

ASPECTE TERAPEUTICE ÎN CANCERUL LARINGIAN

II. Bazele teoretice și practice ale terapiei laringelui canceros

dr. V. Pop

După cum am arătat într-un articol precedent *, actualmente dispunem de două metode terapeutice active în combaterea cancerului: chirurgia și iradierea. Aceste metode, au înregistrat în ultimul sfert de veac o continuă ameliorare a rezultatelor terapeutice. Această ameliorare a fost posibilă grație perfecționării continue a procedeelor tehnicii chirurgicale, de iradiere, a metodelor de anestezie și reanimare, precum și antibioterapiei (prin care se înlătură complicațiile infecțioase grave, ce pot surveni după intervențiile chirurgicale și chiar și după iradiere).

Cu toate progresele înregistrate în ultimul timp în domeniul chimioterapiei antimitotice, cu tot arsenalul vast al substanțelor citostatice, încă nu putem vorbi — cel puțin deocamdată — decît despre ameliorări tem-

* Rev. Med. (1972), 18, 1, 59

porare, nu de vindecări de durată, în terapia cancerului. Cît despre imunoterapie, aceasta este metoda de care se leagă multe speranțe de viitor în combaterea cancerului.

În terapia oncologică, chirurgia și iradierea pot fi utilizate izolat sau în asocieri.

Experiența a arătat că în cancerul de laringe cele două metode fiind considerate izolat, avantajele chirurgiei sînt net superioare celor ale iradierii. Asociate într-un anumit mod, ele pot oferi bolnavului un surplus de securitate. Acestei opinii pare să i se ralieze cea mai mare parte a specialiștilor de prestigiu, cu o bogată experiență în domeniul patologiei oncologice din sfera ORL.

Cum utilizăm aceste două metode? În ce mod trebuie efectuată asocierea lor? Este greu de dat un răspuns acestor întrebări, atîta vreme cît și una și cealaltă prezintă atît avantaje cît și inconveniente, fără însă ca avantajele uneia să se sumeze cu avantajele celeilalte și fără ca astfel să-și acopere reciproc dezavantajele. Pe parcursul ultimelor 2—3 decenii au fost date diverse scheme de tratament, unele preconizînd iradierea, altele acordînd prioritate chirurgiei și numai în cazul eșuării acesteia recurgînd la aplicarea celeilalte metode.

Actualmente pare să existe o tendință de unificare a opiniilor, cu o oarecare elasticitate în modul de apreciere a indicațiilor privind asocierea celor două metode.

Așa bunăoară, în Anglia, *Ledermann* practică iradierea în toate cazurile de cancer laringian, ținînd bolnavul sub o supraveghere permanentă. În cazurile de eșec recurge la exereza totală a laringelui. Aceeași metodă a fost utilizată în Franța, într-o vreme, de către *Aubry* și *Baclesse*, însă actualmente, datorită perfecționării metodelor chirurgicale și a unei mai bune depistări precoce, se acordă prioritate chirurgiei, iradierea ca metodă asociată fiind utilizată în marea majoritate a cazurilor după intervenție (*Leroux-Robert, Calvet, Piquet, Mounier-Kuhn* etc.)

Această atitudine domină cea mai mare parte a scolilor ORL din Europa și chiar din America de Nord și din America Latină.

În țara noastră, majoritatea chirurgilor ORL oncologi, par să fi adoptat aceeași metodă.

Iradierea în „sandwich“ a tumorilor laringiene este preferată de unii, condamnată de alții. În orice caz este cu totul greșită părerea, care mai persistă pe alocuri, că acest mod de iradiere ar putea modifica indicația chirurgicală inițială. O tumoră pretabilă pentru o laringectomie totală nu poate fi convertită, în cursul unui tratament prin iradiere, într-o tumoră operabilă prin chirurgie conservatoare. Indicația operatorie rămîne aceeași, indiferent de doza radiantă administrată pre-operator.

Dacă prin iradiere se obțin rezultate evidente după administrarea a jumătate din doza tumorală, se poate continua tratamentul cu administrarea celeilalte jumătăți de doză, în speranța obținerii unei sterilități totale a laringelui și cu posibilitatea practicării chirurgiei în caz de eșec, dar fără modificarea primei indicații operatorii. Dacă pînă la jumătatea dozei nu se obține un rezultat satisfăcător, se va trece la tratamentul chirurgical, indicația inițială rămînînd aceeași.

