

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

LARENKS KANSERLİ
HASTALARDA
YAŞAM KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Ercan KAYA

Kulak Burun Boğaz Hastalıkları
Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

ESKİŞEHİR
2006

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

LARENKS KANSERLİ
HASTALARDA
YAŞAM KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Ercan KAYA

Kulak Burun Boğaz Hastalıkları
Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Emre Cingi

ESKİŞEHİR
2006

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,

Dr.Ercan KAYA'ya ait "Larenks kanserli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi" adlı çalışma jürimiz tarafından Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih:

Jüri Başkanı	Prof.Dr.E.CİNGİ	İmza
Üye	Prof.Dr.M.Cem KEÇİK	İmza
Üye	Prof.Dr.Erkan N.ÖZÜDOĞRU	İmza

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Yönetim Kurulu'nun/...../2006 Tarih ve 11/01 Sayılı Kararıyla onaylanmıştır.

Prof.Dr.Erol GÖKTÜRK
Dekan

TEŞEKKÜR

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yapmış olduğum uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimleri ile yol gösteren sayın hocalarım, Prof. Dr. Emre CİNGİ'ye, Prof. Dr. M. Cem KEÇİK'e, Prof. Dr. Erkan N. ÖZÜDOĞRU'ya, Prof. Dr. Cemal CİNGİ'ye, Doç. Dr. Armağan İNCESULU'ya, Doç. Dr. Hamdi ÇAKLI'ya, Yrd. Doç. Dr. M. Kezban GÜRBÜZ'e; kliniğimizde birlikte çalıştığım meslektaşlarım Op. Dr. E. Elif ALTUNTAŐ'a, Op. Dr. Murat BEKTAŐ'a, Op. Dr. Sevilay KÜÇÜK'e, Op. Dr. Ali DULUM'a, Op. Dr. Handan SEKİLİ KOYUNCU'ya, Op. Dr. Pınar YAĞMUR, Op. Dr. Fazilet Altın'a; çalışma arkadaşlarım Dr. Önder İHVAN'a, Dr. Beklen Sami ÜRE'ye, Dr. Aytekin YAZ'a, Dr. Metin ERDİNÇ'e, Dr. M. Özgür PINARBAŐLI'ya, Dr. Gökçe KURT'a, Dr. Leman BİRDANE'ye; ayrıca tezimin istatistiksel olarak değerlendirilmesinde bana yardımcı olan Biyoistatistik Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Kazım ÖZDAMAR'a ve Araştırma Görevlisi Ferhan Elmalı'ya yardımları ve destekleri için teşekkür ederim.

ÖZET

Kaya, E. Larenks kanserli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2006.

Bu çalışma 01.06.2003 ile 01.06.2006 tarihleri arasında yapılmıştır. Larenks kanseri tanısı konulan, cerrahi ya da kemoradyoterapi tedavisi uygulanan ve tedavi sonrası 12. aylarına kadar tümör nüksü bulunmayan 52 hasta (51 erkek, 1 kadın, ortalama yaş 58) ile yapılmıştır.

Çalışmamızda larenks kanserli hastaların yaşam kalitelerini değerlendirmek için EORTC QLQ-C30 Version 3.0 ve EORTC QLQ-H&N35 anketleri kullanıldı.

Kemoradyoterapi grubunda, duyu (koku ve tat) problemleri ve ağız kuruluğu şikâyetleri cerrahi tedavi grubuna göre daha fazla miktarda saptandı. Parsiyel larenjektomi uygulananlarda fiziksel fonksiyonlar daha iyi, kemoradyoterapi uygulananlarda ise bulantı, kusma, cinsellikte azalma, ağız kuruluğu ve yapışkan tükürük şikâyetleri ile mali zorluklar daha fazla olarak saptandı. Boyun diseksiyonunun yaşam kalitesine olan etkisi araştırıldığında; radikal boyun diseksiyonu ve parsiyel larenjektomi yapılan olgularda, sadece parsiyel larenjektomi yapılan olgulara oranla duygusal, kavrama ve sosyal fonksiyonlar azalmış ancak konstipasyon, cinsellikte azalma, ağrı kesici ilaç kullanımı ve diş sorunları artmıştı. Parsiyel larenjektomililerde fiziksel, uğraş, sosyal fonksiyonlar daha iyi, ancak kalıcı trakeostoması olan hastalarda yorgunluk, konstipasyon, iştah kaybı, duyu (koku ve tat), konuşma, diş problemleri ve sosyal ortamda ilişki kurma sıkıntısı daha fazla olarak saptandı.

Aynı evrelerde olup, farklı tedavi uygulanan büyük hasta serileri ile yapılacak çok merkezli ve uzun süreli benzer araştırmalar sonucunda hastaların yaşam kalitesinin iyileştirilmesi yönünde çok daha fazla ilerlemeler kaydedileceği kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: larenks kanseri, yaşam kalitesi, EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-H&N35

ABSTRACT

Kaya E. Quality of life after treatment in patients with laryngeal cancer. Eskişehir Osmangazi University Faculty of Medicine, Medical Speciality Thesis in Department of Ear Nose Throat, Eskişehir, 2006. This study was performed in our clinic between January 2003 and June 2006. The study was achieved with 52 subjects (1 woman, 51 men; mean age 58) diagnosed as larynx cancer and treated by laryngectomy or chemo-radiotherapy and followed as tumor free at least 12 months.

Quality of life was evaluated with two questionnaires EORTC QLQ-C30 Version 3.0 and EORTC QLQ-H&N35.

When we compared the groups according to the problems of sensation (smelling and testing) and dryness of the mouth it was found as increased in the chemo-radiotherapy group. According to physical functions the quality of life was found as good in the group treated by surgery. According to the problems of vomiting, nausea, impotans, mouth dryness, sticky saliva, increasing the cost, these problems were increased in the chemo-radiotherapy group. When we investigated of the neck dissection on the quality of life in the patients underwent partial laryngectomy with radical neck dissection as to only underwent partial laryngectomy, the sentimentality and social activity was found as decreased, sexual problems, constipation, dental problems, analgesics using for pain was found as increased in the group treated by neck dissection. Social activity and physical occupation was increased in the patients with traceostomy free, however fatigue, constipation, dental problems, speaking difficulty, sensation problems, social intercourse difficulty was found as increased in the patients with permanent traceostomy.

We concluded that the EORTC questionnaires are useful for evaluating the quality of life and the studies which will be carried out with more patients and more duration following will make considerable contribution to choice the best method for the patients with larynx cancer.

Key Words: larynx cancer, quality of life, EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-H&N35.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Larenks kanserleri	2
2.1.1. Epidemiyoloji	2
2.1.2. Etyoloji	2
2.1.3. Patoloji	3
2.1.4. Semptomlar	3
2.1.5. Tanı	3
2.1.6. Yayılım	4
2.1.7. Evreleme	5
2.1.8. Tedavide genel prensipler	8
2.1.9. Larenks kanseri tedavisinde görülebilen komplikasyonlar	11
2.1.10. Total larenjektominin yol açtığı fonksiyon kayıpları	12
2.2. Yaşam kalitesi	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM	17
4. BULGULAR	25
5. TARTIŞMA	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	51
KAYNAKLAR	52
EKLER	
EK 1: EORTC QLQ-C30 (version 3.0) Türkçe Anket Formu	
EK 2: EORTC QLQ-H&N35 Türkçe Anket Formu	

SİMGELER VE KISALTMALAR

TL	Total Larenjektomi
NTL	Neartotal Larenjektomi
THL	Trakeotomisiz Hemilarenjektomi
HL	Hemilarenjektomi
RC	Radikal Cerrahiler
C	Cerrahi
KRT	Kemoradyoterapi
RBD	Radikal Boyun Diseksiyonu
FBD	Fonksiyonel Boyun Diseksiyonu
QLQ	Yaşam Kalitesi
EORTC QLQ-C30	European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire
GHS	Genel Sağlık Durumu
FS	Fonksiyonel Ölçekler
PF	Fiziksel fonksiyon
RF	Uğraş fonksiyonu
EF	Duygusal fonksiyon
CF	Kavrama fonksiyonu
SF	Sosyal fonksiyon
SS	Semptom Ölçekleri
FA	Yorgunluk
NV	Bulantı ve kusma
PA	Ağrı
DY	Nefes darlığı
SL	Uykusuzluk
AP	İştah kaybı
CO	Konstipasyon
DI	Diyare
FI	Mali zorluklar

SİMGELER VE KISALTMALAR

EORTC QLQ-H&N35	European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Questionnaire module to be used in Quality of Life assessments in Head and Neck Cancer
HNPA	Ağrı
HNSW	Yutma
HNSE	Duyu problemleri
HNSP	Konuşma problemleri
HNSO	Sosyal ortamda yemek yeme sıkıntısı
HNSC	Sosyal ortamda ilişki kurma sıkıntısı
HNSX	Cinsellikte azalma
HNTE	Dişler
HNOM	Ağzı açma
HNDR	Ağız kuruluğu
HNSS	Yapışkan tükürük
HNCO	Öksürme
HNFI	Kendini hasta hissetme
HNPK	Ağrı kesici ilaç kullanımı
HNNU	Ek besleyici madde alımı
HNFE	Beslenme tüpü kullanımı
HNWL	Kilo kaybı
HNWG	Kilo alımı
TNM	Tümör Boyun Metastaz
SS	Standart Sapma
TS	Tedavi Sonrası

TABLULAR

	Sayfa
2.1. Evrelendirme Tablosu	8
2.2. Çok yönlü yaşam kalitesi değerlendirme endeksleri	15
2.3. Baş-boyun kanserli hastalar için düzenlenmiş yaşam kalitesi değerlendirme endeksleri	16
3.1. QLQ-C30 version 3.0 ölçeği	23
3.2. Baş Boyun Kanseri Ölçeği: QLQ-H&N35	24
4.1. Yaş gruplarına göre hastaların dağılımı	25
4.2. TNM, Evre hasta sayısı tablosu	26
4.3. Uygulanan tedavi hasta sayı ve yüzdeleri	26
4.4. Larenks kanseri tedavisi alan tüm olgularda skor değişkenlerin zamana göre karşılaştırılması	28
4.5. Radikal cerrahi (TL+NTL) tedavi alan tüm olgularda skor değişkenlerin zamana göre karşılaştırılması	30
4.6. Kemoradyoterapi tedavisi alan tüm olgularda skor değişkenlerin zamana göre karşılaştırılması	32
4.7. Trakeotomisiz hemilarenjektomi ameliyatı yapılan olgularda skor değişkenlerin zamana göre karşılaştırılması	34
4.8. Cerrahi ve kemoradyoterapi grupları için skor değişkenlerinin karşılaştırılması	36
4.9. Trakeotomisiz hemilarenjektomi ve kemoradyoterapi grupları için skor değişkenlerinin karşılaştırılması	38
4.10. Trakeotomisiz hemilarenjektomi ve trakeotomisiz hemilarenjektomi+radikal boyun diseksiyonu grupları için skor değişkenlerinin karşılaştırılması	40
4.11. Radikal cerrahiler (TL+NTL) ve Trakeotomisiz hemilarenjektomi grupları için skor değişkenlerinin karşılaştırılması	42

1. GİRİŞ

Larenks kanseri günümüzde oldukça fazla rastlanılan önemli bir sağlık sorunudur. Günümüzde gelişen teknolojinin sağladığı avantajları iyi kullanarak, artan deneyim ve dikkatle larenks kanseri daha kolay tanımlanabilmekte, vücutta oluşan birçok malign tümöre göre; erken evrelerde teşhis edilebilmekte ve sıklıkla erken dönemde tedavi yapılabilmesi nedeniyle daha yüksek oranda memnuniyet verici sonuçlar alınmaktadır. Erken evrede yakalanan larenks kanserlerinde prognoz ve hasta memnuniyeti daha fazla olmaktadır. İleri evrede yakalanan olgularda ise prognoz ve tedavi sonucunda hasta memnuniyeti arzu edilen düzeye ulaşamamaktadır.

Sağlık hizmetlerinde geleneksel amaç, hastalığın tedavisi ve ağrının sonlandırılmasıdır. Günümüzde ise buna ilaveten sağlığın sürdürülmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasına yardımcı olarak, bireyin içinde bulunduğu çevre ile ilişkileri gibi yaşamı ilgilendiren pek çok konuda mutlu olabilmesini sağlamak da ön planda göz önüne alınmaktadır. Yaşam kalitesi birey üzerinde etkili olan tüm durum ve faktörleri kapsar. Hekimlerin bu durum ve faktörleri iyi değerlendirip hastalığın ve etkilerinin insanların yaşamlarını ne derece etkilediği konusunda bilgi sahibi olmaları gerekir. Bu yüzden yaşam kalitesi hakkında birçok araştırma yapılmıştır ve yapılmaya devam etmektedir.

Larenks kanseri tedavisinde cerrahi, radyoterapi, kemoterapi ve bunların çeşitli kombinasyonlarından yararlanılmaktadır. Her tedavi şeklinin kendisine ait zorluklar ve hastaya getirdiği yükler vardır. Bu tedavi amaçlı uygulamalar esnasında ve sonrasında oluşan rahatsızlıkların giderilmesi hastanın yaşam kalitesini artıracaktır.

Tezin amacı, larenks kanserli hastalara planlanan tedaviden önce ve sonraki dönemlerdeki yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi ve aralarında kıyaslamalar yapılarak hangi tedavi grubunda yaşam kalitesinin yüz güldürücü sonuçlar verdiğinin araştırılmasıdır.

Son yıllarda yurtdışı araştırmaların birçoğu bu konu ile ilgilidir. Yurdumuzda ise bu konuda yapılmış iki çalışma olduğunu saptayabildim. Bu yöndeki çalışmaların artması uzun süre yaşatmaya dayalı tedavi modalitesi yerine hasta için kabul

edilebilir sonuçları verecek ve yaşam kalitesinin en yüksek olduğu tedavi modalitelerinin oluşmasına yardımcı olacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Larenks Kanseri

2.1.1. Epidemiyoloji

Larenks kanseri tüm vücut malignitelerinin %2-5'ni, baş-boyun malignitelerinin ise %25'ini oluşturmaktadır. Amerika Birleşik Devletlerinde 2004 yılında 10.270 yeni larenks kanseri tespit edilmiştir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı kayıtları incelendiğinde 1999 yılı verilerine göre larenks kanserinin tüm kanserlerin %5,62'sini oluşturduğu görülmektedir. Larenks kanseri en sık 5-7 dekadlar arasında görülmekte olup erkek/kadın oranı 5/1- 20/1 arasında değişmektedir (1,2,3). Erkeklerde daha fazla görülmesine rağmen sigara içen ve erkeklerle aynı işlerde çalışan kadınların sayısının artmasıyla aradaki fark azalmaktadır (4).

2.1.2. Etyoloji

Etyolojide herediteden, hormonlara, çevre ve hava kirliliğine, asbest ve tahta tozundan kömür ve metal partiküllerine, virüs enfeksiyonlarından diyetle de birçok etken sorumlu tutulurken, karsinojen olduğu kesinlikle ispatlanan en mühim etmen sigaradır (5,6). Larenks kanserinin etiolojisinde sigara ve alkol kullanımı en sık neden olmasına karşın özellikle sigara içmeyen hastalarda görülen larenks kanserinde larengofarengeal reflü'nün neden olabileceği düşünülmektedir (35,36). Ayrıca reflü postkrikoid kanserde sık görülmektedir. Sigaradaki kanserojen maddenin nikotin değil, polisiklik aromatik hidrokarbonları içeren rezidü katran olduğu belirtilmektedir (7). Diğer önemli etyolojik faktör alkol olup tütün ile birlikte sinerjik etkisi gösterilmiştir (4). Alkol, glottik lezyonlardan çok, supraglottik tümörlerde kanserojen etki gösterir (7). Alkol ve sigara kullanmayan bazı aşırı dindar gruplar da (Mormonlar, 7. Gün Serüvencileri, Parsiler) ve bazı radikal gruplar (Kuzey Amerika Yahudileri, Kuzey ve Güney Amerika Kızılderilileri) larenks kanseri oranı düşüktür (8).

2.1.3. Patoloji

Larenks malign tümörlerinin yaklaşık %95-98'i yassı epitel hücreli kanser olup (4,8,9), geri kalan bölümünü verrüköz kanserler, lenfomalar, minör tükrük bezi tümörleri, nöroendokrin tümörler ve destek doku tümörleri (sarkomlar) oluşturur.

2.1.4. Semptomlar

Ses Kısıklığı: Larenks karsinomunun temel bulgusudur (8). En sık görülen bulgulardan birisidir (10). Tümör vokal kordlara yerleşmişse şüphesiz ilk belirti ses kısıklığı olacaktır (9). Glottik bölge kaynaklı kanserlerde çok erken ortaya çıkan bir semptom olmasına rağmen subglottik ve supraglottik kanserlerde çok geç oluşur ve ya hiç oluşmayabilir. Kanserin vokal kordun mukozasını, tiroaritenoid kası veya krikoaritenoid eklemi tutması sonucu mukoza vibrasyonundaki bozulmaya bağlı olarak ortaya çıkar.

Dispne ve stridor: Tümör kitlesinin basısının solunum yolunu etkilemesine bağlıdır. Subglottik tümörlerde ilk semptom olabilir, diğer yerleşimlerde daha ileri evrelerde görülür (10).

Ağrı: Epiglot, sinüs priformis ve hipofarenks kanserlerinde boğaz ağrısı ve yutkunmakla ağrı sık karşılaşılan bir bulgudur. Aynı taraftaki kulağa yansıyan ağrılarda yayılım 10. sinir yoluyla ve priform sinüs, dil kökü ve vallekula yerleşimli lezyonlar için karakteristiktir (8).

Öksürük: Supraglottik lezyonlarda daha sık rastlanır (10). Supraglottik bölgede süperior larengeal sinir tutulumu ile oluşan hipoestezi veya anesteziye bağlı olarak aspirasyon sonucu görülebilir. (7,8).

Yutma ve yutkunma şikâyetleri, boğazda yabancı cisim ve takılma hissi görülebilecek diğer semptomlardandır. Hemoptizi, zayıflama, ağız kokusu, boyun kitlesi de ileri evrelerde ortaya çıkan semptomlardan bazılarıdır.

