

TUMORET MALINJE TE LARINGUT

Pergatiti Valbona Gjuzi

HYRJE

Kanceri i laringut është më i shpeshti ne tumoret e regjionit koke-qafe, ze 40% të tyre. Ai përbën rreth 2-5% të tumoreve malinje të diagnostikuar në botë gjatë një viti. Në dekadat e fundit është vënë re një rritje e shpeshtësisë së tij në vendet e industrializuara ku kjo shifer arrin 6-8%.(1) Vendi me incidencën më të lartë është Tajlanda me 18-19 raste për 100000 banorë për shkak të përdorimit të një lloji të rrezikshëm duhani. Në Shqipëri incidenca është rreth 3 raste për 100000 banorë.

Shpeshtësinë më të madhe e ka në dekadat 5,6,7 të jetës me kulmin e vet në meshkujt e moshës 55-65 vjet. Aktualisht meshkujt janë rreth 10 herë më të prekur se femrat por në vitet e fundit është vënë re një rritje e numrit te pacienteve femra e lidhur kjo me rritjen e konsumimit të duhanit prej tyre. Vetëm karcinoma postkrikoide takohet më shpesh tek femrat. Në adoleshente dhe fëmijë takohet rrallë dhe ka prirje të jetë papilario - limfocitik jokeratinizues. Në rreth 95% të rasteve është karcinome skuamocelulare e keratinizuar ose jo. Rrallë mund të takohen forma të tjera si: adenokarcinoma , karcinosarkoma , kondrosarkoma, karcinoma neuroendokrine etj.(2,3)

Kanceri i laringut është një sëmundje e rëndë vdekjeprurëse e lidhur kjo me stadet e avancuara në të cilat diagnostikohet ndërkohë që po të diagnostikohet dhe trajtohet herët mbijetesa shkon 70-90%. Trajtimi i tij ka ndryshuar gjatë viteve të fundit, në fillim të shekullit të kaluar ishte kryesisht kirurgjikal, aplikohet laringektomia totale ose parciale, ndërsa në fillim të viteve '90 futja e kemioterapisë dhe radioterapisë bëri që t'i kushtohej më shumë rëndësi ruajtjes së funksioneve të laringut pa dëmtuar shkallën e mbijetesës. Kohët e fundit teknikat e reja kirurgjikale endoskopike dhe përdorimi i lazerit po sjellin një frymë të re në trajtimin e tumoreve malinje të laringut.

ETIOLOGJIA DHE FAKTORET E RISKUT

1)Duhani

Prej kohësh duhani është përcaktuar si faktori kryesor në zhvillimin e kancerit të laringut. Vetë nikotina nuk është karcinogenike por disa hidrokarbure policiklike të gjetur në

tymin e duhanit janë karcinogene të fuqishëm. Vetëm 1% e rasteve me kancer laringu kanë qene jo duhanpires, ndërsa kanceri i kordave vokale është gjetur ekskluzivisht tek përdoruesit e duhanit. Rreziku për zhvillimin e kancerit të laringut lidhet me: moshën e fillimit të duhanpirjes; kohëzgjatjen e saj; sasinë mesatare të konsumuar në ditë. Me lënien e duhanit bie rreziku për zhvillimin e kancerit të laringut pasi është parë që ndryshimet displazike të epitelit të laringut janë të rikthyeshme. (4)

2)Alkooli

Ka veprim sinergjik me duhanin pasi, shërben si tretës për karcinogenet e duhanit duke lehtësuar dhe intensifikuar përthithjen e tyre dhe crregullon metabolizmin e vitaminave dhe faktorëve të tjerë mbrojtës ndaj kancerit. Përdorimi i tij tek fumatorët e rrit rrezikun për zhvillimin e kancerit 25-50 herë. Tek përdoruesit e alkoolit takohen më tepër format supraglotike të kancerit.(5)

3)Predispozicioni gjenetik

Ky është një faktor që po mbështetet gjithnjë e më shumë nga studimet molekulare gjenetike. Ai shpjegon se pse disa individë që pijnë më shumë duhan nuk preken nga kanceri dhe preken të tjerë që e konsumojnë më pak atë. Është vërtetuar që pacientet me kancer të laringut kanë nivel më të lartë të arilhidrokarbonhidroxilazës e cila është një enzimë që kthen prokarcinogjenet e duhanit në karcinogene.(7)

4) Infeksionet virale

Është gjetur një nivel i lartë shoqërimi i Infeksionit nga herpes simplex virus me kancerin e laringut. Pacientët me këtë infeksion kanë nivel të rritur në serum të antigenit karcinoembrionik dhe një deprimim të imunitetit qelizor gjë që favorizon zhvillimin e kancerit. Human papiloma virus, vepron si promotor në karcinogjeneze. Veçanërisht forma verrukoze e karcinomës së laringut është e lidhur me prezencën e HPV 16 (kjo formë është më pak e ndikuar nga përdorimi i duhanit).(8)

5) Refluksi gastroezofageal

Gjatë refluksit një pjesë e likidit të regurgituar aspirohet në laring, në pjesën posteriore të tij në incizurën interaritenoide. Kjo gradualisht çon në zhvillimin e një laringiti kronik posterior acid që shoqërohet me hiperplazi dhe displazi të epitelit të kësaj zone. Nëqoftëse këto fenomene ndodhin në një person fumator egziston mundësia për një transformim malinj të zonës.(6)

6) Sindromi Plummer – Vinson (displazia sideropenike me gastrit atrofik, aklorhidri dhe glosit)

Është vënë re një nivel i lartëshoqërimi i këtij sindromi me karcinomën postkrikoide. Shumica e pacientëve janë gra të moshuara. Mekanizmi egzak i përmes të cilit zhvillohet karcinoma nuk njihet por mendohet se luajnë një rol elementar të shumtë si: deficiencat e hekurit, deficiencat vitaminike; faktorë gjenetike; faktorë të lidhur me ushqyerjen etj. Mbi 30% të personave me këtë sindromë preken nga kanceri i laringut. (10)

7) Rrezatimi jonizues

Roli i tij njihet që prej viteve 30 kur u vu re një incidencë e rritur e kancerit të laringut në punëoret e ekspozuar ndaj burimeve radioaktive. Gjithashtu është vënë re që pacientet të trajtuar me radioterapi për probleme të ndryshme pas 15-20 vitesh janë prekur nga një kancer i regjionit kokë qafë. Por gjithsesi është e vështirë të provohet lidhja midis tyre pasi këta pacientë kanë pasur edhe faktorë të tjerë riskante plus dhe rrezikun e popullatës së përgjithshme për të zhvilluar kancer të këtij regjioni. (10)

8) Faktorë të ambientit dhe të punës

Ekspozimi ndaj tymrave të benzines dhe naftës; ekspozimi ndaj azbestit; ndaj bojërave të ndryshme; punonjësit e metaleve dhe produkteve plastike. (3)

9) Kushte të caktuara anatomike

Laringocelat (dilatime cistike të ventrikulit laryngeal) hasen në 2% e popullatës së përgjithshme, ndërsa gjenden në 18% të personave me kancer të laringut. Kjo bën që të merren në konsideratë si një faktor i mundshëm etiologjik kur ato paraprijnë kancerin (jo kur janë sekondarë si pasojë e obstruksionit të ventrikulit nga kanceri)

-Sulkus vocalis është një thellim në buzën e lirë të kordave vokale që shoqërohet me një incidencë më të rritur të kancerit të laringut. (10)

10) Të tjera

Persona me imunodeficiencë, infeksionet kronike, çrregullimet e ushqyerjes (deficiencat në vitaminat A, B, B-karotene, ushqyerja me produkte shtazore, mish i konservuar, mungesa e fruta perimeve në dietë etj)

ANATOMIA PATOLOGJIKE

Rreth 95% e tumoreve malinje të laringut janë karcinoma skuamocelulare që e marrin origjinën nga epiteli sipërfaqësor. Zona hiperkeratoze, displazie, dhe karcinoma in situ mund të gjenden në afërsi të lezionit primar tumoral. Tumori ndërtohet nga grupe

qelizash atipike në formë shiritash, ishujsh, apo vileshtë të zhytura në elementin stromal. Qelizat paraqesin diferencim skuamocelular i cili përfshin; keratinizimin e qelizave, formimin e “perlave të keratines”, formimin e urave lidhëse midis qelizave.

