

# Câncer de Laringe

Gaudencio Barbosa - R3 CCP

HUWC - 10/2011

# Introdução

- ▶ Aristóteles em 384 a.C: primeiro registro histórico da Laringe
  - ▶ Galeno em 130 d.C: secção do nervo laringeo recorrente causava asfixia em cães
  - ▶ Morgagni em 1732: demonstração da existência do câncer de laringe
- 

# Introdução

- ▶ Manoel Garcia em 1854: criação da laringoscopia indireta
- ▶ Bilioth em 1873: primeira laringectomia por câncer bem sucedida
- ▶ Glück, Soerensen e Solis-Cohen em 1881: implantação da traquéia na pele
- ▶ Hayes Martin em 1922: laringectomia total nos EUA sendo o paciente apresentado em 1972

# Introdução

- ▶ Vasconcelos e Mattos Barreto em 1941: 15 casos de laringectomia total com 0% de mortalidade operatória
- ▶ Jorge Fairbanks Barbosa em 1954: laringectomia total com EC bilateral em monobloco

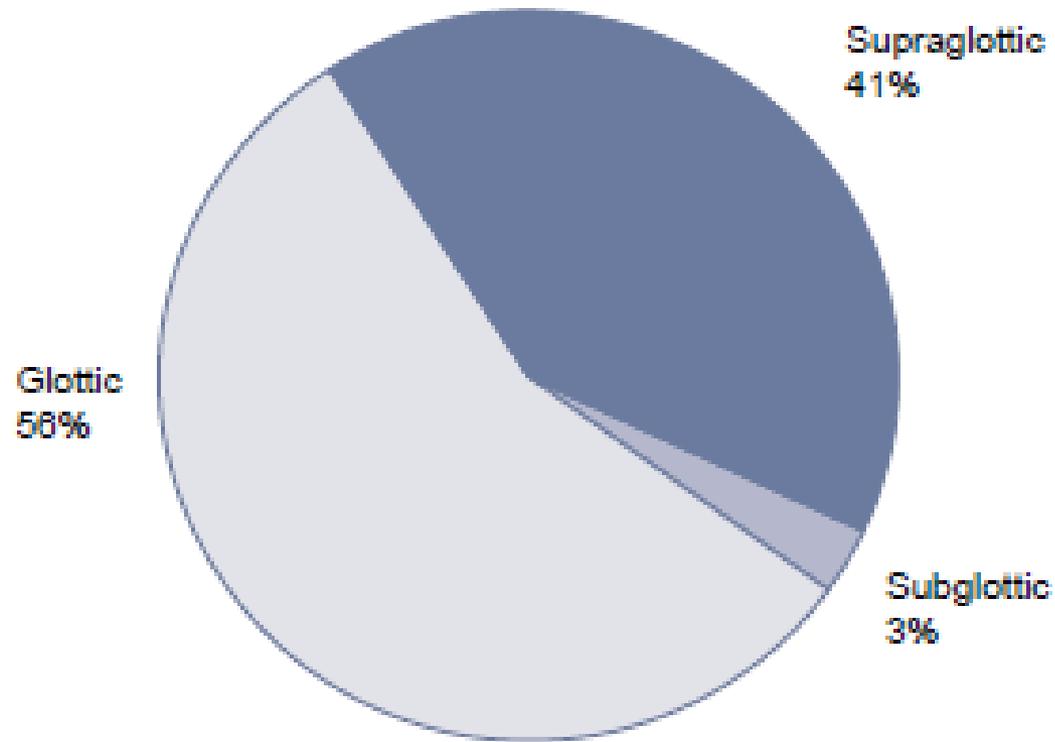
# Epidemiologia

- ▶ Nos EUA é a segunda neoplasia maligna de cabeça e pescoço mais comum com 12100 casos novos
- ▶ Tabagismo em 96% dos casos, frequente associação com álcool (supraglote)
- ▶ Outros fatores: radiação ionizante, asbesto, gás mostarda

# Epidemiologia

- ▶ Pico de incidencia: 60 a 80 anos
- ▶ Menos de 1% ocorrem antes dos 30 anos
- ▶ Acomete mais o sexo masculino – 5 / 1
- ▶ Tumores glóticos são mais comuns (63,6%), supraglóticos (35%) e subglote (1,4%)
- ▶ Tumores supraglóticos tem diagnóstico mais tardio

# Epidemiologia



Site distribution of larynx cancers.

# Epidemiologia

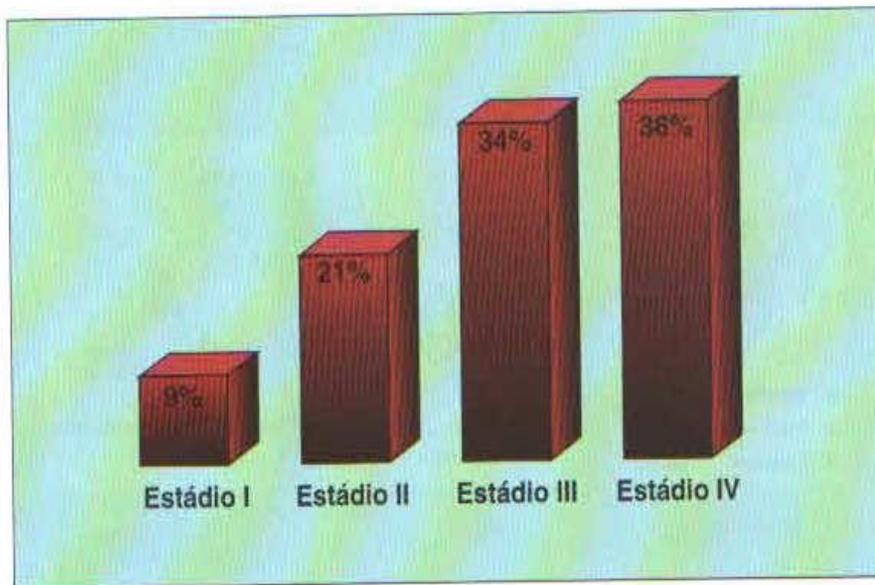


Fig. 8.7. Distribuição por estágio de pacientes com carcinoma supra-glótico.

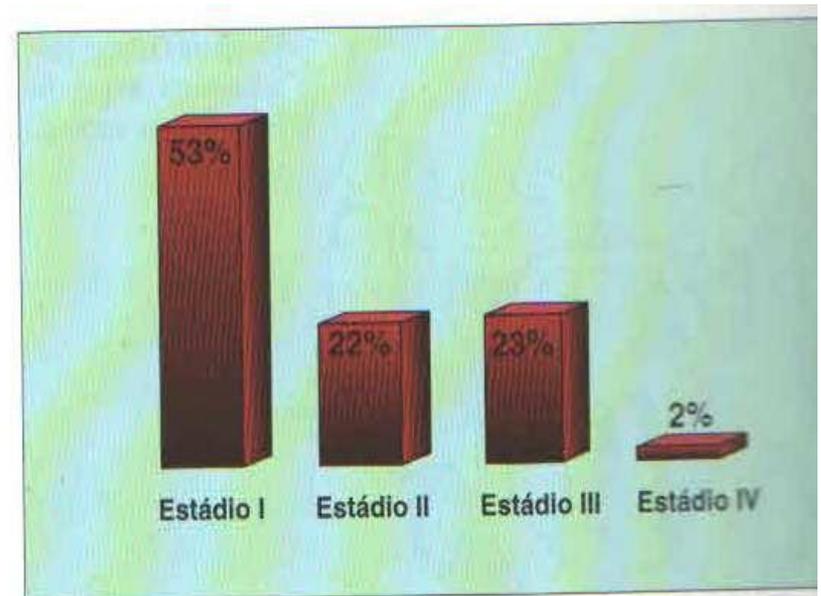


Fig. 8.8. Distribuição por estágio de pacientes com carcinoma g

# Patologia

- ▶ Principal tipo histológico: carcinoma espinicelular (CEC)
- ▶ Neoplasias de glândulas salivares menores, tumores neuroendócrinos compõem menos de 1%
- ▶ Comportamento biológico do CEC: disseminação linfática; lesões glóticas raramente causam metástases