2.1.5. Tanı

Larenks kanserinde erken tanı, hastaların sağ kalımı ve hastalığın prognozu yönünden çok önemlidir. Uygulanacak tedavi yönteminin seçiminde iyi bir öykü alınması, fizik muayene yapılması ve görüntüleme yöntemleri ile desteklenmesi gereklidir. Larenks kanserli olguların erken dönemde tanınması fonksiyonel cerrahi

tedavi şansını artırmaktadır. Lezyonun iyi tanımlanması ise tedavinin başarı şansını yükseltmektedir.

1-Öykü

2-Fizik muayene

-Eksternal larenks muayenesi: İlerlemiş olgularda larenks üzerinde kitle ve kızarıklık görülebilir. Yine ilerlemiş olgularda palpasyonda larenksin ağırlı ve hassas olması, larenks iskeletinde genişleme, fizyolojik krepitasyonun kaybolması, tirohyoid ve krikotroid membran bölgesinde dolgunluk gibi bulgular tespit edilebilir.

-Laringoskopi: İndirekt, direkt (genellikle fiberoptik laringoskopi, gerekli durumlarda rijid endoskop) ve mikrolaringoskopi ile videolarinoskopi yeterli inceleme olanağı sağlar. Bu muayenelerde lezyonun yeri (supraglottik, glottik, transglottik ve ya subglottik), yayılım bölgeleri, görünümü (ekzofitik, infiltran, ülseratif, ülser-vegetan vs) ve vokal kord hareketleri özellikle kaydedilmelidir.

-Eksternal boyun muayenesi: Lenfatik metastazları tespit amacıyla tüm boyun bölgeleri dikkatle palpe edilmelidir.

3-Radyolojik İncelemeler: Tümörün lokal ve bölgesel yaygınlığı tedavi öncesi evrelendirme ve ikinci primer tümör araştırılması için kontrastlı Boyun ve Toraks BT ile Batın USG kliniğimizde rutin olarak yaptırılmaktadır. Bilgisayarlı tomografi larengeal iskelet hakkında daha iyi bulgu verirken, MR larengeal ve boyun yumuşak doku infiltrasyonunu göstermede daha etkindir. Gerekli görülen olgularda kemik sintigrafisi, Beyin MR çalışılabilir. Pozitron Emisyon Tomografi (PET) çok pahalı bir yöntem olması nedeniyle kullanımı kısıtlı olup, bu yöntem kesin histopatolojik tanı konulamayan olgularda ve tedavi sonrası lokal ve bölgesel nüks ile uzak metastaz araştırmalarında kullanılmaktadır.

4-Bronkoskopi, Özofagoskopi: Simultane ikinci primer tümör varlığının ve tümörün yayılımının tespiti açısından önemlidir

5-Biyopsi: Kesin tanı için gereklidir. Tümörün histopatolojik tipi, diferansiyasyon derecesi değerlendirilmelidir.

2.1.6. Yayılım

Larenks kanseri direkt invazyon, lenfatik, hematojen, perinöral yollar ile yayılım gösterir. Direkt invazyon bölgeleri tümörün başlangıç yerine göre değişimler

gösterir. Suprahoid epiglot lezyonları, epiglot serbest kenarını tutup vallekula ve dil köküne; infraoid epiglot lezyonları, preepiglottik bölgeye; ariepiglottik plika lezyonları paraglottik boşluğa ve sinüs piriformise; ventriküler bant lezyonları epiglot, ön komissür, aritenoid, ariepiglottik plika ve paraglottik boşluğa yayılma eğilimi gösterirler (1).

Glottik lezyonlar ventrikül yolu ile paraglottik boşluğa, ön komissürden tiroid kartilaja ve subglottise yayılabilirler (1).

Subglottik lezyonlar krikotiroid aralık yolu ile larenks dışına taşıp tiroide yayılabilirler. Lümeninde trakeaya doğru gelişim gösterebilirler. Krikoid kırıkdağı invaze edebilir ve tiroaritenoid kası tutarak vokal kord fiksasyonuna sebep olabilirler (10,11).

Larenks kanserleri başlangıç ve yayılım bölgelerine göre tirooid ve krikotiroid membranı geçen lenfatikler ile boynun II, III ve IV bölgeleri ile prelarengal (Delphian), pretrakeal, paratrakeal ve üst mediastendeki lenf nodlarına metastaz yapabilirler. Uzak metastazlar en sık akciğer ve kemiklere olmaktadır (12).

2.1.7. Evreleme

AJCC'nin (American Joint Committee on Cancer) 2002 yılında yayınladığı yeni kılavuzda, larenks kanserlerinin evrelemede bazı değişiklikler yapılmıştır. Yeni evreleme aşağıdaki gibidir (10).

Primer Tümör

Tx: Primer tümör değerlendirilemiyor

T0: Primer tümör bulgusu yok

Tis: Karsinoma in situ

Supraglottis

T1: Tümör supraglottisin bir alt bölgesine sınırlıdır, kord hareketleri normaldir.

T2: Tümör supraglottisin birden fazla alt bölgesinin mukozasını veya glottisi veya supraglottis dışındaki bir bölgeyi (örneğin dil kökü mukozası, vallekula, piriform sinüs medial duvarı) tutmuştur, kord hareketleri normaldir.

T3: Tümör larenks içinde sınırlı olmakla birlikte kord fiksasyonu vardır ve/veya post-krikoid bölge, preepiglottik dokular, paraglottik alan invazidir ve/veya minör tiroid kıkırdak invazyonu (iç korteks) vardır.

T4a: Tümör tiroid kıkırdağı tam kat invaze etmiştir ve/veya larenks dışı dokulara taşmıştır (örneğin trakea, dilin derin ekstrensek kasları, prelarengeal kaslar, tiroid veya özofagus gibi boyun yumuşak dokuları)

T4b: Tümör prevertebral alanı invaze etmiştir, karotid arteri çevrelemiştir veya mediastinal yapıları invaze etmiştir

Glottis

T1: Tümör vokal kordlarla sınırlıdır ve kord hareketleri normaldir (anterior veya posterior komissür invazyonu olabilir)

T1a: Tümör tek bir vokal korddadır

T1b: Her iki vokal kordda da tümör mevcuttur

T2: Tümör supraglottis ve/veya subglottise uzanmaktadır ve/veya kord hareketleri kısıtlanmıştır

T3: Tümör larenks içinde sınırlı olmakla birlikte kord fiksasyonu vardır ve/veya paraglottik alan invazyonu vardır ve/veya minör tiroid kıkırdak invazyonu vardır (iç korteks)

T4a: Tümör tiroid kıkırdağı tam kat invaze etmiştir ve/veya larenks dışı dokulara taşmıştır (örneğin trakea, dilin derin ekstrensek kasları, prelarengeal kaslar, tiroid veya özofagus gibi boyun yumuşak dokuları)

T4b: Tümör prevertebral alanı invaze etmiştir, karotid arteri çevrelemiştir veya mediastinal yapıları invaze etmiştir

Subglottis

T1: Tümör subglottise sınırlıdır.

T2: Tümör vokal kordlara uzanmakla birlikte kord hareketleri normal veya kısıtlanmıştır.

T3: Tümör larenks içinde sınırlı olmakla birlikte kord fiksasyonu vardır

T4a: Tümör krikoid veya tiroid kıkırdağı tam kat invaze etmiştir ve/veya larenks dışı dokulara taşmıştır (örneğin trakea, dilin derin ekstrensek kasları, prelarengeal kaslar, tiroid veya özofagus gibi boyun yumuşak dokuları)

T4b: Tümör prevertebral alanı invaze etmiştir, karotid arteri çevrelemiştir veya mediastinal yapıları invaze etmiştir

Bölgesel Lenf Nodları

Nx: Bölgesel lenf nodları değerlendirilememektedir

N0: Bölgesel lenf nodu metastazı yoktur

N1: En büyük çapı 3 cm'yi geçmeyen tek bir ipsilateral lenf nodunda metastaz vardır

N2: En büyük çapı 3–6 cm arasında tek bir ipsilateral lenf nodunda metastaz vardır veya hiçbirinin çapı 6 cm'yi geçmeyen multipl ipsilateral lenf nodlarında metastaz vardır veya hiçbirinin çapı 6 cm'yi geçmeyen bilateral veya kontrilateral lenf nodların da metastaz vardır.

N2a: En büyük çapı 3–6 cm arasında tek bir ipsilateral lenf nodunda metastaz vardır

N2b: Hiçbirinin çapı 6 cm'yi geçmeyen multipl ipsilateral lenf nodlarında metastaz vardır

N2c: Hiçbirinin çapı 6 cm'yi geçmeyen bilateral ve ya kontrilateral lenf nodlarında metastaz vardır.

N3: Bir lenf nodunda 6 cm' den büyük metastaz vardır.

Uzak Metastaz

Mx: Uzak metastazlar değerlendirilememektedir.

M0: Uzak metastaz yoktur.

M1: Uzak metastaz vardır.

Tablo 2.1 Evrelendirme Tablosu

EVRE-0	Tis	N0	M0
EVRE-I	T1	N0	M0
EVRE-II	T2	N0	M0
EVRE-III	T3	N0	M0
	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
	T3	N1	M0
EVRE-IVa	T4a	N0	M0
	T4a	N1	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N2	M0
	T4a	N2	M0
EVRE-IVb	T4b	Herhangi N	M0
	Herhangi T	N3	M0
EVRE-IVc	Herhangi T	Herhangi N	M1

Kanserli hastadaki bu TNM sınıflaması tümör morfolojisine dayanmakta ve kanseri anatomik yayılımına göre sınıflamaktadır. Tümör büyüklüğünü ve anatomik yayılımı çok iyi tarif etmesine rağmen, kanserin klinik biyolojisi (tümörün histolojisi, semptomların şiddetliliği) ile ilgili açıklayıcı bilgi vermez.

2.1.8. Tedavide Genel Prensipler

Larenks kanserlerinin tedavisinde, günümüzde geçerli iki ana tedavi yöntemi mevcuttur: Cerrahi ve radyoterapi. Kür amaçlı primer tedavi olarak uygulanan radyoterapi başarısız olduğunda, kurtarma tedavisi olarak cerrahiye başvurulmaktadır. Ayrıca planlanmış kombine tedavi olarak radyoterapi+cerrahi veya cerrahi+radyoterapi ve larenks koruma tedavisi olarak planlanan kemoradyoterapi uygulanmaktadır. Kemoradyoterapi başarısız kaldığında da yine cerrahi, kurtarma tedavisi olarak alternatiftir. Bütün bunlar, ister primer ister

radıyoterapi ya da kemoradyoterapi başarısızlığından sonra uygulansın, cerrahinin en sık başvuru olan tedavi şekli olduğunu gstermektedir (13).

İdeal olan yaklaşım şekli Kulak Burun Boğaz, Radyasyon Onkolojisi ve Medikal Onkoloji uzmanlarının katılımıyla multidisipliner olarak her hastanın ayrı olarak değerlendirilmesi ve tedavi ynteminin belirlenmesidir.

Cerrahi Tedavi

Cerrahi tedavide primer tmtörün rezeksiyonu (larenjektomiler) ile birlikte bölgesel lenf nodlarının eksizyonun (boyun diseksiyonları) yapılması esastır. Erken evre glottik kanserlerde lenf nodu diseksiyonu gerekmez.

A)Primer Tmtörün Rezeksiyonu (Larenjektomiler): Genel olarak parsiyel ve total larenjektomiler olarak ikiye ayrılabilir.

1)Parsiyel larenjektomiler: Kendi içinde konservatif ve nonkonservatif tedaviler olarak ikiye ayrılabilir.

a)Konservatif Parsiyel Larenjektomiler: Larenksın üç ana fonksiyonun (fonasyon, solunum ve sfinkterik) da korunduğu tedaviler olup bunlarda yine kendi arasında ikiye ayrılabilirler.

-Endoskopik rezeksiyon: Soğuk aletlerle ve CO2 laser kullanımı ile yapılmaktadır. Erken evre glottik ve supraglottik kanserlerde etkin bir rezeksiyon sağladığını ifade eden birçok yayın olmakla birlikte endolarengeal rezeksiyonun etkinliğini radyoterapi ya da açık cerrahi ile başarılı biçimde karşılaştıran randomize prospektif çalışmalar sonuçlandığında bu tip rezeksiyonun başarısı hakkında yararlı verilere ulaşılabilecektir (14).

-Açık teknikler: Vertikal, horizontal ve ya her iki planda da rezeksiyon olanağı veren teknikler olup laringofissür kordektomi, vertikal hemilarenjektomi, frontolateral hemilarenjektomi, frontal anterior hemilarenjektomi, 3/4 Larenjektomi, horizontal glottektomi, supraglottik larenjektomi, suprakrikoid larenjektomi bu grup içinde değerlendirilmektedir.

b)Non konservatif parsiyel larenjektomi: Larenksın fonasyon ve sfinkter fonksiyonlarının korunduğu ancak solunum fonksiyonun korunamaması nedeniyle hastada kalıcı trakeostomi bırakılan near-total larenjektomi bu bölümde yer alır (15).

2)Total Larenjektomi: Tüm larenksin, hiyoid kemiğin, üst trakeal halkaların ve sıklıkla prelarengeal adelelerin de rezeke edildiği ve kalıcı trakeostomiye de içeren cerrahi tedavi yöntemidir. Total larenjektomi sonrası özafageal sesin öğretilmesi, yapay vibratörlü cihazların kullanılması veya trakeaözofageal protez uygulanması gibi yöntemlerle ses rehabilitasyonu yapılabilir (11,16).

B) Bölgesel lenf nodlarının eksizyonu(Boyun disseksiyonları)

Boyun lenf nodları bölgeleri Amerikan Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Akademisine bağlı Baş Boyun Cerrahisi Ve Onkolojisi Komitesi tarafından 2002 yılında yeniden güncellenmiştir (17). Buna göre:

Zon I. Submental ve submandibüler

Zon II. Üst derin juguler (jugulodigastrik)

Zon III. Orta derin juguler

Zon IV. Alt derin juguler

Zon V. Arka üçgen (Supraklaviküler, spinal aksesuar)

Zon VI. Ön kompartman (Prelarengeal, perilarengeal, pretrakeal, paratrakeal, peritiroidal) lenf nodlarını içermektedir.

Larenks kanserlerinde N+ olgularda teropatik , N0 olgularda profilaktik amaçlı olarak boyun disseksiyonları uygulanmaktadır. Yapılış şekline göre boyun disseksiyonları kapsamlı ve seçici olabilir. Larenks kanserinde boyun metastazının evresine göre aşağıdaki boyun disseksiyonları uygulanabilir.

1-Kapsamlı boyun disseksiyonları

a)Radikal boyun disseksiyonu: I-V zonlardaki lenf nodları, SCM, vena jugularis interna, n. Accessorius ve submandibuler tükruk bezi ile birlikte rezeke edilir.

b)Genişletilmiş radikal boyun disseksiyonu: Radikal boyun disseksiyonunda disseke edilen yapılara ek olarak retrofarengeal, parafarengeal, mediastinal veya aksiller lenf nodları ile birlikte bazı kranial sinirler, diğer kaslar, deri veya karotid arterin de rezeksiyona katılması

c)Modifiye radikal boyun disseksiyonu: Zon I-V'teki tüm lenf nodlarının rezeksiyonu yapılmak şartıyla n.accessorius, SCM, submandibuler tükruk bezi ve vena jugularis internadan birinin, ikisinin veya her üçünün birden korunduğu tekniktir.

2-Seçici boyun diseksiyonları: No olgularda primer lezyonun yerine göre

- a)Lateral boyun diseksiyonu (Zon II, III ve IV)
- b)Anterolateral boyun diseksiyonu (Zon II, IV ve VI)
- c)Santral boyun diseksiyonu (Zon VI) yapılabilir.

Radyoterapi

Tümörün yayılım bölgeleri, hastanın tıbbi durumu, hasta ve yakınlarının seçimi ile tedaviyi yapacak merkezin deneyimleri ve olanaklarına göre larenks kanserlerinde radyoterapi primer tedavi şekli olarak ya da kemoterapi ve/veya cerrahi tedavi ile birlikte kombine olarak da kullanılmaktadır. Erken evre supraglottik ve glottik kanserlerde konservatif parsiyel larenjektomi ile radyoterapinin eş sağkalım sağladığı yönünde birçok çalışma vardır. Rezektabl lokal ileri evre tümörlerde klasik yaklaşım postoperatif radyoterapi iken son yıllarda organ koruyucu kemoradyoterapi protokolleri de artan sıklıkta kullanılmaya başlanmıştır. Bu protokollerin başarısızlığında ise kurtarma cerrahisi yapılmaktadır. Subglottik kanserlerde ise genel olarak kombine (cerrahi+radyoterapi) tedavi önerilmektedir (10).

Kemoterapi

Larenks kanserlerinde kemoterapi bugün için tek başına küratif değildir. Uzak metastazlı olgularda tek seçenek olarak kalabilir. Bu durumda genel sağkalıma katkısının olmadığı ancak bazı semptomların kısa süreli de olsa kontrol altına alınması açısından yararlı olduğu bildirilmiştir. En sık kullanılan kombinasyon Cisplatin+5-Fluorouracil'dir. Yeni ajanlardan paklitaksel, dositaksel, gemsitabin, vinorelbin, topotekan larenks kanserlerinde test edilmektedir. Organ koruyucu protokoller ile gündeme gelen neoadjuvan kemoterapi ile primer tümörün önemli oranlarda küçüldüğü tespit edilmekle beraber, bu uygulamanın sağ kalıma ek bir katkısı henüz gösterilememiştir (10).

2.1.9 Larenks Kanseri Tedavisinde Görülebilen Komplikasyonlar

a-Cerrahi

Erken dönemde; atelektazi, apne, hemoraji, N. laryngeus inferior hasarı, pnömotoraks, pnömomediastinum, subkutan amfizem görülebilir.

Geç dönemde; yara enfeksiyonu, faringoosöfegal deri fistülü, disfaji, aspirasyon, trakeostoma stenozu, hipotiroidizm, hipoparatiroidizm, şilöz fistül, venöz staz, kronik lenf ödem görülebilir.

b-Radyoterapi

Erken dönemde; cilt deskuamasyonu, mukozit, odinofaji, ağrı, dehidratasyon olur.

Geç dönemde; kronik ödem, solunum zorluğu, ses değişiklikleri, kondronekroz, larengeal nekroz, boyun fibrozisi görülebilir.

c-Kemoterapi

Mukozit, gastrointestinal bozukluklar, işitme azlığı, kemik iliği süpresyonu, enfeksiyon görülebilir.

