanserlerinin cerrahi tedavisinde mühim bir yeri olan bu günkü "Trakeostomi"'yi ilk defa A. Trousseau (1801-1867) yaptı.

Larinks kanseri sebebiyle ilk "Larinjektomi" 1873 senesinde ünlü cerrah BILLROTH tarafından Viyana'da yapıldı. Daha sonra aynı cerrah 1878 senesinde "Hemilarinjektomi" tekniğini buldu. 1903 senesinde "Parsiyel Larinkjektomi" İngilterede rutin hale geldi. Yine aynı sene içinde larinks kanserlerinde "Radyoterapi" ilk defa SCHEPPEGRELL tarafından tatbik edildi. 1912 senesinde QUENU "Boyun Diseksiyonları"'nın genel prensiplerini ortaya koydu. (5-49-50)

Larinks kanserleri, bütün vücut kanserlerinin %2-3'ünü, baş-boyun kanserlerinin %18-20'sini işgal ederler.

ETYOLOJİ:

Diğer kanserlerde de olduğu gibi, etyoloji kat'f olarak bilinmemektedir. Fakat kanserin oluşmasını kolaylaştıran bazı amillerin mevcudiyeti de bir hakikattir. Bu amilleri iki grupta toplayabiliriz.

1-EKZOJEN AMİLLER

2-ENDOJEN AMİLLER

A-Tütün: Gerek kanserojen maddeleri ile, gerek irritan bir amil olarak, larinks kanserinde mühim yeri vardır.

B-Alkol: Vak'aların yarısından çoğu alkol kullanmaktadır. Fakat alkolün larinks seviyesinde onkojen bir tesirinin olduğu söylenemez.

C-Mesleki İrritasyonlar ve Hava Kirliliği: Ağır çalışan çiftçi işçilerle tozlu işyerlerinde çalışanlarda larinks kanserleri sıktır. Hırların havasını bozan kalorifer dumanları, otomobil ekzoslarından çıkan gazlar kanserojen maddeler ihtiva etmektedir.

D-Sesin Fena Kullanılması: Gürültülü, dumanlı ve soğuk çevrelerin sesin devamlı zorlanması.

B-Üst ve Alt Teneffüs Yollarının Müzmin Enfeksiyonları:

F-Lökoplaki, Hiperkeratoz:

G-Gıda Eksiklikleri:

H-Virüsler:

2-ENDOJEN AMİLLER:

A-Heredite: Genel olarak kanserde mühim bir amil olarak üzerinde durulur.

B-Cinsiyet: Erkeklerde kadınlara nisbetle çok daha fazla görülmektedir. Dünya literatürüne göre bunisbet en az %95'tir. Yurdumuzda da yapılan istatistiklere göre, son senelerde kadınlar arasında larinks kanserlerinde bir artış olduğu görülmüştür. Bu nisbet %4.3 olarak bulunmuştur. (4-12-16-19-48)

PATOLOJİ:

En sık skuamöz hücreli karsinom görülür. Çoğunlukla iyi diferansiyasyon gösterirler. Skuamöz tipten sonra en çok adeno kanserler görülür.

Tükürük bezi tümörü⁽⁴⁶⁾, Osteosarkom⁽³⁵⁾, Fibrosarkom⁽¹⁸⁾, Sarkom⁽¹⁾

Yulaf Hücreli Tümör⁽²⁶⁾, Rhabdomyosarkom⁽³⁻¹³⁻⁵²⁾, Kondrosarkom⁽¹⁷⁻⁴¹⁾, Myoblastom⁽²⁰⁻²⁴⁻³⁰⁾, ayrıca tesbit edebildiğimiz tek vak'a olarak larinksin gerçek Karsinosarkom'u⁽⁴⁷⁾ neşredilmiştir. Bu histopatolojik tipler çok nadir görülürler. Ayrıca, larinks kanseri ile beraber, vücudun diğer yerlerinde, ikinci primer kanser vak'aları da neşredilmiştir.⁽⁹⁾

Tümöral dokunun histopatolojik tipi ne olursa olsun, iyi damarlanma gösterdikleri bildirilmiştir⁽³⁹⁾.

LARINKS KANSERLERİNİN SINIFLANDIRILMASI:

Larinks tümörünün lokalizasyonu, prognoz ve farklı tedavi yönünden ehemmiyet arz eder. Kanser, genel olarak larinksin her tarafına yerleşebilirse de vak'aların %60'ında bir vokal korddan başlamaktadır. Epiglot başlama yeri olarak %28 ile ikinci sırayı alır.

U.I.C.C. (Milletlerarası Kanserle Savaş Kurumu) larinks kanserinin topografik temele dayanan sınıflandırmasını yapmış ve Milletlerarası bir Oto-Rino-Laringoloji kongresine sunmuştur. Bu kongre, larinks kanserlerini TNM sistemi ile sınıflandırmıştır⁽²⁹⁻³⁴⁻⁴⁵⁾.

Tümörler, Supraglottik, Glottik, Subglottik bölgelere yerleşebilirler.

T- Primer tümörün yayılışını,

N- Rejional lenf bezlerini,

M- Uzak metastazları göstermektedir.

T₁S- Preinvazif karsinoma (Karsinoma in-situ)

T₁ - Tümör larinks içinde bir anatomik bölgede bir yeri işgal eder.

T₂ - Tümör larinks içinde bir anatomik bölgeyi işgal eder.

T₃ - Tümör, bir anatomik bölge dışına taşmıştır. Ancak larinks içindedir.

T₄ - Tümör, larinks dışına taşmıştır.

N₀ - Palpabl lenf nodülü yok.

N₁ - Palpabl lenf nodülü var, ancak mobil.

N₂ - Palpabl lenf nodülü var, ancak mobil.

N₃ - Bilateral fikse lenf nodülü var.

M₀ - Klinik ve radyolojik olarak metastaz yok.

M₁ - Uzak metastaz var.

Bu sisteme göre larinks kanserleri şöylece "Stagelendirilir":

Stage I : T₁N₀M₀

Stage II : T₂₋₄N₀M₀

Stage III : T₁₋₃N₀M₀

Stage IV : T₄N₁M₀ - T₁₋₄N₂₋₃M₀ - T₁₋₄M₁

MALIGNİTENİN YAYILMASI:

Larinks kanserleri, tiroid kıkırdığın, koruyucu bir kapsül gibi davranması ve lezyonun genişlemesine bir dereceye kadar mani olması, vokal kordun lenfatiklerinin yok denecek kadar az olması sebebiyle, etrafa madde bir yayılma gösterirler.

Larinks Kanserlerinin Yayılma Yolları:

1-Direkt Yayılma: Larinks içinde yayılma, mukoza sathı boyunca olur. Yahut submüköz infiltrasyon şeklindedir. Sınırlayıcı kıkırdak dokusu çökere dokulara hastalığın yayılmasına mani olur.