# Patologia

## Head & Neck Oncology



Case report

Open Access

### Schwannoma of the larynx

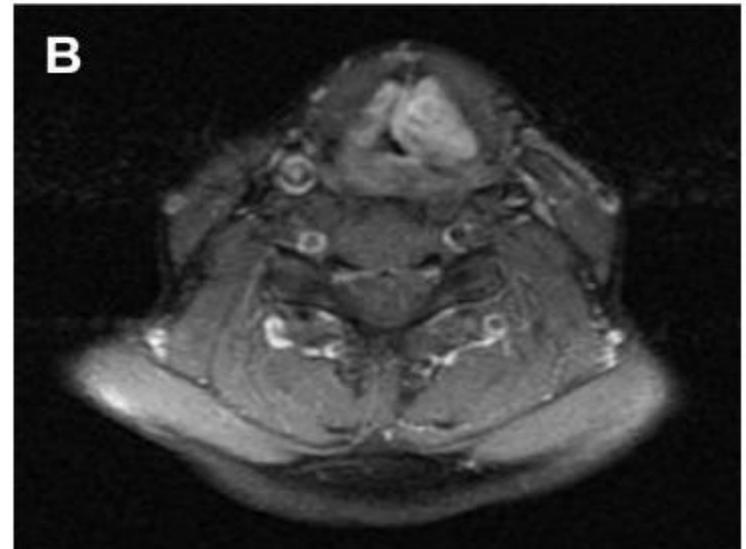
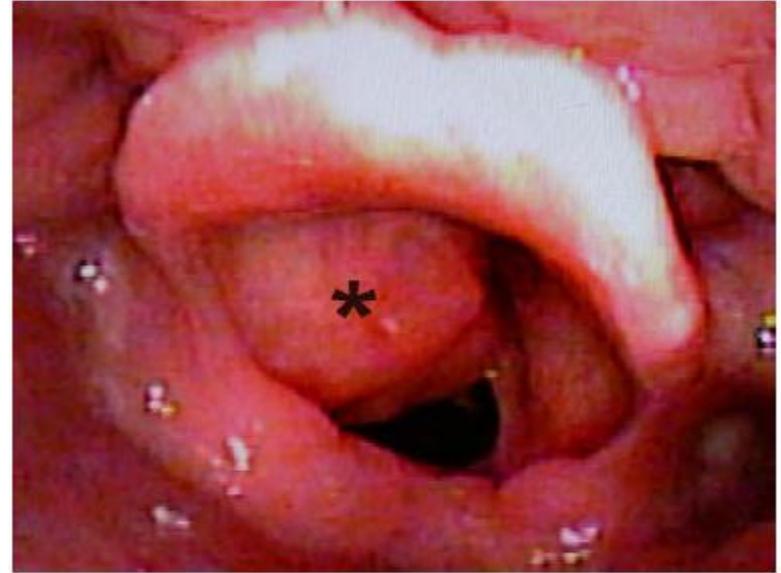
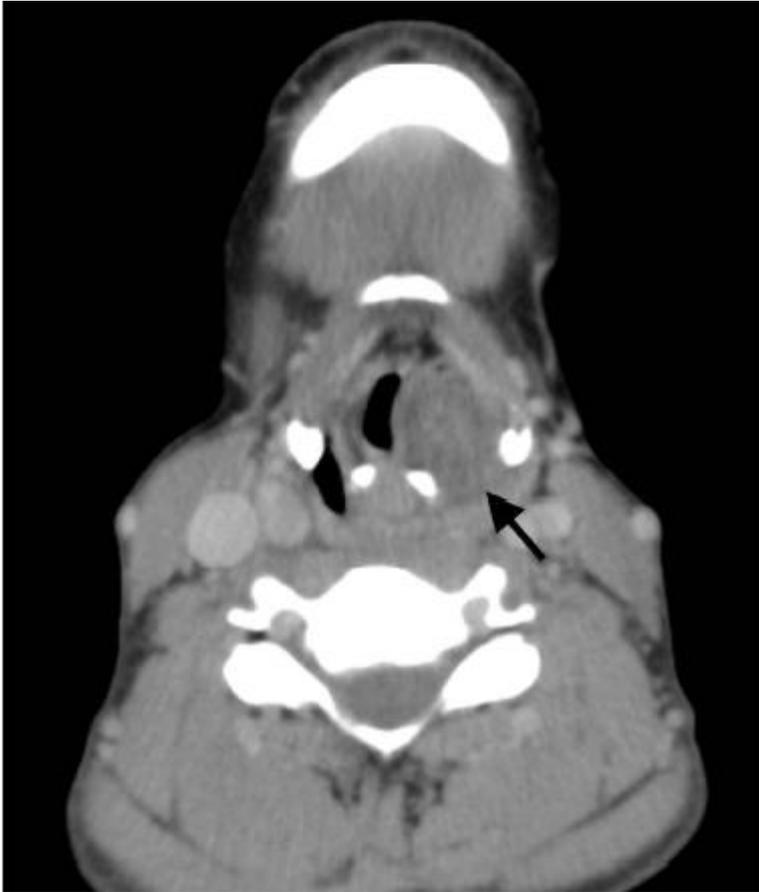
Jörg Ebmeyer\*<sup>1</sup>, Ulf Reineke<sup>1</sup>, Hans-Björn Gehl<sup>2</sup>, Ulrich Hamberger<sup>3</sup>,  
Robert Mlynski<sup>4</sup>, Matthias Essing<sup>5</sup>, Tahwinder Upile<sup>6</sup> and Holger Sudhoff<sup>1</sup>

Address: <sup>1</sup>Department of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery, Klinikum Bielefeld, Academic Teaching Hospital University of Münster, Bielefeld, Germany, <sup>2</sup>Department of Diagnostic and Interventional Radiology, Klinikum Bielefeld, Academic Teaching Hospital University of Münster, Bielefeld, Germany, <sup>3</sup>Department of Pathology, Klinikum Bielefeld, Academic Teaching Hospital University of Münster, Bielefeld, Germany, <sup>4</sup>Department of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery, University Hospital of Würzburg, Germany, <sup>5</sup>ENT practice, Bielefeld, Germany and <sup>6</sup>The University College London, Ear Institute, Gray's Inn Road, London, UK

Email: Jörg Ebmeyer\* - joerg.ebmeyer@web.de; Ulf Reineke - ulf.reineke@linikumbielefeld.de; Hans-Björn Gehl - hans-bjoern.gehl@sk-bielefeld.de; Ulrich Hamberger - ulrich.hamberger@linikumbielefeld.de; Robert Mlynski - robert.mlynski@mail.uni-wuerzburg.de; Matthias Essing - info@dr-essing.de; Tahwinder Upile - mrtupile@yahoo.com; Holger Sudhoff - holger.sudhoff@rub.de