Tedavi öncesinde ve tedavi esnasında yapılan ciddi ve etraflı klinik incelemeyle beraber dikkatli bir cerrahi uygulanması ileride olabilecek sorunları en aza indirecektir.

2.1.10. Total Larenjektominin Yol Açtığı Fonksiyon Kayıpları

Total larenjektomiyi ilk kez 1873 yılında Billroth tarafından yapılmıştır (1,8,10,18). Günümüzde uygun endikasyon ve hasta seçimi ile total larenjektomi oranı %15-30'a kadar indirilebilir (19). Bu ameliyat büyük oranda sağ kalım sağlamasına karşın birçok fonksiyonun kaybına yol açar.

Total larenjektomi sonrası en belirgin olan vokal fonksiyon kaybıdır. Ses çıkarma işlemi bir şekilde başarılı olsa bile, gülme ve ağlama gibi insanın emosyonel durumunu açığa vuran işlevlerde hep eksiklik olacaktır. Glottik kapanma ortadan kaldırılmış olduğundan özellikle öksürürken, ağır eşya kaldırırken, ağaca tırmanırken, doğum yaparken ve ıkınırken ciddi problemler ile karşılaşmaktadır.

Solunum ile ilgili semptomlar hastaları huzursuz eder. Öksürük ve aşırı balgam vardır. Kuvvetli ekspirasyonla hava yolunu temizleme gereksinimi duyarlar. Maksimum vital kapasite ve maksimum ekspiratuvar akım azalır.

Nazal hava akımının durması koku duyusunun ve daha önemlisi tad duyusunun kaybolması ya da azalması ile sonuçlanır. Bunlarla beraber filtrasyon, ısıtma ve nemlendirme ve savunma fonksiyonları da ortadan kalkar. Nazal mukozada atrofik değişiklikler, mukoza vaskülaritesinde azalma olur.

Trakeostomanın kendisi başlı başına hastayı rahatsız eden bir durumdur. Hatta bazı hastalar trakeostoma açılmasını kabullenmeyişinden dolayı ancak ileri evrelere ulaşınca hastaneye başvurmaktadır. Bol mukus çıkması, irritasyon ve öksürük hastanın konforunu bozan durumlardır.

Psikososyal problemler hastanın postoperatif rehabilitasyon başarısızlıklarına yol açan önemli faktörlerden biridir. Kanser süregen ve ölümcül bir hastalık olmasının yanı sıra duygusal, ruhsal ve davranışsal tepkilere yol açan önemli bir sorundur (20). Larenjektomili bir kişinin genel durumuna, kanser tedavisi görmüş olmanın anksiyetesi hâkimdir. Larenksin kaybı hastanın kendine verdiği değerin azalmasına yol açtığı için, çevresi ve iş yaşamında ciddi sorunlar oluşturmaktadır. Hastalar içe dönük bir yaşam sürdürmektedir.

2.2. Yaşam Kalitesi

Hasta tarafından algılanan “Genel İyi Olma Hali” nin derecesi yaşam kalitesinin kabul görmüş tanımıdır (21). Yaşam kalitesi, bireyin içinde bulunduğu çevre, ekonomik durumu, ilişkileri gibi yaşamı ilgilendiren pek çok unsurda doyumu içine alan bir kavramdır. Dinamik bir özellik içinde olması, çok yönlü özellikler taşıması ve sürekli gelişim içinde olması bu kavramın tanımlanmasını oldukça güçleştirmektedir (22).

Yaşam kalitesi kavramını ilk kez Thorndike, sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi olarak tanımlamıştır. Andrews ve Withey yaşam kalitesi kavramı, bireylerin doyumu ve onların sosyal ilişkilerinin kesişimi, Weinstein ve Frankel ise, bireyin kendi yaşamında doyum bulması ve mutluluk kapasitesi olarak tanımlamışlardır (22).

Sağlığa bağlı yaşam kalitesi onkolojide önemli bir konu olarak gittikçe artan bir önem kazanmaktadır. Fiziksel fonksiyon, psikolojik fonksiyon, sosyal etkileşim ve hastalık ile tedaviye bağlı semptomlar gibi dört ana madde içeren çok yönlü bir kavramdır (23).

Günümüzde gelişmiş tanı yöntemleri ve cerrahi teknikler yardımıyla, larenks kanser cerrahisinde ve hastalığın tedavisinde önemli aşamalar kaydedilmiştir. Bu gelişmelere rağmen, tedavide ister cerrahi, ister radyoterapi, kemoterapi ya da bunların kombinasyonu kullanılsın, tedavi sonunda, hastanın yaşam kalitesinde

olumsuzluğa yol açan, rahatsız edici sonuçlar oluştuğu kabul edilmektedir (24). Dış görünüşte değişiklik, konuşma ve ses kalitesinde bozulma ya da konuşma fonksiyonun tamamen kaybedilmesi; yutmada güçlük çekilmesi, omuz problemlerinin yaşanmasının hastanın günlük hareketlerini kısıtladığı ve toplumsal yaşantısında olumsuz etkileri olduğu kabul edilmektedir (25). Ayrıca, hastalık evresi ve seçilen tedavi yöntemi dışında, eşlik eden başka bir hastalığın varlığı, alkol kullanımı, medeni ve psikososyal durumu da tedavi sonrası yaşam kalitesini etkilemektedir (26).

Hastanın geçmişe ait tecrübesi, kişiliği ve etnik yapısı hastalığın sonucu ve hastalığından dolayı oluşabilecek kısıtlama ile ilgili beklentilerini etkiler. Aynı sağlık durumuna ait iki kişi değişik algılamalarından dolayı sağlığı ve yaşamdan tatmini farklı algılayıp farklı yaşam kalitelerine sahip olabilirler. Benzer lezyonlar sebebiyle değişik tedavi görmüş iki kişinin yaşam kaliteleri farklı olabilir. Biri kalıcı trakeostoma ve beslenme tüpüne bağlı iken diğerinde yok ise bu iki hasta farklı yaşam kalitesi tarif edebilir.

Spesifik bir kanser tedavisinin başarısının değerlendirilmesinde altın standart hayatta kalma analizidir. Baş-boyun kanserinin tedavisinin nefes alma, sözlü iletişim ve yutma gibi temel fonksiyonlar üzerine önemli derecede etkisi olduğundan sadece hayatta kalma değil hayatta kalanların yaşam kalitesi de tedavi değerlendirilmesinin istenen sonuçlarından olmalıdır (27).

Yaşam kalitesi'ni ilgilendiren konuların çeşitliliği, baş boyun kanserlerindeki yerleşimlerin ve tedavilerinin değişiklik göstermesi, farklı hasta karakteristikleri (yaş, sosyokültürel düzey) ve her duruma uygulanabilecek bir metodun bulunmaması en önemli sorunlardır. Psiko- sosyal disfonksiyon, fiziksel semptomlar ve fonksiyon kayıpları, genel yaşam kalitesi değerlendirmelerinin içinde yer alması gereken konulardır ve ayrıntılı bir anket gerektirmektedir. Bu amaçla oluşturulmuş çok boyutlu yaşam kalitesi değerlendirme endeksleri (Tablo 2.2) görülmektedir. Yaşam kalitesi sorgulaması, hastanın kendi içinde bulunduğu durumu ve çevresi ile ilişkisini, kendini algılama ve değerlendirme becerisi doğrultusunda, subjektif olarak ifade etmesidir (28). Bu endekslerdeki skorlamalar, tedavi sonucunda elde edilen yaşam kalitesi'nin karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesini sağlamaktadır (21).

Tablo 2.2: Çok yönlü yaşam kalitesi değerlendirme endeksleri (21)

Functional Living Index Cancer (FLIC)
European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) QLQ C30
Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT)
Cancer Rehabilitation Evaluation System (CARES)
Linear Analogue Self-Assessment (LASA)
Medical Outcomes Study Scale (MOS SF-36)
Sickness Impact Profile (SIP)
McMaster Health Index Questionnaire (MHIQ)
Nottingham Health Profile

1986 yılında Avrupa Kanser Tedavi ve Organizasyon Komitesi (EORTC) kanser hastalarının yaşam kalitesini değerlendirme modelini geliştirmek için araştırma programı başlatmıştır. İlk jenerasyon anket formu 1987 yılında EORTC QLQ-C36 olarak geliştirilmiştir. Yapılan çalışmalar neticesinde bazı maddelerin yeterli bilgi sağlamaması ve güvenilirliğin yetersiz olması nedeniyle skalada güçlü bir revizyon gereksinimi ortaya çıkmıştır. İkinci jenerasyon anket formlarının güvenilirliğini, uygulanabilirliğini ve geçerliliğini 13 farklı ülkede (Avustralya, Kanada, İngiltere, Amerika, Kuzey ve Güney Avrupa, Japonya) geniş hasta popülasyonunda denenmiş, EORTC QLQ-C30 anket formu şekillendirilerek farklı dil ve kültürel gruplardaki geçerliliği gösterilmiştir (29).

EORTC QLQ-C30 geniş alanda kullanılabilen kanserli hastalara uygulanabilecek anket programıdır. Beş fonksiyonel skala içerir (fiziksel, uğraş, kavrama, duygusal ve sosyal), üç semptom skalası vardır (yorgunluk, ağrı ve bulantı/kusma), global yaşam skalası, ve 6 ayrı madde içerir (nefes darlığı, uyku sızlık, iştah kaybı, konstipasyon, diyare, ve mali zorluklar) (29,30).

Tüm kanser hastaları için oluşturulmuş genel değerlendirme endeksleri modifiye edilerek baş boyun kanserler' li hastalar için kullanılabileceği gibi, özel olarak geliştirilmiş endeksler de (Tablo 2.3) vardır (21).

Tablo 2.3. Baş-boyun kanserli hastalar için dzenlenmiş yaşam kalitesi değerlendirme endeksleri (21).

University of Washington Quality of Life Head and Neck (UW QOL)
Functional Status in Head and Neck Cancer-Seif Report (FSHaN-SR)
Head and Neck Quality of Life Questionnaire
Head and Neck Cancer Module of the EORTC QLQ-C30
Head and Neck Cancer Module of the FACT Scale
Head and Neck Cancer Performance Status Scale
Head and Neck Radiotherapy Questionnaire
Mayo Clinic Postlaryngectomy Questionnaire
Linear Analogue Self-Assesment (LASA) Scale for Voice Quality
Liverpool University Quality of Life Questionnaire for Head and Neck Cancer

EORTC QLQ-H&N35 (European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Questionnaire module to be used in Quality of Life assessments in Head and Neck Cancer) baş ve boyun kanserli hastaların yaşam kalitesini daha iyi değerlendirebilmek amacıyla EORTC QLQ C-30'a ek anket formu olarak geliştirilmiştir (30). Yedi temel semptom skalası içerir (ağrı, yutma, tad ve koku alma duyusu, konuşma, sosyal ortamda yemek yeme sıkıntısı, sosyal ortamda ilişki kurma sıkıntısı, ve cinsellikte azalma) ve 10 ayrı madde (diş, ağız kuruluğu, ağzı açma, yapışkan tükruk, öksürük, kilo kaybı, kilo alımı, ek besleyici madde alımı, beslenme tüpü kullanımı ve ağrı kesici ilaç kullanımı) içerir. Avrupa ve Amerika'da baş boyun kanserli geniş hasta popülâsyonunda çalışıldıktan sonra geçerlilik kazanmıştır (31).

Doğru bilgilere sahip olabilmek için geniş vaka sayılı prospektif tasarlanmış uzun süreli takipleri ve tedavileri standardize bir şekilde yapılmış ve yaşam kalitesi değerlendirmeleri gerçekçi ve değerlendirilebilir bir formda oluşturulmuş çalışmalara ihtiyaç vardır. Ancak bu sayede bugünkü tedavilerimizi ve bunların hastalarımız ve onların yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini anlayıp, daha sonraki hastalarımızın ihtiyaçlarını daha iyi bir şekilde değerlendirebiliriz.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma 01.06.2003 ile 01.06.2006 tarihleri arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalında yapılmıştır. Materyelimiz biopsi ile kesin larenks kanseri tanısı konulan, cerrahi ya da kemoradyoterapi tedavisi uygulanan, tedavi sonrası dönemde düzenli tümör kontrollere gelen, tedavi sonrası 12. aylarına kadar tümör nüksü bulunmayan ve çalışmayı kabul eden 52 hastadan oluşmaktadır.

Çalışmaya kabul etme kriterlerimiz:

1-Larenks tümörü olması

2-Primer tedavi olarak cerrahi (total, neartotal larenjektomi veya parsiyel larenjektomi) ya da kemoradyoterapi (1.22.43. günlerde tek doz kg/80 mg sisplatin olacak şekilde) uygulanmış olması

3-Tedavi sonrası 12. ayına kadar lokal nüks ve ya uzak metastazı olmaması

Kliniğimizde her hafta düzenli olarak yapılan tümör kontrolü esnasında, rutin muayenesi tamamlanan ve yukarıdaki kriterlere uygun hastalara çalışma hakkında detaylı bilgi verilmiş; hasta bilgilendirme ve onay formu doldurulduktan sonra iki bölümden oluşan EORTC QLQ-C30 Version 3.0 Türkçe (European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire) ve EORTC QLQ-H&N35 Türkçe (European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Questionnaire module to be used in Quality of Life assessments in Head and Neck Cancer) anket formları (EK 1.2) verilerek hastalar tarafından doldurulmuştur. Bu anketler için Belçika Quality of Life Unit EORTC Data Center'a kayıt yaptırıldı (34).

Çalışmamız Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu 29.06.2006 gün ve 26 sayılı kararı ile uygun görülmüştür.

Bu anketler tedavi hemen öncesi, sonrası 1, 2, 3, 6. ve 12.ay'larda olacak şekilde hastalar tarafından dolduruldu.

Hastaların aynı zamanda temel demografik ve klinik bilgileri de değerlendirildi. Bu bilgiler hastaların kendilerinden ve dosyalarından edinildi. Değerlendirilmeye alınan parametreler; hastanın yaşı, cinsiyeti, mesleği, medeni hali, eğitim düzeyi, birlikte yaşadığı aile bireyleri, sigara-alkol kullanımı, tümör yerleşim

yeri, tümör TNM ve evresi, uygulanan tedavi, cerrahi tedavi ise operasyon ismi, konuşma şekli, konuşma kalitesi ve özgeçmişidir.

Hastalar, tedavi yöntemleri açısından iki ana grup ve trakeostomalı olup olmamasına göre de iki grup olacak şekilde değerlendirildi.

1-Ameliyat olmuş:

a-Trakeostomalı Cerrahiler

—Total Larenjektomi (TL)

—Nearthotal Larenjektomi (NTL)

b-Trakeotomisiz hemilarenjektomiler (THL)

2-Kemoradyoterapi (KRT)

Değerlendirmelerin yapıldığı anlarda yani tedavi sonrası (1.2.3.6.12. aylar) ameliyat olmuş total larenjektomi ve neartotal larenjektomili hastalarda kalıcı trakeostoma varken, trakeotomisiz hemilarenjektomili ve kemoradyoterapi tedavisi alan hastaların hiçbirinde trakeostoma yoktu.

Boyun diseksiyonu uygulanmış hastalar, radikal boyun diseksiyonu (RBD) ve fonksiyonel boyun diseksiyonu (FBD) şeklinde sınıflandırıldı.

Çalışmaya dâhil edilen kemoradyoterapi planlanan larenks kanserli hastalar Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne bağlı Prof Dr Servet Bilir Onkoloji Merkezi'nde tedavilerini aldılar. Larenks kanserlerinde uygulanan primer kemoradyoterapi protokolü aşağıdadır.

Supraglottik primer radyoterapi

T1N0-T2N0 tümörlerde primer tümör bölgesine 66-70Gy (2 Gy/gün), elektif olarak boyun lenf nodlarına 6MV x ışını veya kobalt-60 cihazı ile 50 Gy(2Gy/gün) uygulanmaktaydı.

T3-4 (N+) tümörlerde primer tümör bölgesine 70 Gy (2Gy/gün), boyun pozitif lenf nodlarına 64-70 Gy, radyoduyarlaştırıcı olarak radyoterapinin 1,22 ve 43. günlerinde 80mg/m2 sisplatin uygulanmaktaydı. Medulla spinalis 44 Gy sonrasında radyoterapi alanı dışında tutulmaktaydı.

Glottik Primer radyoterapi

T1-T2 N0 tümörlerde sadece primer tümör bölgesine lokal 66-70 Gy (2Gy/gün) uygulanmaktaydı.

T3-4 ve N+ olan vakalara ise, primer tümör bölgesine 70 Gy, boyun elektrik lenf nodlarına 50 Gy (2Gy/gün), tutulmuş lenf nodlarına 64-70Gy (2Gy/gün) doz uygulanmaktaydı (6MV x ışını veya kobalt-60 ile). Medulla spinalis üzeri ve posteriorundaki patolojik lenf nodlarına 9-12 MeV elektron ile doz tamamlaması yapılmaktaydı. Radyoduyarlaştırıcı olarak radyoterapinin 1,22 ve 43. günlerinde 80mg/m² sisplatin uygulanmaktaydı. Medulla spinalis 44 Gy sonrasında radyoterapi alanı dışında tutulmaktaydı.

Yaşam kalitesi ölçekleri

EORTC QLQ-C30 Version 3.0 (European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire) yaşam kalitesi ölçeği larenks kanseri için spesifik bir anket olmayıp kanserli hastalarda tüm dünyada yaygın kullanılan bir yaşam kalitesi anketidir (32).

Bu ölçek Genel Sağlık Durumu Ölçeği (GSS), Fonksiyonel ölçek (FS), Semptom ölçeği (SS) olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Toplam 30 sorudur.

