

Laringectomia total - Resultados clínicos e factores prognósticos

Total laryngectomy - Clinical outcomes and prognostic factors

Sónia Pereira • Filipa Oliveira • Eurico Costa • Pedro Montalvão • Miguel Magalhães

RESUMO

A escolha entre laringectomia total (LT) e quimiorradioterapia no tratamento dos estadios avançados dos tumores da laringe e hipofaringe mantém-se controversa.

No intuito de analisar resultados clínicos e funcionais das LT efectuadas no nosso serviço, avaliar eventuais factores com influência na sobrevivência e verificar o valor da tomografia computadorizada (TC) do pescoço no estadiamento, procedeu-se a estudo retrospectivo das LT efectuadas entre 2000 e 2004.

Dos 378 processos observados, a maioria apresentava tumores da laringe (72%), em estadio avançado (90%). A TC cervical permitiu um estadiamento correcto em 35% (mais frequentemente subestadiamento). A sobrevivência doença-específica aos 5 anos foi 59,5% e os factores com influência na mesma foram: origem laríngea, estadio N0-N1 e traqueotomia prévia.

Atendendo à elevada incidência de tumores em estadio avançado na nossa consulta e ao valor limitado da TC cervical, advoga-se atenção cuidada do Otorrinolaringologista por forma a garantir a selecção adequada dos doentes para quimiorradioterapia.

Palavras-chave: tumores da laringe e hipofaringe, estadio avançado, tomografia computadorizada cervical, sobrevivência, factores prognóstico.

ABSTRACT

The choice between total laryngectomy (TL) and chemoradiotherapy in the treatment of advanced laryngeal and hypopharyngeal tumors remains controversial.

Aiming to analyze clinical and functional outcomes of TL performed in our department, to identify prognostic factors and to verify the utility of computed tomography (CT) scan of the neck, we performed a retrospective study of TL performed between 2000 and 2004.

From the 378 observed patients, most of them presented laryngeal tumors (72%) in advanced stage (90%). The CT scan of the neck allowed for correct staging in only 35% of the patients. The overall 5-year disease-specific survival rate was 59.5% and the prognostic factors identified were: laryngeal tumor, N0-N1 stage and previous tracheotomy.

Given the high incidence of advanced tumors in our department and the limited value of neck CT scan, we recommend careful evaluation of such patients, in order to ensure adequate selection for chemoradiotherapy.

Keywords: laryngeal and hypopharyngeal tumors, advanced stage, CT scan of the neck, survival, prognostic factors.

INTRODUÇÃO

Os carcinomas pavimento-celulares da cabeça e pescoço representam 15% de todos os tumores e constituem o sexto tipo de tumor mais frequente em todo o mundo¹. Dentro deste grupo, os tumores da laringe e hipofaringe assumem particular importância, pela elevada incidência, morbidade e mortalidade (sobrevivências globais aos 5 anos de 65% e 35%, respectivamente).²⁻³ Apesar do avanço da Medicina nos últimos anos, estas taxas de mortalidade e sobrevivência têm-se mantido constantes, assistindo-se mesmo a uma diminuição ligeira da sobrevivência nas últimas duas décadas^{4,5}, coincidente com a introdução da quimiorradioterapia (QRT) no tratamento dos estadios avançados destes tumores.

O tratamento destes tumores, especialmente dos estadios avançados, mantém-se assim controverso. Se por um lado o tratamento “clássico” – laringectomia total (LT) – continua a ser o tratamento de referência nos tumores com atingimento das cartilagens laríngeas e/ou grande extensão locorregional (estadios iguais ou

Sónia Pereira

Centro Hospitalar de Lisboa Central – Hospital de São José, E.P.E.

Filipa Oliveira

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – Hospital Egas Moniz

Eurico Costa

Hospital Fernando da Fonseca

Pedro Montalvão

Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, E.P.E.

Miguel Magalhães

Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, E.P.E.

Correspondência:

Rua da Eira
n.º 6 R/C Esq Algés de Cima
1495-231 Algés
962604932
sonia.lopes.pereira@gmail.com
(59#mailto:soniapereira100@hotmail.com Congresso Nacional da Sociedade Portuguesa de ORL e Cirurgia Cérvico-Facial)

superiores a IVa), por outro a QRT tem ganho preferência no tratamento de tumores em estadio III, na tentativa de preservação do órgão.