2-Lenfatik Yayılma: Larinks kanserleri, direkt genişlemenin yanı sıra

lenfatik yayılma da gösterir. (27)

Lenfatik drenaj, genellikle tek taraflı ise de, iki taraf arasındaki bağlantılarla boynun iki tarafına da olabilir. Orta hat üzerinde yer alan veya orta hattan karşı tarafa geçmiş olan lezyonlarda, boynun iki tarafında da lenfatik yayılma olabilir. Ancak esas lezyonun bulunduğu tarafta daha önce yayılma olur. (10) Glottik lezyonlarda lenfatik yayılma hemen hemen yok gibidir.

Subglottik larinks kanserleri, zengin lenfatik ağları sebebiyle çok hızlı servikal, mediastinal, pretrakeal yayılma gösterirler.

3-Hematojen Yayılma: Sık değildir. Mediastino-Pulmoner bölgeye, beyin ve iskelet sistemene olan metastazların bulunduğunu bildiren yayınlar mevcuttur.

SEMPTOMLAR:

Semptomlar üç grupta incelenir.

1-Lokal Semptomlar:

A-Ses Kısıklığı: En çok görülen semptomdur. Vokal kordların, addüktör kasların kusuru sebebiyle gerilmesinin ve titreşimlerinin engellenmesi ile ortaya çıkar. Ses kısıklığı devamlıdır ve ilerleyici bir vasıftadır. Supraglottik lezyonlarda ses kısıklığı geç başlayabilir, yahut hiç olmayabilir.

B-Teneffüs Güçlüğü: Glottik ve Subglottik lezyonlarda erken belirtilerdedir. Supraglottik vak'alarda olmayabilir. (6)

C-Takılma Hissi-Öksürük: Lokal irritasyona bağlı olarak görülür. Karakteristik değildir.

D-Yutma Güçlüğü: Epiglot kenarlarına, larinks vestibülünün üst kısmına yayılma sonucu görülür.

ına, piriform sinüslere ve post krikoid bölgeye lokalize olmuş bütün tümörlerde ilk belirtidir.

E-Ağrılı Yutma: Yutma güçlüğüünün olduğu vak'alarda ona eşlik eder.

F-Kulak Ağrısı: Vokal kordların infiltratif tümörlerinde, kulak ağrısı lokalize erken bir semptomdur. Bu ağrı, teorik olarak, N.Vagus'un oriküler dalı vasıtasıyla oluşan bir vuran (yansıyan) ağrıdır.

G-Kanlı Balgam: Nekrotik tümöral dokunun kopup ayrılmasıyla oluşan kanlı bir belirtidir.

2-Regional Semptomlar:

Servikal lenf nodu metastazlarıdır. Lenf nodu metastazları, bir veya daha fazla, tek veya iki taraflı, mobil veya fiks olabilir. Fiksasyonları ileri safhada teessüs eder. (32)

3-Genel Semptomlar:

Hastanın genel durumu, başlangıçta çok az bozulur. Yahut hiç bozulmaz. Fakat ileri safhada, özellikle yutma güçlüğü sebebiyle kilo kaybı ve kafeksi görülebilir.

TEŞHİS:

6 temel prensibe dayanır.

1-Hikâye: Mühimdir ve dikkatle üzerinde durulmalıdır. Sesin, tenneffüsün ve yutmanın her değişikliği doktorun üzerinde durması gereken hususlardır.

2-Larinks'in Direkt ve İndirekt Metodlarla İncelenmesi: En faydalı teşhis metodudur. Bu incelemeler esnasında acele edilmemeli, larinksin bütün anatomik özellikleri gözden geçirilip, mukoza değişiklikleri, vokal kordların hareketleri dikkatle araştırılmalıdır. (51)

Tümör, genellikle vokal kordların 1/3 ön kısmından başlar. Tümörün, vokal kord kaslarını infiltre etmesi halinde, vokal kord hareketleri azalır.

lır. Daha ileri safhada, infiltrasyonun artması ile vokal kordlarda fiksasyon oluşur. (37) Neoplazm, aşağıya ve yukarıya doğru uzanarak, subglottik ve supraglottik direkt yayılım gösterir. (38)

Epiglot tümörleri, çoğu zaman vejetan bir manzaradadır.

3-Servikal Metastazların Araştırılması:

4-Biopsi:Kanser şüphesi olan her vak'ada, kat'i teşhis biopsi ile konur. Biopsi, indirekt veya direkt laringoskopi altında yapılır.

5-Radyolojik Tetkikler: Yalnız başına larinks kanseri teşhisi için yeterli değildir. Ventrikül, sinüs piriformis, post krikoid veya subglottik bölgeledeki lezyonların değerlendirilmesini temin eder. Direkt laringografi, tomografi ve özefagus pasaj grafisi bu maksatla yapılan tetkiklerdir. Metastaz yönünden, akciğer grafisi de araştırılmalıdır. (1-14-23-40)

6-Hastanın genel muayenesi, kan ve balgamın bakteriyolojik, serolojik tetkiki.

AYIRICI TEŞHİS:

1-KR. Larinjit: Daha çok vokal kordların arka kısmını tutar, neoplazm ise daha çok ön kısma yerleşir.

2-Benign Tümörler:

3-Lökoplaki: Çok defa bir vokal kordda, mukozadan kabarık, kirli beyaz renktedir. Prekanserözdür.

4-Sifiliz:

5-Tüberküloz:

Ayırıcı teşhiste kat'i neticeye biopsi ile gidilir.

TEDAVİ:

Erken teşhis, diğer kanserlerde olduğu gibi larinks kanserlerinde de organ ve hayat kurtarıcıdır.

Tatbik edilen tedavi şekli üçtür.

1-Cerrahi Tedavi: Hastaya tatbik edilecek olan cerrahi şekli, mörün larinks'deki lokalizasyonuna, yayılma derecesine, servikal metastazlarının varlığına göre planlanır. Cerrahi tedavi şekilleri aşağıdadır:

A-Parsiyel Larinjektomi: Değişik birkaç ameliyat tipini ihtiva eden genel bir deyimdir. Normal hava yolunun değişmemesi ve sesin kaybolması, sosyal ve rûhf hayat yönünden büyük kıymet taşır. Yerinde bir endikasyon ile yapılan parsiyel larinjektomiden sonra iyileşme nisbeti yüksektir. Parsiyel larinjektomi endikasyonu iyice tesbit edilmeli ve kurallı olarak kat'ı olarak uyulmalıdır.⁽⁷⁻⁸⁾ Bir çok tipleri vardır.

a-Kordektomi: Laringofissür tekniği ile vokal kord çıkarılır.

b-Vertikal Parsiyel Larinjektomi (Hemilarinjektomi, Frontolateral Hemilarinjektomi): Yayılmanın ehemmiyetine göre, uygun endikasyon konulu halinde %75 (5 senelik yaşama) şifa temin edilir.⁽¹⁵⁻⁴³⁾

c-Horizontal Parsiyel Larinjektomi : Son zamanlarda vestibuler bölge lokalizasyonlarında bu metod tatbik edilmektedir. Burada epiglot ve ventriküler bantlar beraberce alınır ve vokal kordlar çıkarılır. Beraberinde daima vaziyete göre, tek veya iki taraflı radikal bölge diseksiyonu yapılmalıdır.