\* Corresponding author

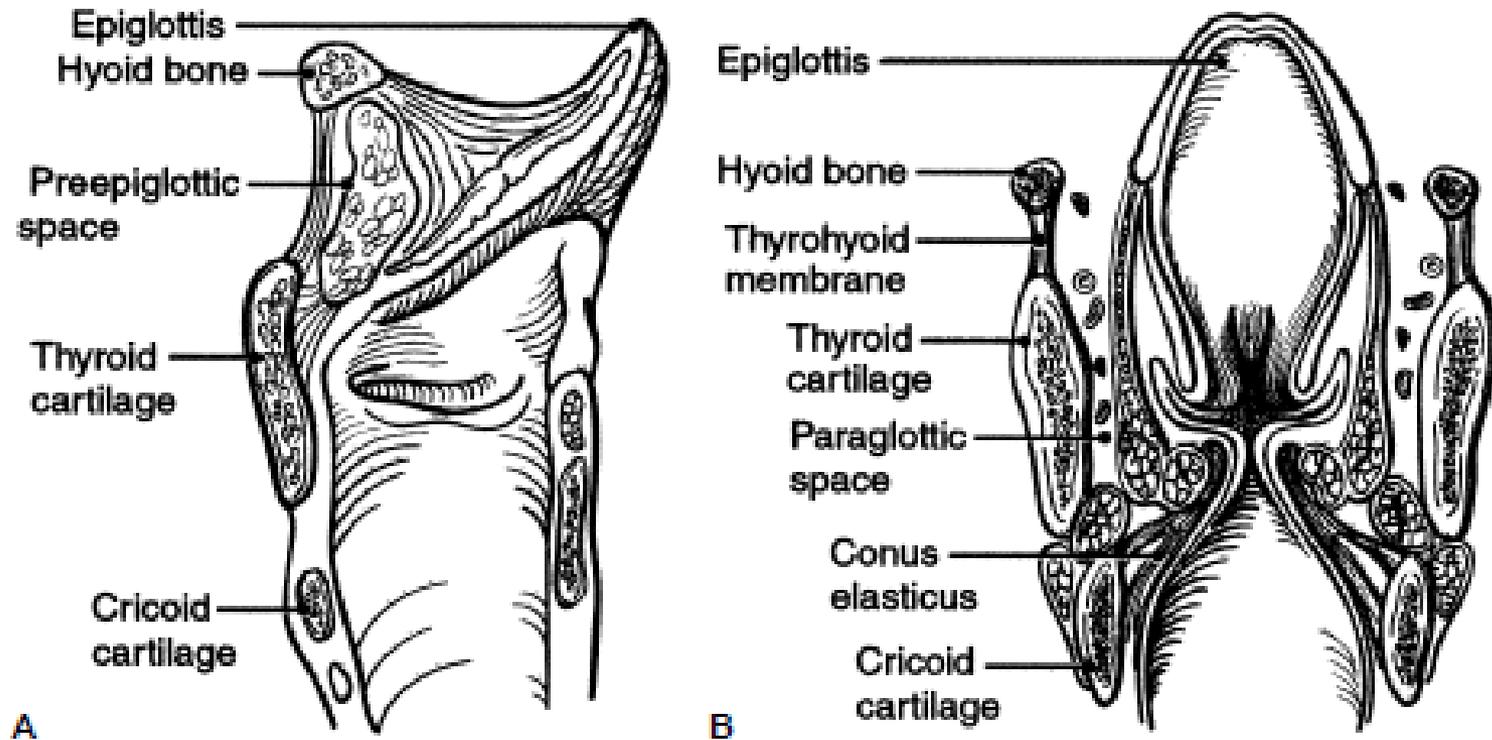
# Patologia



# Anatomia Cirúrgica

- ▶ Laringe composta por esqueleto cartilaginoso – tireóide e cricóide
  - ▶ A cricóide é um arco completo, na lamina superior encontram-se as aritenóides
  - ▶ A cartilagem epiglote é impar, mediana e forma a parede anterior do ádito laríngeo
- 

# Anatomia Cirúrgica



A

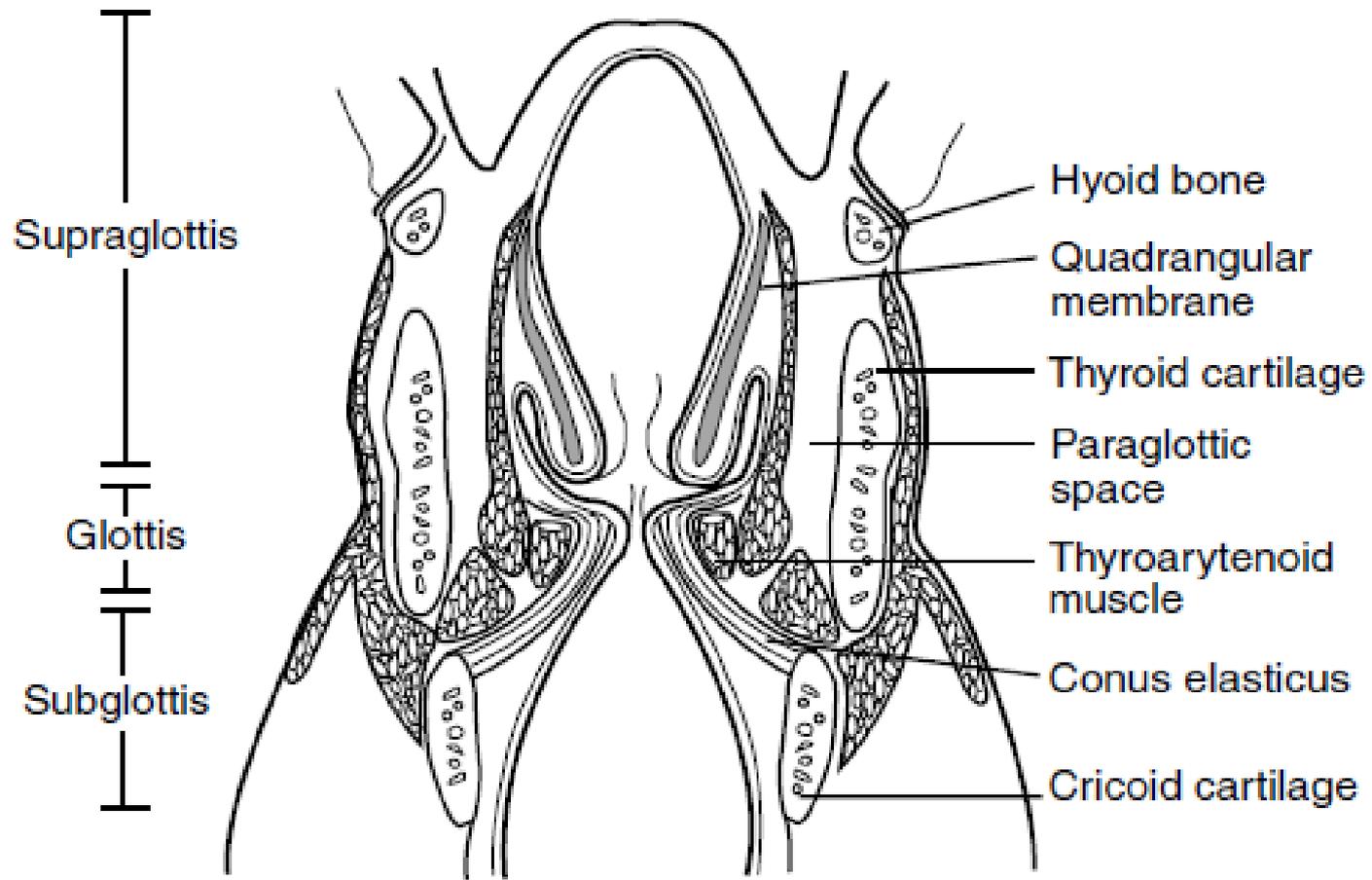
B

**Figure 8–2.** A, Sagittal section of larynx demonstrating the preepiglottic and B, coronal section of larynx demonstrating the paraglottic space.