Apesar das taxas de sobrevivência serem aparentemente idênticas entre os dois tratamentos⁶, os doentes submetidos inicialmente a QRT carecem de alternativas na recidiva e/ou persistência tumoral. A LT salvage é efectuada com maiores riscos, dificuldade e complicações (decorrentes da fibrose e más condições de cicatrização dos tecidos irradiados), e sem hipótese de radioterapia adjuvante. No entanto, na escolha entre LT e QRT, estes riscos são muitas vezes suplantados pela possibilidade de preservar a voz e de evitar uma cirurgia mutilante do ponto de vista estético e funcional.

Na procura de novos e melhores tratamentos, os estudos mais recentes têm-se debruçado quase exclusivamente em esquemas complexos de QRT, conjugada ou não com outros fármacos, tais como imunomoduladores (cetuximab p.e.)^{2,4}. No entanto, esta estratégia terapêutica apresenta grandes limitações:

1) não é isenta de complicações^{3,4} (toxicidade elevada, alterações da cicatrização, xerostomia e cáries dentárias, osteorradionecrose, fibrose com disfagia importante a longo prazo e problemas de aspiração alimentar são apenas algumas delas);

2) não garante a preservação da função laríngea em todos os doentes (aspiração significativa, edema e estenose laríngeas radiogêneas importantes são motivo para LT);

3) não é aplicável a todos os doentes (co-morbilidades significativas e idade superior ou igual a 75 anos são algumas das contra-indicações). Assim sendo, a LT não pode e não deve ser esquecida, particularmente considerando a população-alvo destes tumores^{2,4}: idosos com mais de 65 anos e co-morbilidades importantes, exacerbadas por hábitos etanólicos e tabágicos pesados. Numa era em que a sobrevivência não é suficiente, e em que a qualidade de vida, a evicção da toxicidade e os custos adquirem crescente importância, a LT permanece um tratamento eficaz, relativamente seguro, com bons resultados clínicos e vantagens funcionais em relação à QRT na deglutição, mastigação e dor/desconforto local a longo prazo⁷.

Atendendo a esta realidade, e contrariando a tendência da produção científica actual, pretendeu-se analisar os resultados clínicos e funcionais das LT efectuadas no nosso serviço de Otorrinolaringologia.

OBJECTIVOS

Pretendeu-se:

1) analisar os resultados clínicos e funcionais das LT efectuadas no Instituto Português de Oncologia de Lisboa (IPO) ao longo de cinco anos (início de 2000 a final de 2004);

2) avaliar eventuais factores com influência na sobrevida, controlo loco-regional e qualidade de vida/ função; e

3) verificar o valor da tomografia computadorizada (TC)

do pescoço no estadiamento destas neoplasias.

MATERIAL E MÉTODOS

Efectuou-se a um estudo retrospectivo observacional analítico dos processos dos doentes submetidos a LT no Serviço de ORL do referido hospital entre 01 de Janeiro de 2000 e 31 de Dezembro de 2004, seleccionados através dos códigos GDH 30.3 (laringofaringectomia total) e 30.4 (laringectomia total).

Procedeu-se à avaliação das variáveis demográficas, antecedentes pessoais, localização inicial dos tumores, estadiamento clínico e imagiológico e, sempre que aplicável, anatomo-patológico, data, número e tipo de tratamentos efectuados, complicações, sobrevivência, resultados funcionais e evolução clínica até 31 de Dezembro de 2011.

Foram excluídos os doentes cujos processos não estavam disponíveis para consulta, por motivos de extravio ou utilização noutros serviços.

O registo e tratamento dos dados foram efectuados em programa informático Microsoft® Excel 2007 e Microsoft® Access 2007, em computador IBM compatível. A análise da sobrevida foi efectuada em SPSS® 17.0 pelo método de Kaplan-Meier, teste de Log-rank e análise multivariada de Cox.