Është e rëndësishme të kuptohen disa terma që përdoren për të përcaktuar ndryshime të epitelit të kordave vokale që paraprijnë zhvillimin e kancerit:

- Hiperplazia është thjesht një trashje e shtresës epiteliale për shkak të shtimit të numrit të qelizave dhe shihet zakonisht në zonat që irritohehen dhe traumatizohen.
- Metaplazia është një ndryshim histologjik i indit nga një formë beninje në një tjetër.
- Displazia është një gjendje premalinje dhe nënkupton ndryshime në maturimin e qelizave nga shtresa bazale deri në shtresën e jashtme të epitelit skuamocelular. Ajo diferencohet në tre shkallë:
 - a) E thjeshtë; klinikisht është një lezion beninj
 - b) E mesme; që duhet marrë në konsideratë si një lezion premalinj
 - c) E rëndë; e cila për shumë patologje konsiderohet si sinonim i karcinoma in situ.⁴¹
- Hiperkeratoza është një rritje e shtresës së keratinizuar të epitelit skuamocelular (shtresa epiteliale e kordave vokale normalisht nuk është e keratinizuar). Ajo paraqitet si një lezion i bardhë mbi kordat vokale që karakterizohet nga një trashje e shtresës epiteliale dhe keratinizim anormal të shtresave sipërfaqësore. Termi “leukoplakia” përdoret për të përshkruar këtë gjendje, ajo mund të jetë një lezion solitar ose multifokal. (11)
- Eritroplakia përfaqëson një lezion me ngjyrë të kuqe të kordave vokale. Shumica e këtyre lezioneve paraqiten të ngritura dhe të çrregullta me rritje të vaskularizimit me vaza të zmadhuara të përdredhura me formën e gërmës “U”. Këto leziona kanë një risk më të madh malinjizimi se ato të bardha, sidomos është biopsia ajo që vë diagnozën përfundimtare. Kohët e fundit endoskopia me ngjyrosje ka bërë të mundur diferencimin e lezioneve beninje nga ato malinje pa nevojën e biopsisë.
- Karcinoma in situ është lezioni që kufizohet në shtresën epiteliale, membrana bazale është e paprekur, kur infiltron ajo kemi të bëjmë me karcinomë invazive.

Njohja dhe diagnostikimi i hershëm i këtyre lezioneve ka rëndësi klinike pasi është parë që 3% e rasteve me hiperkeratoze; 7% e displazisë së lehtë; 18% e displazisë së mesme dhe 24% e asaj të rëndë kanë progreduar në karcinomë invazive. (11)

Variantet histopatologjike të karcinomes skuamocelulare

1. *Karcinoma verrukoze* - përbën 1-4% të tumoreve malinje të laringut. Makroskopikisht paraqitet si një masë ekzofite keratotike me kufij të qartë. Metastaza limfonodulare nuk jep. Duhet marrë biopsi multiple dhe duhet ndjekur sjellja klinike e saj para se të përcaktohet si lezion malinj. Histologjikisht është shumë e mirëdiferencuar, invadon stromën me kufij të qartë, ka shumë pak mitoza. Në diagnozë diferenciale duhet të kihet parasysh: karcinoma skuamocelulare verrukiforme, verruka vulgaris, hiperplazia verrukoze.(12)

2. *Karcinoma skuamocelulare bazale* - makroskopikisht janë masa të mëdha me sjellje agresive që takohen më shpesh në hipofaring. Histologjikisht ndërtohet nga grupe të vogla qelizash bazofile që marrin ngjyrim të thellë me blu për shkak të raportit të rritur nukleo/plazmatik. Duhet pasur parasysh diagnoza diferenciale me karcinomën adenoide cistike. Disa autorë mendojnë se ky nëntip ka prognozë më të varfër se nëntipet e tjerë. (13)

3. *Karcinoma spinocelulare* – makroskopikisht paraqitet si lezion polipoid, në 1/3 e rasteve mund të manifestojë ulceracione dhe rritje endofite. Zakonisht shoqërohet me një karcinomë tjetër invazive ose in situ që mund të mos diagnostikohet. Pas radioterapisë pjesa me qeliza spinoze mund të shkojë drejt diferencimit osteokartilaginoz. Keto tumore janë radiorezistente dhe kirurgjia është mënyra kryesore e trajtimit të tyre.(14)

Forma tumorale joskuamocelulare

1. *Karcinoma Adenoide Cistike*

Ky është një tumor i rrallë i laringut, takohet më shpesh në regjionin subglotik në vendin e bashkimit të laringut me trakenë. Manifestohen herët me dispne, kanë prirje të theksuar për infiltrime perineurale gjë që manifestohet me dhimbje. Japin metastaza pulmonare dhe kockore që në stadet e hershme, ndërsa prekja e limfonodulave cervikale ndodh më rrallë ndaj nuk indikohet diseksioni profilaktik i qafës. Rezultatet e trajtimit janë të pakta, me një mbijetesë mesatare 1-3 vjet.(15)

2. *Karcinoma Neuroendokrine.*

Dallohen tre forma të ndryshme me klinikë dhe trajtim të vecantë, kështu që diagnoza e saktë histologjike është e domosdoshme:

- a. Karcinoidi tipik - kjo është një formë jashtëzakonisht e rrallë dhe takohet vetëm në meshkuj. Histologjikisht ndërtohet nga ishuj, grumbuj dhe rjeshta qelizash pa atipi nukleare, pa mitoza të shprehura dhe nekroza. Trajtimi kirurgjikal është zakonisht kurues.

- b. Karcinoidi atipik - është më i shpeshtë se sa forma tipike. Në dallim nga forma tipike këtu qelizat paraqesin një formë mesatare të atipisë mitoza të herëpashërëshme dhe nekroze celulare. Mikroskopikisht kjo formë ngjan shumë me karcinomën modulare të tiroides. Ngjyroset pozitivisht për kalcitonim. Është më agresive sesa forma tipike me përhapje lokoregjionale dhe metastaza në distancë. Kirurgjia e shoqëruar me radio dhe kemioterapi është trajtimi i zgjedhur duke siguruar një shkallë mbijetese rreth 60 %.
- c. Karcinoma me qeliza të vogla - është shumë e rrallë dhe histologjikisht është identike me tumorin pulmonar me qeliza të vogla. Ka prognozë të varfër, kirurgjia është jo efektive dhe trajtimi i vetëm është kombinimi i radioterapisë me kemioterapi.(16)

3. *Kondrosarkoma*

Është më e shpeshta ndër sarkomat që zhvillohen në laring, karakterizohet nga një rritje e ngadaltë submukozale dhe zakonisht e merr origjinën nga kartilagoja krikoidë. Marrja e biopsisë është e vështirë për shkak të lokalizimit dhe konsistencës së tumorit. Kirurgjia është trajtimi bazë, limfonodulat preken rrallë.(17)

KLASIFIKIMI ANATOMIK DHE PERHAPJA E KANCERIT TE LARINGUT

Përhapja e kancerit të laringut ndjek një model të parashikueshëm. Ajo ndikohet nga faktorë të tillë si: prezenca e barrierave anatomike (perikondriumi dhe kartilagoja) ; densiteti i enëve të gjakut dhe enëve limfatike. Pjesa supraglotike ka origjinë embriologjike të ndryshme nga regjioni glotik, ndaj edhe drenimin limfatik ta kenë të ndarë dhe të ndryshëm.(18)

1) Tumoret supraglotike

Vendosen në regjionin që kufizohet sipër nga buza e lirë e epiglotit; poshtë nga kordat vokale të rreme dhe ventrikuli laringeal; lateralisht nga plikat ariepiglotike. Janë tumore me tendencë për t'u përhapur lokalisht. Pjesa më e madhe e marrin origjinën në epiglotis dhe prej aty përhapen në plikat ariepiglotike, kordat vokale të rreme dhe ventrikul.

Ka prirje të theksuar të tumoreve supraglotike për t'u përhapur me rrugë limfatike lidhur kjo me rrjetin e pasur limfatik në submukozën supraglotike.

Tumoret e vendosur në plikat ariepiglotike quhen "tumore marginale", dhe konsiderohen si të ndryshëm nga tumoret supraglotike, kanë një prirje më të madhe për metastaza në distancë se ata. Biologjikisht sillen si tumore të sinusit piriform. (19, 20)

2) Tumoret glotike

Janë ato tumore që përfshijnë kordat vokale të vërteta, kufiri i poshtëm i këtij regjioni është 10 mm poshtë buzës së lirë të kordave vokale, kufiri i përparëm është komisura anteriore ndërsa si kufi i pasëm merren proceset vokale të kartilagove aritenoide. E veçanta e kordave vokale është që kanë një rrjet limfatik shumë të varfër çka bën që tumoret e vendosura në to të mos përhapen me rrugë limfatike deri në momentin që të shtrihen përtej kordave vokale në një zonë më të pasur me enë limfatike. Kështu që rruga kryesore e përhapjes së këtyre tumoreve është infiltrimi lokal. Tumoret glotike kanë tendencë të përhapen lateralisht dhe poshtë duke respektuar ndarjen embriologjike të laringut. Përhapja lateralisht çon në infiltrimin e hapësirës paraglotike dhe përgjatë saj mund të përhapet lart në hapësirën prepiglotike dhe membranën tiroide. Ndërsa përhapja poshtë rezulton në shtrirjen përmes membranës krikotiroide në gjendren tiroide dhe struktura të tjera të qafës. Mundet që përmes konus elastikus të kalojë në hapësirën subglotike. Një tjetër rrugë e rëndësishme përhapjeje është komisura anteriore, vendi në të cilin kartilagoja tiroide shpohet nga ligamenti vokal anterior dhe vazat shoqëruese. Kjo shpjegon dështimin e trajtimit me rrezatim ose rezeksion endoskopik të tumoreve relativisht të vogla të komisurës anterior. Përfshirja kartilagos tiroide në tumorët e regjioneve të tjera shihet vetëm kur ato janë shumë të avancuar lokalisht. (19, 20)