B-Total Larinjektomi: Vokal kordların hareket mahdudiyeti halinde, subglottik bölge kanserlerinde, bilateral vokal kord lezyonlarında, anterior komissüre yayılmış supraglottik lezyonlarda⁽³¹⁻⁴⁴⁾, sinüs piriformis lezyonlarında, kitlenin larinks içini doldurması halinde, radikal boyun diseksiyonu ile beraber total larinjektomi ameliyatı tatbik edilir.⁽²¹⁾

2-Radyoterapi: Cerrahi tedavi ve radyoterapi, larinks kanserlerinin tedavisinde birbirini tamamlayan iki metoddur. Radyoterapinin en başarılı

ralı olduğu larinks kanseri, vokal kord kanserleridir. Aynı zamanda, supraglottik, subglottik, fossa piriformis tümörlerinin cerrahisinde preop., postop. tatbikat sahası vardır.

3-Kemoterapi: Tek başına büyük bir kıymeti yoktur. Ancak, radyoterapi ile tatbik edildiğinde faydalı olduğu bildirilmektedir.

PROGNOZ:

Teşhisi erken konulan ve tedavisi erken yapılan larinks kanseri vakalarında prognoz, vücudun diğer kısımlarındaki kanserlerden daha iyidir. Cerrahi tekniklerin gelişmesi, radyoterapinin de bunlara katılması, larinks kanserlerinde prognozu günden güne daha iyiye götürmektedir. Ekstralaringeal lezyonlarda, yani sinüs piriformis, post krikoid bölge, larinks'in yan ve arka duvarlarına yayılmış lezyonlarda prognoz iyi değildir. (11)

Vokal kord lezyonlarında kord hareketli ise, gerek cerrahi tedavi, gerekse radyoterapiden sonra 5 senelik yaşama nisbeti %90-100'dür. Vokal kord fikse ise ve vak'asına göre yapılmıy bir hemilarinjektomi veya total larinjektomiden sonra 5 senelik yaşama nisbeti %70'dir. Subglottik lezyonlarda, total larinjektomi ve radikal boyun diseksiyonu yapılmış vak'alarda 5 senelik yaşama nisbeti %60'dır. Supraglottik lezyonlarda, horizontal paranasal sinüs lezyonlarında, total larinjektomi ve radikal boyun diseksiyonlarından sonra 5 senelik yaşama nisbeti %60 civarındadır. Bu bölgenin yaygın lezyonlarında, total larinjektomi ve radikal boyun diseksiyonları ile 5 senelik yaşama nisbeti %40'a düşmektedir.

LARİNJEKTOMİLİ HASTALARDA KONUŞMA PROBLEMLERİ:

Larinjektomili hastaların en mühim problemi, seslerini kaybetmeleridir. Sesin tamamen kaybedilmesi, hasta için ciddi psikolojik bir mesele olmaktadır. Ameliyattan önce hastaya, ameliyat sonrası sesini kaybedeceğini

açıklanmalı, ameliyat olmasa da zamanla aynı duruma düşeceği ehemmiyetle bildirilmelidir. Ayrıca, hastaya ameliyat sonrası eğitimle konuşabileceğini de anlatmak lüzumludur.

Ameliyattan sonra, hastanın konuşmasını temin etmek maksadıyla değişik metodlar kullanılmaktadır. Bunlar:

1-Teneffüs yolundan farinkse herhangi bir şekilde hava akımının temini.

2-Özel elektronik aletlerin kullanılması.

3-Özefagial konuşma'dır.

Bu çalışmamızda, Orta Anadolu'da bulunan Erciyes Üniversitesi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara Üniversitesi, Cumhuriyet Üniversitesi, Anadolu Üniversitesi Tıp Fakülteleri Araştırma ve Uygulama Hastahaneleri K.B.B. Ana Bilim Dallarında, 1 Ocak 1978 - 31 Aralık 1982 tarihleri arasındaki 5 senelik dönemde, "Histopatolojik" olarak "Larinks Kanseri" teşhisi konmuş vak'alar, "Retrospektif" olarak araştırılmıştır.

Orta Anadolu'da bulunup da, ancak 1983'te hizmete giren Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastahanesi K.B.B. Ana Bilim Dalı'ndan istifade edilemedi.

Araştırma bölgemizdeki Devlet ve S.S.K. Hastahanelerinin dosyalama ve arşiv sistemlerinin yetersizliği sebebiyle, Ankara Onkoloji Hastahanesini de tekrara düşmemek için araştırma hududumuz dışında tuttuk.

Her K.B.B. kliniğinde "Klinik Arşivleri" ve "Genel Arşivler" ayrı ayrı tarandı. Kliniklerdeki "Patoloji Rapor Formları", "Genel Arşivler"-deki "Larinks Kanseri" kodlu dosyalar karşılaştırmalı olarak incelendi. Bu sayede vak'aların gözden kaçırılması ihtimali bertaraf edilmiş oldu.

Taramalar neticesinde toplam 533 vak'a tesbit edildi. Bunlardan 59'u hakkında "Ad-Soyad ve Histopatolojik Teşhis" dışında hiç bir bilgiye rastlanmamıştır. Bundan dolayı bu vak'alar değerlendirme dışında tutulmuştur. Diğer 472 vak'anın bir kısmında da bazı parametrelerde bilgi edilememiştir. Vak'alarımızın cinsiyetlerini gösterir Tablo aşağıdadır.

Cins	Vak'a Sayısı	%
Erkek	458	%97.03
Kadın	14	%2.97
Toplam	472	%100.00

Görüldüğü gibi serimizdeki vak'aların ezici ekseriyetini erkekler teşkil etmektedir.(458 vak'a ile %97.03). Kadınlar ise azınlıktadır (2 vak'a ile %2.97).

$$\frac{\text{KADIN}}{\text{ERKEK}} = \frac{1}{33} \text{ 'tür.}$$

Araştırmalarımız ; yaş, meslek, müracaattaki şikâyetler, sigara alışkanlığı, alkol alışkanlığı, yakın akraba hikâyesi, lezyonun bulunduğu anatomik bölge, histopatolojik teşhis ve tedavi parametrelerinde araştırılarak,bu parametrelerde,Türkiye'nin Coğrafi Bölgelerine dağılım haritası çıkarma temel gayesi üzerine oturtulmuştur, yani vak'alarımız bahsedilen hususlarda tetkik edilmiştir.

5 senelik dönemde, kliniğimizde, 204 vak'aya histopatolojik olarak Baş-Boyun nahiyesinin muhtelif bölgelerine ait olmak üzere, "KANSER" teşhisi konmuştur. Bunlardan 38'i "Larinks Kanseri"'dir.(%18.63). Kliniğimizde tesbit edilen 38 vak'anın 2'si hakkında Adı Soyadı-,Histopatolojik teşhis dışında hiç bir bilgiye rastlanmamıştır.

BULGULAR

Çalışmamızda tesbit ettiğimiz 472 vak'anın yaş guruplarına göre dağılımı Tablo-1-'de gösterilmiştir.

Görüldüğü gibi, vak'aların en küçüğü 14 yaşında bir çocuk, en büyüğü ise 82 yaşında bir erişkindir.