# Anatomia Cirúrgica

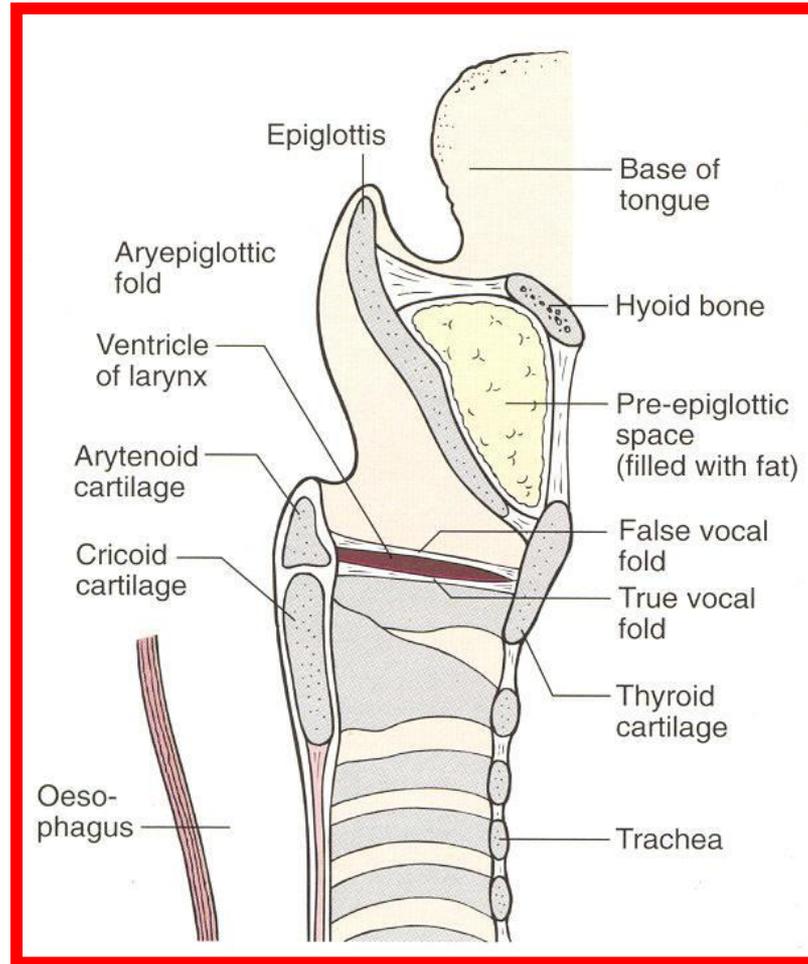
- ▶ Supraglote: Epiglote, espaço pré-epiglótico, pregas ariepiglóticas, aritenóides e bandas ventriculares
  - ▶ Glote: pregas vocais verdadeiras, comissuras anterior e posterior. Espaço de Reinke
  - ▶ Subglote: logo abaixo da glote até a borda inferior da cricóide
- 

# Anatomia Cirúrgica

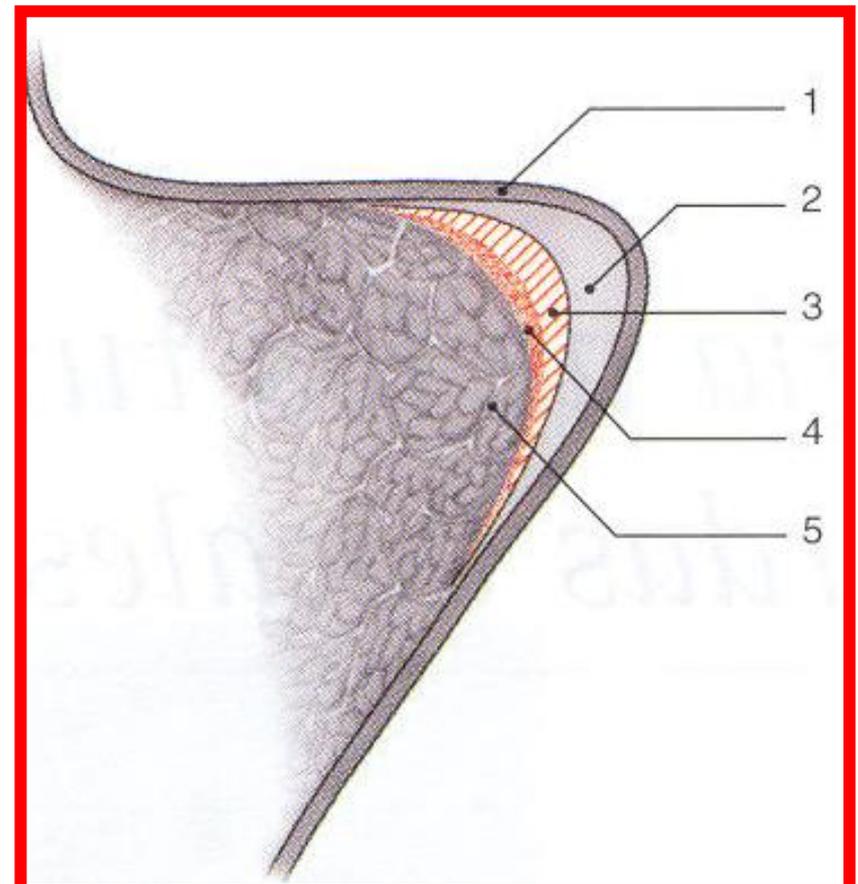
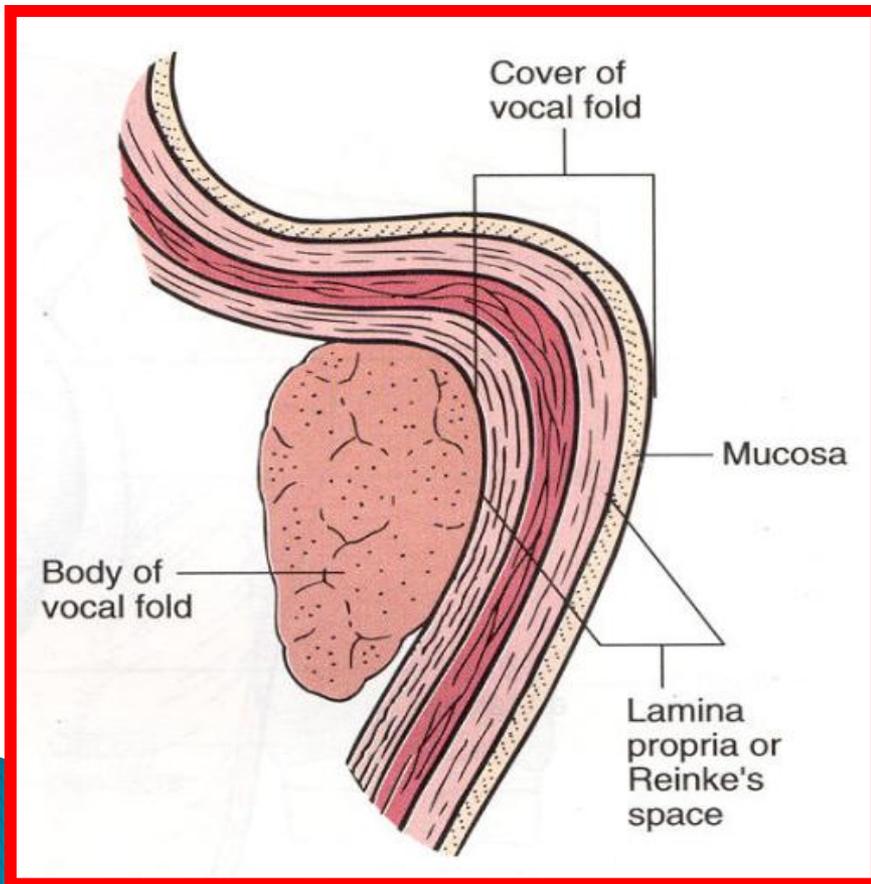