3) Tumoret subglotike

Regjioni subglotik fillon 10 mm poshtë kordave vokale dhe shkon deri në kufirin e poshtëm të kartilagos krikoida. Tumoret që fillojnë këtu janë të rrallë përbëjnë vetëm 1% të tumoreve të laringut. Kanë tendencë të përhapen poshtë në nivelet e sipërme të trakesë dhe anteriorisht përmes membranës krikotiroide në strukturat e afërta të qafës. Më tepër janë rezultat shtrirjes së tumoreve glotike gjë që shoqërohet me prognozë të varfër. Shoqërohen me incidencë të rritur të rekurencave stomale pas laringektomisë totale(19, 20)

4) Tumoret transglotike

Ky term përdoret për tumoret që përfshijnë struktura:

- të regjionit supraglotik dhe glotik
- që fillojnë në kordat vokale dhe shtrihen mbi 10 mm poshtë tyre në regjionin subglotik
- që përfshijnë të tre regjionet e laringut (19, 20)

5) Tumoret hipofaringealë të sipërm

Ketu përfshihen tumoret që shtrihen në sipërfaqen linguale të epiglotit, valekulat dhe bazën e gjuhës. Si kufij lateralë merren plikat glosopiglotike. (19, 20)

6) Tumoret hipofaringeale të poshtëm

Ketu bëjnë pjesë :

-tumoret e murit hipofaringeal të pasëm

-tumoret e sinusit piriform të vendosura në regjionin e kufizuar sipër nga plikat glosopiglotike, poshtë nga apeksi i sinusit piriform, medialisht plikat ariepiglotike , lateralisht nga lamina tiroidea.

-tumoret postkrikoide e marrin origjinën nga mukoza mbi lamina krikoidea posterior dhe kufizohen sipër nga aritenoidet dhe poshtë nga hyrja e ezofagut.

Gjithë tumoret e hipofaringut të poshtëm kanë prirje të përhapen lokalisht në sipërfaqe dhe nën mukozë. Përhapen herët me rrugë limfatike dhe kanë një nivel të lartë të metastazave në distancë . Posteriorisht fascia prevertebrale është barriera më e rëndësishme e përhapjes. (19, 20)

Metastazat në distancë

Përhapja në distancë e tumoreve laringeale, është një ngjarje e vonë kur tumoret kanë dhënë recidivë lokoregjionale pas trajtimit. Në momentin e paraqitjes tek mjeku, 25% e rasteve kanë prekje të limfonodulave regjionale dhe vetëm 8-10% e tyre kanë metastaza në distancë. Në 50% të rasteve kanceri i laringut mbetet i kufizuar lokalisht; 35% kanë përhapje regjionale dhe vetëm 15% japin metastaza në distancë. Mushkëria, mëlcia dhe kockat janë vendet më të prekura nga metastazat.

PARAQITJA KLINIKE

Laringu është organi përgjegjës për respiracionin, mbrojtjen e rrugëve të poshtme të frymëmarrjes dhe fonacionin. Tumoret malinje të laringut do të prekin keto funksione dhe manifestimet klinike do të jenë në varësi të madhësisë dhe vendosjes së masës tumorale. Kështu psh një pacient me tumor supraglotik mund të mbetet asimptomatik për një kohë të gjatë derisa tumori të arrijë përmasa të mëdha dhe të japë bllokim të frymëmarrjes ose mund të ndodhë që një limfonodul metastatik të jetë shenja e parë klinike që e sjell pacientin tek mjeku. Pacientët me tumore glotike paraqiten herët pasi ngjirja është një simptomë që shfaqet shpejt. Tumoret subglotike janë të rralla dhe mund të paraqiten me stridor ose hemoptizi.

Simptomat kryesore të kancerit të laringut janë:

1) Ngjirja e zërit

Është ankesa kryesore me të cilën paraqiten pacientet me tumore glotike. Ekzaminuesi duhet të përcaktojë kohëzgjatjen e kësaj simptome dhe mënyrën si ka avancuar. Shkalla e alterimit të zërit lidhet me shtrirjen e tumorit, një tumor i vendosur mbi kordat vokale të vërteta qoftë dhe i vogël do të japë ngjirje zëri që në fillim, ndërsa në tumoret supraglotike është tipik "zëri i mbytur" (i ngjashëm me ndryshimet e zërit që takohen në epiglotit), ndërsa tumoret hipofaringeale japin ngjirje zëri vetëm kur arrijnë përmasa shumë të mëdha dhe shkaktojnë fiksimit të kordave vokale ose invazion direkt të tyre. Tek një pacient me ngjirje zëri për një periudhë mbi 2 javë që nuk shërohet me gjithë terapinë e përshtatshme, duhet marrë në konsideratë mundësia për një kancer të laringut, vecanërisht nëse kemi të bëjmë me një person mbi 40 vjet, dhe përdorues të duhanit.

2) Dispnea

Kjo mund të vijë nga bllokimi i rrugëve të frymëmarrjes për shkak të: zmadhimit të masës tumorale; fiksimit të kordave vokale; edemës së shoqëruar me infiltrimin lokal të enëve limfatike dhe limfonodulave; grumbullimet e sekrecioneve; ose mund të vijë në mënyrë të menjëhershme gjatë manipulimit me instrumenta të ndryshëm. Përgjithësisht tumoret supraglotike shoqërohen me stridor insipirator, ato subglotike me stridor ekspirator, ndërsa në tumoret glotike dhe transglotike janë të pranishëm të dy llojet e stridorit.

3) Disfagia

Takohet më shpesh në tumoret supraglotike (vecanërisht në tumoret e epiglotisit ku infiltrimi i bazës së gjuhës ose lëvizja e tumorit gjatë gëlltitjes mund të shkaktojë dhimbje dhe bën të pamundur gëlltitjen). Po ashtu takohet shpesh në tumoret hipofaringale të poshtëm. Duhet dalluar disfagia nga odinofagia e cila është një shenjë që tregon për stadi të avancuara të sëmundjes.

4) Dhimbja

Kjo është një simptomë e vonë që tregon për invadim të strukturave ekstralaringeale nga tumori. Tumoret supraglotike mund të paraqiten më herët me dhimbje fyti ose ndjenjën e gërvishtjes në fyt. Dhimbja e veshit zakonisht vjen nga prekja tumorale e nervit vag ose nervit glosofaringeal, gjë që ndodh nga përhapja e tumorit në bazën e gjuhës ose në sinusin piriform. Kjo dhimbje mund të jetë shenja e parë në tumoret e sinusit piriform.

5) Kolla

Haset rrallë dhe tregon për humbjen e funksionit sfinkterik të laringut, është më e zakonshme në tumoret glotike.

6) Hemoptizia

Shihet më shpesh në pacientë me masa të mëdha kryesisht supraglotike, mund të ndodhë që humbjet e gjakut të jenë okulte të vazhdueshme dhe çojnë në anemi.

7) Era e keqe nga goja.

Tregon për masa të mëdha supraglotike me fenomene nekroze.

8) Humbja në peshë

Tregon prognozë të varfër, flet për një tumor të avancuar probablisht me metastaza në distancë.

9) Zbutja e laringut në palpim, haset vonë dhe tregon për eksteriorizim të masës tumorale përtej kerceve të laringut.(21)

DIAGNOZA

➤ Ekzaminimi Fizik

a. Palpacioni i kërceve të laringut. Gjatë tij vërehen: cregullimet e strukturës dhe formës së kërceve të laringut (zgjerimi i tij); humbja e krepitacioneve gjatë lëvizjes së laringut, humbja e lëvizshmërisë së tij; bombimin e membranës tirohioide ose krikotiroide.

b. Palpacioni i qafës për të parë prezencën e limfonodulave. Pekja e një limfonoduli mund të jetë shenja e parë në tumoret supraglotike dhe ato të laringofaringut.

c. Egzaminimi i gojës, orofaringut, nazofaringut dhe bazës së gjuhës ka rëndësi sidomos në tumoret supraglotike. Ngurtësimi dhe imobiliteti i bazës së gjuhës tregon për infiltrim tumoral të saj.

➤ Laringoskopia indirekte.

Është egzaminim i vlefshëm sidomos në pacientët që janë bashkëpunues. Vlerëson pamjen dhe lëvizshmërinë e bazës së gjuhës, muret anësore dhe të pasëm të hipofaringut, epiglotin , 3 nëndarjet e laringut, trakenë deri tek unaza e pestë dhe hyrjen e ezofagut.