Considerăm că, pentru tumorile justițiabile de la început pentru o chirurgie conservatoare este preferabilă intervenția, adaptată de la caz la caz, cu sau fără extirparea concomitentă a lanțurilor ganglionare satelite, fără iradierea prealabilă, însă cu iradierea postoperatorie în cazul formelor limfocitare (localizările supraglotice și subglotice).

Chirurgia după iradierea totală se efectuează numai în cazurile unde nu există o altă alternativă.

Din statisticele unor specialiști de mare prestigiu rezultă că, abordarea chirurgicală a regiunii cervicale după aplicarea unei doze totale de radiații — în scopul îndepărtării unui laringe canceros — se soldează cu multe complicații, între care cele mai redutabile sînt suprainfecțiile postoperatorii, eliminarea de sfaceluri mari și hemoragiile grave. În urma sfacelurilor rezultă fistule faringiene largi, extrem de greu de stăpînit, unele putînd să dureze luni, chiar ani, după care refacerea peretelui faringocervical este de lungă durată. Sfacelurile se pot întinde pînă la pereții vaselor mari, dînd loc la rupturi carotidiene, cu consecințe fatale fulgerătoare (*Cachin*). Alte ori aceste efecte pot surveni tardiv, la cîteva luni sau chiar 1—2 ani după intervenția soldată aparent cu o vindecare satisfăcătoare. Asemenea cazuri am observat și noi.

Fistulele apar de obicei ca efecte ale supradozării, dar ele se pot instala și după respectarea riguroasă a dozelor. Vindecările per primam ale plăgilor de laringectomie după iradierea totală sînt excepții.

După iradiere poate apărea un edem difuz al coroanei laringiene care îngreunează în caz de intervenție și mai mult delimitarea tumorii. Este foarte dificil de apreciat în ce măsură edemul este datorat tumorii sau a survenit ca o reacție datorită iradierii. Nu trebuie uitat că laringele este un organ cavitătar, în mod normal septic, că un neoplasm se infectează, că iradierea favorizează exacerbarea florei microbiene, dînd loc adesea la complicații supurative locale redutabile: pericondrite, condrite, abcese intratumorale. Toate acestea influențează negativ iradierea, iar dacă pe un asemenea teren mai este necesară o intervenție, se înțelege că aceasta este pasibilă de alte complicații ulterioare.

Este un fapt constatat că singurele forme clinice tumorale influențate favorabil de iradiere sînt formele exofitice, vegetante, conopidiforme. Formele ulcerative și mai ales infiltrative sînt în mod obișnuit radiorezistente. Dar rareori se întîlnesc forme vegetante pure. Acestea se infectează, se ulcerează, transformînd o formă vegetală pură în formă ulcero-vegetantă, sau infiltro-vegetantă, împiedicînd penetrația razelor și favorizînd în și mai mare măsură dezvoltarea proceselor inflamatorii prin diminuarea rezistenței țesuturilor sănătoase de vecinătate.

Faptul că, pe parcursul iradierii se pot produce exacerbări, manifestate prin creșteri rapide ale tumorii, se datorește probabil atingerii țesuturilor normale supuse dozelor radiante puternice.

Din aceste motive noi preferăm iradierea totdeauna după intervenție, niciodată înainte.

Nu indicăm iradierea în scop curativ de cît bolnavilor care au refuzat categoric intervenția. Nu practicăm iradierea în „sandwich“, deoarece marea majoritate a bolnavilor, dacă simt o ameliorare după aplicarea unei doze de radiații, refuză intervenția. De obicei părăsesc spitalul cu promisiunea de a se reîntoarce pentru intervenție, dar nu mai revin decît cu mare întîrziere, cînd fie că nu se mai poate practica decît o laringectomie totală, fie că realmente nu se mai poate face nimic.

Numai în împrejurări deosebite indicăm iradierea în scop curativ. Este vorba de localizarea cancerului sub formă de burjeon, la nivelul treimii anterioare a coardei vocale, unde chirurgical se indică o cordectomie.