RESULTADOS

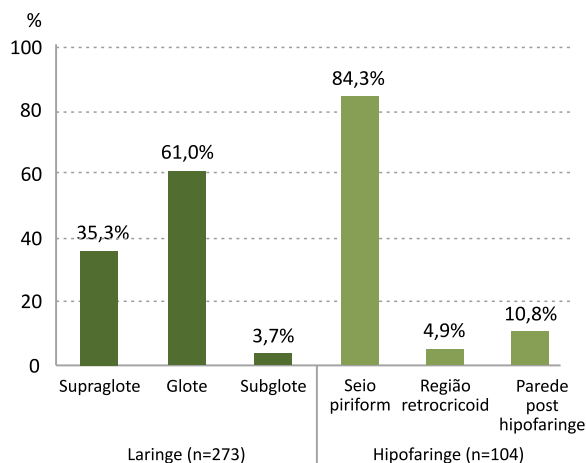
Dos 408 doentes submetidos a LT no período do estudo, observaram-se 377 processos (92,4%). Doentes entre os 37 e os 95 anos foram submetidos a LT, a esmagadora maioria do sexo masculino (95,8%) e com idade média de 61,3 anos (desvio-padrão 10,7). Os doentes foram referenciados à consulta de Otorrinolaringologia do IPO dos mais diversos pontos do país, mais frequentemente da Grande Lisboa (40,5%) e Estremadura (18,7%). Mais de 80% dos doentes tinha antecedentes de tabagismo, 51% dos quais pesados (superior a 60 unidades maço ano). Mais de 60% apresentava também hábitos etanólicos passados ou presentes, muito significativos em 58,9% dos doentes. Relativamente às co-morbilidades, 55,1% dos doentes sofria de uma ou mais patologia crónica, mais frequentemente de patologia cardiovascular (26,7%) e respiratória crónica (22,7%). Cerca de 5% (4,8%) dos doentes tinha antecedentes de outro tumor da cabeça e pescoço, tendo efectuada radioterapia local (enquanto tratamento primário ou adjuvante).

Na maioria dos casos, a LT foi efectuada por tumor da laringe (72,3%), mais frequentemente por tumor da glote (61%). Dos 104 (27,7%) doentes que efectuaram LT por tumor da hipofaringe, a grande maioria (84,3%) apresentava atingimento primário do seio piriforme – figura 1. Quatorze doentes (3,7%) apresentavam tumores síncronos, mais frequentemente da laringe, orofaringe e tiroideia.

Relativamente ao tipo histológico, a maioria dos tumores (90,7%) eram carcinomas pavimento-

FIGURA 1

Distribuição dos doentes por localização do tumor (FR). Piriform – piriforme; retrocricoid – retrocricóideia; post – posterior. N = 377



celulares (CPC), mais frequentemente moderadamente diferenciados. Dos outros tipos histológicos, a variante de CPC “carcinoma basalóide escamoso” foi a mais frequente (45,2%). Houve um caso de tuberculose laríngea interpretada como CPC.

Em termos de estadiamento, a larga maioria dos doentes apresentava tumores em estadio avançado (90,1% com tumor em estadio igual ou superior a III). A hipofaringe apresentava maior percentagem de tumores em estadio avançado do que a laringe (95,7% vs 87,7%), no entanto a diferença não foi muito significativa - figura 2.

O estadiamento foi efectuado com base no exame clínico (observação directa, palpação cervical e nasofibrolaringoscopia) e em exames complementares

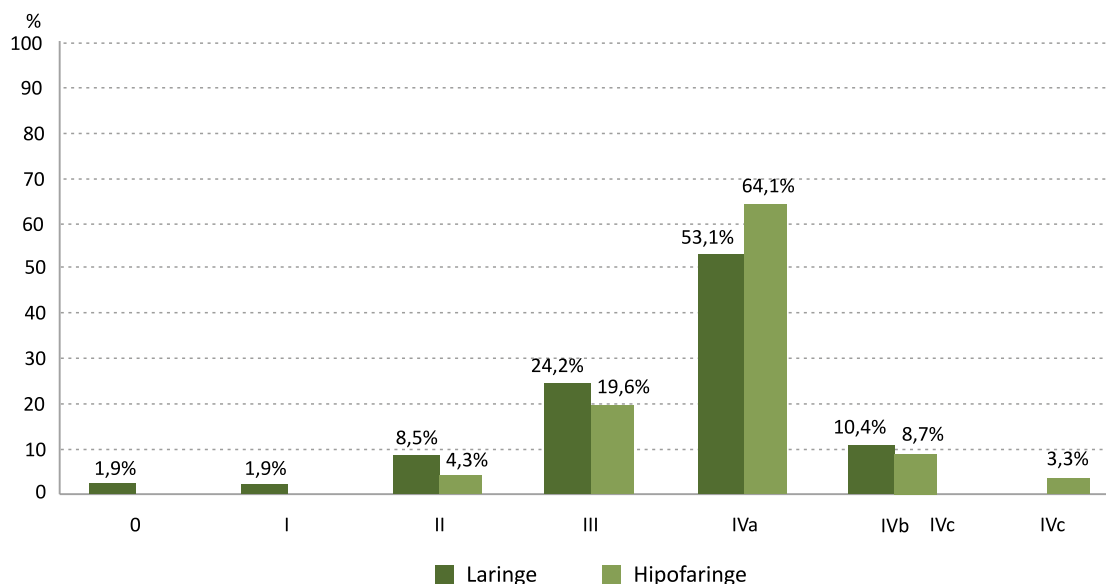
de diagnóstico (ECD): TC cervical e, nos casos de tumores do seio piriforme, endoscopia digestiva alta (avaliação da invasão esofágica). Outros ECD foram pedidos nestes doentes para avaliação do envolvimento à distância (radiografia/TC tórax e abdomino-pélvica, cintigrafia óssea, tomografia positiva de electrões). Verificou-se que a TC cervical, combinada com a nasofibrolaringoscopia, permitiu um estadiamento loco-regional correcto em apenas 35,4% dos doentes, com subestadiamento na maioria dos casos.