Coronal section of the larynx demonstrating the barriers and divisions of the larynx

# Anatomia Cirurgica



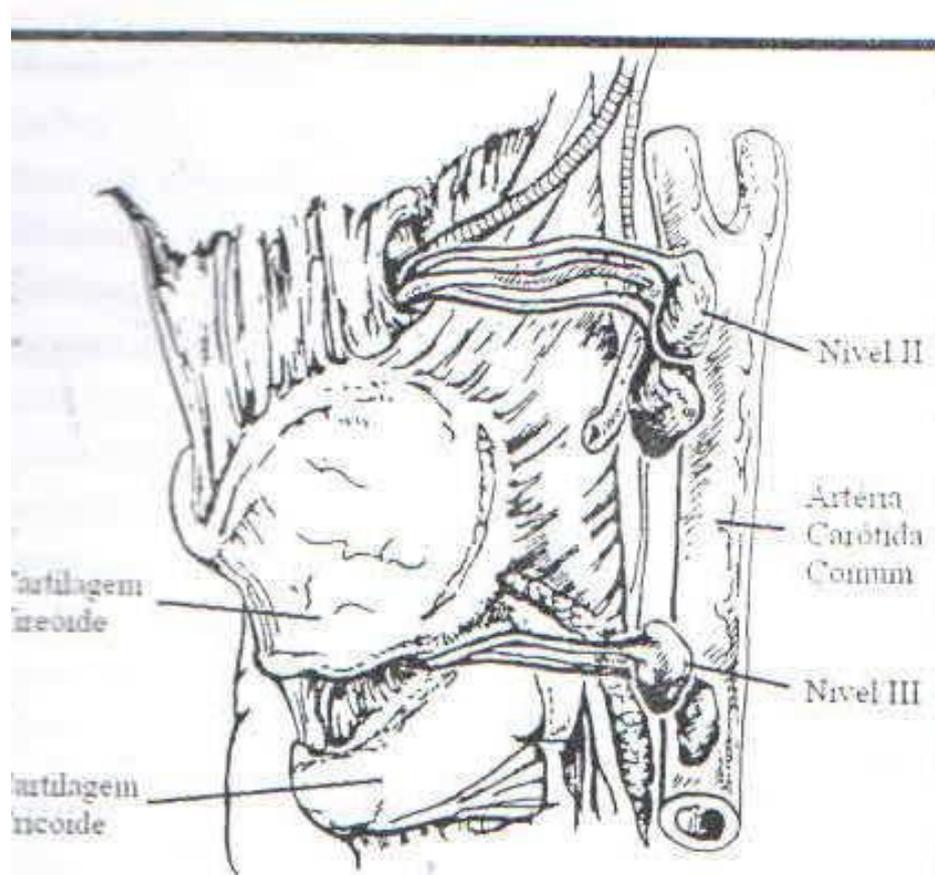
# Anatomia Cirurgica



# Anatomia Cirúrgica

- ▶ Irrigação: artérias laríngeas superiores e inferiores
- ▶ Inervação: Nervos laringeos superiores e recorrentes
- ▶ Drenagem linfática: cadeia jugulo-carotídea (II, III e IV). Subglote: linfonodos pré-laríngeos, paratraqueais e recorrentiais

# Anatomia Cirúrgica



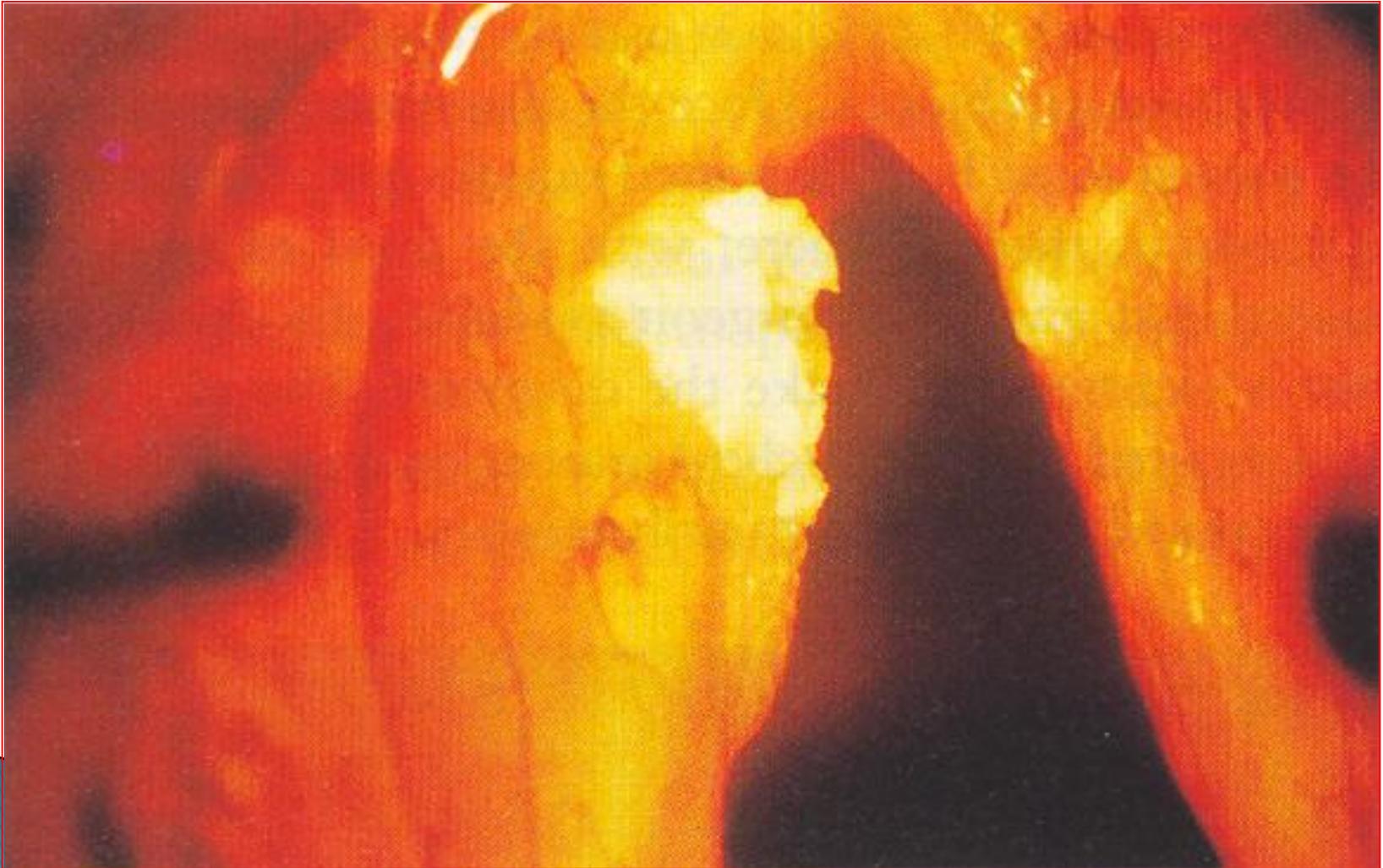
# Diagnóstico

- ▶ Quadro clínico: rouquidão progressiva, evoluindo com insuficiência respiratória. Extensão para supra-glote: odinofagia; para hipofaringe: disfagia