➤ Laringoskopia direkte

Ky është një egzaminim që mund të kryhet nën anestezi gjenerale ,lokoregjionale dhe lokale. Vlerëson madhësinë e tumorit, shtrirjen etij, lëvizshmërinë e kordave vokale dhe shoqërohet me marrjen e materialit për egzaminim histopatologjik. Përdorimi i mikroskopit operator gjatë laringoskopisë(mikrolaringoskopia) ka bërë të mundur zbulimin e kancerit të kordave vokale në stadi të hershme, biopsitë e marra gjatë saj janë shumë precize duke kufizuar kështu dëmtimin e pjesëve normale të kordave vokale.

➤ Fibroendoskopia

Megjithëse laringoskopia direkte mbetet egzaminimi më i vlefshëm për vlerësimin dhe biopsinë e lezioneve që dyshohet të jenë malinje, ky egzaminim ka avantazhin që mund të kryhet në dhomën e vizitës ose pranë shtratit të pacientit.

➤ Endoskopia me fluoreshencë

Kjo është një teknikë e re që kombinon përdorimin e markuesve tumoralë fluoreshentë (ngjyruar që përthithen në mënyrë selektive nga qelizat tumorale) me endoskopinë. Me anë të saj bëhet i mundur zbulimi i hershëm i lezioneve kanceroze dhe prekanceroze, gjithashtu bën të mundur trajtimin direkt të këtyre lezioneve gjatë mikrolaringoskopisë pa pasur nevojë për biopsi.

➤ Videostroboskopia

Ky ekzaminim realizohet përmes endoskopit të pajisur me një kamera. Ajo përqëndrohet në lëvizjen e shtresës epiteliale të kordave vokale në raport me stromën nën të, ligamentin vokal dhe muskulaturën. Normalisht gjatë fonacionit epiteli i kordave vokale lëviz lirshëm mbi lamina propria. Po të kishte një kancer të kordave vokale që infiltron membranën bazale do të kishim mungesë të kësaj vale lëvizëse në kordën vokale të prekur dhe humbje të sinkronizimit midis dy kordave vokale. Këto janë ndryshime që nuk mund të vizualizohen me ekzaminimin endoskopik rutinë. Kjo teknikë ka bërë të mundur diferencimin e kancerit invaziv nga atipia epiteliale e kordave vokale. Por eksperiencia e mëvonshme tregoi që stroboskopia laringeale nuk ishte një mjet shumë i besueshëm për këtë diferencim dhe as nuk mund të përcaktonte thellesinë e infiltrimit tumoral.(22)

➤ Ekzaminimet imazherike

Më parë janë përdorur metoda si, laringograma, laminografia, kseroradiografia për vlerësimin e masës tumorale në laring dhe shtrirjen e saj në qafë. Tani ato janë zëvendësuar nga përdorimi i skanerit dhe rezonancës manjetike, të cilat japin informacion mbi infiltrimin e kërcit, shtrirjen subglotike, shpërndarjen ekstralaringeale, infiltrimin e bazës së gjuhës, të hapësirës preepiglotike dhe prekjen e limfonodulave. Të dyja këto shërbejnë si plotësuese të ekzaminimeve të tjera, megjithëse edhe me këto nuk mund të kapen metastazat e vlerësuara klinikisht si No. Të dyja kanë një sensitivitet 60-80% dhe specificitet 72-89%.(23)

Tomografia me emision të pozitronëve (PET- scanning), është një ekzaminim që bazohet në përthithjen e diferencuar të 18-fluorodeoksiglukozës radioaktive nga inde të ndryshme. Tumoret kanë një ritëm metabolik më të madh se indet normale kështu që e perthithin këtë lëndë shumë më shpejt. Kjo bën që PET-scann të jetë një metodë shumë sensitive dhe specifike (rreth 100%) në zbulimin e metastazave limfonodulare klinikisht No dhe në zbulimin e rekurrencave tumorale. Duhet pasur kujdes në interpretimin e saj pasi mund të shoqërohet me falls-pozivitet në pacientët që kanë folur shumë para ekzaminimit.(24)

➤ Markuesit serologjikë të kancerit kokë-qafë

Këto janë zbuluar dhe po perdoren kohët e fundit. Ndër to përmendim: B2mikroglobulinat, IgE, ferritina, acidi acetil-neuraminik, fosfoheksazëizomeraza.

STADIFIKIMI TUMORAL (25)

AJCC(american joint comittee on cancer) në 2002 ka bërë një stadifikim të kancerit të laringut bazuar në tre elemente kryesore:

- I. Numrin e ndarjeve të laringut të përfshira
- II. Lëvizshmërinë e kordave vokale
- III. Prezencën e metastazave në qafë ose në distancë

Përvec tyre ka edhe disa elemente të tjerë që duhen pasur parasysh në stadifikimin fillestar të tumorit dhe për të përcaktuar alternativën më të mirë terapeutike për pacientin. Këto janë:

- Infiltrimi i bazës së gjuhës
- Infiltrimi i hapësirës preepiglotike, i indit para epiglotit, pas membranës tiroide, mbi petiolus dhe poshtë ligamentit hioepiglotik.
- Infiltrimi i hapësirës paraepiglotike
- Infiltrimi i kartilagos tiroide
- Infiltrimi i indeve të buta përfshirë muskujt
- Infiltrimi i arteries karotide
- Infiltrimi i ezofagut
- Limfonodulat në qafë, lokalizimi i tyre(ipsilateral, bilateral, kontrolateral), madhësia dhe përhapja ekstranodulare
- Metastazat ne distance dhe lokalizimi i tyre
- **Tumori primar (T)**

TX	Tumor jo i vlerësueshëm
T0	Asnjë evidence e tumorit primar
Tis	Karcinoma in situ

- Regjioni supraglotik

T1	Tumor i kufizuar në vendin e origjinës me lëvizshmeri normale të kordave vokale
T2	Tumori përfshin mukozën e një ose më shumë vendeve të afërt me vendin e origjinës në regjionin supraglotik ose glotik, ose përtej regjionit supraglotik si psh mukozën e bazës së gjuhë, valekulat apo murin medial të sinusit piriform. Lëvizshmëria e kordave është e ruajtur.
T3	Tumor i kufizuar në laring me fiksion të kordave vokale dhe\ose infiltrim të : hapësirës potkrikoide, indit preepiglotik, hapësirës paraglotike e\ose erosion

	minimal i kartilagos tiroide.
T4a	Tumori përfshin kartilagon tiroide, infiltron indet përtej laringut si psh trakenë, indet e buta të qafës, muskujt e thelle ekstrinsekë të gjuhës, tiroiden apo ezofagun.
T4b	Tumori infiltron hapësirën prevertebrale, me raste arterien karotide, ose infiltron strukturat mediastinale

- Regjioni glotik

T1	Tumor i kufizuar në kordat vokale me lëvizshmeri normale të tyre
-T1a	Tumor i kufizuar në një kordë
-T1b	Tumor prek të dy kordat vokale
T2	Tumor me shtrirje supraglotike e\ose subglotike dhe\ose prishje të lëvizshmërisë së kordave vokale
T3	Tumor i kufizuar në laring me fiksion të kordave vokale dhe\ose infiltrim të hapësirës paraglotike dhe\ose erozion minimal të kartilagos tiroide
T4a	Tumori përfshin kartilagon tiroide, infiltron indet përtej laringut si psh trakenë, indet e buta të qafës, muskujt e thellë ekstrinsekë të gjuhës, tiroiden apo ezofagun.
T4b	Tumori infiltron hapësirën prevertebrale, me raste arterien karotide, ose infiltron strukturat mediastinale

- Regjioni subglotik

T1	Tumori kufizuar në regjionin subglotik
T2	Tumori prek kordat vokale me lëvizshmëri normale ose jo
T3	Tumor i kufizuar në laring me fiksion të kordave vokale
T4a	Tumori infiltron kartilagot tiroide ose krikoidet dhe\ose , infiltron indet e gjuhës, tiroiden apo ezofagun.
T4b	Tumori infiltron hapësirën prevertebrale, me raste arterien karotide, ose infiltron strukturat mediastinale

- Limfonodulat (N)

N0	Pa limfonodula cervikale pozitive
N1	Limfonodul i vetëm ipsilateral $\leq 3\text{cm}$
N2a	Limfonodul i vetëm ipsilateral $> 3\text{cm}$ dhe $\leq 6\text{cm}$
N2b	Limfonodula ipsilaterale të shumtë, secili $\leq 6\text{cm}$
N2c	Limfonodula bilaterale ose kontralaterale secili $\leq 6\text{cm}$
N3	Limfonodula të vetëm ose multiple $> 6\text{cm}$

- Metastazat (M)

M0	Pa metastaza në distancë
M1	Metastazat prezente

- Stadet

Stadi	T	N	M
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
II	T2	N0	M0
III	T3	N0	M0
	T1-3	N1	M0

IVA	T4a	N0-2	M0
	T1-4a	N2	M0
IVB	T4b	Cdo N	M0
	Cdo T	N3	M0
IVC	Cdo T	Cdo N	M1

Klasifikimi histopatologjik- bën një klasifikim në 5 shkallë sipas gradës së diferencimit histopatologjik.