O tempo médio que passou entre a primeira consulta e o início do tratamento foi de 80,1 dias (entre 2 a 275 dias, desvio-padrão 49,8). A maioria (86,5%) dos doentes foi primariamente submetida a cirurgia (laringectomia total ou parcial) eventualmente seguida de radioterapia adjuvante, enquanto 11,4% realizou radioterapia em primeiro lugar. Apenas uma pequena percentagem destes doentes foi submetida a QRT enquanto tratamento primário (2,1%). Dos 74 (19,6%) doentes submetidos a LT após QRT/RT, 12 (16,2%) não o foram por falência ou recidiva tumoral, mas por laringe não funcional (complicação pós-QRT/RT).

Em média, cada doente foi submetido a 1,4 cirurgias. Relativamente aos procedimentos cirúrgicos efectuados, verificou-se que 10,3% dos doentes foi submetido previamente a alguma intervenção cirúrgica laríngea parcial, particularmente cordectomia (38,5%) e laringectomia parcial horizontal com cricohiodopexia (CHP, 20,5%), seguidas de descorticação das cordas vocais (15,4%) e laringectomia fronto-lateral (12,8%). A hemilaringectomia e laringectomia parcial horizontal com cricohiodoepiglotopectomia (CHEP) só foram realizadas

FIGURA 2

Distribuição dos doentes por estágio* e localização do tumor (FR). Nota: sempre que aplicável, o estadio registado foi o da peça operatória. N = 303 (Desc – n=74).



* Fonte: American Joint Committee on Cancer, American Cancer Society, American College of Surgeons. AJCC Staging Manual, 6th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott-Raven; 2002:47-57.

em 7,7% e 5,1%, respectivamente. Mais de um terço dos doentes foi submetido a traqueotomia prévia (37,6%) antes da LT. O tempo médio que distou entre a traqueotomia e a LT foi de 26,8 dias (entre 0 a 209 dias, desvio-padrão 36), tempo este que foi significativamente superior quando a traqueotomia foi efectuada antes de uma LT salvage (99,1 dias em média).

Na realização da LT, uma média de 2,6 procedimentos cirúrgicos concomitantes foram efectuados, mais frequentemente esvaziamento ganglionar cervical (EGC – em 81,2% dos doentes, na maioria das vezes selectivo), acompanhado de tiroidectomia parcial (em 44,3%). Quase um terço dos doentes foi também submetido a miotomia do cricofaríngeo e punção traqueo-esofágica com colocação de prótese Provox® (em 27,3% e 27,1% respectivamente).

O tempo médio de internamento foi de 18,9 dias (entre 3 a 80 dias, desvio-padrão 9,95) e o tempo médio de permanência da sonda nasogástrica foi de 23,9 dias (entre 8 a 335 dias, desvio-padrão 32,7). Ambos não sofreram variação significativa pelo facto de se tratar do primeiro tratamento do doente ou de cirurgia salvage após irradiação.

Ocorreram complicações pós-operatórias em 33,3% das 519 cirurgias efectuadas, com necessidade de tratamento médico e/ou cirúrgico. A maioria das complicações ocorreram nas duas primeiras cirurgias (em que foram efectuadas LT mais frequentemente), especialmente nos casos de LT salvage (37,3% vs 33,1%). As complicações mais frequentes foram fístula faringo-cutânea (em 10,1% dos doentes) e infecção da ferida operatória (em 9%), seguidas da descompensação da patologia de base (em 7,4% dos doentes, com predomínio de infecções respiratórias e acidentes vasculares cerebrais), deiscência / necrose da ferida operatória (6,1%). Outras complicações menos frequentes foram hemorragia / hematoma (4%), hipocalcémia (3,4%) e fístulas traqueo-esofágica (2,9%) e linfática (1,9%).

