

Neoplasmul celor trei etaje laringiene – opțiuni chirurgicale

Laryngeal neoplasm extended to three regions – surgical options

Dr. Alina Lavinia Antoaneta OANCEA, Prof. Dr. C.R. POPESCU

Clinica ORL, Spitalul Clinic Colțea, București

REZUMAT

Autorii prezintă cazul unui pacient cu tumoră intrinsecă de hemilaringe extinsă la trei etaje, cu hipomobilitate a laringelui tumoral, pentru care indicația de laringectomie totală reprezintă opțiunea clasică. Pe baza argumentelor anatomice, a imaginilor CT și a examenului endoscopic, am schimbat tipul de intervenție chirurgicală în hemilaringectomie.

Cuvinte cheie: laringe, hemilaringectomie, spațiu paraglotic

ABSTRACT

The authors present the case of a patient with intrinsic hemilarynx tumour extended to three floors, with hypomobility of the affected hemilarynx for which total laryngectomy indication option is classic, but based on anatomical arguments, CT images and endoscopic examinations, we changed the type of surgery in hemilaryngectomy.

Key words: larynx, hemilaryngectomy, paraglottic space

INTRODUCERE

Acest caz aduce în discuție hemilaringectomia ca indicație de tratament chirurgical al tumorilor intrinseci de laringe extinse la 3 etaje în raport cu laringectomia totală – opțiunea clasică de până acum.

PREZENTARE DE CAZ

Prezentăm cazul unui pacient de sex masculin, în vârstă de 58 de ani, din mediul urban, fumător (20-30 de țigarete/zi, timp de 40 de ani), consumator ocazional de alcool, care se

prezintă la Camera de Gardă ORL a Spitalului Clinic Colțea pentru disfonie apărută în urmă cu aproximativ 4 săptămâni, cu evoluție progresivă și disfagie percepută ca o ușoară jenă la deglutiție.

La prezentare, examenul clinic ORL evidențiază la laringoscopia indirectă o formațiune tumorală vegetantă situată la nivelul benzii ventriculare drepte care obstrucționează vizibilitatea spațiului subiacent.

Se decide internarea în clinică pentru completarea examinării clinico-paraclinice în vederea stabilirii diagnosticului și a prelevării biopsiei de la nivelul formațiunii tumorale.

Adresă de corespondență:

Dr. Alina Lavinia Antoaneta Oancea, Spitalul Clinic Colțea, Bdul I.C. Brătianu nr. 1, Sector 1, București
e-mail: dr.alina.oancea@gmail.com

Sub anestezie generală se practică laringoscopie suspendată, care evidențiază formațiune tumorală infiltrativ-vegetantă la nivelul hemilaringelui drept care prinde banda ventriculară, ventriculul și coarda vocală până la nivelul feței inferioare, fără prinderea aritenoidului. Se prelevează biopsie de la nivelul formațiunii tumorale.

Pacientul revine la control ORL peste trei săptămâni, rezultatul histopatologic fiind carcinom epidermoid spinocelular keratinizant invaziv.

Pacientul se reinternează în clinică în vederea completării investigațiilor, stabilirii invaziei tumorale și a intervenției chirurgicale.

Examenul clinic ORL este în limite normale, cu excepția laringoscopiei indirecte, care evidențiază formațiunea tumorală vegetantă la nivelul hemilaringelui drept, până în comisura posterioară, cu hipomobilitate a corzii vocale. Palpatoriu nu se decelează noduli cervicali.

Probele de laborator au fost în limite normale. Radioscopia cord-pulmon nu a arătat modificări. Tranzitul baritat faringo-esofagian: hemilaringe drept cu arie de proiecție ușor mărită. Valecule și sinusuri piriforme relativ simetrice. Gura esofagului liberă. Esofag toracic fără leziuni parietale vizibile în timpul examinării.