Vak'alar, en az 10-20 yaş gurubunda (2 vak'a ile %0.43), en çok 51-60 yaş gurubunda (147 vak'a ile %31.14) görülmektedir. 41-70 yaşlar arası ise en yoğun görülen genişletilmiş yaş gurubudur (381 vak'a ile %80.71).

Yaş Gurupları	Vak'a Sayısı	%
10-20	2	%0.43
21-30	8	%1.70
31-40	52	%11.01
41-50	121	%25.63
51-60	147	%31.14
61-70	113	%23.94
70'in Yukarısı	29	%6.14
Toplam	472	%100.00

Tablo-1-:Yaş Gurupları Tablosu

Vak'alarımızın, Türkiye'nin coğrafi bölgelerine göre dağılımı Tablo-2-'de gösterilmiştir.

Tesbit edilen larinks kanseri vak'aları, en çok İç Anadolu Bölgesi doğumlularda (207 vak'a ile %43.85), en az Marmara Bölgesi doğumlularda (17 vak'a ile %3.60) görülmektedir. Araştırma bölgemizin Orta Anadolu olması sebebiyle vak'aların en çok bu bölgede doğanlarda görülmesi tabiidir.

Coğrafi Bölgeler	Vak'a Sayısı	%
İç anadolu	207	%43.85
Karadeniz	101	%21.40
Ege	55	%11.66
Akdeniz	42	%8.90
Güneydoğu Anadolu	25	%5.29
Doğu Anadolu	25	%5.29
Marmara	17	%3.60
Toplam	472	%100.00

Tablo-2-: Coğrafi Bölgelere Göre Dağılım Tablosu

Mesleklere göre dağılım Tablo-3-'te gösterilmiştir.

Serimizde ilk sırayı çiftçilerin aldığı tesbit edildi. (197 vak'a ile %41.74). Son sırayı ise ev hanımları almaktadır. (14 vak'a ile %2.96). Memleketimiz nüfusunun %60'ı çiftçidir. Aynı zamanda çiftçiler ağır işli meslek gurubuna girmektedirler. Bütün bu dezavantajlar sebebiyle yukarıdaki netice tabifdir. "Esnaf ve Diğer" gurubuna serbest meslek sahipleri ve işsizler de dahil edilmiştir. Vak'alarımızdan ikisinin işi tesbit edilememiştir.

Meslekler	Vak'a Sayısı	%
Çiftçi	197	%41.74
Esnaf ve Diğer	128	%27.12
İşçi	67	%14.19
Memur	64	%13.56
Ev Hanımı	14	%2.96
İş bilinemeyen	2	%0.43
Toplam	100	%100.00

Tablo-3-: Mesleklere Göre Dağılım Tablosu

Serimizdeki vak'aların müracaatlarındaki şikâyetleri Tablo-4-
te gösterilmiştir. Tek şikâyetle gelen vak'a nadir olup, iki veya da
ha fazla şikâyetle müracaatları sözkonusudur. Tablomuza karmaşık olan
bu şikâyetleri , vak'aya göre teker teker vermek yerine tamamını har-
manlayıp böylece takdim etmeyi uygun bulduk.

Görüldüğü gibi ilk sırayı ses kısıklığı (409 vak'a ile) almakta
dır. Teneffüs güçlüğü ikinci sıradadır.

Şikâyetler	Vak'a Sayısı
Ses Kısıklığı	409
Teneffüs Güçlüğü	141
Takılma , Öksürük	76
Yutma Güçlüğü	60
Boyunda Şişlik	51
Ağrılı Yutma	42
Kulağa Vuran Ağrı	39
Kanlı Balgam	14

Tablo-4-: Müracaattaki Şikâyetler tablosu

Sigaranın, gerek ihtiva ettiği kanserojen maddelerle, gerek tahriş yoluyla, larinks kanserinde predispozan amil olarak kabul edilmesi sebebiyle vak'alarımızda sigara içme alışkanlığı araştırıldı. Sigara içme müddeti ve günlük içilen miktar, adet olarak, Tablo-5-'te gösterildi.

Görüldüğü gibi, 197 vak'a ile %41.74 nisbetinde larinks kanserine yakalanan grup, 25 seneden daha uzun müddet olmak üzere, günde 20 ilâ 40 sigara içen guruptur. Bunlar ilk sırayı işgal etmektedirler.

Hiç sigara içmeyen 5 kadın ve 12 erkek ile sigara içip içmediği belli olmayan 1 kadın ve 15 erkekte larinks kanseri tesbit edilmiştir.

İçilen Sigara Miktarı	10-19 Adet/gün		20-40 Adet/gün		40 adetten Fazla	
	Vak'a Sayısı	%	Vak'a Sayısı	%	Vak'a Sayısı	%
1-5 Sene	-	-	-	-	-	-
6-10 Sene	2	%0.43	9	%1.90	-	-
11-15 Sene	6	%1.27	16	%3.39	-	-
16-20 Sene	4	%0.85	38	%8.05	13	%2.75
21-25 Sene	4	%0.85	49	%10.38	14	%2.96
25 Seneden Fazla	16	%3.39	197	%41.74	71	%15.04
Toplam	32	%6.78	309	%65.46	98	%20.76

Tablo-5-: Sigara İçme Müddeti ve Günlük İçilen Sigara Miktarı Tablosu

Her ne kadar alkol-larinks kanseri arasındaki alaka zayıf ise de biz yine de serimizdeki vak'aların alkol alışkanlıklarının olup olmadığını araştırdık.

Tablo-6-'da alkol kullanıp kullanmama ve içilen miktar gösterildi.

Tabloda da görüldüğü gibi vak'aların büyük bir kısmı alkol kullanmamaktadır.

İçilen Miktar	Vak'a Sayısı	%
Ara Sıra	61	%12.92
Günde 1 şişe	56	%11.86
Hiç Kullanmayan	348	%73.73
İçip içmediği Bilinmeyen	7	%1.48
Toplam	472	%100.00

Tablo-6-: Alkol Kullanma-Kullanmama Tablosu

Larinks kanserlerinde genetik geçişten de bahsolunduğundan, serimizdeki vak'aların yakın akraba hikâyeleri araştırıldı. ancak müsabet herhangi bir Őeye rastlanmadı.

Serimizde, lezyonun bulunduğru anatomik bölgeler araştırıldı. Neticeler Tablo-7-'de gösterildi.

Görüldüğü gibi, lezyonun en çok yerleştiğı yer Supraglottik bölge (307 vak'a ile %65.04), en az yerleştiğı yer ise Subglottik bölgedir (10 vak'a ile %2.12).

Anatomik Bölge	Vak'a Sayısı	%
Supraglottik Bölge	307	%65.04
Glottik Bölge	148	%29.87
Subglottik Bölge	10	%2.12
Toplam	472	%100.00

Tablo-7-: Lezyonun Bulunduğru Anatomik Bölge Tablosu

Serimizdeki vak'alara konan "Histopatolojik Teşhis"ler Tablo-8 de gösterilmiştir.

Tabloda da görüldüğü gibi, en çok Yassı Hücreli Ca tesbit edilmiştir.(468 vak'a ile %99.16).