Na sequência das complicações, quase um terço dos doentes (27,1%) foi submetido a procedimentos cirúrgicos adicionais, mais frequentemente retalhos livres ou pediculados (mio- ou fasciocutâneos em 50,5% e 36,6% respectivamente, num total de 19,1% dos doentes) e faringoplastias (em 5,6% dos casos) para encerramento de defeitos de cicatrização cutânea e/ou fístulas.

Em termos de resultados cirúrgicos anatomo-patológicos, obtiveram-se margens negativas em 68,6% dos doentes. Perto de 50% apresentava invasão vascular e/ou perineural (42%). Não se encontraram dados acerca da invasão extra-capsular na grande maioria dos processos consultados.

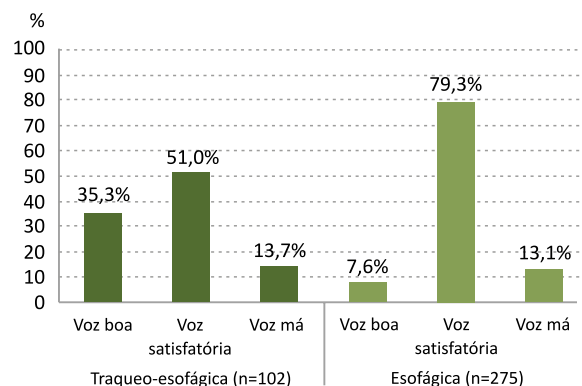
Relativamente às complicações decorrentes da (químio) radioterapia (enquanto tratamento primário ou adjuvante), todos os doentes sofreram uma ou mais complicações (2 em média). A mais frequente foi a

mucosite pós-rádica (em 100% dos doentes), seguida da disfagia (28,4%), fístula faringo-cutânea (23,6%), estenose esofágica (20,7%) e fístula traqueo-esofágica (17%). Um sexto dos doentes (15,6%) foi submetido a dilatações esofágicas repetidas (média de 2,6/doente) e/ou gastrectomia percutânea (em 8%) por estenose esofágica radiogénica (na maioria) ou decorrente de entubação nasogástrica prolongada por fístulas faringo-cutânea ou traqueo-esofágica de difícil resolução.

Em termos funcionais, a grande maioria dos doentes (86,7%) considerava ter voz boa (15,1%) ou satisfatória (71,6%). Os doentes submetidos a punção traqueo-esofágica (PTE) para colocação de prótese fonatória Provox® não apresentaram resultados melhores na qualidade vocal em relação aos doentes que desenvolveram voz esofágica (86,3% vs 86,9% com voz considerada boa ou satisfatória, respectivamente) e tiveram mais complicações (73,5% de fístulas traqueo-esofágicas em doentes submetidos a PTE) – figura 3. Percentagem semelhante de doentes recorreu à laringe electrónica nos dois grupos (3,9% e 4,4% respectivamente), com resultados pouco satisfatórios.

FIGURA 3

Distribuição dos doentes de acordo com a qualidade vocal no final dos tratamentos e o tipo de voz desenvolvida (FR). N = 377.