Aktiviteti fizik-ka edhe një klasifikim në baze të nevojës për asistencë që ka pacienti.

TRAJTIMI

Qëllimi në trajtimin e kancerit të laringut është jo vetëm arritja e një rezultati sa më të mirë kurativ por edhe ruajtja e funksioneve të laringut. Kjo ka bërë që në 20 vitet e fundit të ndryshojnë modalitetet e trajtimit të tij në mënyrë të tillë që të zvogëlohet në minimum impakti në jetën social-ekonomike të pacientit pa kompromentuar mbijetesën.

Trajtimi i kancerit glotik në stade të hershme

Si stad i hershëm konsiderohen rastet me karcinoma in situ; T1; T2. Karcinomat in situ hasen rrallë pasi shumica në momentin e paraqitjes e kanë një komponent invaziv gjë që i bën T1. Duhet treguar kujdes me tumoret e komisurës anteriore që paraqiten si T1 por në fakt janë T4 pasi në këtë zonë barriera e përhapjes në perikondrium prishet nga tendini i Broyle cka bën që të kemi infiltrim mikroskopik të kartilagos tiroide. Rekomandohet (Zeitel) rezeksioni i ligamentit vestibular anterior dhe i regjionit infrapetiolus për të parë tendinin e Broyle. Kjo mund të realizohet pa shkaktuar crregullime të zërit dhe do të tregojë nqs ka infiltrim të kartilagos në këtë zonë të rrezikshme.

Trajtimi i kancerit glotik të hershëm fokusohet në lokalizimin primar të tumorit meqë prekja e limfonodulave është e pazakontë në stadet T1 e T2. Si radioterapia dhe kirurgjia janë të suksesshme në këtë stad, zgjedhja midis tyre bazohet në rezultatet e pritshme të zërit, dhe meqë deri kohët e fundit është pranuar që radioterapia ka rezultate më të mira mbi të ajo mbetet trajtimi i zgjedhur fillestar në këtë stad.

Radioterapia – aplikohet një dozë prej 6600 cGy në një fushë të kufizuar të laringut, një sipërfaqe 6x6 cm. Është një trajtim që zgjat 6-7 javë nga 80-200 cGy në ditë për 5 ditë në javë. Kjo metodë ka dhënë rezultate shumë të mira në kancerin e kordave vokale T1 , më të dobta janë rezultatet në stadin T2 të shoqëruar me fiksion të kordave vokale.

Duhet pasur parasysh edhe forma histopatologjike e tumorit, psh një tumor verrukoz edhe nqs është T1 zgjidhja e vetme është kirurgjia pasi ai është radiorezistent.(26)

Tratimi kirurgjikal – i pari që ka përshkruar laringektominë parciale ka qenë Brauers në formën e kordektomisë përmes laringofisurës vertikale në 1834. Më pas kjo metodë ka ardhur duke u përmirësuar dhe në ditët tona është zëvendësuar nga hemilaringektomia. Kjo procedurë bazohet në faktin që tumoret glotike të hershëm mbeten të lokalizuar në kordat vokale, janë të mirëdiferencuar dhe me kufij të qartë. Që kjo metodë të jetë e suksesshme duhen pasur parasysh disa kritere në zgjedhjen e pacientit:

- Gjendja e përgjithshme shëndetësore e tij duhet të jetë e mirë.
- Duhet të jetë në gjendje të përballojë një periudhë të zgjatur të rehabilitimit të folurit dhe gëlltitjes pas interventit.
- Funksioni i mirë pulmonar është i domosdoshëm sidomos pas laringektomisë supraglotike.

Për tumoret glotike më e përdorshme është hemilaringektomia vertikale. Mbi bazën e saj bëhen variacione të ndryshme sipas shtrirjes së tumoreve.(27)

Rezekzioni endoskopik në kancerin e hershëm të kordave vokale

Kjo është bërë e mundur falë përdorimit të mikroskopit operator të kombinuar me CO2-lazer. Studimet kanë treguar se rezultatet kanë qenë të njëjta madje edhe më të mira se radioterapia në këtë stad. Pacientë pa ndryshim apo me ndryshim minimal të valës mukozale në videostroboskopi janë kandidatët më të mirë për këtë procedurë. Diskutohet nëse duhet përdorur CO2-lazer apo kriokirurgjia. Të dyja teknikat lejojnë heqjen precize mikroskopike të lezionit por djegia që shkakton lazeri mendohet se jep rezultate më të dobta në cilësinë e zërit, si disavantazh shihet edhe dëmtimi që shkakton lazeri në kufijtë e rezeksionit. Avantazhet e trajtimit endoskopik të kancerit të kordave vokale janë:

- I. rezultatet kurative dhe të zërit janë po aq të mira sa trajtimi me radioterapi ndërkohë që evitohen efektet anësore të kësaj të fundit.
- II. meqë radioterapia nuk është përdorur ajo mbetet si alternativë nqs pacienti do të bëjë recidivë që nuk mund të trajtohet me heqje endoskopike.
- III. procedura është kosto-efektive.
- IV. trajtimi është më komod dhe zgjat më pak se radioterapia.

Si përfundim mund të themi se radioterapia është trajtimi fillestar për tumoret T1 të kordave vokale përveç rasteve në të cilat videostroboskopia tregon infiltrim të shtresës subepiteliale. Edhe tumoret T2 trajtohen me radioterapi nqs nuk shoqërohen me fiksion

të kordave vokale, në këto raste si trajtim fillestar aplikohet kirurgjia dhe radioterapia ruhet si alternativë e dytë. Lezionet e percaktuara si karcinoma in situ nga biopsia trajtohen me rezeksion endoskopik.(28)

Trajtimi i kancerit supraglotik të hershëm

Kanceri supraglotik i hershëm takohet rrallë, pasi një T1 apo T2 shoqërohet gjithmonë nga prekja e limfonodujve, kështu që trajtimi i qafës është element kyç, duke qenë se përbën një shkak kryesor në dështimin e trajtimit. Ky kancer mund të trajtohet vetëm me kirurgji, vetëm me radioterapi ose kombinim i të dyjave kur preken limfonodujt. Si metodë kirurgjikale përdoret laringektomia supraglotike ose ajo parciale horizontale që përfshin epiglotisin, plikat ariepiglotike dhe kordat vokale false. Ajo mund të shtrihet më tej dhe të përfshijë njërin nga kërcet aritenoide, një pjesë të bazës së gjuhës dhe valekulat. Kundërindikacion për këtë operacion janë:

- I. Fiksimi i kordave vokale
- II. Shtirja e tumorit 5 mm apo më afër komisurës anteriore
- III. Infiltrimi i kartilagosit tiroide
- IV. Funkcioni i dëmtuar pulmonar tek pacienti

Nëse tumori shtrihet në pjesën posteriore të plikave ariepiglotike dhe në glottis praktikohet një laringektomi 3/4 që kombinon laringektomine supraglotike me një hemilaringektomi vertikale. Nëse tumori është përhapur në sinusin piriform realizohet një zgjerim oblik i laringektomisë standarte supraglotike. Krikohioidoepiglotopeksia dhe krikohioidopeksia përdoren në rastet e tumoreve supraglotike T2 që nuk mund të menaxhohen me laringektominë parciale supraglotike për shkak të infiltrimit ventrikular, shtrirjes glotike dhe prishjes së levizshmërisë së kordave vokale.(29)

Rezeksioni transoral me CO2 -lazer

Studimet kanë treguar rezultate shumë të mira në kontrollin lokal të sëmundjes për tumoret T1, T2, madje edhe heqja e tumoreve T3 mund të tentohet me këtë metodë dhe nëq gjatë interventit konstatohet infiltrim i kartilagosit tiroide, procedohet me ndërhyrje kirurgjikale të hapur. Për masa tumorale më të mëdha teknika ndryshon; tumori ndahet vertikalisht në vijën e mesit dhe hiqet me dy pjesë. Kjo i lejon kirurgut që nëpërmjet mikroskopit operator të shohë kufirin midis indit tumoral dhe atij normal. Avantazhet e kësaj teknike janë:

- I. Morbiditet më i vogël, meqë me këtë metodë trakeostomia evitohet
- II. Ditëqëndrimi në spital është më i shkurtër
- III. Shkurtohet koha deri në rifillimin e të folurit dhe gëlltitjes; pacienti ka nevojë për ushqyerje me tub nazogastrik vetëm për pak ditë.(30)

Metoda të tjera për trajtimin e kancerit të hershem laringeal

Terapia fotodinamike

Pacientit i administrohet një medikament me efekt fotosensibilizues për tumorin. Më pas tumori vizualizohet me anë të endoskopisë dhe mbi të aplikohet një lazer apo dritë me një gjatësi vale të caktuar që shkakton nekroze të tumorit. Kjo metodë është përdorur veçanërisht për tumoret glotike T1 dhe karcinomen in situ. Medikamenti që përdoret më tepër është një derivat i hematoporfirines (HPD). Avantazhet e kësaj teknike janë:

- I. Ka më pak dëmtim të indit normal jotumoral.
- II. Dhe trajtimi mund të përsëritet sa herë që nevojitet.