15 sorudan oluşan fonksiyonel ölçekte; fiziksel fonksiyon (1-5), uğraş fonksiyonu (6,7), duygusal fonksiyon (21-24), kavrama fonksiyonu (20,25), sosyal fonksiyon (26,27) soruları ile temsil etmekte olup günlük yaşamını sürdürme fonksiyonları sorgulanmaktadır. (Tablo3.1)

13 sorudan oluşan semptom ölçeğinde; yorgunluk (10,12,18), bulantı ve kusma (14,15), ağrı (9,19), nefes darlığı (8), uykusuzluk (11), iştah kaybı (13), konstipasyon (16), diyare (17), mali zorluklar (28) soruları ile araştırılmakta olup hastanın yaşam kalitesini etkileyen spesifik semptomlar ortaya konulabilmektedir. (Tablo3.1)

Son iki soru (29,30) genel sağlık durum ölçeğini temsil etmekte olup hastanın bir bütün olarak kendi yaşam kalitesini değerlendirmesini gösterir. (Tablo3.1)

Fonksiyonel ve semptom ölçeklerini gösteren 28 soruda, her soru için hiç (1 puan), biraz (2 puan), oldukça (3 puan), çok (4 puan) şeklinde dört seçenek vardır. Genel sağlık ölçeğinde ise çok kötü ve mükemmel arası 1'den 7 puana kadar olan seçenekler vardır.

Fonksiyonel skor, semptom skoru ve genel sağlık durumu skoru řu formüllerle hesaplanmaktadır:

Fonksiyonel skor (FS) hesaplanırken hastanın 15 sorudan aldığı toplam puan, toplam soru sayısına (15) bölünerek Raw skor (RS) hesaplanır. Cevaplara verilen en yüksek puan (4) ve en düşük puan (1) arasındaki fark (3) range değerini verir. Bu değerler ile;

$$FS = \{1 - (RS - 1) / \text{range}\} \times 100 \text{ formülü ile hesaplanır.}$$

Fonksiyonel ölçekte sosyal fonksiyon skoru (SFS) hesaplanırken hastanın 26 ve 27. sorulardan aldığı toplam puan, toplam soru sayısı olan 2'ye bölünerek Raw skor (RS) hesaplanır. Cevaplara verilen en yüksek puan (4) ve en düşük puan (1) arasındaki fark (3) range değerini verir. Bu değerler ile;

$$SFS = \{1 - (RS - 1) / \text{range}\} \times 100 \text{ formülü ile saptanır.}$$

Semptom skoru (SK) hesaplanırken 13 sorudan alınan toplam puan, toplam soru sayısına (13) bölünerek Raw skor (RS) hesaplanır. Cevaplara verilen en yüksek puan (4) ve en düşük puan (1) arasındaki fark (3) range değerini verir. Bu değerler ile;

$$SK = \{(RS - 1) / \text{range}\} \times 100 \text{ formülü ile hesaplanır.}$$

Semptom ölçęinde yorgunluk skoru (FAS) hesaplanırken hastanın 10,12 ve 18. sorulardan aldığı toplam puan, toplam soru sayısına 3'e bölünerek Raw skor (RS) hesaplanır. Cevaplara verilen en yüksek puan (4) ve en düşük puan (1) arasındaki fark (3) range değerini verir. Bu değerler ile;

$$FAS = \{(RS - 1) / \text{range}\} \times 100 \text{ formülü ile hesaplanır.}$$

Genel Sağlık Skoru (GSS) hesaplanırken son iki sorudan alınan toplam puan, toplam soru sayısına (2) bölünerek Raw skor (RS) hesaplanır, bu iki sorudaki en

yüksek puan (7) ve en düşük puan (1) arasındaki fark (6) range değerini verir. Bu değerler ile;

$GSS = \{(RS-1)/range\} \times 100$ formülü ile hesaplanır.

Baş boyun kanser ölçeği; EORTC QLQ-H&N35 (European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Questionnaire module to be used in Quality of Life assessments in Head and Neck Cancer) baş ve boyun kanserli hastaların yaşam kalitesini daha iyi değerlendirebilmek amacıyla EORTC QLQ C-30'a ek anket formu olarak geliştirilmiştir (30,31). Toplam 35 sorudan oluşmaktadır.

On sekiz semptom ölçeği içerir. Bunlar; ağrı (31–34), yutma (35–38), duyuşsal problemler (43,44), konuşma problemleri (46,53,54), sosyal ortamda yemek yeme sıkıntısı (49–52), sosyal ortamda ilişki kurma sıkıntısı (48,55–58), cinsel isteksizlik (59,60), diş (39), ağız açıklığı (40), ağız kuruluğu (41), tükürük yapışkanlığı (42), öksürme (45), kendini hasta hissetme (47), ağrı kesici ilaç kullanımı (61), ek besleyici madde alımı (62), beslenme hortumu kullanımı (63), kilo kaybı (64), kilo alımı (65) soruları ile temsil edilmektedir (Tablo3.2). Avrupa ve Amerika'da baş boyun kanserli geniş hasta popülasyonunda çalışıldıktan sonra geçerlilik kazanmıştır (31).

EORTC QLQ-H&N35 ölçeğinin skorlanması EORTC QLQ-C30 Version 3.0 semptom skorlanmasında anlatılan formül ile yapılmaktadır (33).

Örneğın yutma semptomunun skorlanması (HNSW) hesaplanırken hastanın 35,36,37,38. sorulardan aldığı toplam puan, toplam soru sayısına 4'e bölünerek Raw skor (RS) hesaplanır. Cevaplara verilen en yüksek puan (4) ve en düşük puan (1) arasındaki fark (3) range değerini verir. Bu değerler ile;

$HNSW \text{ Skoru} = \{(RS-1)/range\} \times 100$ formülü ile hesaplanır.

Hastalar tarafından doldurulan her iki anket EORTC QLQ-C30 skorlama kılavuzu kullanılarak fonksiyonel, semptom, genel sağlık skorları belirlendi. Hastaların fonksiyonel skor, semptom skoru ve genel sağlık skorundan alabilecekleri toplam en düşük puan 0, en yüksek puan ise 100'dür. Hastaların fonksiyonel, genel

sağlık skorlarından yüksek puan, semptom skorlarından düşük puan almaları yaşam kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir (33).

İstatistiksel incelemeler

Veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 13.0, MINITAB 14 ve Sigma Stat 6.0 istatistik paket programları kullanılarak analiz edildi. Gruplara göre karşılaştırmalar, zamanlara göre karşılaştırmalar, grup-zaman etkileşimi karşılaştırmaları ve çoklu karşılaştırmalar Tekrarlı Ölçümlerde Tek Yönlü Varyans Analizi (Repeated Measures One Way Analysis of Variance) yöntemi kullanılarak yapıldı. Tek grup için zaman karşılaştırmaları İki Yönlü Varyans Analizi yöntemi ile yapıldı (37).

Tablo3.1: QLQ-C30 version 3.0 ölçeği

	Ölçek	Soru Sayısı	Range	Version 3.0 soru numaraları	Fonksiyonel ölçek
Genel Sağlık Durumu					
Genel Sağlık Durumu	GHS	2	6	29,30	
Fonksiyonel Ölçekler	FS				
Fiziksel fonksiyon	PF	5	3	1,2,3,4,5	F
Uğraş fonksiyonu	RF	2	3	6,7	F
Duygusal fonksiyon	EF	4	3	21,22,23,24	F
Kavrama fonksiyonu	CF	2	3	20,25	F
Sosyal fonksiyon	SF	2	3	26,27	F
Semptom Ölçekleri					
Yorgunluk	FA	3	3	10,12,18	
Bulantı ve kusma	NV	2	3	14,15	
Ağrı	PA	2	3	9,19	
Nefes darlığı	DY	1	3	8	
Uykusuzluk	SL	1	3	11	
İştah kaybı	AP	1	3	13	
Konstipasyon	CO	1	3	16	
Diyare	DI	1	3	17	
Mali zorluklar	FI	1	3	28	

Tablo3.2: Baş Boyun Kanser Ölçeği: QLQ-H&N35

	Skala	Soru sayısı	Range	QLQ-H&N35 soru numaraları
Semptom ölçekleri				
Ağrı	HNPA	4	3	31-34
Yutma problemleri	HNSW	4	3	35-38
Duyusal problemler	HNSE	2	3	43,44
Konuşma problemleri	HNSP	3	3	46,53,54
Sosyal ortamda yemek yeme sıkıntısı	HNSO	4	3	49-52
Sosyal ortamda ilişki kurma sıkıntısı	HNSC	5	3	48,55-58
Cinsel isteksizlik	HNSX	2	3	59,60
Diş problemleri	HNTE	1	3	39
Ağız açma problemi	HNOM	1	3	40
Ağız kuruluğu	HNDR	1	3	41
Tükürük yapışkanlığı	HNSS	1	3	42
Öksürme	HNCO	1	3	45
Kendini hasta hissetme	HNFI	1	3	47
Ağrı kesici ilaç kullanımı	HNPK	1	1	61
Ek besleyici madde alımı	HNNU	1	1	62
Beslenme hortumu kullanımı	HNFE	1	1	63
Kilo kaybı	HNWL	1	1	64
Kilo alımı	HNWG	1	1	65

4. BULGULAR

Larenks kanseri nedeniyle cerrahi ya da kemoradyoterapi tedavisi uygulanan, tedavi sonrası 12. aylarına kadar tümör nüksü bulunmayan 52 hasta değerlendirilmeye alındı. Hastaların yaş ortalaması 58 (dağılımı 41–74) idi. 52 hastanın 51'i erkek (%98,1), 1 tanesi kadın (%1,9)'dı.

Tablo 4.1. Yaş gruplarına göre hastaların dağılımı.

YAŞ GRUPLARI	SAYI (n)
41–50	15
51–60	15
61–70	16
71 ve ↑	6
Toplam	52

Hastaların 49'u (%94,2) evli, 3'ü (%5,8) evli değildi. 34 hasta (%65,4) ilkokul mezunu, 9 hasta (%17,3) ortaokul mezunu, 7 hasta lise (%13,5) mezunu, 2 hasta (%3,8) yüksekokul mezunuydu. Hastaların kırksekizi (%92,3) eş ve çocuklarıyla beraber, dördü (%7,7) eş ve çocukları ve yakın akrabaları ile birlikte yaşamaktaydı. Yalnız yaşayan hasta yoktu.

Hastaların hepsi sigara kullanmakta ve en az 5 yıl (%1,9), en çok 52 (%1,9) yıl, ortalama 32,25 yıl, günde en az 2 (%3,8) adet, en çok 50 (%1,9) adet, ortalama 25,46 adet kullanım saptandı. Hastaların 22'si (%42,3) alkol kullanmazken, 28'i (%53,8) ara-sıra, 2'si (%3,8) her akşam alkol kullanmaktaydı. Alkol kullanım süresi en az 3 (%1,9) yıl, en fazla 30 (%15,4), ortalama 20,3 yıl idi.

Tümör 20 olguda (%38,5) supraglottik, 30 olguda (%57,7) glottik, 2 olguda ise (%3,8) subglottik yerleşimliydi. TNM sınıflamasına göre on iki (%23,07) hasta T1, on dört (%26,92) hasta T2, yirmi bir (%40,38) hasta T3, beş (%9,61) hasta T4, otuz dokuz (%75) hasta N0, on bir (%21,2) hasta N1, iki (%3,8) hasta N2 ve tüm hastalar (%100) M0 idi. on bir (%21,15) hasta Evre I, on bir (%21,15) hasta Evre II,

yirmi üç (%44,23) hasta Evre III, yedi (%13,46) hasta Evre IV olarak saptandı (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. TNM, Evre hasta sayısı tablosu.

T	Sayı (n)	N	Sayı (n)	M	Sayı (n)	Evre	Sayı (n)
T1	12	N0	39	M0	52	Evre1	11
T2	14	N1	11	M1	0	Evre2	11
T3	21	N2	2			Evre3	23
T4	5	N3	0			Evre4	7

Hastaların 38 (%73,1)'ine cerrahi tedavi, 14 (%26,9)'üne kemoradyoterapi uygulanmıştır. Cerrahi tedavi olarak 19 (%36,5) hastaya total larenjektomi (TL), 5 (%9,6) hastaya neartotal larenjektomi (NTL), 14 (%26,9) hastaya da trakeotomisiz hemilarenjektomi uygulanmıştır. Değerlendirme sırasında parsiyel larenjektomi uygulanan hastaların tamamı dekanüle edilmiş, trakeostomaları kapatılmış durumdaydı. Parsiyel larenjektomi teknikleri kordektomi (n=8), supraglottik hemilarenjektomi (n=4), vertikal hemilarenjektomi (n=1), frontolateral hemilarenjektomi (n=1) şeklindeydi (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Uygulanan tedavi hasta sayısı ve yüzdeleri.

Tedavi	Uygulanan cerrahi teknik	Trakeotomisiz Hemilarenjektomi Teknikleri	n	%
Cerrahi	TL		19	36,5
	NTL		5	9,6
	Trakeotomisiz Hemilarenjektomi	Kordektomi	8	15,3
		Supraglottik HL	4	7,6
		Vertikal HL	1	1,9
		Frontolateral HL	1	1,9
Kemoradyoterapi			14	26,9

Larenks cerrahisine ek olarak 17 (%32,69) hastaya tek taraflı radikal boyun diseksiyonu, 2 (%3,84) hastaya da tek taraflı fonksiyonel boyun diseksiyonu uygulandı. Ayrıca hastaların 5'inin özgeçmişinde anlamlı hastalık bulunuyordu. Bunlar; hipertansiyon (n=1), dilate kardiyomyopati (n=1), koroner arter hastalığı (n=1), kronik obstruktif akciğer hastalığı (n=2) idi.

Olguların 8'i (%15,4) Bloom-Singer konuşma protezi ile 7'si (%13,5) elektrolarenks (suni gırtlak cihazı) ile 4'ü (%7,7) özafageal ses ile konuşuyordu. Olguların 25'i (%48,1) iyi, 23'ü (%44,2) orta, 3'ü (%5,8) kötü konuşabiliyordu, bir olgu ile (%1,9) iletişim kurulamıyordu.

Çalışmamızda cerrahi ile kemoradyoterapi, trakeotomisiz hemilarenjektomi ile kemoradyoterapi, radikal cerrahiler (TL+NLT) ile trakeotomisiz hemilarenjektomi grupları kendi aralarında ve zamansal olarak yaşam kalitesi açısından karşılaştırıldı.

Boyun diseksiyonunun yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek için trakeotomisiz hemilarenjektomi+radikal boyun diseksiyonu ile sadece trakeotomisiz hemilarenjektomi uygulanan hastalar kendi aralarında ve zamansal olarak yaşam kalitesi açısından karşılaştırıldı.

Tablo 4.4. Larenks kanseri tedavisi alan tüm olgularda skor değişkenlerin zamana göre karşılaştırılması

Skor Değişkenler	Zaman(P)	Tedavi Öncesi	TS 1.AY	TS 2.AY	TS 3.AY	TS 6.AY	TS 12.AY
QLQ-C30		M	M	M	M	M	M
GHS	<0.001***	51.629	55.232	62.468	73.857	74.549	83.850
FS	<0.001***	73.797	69.917	72.158	80.256	84.320	84.859
PF	<0.001***	71.466	65.313	70.996	76.832	79.837	81.704
RF	0.002**	84.116	78.049	79.887	87.500	91.181	91.792
EF	<0.001***	62.594	61.483	71.403	76.144	82.989	84.305
CF	<0.001***	76.222	76.440	78.602	86.372	89.160	87.970
SF	<0.001***	70.865	67.482	72.368	75.501	82.205	88.409
SS	<0.001***	30.523	35.399	27.020	22.833	17.482	14.011
FA	<0.001***	35.483	42.668	33.959	28.841	22.660	21.219
NV	<0.001***	16.008	21.397	12.375	6.798	5.013	3.477
PA	<0.001***	19.549	27.976	22.963	16.165	7.864	9.962
DY	<0.001***	34.711	32.080	31.328	23.809	16.666	15.037
SL	<0.001***	39.499	34.586	26.315	20.989	14.160	13.283
AP	<0.001***	30.184	36.612	24.811	13.909	7.644	7.519
CO	0.003**	22.667	30.184	26.086	18.859	16.791	14.912
DI	0.215	8.646	11.003	8.192	11.174	5.137	4.260
FI	0.006**	47.556	52.443	48.597	45.849	42.531	36.592
QLQ-H&N35							
HNSA	<0.001***	18.029	20.645	15.179	11.529	9.320	8.818
HNSW	<0.001***	24.060	34.069	21.224	13.580	10.056	11.528
HNSE	<0.001***	14.285	30.671	20.833	23.027	16.792	15.758
HNSP	<0.001***	55.055	58.981	44.444	38.616	31.349	32.477
HNSO	<0.001***	17.685	30.310	21.021	13.816	8.992	12.390
HNSC	<0.001***	24.010	33.459	25.764	20.201	15.965	14.461
HNSX	0.014**	33.145	38.815	36.215	29.981	28.383	27.193
HNTE	<0.001***	32.769	28.947	21.992	16.227	12.969	9.837
HNOM	0.370	8.960	14.724	8.646	10.025	9.148	7.080
HNDR	<0.001***	40.789	46.742	35.212	35.337	32.956	27.004
HNSS	<0.001***	37.531	41.855	29.009	28.382	26.127	19.298
HNSO	<0.001***	61.027	50.376	40.914	36.466	27.130	24.749
HNFI	<0.001***	37.907	45.364	28.758	23.432	14.661	11.716
HNPK	<0.001***	50.940	59.023	50.564	36.278	27.820	27.820
HNNU	0.608	9.211	11.466	5.263	7.519	2.632	8.835
HNFE	0.080	0	11.842	5.263	3.947	0	3.571
HNWL	0.004**	36.654	27.444	23.872	11.466	11.842	15.038
HNWG	<0.001***	28.759	31.391	32.707	38.910	53.571	61.090

M: Ortalama

TS: Tedavi Sonrası

p> 0.05 istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.

p<0.05* istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu.

p<0.01** istatistiksel olarak önemli düzeyde anlamlı bir fark bulundu.

p<0.001*** istatistiksel olarak çok önemli düzeyde anlamlı bir fark bulundu.

Tablo 4.4’de Larenks kanseri tedavisi alan tüm olgular için skor değişkenlerin ortalamalarının istatistiksel karşılaştırmaları ve zamana göre değişimi gösterildi.

QLQ-C30 anketinde diyare (DI) değişkeninin ortalamasının zamana göre değişiminde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$). Bu anketin diğer tüm değişkenlerinde ortalamaların zamana göre değişiminde istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.01^{**}$, $p<0.001^{***}$) (Tablo 4.4).