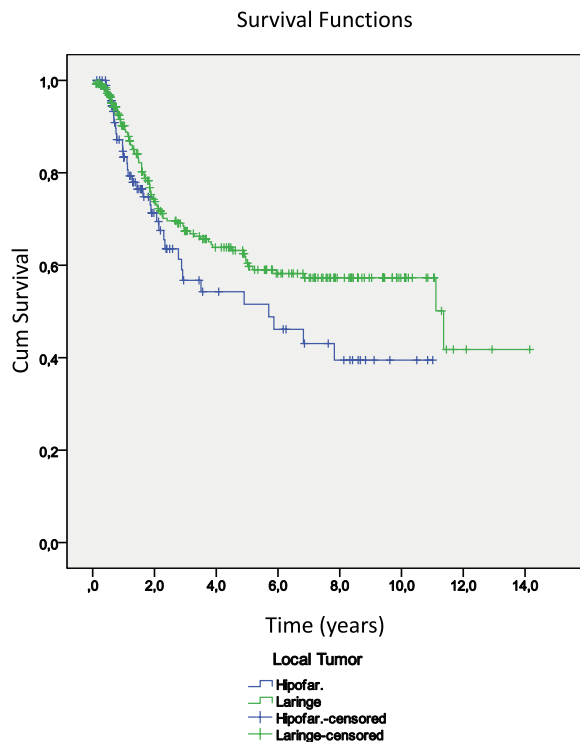


Relativamente à evolução clínica, 111 doentes (29,4%) foram perdidos para follow-up no espaço de 10 anos. A sobrevivência global aos 5 anos foi de 47,8% e a sobrevivência específica da doença foi de 59,5%, com valores superiores nos tumores da laringe, em relação à hipofaringe (60,4% vs 51,6%) – figura 4. O tempo de sobrevivência médio foi de 8,3 anos (desvio-padrão 0,4) e a mediana 11,1 anos (desvio-padrão 1,9). Quarenta e nove (13%) doentes tiveram um segundo tumor, mais frequentemente do pulmão (54,9%), seguido do sistema gastro-intestinal (13,7%) e orofaringe (7,8%). Obteve-se controlo loco-regional em 61,3% dos doentes e a taxa de recorrência global aos 5 anos foi de 59,9%, com metastização à distância significativa (35,4%).

Na análise uni- e multivariada testou-se a correlação da sobrevivência com os seguintes parâmetros: idade, proveniência, presença de 2 ou mais co-morbilidades,

FIGURA 4

Curva da sobrevida específica da doença aos 5 anos, segundo a estimativa de Kaplan-Meier e de acordo com o local de origem do tumor. N = 377.



localização inicial do tumor, estadio T, estadio N, tratamento primário, realização de traqueotomia prévia, status das margens cirúrgicas, e presença de invasão de estruturas não linfáticas (vasculares e/ou perineurais). Verificou-se que apenas a localização inicial do tumor (na laringe, $p=0,003$) e o estadiamento N (N0-1, $p=0,00$ e $0,018$) têm valor prognóstico positivo significativo na sobrevivência global e doença-específica. Por seu lado, a realização de traqueotomia prévia três semanas ou mais antes a LT revelou-se um factor prognóstico negativo estatisticamente significativo ($p=0,02$) na sobrevivência global e específica da doença.

DISCUSSÃO

Ao longo do período do estudo, verificámos que se efectuou um grande número de laringectomias totais (bastante superior ao da literatura⁹⁻¹³), o que demonstra bem a incidência significativa de doentes com tumores da laringe e hipofaringe seguidos na nossa consulta. A distribuição por idade e sexo foi semelhante à da literatura^{2-4,9-13}, constatando-se largo predomínio do sexo masculino e da quinta e sexta décadas de vida. A maior parte dos doentes provinha da Grande Lisboa e Estremadura, o que era esperado pela maior densidade populacional e pela área de referência ao IPO. No entanto, ao ajustar o número de doentes referenciados pela população residente nas diversas regiões nacionais⁸, constatou-se que o maior referenciador é o Alentejo. Na ausência de dados referentes à população

do Norte e Centro do país (uma vez que não pertencem à área de referência do IPO de Lisboa), poder-se-á atribuir esta maior incidência de tumores da laringe e hipofaringe a um menor nível educacional e socio-económico, e a eventuais diferenças na dieta e hábitos tabágicos e etanólicos.

Relativamente aos antecedentes pessoais, constatou-se que a grande maioria dos doentes tinha hábitos tabágicos e etanólicos pesados, de acordo com a literatura²⁻⁴, assim como uma incidência significativa de co-morbilidades, especialmente cardiovascular e respiratória, o que vai também de acordo à literatura. Houve um predomínio dos tumores da laringe, mas com uma incidência significativa de tumores da hipofaringe (superior à da literatura)^{3,13}. A distribuição dos tumores dentro destes dois grupos (com predomínio dos carcinomas da glote e seio piriforme, respectivamente) também está de acordo com a literatura²⁻⁴, assim como a distribuição por tipo histológico, com incidência pouco significativa de tipos histológicos mais agressivos, tais como sarcoma e carcinoma sarcomatóide (com menor resposta à QRT). Uma pequena percentagem de doentes (3,7%) apresentava tumores síncronos, o que é relativamente frequente²⁻⁴.