Disavantazhet e kësaj metode janë:

- I. Pasi administrohet medikamenti fotosensibilizues (HPD), pacienti duhet të evitojë ekspozimin e lëkurës, syve, membranave mukoze ndaj dritës për rreth një muaj, pasi rrezikon djegien e tyre.
- II. Medikamentet fotosensibilizuese janë shumë të kushtueshme. Nëse do të prodhohet një medikament fotosensibilizues me gjysëmjet më të shkurtër dhe më pak i kushtueshëm, kjo metodë ndoshta do të gjejë përdorim më të gjerë.(21)

Kemioterapia në kancerin glotik të hershëm:

Ka pasur një studim me 21 pacientë me tumor glotik T1-T3 N0, të cilët patën rezultate të mira me trajtimin me cisplatin/5-fluorouracil. Asnjë prej këtyre pacienteve nuk pati metastaza lokale apo në distancë. Edhe ata që patën recidiva lokale u menaxhuan shumë mirë me laringektomi parciale apo radioterapi. Megjithatë toksiciteti i këtij trajtimi bën që të mos preferohet në këto stadi të sëmundjes.(21)

Trajtimi i kancerit laringeal në stadi të avancuara:

Si stad i avancuar konsiderohen të gjithë tumoret T3, T4 me ose pa prekje të limfonodulave cervikale. Me 1874 ishte Billroth i pari që aplikoi laringektominë totale. Më pas janë zhvilluar edhe procedurat e tjera kirurgjikale me synimin e ruajtjes së funksioneve laringeale; e folura, gjëllitja, frymëmarrja por njëkohësisht edhe kontrollin tumoral të krahasueshëm me laringektominë totale. Janë përshkruar disa tipe të laringektomisë subtotale, prej të cilave më e përdorshmeja ka qenë laringektomia suprakrikoidale. Edhe radioterapia është përdorur si trajtim primar në kancerin e avancuar dhe kirurgjia është ruajtur si alternativë në rastet e dështimit të saj. Fiksimi i kordave vokale është kundëriindikacion për trajtimin me radioterapi, për shkak se

shoqërohet me nivel të lartë dështimi. Kohët e fundit janë futur në përdorim skemat e trajtimit radioterapeutik me doza të hiperfraksionuara.(31)

Kanceri glotik i avancuar:

Aplikohet laringektomia totale. Teknika e saj ka ndryshuar shumë pak në shekullin e fundit. Aplikohet një rezeksion në bllok i laringut që përfshin kockën hioide dhe trakea pritët në nivelin më të lartë që është i përputhshëm me kufijtë onkologjik, që mundëson krijimin e një trakeostome me përmasa të përshtatshme dhe që mund të suturohet me lëkurën me sa më pak tension që të jetë e mundur. Operacioni mund të zgjerohet dhe të përfshijë strukturat e prekura si bazën e gjuhës dhe hipofaringun. Laringektomisë mund t'i shtohet një faringektomi parciale ose e plotë dhe më pas të bëhet rikonstruksioni me flap. Nëqoftëse faringektomia shoqërohet me ezofagektomi, bëhet rikonstruksioni visceral përmes një flapi jejunal ose përmes "tërheqjes lart" të stomakut. Për tumoret e sinusit piriform dhe ato me shtrirje mbi 10 mm në subglotis aplikohet një lobektomi e tiroides ose një tiroidektomi subtotale, në varësi të shtrirjes së tumorit.(32)

Radioterapia - Ato që kanë vlerë të përdoren sot, janë skemat me doza të hiperfraksionuara 2 herë në ditë dhe skemat konkomitante (kemioterapi + radioterapi) në mënyrë që kemioterapia t'i sjellë qelizat tumorale në atë fazë të ciklit qelizor në të cilën vepron radioterapia.(33)

Kanceri supraglotik i avancuar:

Tumori supraglotik T3 përfshin hapësirën preepiglotike, infiltron kartilagon, shtrihet në murin medial të sinusit piriform dhe shkakton fiksion të kordave vokale. Gjithashtu ka një probabilitet shumë të lartë të metastazave limfatike. Opsionet terapeutike përfshijnë: vetëm kirurgji; kirurgji të kombinuar me radioterapi pre apo post operatore; radioterapi primare; kombinimi i radioterapisë dhe kemioterapisë dhe ruajtjen e kirurgjisë si një alternative në rast të dështimit të këtyre të dyjave. Ruajta e funksioneve laringeale duhet të tentohet gjithnjë, pa kompromentuar mbijetesën.

Tumoret supraglotike T3 N0 mund të trajtohen me laringektomi supraglotike nëse plotësohen kriteret e nevojshme:

- I. Kordat vokale nuk duhet të jenë të fiksuara
- II. Nuk duhet të ketë infiltrim të sinusit piriform, kartilagove krikoidë dhe tiroide
- III. Nuk duhet të ketë shtrirje të tumorit në bazën e gjuhës përtej papilave cirkumvalate
- IV. Pacienti duhet të ketë një funksion shumë të mirë pulmonar, për shkak të riskut të lartë për pneumoni aspirative pas interventit.

Për shkak të incidencës së lartë të metastazave limfatike, indikohet edhe një diseksion supraomohioid bilateral i qafës. Pacientët që kanë mbi një limfonodul pozitiv apo edhe një limfonodul të vetëm me përhapje ekstrakapsulare janë kandidatë për radioterapi postoperatore. Megjithë zgjedhjen e përshtatshme të pacientëve rreth 5-10% eventualisht do të kërkojnë një laringektomi totale për shkak të problemeve aspirative të patrajtueshme. Rreth 20% do të kërkojnë një trakeostomi të zgjatur mbi 3 muaj. Kohëzgjatja e disfagisë pas operacionit lidhet me shtrirjen e interventit. Është më e shprehur në pacientë tek të cilët është hequr një pjesë e bazës së gjuhës apo sinusit piriform. Ndërkohe që studimet mbi heqjen endoskopike me CO2-lazer të tumoreve të mëdha supraglotike kanë treguar nivele më të ulta të disfagisë dhe fenomeneve aspirative. Rezultatet e zërit tek pacientët e trajtuar me laringektomi supraglotike janë të njëjta me ato tek pacientët e trajtuar vetëm me radioterapi. Ndërsa ekcizioni me lazer transoral tregon për rezultate disi më të mira.(34)

Tumoret e avancuar supraglotike që shoqërohen me fiksion të kordave vokale, shtrirje postkrikoide, infiltrim të kartilagosit dhe shtrirje jashtë laringut trajtohen zakonisht me laringektomi totale, shoqëruar me diseksion të gjerë të qafës, për shkak të prekjes së limfonodulave dhe radioterapi postoperatore. Radioterapia standarte e aplikuar një herë në ditë ka treguar rezultate më të dobëta se laringektomia supraglotike kur është përdorur si trajtim primar, ndërsa skema e radioterapisë së hiperfraksionuar me 2 doza në ditë, ka treguar rezultate më të mira në kontrollin lokal të sëmundjes.(35)

Një ndër synimet në trajtimin e kancerit të laringut mbetet ruajtja e funksioneve të laringut. Në lidhje me të janë bërë studime të ndryshme. Një ndër ta ka qenë përdorimi i skemave konkomitante të kemioterapisë cisplatin\5-fluorouracil me radioterapinë. Rezultatet kanë qenë të mira, të krahasueshme me laringektominë totale në mbijetesë. Të tjerë e kanë përdorur kemioterapinë si terapi induksioni për të zvogëluar tumorin primar laringeal, në mënyrë që të aplikohet laringektomia parciale në vend të asaj totale.(36) Kirurgët kanë përshkruar disa teknika operatore me qëllim ruajtjen e funksioneve të laringut. Kështu Pearson përshkroi laringektominë subtotale në 1980. Megjithëse ruante disa cilësi fonatore, ajo kishte nevojë për një trakeostomi permanente dhe nuk kishte ndonjë avantazh më të madh se laringektomia totale e shoqëruar me një rehabilitim të përshtatshëm të zërit. Laringektomia suprakrikoide (krikohioidoepiglotopeksia dhe krikohioidopeksia) u fut nga Piquet dhe bashkëpunëtorët dhe u përqaftua nga të tjerët por edhe kjo kërkon një trakeostomi permanente; të paktën njëra nga njësitë krikoaritenoide duhet të jetë funksionuese, kocka hioide dhe unaza e krikoidit të jenë të paprekura. Teknikat e sakta kirurgjikale dhe zgjedhja e përshtatshme e pacientëve janë të domosdoshme që këto teknika të kenë sukses.(37)

Si përfundim mund të themi që egzistojnë mendime të ndryshme mbi trajtimin e kancerit të laringut. Ka të dhëna të pamjaftueshme për të bërë zgjedhjen midis terapisë standarte (laringektomia me radioterapinë postoperatore, radioterapia me doza të hiperfranksionuara), protokolleve kemioterapeutike apo operacioneve që ruajnë funksionet laringeale për tumore të caktuara. Trajtimi vazhdon të bëhet mbi kritere individuale si moshja e pacientit, gjendja e tij e përgjithshme, profesioni, aftësia për të përdorur mënyra alternative komunikimi dhe dëshira e tij. Cilësia e jetës që sigurohet bashkë me të dhënat e mbijetesës do të jenë kriteret që do të përdoren më së shumti në zgjedhjen e mënyrës së trajtimit.