QLQ-H&N35 anketinde ağız açma (HNOM), ek besleyici madde alımı (HNNU) ve beslenme tüpü kullanımı (HNFE) değişkenlerinde ortalamaların zamana göre değişiminde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$). QLQ-H&N35 anketinin diğer tüm değişkenlerinde ortalamaların zamana göre değişiminde istatistiksel olarak önemli ve çok önemli düzeylerde fark bulundu ($p<0.01^{**}$, $p<0.001^{***}$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Radikal cerrahi (TL+NTL) tedavi alan tüm olgularda skor değişkenlerin zamana göre karşılaştırılması

Skor Değişkenler	Zaman(P)	Tedavi Öncesi	TS 1.AY	TS 2.AY	TS 3.AY	TS 6.AY	TS 12.AY
QLQ-C30		M	M	M	M	M	M
GHS	0.007**	60.764	53.472	57.985	65.625	63.702	76.041
FS	0.026*	73.242	68.703	63.647	74.538	77.315	75.093
PF	0.082	64.167	58.333	66.250	69.652	69.445	71.111
RF	0.216	70.139	70.370	70.833	79.861	80.209	79.167
EF	<0.001***	59.028	53.125	66.435	70.140	78.473	78.819
CF	0.114	77.083	78.472	79.166	81.249	87.501	89.584
SF	0.029*	65.278	63.195	60.417	57.638	68.055	73.612
SS	<0.001***	40.172	37.981	28.660	27.830	26.410	18.376
FA	0.002**	38.887	43.981	32.869	29.627	26.850	31.480
NV	0.016*	20.139	14.583	7.639	6.945	4.861	3.472
PA	<0.001***	22.223	31.944	25.000	18.055	14.584	11.111
DY	0.229	31.944	26.388	27.777	19.444	19.444	19.444
SL	<0.001***	40.555	31.944	20.832	12.499	12.499	16.665
AP	<0.001***	39.235	40.740	27.778	9.721	12.500	11.110
CO	0.011*	28.525	40.624	40.740	30.555	26.387	19.444
DI	0.043*	19.444	12.820	14.236	18.518	9.721	5.555
FI	0.100	47.222	45.834	35.042	51.736	46.389	43.056
QLQ-H&N35							
HNSA	0.032*	18.403	18.403	14.237	10.069	12.500	9.721
HNSW	0.001**	26.388	31.250	23.959	17.014	15.277	13.194
HNSE	<0.001***	20.139	50.695	44.444	46.528	38.889	39.583
HNSP	0.025*	58.796	70.834	57.870	62.500	56.019	52.778
HNSO	0.005***	23.263	31.597	24.305	17.360	17.708	17.013
HNSC	<0.001***	23.056	45.556	40.555	37.223	35.000	35.278
HNSX	0.570	24.305	30.555	30.555	30.555	28.472	25.693
HNTE	0.012*	36.111	31.945	23.611	19.444	22.222	20.833
HNOM	0.488	15.278	19.444	16.667	11.111	12.500	9.722
HNDR	0.625	31.944	34.722	26.388	26.388	31.943	27.777
HNSS	0.071	30.555	37.500	22.221	25.000	27.777	20.833
HNSO	0.004***	51.388	43.054	37.499	36.110	30.555	30.555
HNFI	0.128	40.278	40.278	34.721	30.554	30.555	26.387
HNPK	0.819	45.833	41.667	41.667	37.500	37.500	33.333
HNNU	0.280	25.000	20.833	12.500	12.500	8.333	12.500
HNFE	<0.001***	0.000	29.167	12.500	12.500	0.000	0.000
HNWL	<0.001***	54.167	25.000	33.333	16.667	25.000	16.667
HNWG	0.152	29.167	41.667	45.833	41.667	54.167	58.333

M: Ortalama

TS: Tedavi Sonrası

p> 0.05 istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.

p<0.05* istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu.

p<0.01** istatistiksel olarak önemli düzeyde anlamlı bir fark bulundu.

p<0.001*** istatistiksel olarak çok önemli düzeyde anlamlı bir fark bulundu.

Tablo 4.5’de Radikal cerrahi (TL+NTL) uygulanan tüm olgular için skor değişkenlerin ortalamalarının istatistiksel karşılaştırmaları ve zamana göre değişimi gösterildi.

QLQ-C30 anketinde fiziksel fonksiyon (PF), uğraş fonksiyonu (RF) , kavrama fonksiyonu (CF), nefes darlığı (DY), mali zorluklar (FI) değişkeninin ortalamasının zamana göre değişiminde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$). Bu anketin diğer tüm değişkenlerinde ortalamaların zamana göre değişiminde istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05^*$, $p<0.01^{**}$, $p<0.001^{***}$) (Tablo 4.5).

QLQ-H&N35 anketinde, cinsellikte azalma (HNSX), ağız açma (HNOM), ağız kuruluğu (HNDR), yapışkan tükürük (HNSS), kendini hasta hissetme (HNFI), ağız kesici ilaç kullanımı (HNPK), ek besleyici madde alımı (HNNU), kilo alımı (HNWG) değişkenlerinde ortalamaların zamana göre değişiminde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$). QLQ-H&N35 anketinin diğer tüm değişkenlerinde ortalamaların zamana göre değişiminde istatistiksel olarak önemli ve çok önemli düzeylerde fark bulundu ($p<0.05^*$, $p<0.01^{**}$, $p<0.001^{***}$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Kemoradyoterapi tedavisi alan tüm olgularda skor değişkenlerin zamana göre karşılaştırılması

Skor Değişkenler	Zaman(P)	Tedavi Öncesi	TS 1.AY	TS 2.AY	TS 3.AY	TS 6.AY	TS 12.AY
QLQ-C30		M	M	M	M	M	M
GHS	<0.001***	44.047	54.761	63.094	77.976	80.356	88.094
FS	<0.001***	70.634	67.144	73.650	82.382	87.938	88.255
PF	<0.001***	70.476	62.381	68.571	78.094	84.761	84.286
RF	0.021*	89.286	80.951	82.143	91.667	98.809	97.619
EF	<0.001***	60.714	63.096	73.215	80.358	85.715	85.714
CF	0.044*	72.619	72.618	77.381	88.095	89.285	86.904
SF	<0.001***	70.238	67.859	75.000	82.143	88.095	95.238
SS	<0.001***	29.670	39.926	30.405	22.893	14.101	13.920
FA	<0.001***	39.681	47.619	38.094	32.537	22.221	19.047
NV	<0.001***	16.666	30.952	19.049	8.334	4.762	4.761
PA	0.003**	20.237	30.952	26.190	17.857	4.763	10.714
DY	<0.001***	40.476	40.476	38.094	30.951	16.666	14.285
SL	<0.001***	42.859	42.856	33.332	26.189	14.286	14.286
AP	<0.001***	28.570	40.476	28.570	19.046	4.761	7.143
CO	0.215	23.809	28.570	23.809	16.666	14.286	16.666
DI	0.662	2.381	9.524	4.761	7.143	2.381	2.381
FI	0.003**	54.761	61.904	61.904	47.619	45.238	38.096
QLQ-H&N35							
HNSW	<0.001***	26.190	38.094	19.642	10.714	4.762	10.119
HNSE	0.038*	11.904	21.429	8.334	8.334	5.952	4.761
HNCO	<0.001***	73.809	59.524	47.619	40.476	26.190	21.429
HNFI	<0.001***	38.095	54.763	28.570	21.427	4.761	2.381
HNPK	<0.001***	57.143	78.571	64.286	35.714	21.429	21.429
HNSX	0.098	45.238	49.999	45.237	34.524	35.714	33.334
HNSO	<0.001***	16.071	34.524	21.429	12.501	4.167	12.500
HNSC	<0.001***	27.143	30.951	20.476	12.858	6.667	5.239
HNSP	<0.001***	59.525	57.143	38.889	24.601	18.253	24.603
HNSQ	<0.001***	16.071	34.524	21.429	12.501	4.167	12.500
HNSR	<0.001***	27.143	30.951	20.476	12.858	6.667	5.239
HNSU	0.098	45.238	49.999	45.237	34.524	35.714	33.334
HNSV	<0.001***	35.714	33.333	23.809	16.665	11.904	4.761
HNSW	0.385	4.761	11.904	2.381	9.524	9.524	7.143
HNSX	0.008**	50.000	61.906	47.618	45.236	40.475	28.571
HNSY	0.001**	45.238	54.764	40.474	35.713	28.571	16.666
HNSZ	<0.001***	73.809	59.524	47.619	40.476	26.190	21.429
HNSA	<0.001***	38.095	54.763	28.570	21.427	4.761	2.381
HNSB	<0.001***	57.143	78.571	64.286	35.714	21.429	21.429
HNSC	0.643	0.000	7.143	0.000	7.143	0.000	7.143
HNSD	0.425	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	7.143
HNSE	0.229	28.571	28.571	21.429	7.143	0.000	14.286
HNSF	0.061	28.571	28.571	28.571	35.714	57.143	64.286

M: Ortalama

TS: Tedavi Sonrası

p> 0.05 istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.

p<0.05* istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu.

p<0.01** istatistiksel olarak önemli düzeyde anlamlı bir fark bulundu.

p<0.001*** istatistiksel olarak çok önemli düzeyde anlamlı bir fark bulundu.

Tablo 4.6’de Kemoradyoterapi uygulanan tüm olgular için skor değişkenlerin ortalamalarının istatistiksel karşılaştırmaları ve zamana göre değişimi gösterildi.

QLQ-C30 anketinde konstipasyon (CO), diyare (DI) değişkenleri ortalamasının zamana göre değişiminde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$). Bu anketin diğer tüm değişkenlerinde ortalamaların zamana göre değişiminde istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05^*$, $p<0.01^{**}$, $p<0.001^{***}$) (Tablo 4.6).

QLQ-H&N35 anketinde ağzı açma (HNOM), ek besleyici madde alımı (HNNU), beslenme tüpü kullanımı (HNFE), kilo kaybı (HNWL), kilo alımı (HNWG) değişkenlerinde ortalamaların zamana göre değişiminde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$). QLQ-H&N35 anketinin diğer tüm değişkenlerinde ortalamaların zamana göre değişiminde istatistiksel olarak önemli ve çok önemli düzeylerde fark bulundu ($p<0.05^*$, $p<0.01^{**}$, $p<0.001^{***}$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Trakeotomisiz hemilarenjektomi ameliyatı yapılan olgularda skor değişkenlerin zamana göre karşılaştırılması

Skor Değişkenler	Zaman(P)	Tedavi Öncesi	TS 1.AY	TS 2.AY	TS 3.AY	TS 6.AY	TS 12.AY
QLQ-C30		M	M	M	M	M	M
GHS	<0.001***	56.549	59.524	68.452	76.785	77.381	85.714
FS	0.052	83.334	79.524	82.698	84.286	86.509	92.381
PF	0.538	86.666	85.238	85.714	85.714	84.286	92.857
RF	0.278	94.047	83.333	89.286	89.286	89.286	97.619
EF	0.007**	73.809	71.429	74.999	74.999	83.334	89.881
CF	0.282	84.523	83.333	80.952	90.476	91.666	88.095
SF	<0.001***	82.144	73.809	85.714	88.094	90.476	95.239
SS	0.005**	16.299	18.682	15.019	14.103	11.355	6.776
FA	0.010*	18.254	26.982	24.601	17.460	16.666	9.524
NV	0.180	7.142	7.143	2.381	2.381	5.952	0.000
PA	0.329	13.096	13.096	10.714	8.333	4.762	5.952
DY	0.115	23.809	19.047	19.047	11.904	11.904	9.524
SL	0.015*	28.570	16.666	16.666	21.428	16.666	4.761
AP	0.025*	19.047	19.047	9.523	7.143	7.142	2.381
CO	0.087	9.524	16.666	7.142	4.761	7.142	2.381
DI	0.845	7.143	11.904	7.143	9.524	4.761	7.142
FI	0.216	28.571	38.095	35.714	30.951	28.571	21.427
QLQ-H&N35							
HNSA	0.007**	17.857	14.285	9.524	6.547	6.548	5.357
HNSW	0.081	14.285	27.976	20.832	15.476	15.476	12.499
HNSE	0.261	10.714	21.429	14.286	22.619	8.334	4.763
HNSP	0.011*	36.507	43.650	36.506	35.713	24.601	19.046
HNSO	0.146	12.499	16.666	14.286	11.309	7.144	4.167
HNSC	0.069	17.144	19.525	14.763	10.953	8.571	3.809
HNSX	0.358	15.476	22.618	21.427	16.666	8.333	13.096
HNTE	0.111	19.048	11.904	14.285	9.523	0.000	4.762
HNOM	0.121	9.524	14.285	11.904	9.524	2.381	2.381
HNDR	0.171	30.951	26.190	16.666	23.809	14.286	21.429
HNSS	0.147	28.571	14.285	9.523	14.285	16.666	23.809
HNSO	0.080	42.857	38.094	28.570	26.190	23.809	23.809
HNFI	0.032*	33.334	28.569	19.046	16.665	14.285	11.904
HNPKE	0.936	42.857	35.714	28.571	35.714	28.571	35.714
HNNU	0.859	7.143	7.143	7.143	0.000	0.000	7.143
HNFE	0.148	0.000	14.286	7.143	0.000	0.000	0.000
HNWL	0.720	28.571	28.571	14.286	14.286	21.429	14.286
HNWG	0.159	28.571	21.429	21.429	42.857	42.857	57.143

M: Ortalama

TS: Tedavi Sonrası

p> 0.05 istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.

p<0.05* istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu.

p<0.01** istatistiksel olarak önemli düzeyde anlamlı bir fark bulundu.

p<0.001*** istatistiksel olarak çok önemli düzeyde anlamlı bir fark bulundu.

Tablo 4.7’de Trakeotomisiz hemilarenjektomi ameliyatı yapılan tüm olgular için skor değişkenlerin ortalamalarının istatistiksel karşılaştırmaları ve zamana göre değişimi gösterildi.

QLQ-C30 anketinde genel sağlık durumu (GHS), duygusal fonksiyon (EF), sosyal fonksiyon (SF), semptom ölçekleri (SS), yorgunluk (FA), uykusuzluk (SL), iştah kaybı (AP) değişkenleri ortalamasının zamana göre değişiminde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. ($p<0.05^*$, $p<0.01^{**}$, $p<0.001^{***}$). Bu anketin diğer tüm değişkenlerinde ortalamaların zamana göre değişiminde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.7).

QLQ-H&N35 anketinde ağrı (HNPA), konuşma problemleri (HNSP), kendini hasta hissetme (HNFI) değişkenlerinde ortalamaların zamana göre değişiminde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0.05^*$, $p<0.01^{**}$). QLQ-H&N35 anketinin diğer tüm değişkenlerinde ortalamaların zamana göre değişiminde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Cerrahi ve Kemoradyoterapi grupları için skor değişkenlerinin karşılaştırılması

Skor Değişkenler	Gruplar Arası p	Cerrahi		Kemoradyoterapi	
		Ortalama	SS	Ortalama	SS
QLQ-C30					
GHS	0.660	65.806 ±	2.640	68.055 ±	4.349
FS	0.746	76.768 ±	2.499	78.334 ±	4.116
PF	0.888	73.955 ±	2.955	74.761 ±	4.869
RF	0.094	84.116 ±	2.905	78.049 ±	2.905
EF	0.580	71.504 ±	3.073	74.802 ±	5.062
CF	0.641	76.222 ±	2.736	76.440 ±	2.736
SF	0.349	72.515 ±	3.982	79.762 ±	6.560
SS	0.813	30.523 ±	1.952	35.399 ±	1.952
FA	0.436	28.410 ±	3.164	33.200 ±	5.214
NV	0.053	16.008 ±	2.456	21.397 ±	2.456
PA	0.698	16.374 ±	2.759	18.452 ±	4.546
DY	0.233	34.711 ±	3.074	32.080 ±	3.074
SL	0.159	39.499 ±	3.245	34.586 ±	3.245
AP	0.622	18.798 ±	2.748	21.428 ±	4.527
CO	0.784	22.532 ±	3.026	30.184 ±	3.026
DI	0.162	11.376 ±	2.421	4.762 ±	3.988
FI	0.165	39.602 ±	4.412	51.587 ±	7.269
QLQ-H&N35					
HNPA	0.570	18.029 ±	1.820	20.645 ±	1.820
HNSW	0.747	19.919 ±	2.669	18.253 ±	4.397
HNSE	0.004**	14.285 ±	2.919	30.671 ±	2.919
HNSP	0.096	55.055 ±	3.006	58.981 ±	3.006
HNSO	0.864	17.872 ±	3.035	16.865 ±	5.000
HNSC	0.137	27.398 ±	3.491	17.222 ±	5.751
HNSX	0.084	23.903 ±	4.931	40.674 ±	8.125
HNTE	0.866	19.883 ±	3.499	21.031 ±	5.765
HNOM	0.444	11.988 ±	2.990	7.539 ±	4.926
HNDR	0.030*	27.046 ±	4.305	45.634 ±	7.092
HNSS	0.105	23.830 ±	4.104	36.904 ±	6.762
HNCO	0.276	35.379 ±	4.455	44.841 ±	7.340
HNFI	0.508	28.946 ±	3.074	25.000 ±	5.065
HNPK	0.453	37.719 ±	5.969	46.429 ±	9.834
HNNU	0.205	11.404 ±	3.166	3.571 ±	5.216
HNFE	0.129	7.018 ±	1.957	1.190 ±	3.224
HNWL	0.315	25.439 ±	4.483	16.667 ±	7.386
HNWG	0.907	41.667 ±	5.256	40.476 ±	8.659

p> 0.05 istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.

p<0.05* istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu.

p<0.01** istatistiksel olarak önemli düzeyde anlamlı bir fark bulundu.

p<0.001*** istatistiksel olarak çok önemli düzeyde anlamlı bir fark bulundu.

Tablo 4.8’de cerrahi ve kemoradyoterapi gruplarında skor değişkenleri için gruplar arası istatistiksel karşılaştırılmalar, grup ortalamaları ve grup standart hataları gösterildi.

QLQ-C30 anketinde cerrahi ve kemoradyoterapi gruplarında skor değişkenleri için yapılan karşılaştırmaların hiçbirinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0.05$) (Tablo 4.8).