Indicația pentru iradiere o facem ținând seama de starea generală a bolnavului, de starea lui socială (profesionist vocal, profesor, avocat etc.). În celelalte cazuri preferăm intervenția, care este urmată de o vindecare rapidă (cîteva zile), și numai de o ușoară alterare a funcției fonatorii. Este verificat că în această localizare rezultatele chirurgiei se suprapun în timp cu cele ale iradierii, cînd este vorba însă de leziuni ulcerative, sau infiltrative, intervenția este de preferat iradierii. De asemenea, în focarele burjonante unde după aplicarea jumătății dozei tumorale radiante nu s-au obținut rezultate vizibile, concretizate prin dispariția totală a tumorii, este mai bine să nu se continue iradierea și să se intervină chirurgical.

Indicațiile diverselor metode operatorii, în funcție de localizarea leziunilor și de extinderea acestora, se bazează pe principii bine studiate, bine codificate.

Intervenția vizează în primul rînd extirparea totală a tumorii, împreună cu țesutul sănătos peritumoral suficient de mare în toate planurile. Tumoarea nu trebuie să fie atinsă cu degetele și instrumentele cu care se lucrează în țesutul sănătos, pentru a evita însămințările intraoperatorii.

Extirparea unei tumori laringiene poate fi efectuată în funcție de localizare și de extindere, împreună cu o porțiune din laringe și cu păstrarea unei alte porțiuni sănătoase care să asigure bolnavului o funcționalitate totală sau parțială a organului (laringectomie parțială); sau extirparea tumorii se efectuează împreună cu întregul organ (laringectomie totală); sau, în fine, extirpînd anumite porțiuni din faringe, atît în cazul laringectomiilor parțiale cît și în cazul celor totale.

Chirurgia parțială-funcțională a laringelui canceros este posibilă deoarece s-a observat că o formațiune tumorală malignă localizată la nivelul unui etaj oarecare al laringelui rămîne multă vreme cantonată, respectiv limitată, ca și cum în calea expansiunii ei ar exista unele obstacole, unele bariere (*Baclesse, Leroux-Robert*). O tumoare laringiană cu punct de plecare de la nivelul unei coarde vocale rămîne timp îndelungat cantonată la etajul glotic. Ea se dezvoltă în volum de-a lungul coardei vocale respective, fără să cuprindă în expansiune celelalte etaje ale laringelui. Mai mult chiar, tumoarea unei coarde vocale rămîne localizată, mult timp, la coarda vocală respectivă. Depășirea comisurii anterioare spre coarda vocală opusă, intervine într-o fază tardivă a evoluției tumorale. Aritenoidul rămîne de asemenea indemn o lungă perioadă de timp. Extinderea tumorii spre coarda opusă, spre aritenoid, spre etajele supra- și subglotice se produce într-o fază tardivă a evoluției tumorale. Au fost observate tumori glotice voluminoase, ocupînd aproape în totalitate spațiul glotic, fără ca acestea să depășească etajul laringian respectiv.

Tumorile supraglotice au un comportament similar, dar diferențiat pentru diversele segmente ale acestui etaj. Tumorile situate în porțiunea liberă a epiglotei, pe fața posterioară sau anterioară a acesteia, se extind mai mult în sens latero-lateral (cele de pe marginea liberă și de pe fața posterioară), invadează valeculele și baza limbii (cele cu punct de plecare de pe fața anterioară), dar lasă multă vreme liber segmentul mijlociu și inferior al vestibulului (fața laringiană a epiglotei în porțiunea ei fixă și benzile ventriculare). Aceste tumori tind să se oprească în expansiunea lor la nivelul unui plan orizontal ce trece prin osul hioid și la nivelul ligamentului hioepiglotic, expansiunea lor efectunîndu-se în toate direcțiile deasupra acestui plan. Tot aci sînt încadrate tumorile valeculilor.

Aceeași comportare o au tumorile cu punct de plecare de pe benzile ventriculare sau de pe fața laringiană a epiglotei în porțiunea ei fixă. Acestea se dezvoltă în două planuri, unul cel menționat mai sus — corespunzător hioidului și membranei hio-epiglotice, planul superior — celălalt, planul inferior, tot un plan orizontal.

fiind format de fața superioară a coardelor vocale continuată cu planșeul ventriculului lui Morgagni, în partea anterioară și mijlocie, iar în partea posterioară lăsând neatinși cei doi aritenoiți, însă invadând rapid loja preepiglotică.