# Diagnóstico

- ▶ Exame loco-regional completo
  - ▶ Laringoscopia indireta e direta acoplada preferencialmente ao monitor
  - ▶ Diagnóstico histopatológico é dado a partir de biopsias obtidas por exame endoscópico
  - ▶ Laringoscopia de suspensão em caso de dificuldade nos métodos endoscópicos
- 

# Diagnóstico



# Diagnóstico

- ▶ Métodos de imagem: TC cervical – importante para avaliar metástase cervical, extensão subglótica, critérios de operabilidade
  - ▶ Radiografia de tórax em PA e perfil: avaliar metástase pulmonar e TU sincrônico
  - ▶ EDA: avaliar 2º TU primário
- 

# Diagnóstico

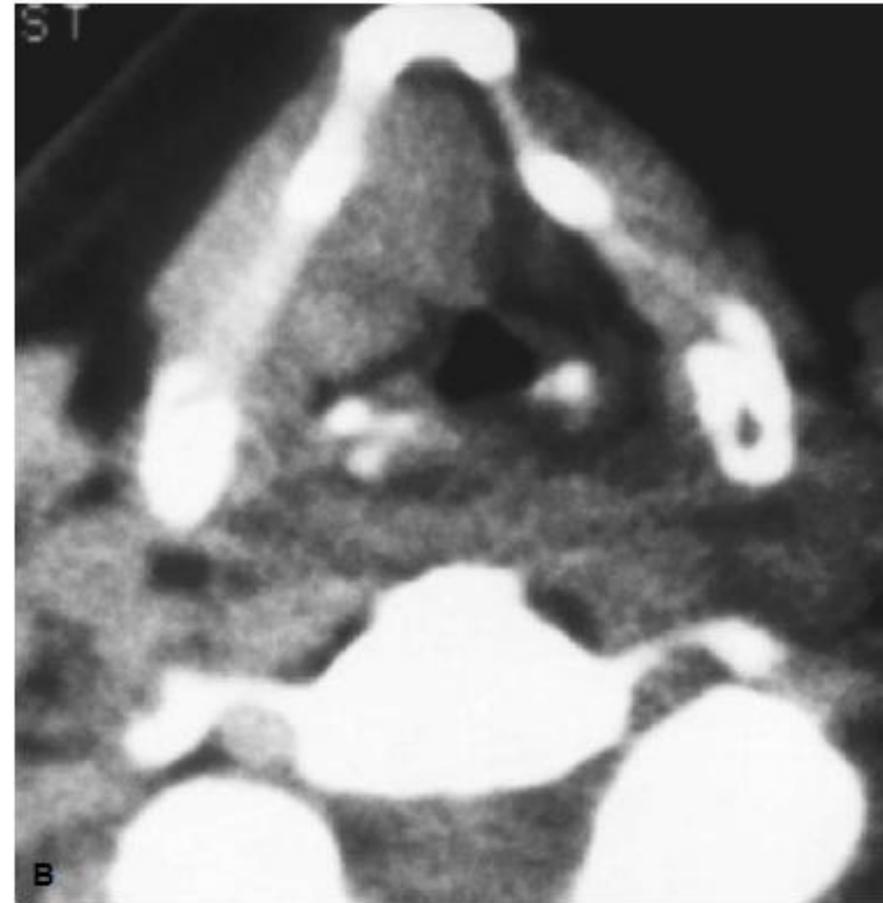
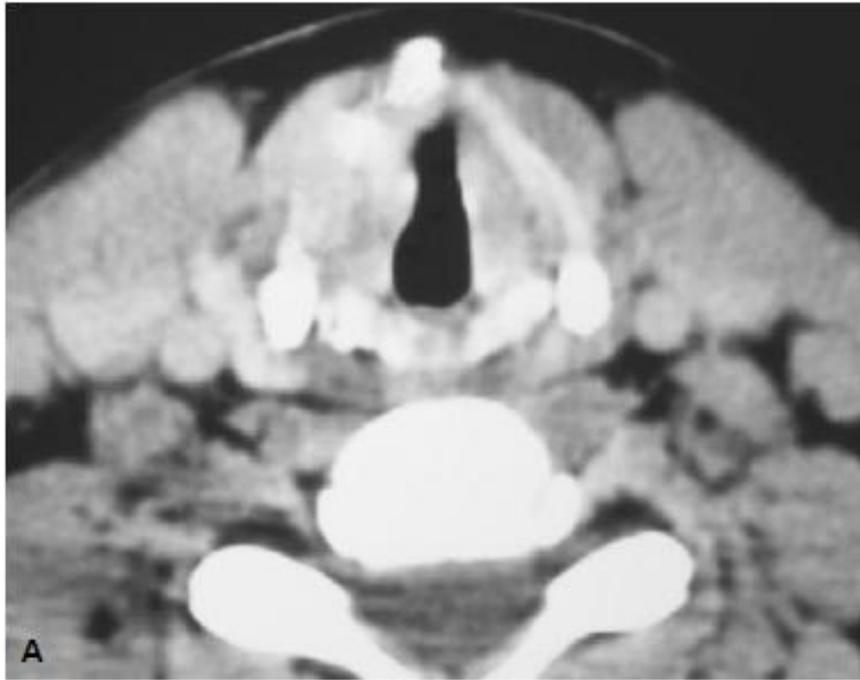


Figure 8-5. A, Axial CT of advanced laryngeal primary tumor demonstrating paraglottic involvement and cartilage destruction but without extension into the soft tissues of the neck. B, Axial CT of advanced laryngeal primary tumor demonstrating cartilage destruction and extension into the soft tissues of the neck.

