



Brazilian Journal of
OTORHINOLARYNGOLOGY

www.bjorl.org.br



EDITORIAL

Changing paradigms in treatment of larynx cancer☆

Mudando os paradigmas no tratamento do câncer de laringe

O conceito habitual de tratamento conservador do câncer de laringe é equivocadamente interpretado pelos clínicos. Geralmente esse conceito se refere a um tratamento menos agressivo. Mas o que se considera habitualmente como modalidade terapêutica menos agressiva é a radioterapia, para o câncer de laringe em fase inicial, e a quimiorradiação para a fase avançada desse câncer. Mas em comparação com a cirurgia os dois tratamentos não são menos agressivos, pois os pacientes são diariamente submetidos a doses elevadas de radioterapia, e quando a quimioterapia radiosensibilizante é acrescentada à radioterapia, a toxicidade mais do que dobra.¹ Esses efeitos tóxicos relacionados à mucosite, xerostomia, perda do paladar, neutropenia, comprometimento renal, perda da audição, toxicidade hepática são prejudiciais. Para pacientes T4 tratados com quimioterapia de indução, 56% tiveram que passar por uma laringectomia total de resgate.² Dentre os pacientes beneficiados com uma resposta completa e sem doença, 36% ficaram com uma laringe afunção, apesar da preservação do órgão.² O percentual de recidiva local foi significativamente mais elevado no grupo tratado com quimioterapia de indução.² A sobrevida livre de doença foi significativamente curta no grupo de quimioterapia, apesar de não ter sido estatisticamente significativa depois de transcorridos dois anos.² Examinando a amostra do estudo VA, 75% dos pacientes tinham lesões T1,T2 (10%) ou T3 (65%) e em sua maioria padeciam de cânceres supraglóticos (62%), com apenas 25% de lesões T4;² portanto nem todos os casos necessitariam de laringectomia total, e poderiam ter sido tratados com procedimento cirúrgico e preservação da função. Assim, se a amostra fosse formada exclusivamente com pacientes com lesões T4, os resultados teriam sido desapontadores. Em sua maioria, as recorrências de cânceres de laringe em fase inicial após a radioterapia oferecem maior dificuldade de reconhecimento em um cenário inicial de recorrência, e muitos desses casos necessitarão de uma laringectomia total de resgate.³ A laringectomia total de resgate em seguida à quimiorradiação resulta em maior percentual de complicações, por exemplo, fístulas faringocutâneas⁴, habitualmente dependendo do uso de um pedículo para proteção dos grandes vasos do pes-

coço, o que aumenta o tempo cirúrgico. Em recente revisão sistemática do banco de dados Cochrane,⁵ em pacientes com lesões T1 e T2 a sobrevida livre da doença é mais alta depois da cirurgia (100% e 79%, respectivamente), em comparação com a radioterapia (71% e 60%, respectivamente). Em uma meta-análise de opções terapêuticas para lesões T1a, também foi observado um percentual mais elevado de preservação da laringe em seguida à cirurgia transoral com laser, em comparação com o percentual pós-radioterapia.³ Para os casos de câncer de laringe em fase inicial, o custo da cirurgia transoral com laser representa metade das despesas com radioterapia,⁶ com desfechos vocais e de qualidade de vida comparáveis a essa última opção terapêutica, segundo uma revisão sistemática.⁷ As recomendações da American Society of Clinical Oncology, recentemente publicadas, sugerem o tratamento com preservação da função para lesões T1 e T2. Para aquela lesão T3 que necessite de laringectomia total, pode-se apelar para a quimiorradiação; para lesões T4, a recomendação é uma laringectomia total.⁸ De acordo com estudos de volumetria tumoral, quanto maior for o tumor, menor será sua resposta. Essa resposta de recidiva pode ser significativa para um volume tumoral superior a 23 cm³.⁹ As cirurgias de preservação da função variam desde a cirurgia transoral com laser até a laringectomia supracricóidea - todas com boa qualidade na fala e na deglutição. Para os pacientes tratados com laringectomia total, a voz pode ser reabilitada com a inserção de uma prótese vocal, por voz esofágica ou eletrolaringe. Devemos ter em mente a análise dos bancos de dados de dois registros norte-americanos, o SEER (Surveillance, Epidemiology, and end Results/Vigilância, Epidemiologia e Resultados Finais) e NCDB (National Cancer Data Base/Banco Nacional de Dados para o Câncer). Embora praticamente todos os cânceres humanos tenham aumentado a sobrevida livre da doença depois de cinco anos, para o câncer da laringe essa sobrevida está diminuindo, provavelmente em decorrência do maior número de opções terapêuticas não cirúrgicas.¹⁰ Portanto, torna-se necessário enfatizar o tratamento cirúrgico como o procedimento de rotina para o câncer de laringe, com cirurgias preservadoras da função ou com a laringectomia