De obicei cancerelor supraglotice iau naștere pe fața laringiană a epiglotei (în porțiunea fixă), întinzându-se apoi în formă de potcoavă spre cele două benzi ventriculare, mai mult într-o parte; rareori au punctul de plecare pe una din benzile ventriculare, având aceeași evoluție. Aceste cancere perforază destul de rapid cartilajul epiglotei și invadează loja tirohioepiglotică.

Aceste observații clinice au dus la concluzia că, expansiunea tumorilor maligne laringiene se produce între limitele planurilor de sutură ale diverselor elemente embrionare de origine diferită, care alcătuiesc laringele.

Etajul supraglotic formează o veritabilă unitate pe plan anatomic și pe plan chirurgical, existind o separare netă între acest etaj și etajul glotic subiacent, această separare fiind situată la nivelul fundului de sac al ventriculului lui Morgagni (*Rebattu, Charachon*).

Anatomo-chirurgical etajul laringian glotic, sub aspect oncologic nu poate fi separat de loja preepiglotică (tirohioepiglotică); aceasta fiind frecvent invadată în cancerelor supraglotice care străbat cartilajul epiglotic sau pătrund la acest nivel prin punctele laterale slabe ale lui Truffert și Viéla. De aceea chirurgia oncologică a etajului supraglotic trebuie să se adreseze simultan și lojei preepigloteice.

După *Petrantoni și Bocca*, din punct de vedere carcinologic, pe plan anatomic, vestibulul laringian nu cuprinde porțiunea liberă a epiglotei. În sfârșit, după aceiași autori trebuie eliminată opoziția dintre fața laringiană și fața linguală a epiglotei. Elementele de opoziție privind epiglota constau între cele două porțiuni ale acesteia: porțiunea liberă și porțiunea fixă, limita de separare între acestea fiind constituită din membrana sau ligamentul hioepiglotic (*Rebattu și Charachon*).

Anatomo-chirurgical planurile în care se efectuează intervențiile parțiale, respectă planurile de dezvoltare ale tumorilor. Astfel, tumorile limitate la etajul glotic se extirpă în plan vertical, cele situate în etajul supraglotic în plan orizontal (*Leroux-Robert*).

Aceasta este o clasificare destul de schematică, însă ea corespunde unei realități oncologice anatomo-chirurgicale. Toate intervențiile de ordin oncologic efectuate pe laringe, fie parțiale, fie totale, trebuie să vizeze extirparea totală a tumorii, asigurându-se o suficientă limită de securitate, în scopul evitării recidivelor locale. Nu se poate porni de la principiul că în cazul eșuării unei intervenții parțiale soldată cu o recidivă locală se va putea efectua o totalizare ulterioară. Foarte rar recidivele survenite după intervenții parțiale mai pot fi totalizate cu succes; fie că bolnavii nu mai acceptă o a doua intervenție, fie că vin prea târziu când recidiva locală se extinde la porțiuni învecinate ale faringelui, fie în sfârșit, că o dată cu recidiva se produc invazii ganglionare satelite mult mai greu de stăpînit sau care nu se mai pot stăpîni din punct de vedere terapeutic.

În principiu, fie că este vorba de o chirurgie în plan vertical sau în plan orizontal, aceasta trebuie să asigure statica laringelui restant, capabilă să confere o funcționalitate totală sau cel puțin parțială a organului. Aceasta se realizează prin conservarea integrală sau cel puțin parțială a cartilajului cricoid și a aritenozilor (tehnice chirurgicale actuale permit îndepărtarea unui aritenoid cu o bună funcționalitate laringiană), cu conservarea ligamentelor coarnelor tiroidului, sau în lipsa acestora, cu con-

servarea musculaturii prelaringiene sau, în sfârșit, în lipsa și a acestora prin fixarea laringelui restant la osul hioid sau la baza limbii.

Laringectomiile parțiale în plan vertical sînt: laringectomia fronto-laterală, laringectomia frontală anterioară și hemilaringectomia. Cordectomia realizată prin tirotomie sau laringofisură constituie un tip de intervenție aparte.