Adeno Ca vak'ası 72, Lenfoepitelioma vak'ası 42, Fibrosarkom vak'ası 70 yaşında idi.

Vak'aların birinin açık histopatolojik teşhisi yok idi. sadece "Teşhis, Larinka Ca" ibaresi tesbit edilebildi.

Histopatolojik Teşhis	Vak'a Sayısı	%
Yassı Hücreli Kanser	468	%99.16
Adeno Kanser	1	%0.21
Lenfoepitelioma	1	%0.21
Fibrosarkoma	1	%0.21
Teşhisi Bilinmeyen	1	%0.21
Toplam	472	%100.00

Table-8-: Histopatolojik Tip Tablosu

Serimizdeki vak'alara tatbik edilen tedavi şekilleri Tablo-9-'da gösterilmiştir.

Görüldüğü gibi, 133 vak'aya sadece "Total Larinjektomi", 38'ine palyatif olarak "Trakeostomi", 25'ine sadece "Hemilarinjektomi", 8'ine sadece "Radikal Boyun Diseksiyonu", 1'ine ise sadece "Stripping" tatbik edilmiştir. Diğerlerine kombine müdahalelerde bulunulmuştur. 42 vak'aya herhangi bir müdahalenin olup olmadığına rastlanılmadı.

Tedavi Şekli	Vak'a Sayısı	%
T.L.	133	%28.18
T.L.-R.B.D.	121	%26.63
Rad.-Kemoterapi	91	%19.28
Trakeostomi	38	%8.05
Hemi L.	25	%5.30
T.L.-F.B.D.	13	%2.75
R.B.D.	8	%1.69
Stripping	1	%0.21
Tedavisi Bilinmeyen	42	%8.90
Toplam	472	%100.00

Tablo-9-: Tatbik Edilen Tedavi Şekilleri Tablosu

Çalışmamızda tesbit ettiğimiz 472 vak'anın yaş guruplarına göre dağılımı klasik verilerle uyum içindedir.

Serimizdeki vak'aların ekseriyeti 51-60 yaş gurubundadır (147 vak' ile %31.14). Vak'alarımızın ezici ekseriyeti ise, 41-70 genişletilmiş yaş gurubundadır. (381 vak'a ile %80.71).

IWAMOTO'nun, Japonya'da, 1960-1969 senelerine inhisar eden "Japonya'da Larinks Kanserleri " taramasında tesbit ettiği 6360 vak'alık serisinde, 41-70 genişletilmiş yaş gurubunda ezici ekseriyet müşahade edilmiştir (5117 vak'a ile %81). Bu seride, vak'aların en çok görüldüğü gurup 60-69 yaş gurubudur (2733 vak'a ile %43), ikinci sıklıkla görülen gurup ise, 50-59 yaş gurubudur (1889 vak'a ile %30). En sıklıkla görülen guruplar ise, 0-30 (83 vak'a ile %1) ve 80 üzeri (88 vak'a ile %1) yaş guruplarıdır. (28)

ATKINSON'un, Avustralya'da, 1960-1969 seneleri arasında yapmış olduğu araştırmada 399 vak'alık larinks kanseri serisi tesbit etmiştir. Bu seride, vak'aların en çok görüldüğü gurup 60-69 yaş gurubudur (%43.60). Yine, Papua ve Yeni Gine'de 1958-1970 tarihleri arasındaki araştırmasında tesbit ettiği vak'aların en çok görüldüğü gurup 50-59 yaş gurubu olarak bildirilmektedir. (2)

MARTENSSON'a göre, Finlandiya'da, %38'lik nisbetle 50-60 yaş gurubunda, İsviçre'de, %40'lik nisbetle 60-70 yaş gurubunda, Norveç'te %38'lik nisbetle 60-70 yaş gurubunda larinks kanserleri en çok görülmektedir. (3)

SHEEHAN'ın 110 vak'alık serisinde larinks kanserlerinin en çok görüldüğü yaş gurubu 50-70 olarak bildirilmektedir. (25)

ROOKES'e göre, larinks kanserleri en çok 50-60 yaş gurubunda görülmektedir.

mektedir. Cerrahpaşa Tıp Fakültesine göre, larinks kanserleri en sık % 29.48 ile 61-70 yaş gurubunda, Hacettepe Tıp Fakültesine göre, 50-60 yaş gurubu, İstanbul Tıp Fakültesine göre, 50-60 yaş gurubunda görüldüğü bildirilmektedir. (49)

20 yaşın altında iki vak'amız mevcuttur. Bunlardan biri 14 yaşında bir erkek çocuk, diğeri 18 yaşında bir kız çocuktur. Bu yaşlarda larinks kanserri nadir olarak görülmektedir. En yaşlı vak'amız ise 82 yaşındadır. Bilindiği gibi, bu yaşlarda larinks kanseri vak'alarında prognoz pek iyi değildir.

IWAMOTO, 14 yaşında bir kız çocuğu ile 93 yaşında bir erişkin, SHEEHAN, 22 yaşında bir genç erkek ile 79 yaşında bir erişkin, ROOKES, 10 yaşında bir erkek çocuk neşretmişlerdir. (28-44-49)

Vak'alarımızın %97.03'ü 458 vak'a ile erkek, %2.97'si 14 vak'a ile kadındır.

$$\frac{\text{Kadın}}{\text{Erkek}} = \frac{1}{33} \text{ 'tir.}$$

Bu nisbet, Türkiye'deki araştırmalarla uygunluk göstermektedir. Ancak, yabancı neşriyate uymamaktadır. Bilinen gerçeklerden olan, sigara içme ile larinks kanserleri arasındaki pozitif korelasyon⁽²⁾ tabif olarak bu neticeyi doğurmaktadır. Zira memleketimizde, çeşitli sebeplerin tesiri ile (Örf ve adetler, cemiyetin kınaması vs) kadınlar arasındaki sigara içme nisbeti şükürki oldukça düşüktür. Ancak bilindiği gibi yukarıda saydığımız mani olucu sebeplerin tesiri azaldıkça, kadınlarımız arasındaki sigara içme nisbeti de artmaktadır.

IWAMOTO'ya göre bu nisbet ; $\frac{1}{6}$

ATKINSON'un bildirdiğine göre;

Avustralya'da;..... $\frac{1}{9.3}$

Yeni Gine'de;..... $\frac{1}{12.4}$

MARTENSSON'a göre;

Finlandiya'da;..... $\frac{1}{24}$

Norveç'te;..... $\frac{1}{11}$

İsveç'te;..... $\frac{1}{11.5}$

İzlanda'da;..... $\frac{1}{9}$

WYENDER'e göre;

1956'da $\frac{1}{14.9}$ iken, 1970-73'te..... $\frac{1}{4.6}$ 'ye

yükselmiştir. Bu artış tamamen, kadınlar arasındaki sigara içme alışkanlığındaki artışa bağlanmaktadır.