DOI se refere ao artigo: 10.5935/1808-8694.20140021

☆Como citar este artigo: Chone CT. Changing paradigms in treatment of larynx cancer. Braz J Otorhinolaryngol. 2014;80:96-7.

total para lesões T4, a menos que o cirurgião se veja diante de um caso de lesão T1 ou T2 disseminada, ou de lesão T3 necessitando de laringectomia total.

Referências

1. Cooper JS, Pajak TF, Forastiere AA, Jacobs J, Campbell BH, Saxman SB, et al. Postoperative concurrent radiotherapy and chemotherapy for high-risk squamous-cell carcinoma of the head and neck. *N Engl J Med*. 2004;350:1937-44.
2. Induction chemotherapy plus radiation compared with surgery plus radiation in patients with advanced laryngeal cancer. The Department of Veterans Affairs Laryngeal Cancer Study Group. *N Engl J Med*. 1991;324:1685-90.
3. Abdurehim Y, Hua Z, Yasin Y, Xukurhan A, Imam I, Yuqin F. Transoral laser surgery versus radiotherapy: Systematic review and meta-analysis for treatment options of T1a glottic cancer. *Head Neck*. 2012;34:23-33.
4. Basheeth N, O'Leary G, Sheahan P. Pharyngocutaneous fistula after salvage laryngectomy: Impact of interval between radiotherapy and surgery, and performance of bilateral neck dissection. *Head Neck*. 2014;36:580-4.
5. Dev P, Arnold D, Wight R, Mackenzie K, Kelly C, Wilson J. Radiotherapy versus open surgery versus endolaryngeal surgery (with or without laser) for early laryngeal squamous cell cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(2):CD002027.
6. Higgins KM. What treatment for early-stage glottic carcinoma among adult patients: CO2 endolaryngeal laser excision versus standard fractionated external beam radiation is superior in terms of cost utility? *Laryngoscope*. 2011;121:116-34.
7. Spielmann PM, Majumdar S, Morton RP. Quality of life and functional outcomes in the management of early glottic carcinoma: a systematic review of studies comparing radiotherapy and transoral laser microsurgery. *Clin Otolaryngol*. 2010;35:373-82.
8. Pfister DG, Laurie SA, Weinstein GS, Mendenhall WM, Adelshtein DJ, Ang KK, et al. American Society of Clinical Oncology Clinical Practice. Guideline for the use of larynx-preservation strategies in the treatment of laryngeal cancer. *J Clin Oncol*. 2006; 24:3693-704.
9. Plataniotis GA, Theofanopoulou ME, Kalogera-Fountzila A, Haritanti A, Ciuleanu E, Ghilezan N. Prognostic impact of tumor volumetry in patients with locally advanced head-and-neck carcinoma (non-nasopharyngeal) treated by radiotherapy alone or combined radiochemotherapy in a randomized trial. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2004;59:1018-26.
10. Hoffman HT, Porter K, Karnell LH, Cooper JS, Weber RS, Langer CJ, et al. Laryngeal Cancer in the United States: Changes in demographics, patterns of care, and survival. *Laryngoscope*. 2006;116:1-13.

Carlos Takahiro Chone

*Departamento de Otorrinolaringologia, Cabeça e Pescoço,
Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP),
Campinas, SP, Brazil
E-mail: carloschone@uol.com.br (C.T. Chone).*