QLQ-H&N35 anketinde ise duyu problemleri (HNSE) ve ağız kuruluğu (HNDR) skor değişkenlerinde anlamlı bir fark bulundu ($p < 0.01$, $p < 0.05$). Bu değişkenlerin her ikisinde de kemoradyoterapi grubu ortalamasının cerrahi grubu ortalamasından yüksek olduğu görüldü (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Trakeotomisiz Hemilarenjektomi ve Kemoradyoterapi grupları için skor değişkenlerinin karşılaştırılması

Skor Değişkenler	Gruplar Arası p	Trakeotomisiz Hemilarenjektomi		Kemoradyoterapi	
		Ortalama	SS	Ortalama	SS
QLQ-C30					
GHS	0.674	70.734	± 4.456	68.055	± 4.456
FS	0.255	84.789	± 3.924	78.334	± 3.924
PF	0.035*	86.746	± 3.811	74.761	± 3.811
RF	0.948	90.476	± 4.272	90.079	± 4.272
EF	0.658	78.075	± 5.167	74.802	± 5.167
CF	0.367	86.507	± 4.128	81.150	± 4.128
SF	0.407	85.913	± 5.155	79.762	± 5.155
SS	0.011*	13.706	± 2.973	25.153	± 2.973
FA	0.046	18.915	± 4.827	33.200	± 4.827
NV	0.013*	4.166	± 2.638	14.087	± 2.638
PA	0.064	9.325	± 3.334	18.452	± 3.334
DY	0.121	15.872	± 6.294	30.158	± 6.294
SL	0.166	17.460	± 5.707	28.968	± 5.707
AP	0.052	10.714	± 3.713	21.428	± 3.713
CO	0.088	7.936	± 5.063	20.634	± 5.063
DI	0.450	7.936	± 2.928	4.762	± 2.928
FI	0.046*	30.555	± 7.087	51.587	± 7.087
QLQ-H&N35					
HNSA	0.290	10.020	± 3.509	15.377	± 3.509
HNSW	0.933	17.757	± 4.134	18.253	± 4.134
HNSE	0.537	13.691	± 4.041	10.119	± 4.041
HNSP	0.533	32.671	± 5.040	37.169	± 5.040
HNSO	0.326	11.012	± 4.133	16.865	± 4.133
HNSC	0.467	12.461	± 4.566	17.222	± 4.566
HNSX	0.046*	16.269	± 8.232	40.674	± 8.232
HNTE	0.054	9.920	± 3.893	21.031	± 3.893
HNOM	0.893	8.333	± 4.146	7.539	± 4.146
HNDR	0.026*	22.222	± 7.003	45.634	± 7.003
HNSS	0.042*	17.857	± 6.297	36.904	± 6.297
HNCO	0.162	30.555	± 7.016	44.841	± 7.016
HNFI	0.463	20.634	± 4.142	25.000	± 4.142
HNPK	0.365	34.524	± 9.132	46.429	± 9.132
HNNU	0.723	4.762	± 2.346	3.571	± 2.346
HNFE	0.410	3.571	± 2.008	1.190	± 2.008
HNWL	0.668	20.238	± 5.818	16.667	± 5.818
HNWG	0.683	35.714	± 8.155	40.476	± 8.155

p> 0.05 istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.

p<0.05* istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu.

p<0.01** istatistiksel olarak önemli düzeyde anlamlı bir fark bulundu.

p<0.001*** istatistiksel olarak çok önemli düzeyde anlamlı bir fark bulundu.

Tablo 4.9’de trakeotomisiz hemilarenjektomi ve kemoradyoterapi grupları için skor değişkenlerinin ortalaması karşılaştırıldı.

QLQ-C30 anketinde fiziksel fonksiyon (PF), semptom ölçekleri (SS), bulantı ve kusma (NV) ve mali zorluklar (FI) değişkenleri için trakeotomisiz hemilarenjektomi ve kemoradyoterapi grupları için skor değişkenlerinin ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulundu ($p<0.05^*$). fiziksel fonksiyon (PF) değişkeninde trakeotomisiz hemilarenjektomi grubunun ortalaması kemoradyoterapi grubu ortalamasından yüksek bulundu. Semptom ölçekleri (SS), bulantı ve kusma (NV) ve mali zorluklar (FI) değişkenleri için kemoradyoterapi grubunun ortalaması trakeotomisiz hemilarenjektomi grubu ortalamasından yüksek bulundu (Tablo 4.9).

QLQ-H&N35 anketinde cinsellikte azalma (HNSX), ağız kuruluğu (HNDR) ve yapışkan tükürük (HNSS) değişkenleri için trakeotomisiz hemilarenjektomi ve kemoradyoterapi grupları için skor değişkenlerinin ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulundu ($p<0.05^*$). Bu değişkenlerin hepsinde kemoradyoterapi grubunun ortalaması trakeotomisiz hemilarenjektomi grubu ortalamasından yüksek bulundu (Tablo 4.9).

Tablo 4.10. Trakeotomisiz Hemilarenjektomi ve Trakeotomisiz Hemilarenjektomi+Radikal Boyun Diseksiyonu grupları için skor değişkenlerinin karşılaştırılması

Skor Değişkenler	Gruplar Arası p	THL		THL+RBD	
		Ortalama	SS	Ortalama	SS
QLQ-C30					
GHS	0.108	75.555 ±	5.195	58.681 ±	8.215
FS	0.040*	90.704 ±	4.800	70.000 ±	7.590
PF	0.109	90.333 ±	3.873	77.778 ±	6.124
RF	0.055	96.667 ±	5.460	75.000 ±	8.633
EF	0.048*	85.694 ±	6.466	59.028 ±	10.224
CF	0.022*	92.499 ±	4.280	71.527 ±	6.767
SF	0.013*	93.889 ±	5.124	65.972 ±	8.102
SS	0.089	10.342 ±	3.399	22.115 ±	5.375
FA	0.070	13.332 ±	5.250	32.870 ±	8.301
NV	0.103	1.666 ±	2.649	10.416 ±	4.189
PA	0.115	6.111 ±	3.535	17.361 ±	5.589
DY	0.251	12.221 ±	5.661	25.000 ±	8.951
SL	0.662	16.110 ±	5.639	20.832 ±	8.917
AP	0.420	8.888 ±	4.093	15.278 ±	6.472
CO	0.046*	4.444 ±	2.940	16.666 ±	4.648
DI	0.092	4.444 ±	3.572	16.666 ±	5.647
FI	0.289	27.221 ±	5.622	38.889 ±	8.890
QLQ-H&N35					
HNPA	0.638	8.888 ±	4.391	12.848 ±	6.942
HNSW	0.226	14.166 ±	5.268	26.735 ±	8.329
HNSE	0.060	9.722 ±	3.582	23.611 ±	5.663
HNSP	0.426	34.999 ±	5.281	26.850 ±	8.350
HNSO	0.120	6.528 ±	5.005	22.222 ±	7.913
HNSC	0.061	7.334 ±	4.643	25.278 ±	7.341
HNSX	0.028*	10.000 ±	4.685	31.943 ±	7.408
HNTE	0.027*	5.555 ±	3.237	20.833 ±	5.119
HNOM	0.495	6.666 ±	4.431	12.500 ±	7.007
HNDR	0.362	18.333 ±	7.672	31.945 ±	12.131
HNSS	0.155	32.500 ±	6.152	17.499 ±	6.152
HNCO	0.424	27.221 ±	7.538	38.889 ±	11.918
HNFI	0.427	18.332 ±	5.242	26.388 ±	8.289
HNPk	0.039*	23.333 ±	9.020	62.500 ±	14.262
HNNU	0.865	5.000 ±	2.569	4.167 ±	4.061
HNFE	0.259	1.667 ±	3.005	8.333 ±	4.751
HNWL	0.444	16.667 ±	8.437	29.167 ±	13.340
HNWG	0.433	31.667 ±	9.336	45.833 ±	14.761

p> 0.05 istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.

p<0.05* istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu.

p<0.01** istatistiksel olarak önemli düzeyde anlamlı bir fark bulundu.

p<0.001*** istatistiksel olarak çok önemli düzeyde anlamlı bir fark bulundu.

Tablo 4.10'da grupları için trakeotomisiz hemilarenjektomi ve trakeotomisiz hemilarenjektomi+radikal boyun diseksiyonu skor değişkenlerinin ortalaması karşılaştırıldı.

QLQ-C30 anketinde fonksiyonel ölçekler (FS), duygusal fonksiyon (EF), kavrama fonksiyonu (CF), sosyal fonksiyon (SF) ve konstipasyon (CO) değişkenleri için trakeotomisiz hemilarenjektomi ve trakeotomisiz hemilarenjektomi+radikal boyun diseksiyonu gruplarında skor değişkenlerinin ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulundu ($p<0.05^*$). Fonksiyonel ölçekler (FS), duygusal fonksiyon (EF), kavrama fonksiyonu (CF) ve sosyal fonksiyon (SF) değişkenlerinde trakeotomisiz hemilarenjektomi grubunun ortalaması daha yüksek bulundu. Konstipasyon (CO) değişkeninde trakeotomisiz hemilarenjektomi+radikal boyun diseksiyonu grubu ortalaması daha yüksek bulundu (Tablo 4.10).

QLQ-H&N35 anketinde cinsellikte azalma (HNSX), dişler (HNTE) ve ağrı kesici ilaç kullanımı (HNPK) değişkenleri için trakeotomisiz hemilarenjektomi ve trakeotomisiz hemilarenjektomi+radikal boyun diseksiyonu gruplarında skor değişkenlerinin ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulundu ($p<0.05^*$). Bu değişkenler için trakeotomisiz hemilarenjektomi+radikal boyun diseksiyonu grubunun ortalaması daha yüksek bulundu (Tablo 4.10).

Tablo 4.11. Radikal Cerrahiler (TL+NTL) ve Trakeotomisiz Hemilarenjektomi grupları için skor değişkenlerinin karşılaştırılması

Skor Değişkenler	Gruplar Arası	Radikal Cerrahiler (TL+NTL)		Trakeotomisiz hemilarenjektomi (THL)	
QLQ-C30	p	Ortalama	SS	Ortalama	SS
GHS	0.162	62.932 ±	3.321	70.734 ±	4.348
FS	0.021*	72.089 ±	3.195	84.789 ±	4.183
PF	<0.001***	66.493 ±	3.390	86.746 ±	4.439
RF	0.015*	75.096 ±	3.635	90.476 ±	4.760
EF	0.129	67.670 ±	4.070	78.075 ±	5.329
CF	0.503	82.176 ±	3.884	86.508 ±	5.086
SF	0.015*	64.699 ±	5.029	85.913 ±	6.584
SS	0.006**	29.905 ±	3.333	13.706 ±	4.364
FA	0.024*	33.949 ±	3.870	18.915 ±	5.068
NV	0.122	9.606 ±	2.082	4.166 ±	2.726
PA	0.068	20.486 ±	3.597	9.325 ±	4.710
DY	0.288	24.074 ±	4.618	15.872 ±	6.047
SL	0.353	22.499 ±	3.253	17.460 ±	4.259
AP	0.028*	23.514 ±	3.403	10.714 ±	4.455
CO	<0.001***	31.046 ±	3.666	7.936 ±	4.800
DI	0.331	13.382 ±	3.352	7.936 ±	4.388
FI	0.087	44.880 ±	4.939	30.555 ±	6.467
QLQ-H&N35					
HNPA	0.514	13.889 ±	3.567	10.020 ±	4.670
HNSW	0.564	21.180 ±	3.566	17.757 ±	4.670
HNSE	<0.001***	40.046 ±	3.922	13.691 ±	5.136
HNSP	<0.001***	59.799 ±	4.329	32.671 ±	5.668
HNSO	0.110	21.874 ±	4.018	11.012 ±	5.261
HNSC	0.001***	36.111 ±	4.044	12.461 ±	5.295
HNSX	0.175	28.356 ±	5.299	16.269 ±	6.937
HNTE	0.040*	25.694 ±	4.497	9.920 ±	5.887
HNOM	0.369	14.120 ±	3.862	8.333 ±	5.056
HNDR	0.389	29.860 ±	5.318	22.222 ±	6.963
HNSS	0.255	27.314 ±	4.958	17.857 ±	6.492
HNCO	0.408	38.193 ±	5.537	30.555 ±	7.249
HNFI	0.052	33.795 ±	3.977	20.634 ±	5.207
HNPK	0.692	39.583 ±	7.703	34.524 ±	10.085
HNNU	0.157	15.278 ±	4.417	4.762 ±	5.784
HNFE	0.244	9.028 ±	2.796	3.571 ±	3.661
HNWL	0.433	28.472 ±	6.297	20.238 ±	8.244
HNWG	0.397	45.139 ±	6.677	35.714 ±	8.742

p> 0.05 istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.

p<0.05* istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu.

p<0.01** istatistiksel olarak önemli düzeyde anlamlı bir fark bulundu.

p<0.001*** istatistiksel olarak çok önemli düzeyde anlamlı bir fark bulundu.

Tablo 4.11’de radikal cerrahiler (TL+NTL) ve trakeotomisiz hemilarenjektomi grupları için skor değişkenlerinin ortalamaları karşılaştırıldı.

QLQ-C30 anketinde fonksiyonel ölçekler (FS), fiziksel fonksiyon (PF), uğraş fonksiyonu (RF), sosyal fonksiyon (SF), semptom ölçekleri (SS), yorgunluk (FA), iştah kaybı (AP) ve konstipasyon (CO) değişkenleri için radikal cerrahiler (TL+NTL) ve trakeotomisiz hemilarenjektomi gruplarında skor değişkenlerinin ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Fonksiyonel ölçekler (FS), fiziksel fonksiyon (PF) ve uğraş fonksiyonu (RF) değişkenlerinde trakeotomisiz hemilarenjektomi grubunun ortalaması; sosyal fonksiyon (SF), semptom ölçekleri (SS), yorgunluk (FA), iştah kaybı (AP) ve konstipasyon (CO) değişkenlerinde radikal cerrahiler (TL+NTL) grubunun ortalaması daha yüksek bulundu (Tablo 4.11).

QLQ-H&N35 anketinde duyu problemleri (HNSE), konuşma problemleri (HNSP), sosyal ortamda ilişki kurma sıkıntısı (HNSC) ve dişler (HNTE) değişkenlerinin ortalamasının zamana göre değişiminde istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Bu değişkenlerde radikal cerrahiler (TL+NTL) grubunun ortalaması daha yüksek bulundu (Tablo 4.11).

5. TARTIŞMA

Larenks kanserli hastaların planlanan tedaviden önce ve sonraki dönemlerdeki yaşam kaliteleri değerlendirildi. Tedavi yöntemlerine göre gruplara ayrılarak aralarında karşılaştırmalar yapıldı.

Değerlendirmeye alınan hastalarımızın yaş ortalaması bazı literatürlerle benzer olup (28,46), bazılarına göre düşüktü. (47,48,49,57). Son yıllarda kliniğimize genç yaşlarda başvuran hastaların sayısının arttığını göz önünde bulundurduğumuzda, hasta sayısının fazla olduğu çalışmalarda yaş ortalamalarının da yükseleceğini düşündük.

Olgularımızın %1,9'u kadın, %98,1'i erkekti. Portal ve ark. (54) çalışmalarında sonuçlarımıza benzer olarak olgularının %3,2'sini kadın, %96,8'ini erkek olarak saptadı. Ancak çalışmamızdaki kadınların oranı birçok literatürdeki kadın oranından daha düşüktü (28,46,47,48). Kadın oranının düşük olması yöremizde larenks kanserinin kadınlarda daha az görülmesi ve olgu sayımızın azlığı ile açıklanabilir.

Hastaların rahatsızlıkları ile ilgili tedavi öncesi ve sonrası bilgilendirilmelerinde eğitim düzeyi büyük önem taşımaktadır. Olgularımızın %65,4'ü ilkokul mezunu olup, Erdamar ve ark.'nın (28) yaptığı çalışmadaki bulunan eğitim düzeyi sonuçlarına benzerdir. Taş ve ark.'nın (46) çalışmasındaki eğitim düzeyi oranı, bizim çalışmamızdaki eğitim düzeyi oranlarına göre daha düşüktür.

Olgularımızın büyük çoğunluğu evli, eş ve çocuklarıyla birlikte yaşayan hastalardı (28,46). Literatürde evli olup ailesi ile birlikte yaşayanların daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduğu gösterilmiştir (40). Çalışmamızda Taş ve ark. (46) çalışmalarında olduğu gibi cinsiyet, eğitim durumu, medeni hal ve yaşadığı ortam değişkenlerindeki olgu sayısı dağılımı sebebiyle istatistiksel değerlendirme yapılamadığı için evli olup ailesiyle birlikte yaşayanların daha yüksek yaşam kalitesine sahip olup olmadıklarını araştıramadık.

Hastaların tümü sigara kullanmakta ve ortalama 32,2 yıl sigara içme hikâyesi vardı. Olguların %52,7'si alkol kullanmakta ve kullanım süresi ortalama 20,3 yıldır. Güder (58) çalışmasında hastaların biri hariç, hepsinin en az 25 yıl günde bir paket sigara içme hikâyesi ve %40,4'ünde alkol kullanımı saptamıştır. Canbay ve ark. (53)

larenks kanserli hastalarda %83,8 sigara içme oranı saptadı. Portal ve ark.'nın (54) çalışmasında sigara içme oranı %83,9, alkol kullanım oranı ise %61,2'di. Weinstein ve ark. (57) yaptıkları çalışmada hastaların hepsinin ortalama 45 yıl sigara kullandığını belirtti.

Çalışmamızdaki olguların, %57,7'sinde glottik, %38,5'inde supraglottik, %3,8'inde subglottik tümör mevcuttu. Nordgren ve ark. (47) çalışmasında ise %72,09 glottik, %27,9 supraglottik tümör saptamıştır. Finizia ve ark. (50) çalışmasında ise olguların %64,2'sinde glottik, %21,4'ünde supraglottik, %7,1'inde subglottik, %7,1'inde transglottik kanser vardı. Weinstein ve ark. (57) çalışmasında %84 glottik, %16 supraglottik kanser saptadı. Tüm araştırmaların sonuçlarından da görüldüğü gibi en fazla glottik, daha sonra supraglottik, en az sıklıkla da subglottik tümörü saptanmıştır.

Çalışmamızda TNM sınıflamasına göre hastaların tümörleri %23,07'si T1, %26,92'si T2, %40,38'i T3, %9,61'i T4 idi. Taş ve ark. (46) çalışmasında tümörlerin yaklaşık yarısı T1-T2 iken, diğer yarısı T3-T4'tü. Finizia ve ark. (50) çalışmasında ise %17,8'i T1, %35,7'si T2, %32,1'i T3, %14,2'si T4 olduğu saptandı. Weinstein ve ark. (57) çalışmasında ise %6'sı T1, %48'i T2, %23'ü T3, %23'ü T4 olarak bildirildi. Araştırma sonucumuzla diğer araştırmacıların sonuçları arasındaki bazı farklılıklar araştırmaların yapıldığı toplumlardaki sosyoekonomik ve kültürel farklılıklardan kaynaklanmaktadır.