SHEEHAN'a göre;..... $\frac{1}{14.7}$

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ne göre;... $\frac{1}{30.7}$

Hacettepe Tıp Fakültesi'ne göre;.... $\frac{1}{21.2}$

İstanbul Tıp Fakültesi'ne göre;..... $\frac{1}{22.2}$

Ankara Onkoloji Hastahânesi'ne göre; $\frac{1}{20}$, dir. (2-28-33-44-49-53)

Serimizdeki vak'aların 207'si %43.85 ile en çok İç Anadolu Bölgesi doğumlulardandır. Bu netice, hem araştırma sahamızın bu bölgeye inhisar etmesine, hem de larinks kanserleri ile alakadar olan merkezlerin bu bölgede bulunmasına bağlanabilir. İç Anadolu Bölgesini takiben, vak'aların 101'i %21.40 ile Karadeniz Bölgesi doğumlulardandır. En azı ise, 17 vak'a ile %3.60'lık nisbeti işgâl eden, Marmara Bölgesi doğumlulardır.

Serimizdeki vak'aların meslek guruplarına göre dağılımı ise şöyledir:

Çiftçiler ilk sıradadır (197 vak'a ile %41.74). Bunları ikinci sıradaki esnaf ve diğer meslek sahipleri ile üçüncü sıradaki işçiler takip etmektedir. Ev hanımları iş gurubunda ise larinks kanserleri en az nisbette görülmektedir. (14 vak'a ile %2.96).

Ankara Onkoloji Hastahânesinde bu nisbet %68.70, Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde %47.32'dir. (49)

Bilindiği gibi, ağır iş, çalışma şartlarındaki bozukluklar ve yetersizlikler, larinks kanserlerinin ekzojen âmillerindendir. Çiftçiler ise, çalışma şartlarının ağırlığı, beslenme bozuklukları gibi menfi tesirlere en açık meslek gurubundadırlar. Ayrıca, memleketimiz nüfusunun %60'

ının çiftçilikle meşgul olması, çiftçiler arasında sigara içme nisbetinin de yüksek olması tabii olarak bu neticeyi tevlit etmektedir.

Serimizdeki vak'aların ilk müracaattaki şikâyetleri muhtelif olup, %86.6'sında ses kısıklığı mevcuttur.

Tek şikâyetle müracaat eden vak'a çok nadirdir. Şikâyetler genellikle iki veya daha fazladır. En az kanlı balgam şikâyeti tesbit edilmiştir.

Bu neticemiz de diğer neticelerimiz gibi, klasik verilerle tam bir uyum içindedir.

SHEKHAN ve ENGLISH'e göre larinks kanserlerinde esas ve başlıca şikâyet ses kısıklığıdır. (19-44)

Serimizdeki vak'aların %96.28'i sigara içmektedir (8'i kadın, 431 erkek 439 vak'a). 1 kadın ve 15 erkek'in sigara içip içmediğini tesbit edemedik.

Vak'alarımız, 5'i kadın, 12'si erkek olmak üzere 17'si sigara içmeyen bir gurubu da ihtiva ediyordu (%3.72).

Larinks kanseri, en çok %41.74'le 25 seneden fazla olmak üzere, 6 de 20 ilâ 40 sigara içen gurupta tesbit edilmiştir. En az ise, %0.43'le 6 ilâ 10 sene, günde 10 ilâ 19 sigara içen gurupta tesbit edilmiştir.

25 seneden fazla olmak üzere, günde 10 ilâ 19 adet sigara içen gurupta 16, yine 11 ilâ 15 sene, günde 20 ilâ 40 adet sigara içen gurupta 16 vak'a tesbit edilmiştir. Bu, içilen günlük sigara miktarı arttıkça, kansere yakalanma müddetinin azalacağı neticesini doğurmaktadır. İçilen günlük sigara miktarı azaldıkça, larinks kanserine yakalanma müddetinin artacağı neticesini tevliddetmektedir.

sigara, bilindiği gibi, gerek ihtiva ettiği kanserojen maddelerle, gerek kâğıdının yanması neticesinde ortaya çıkan (Karbon di Oksit, Karbon mon Oksit vs.) maddelerle ve gerek irritan bir amil olarak, larinks kanserinin meydana gelmesinde mühim rol oynar. (19-48)

Literatür de bizim bulgularımızı tamamen destekler mahiyettedir.

IWAMOTO'nun, 6360 vak'alık serisinde %96 nisbetinde sigara içildiği bildirilmektedir. Ayrıca serisindeki vak'alardan sadece 25 kadın ve 75 erkeğin sigara içmediğini bildirmektedir.

ATKINSON'un serisinde larinks kanserlilerdeki sigara içme nisbeti %92'dir.

JAKOBSSON'un bildirdiğine göre sigara içme nisbeti %88'dir.

HIRANANDANI'ye göre, tesbit edilen larinks kanserlilerde sigara içme nisbeti %95'tir.

SHEEHAN'a göre bu nisbet %92'dir.

Cerrahpaşa Tıp Fakültesine göre %95.79'dur. (2-25-28-33-44-49)

Serimizdeki vak'aların %73.73'ü hiç alkollü içki içmemiştir. %12.92 sinin ara sıra, %11.86'sının ortalama günde bir şişe (35cc'lik) rakı veya şarap içtiği tesbit edilmiştir. %1.48'inin ise alkollü içkiler içip içmediği tesbit edilememiştir.

Vak'alarımızın, alkollü içkileri sigara ile beraber içip içmediğini tesbit edemedik. Ancak, çıkardığımız neticeye göre, %96.28 nisbetinde sigara içen, %24.78 nisbetinde alkollü içki içen mevcuttur. Buna göre, alkol ile sigara büyük ihtimalle, larinks kanserli vak'alarımızın en az %20'sinde beraberce içilmiştir.

Görüldüğü gibi alkol, memleketimizde, larinks kanserleri açısından büyük bir tehlike arzetmemektedir. Memleketimizdeki alkol tüketiminin azlığı ise, Milletimizin "Dini İnanç"larına bağlanmaktadır.

IWAMOTO'ya göre, alkol yalnız başına larinks kanseri yapamaz, ancak sigara ile birlikte içilirse tesirlidir.

ATKINSON'un serisinde %73.17 nisbetinde, HIRANANDANI'nin serisinde %23.63 nisbetinde, Cerrahpaşa Tıp Fakültesinin muhtelif serilerinde %20 nisbetinde sigara ile alkollü içkilerin beraberce içildiği bildirilmektedir. (2-25-28-49)

Serimizdeki vak'aların anatomik bölgelere göre dağılımı şöyledir:

En çok supraglottik bölge lezyonları tesbit edilmiştir (307 vak'a ile %65.04), ikinci sıklıkta glottik bölge lezyonları görülmüştür (148 vak'a ile %29.87), en az subglottik vak'a tesbit edilmiştir (10 vak'a ile %2.12). Bu neticelerimizde literatürle tam bir uyum içindedir.

ATKINSON, %70 supraglottik, %20 glottik, %7.5 transglottik, %2.5 subglottik anatomik yerleşim nisbetleri bildirmektedir. (2)

IWAMOTO, 6360 vak'alık serisinde, 3121 vak'a ile %49.07 supraglottik, 3176 vak'a ile %49.93 glottik, 63 vak'a ile %1 subglottik anatomik yerleşim bildirmektedir. (28)

HOLSTI ve TASKINEN (1966), Finlandiya'dan, 189 vak'alık serilerinde de %66 supraglottik, %34 glottik anatomik yerleşim bildirmişlerdir.