A maioria dos nossos doentes apresentava-se em estadio avançado (90,1%), o que era esperado, atendendo a que este trabalho visava estudar os doentes submetidos a LT, usada por norma no tratamento de estadios iguais ou superiores a III. A hipofaringe apresentava um ligeiro predomínio de estadios mais avançados (95,7% vs 87,7%), conforme a literatura e de acordo com a evolução mais assintomática das lesões com esta localização.³ A TC cervical demonstrou um valor limitado no estadiamento destas neoplasias, com predomínio de subestadiamento (por ausência de demonstração de invasão cartilágnea e/ou invasão ganglionar), o que pode comprometer a selecção da terapêutica mais adequada para os doentes (escolha de QRT, quando deveriam ser submetidos a LT, p.e.)

O início dos tratamentos foi relativamente rápido (80 dias a partir da primeira consulta), atendendo ao elevado número de doentes tratados, às co-morbilidades dos mesmos (que atrasam muitas vezes a cirurgia e/ou (Q) RT) e ao estadiamento avançado dos tumores (com necessidade de maior número de ECD para avaliação da invasão tumoral e decisão terapêutica em consulta de grupo – com frequência semanal). Não se encontraram dados para comparação na literatura.

Relativamente ao primeiro tratamento utilizado, a preferência foi para a cirurgia (laringectomia parcial, especialmente cordectomia, nos estadios I a III; e total nos estadios igual a superior a IVa). Apenas uma reduzida percentagem de doentes foi submetida a QRT, provavelmente por se tratar de uma população com diversas co-morbilidades, com contra-indicação para o uso da quimioterapia, ou por se tratar de um estudo que avaliou os protocolos terapêuticos dos anos 2000

a 2004, em que a quimioterapia ainda não se usava preferencialmente no tratamento destes tumores. De referir que uma percentagem significativa de doentes (16,2%) necessitou de LT por laringe não funcionante pós-(Q)RT.

Quase 40% dos doentes foi submetido a traqueotomia prévia, com uma média de 26,8 dias até realização da LT. Este tempo foi significativamente maior nos doentes submetidos inicialmente a (Q)RT, muito provavelmente por descompensação da patologia base, que impediu a cirurgia imediata.

O tempo médio de internamento foi inferior ao da literatura, assim como o tempo médio de permanência da sonda nasogástrica¹², apesar de ser superior aos recomendados 15 dias no pós-operatório. O atraso na remoção da sonda deveu-se essencialmente às complicações pós-operatórias, sobretudo fístulas faringo-cutâneas e infecções da ferida operatória, mais frequentes nos doentes primariamente irradiados – o que vai de acordo à literatura³⁻⁴. Da mesma forma, verificou-se um número superior de complicações decorrentes da (Q)RT em relação à LT, desde às comuns os dois tratamentos (fístula faringo-cutânea, infecção/deiscência da ferida operatória e descompensação de patologia base), até às próprias da (Q)RT (disfagia, edema e estenose radiogêneos do esófago e laringe, mielopatias rádicas e osteorradionecrose).

Em termos funcionais, obtiveram-se bons resultados na qualidade vocal, superiores à literatura¹⁴. Não se verificou diferença significativa entre os doentes submetidos a PTE com colocação de prótese fonatória Provox, tendo-se verificado um aumento das complicações (fístulas traqueo-esofágicas em 73,5% destes doentes, num total de 75 – 17% – doentes).

Relativamente à evolução clínica, houve uma perda significativa (29,4%) de doentes para *follow-up* no espaço de 10 anos. A sobrevivência global e específica da doença aos 5 anos foi superior à da literatura, assim como o tempo médio e a mediana da sobrevivência^{2-4,10-12,15-16}.

De igual forma, o controlo loco-regional e a taxa de recorrência local foram inferiores à literatura. Por outro lado, houve maior número de doentes a ter um segundo tumor do que o referido na literatura⁹⁻¹². Estes bons resultados clínicos, apesar do elevado número de doentes por ano, do estadiamento avançado da grande maioria dos tumores e da percentagem significativa de LT salvage após falência terapêutica com (Q)RT (19,6% dos doentes), são provavelmente reflexo da cuidada selecção e acompanhamento dos doentes, com discussão dos casos mais complexos (ou recidivantes) em consulta de grupo com diversos especialistas e do início rápido dos tratamentos.