Çalışmamızda hastaların %21,15 Evre I, %21,15 Evre II, %44,23 Evre III, %13,46 Evre IV'tü. List ve ark. (45) çalışmasında larenks kanserli hastaların %38,09 Evre I, %14,28 Evre II, %28,57 Evre III, %19,04 Evre IV idi. Hammerlid ve ark. (49) çalışmasında %47 Evre I, %23 Evre II, %16 Evre III, %14 Evre IV olarak saptandı. Erdamar ve ark. (28) çalışmasında %17 Evre I, %25 Evre II, %35 Evre III, %23 Evre IV'tü. Elde edilen sonuçlar Erdamar ve ark.'nın (28) araştırma sonuçlarına benzemektedir. Aynı sosyoekonomik ve kültürel özellikleri olan toplumda yapıldığı için iki araştırmanın sonuçlarının benzer olacağı beklenen bir sonuçtur.

Larenks kanseri tedavisi uygulanan hastalarımızın tedavi öncesi ile sonrası takip edilen 12. aylarına kadar giderek yaşam kalitelerinde artış olduğu, fakat diyare, ağzı açma problemi, ek besleyici madde alımı, beslenme tüpü kullanımı değişkenlerinin zaman içerisinde değişmediği saptanmıştır. Hammerlid ve ark. (51)

yaptığı çalışmada baş boyun kanserli hastaları üç yıl boyunca takip etmişler ve tedavi sonrası birinci yıllarında tedavi öncesine göre yaşam kalitesinin arttığını belirlemiş, ancak yorgunluk, bulantı, kusma, ağrı gibi şikâyetlerde zaman içerisinde değişme olmadığını saptamıştır.

Yaşam kalitesi ameliyat sonrası belirgin olarak düşmekte ve 3. aydan sonra hastalarda uyum süreci başlamaktadır. Onikinci aydan itibaren yeni yaşam şekillerine uyum sağlayarak, preoperatif yaşam kalitesi düzeylerine yaklaşmaktadır (27,38,51). Çalışmamızda larenks kanserli hastaların yaşam kalitesi, tedavi sonrası ilk ayda düşmekte ve 2. aydan sonra yükselmeye başlayıp 12. aylarda daha da üst düzeye çıkmaktadır. Mercke ve ark.'nın (49) çalışması bulgularımızı desteklemektedir.

Kalıcı stoma gerektiren cerrahi tedavi uygulanan hastalarımızın takip edilen bir yıllık süre sonunda yaşam kalitelerinde artış olduğu saptandı. Fiziksel ve uğraş fonksiyonları, mali zorluklar, cinsellikte azalma, kendini hasta hissetme, ağrı kesici ilaç kullanımı, ağız kuruluğu gibi şikâyetlerin takip edilen süre içerisinde anlamlı olarak değişmediği saptandı. Bu sonuç, larenksin korunmadığı durumlar için beklenen sonuçtu. Ancak konuşma problemlerinde tedavi sonrası ilk aylarda artış olduğu izlense de 6 ve 12. aylarda bu problemlerin azalması memnuniyet vericidir. Çünkü yapılan birçok çalışmada konuşmanın, yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktör olduğu vurgulanmaktadır (28,44,46,48,50).

Kemoradyoterapi verilen hastaların tedavi sonrası ilk aylarında yaşam kalitesi değişkenlerinin birçoğunda olumsuz durum gözlenirken, takip eden aylarda özellikle 2.aydan sonra bu değişkenlerin olumlu duruma dönüştüğü izlendi. Graeff ve ark. (23) radyoterapi alan bir yıl takip edilen larenks kanserli hastalarda; tedavi sonrası yaşam kalitesinde belirgin iyileşme görseler de, 12. ayda yapışkan tükürük, duyu problemleri ve ağız kuruluğu şikâyetlerinde belirgin iyileşme saptamamıştır. Bizim çalışmamızda ise, aksine bu şikâyetlerde 12. ayda iyileşme saptanmıştır. Bu durum kemoradyoterapi yöntemlerinin farklı olması ve radyoterapi uygulamamızın daha iyi olması ile açıklanabilir.

Trakeotomisiz hemilarenjektomi ameliyatı uygulanan hastalarımızın bir yıllık takipleri içerisinde zamanla genel sağlık durumlarının, duygusal, sosyal fonksiyonlarının anlamlı olarak arttığını, ağrı, konuşma problemleri, kendini hasta hissetme şikâyetlerinde ise zamanla anlamlı olarak azalma olduğunu saptadık.

List ve ark. (45) yaptıkları çalışmada hemilarenjektomi ameliyatı uygulananlarda konuşma problemlerinin 6.haftadan, sosyal ortamda yemek yeme sıkıntısı şikâyetinin ise 3. aydan itibaren anlamlı olarak azaldığını saptadılar. Bizim çalışmamızda da sosyal ortamda yemek yeme sıkıntısı ve konuşma problemleri tedavi sonrası ilk ayda artsa da, takip eden aylarda anlamlı olarak azalmıştır.

Çalışmamızda kemoradyoterapi uygulanan grup ile cerrahi tedavi uygulanan grup arasında ilk anketimiz olan EORTC QLQ-C30 genel sağlık, fonksiyonel, semptom skalaları arasında anlamlı fark bulunmadı. Fakat ikinci anketimiz EORTC QLQ-H&N-35'de duyu (koku ve tat) sorunları ve ağız kuruluğu şikâyeti kemoradyoterapi uygulanan grupta anlamlı olarak yüksek bulundu. Graeff ve ark.'nın (23) çalışmasında radyoterapi sonrası birinci yılda yapışkan tükürük, duyu problemleri ve ağız kuruluğu gibi şikayetlerin devam ettiğini bildirilmiştir. Müller ve ark. (48) çalışmasında ise radyoterapi uygulananlarda ağız kuruluğu, yapışkan tükürük ve öksürük gibi şikayetler görüldüğü bildirilmiştir. Finizia ve ark. (50) yaptıkları çalışmada, kurtarma cerrahisi olarak yapılan total larenjektomi ile radyoterapi tedavisi arasında EORTC QLQ-C30 genel sağlık, fonksiyonel, semptom skalaları arasında anlamlı fark bulunmazken, EORTC QLQ-H&N-35 de boğuk ses radyoterapi alan grupta anlamlı olarak yüksek bulmuşlardır. List ve ark. (45) PSS-HN (baş boyun kanserli hastalar için performans durum skalası) ve çok yönlü bir yaşam kalitesi anketi olan FACT-HN kullanarak, total larenjektomi, parsiyel larenjektomi ve radyoterapi uygulanan hastaların yaşam kaliteleri arasında önemli fark bulmamışlardır.

Çalışmamızda parsiyel larenjektomi ile kemoradyoterapi tedavisi alan hastalar yaşam kalitesi yönünden karşılaştırıldığında; fiziksel fonksiyonlar parsiyel larenjektomi yapılanlarda daha iyiydi. Bulantı, kusma, cinsellikte azalma, ağız kuruluğu, tükürük yapışkanlığı ve mali zorluk şikâyetleri ise kemoradyoterapi alanlarda daha fazlaydı. Schneider ve ark. (52) yaptıkları çalışmada CO2-laser cerrahisi ile radyoterapi gören hastaları, yaşam kalitesi yönünden karşılaştırdıklarında; genel sağlık durumlarının her iki tedavide de iyi olduğunu, katı gıdalara karşı yutma zorluğu, ağız kuruluğu ve diş problemlerinin ise radyoterapi ile tedavi edilenlerde daha fazla olduğunu saptamışlardır. Stoeckli ve ark. (27) yaptıkları çalışmada CO2-laser cerrahisi ile radyoterapi uygulamasını yaşam kalitesi yönünden

karşılaştırmışlar ve her iki grupta da genel sağlık durumunun iyi olduğunu bildirmişlerdir. Yine bu çalışmada radyoterapi alan gruptaki hastaların mali zorluk semptom skoru bizim çalışmamıza göre daha az, ağız kuruluğu, katı gıda yutma zorluğu, diş problemleri semptom skorları ise daha fazla bulunmuştur. Bu durum araştırma yapılan ülkelerdeki sosyal ve epidemiyolojik problemlerin farklılığı ile açıklanabilir.

Müller ve ark.'nın (48) çalışmasında radyoterapi uygulanan olgular ile parsiyel larenjektomi uygulanan olgular arasında; bulantı, kusma, nefes darlığı, uykusuzluk, konstipasyon, diyare şikâyetlerinde önemli farklılık bulunmaması çalışmanın tedaviden bir yıl sonra yapılmasına bağlanmıştır. Bizim çalışmamız ise tedavi sonrası ilk bir yıl içerisinde yapıldığı için bulantı, kusma, ağız kuruluğu, tükürük yapışkanlığı gibi radyoterapiye bağlı olan şikâyetlerin bu grupta daha belirgin olması kaçınılmaz bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.

Smith ve ark. (43) erken dönem glottik kanser olgularında radyoterapi ve parsiyel larenjektomi sonrası yaşam kalitesinde önemli bir fark bulamamışlardır. De Santo ve ark. (44) yaptıkları çalışmada, anketlerin uygulanması sırasında, bazı hastaların cerrahın duymak istedikleri cevapları verdiklerini saptamışlardır. Anket güvenilirliğinin azaldığını gösteren bu sonuç, anketlerin multidisipliner olarak yapılmasının daha uygun olacağını ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda boyun diseksiyonunun yaşam kalitesine olan etkisi de araştırılmıştır. Sonuçta; parsiyel larenjektomi ile birlikte radikal boyun diseksiyonu yapılan olgularda, yalnızca parsiyel larenjektomi yapılan olgulara göre, duygusal, sosyal ve kavrama fonksiyonlarında azalma, konstipasyon, cinsellikte azalma, ağrı kesici ilaç kullanımı ve diş problemleri gibi sorunlarda ise artma saptanmıştır. Taş ve ark.'nın (46) araştırmasında da çalışmamızla benzer sonuç alınmıştır. Çalışmamızda boyun diseksiyonu sonrası ağrı kesici ilaç kullanım artışı taradığımız literatürlerle örtüşüyordu. Ayrıca bu çalışmalarda boyun diseksiyonu sonrası yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörlerin ağrı ve omuz disfonksiyonu olduğu bildirilmiştir (25,41,42).

Kalıcı trakeostoma hastalar tarafından istenmeyen bir durum olup, cerrahi tedavi reddinin en başta gelen sebeplerinden biridir. Bizim çalışmamızda da postoperatif kalıcı takeostoma oluşturulan olgularda (total ve neartotal larenjektomili

olgular) yorgunluk, konstipasyon, iştah kaybı, duyu (koku ve tat), konuşma, dış problemleri ve sosyal ortamda ilişki kurma sıkıntısı artmış olarak bulundu. Kalıcı trakeostoması olmayan konservatif parsiyel larenjektomili olgularda ise fiziksel ve sosyal fonksiyonlar ile uğraş fonksiyonlarının daha fazla olduğu saptanmıştır. Erdamar ve ark. (28) Washington Üniversitesi Yaşam Kalitesi Sorgulaması ile near-total larenjektominin diğer parsiyel larenjektomilere göre yalnızca dış görünüş değerlendirilmesinde anlamlı fark yarattığını saptamışlardır. Braz ve ark. (55) da total ve vertikal parsiyel larenjektomi uygulanan hastaları yaşam kalitesi yönünden karşılaştırmışlar ve her iki grup arasında, genel sağlık durumu açısından fark bulamadıklarını, sosyal fonksiyonların vertikal parsiyel larenjektomili grupta daha iyi olduğunu, total larenjektomi uygulananlarda ise yorgunluk, sosyal ortamda yemek yeme sıkıntısı, mali zorluklar, duyu problemleri gibi sorunların daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Sewnaik ve ark. (56) radyoterapi başarısızlığı nedeniyle parsiyel ve total larenjektomi uygulanan olguları yaşam kalitesi yönünden karşılaştırmışlar ve sonuçta sadece duyu problemlerinin (koku ve tat alma bozuklukları) total larenjektomi yapılanlarda anlamlı olarak farklı bulduklarını ve bu problemin hastanın yediği yemekten zevk alamamasına neden olarak yaşam kalitesini düşürdüğünü vurgulamışlardır.

Suprakrikoid parsiyel larenjektomi konservatif tekniklerin en uç noktasını oluşturmaktadır. Gregory ve ark. (57) SF-36 ve Michigan Head and Neck Quality of Life anketi kullanarak bu cerrahi teknik uygulanan olgular ile total larenjektomi uygulanan olguları karşılaştırmışlardır. Araştırma sonucunda genel sağlık durumu, mental, fiziksel, sosyal, duygusal fonksiyonların suprakrikoid parsiyel larenjektomi yapılanlarda anlamlı olarak iyi bulunduğu, ağrı ve yemek yeme sıkıntısı gibi problemlerin ise total larenjektomililerde anlamlı olarak fazla saptandığı bildirilmiştir. Müller ve ark.'ları da (48) çalışmalarında total larenjektomili hastalardaki yaşam kalitesinin konservatif teknik uygulanmış olgulara göre daha kötü olduğunu vurgulamışlardır. Ayrıca bu çalışmada araştırmamıza paralel olarak uğraş ve sosyal fonksiyonlarda azalma ile sosyal ortamda ilişki kurma sıkıntısında artma bulunmuş olup, farklı olarak cinsellikte azalma, mali zorluklarda da artış saptanmıştır. Tanı sırasında tümörün evresi uygulanacak tedavi şeklinin kararlaştırılmasında en önemli faktördür. Hammerlid ve ark. (49) ileri evreli tümörü

olan olgularda tedavi sonrası yaşam kalitelerinin daha kötü etkilendiğini saptamışlardır. Bu nedenle aynı evreli olgulara uygulanan tedavi yöntemlerinin karşılaştırıldığı yaşam kalitesi araştırmalarının bizlere daha objektif bilgiler vereceği kanısındayız.

Müller ve ark. (48) çalışmalarında ses etkinliğinin önemli bir kişisel özellik ve yaşam kalitesini etkileyen temel faktörlerden biri olmasına rağmen, EORTC QLQ-H&N35 anketinin bu etkiyi tanımlamakta yetersiz kaldığını bildirmişlerdir. Fakat çalışmamızda larenksin korunmadığı olgularda konuşma problemleri, sosyal ortamda ilişki kurma sıkıntısı artmış bulunduğu için, söz konusu anketin bu etkiyi tanımlamakta yetersiz kalmadığı kanısındayız.

6. SONUÇLAR

Uygulanan tedavi yöntemleri primer hastalığı ortadan kaldırırken meydana gelen yan etkiler ve fonksiyon kayıplarının hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bir gerçektir.

Hasta ve yakınlarına tedavi öncesi hastalık hakkında detaylı bilgi aktararak tedavi sonrası meydana gelebilecek yan etki ve fonksiyon kayıplarının yaşam kalitelerinde meydana getireceği değişiklikler konusunda bilgi verilmelidir.

Fonksiyonel cerrahi uygulanan hastaların yaşam kalitelerinin daha iyi olması sebebiyle onkolojik prensiplerin izin verdiği ölçüde fonksiyonel cerrahi tercih edilmelidir.

Hastaların tedavi sonrası yeni yaşam koşullarına uyum sağlamaları zaman içinde artmaktadır. Bu dönemde yapılacak adaptasyon grup tedavileri daha iyi ve erken sonuçların alınmasına büyük oranda katkıda bulunacaktır.

Dünyada yaşayan her insanın yaşam biçimi, kültürü, sosyoekonomik yapısı aynı olmadığı için aynı yaşam koşullarında yaşayan insanların yaşam kalitelerinin değerlendirildiği çalışmalar bize en doğru sonucu verecektir.