# Estadramento

## AJCC STAGING OF CARCINOMA OF THE LARYNX

### Supraglottis

- T1: Tumor limited to one subsite of the supraglottis with normal vocal cord mobility
- T2: Tumor invades mucosa of more than one adjacent subsite of the supraglottis or glottis or region outside the supraglottis (eg, mucosa of the base of tongue, valleculae, medial wall of pyriform sinus) without fixation of the larynx
- T3: Tumor limited to the larynx with vocal cord fixation and/or invades any of the following: postcricoid area, preepiglottic tissues
- T4: Tumor invades through the thyroid cartilage, and/or extends into the soft tissues of the neck, thyroid and/or esophagus

### Glottis

- T1: Tumor limited to the vocal cord(s) (may involve anterior or posterior commissure) with normal vocal cord mobility
  - T1A: Tumor limited to one vocal cord
  - T1B: Tumor involves both vocal cords
- T2: Tumor extends to the supraglottis and/or subglottis, and/or with impaired vocal cord mobility
- T3: Tumor limited to the larynx with vocal cord fixation
- T4: Tumor invades through the thyroid cartilage and/or extends to other tissues beyond the larynx (eg, trachea, soft tissues of the neck, including thyroid, pharynx)

### Subglottis

- T1: Tumor limited to the subglottis
- T2: Tumor extends to the vocal cord(s) with normal or impaired mobility
- T3: Tumor limited to the larynx with vocal cord fixation
- T4: Tumor invades through the cricoid or thyroid cartilage and/or extends to other tissues beyond the larynx (eg, trachea, soft tissues of the neck, including thyroid, esophagus)

# Estadramento

## Neck

N0: No regional lymph node metastasis

N1: Ipsilateral lymph node metastasis  $\leq 3$  cm

N2: Lymph node metastasis in a single ipsilateral lymph node  $> 3$  cm and  $\leq 6$  cm, or in multiple lymph nodes none more than 6 cm (including bilateral nodal metastasis)

N2A: Lymph node metastasis in single ipsilateral lymph node  $> 3$  cm and  $\leq 6$  cm

N2B: Lymph node metastasis in multiple ipsilateral lymph nodes all  $\leq 6$  cm

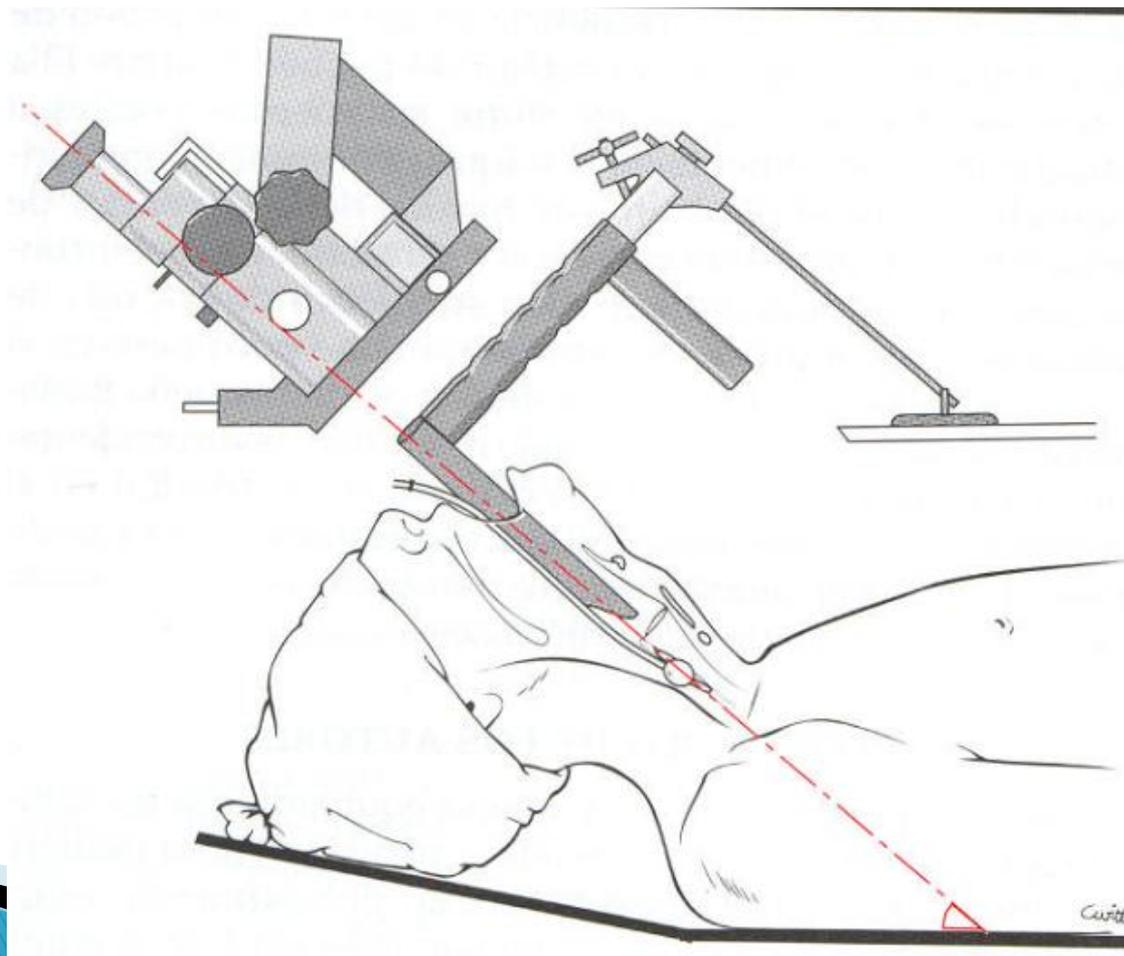
N2C: Lymph node metastasis in bilateral or contralateral lymph nodes all  $\leq 6$  cm

N3: Lymph node metastasis  $> 6$  cm

# Tratamento

- ▶ Diversas modalidades de tratamento associando RT e QT.
  - ▶ Cirurgias conservadoras em tumores T1, T2 e T3 selecionados
  - ▶ Em tumores T1 glóticos realiza-se cordectomia por via endoscópica com LASER
- 

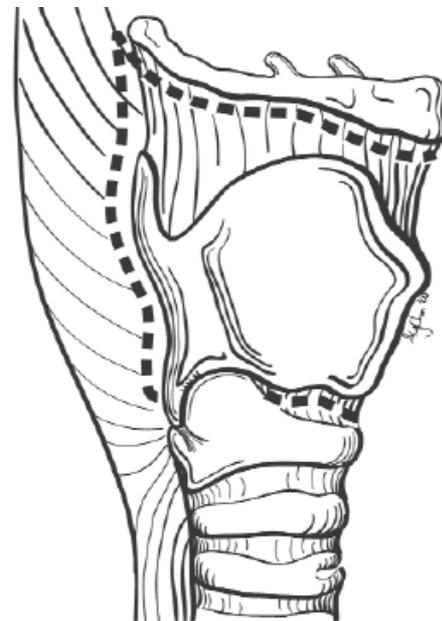
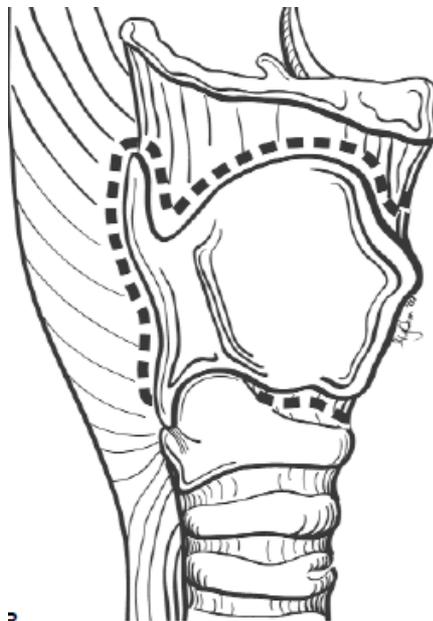
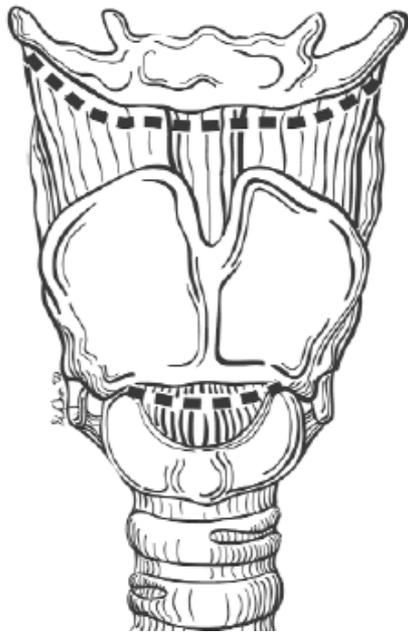
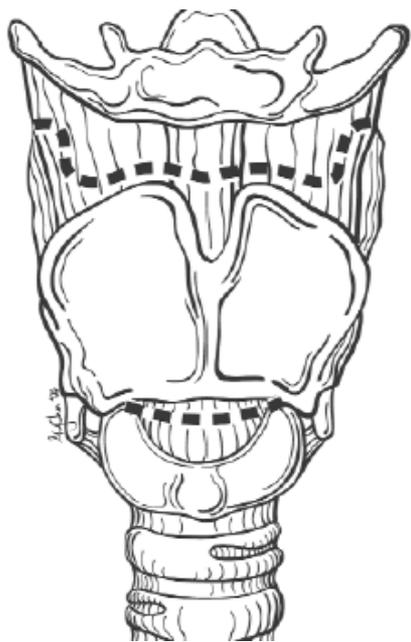
# Tratamento