La fibroscopia laringiană s-a observat o formațiune tumorală ulcero-vegetantă la nivelul benzii ventriculare, a ventriculului și a corzii vocale drepte, fără prinderea aritenoidului de partea dreaptă. Se observă ușoară reducere a mobilității corzii vocale drepte (Fig. 1).



FIGURA 1. Imagine din timpul endoscopiei laringiene: formațiune tumorală hemilaringe drept, care cuprinde banda ventriculară, ventriculul și coarda vocală

Panendoscopiile nu decelează elemente patologice suplimentare. Ecografia cervicală nu decelează formațiuni tumorale la acest nivel.

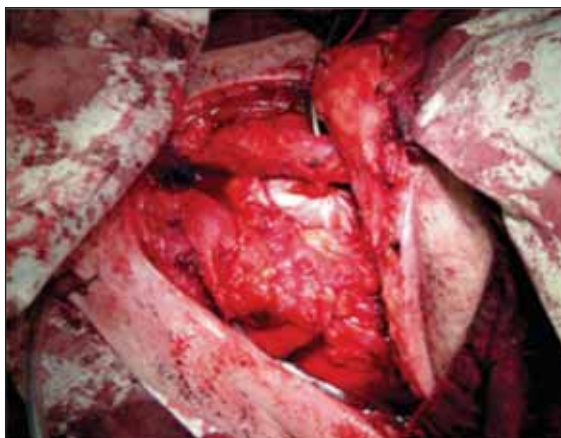
Pacientul efectuează computer tomografie cervicală care confirmă diagnosticul de formațiune tumorală hemilaringe drept extins la trei

etaje (banda ventriculară, ventriculul și coarda vocală), prinzând spațiul paraglotic; aritenoidul indemn.

Pe baza analizei datelor clinice, biologice, imagistice, endoscopice și histopatologice am realizat bilanțul extensiei tumorale și stadializarea leziunii – T3, respectiv No pentru nodulii limfatici regionali.

Pacientul este informat în legătură cu posibilitățile terapeutice și în urma acestei discuții își dă acordul prin semnarea consimțământului informat pentru realizarea hemilaringectomiei, cu posibilitatea de conversie intraoperatorie în laringectomie totală.

Se practică traheotomie transistemică sub anestezie locală, apoi, sub anestezie generală prin intubație endotraheală se practică hemilaringectomie dreaptă cu conservarea nervului laringeu superior și a aritenoidului, acesta din urmă fiind indemn. În locul hemilaringelui ablat a fost introdus un tampon hemostatic în deget de mână, dublu ancorat pe tampoane, pre-laringian și la nivelul fosei nazale. Intervenția a fost completată cu limfadenectomie funcțională bilaterală (Fig. 2, 3).



FIGURILE 2, 3. Hemilaringectomie – aspecte din timpul intervenției chirurgicale

Piesa operatorie și nodulii limfatici excizați au fost trimise la examenul histopatologic pentru reconfirmarea diagnosticului, aprecierea exactă a marginilor de siguranță și evaluarea nodulilor limfatici.

Evoluția postoperatorie a fost favorabilă, fără complicații.

Tamponul endolaringian a fost suprimat la opt zile postoperator, firele de sutură s-au scos în ziua a zecea postoperator. Pacientul și-a reluat alimentația orală la 2 săptămâni postoperator.

Decanularea s-a realizat la sfârșitul radioterapiei, canula păstrându-se de siguranță pe perioada iradierii.

La șase săptămâni pacientul a început radio-terapia.

Rezultatul HP a reconfirmat diagnosticul inițial, marginile de exereză au fost negative, iar nodulii limfatici ablați au fost negativi.

În prezent pacientul are 5 ani de la intervenția chirurgicală și duce o viață perfect integrată. La controalele ORL postoperatorii periodice nu s-a evidențiat recidivă locală sau regională. Pacientul vorbește și se alimentează per os.

DISCUȚII

Întrucât oncologia spațiului paraglotic schimbă concepția clasică a celor trei etaje glotice ale laringelui și face discutabile ghidurile clasice asupra chirurgiei oncologice laringiene, facem o scurtă descriere a acestuia.