LAUERMA (1967), yine Finlandiya'dan, 638 vak'alık serisinde, %67 supraglottik, %32 glottik yerleşim bildirmektedir.

SVANE-KNUDSEN (1960), Danimarkadan, 153 vak'alık serilerinde, %18 supraglottik, %76 glottik vak'a bildirmişlerdir.

MARTENSSON ve ARKADAŞLARI (1967), İsveç'ten, 578 vak'alık serilerinde, %11 supraglottik, %87 glottik vak'a bildirmişlerdir.⁽³³⁾

KIRCHNER (1969), %46 supraglottik, %31 glottik, %19 transglottik, %3 subglottik dağılım gösteren bir seri bildirmişlerdir.

LEE (1974), 552 vak'alık serisinde, 310 vak'a ile %56.20 glotik, 231 vak'a ile %41.85 supraglottik, 11 vak'a ile %2 subglottik anatomik yerleşim gösteren bir seri bildirmiştir.⁽¹⁹⁾

Serimizdeki vak'aların histopatolojik teşhis dağılımı da şöyledir:

468 vak'a ile %99.16 yassı hücreli kanser, 1 vak'a ile %0.21 adenokanser, 1 vak'a ile %0.21 lenfoepitelioma, 1 vak'a ile %0.21 fibrosarkoma şeklindedir. Adenokanser vak'ası 72 yaşında, lenfoepitelioma 42 yaşında, fibrosarkoma 70 yaşındadır.

Serimizdeki bu dağılım, klasik verilerle tam bir uyum içindedir. Zira, larinks'te en çok görülen kanser tipi yassı hücreli kanserdir. Bu kat'i bir neticedir.⁽⁴⁹⁾ Daha sonra yukarıdakileri sıklık sırasına göre adenokanserler takibeder.

IWAMOTO'nun serisinde, 6268 vak'a ile %98.6 yassı hücreli kanser 20 vak'a ile %0.32 adenokanser bildirilmektedir.⁽²⁸⁾

DONALDSON'un yapmış olduğu bir literatür taramasında, 32 fibrosarkom vak'ası tesbit ettiğini öğreniyoruz. Vak'aların yaşı 40'ın üzeridir ve lezyon kat'i olarak vokal korddan başlamaktadır. Bu tür geç metastaz yapmaktadır.⁽¹⁸⁾ Serimizdeki yegâne fibrosarkoma vak'ası da 70 yaşındadır ve lezyon vokal kord menşelidir.

ENGLISH'e göre, larinks kanseri vak'aları %95 yassı hücreli kanserdir.⁽¹⁹⁾

Vak'alarımıza tatbik edilen tedavi şekilleri aşağıdadır.

%28.18'ine sadece total larinjektomi ameliyatı tatbik edilmiştir. %26.63'üne total larinjektomi-radikal boyun diseksiyonu kombinasyonu tatbik edilmiştir. %19.28'ine radyoterapi-kemoterapi, %8.05'ine yalnızca trakeostomi, %5.30'una hemilarinjektomi, %2.75'ine total larinjektomi-fonksiyonel boyun diseksiyonu ameliyat kombinasyonu, %1.69'una sadece radikal boyun diseksiyonu ameliyatı, %0.21'ine stripping tatbik edilmiştir. %8.05 vak'aya ne tür bir tedavi tatbik edildiği öğrenilememiştir.

Görüldüğü gibi vak'alarımıza tatbik edilen tedavi şekilleri radikal tedavilerdir. (Total larinjektomi, radikal boyun diseksiyonu gibi). Yahut, vak'aların inoperabl safhada müracaatları sebebiyle, radyoterapi-kemoterapi gibi palyatif yollara başvurulmuştur. %8.05 nisbetindeki 38 vak'aya acil olarak trakeostomi açılmak zorunda kalınmıştır. Bütün bunlar bize Türkiye'de larinks kanseri vak'alarının geç kaldığını, bu yüzden telâfisi imkânsız kayıpların kaçınılmaz olduğunu göstermektedir.

Çalışma bölgemizde bulunan Tıp Fakülteleri K.B.B. kliniklerinde tesbit ettiğimiz 472 larinks kanseri vak'asının, araştırma parametrelerimizdeki bulguları ile klasik verilerin genellikle uygunluk içinde olduklarını müşahade ettik. Sadece $\frac{\text{Kadın}}{\text{Erkek}}$ nisbeti, bizde kadınlar lehinde bulundu. Bu da, kadınlarımız arasındaki sigara içme nisbetindeki düşüklüğe bağlandı.

En genç vak'amız 14, en yaşlı vak'amız 82 yaşında idi. Vak'alarmız, en az 10-20, en çok 51-60 yaş gurubuna toplanmıştı. Genişletilmiş yaş gurubu olarak en çok 41-70 yaş gurubunda toplandıkları tesbit edildi.

Vak'alarımızın büyük ekseriyeti İç Anadolu Bölgesi, en azı Marmara Bölgesi doğumlulardandı.

Meslek guruplarına göre dağılımda, en çok çiftçiler, en az ev hanımları tesbit edildi.

Başta gelen ve esas olan şikâyet ses kısıklığı şikâyeti idi.

Sigara, vak'alarımızdaki içilme sıklığı sebebiyle, etyolojik âmil olarak kendini kuvvetle kabul ettirdi.

Yakın akraba hikâyesi (Hereditate açısından), alkol alışkanlığı, sesimizde etyolojik âmil olarak kendini kabul ettiremedi.

Lezyonun yerleştiği anatomik saha, supraglottik bölgede en çok, subglottik bölgede en az olmak üzere kendini gösteriyordu.

Histopatolojik tip olarak, ezici ekseriyetle, yassı hücreli kanser tesbit edildi.

Vak'alara tatbik edilen tedavi şekilleri umumiyetle radikal yollardı. Bu da, vak'aların tedavisinin geciktiğinin işareti idi.

L I T E R A T U R

- 1-ARCHER, ET AL.:Computed tomography vs. histology of laryngeal cancer.
Their value in predicting laryngeal cartilage invasion.
Laryngoscope, 93:140, 1983.
- 2-ATKINSON, L.:Some feature of the epidemiology of cancer of the larynx
in Australia, Papua and New Guinea. Laryngoscope, 85:
1173, 1975.
- 3-BAGBY, A.R., ET AL.:Rhabdomyoma of the Larynx. Arch. otolaryng.,
102:101, 1976.
- 4-BALLENGER, J.J.:Diseases of the Nose, Throat and Ear. Twelfth ed., PH
1977, p:478.
- 5-BILLROTH, T.:The First larygectomy, Ann. Plast. Surg., 1:5, 1978.
- 6-BLACK, J.H.:Bilateral external laryngocele with larynx carcinoma. Jour
laryng., 83:817, 1969.
- 7-BOCCA, E.:Supraglottic Larygectomy and Functional Neck Dissection.
Jour. laryng., 80:831, 1966.
- 8-BOCCA, E.:Supraglottic Surg. of the Larynx. Ann. Otol., 77:1005, 1968
- 9-BROWN, M.:Second primaries in cases of cancer of the larynx. The jour
of laryng. and otol., 92:991, 1978.
- 10-BRUCE, W.P.:Laryngeal microcirculation and pathways of cancer spread
The laryngoscope, 135:700, 1975.
- 11-BRUCHMÜLLER, W., EGGEMAN, G.:Zur prognose des unbehandelten larynx
karzinema. Laryng. Rhinol., 48:386, 1969.