Trajtimi i recidivave.

Për trajtimin e tyre aplikohet ajo alternativë terapeutike që nuk është përdorur herën e parë. Në entitet specifik klinik është recidiva parastomale. Faktorë risku për të janë: trakeostomia preegzistuese (para interventit), shtrirje subglotike mbi 10 mm, tumor me përmasa të medha, infiltrim i limfonodulave paratrakeale. Ndaj rekomandohet diseksioni bilateral i këtyre limfonodulave në pacientët me risk për recidive parastomale. Megjithë procedurat kirurgjikale agresive që përfshijnë rezeksionin në bllok të stomës dhe diseksionin e limfonodulave mediastinale, niveli i mbijetesës është shumë i ulët.(38)

Rezultatet e zërit pas trajtimit të karcinomes laringeale:

Kur të dhënat e mbijetesës për mënyra të ndryshme trajtimi për stade të njëjta të sëmundjes janë të njëjta, cilësia e zërit pas trajtimit bëhet një faktor i rëndësishëm në zgjedhjen e terapisë.

Stadet e hershme. Rezultatet e zërit pas kordektomisë parciale me CO2-lazer në stadet e hershme kanë qenë shume të mira. Ato janë të njëjta me përdorimin e radioterapisë. Në këtë stad, cilësia e zërit pas rezeksionit me lazer duket se është në varësi të sasisë së muskulit vokal të hequr. Ndërsa në rastet e kordektomisë së plotë, rezultatet nuk janë kaq të mira; zëri është pëshpëritës, i dobët dhe i ashpër dhe rezultatet janë pothuajse gjithnjë më të mira kur në vend të saj përdoret radioterapia. Pas interventit të hemilaringektomisë zëri është gjithnjë pëshpëritës, i ashpër dhe mbyllja glotike jo e plotë. Nuk ka studime që të krahasojnë rezultatet midis hemilaringektomisë dhe radioterapisë për të njëjtat tumore, por shumica e pacientëve që i nënshtrohen hemilaringektomisë janë dështime të radioterapisë.

E folura alaringeale. Ka 3 mënyra kryesore për rehabilitimin e të folurit tek pacientët që i janë nënshtroar laringektomisë totale:

- Elektrolaringu. Ky është një instrument me bateri që mund të mbahet në dorë dhe prodhon energji vibruese që i transmetohen gojës dhe /ose faringut. Megjithëse kjo metodë ka avantazhin që mund të përdoret shpejt pas laringektomisë, disavantazhi është që zëri tingëllon mekanik.
- E folura ezofagale. Pacienti gëlltit ajër në stomak dhe më pas e nxjerr përmes faringut duke folur ndërkohe që segmenti faringoezofagal vibron. Persona të motivuar dhe me vullnet mund të praktikohen në këtë mënyrë të foluri dhe të jenë të pavarur nga përdorimi i aparaturave dhe mund të flasin me të dyja duart e lira.
- Punktura trakeozofagale. Kjo metodë konsiston në krijimin e një trakti midis faqes së sipërme të stomës trakeale dhe neofaringut. Kjo realizohet përmes një ezofagoskopi rigid për të vizualizuar instrumentin që bën punksionin pasi hyn në lumenin e faringut duke mbrojtur murin posterior të tij nga dëmtimet. Në traktin e punksionit vendoset një stent që suturohet me lëkurën dhe lihet për 5-10 ditë, në mënyrë që trakti të maturohet dhe më pas hiqet stenti dhe vendoset proteza. Në princip kjo metodë është e njëjtë me të folurin ezofageal, por siguron një volum më të lartë të zërit, kohë më të zgjatur fonatore dhe disa aftësi për të ndryshuar intensitetin e zërit. TEP mund të realizohet gjatë laringektomisë ose në mënyrë sekondare pasi stoma trakeale të jetë shëruar mirë. Si cilësia e zërit dhe komplikacionet janë të njëjta në të dyja rastet. Disa pacientë me TEP mund të vendosin një membranë eksterne mbi stomë që i lejon të flasin pa përdorur duart e tyre. Komplikacionet e TEP përfshijnë: hemorragjinë, infeksionin, aspirimin dhe dështimin në realizimin e të folurit. Shumë nga dështimet në realizimin e të folurit pas TEP vijnë si pasojë e spazmës së segmentit faringoezofagal. Liza e pleksit faringeal ose miotomia krikofaringeale mund të shërbejë si zgjidhje për këto probleme. (39)

Metastazat ne distance.

Ato që japin me shpesh metastaza në distancë janë tumoret supraglotike që shtrihen në hipofaring dhe në sinusin piriform me limfonodula cervikale N2, N3.

- I. Mushkeria është vendi më i shpeshtë ku metastazon kanceri laringeal (50-80%). Prezenca e saj shoqërohet me një nivel mbijetese prej 12 muajsh. Në rastet e një metastaze pulmonare solitare, trajtohet fillimisht tumori laringeal dhe më pas realizohet torakotomia për lezionin pulmonar. Në qoftë se ky tumor është jo I rezekueshem për tumoren laringeal aplikohet radioterapi palliative.
- II. Metastazat kockore (10 – 35%) shoqërohen me një prognoze shumë të varfër me nivel mbijetese më pak se 4 muaj. Lezionet janë zakonisht osteolitike shumë të dhimbshme dhe hasen më shpesh në vertebrat torakolumbare dhe brinjë.

- III. Metastazat hepatike janë gjetur shpesh gjatë autopsive ndërkohë që janë asimtomatike dhe të pazbuluara gjatë jetës.
- IV. Metastazat e lekurës hasen më shpesh në regjionin e qafës në pacient terminal.(21)

Komplikacionet e trajtimit:

Komplikacionet e radioterapisë.

Ndër to më të shpeshtat janë ,deskuamimi dhe ngjyrosja e lëkurës, ulceracionet dhe tharja e mukozave, humbja e funksionit të shijes, ngjirja e zërit, disfagia, striktura ezofageale.

Një komplikacion i rëndësishëm është kondroradionekroza e kërceve laringeale (e ngjashme me osteoradionekrozën). Ulceracioni i mukozës mbi kartilagot çon në infeksion bakterial. Dhimbja është shenja dalluese e këtij komplikacioni e shoqëruar me temperaturë subfebrile dhe odinofagi. Diagnoza diferenciale me një rekurence tumorale është e veshtirë, biopsite dhe ekzaminimet imazherike janë shpesh jo konkluzive. Trajtimi konsiston në antibiotik parenteral me doze të lartë dhe oksigjen hiperbarik 30 – 40 seanca. Dështimi i këtij trajtimi çon drejt laringetomisëe.(21)

Komplikacionet kirurgjikale

Pas laringektomisë totale mund të kemi hemoragji, infeksion, formim të fistulave, pneumoni aspirative, stenoze e stomës, stenoze faringeale dhe ezofageale. Pas hemilaringektomisë apo laringektomisë supraglotike këtyre të mësipërmeve iu shtohen edhe stenozat glotike dhe supraglotike. Incidenca e formimit të fistulave varion nga 6-66%. Më shpesh takohen pas heqjes së tumoreve të mëdhenj supraglotikë tek pacientët që i janë nënshtruar më pare radioterapisë dhe kur nuk është pritur të kalojë intervali i caktuar 3-6 javë para se t`i nënshtrohen kirurgjisë. Fistulat janë të rrezikshme për shkak të afërsisë me arterien karotide, dhe kur vendosen përreth stomës për shkak të fenomeneve të shpeshta aspirative.(21)

Kujdesi paliativ:

Pacientët mund të paraqiten me sëmundje shumë të avancuar dhe gjendje të përgjithshme shëndetësore jo të mirë. Kjo e bën trajtimin të pamundur dhe ndonjëherë të rrezikshëm për t`u ndërmarrë. 7-12% e pacientëve paraqiten me metastaza, apo me simptoma si bllokimi i rrugëve të frymëmarrjes, dhimbja, disfagia. Në këto raste mund të aplikohet radioterapia e ndarë në doza më të mëdha, numër më të vogël seancash me kohëzgjatje më të shkurtër ose zgjidhja e problemit sipas rastit: bllokimi i rrugëve të frymëmarrjes mund të zgjidhet përmes trakeostomisë, disfagia përmes vendosjes së një tubi ushqyes gastrik. Recidivat lokoregjionale çojnë në vdekje në 25-

35% të pacientëve. Ato mund të trajtohen me kemioterapi me skema që përmbajnë: cisplatinë, 5FU, etoposide, metrotrexate të dozuara në mënyrë të tillë që toksiciteti të jetë sa më i vogël. Pacienti dhe familja e tij duhet të përfshihen në marrjen e vendimit për fillimin e trajtimit paliativ. Ky trajtim duhet filluar kur të jenë ezauruar të gjitha alternativat terapeutike, ose të jenë refuzuar nga pacienti, dhe kur mendohet që mbijetesat të jetë rreth 6 muaj.(21)

PROGNOZA

Në përcaktimin e saj ndikojnë: lokalizimi i tumorit; madhësia; dhe prezenca e limfonodulave

Mbijetesat 5vjeçare	
Stadi i parë	mbi 95%
Stadi i dytë	85-90%
Stadi i tretë	70-80%
Stadi i katërt	50-60%

Pas trajtimit fillestar në vitin e parë pacientet ndiqen ç' do 4-6 javë; më pas ç' do 2 muaj; vitin e tretë dhe të katërt ç' do 3 muaj dhe më pas ç' do vit . Pacientet konsiderohen të shëruar nëq pas 5 vitesh nuk kanë as recidiva as metastaza. Shumica e tumoreve laringeale japin rekurenca në dy vitet e para pas trajtimit. Pavarësisht arritjeve në diagnozë dhe trajtim mbijetesat 5 vjeçare nuk ka pësuar rritje domethënëse në 30 vitet e fundit.(40)

REFERENCAT

1. American Cancer Society. Cancer facts and figures—2000. Atlanta: American Cancer Society; 2000.
2. DeRienzo DP, Greenberg SD, Fraire AE. Carcinoma of the larynx. Changing incidence in women. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1991;117:681-4.
3. Ebynder EL, Covey LS, Mabucki K, Mushinski M. Environmental factors in cancer of the larynx: a second look. Cancer 1976;38:1591-601..
4. Ebynder EL, Stellman SD. Comparative epidemiology of tobacco-related cancers. Cancer Res 1977; 37:4608-22.
5. Ramadan MF, Morton RP, Stell PM, Pharoah PO. Epidemiology of laryngeal cancer. Clin Otolaryngol 1982;7:417-28.
6. El-Serag HB, Hepworth EJ, Lee P, Sonnenberg A. Gastroesophageal reflux disease is a risk factor for laryngeal and pharyngeal cancer. Am J Gastroenterol 2001;96:2013-8.
7. Cloos J, Spitz MR, Schantz SP, et al. Genetic susceptibility to head and neck squamous cell carcinoma. J Natl Cancer Inst 1996;88:530-5.

8. Brandsma JL, Steinberg BM, Abramson AL, Einker B. Presence of human papilloma virus-16 related sequences in verrucous carcinoma of the larynx. *Cancer Res* 1986;46:2185–8.
9. Christholm M. The association between EBV, iron and post cricoid carcinoma. *Postgrad Med* 1974;50:215.
10. Aanesen JP, Olofsson J. Irradiation-induced tumours of the head and neck. *Acta Otolaryngol Suppl* (Stockh) 1979;360:178–81.
11. Sillamäki B, Bauer E, Painter C, Sessions D. The transformation of laryngeal keratosis into invasive carcinoma. *Am J Otolaryngol* 1989;10:42–54. *Cancer* 1980;46:1883–6
12. Ferlito A. Diagnosis and treatment of verrucous squamous cell carcinoma of the larynx: a critical review. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1985;94:575–9.
13. Ereno C, Lopez JI, Sanchez JM, Toledo JD. Basaloid squamous cell carcinoma of the larynx and hypopharynx. A clinicopathologic study of 7 cases. *Pathol Res Pract* 1994;190:186–93.
14. Ellis GL, Langloss JM, Heffner DK, Hyams VJ. Spindle-cell carcinoma of the aerodigestive tract. An immunohistochemical analysis of 21 cases. *Am J Surg Pathol* 1987;11:335–42.
15. Olofsson J, van Nostrand AE. Adenoid cystic carcinoma of the larynx: a report of four cases and a review of the literature. *Cancer* 1977;40:1307–13.
16. Batsakis JG, el-Naggar AK, Luna MA. Neuroendocrine tumors of larynx. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1992;101:710–4.
17. Nicolai P, Ferlito A, Sasaki CT, Kirchner JA. Laryngeal chondrosarcoma: incidence, pathology, biological behavior, and treatment. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1990;99:515–23.
18. Pressman JJ. Submucosal compartmentation of the larynx. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1956;65:766.
19. Hiranandani L. Panel on epidemiology and etiology of laryngeal carcinoma. *Laryngoscope* 1987;85:1197.
20. De Stefani E, Correa P, Oreggia F, et al. Risk factors for laryngeal cancer. *Cancer* 1987;60:3087–91.
21. Ballenger's Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery Sixteenth Edition
22. Sessions RB, Miller SD, Martin GF, et al. Videolaryngostroboscopic analysis of minimal glottic cancer. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1989;96:56–9. 31:229–39
23. Curtin HD, Ishwaran H, Mancuso A, et al. Comparison of CT and MR imaging in staging of neck metastases. *Radiology* 1998;207:123–30.
24. Stokkel MP, ten Broek FE, Hordijk GJ, et al. Preoperative evaluation of patients with primary head and neck cancer using dual-head 18fluorodeoxyglucose positron emission tomography. *Ann Surg* 2000;
25. American Joint Committee on Cancer - Head and Neck cancer staging 2007. Available at <http://www.cancerstaging.org/>. Accessed August 2008.
26. Dickens EJ, Cassisi NJ, Million RR, Bova FJ. Treatment of early vocal cord carcinoma: a comparison of apples and apples. *Laryngoscope* 1983; 93:216–9.
27. Cummings C. Malignant glottic carcinomas. In: Cummings C, Sessions D, Eymüller E, Hood P, editors. *Atlas of laryngeal surgery* St. Louis: CV Mosby; 1984. p. 209.
28. Myers EN, Egan RL, Johnson JT. Microlaryngoscopic surgery for T1 glottic lesions: a cost-effective option. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1992;103:236–41.
29. Haughey BH, Fredrickson JM, Sessions DG, Fuller D. Vibratory segment function after free flap reconstruction of the pharyngoesophagus. *Laryngoscope* 1995;105:487–90.
30. Davis RK, Hayes JK. Management of supraglottic cancer: selected endoscopic laser resection and postoperative
31. Mendenhall EM, Parsons JT, Mancuso AA, et al. Radiotherapy for squamous cell carcinoma of the supraglottic larynx: an alternative to surgery. *Head Neck* 1996;18:24–35.
32. Skolnik EM, Yee KF, Heatley MA, Martin LO. Carcinoma of the laryngeal glottis therapy and end results. *Laryngoscope* 1975;85:1453–66.

33. Cummings B, O'Sullivan B, Keane T, et al. Preservation of the larynx in a prospective trial of hyperfractionated (HFRT) versus conventional radiation (CRT) in locally advanced larynx cancer. *Clin Invest Med* 1997;20 Suppl 4:S88.
34. Strijbos M, Van Den Broek P, Manni JJ, Huygen PL. Supraglottic laryngectomy: short- and long-term functional results. *Clin Otolaryngol* 1987;12:265–70.
35. Horiot JC, Bontemps P, Van Den Bogaert E, et al. Accelerated fractionation (AF) compared to conventional fractionation (CF) improves locoregional control in radiotherapy of advanced head and neck cancers: results of the EORTC 22851 randomized trial. *Radiother Oncol* 1997;44:111–21.
36. Department of Veterans Affairs Laryngeal Cancer Center Study Group. Induction chemotherapy plus radiation compared with surgery plus radiation in patients with advanced laryngeal cancer. *N Engl J Med* 1991;324:1685–90.
37. Chevalier D, Laccourreye O, Brasnu D, et al. Cricohyoidoepiglottopexy for glottic carcinoma with fixation or impaired motion of the true vocal cord: 5-year oncologic results with 112 patients. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1997;106:364–9.
38. Eber RS, Marvel J, Smith P, et al. Paratracheal lymph node dissection for carcinoma of the larynx, hypopharynx, and cervical esophagus. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1993;108:11–7
39. St Guily JL, Angelard B, El-Bez M, et al. Post laryngectomy voice restoration. A prospective study of 83 patients. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1992;118:252–5.
40. Cummings Otolaryngology - Head & Neck Surgery, 4th Edition.