Laringectomia parțială realizată în plan orizontal este laringectomia orizontală supraglotică descrisă de *Alonso* și perfecționată de alți autori (*Leroux-Robert*, *Portmann* și alții). Tot aici sînt încadrate: epiglotectomia (*Leroux-Robert*), tirohioepiglotectomia (*Huet*) și hiosubglosoepiglotectomia (*Mounier-Kühn*). Cele trei tipuri de intervenție din urmă, nu realizează în fond laringectomia propriu-zisă, ci epiglotofaringectomia. Noi am descris un tip de laringectomie parțială (aritenoidectomia) cu indicații foarte restrînse — în leziunile foarte incipiente localizate la unul din aritenoi.

În cadrul acestor tipuri de intervenții parțiale au fost descrise multe alte variante bazate pe aceleași principii, dar cu lărgirea exerezei în funcție de extinderea tumorală — însă toate tinzînd să realizeze aceleași obiective — evitarea mutilării bolnavului și în consecință conservarea funcțiilor laringiene. Nu insistăm asupra indicațiilor fiecărui tip de intervenție, acestea fiind larg dezbătute în literatura de specialitate și în bună parte reieșind din principiile care stau la baza chirurgiei laringiene funcționale, care reprezintă un salt uriaș în chirurgia oncologică a laringelui.

Departate de noi ideea de a considera că am epuizat întreaga gamă de aspecte legate de problema vastă a clinicii și terapeuticii privitoare la cancerul de laringe.

Pentru a obține rezultate în timp, în terapia laringelui canceros este absolut necesar de a privi cancerul de laringe nu numai ca o maladie locală; dacă ar fi așa, cu o terapeutică locală prin iradiere, prin chirurgie sau prin asocierea acestor două metode s-ar putea obține rezultate satisfăcătoare cel puțin de lungă durată, dacă nu definitive, într-un procentaj foarte ridicat de îmbolnăviri. Dificultățile apar însă în momentul cînd localizările canceroase trebuie încadrate în formele loco-regionale, leziunile cuprinzînd „d'embrée“ de la început sau în perspectivă, cu un înalt grad de expansiune. nu numai organul lezat ci întreaga rețea limfatică regională satelită. În asemenea cazuri, datorită actualelor tehnici terapeutice aplicate la timp și judicios, sînt posibile recuperări de lungă durată, chiar definitive într-un important procentaj al cazurilor. Și mai gravă perspectivă — în marea majoritate a cazurilor — oferă formele difuze de cancer, unde în stadiul actual al cunoștințelor, posibilitățile terapeutice sînt total sau aproape total lipsite de eficiență.

Datorită considerentelor de ordin clinic și progreselor continue realizate pe plan terapeutic, numărul vindecărilor de durată în cancerul de laringe a marcat în ultimii ani o continuă creștere. Această stare de lucruri ar putea fi și mai mult ameliorată printr-o depistare cît mai precoce, printr-o muncă susținută de educație sanitară a maselor. printr-o mai atentă examinare a laringelui fiecărui bolnav.

Rămînem datori cu o completare a acestor considerații de ordin teoretic și practic cu privire la invazia ganglionară a tumorilor canceroase laringiene, pe care ne propunem s-o facem într-un viitor apropiat.

De la început am crezut că este oportun de a face o expunere a bazelor teoretice și practice legate de clinica terapiei cancerului de laringe, maladie cu un indice de frecvență în continuă creștere, pentru a da posibilitate specialistului otorinolaringolog să înțeleagă mai bine optica actuală a acestei probleme. În calitate de clinician și pentru motivele expuse pe parcurs, am insistat asupra aspectului chirurgical al terapiei laringelui canceros. Această chirurgie nu poate fi practică oriunde, oricând și oricum. Numai respectând cu rigurozitate principiile de bază ale acestei chirurgii, și prin aceasta respectând în primul rând bolnavul ca entitate socială, sîntem obligați să acoperim fiecare gest al nostru, de o cunoaștere cât mai exactă a problemei, de angajamentul nostru total, de răspunderea noastră totală.

Sosit la redacție: 29 iunie 1972.