Aynı evrelerde olup, farklı tedavi uygulanan büyük hasta serileri ile yapılacak çok merkezli ve uzun süreli benzer araştırmalar sonucunda hastaların yaşam kalitesinin iyileştirilmesi yönünde çok daha fazla ilerlemeler kaydedileceği kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Kaya S. Larenks Hastalıkları. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi; Ocak 2002.s.539–716
2. Özlügedik S, Ünal A. Baş boyun kanserlerinde epidemiyoloji ve risk faktörleri. Kulak Burun Boğaz Baş Boyun Cerrahisi'nde Güncel Yaklaşım. 2005 Eylül.1.(3):51–56
3. Özüdoğru E, Kaya E. Larenks Kanseri. Galenos Aylık Tıp Dergisi. 2006;111(9):38–44
4. Demireller A. Larenks kanserleri in Koç C (eds) Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş-Boyun Cerrahisi Güneş Kitapevi Ankara 2004 s.1183–1187
5. Hoffmann D, Hecht SS, Ornaf RM, Wynder EL, Tso TC. Chemical studies on tobacco smoke. XLII. Nitrosonornicotine: presence in tobacco, formation and carcinogenicity. IARC Sci Publ. 1976;(14):307–20.
6. Kahn HA. The Dorn study of smoking and mortality among U.S. veterans: report on eight and one-half years of observation. Natl Cancer Inst Monogr. 1966 Jan;19,1–125.
7. Yazıcıoğlu E. Larenksin malign neoplazmları İç: Çelik O, editör. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş-Boyun Cerrahisi. İstanbul: Turgut Yayıncılık;2002.s.659–666
8. Toprak M. Larenks ve larengofarenksin tümörleri. İç: Şenocak D, çeviri editör. Otorinolaringoloji Baş ve Boyun Cerrahisi. 15.baskı. Çapa İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri;2000.s.585–651
9. Cingi E. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları. 3. Baskı. Eskişehir Etam A.Ş Matbaa Tesisleri. 1995.s.580–591
10. Hızalan İ, Özuysal S, Onart S, Çoşkun H, Özkan L, Altundağ M K. Larenks kanserleri. İç: Engin K, Erişen L, editör. Baş-Boyun Kanserleri Nobel Tıp Kitabevleri İstanbul 2003 s.343–435

11. akır N. Otolaringoloji Baş ve Boyun Cerrahisi 2. Baskı 1999 Nobel Tıp Kitabevleri. s.371–381
12. Cingi C, Altın F. Larenksin malign lezyonları. İ: Cingi C, eviri editör. Current Otolaringoloji-Baş ve Boyun Cerrahisi Tanı ve Tedavi Güneş Kitapevi Ankara, İstanbul 2005 s.455–475
13. Başerer N. Larenks malign neoplazmlarında tedavi. İ: elik O, editör. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş-Boyun Cerrahisi Turgut Yayıncılık İstanbul 2002 s.667–683
14. Hoffman HT, Buatti J. Larenks kanserinde endoskopik tedavi konusunda güncelleme Current Opinion in Otolaryngology and Head and Neck Surgery 2004;525–531
15. Cakli H, Ozudogru E, Cingi E, Kecik C, Gurbuz K. Near total laryngectomy: the problems influencing functions and their solutions, European Archives of Oto-Rhino-Laryngology 2005 Feb;262(2):99–102
16. Aksoy S, Tekin . Ses bozuklukları ve rehabilitasyonu. İ: Ko C, editör. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş-Boyun Cerrahisi. Gneş Kitapevi. Ankara 2004 s.1289–1302
17. Erişen L, Yerci , Yalnkaya U, Koer N, Albayram S, Engin K, Aran M, z F. Baş-boyun kanserlerinde boyuna yaklaşım. İ: Engin K, Erişen L, editör. Baş Boyun Kanseri Nobel Tıp Kitabevleri İstanbul 2003 s.437–502
18. Alberti PW. The historical development of laryngectomy. II The evolution of laryngology and laryngectomy in the mid-nineteenth century. Laryngoscope, 85: 288,1975
19. Pearson BW, Woods RD, Hartmann DE. Extended hemilaryngectomy for T3 glottic carcinoma with preservation of speech and swallowing. Laryngoscope 1980; 90,1950–61
20. Ateşci F , Oğuzhanoğlu N K, Baltalarlı B, Karadağ F, zdel O, Karagöz N. Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi 2003;14(2):145–152

21. Uzal C, Çaloğlu M. Baş-Boyun kanserlerinde yaşam kalitesi. İ: Engin K, Erişen L, editör. Baş-Boyun Kanseri Nobel Tıp Kitabevleri İstanbul 2003 s.835–844
22. Fidaner H, Elbi H, Fidaner C, Eser S Y, Eser E, Göker E. Yaşam Kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL–100 ve WHOQOL-BREF. 3P Dergisi 1999; 7 p:5–13
23. Alexander de Graeff, Rob J. de Leeuw, Wynand J. G. Ros, Gert-Jan Hordijk, Jan J. Battermann, Geert H. Blijham, Jacques A. M. Winnubst. A prospective study on quality of life of laryngeal cancer patients treated with radiotherapy. Head Neck. 1999 Jul;21(4):291–6
24. Hassan SJ, Weymuller EA Jr. Assessment of quality of life in head and neck cancer patients. Head Neck 1993; 15:485–96
25. Kuntz AL, Weymuller EA Jr. Impact of neck dissection on quality of life. Laryngoscope 1999; 109:1334–8
26. Long SA, D'Antonio LL, Robinson EB, Zimmerman G, Petti G, Chonkich G. Factors related to quality of life and functional status in 50 patients with head and neck cancer. Laryngoscope. 1996 Sep;106(9 Pt 1):1084–8.
27. Stoeckli SJ, Guidicelli M, Schneider A, Huber A, Schmid S. Quality of life after treatment for early laryngeal carcinoma. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2001 Feb;258(2):96–9
28. Erdamar B, Süoğlu Y, Kıyak E, Sunay T, Katırcıoğlu S, Güven M, Akdağ K. Cerrahi tedavi uygulanan larenks kanserli hastaların uzun dönemde yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. Kulak Burun Boğaz İhtisas Dergisi 2001;8(3):219–225
29. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-Life Instrument for use in International Clinical Trials in Oncology. J Natl Cancer Inst 1993; 85: 365–376
30. Bjordal K, Ahlner EM, Tolleson et al. Development of a European Organization for research and Treatment of Cancer (EORTC) questionnaire module to be used in quality of life assessments in head and neck cancer. Acta Oncol 1994; 33: 879–885

31. Bjordal K, Hammerlid E, Ahlner EM et al. Quality of life in head and neck patients: validation of the EORTC H&N35. *J Clin Oncol* 1999; 17: 1008–1019
32. Bjordal K, de Graeff A, Fayers PM, Hammerlid E, van Pottelsberghe C, Curran D, Ahlner-Elmqvist M, Maher EJ, Meyza JW, Bredart A, Soderholm AL, Arraras JJ, Feine JS, Abendstein H, Morton RP, Pignon T, Huguenin P, Bottomly A, Kaasa S. A 12 country field study of the EORTC QLQ-C30 (version 3,0) and the head and neck cancer specific module (EORTC QLQ-H&N35) in head and neck patients. EORTC Quality of Life Group. *Eur J Cancer*. 2000 Sep;36(14):1796–807.
33. Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, et al. EORTC scoring manual. 3rd ed. Brussels: EORTC Quality of Life Group; 2001, 86 pp
34. QL Coordinator Quality of Life Unit, EORTC Data Center, Avenue E Mounier 83 - B11, 1200 Brussels, BELGIUM Email: abo@eortc.be
35. Cohen JT. Bach KK. Postma GN. Koufman JA. Clinical manifestations of laryngopharyngeal reflux. *Ear, Nose & Throat Journal*, 2002 Sept; 81. p:19-23.
36. Öktem F, Toprak M, Ada M, Öztürk Ö: Larinks kanseri etyolojisinde laringofaringeal reflünün yeri. *Türk Otolarengoloji Arşivi* 2000;38(1):28–32
37. Özdamar K, Paket Programlarla İle İstatistiksel Veri Analizi, 5.Baskı, Kaan Kitabevi, 2004, s.413
38. Hammerlid E, Bjordal K, Ahlner-Elmqvist M, Boysen M, Evensen JF, Biorklund A, Jannert M, Kaasa S, Sullivan M, Westin T. A prospective study of quality of life in head and neck cancer patients. Part I: at diagnosis. *Laryngoscope*. 2001 Apr;111(4 Pt 1):669–80.
39. Bjordal K, Ahlner-Elmqvist M, Hammerlid E, Boysen M, Evensen JF, Biorklund A, Jannert M, Westin T, Kaasa S. A prospective study of quality of life in head and neck cancer patients. Part II: Longitudinal data. *Laryngoscope*. 2001 Aug;111(8):1440–52.
40. Long SA, D'Antonio LL, Robinson EB, Zimmerman G, Petti G, Chonkich G. Factors related to quality of life and functional status in 50 patients with head and neck cancer. *Laryngoscope*. 1996 Sep;106(9 Pt 1):1084–8

41. Çalış A.B, Seven H, Çelik M, Diler Y, Turgut S. Boyun diseksiyonu sonrasında spinal aksesuar sinir fonksiyonlarının elektromiyografi ile incelenmesi Turk Arch Otolaryngol 2002; 40(3): 201–207
42. Terrell JE, Welsh DE, Bradford CR, Chepeha DB, Esclamado RM, Hogikyan ND, Wolf GT. Pain, quality of life, and spinal accessory nerve status after neck dissection. Laryngoscope. 2000 Apr;110(4):620–6.
43. Smith JC, Johnson JT, Cognetti DM, Landsittel DP, Gooding WE, Cano ER, Myers EN. Quality of life, functional outcome, and costs of early glottic cancer. Laryngoscope. 2003 Jan;113(1):68–76.
44. DeSanto LW, Olsen KD, Perry WC, Rohe DE, Keith RL. Quality of life after surgical treatment of cancer of the larynx. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1995 Oct;104(10 Pt 1):763–9
45. List MA, Ritter-Sterr CA, Baker TM, Colangelo LA, Matz G, Pauloski BR, Logemann JA. Longitudinal assessment of quality of life in laryngeal cancer patients. Head Neck. 1996 Jan-Feb;18(1):1–10.
46. Tas A, Yagiz R, Karasalioglu AR, Korten M, Adali MK, Uzun C. Assessment of quality of life in patients with laryngeal cancer after surgical treatment Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg. 2004;12(3–4):84–90
47. Nordgren M, Abendstein H, Jannert M, Boysen M, Ahlner-Elmqvist M, Silander E, Bjordal K, Hammerlid E. Health-related quality of life five years after diagnosis of laryngeal carcinoma. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2003 Aug 1;56(5):1333–43.
48. Muller R, Paneff J, Kollner V, Koch R. Quality of life of patients with laryngeal carcinoma: a post-treatment study. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2001 Aug;258(6):276–80
49. Hammerlid E, Mercke C, Sullivan M, Westin T. A prospective quality of life study of patients with laryngeal carcinoma by tumor stage and different radiation therapy schedules. Laryngoscope. 1998 May;108(5):747–59.
50. Finizia C, Hammerlid E, Westin T, Lindstrom J. Quality of life and voice in patients with laryngeal carcinoma: a posttreatment comparison of laryngectomy (salvage surgery) versus radiotherapy. Laryngoscope. 1998 Oct;108(10):1566–73

51. Hammerlid E, Silander E, Hornestam L, Sullivan M. Health-related quality of life three years after diagnosis of head and neck cancer-a longitudinal study. *Head Neck*. 2001 Feb;23(2):113–25.
52. Schneider A, Guidicelli M, Stockli SJ. Quality of life after treatment of laryngeal carcinoma: surgery versus radiotherapy. *Schweiz Med Wochenschr Suppl*. 2000;116:31S-34S. German.
53. Canbay E, Ertemur M, Kunt T, Çelik K, Canbay E İ. Larinks kanserli hastalarda glutatyon peroksidaz aktivitesi ve lipid peroksidasyon düzeylerindeki değişiklikler. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2002. 24 (4):175 – 178
54. Molina Ruiz del Portal JM, Fernandez-Crehuet Serrano MJ, Caballero Villarraso J, Gutierrez Bedmar M, Gomez Gracia E, Fernandez-Crehuet Navajas J. Quality of life in patients treated for early laryngeal cancer, in healthy people and in those with other associated pathologies *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2004 Oct;55(8):381–6
55. Braz DS, Ribas MM, Dedivitis RA, Nishimoto IN, Barros AP. Quality of life and depression in patients undergoing total and partial laryngectomy. *Clinics*. 2005 Apr;60(2):135–42. Epub 2005 Apr 26.
56. Sewnaik A, Van Den Brink JL, Wieringa MH, Meeuwis CA, Kerrebijn JD. Surgery for recurrent laryngeal carcinoma after radiotherapy: partial laryngectomy or total laryngectomy for a better quality of life? *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2005 Jan;132(1):95–8.
57. Weinstein GS, El-Sawy MM, Ruiz C, Dooley P, Chalian A, El-Sayed MM, Goldberg A. Laryngeal preservation with supracricoid partial laryngectomy results in improved quality of life when compared with total laryngectomy. *Laryngoscope*. 2001 Feb;111(2):191–9.
58. Güder F. Larenks kanseri nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. *Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi*. İstanbul Eğitim Hastanesi, İstanbul,2001.

EKLER

EK 1. EORTC QLQ-C30 (version 3.0) Türkçe Anket Formu

TURKISH



EORTC QLQ-C30 (version 3.0)

Siz ve sağlığımız hakkında bazı Őeylerle ilgileniyoruz. Lŭtfen soruların tamamını size uygun gelen rakamı daire içine alarak yanıtlayınız. Soruların “doğru” veya “yanlıŐ” yanıtları yoktur. Verdiğiniz yanıtlar kesinlikle gizli kalacaktır.

Lŭtfen ad ve soyadınızın baŐharflerini yazınız:

□ □ □ □ □

Doğum gŭnŭntŭz (Gŭn, Ay, Yıl):

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

Buđŭnkŭ tarih (Gŭn, Ay, Yıl):

31 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

	Hiç	Biraz	Oldukça	ok
1. Ağır bir alıŐveriŐ torbası veya valiz taŐımak gibi zorlu hareketler yaparken gŭlŭk eker misiniz?	1	2	3	4
2. Uzun bir yŭrŭyŭŐ yaparken herhangi bir zorluk eker misiniz?	1	2	3	4
3. Evin dışında kısa bir yŭrŭyŭŐ yaparken zorlanmıŐınız mı?	1	2	3	4
4. Gŭnŭn bŭyŭk bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyaınız oluyor mu?	1	2	3	4
5. Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tuvaleti kullanırken yardıma ihtiyaınız oluyor mu?	1	2	3	4

Geçtiğimiz hafta zarfında:

	Hiç	Biraz	Oldukça	ok
6. İŐinizi veya gŭnlŭk aktivitelerinizi yapmaktan sizi alkoyan herhangi bir engel var mıydı?	1	2	3	4
7. BoŐ zaman aktivitelerinizi sŭrdŭrmekten veya hobilerinizle uđraŐmaktan sizi alkoyan bir engel var mıydı?	1	2	3	4
8. Nefes darlığı çektiniz mi?	1	2	3	4
9. Ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
10. Dinlenme ihtiyaınız oldu mu?	1	2	3	4
11. Uyumakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
12. Kendinizi gŭstŭz hissettiniz mi?	1	2	3	4
13. İŐtahınız azaldı mı?	1	2	3	4
14. Bulantınız oldu mu?	1	2	3	4
15. Kustunuz mu?	1	2	3	4

Lŭtfen arka sayfaya geçiniz

EK 1. EORTC QLQ-C30 (version 3.0) Türkçe Anket Formu Devamı

TURKISH

Geçtiğimiz hafta zarfında:		Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
16.	Kabız oldunuz mu?	1	2	3	4
17.	İshal oldunuz mu?	1	2	3	4
18.	Yorulduunuz mu?	1	2	3	4
19.	Ağrılarınız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?	1	2	3	4
20.	Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleri yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
21.	Gerginlik hissettiniz mi?	1	2	3	4
22.	Endişelendiniz mi?	1	2	3	4
23.	Kendinizi kızgın hissettiniz mi?	1	2	3	4
24.	Bunalıma girdiniz mi?	1	2	3	4
25.	Bazı şeyleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
26.	Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>aile</u> yaşantınıza engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
27.	Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>sosyal</u> aktivitelerinize engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
28.	Fiziksel durumunuz veya tedaviniz maddi zorluğa düşmenize yol açtı mı?	1	2	3	4

Aşağıdaki sorular için 1 ile 7 arasındaki size en uygun rakamı daire içine alınız

29.	Geçen haftaki <u>sağlığınıza</u> genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?	1	2	3	4	5	6	7
		Çok kötü						Mükemmel
30.	Geçen haftaki <u>hayat kalitenizi</u> genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?	1	2	3	4	5	6	7
		Çok kötü						Mükemmel

EK 2. EORTC QLQ-H&N35 Türkçe Anket Formu



EORTC QLQ - H&N35

Hastalar bazen aşağıdaki belirtilerin ya da problemlerin olduğunu bildirirler. Lütfen geçtiğimiz hafta zarfında belirti ya da problemleri ne ölçüde yaşadığınızı belirtin. Size uyan en iyi cevabın numarasını daire içine alarak cevaplayınız.

Geçtiğimiz hafta zarfında:	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
31. Ağzınızın içerisinde ağrı hissettiniz mi?	1	2	3	4
32. Çenenizde ağrı hissettiniz mi?	1	2	3	4
33. Ağzınızın içerisinde tahriş oldu mu?	1	2	3	4
34. Boğazınız ağrıdı mı?	1	2	3	4
35. Sıvıları yutmakta güçlük çektiğiniz oldu mu?	1	2	3	4
36. Yumuşak gıdaları yiyecekleri yutmakta güçlük çektiğiniz oldu mu?	1	2	3	4
37. Katı yiyecekleri yutmakta güçlük çektiğiniz oldu mu?	1	2	3	4
38. Bir şeyi yutarken boğazınıza kaçtığı oldu mu?	1	2	3	4
39. Dişlerinizle ilgili bir sorunuz oldu mu?	1	2	3	4
40. Ağzınızı geniş bir şekilde açmakta sorunlar yaşadınız mı?	1	2	3	4
41. Ağzınızda kuruma oldu mu?	1	2	3	4
42. Tükürttüğünüz, yapış yapış oldu mu?	1	2	3	4
43. Koku alma duyunuzda bir sorun oldu mu?	1	2	3	4
44. Tat alma duyunuzda bir sorun oldu mu?	1	2	3	4
45. Hiç öksürdünüz mü?	1	2	3	4
46. Hiç sesiniz kısıldı mı?	1	2	3	4
47. Kendinizi hasta hissettiniz mi?	1	2	3	4
48. Dış görünümünüz sizi rahatsız etti mi?	1	2	3	4

Lütfen bir sonraki sayfaya geçiniz

EK 2. EORTC QLQ-H&N35 Türkçe Anket Formu Devamı

Geçtiğimiz hafta zarfında:	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
49. Yemekte güçlük çektiniz mi?	1	2	3	4
50. Ailenizin önünde yemekte güçlük çektiniz mi?	1	2	3	4
51. Başka kimselerin önünde yemekte güçlük çektiniz mi?	1	2	3	4
52. Yemeğinizi beğenmekte güçlük çektiniz mi?	1	2	3	4
53. Diğer kimselerle konuşmakta güçlük çektiniz mi?	1	2	3	4
54. Telefonda konuşmakta güçlük çektiniz mi?	1	2	3	4
55. Ailenizle sosyal ilişkiler kurmakta güçlük çektiniz mi?	1	2	3	4
56. Arkadaşlarınızla sosyal ilişkiler kurmakta güçlük çektiniz mi?	1	2	3	4
57. Sokağa çıkıp insanların arasına karışmakta güçlük çektiniz mi?	1	2	3	4
58. Ailenize veya arkadaşlarınıza direk temasta güçlük çektiniz mi?	1	2	3	4
59. Cinsel ilişkiye ilginiz azaldı mı?	1	2	3	4
60. Cinsel ilişkiden aldığınız zevk azaldı mı?	1	2	3	4

Geçtiğimiz hafta zarfında:	Hayır	Evet
61. Ağrı kesici ilaç kullandınız mı?	1	2
62. Herhangi bir ek besleyici madde/hap aldınız mı (vitaminler haricinde)?	1	2
63. Besleme hortumu kullandınız mı?	1	2
64. Kilo verdiniz mi?	1	2
65. Kilo aldınız mı?	1	2