# Tratamento

Laringectomias Parciais verticais	Laringectomias parciais horizontais
Corpectomia	Supraglótica
Fronto-Lateral	Supracricóide
Frontal anterior	“Near total”
Hemilaringectomia	

# Tratamento



# Tratamento

- ▶ Laringectomia Near Total: idealizada por Pearson, só poderá ser realizada quando houver possibilidade de uma aritenóide livre
- ▶ Laringectomia total: tumor com extravasamento extralaringeo, invasão cartilaginosa, invasão de ambas as aritenóides

# Tratamento

## *Câncer Supraglótico*

- ▶ Tumores T1 e T2: microcirurgia ou radioterapia ou laringectomia supraglótica
- ▶ Tumores T3 e T4: laringectomia total ou preservação de função quando possível

# Tratamento

## *Câncer Glótico*

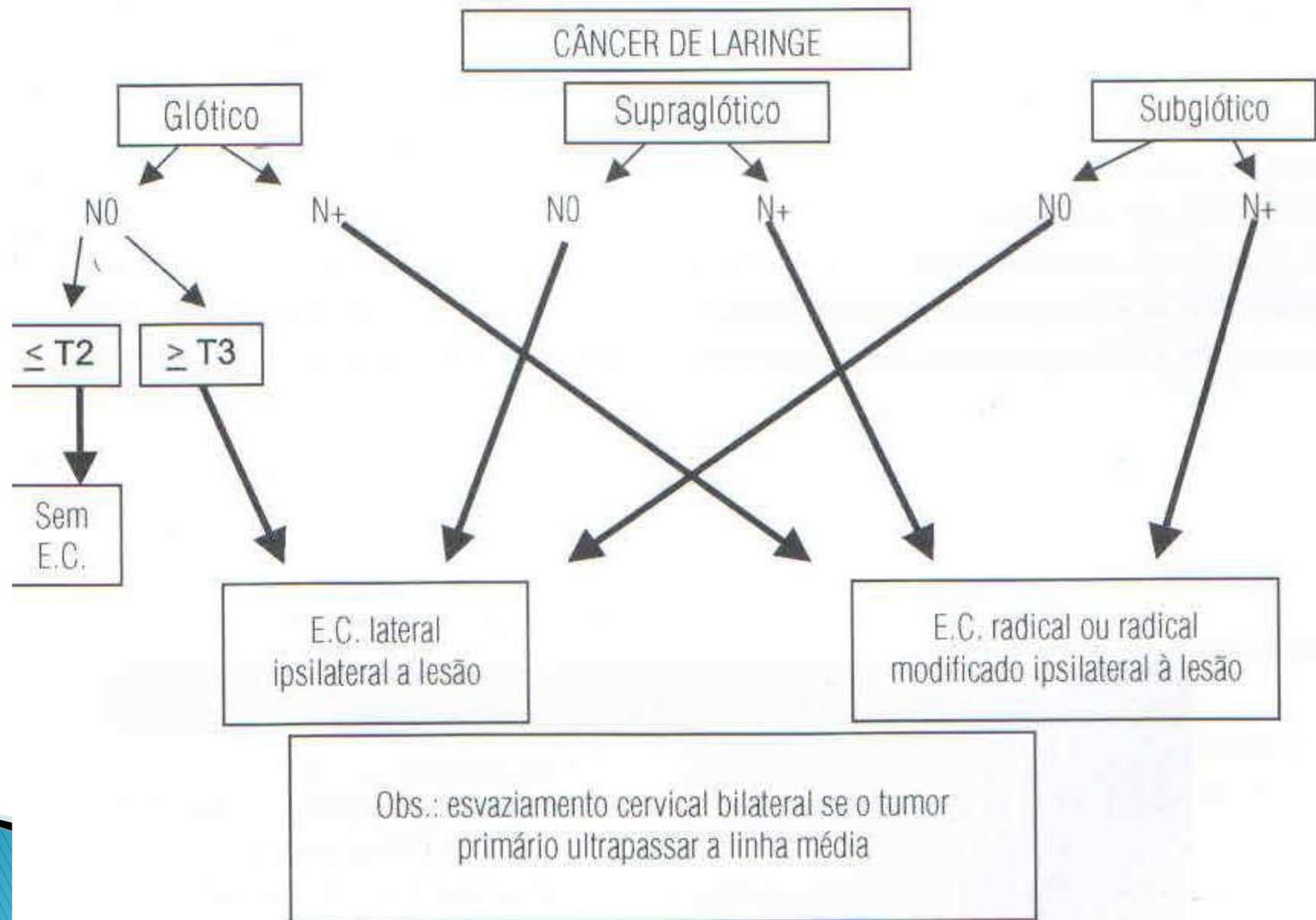
- ▶ CA in situ: cirurgia endoscópica
- ▶ Tumores T1a: cirurgia endoscópica ou RT
- ▶ Tumores T1b e T2: laringectomia frontal (acometimento de comissura anterior) ou laringectomia horizontal (SCCHEP)
- ▶ Tumores T3: laringectomia horizontal SCCHEP ou total
- ▶ Tumores T4: Laringectomia total

# Tratamento

## Cancer subglótico

- ▶ Tumores T1: raramente diagnosticados, RT exclusiva
- ▶ Demais tumores: Laringectomia total

# Tratamento



# Tratamento

Tabela 2 – Fatores indicativos de radioterapia pós-operatória.

Fatores Tumorais	Fatores linfonodais
Grau de diferenciação Invasão angio-linfática Invasão perineural Estadiamento avançado Margens escassas/comprometidas	Pescoço positivo > N1 Presença de linfonodo comprometido fora das primeiras estações de drenagem ("skipp" metástase).

# Prognóstico

- ▶ Depende da localização e estadiamento
  - ▶ Supraglote: pior prognóstico
  - ▶ Presença de metástase linfonodal: queda da sobrevida em 50%
  - ▶ Tumores de glote e subglote: sobrevida em 5 anos de 80%; supraglote: 50%
  - ▶ Necessidade de traqueostomia prévia: diminuição da sobrevida
- 