12-BURAD, B.:Kanser ve Tütün. Ulus Basımevi Ankara, s:5-12, 1950.

13-CANALIS, F.R., ET AL.:Laryngeal Rhabdomyosarcoma. Arch. Otolaryng.,
102:104, 1976.

14-CAULK, R.M.:Tomography of the Larynx. Am. J. Roengend., 46/1, 1941.

15-CEVANŞİR, B., SAVAŞ, İ.:Larinks Kanserinde Parsiyel Cerrahi'nin yeri.
Türk Oto-Rino-Laringoloji Cemiyeti IX. Millî Kongresi.
Çeltüt Matbaası. s:317, İst., 1968.

16-CEVANŞİR, B., KAYHAN, V., AKMANDİL, A.:Kadında Larinks ve Faringo-La-
rinks Kanseri. Türk Oto-Rino-Laringoloji Cemiyeti IX.
Millî Kongresi. Çeltüt Matbaası. s:310, İst., 1968.

17-COYAS, ET AL.:Chondrosarcoma of the larynx. The jour. of laryng. and
otol., 92:529, 1978.

18-DONALDSON, I.:Fibrosarcoma in a previously irradiated larynx. The jour
of laryng. and otol., 92:425, 1978.

19-ENGLISH, M. G.:OTOLARYNGOLOGY A TEXT BOOK. Colorado, 1976, p:531.

20-GHAZALI, A., ET AL.:Granular cell myoblastoma of the larynx. The jour.
of laryng. and otol., 96:1177, 1982.

21-GOLLMITZ, H., COBET, D.:Die Rekonstruktion des Recessus Piriformis bei
der Hemi laryngektomie. Laryng. Rhinol. Otol., Grenzgeb.,
54:568, 1975.

22-GORENSTEIN, A., ET AL.:Sarcomas of the Larynx. Arch. Otolaryng. 106:
8, 1980.

23-HANSON, D.J., MANOR, R.E.:Tomography of the larynx. Med. Radiogr. Pho-
togr., 42:152, 1966.

- 24-HELIDONIS, B.:Granular cell myoblastoma of the larynx. The jour. of laryng. and otol., 92:525, 1978.
- 25-HIRANANDANI, L.H.:Panel on epidemiology and etiology of laryngeal carcinoma. Laryngoscope, 85:1197, 1975.
- 26-HIGAZI, M.T.:Primary oat cell carcinoma of the larynx. The jour. of laryng. and otol., 93:835, 1979.
- 27-HOŞAL, N.İ., KAYA, S., GÜRSEL, A.H., TANYERİ, Y.:Larinks Kanserinde Permeasyon Yayılması. Türk Oto-Rino-Laringoloji Cemiyeti XII. Millî Kongresi. Bilmen Basımevi. s:396, İst., 1974.
- 28-İNAMOTO, H.:An epidemiological study of laryngeal cancer in Japan (1969). Laryngoscope, 85:1162, 1975.
- 29-JACOBSSON, P.A., ET AL.:Staging and Classification of Malignancy in Larynx. Acta Radiol. Ser. Tpb., Stockholm, 12:1, 1973.
- 30-KENEFICK, C.:Granular cell myoblastoma of the larynx. The jour. of laryng. and otol., 92:521, 1978.
- 31-KIRCHNER, J.A.:Carcinoma of anterior commissura. Arch. Otolaryng. 91:524, 1970.
- 32-KUHN, A.J., ET AL.:Cervical Metastases From Squamous Cell Carcinoma of the Larynx. Laryngoscope, 67:169, 1957.
- 33-MARTENSSON, B.:Epidemiological aspects on laryngeal carcinoma in Scandinavia. Laryngoscope, 85:1185, 1975.
- 34-Mc.GREGOR, L., ALEXANDER, .:Classification and Routes of Cancer of the Head and Neck. Treatment of Cancer and Allied Diseases. Vol.III. Tumors of the Head and neck Radl., G.T., Paul.

- 35-MORLEY, A.R.:Osteosarcoma of Larynx. Laryngoscope, 87:997, 1973.
- 36-ODAR, I.V.:Anatomi Ders Kitabı, 12. Baskı. 1st., 1980, s:170.
- 37-OLOFSSON, J., ET AL.:Vocal cord fixation in larynx carcinoma. Acta Otolaryng., Stockholm, 75:496, 1973.
- 38-OLOFSSON, J.:Growth and Spread of the Larynx Carcinoma. Jour. otolaryngology, 3:446, 1974.
- 39-OLSZEWSKI.:Blood Vascular System in Cancer of the Larynx. Arch. Otolaryng., 102:65, 1976.
- 40-QNO, J.:Endoscopic Microsurgery of the Larynx. Ann. of Otolology-Rhinology-Laryngology, 80:479, 1971.
- 41-ÖSTBERG, Y.:Laryngeal Chondrosarcoma in Sweden. Acta Otolaryng., 88:142, 1979.
- 42-PAFF, G.H.:Anatomy of the Head and Neck. W.B. Saunders Company Philadelphia. London. Toronto. p:204
- 43-SHAHEEN, O.H.:Classification of the supraglottic tumors of larynx. Jour. otolaryngology, 3:486, 1974.
- 44-SHEEHAN, A.J., ET AL.:Total laryngectomy for squamous carcinoma of the glottis. The jour. of laryng. and otol., 93:461, 1979.
- 45-SHEPPERD, H.W.H.:Classification larynx carcinoma. Jour. otolaryngology, 3:480, 1974.
- 46-SPIRO, H.R., ET. AL.:Mucus gland tumors of the larynx and laryngopharynx. Ann. otolaryng., 85:498, 1976.

- 47-SRINIVASAN, U.:True carcinosarcoma of the larynx: A case report. The
jour. of laryng. and otol., 93:1031, 1979.
- 48-STELL, P.M.:Smoking and larynx carcinoma. Dept. Otolaryng. Univ. Liverpool, Lancet, 1:617, 1972.
- 49-SÖZEN, M.:Baş ve Boyun Kanserleri. İst. Univ. Cerrahpaşa Tıp Fakült. Yayınları, İst., 1979.
- 50-ŞENOCAK, F.:Kronolojik Otolaryngoloji Tarihçesi, Hilâl Matbaacılık Koll. Şti., İst., 1975, s:60.
- 51-TUCKER, G.F.:Anatomy of Larynx Carcinoma. Jour. otolaryngology Soc. Aust., 3:617, 1974.
- 52-WINTHER, L.K., ET AL.:Rhabdomyosarcoma of the larynx. The jour. of laryng. and otol., 92:417, 1978.
- 53-WYNDER, E.L.:Toward the prevention of laryngeal cancer. Laryngoscope 85:1190, 1975.