Na análise uni e multivariada destacaram-se os seguintes factores com influência na sobrevivência: neoplasia de origem laríngea e estadio N0-N1 (bom prognóstico – o que vai de encontro à literatura), e traqueotomia prévia três semanas ou mais antes da LT (mau prognóstico). A

realização de traqueotomia prévia é conotada com pior prognóstico na literatura (uma vez que poderá facilitar a dispersão tumoral), mas ainda não tinha sido descrita relação temporal com a data da realização da LT. Outros factores habitualmente relacionados com sobrevivência a longo prazo, tais como:¹⁰⁻¹¹ idade inferior a 75 anos, presença de duas ou menos co-morbilidades, estadio T e status das margens cirúrgicas, revelaram tendência para sobrevida mais longa, mas sem significado estatístico.

CONCLUSÃO

Ao longo deste trabalho, verificou-se uma elevada percentagem de doentes com tumores da laringe e hipofaringe em estadios avançados submetidos a laringectomia total, com uma percentagem significava de doentes com falência terapêutica a (quimio) radioterapia. Os factores identificados como relacionados com a sobrevivência foram: a localização inicial do tumor na laringe e estadio N0-N1 (bom prognóstico) e a traqueotomia prévia (desde que efectuada três semanas ou mais antes da laringectomia total – mau prognóstico).

Atendendo à elevada incidência de tumores da laringe e hipofaringe em estadio avançado nos doentes seguidos na consulta de ORL do IPO, e dado o valor limitado demonstrado pela TC cervical no estadiamento desta patologia, advoga-se a atenção cuidada do especialista de ORL no estudo desta doença (com eventual recurso a outros métodos de imagem em casos duvidosos), por forma a garantir a selecção adequada dos doentes para (quimio)radioterapia. Políticas de educação para a saúde e referenciação atempada destes doentes são outros procedimentos a desenvolver.

Referências bibliográficas

1. American Cancer Society. Cancer Facts and Figures 2012. <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-031941.pdf>, Acedido em Fevereiro 16, 2012.
2. Johnson JT. Malignant tumors of the larynx. <http://emedicine.medscape.com/article/>, Acedido em Fevereiro 10, 2012.
3. Quon H. Hypopharyngeal Cancer. <http://emedicine.medscape.com/article/>, Acedido em Fevereiro 10, 2012.
4. Lydiatt WM, Lydiatt DD, Snyder MC. Glottic cancer. <http://emedicine.medscape.com/article/>, Acedido em Fevereiro 10, 2012.
5. Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER) Program, National Cancer Institute. <http://seer.cancer.gov/>. Acedido em Fevereiro 16, 2012.
6. The Department of Veteran Affairs Laryngeal Cancer Study Group. Induction chemotherapy plus radiation compared with surgery plus radiation in patients with advanced laryngeal cancer. *N Engl J Med* 1991; 324(24):1685-90.
7. LoTempio MM, Wang KH, Sadeghi A, Delacure MD. Comparison of quality of life outcomes in laryngeal cancer patients following chemoradiation vs total laryngectomy. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2005; 132(6):948-53.
8. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas Territoriais. http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3, Acedido em Março 30, 2012.
9. Tamura Y, Tanaka S, Asato R, Hirano S et al. Therapeutic outcomes of laryngeal cancer at Kyoto University Hospital for 10 years. *Acta Otolaryngol Suppl* 2007; (557):62-5.
10. Spector GJ, Sessiona DG, Lenox J, Newland D et al. Management of stage IV glottic carcinoma: therapeutic outcomes. *Laryngoscope* 2004; 114(8):1438-46.
11. Di B, Li XM, Shang YD, Song Q et al. Outcomes of salvage laryngectomy after initial radiation failure in laryngeal squamous cell carcinoma. *Zhonghua Er Bi* 2011; 46(6): 495-500.
12. Akduman D, Karaman M, Uslu C, Bilaç O. Larynx cancer treatment results: survive and quality of life assessment. *Kulak Burun Bogaz* 2010; 20(1): 25-32.
13. Iseli TA, Agar NJ, Dunemann C, Lyons BM. Functional outcomes following total laryngopharyngectomy. *ANZ J Surg* 2007; 77(11):954-7.
14. Bozec A, Poissonet G, Chamorey E, Demard F et al. Results of vocal rehabilitation using tracheoesophageal voice prosthesis after total laryngectomy and their predictive factors. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2010; 267(5):751-8.
15. Hoffman HT, Karnell LH, Shah JP et al. Hypopharyngeal cancer patient care evaluation. *Laryngoscope. Cancer* 1997; 107(8): 1005-17.
16. Hornig J. Supraglottic Cancer. <http://emedicine.medscape.com/article/>, Acedido em Fevereiro 10, 2012.