Spațiul paraglotic a fost descris în urma unor studii, folosind radioizotopi și imunofluorescență. Rezultatul imediat al acestor studii sunt corelații clasice între diferitele localizări ale procesului neoplazic și extinderea acestuia. În mod normal acest spațiu conține țesut gras, vase sanguine și limfatice. (1-3).

Anatomic, spațiul paraglotic este delimitat anterior de ligamentul tiroepiglotic, lateral de lama cartilajului tiroid, postero-lateral de sinusul piriform, postero-median de repliul ariepiglotic, medial de banda ventriculară și ventriculul Mor-

gagni, superior este în raport cu spațiul preepiglotic, iar inferior conul elastic reprezintă o barieră precară, procesul neoplazic putându-se extinde nestânjenit. (2-4).

Teoretic, raportul cu spațiul preepiglotic, superior, este reprezentat de o membrană fibroelastică, constituită din fibre colagene și un procent mic de fibre elastice, rezistentă la extinderea neoplazică. (5,6)

Sunt autori care consideră cele două spații – preepiglotic și paraglotic – constituind un singur spațiu periepiglotic, aparent denumire neconcordantă datelor anatomice concrete. Acesta nu este accesibil examenului laringoscopic clasic și/sau endoscopic. Examinarea acestui spațiu este numai imagistică, accesibilă eventual unor radiologi specializați în laringe (ORL). Numai CT sau RMN aduc indicii asupra extinderii tumorale printr-o eventuală invazie a acestor spații, cu repercusiuni majore asupra chirurgiei laringelui privind decizia unei intervenții chirurgicale totale sau parțiale. Fiind atât de redus, spațiul paraglotic este greu de pus în evidență prin tomografică la un individ normal. Imaginea celor două spații paraglotice trebuie studiată comparativ. Disparația sa în raport cu imaginea controlaterală reprezintă un semn de invazie. Alte semne de invazie sunt date de deplasarea medială a aritenoidului, lărgirea posterioară a spațiului dintre articulația cricoaritenoidiană și porțiunea posterioară a aripii tiroidiene, condensarea cricoidiană și/sau tiroidiană, ca și deplasarea cartilajului tiroid (7).

CONCLUZII

În concluzie, putem spune că invazia spațiului paraglotic în cazul tumorilor intrinseci de laringe extinse la 3 etaje s-a dovedit că poate fi rezolvată prin hemilaringectomie, nu neapărat prin laringectomie totală – opțiunea clasică de până acum. Tipul de hemilaringectomie practicat nu are semnificație oncologică, acesta urmând a fi ales în funcție de experiența chirurgului.

BIBLIOGRAFIE

1. **Beitler J., Mahadevia P., Silver D., Wadler S., Rubin J., Bello J., Mitnick R., Virkam B.** New barriers to ventricular invasion in paraglottic laryngeal cancer. *Cancer*, nr. 73: 2468-2652, 1994
2. **Rouvière H., Delmas A.** Anatomie humaine. Descriptive, topographique et fonctionelle. Tome 1. Tête et cou. Appareil respiratoire. Larynx. Ed. Masson, Paris, 1997, pag. 478-500
3. **Bacalbașa A.** Cancerul laringian, Ed. Didactică și Pedagogică, București, 2004
4. **Kirchner J.A., Cornog J.L., Holmes R.E.** Transglottic cancer. *Arch. Otolaryngol.*, 99:247-251, 1977
5. **Mittal B., Marks J., Ogura J.** Transglottic carcinoma. *Cancer*, 53:151-163, 1984
6. **Popescu C.R.** Tratamentul complex al cancerului de laringe, Editura SAS, București, 1994, pag. 13-168
7. **Castelijns J.A. et al.** Invasion of laryngeal cartilage by cancer: comparison of CT and MRI imaging. *Radiology* 1998; 167:199-206