

## 7.5.3. Larynx

### 1. Inleiding

Spinocellulair epitheloom van de larynx (>95% van maligne larynxtumoren)

### 2. Diagnose

- klinisch onderzoek van hals en larynx (indirecte laryngoscopie)
- directe laryngoscopie onder narcose en biopsiename en/of FNAC halsklier
- beeldvorming: CT hals –thorax; MRI op indicatie
- staging:; pet-scan bij gevorderde tumoren stadium III/IV
- evaluatie operabiliteit: eventueel consult algemeen inwendige, labo, EKG
- eventueel oesofagogastroscoopie en bronchoscoopie
- tandnazicht/-sanering

### 3. TNM classificatie cfr. TNM Classification of Malignant Disease 7th edition (IUCC)

### 4. Behandeling volgens stadium

#### 4.1 Glottiscarcinoom

- Dysplasie: endoscopische resectie - follow-up
- Carcinoma in situ:  
voorkeur voor endoscopische resectie – follow-up  
of radiotherapie – follow-up
- T1-2  
of radiotherapie  
of endoscopische resectie  
N0: follow-up  
N+: gemodificeerd radicale nekdissectie en/ of radiotherapie (zelden)
- T3  
Heelkunde versus radio(chemo)therapie versus inductiechemo individueel te overwegen: vooral bij groot tumorvolume voorkeur voor directe heelkunde, bij kleiner tumorvolume voorkeur voor radio(chemo)therapie, maw:
  - **Grote T3:**  
voorkeur voor totale laryngectomie + ipsilat thyroïdectomie  
N0: ipsilaterale functionele nekdissectie  
N1: ipsilaterale gemodificeerd radicale nekdissectie  
N2-3: ipsi / bilaterale gemodificeerd radicale nekdissectie  
+ postoperatieve (chemo) radiotherapie indien:  
pN+

Datum laatste revisie 08/12/2015

Datum laatste meeting werkgroep 08/12/2015

Geldig tot en met 04/05/2017

pT4  
krappe/ positieve marges/ perineurale / lymfatische invasie/ vasculaire invasie  
postoperatieve radiochemotherapie te overwegen bij positieve marges en/of  
kapseldoorbraak

of radio(chemo)therapie  
of radiotherapie + cetuximab  
of inductiechemotherapie → radio(chemo)therapie

- **Kleine T3:**

voorkeur voor radio(chemo)therapie  
of radiotherapie + Cetuximab  
of inductiechemotherapie (minstens N2) -->radio(chemo)therapie

- Respons compleet thv de larynx én thv de hals: follow-up
- Respons incompleet thv de hals: salvage nekdissectie(s)
- Respons incompleet thv de larynx (+/-hals): salvage totale laryngectomie + nekdissectie(s)

of in geselecteerde gevallen partiële cricolaryngectomie + larynxreconstructie

- T4a

voorkeur voor onmiddellijke heekunde + postop (chemo)radiotherapie  
Totale laryngectomie + ipsilaterale thyroïdectomie  
N0 ipsilaterale functionele nekdissectie  
N+ ipsi / bilateraal gemodificeerd radicale nekdissectie – of ipsi gemodificeerd radicaal en  
contra functioneel  
+ steeds postoperatieve radio(chemo)therapie

- T4b: inoperabel

radio(chemo)therapie  
of radiotherapie + Cetuximab  
of inductiechemotherapie -->radio(chemo)therapie  
(bij incomplete respons evt. salvage radicale heekunde na chemoradio zo operabel na  
chemoradio)

## 4.2 Supraglottiscarcinoom

- T1-2, N0

radiotherapie  
of endoscopische resectie+ nekdissectie ipsi- of bilateraal  
(of in geselecteerde gevallen supraglottislaryngectomie + nekdissectie ipsi- of bilateraal)

Postop:

pN0: follow-up  
pN+ / krappe – positieve marges/ perineurale – lymfatische – vasculaire invasie:  
postoperatieve radiotherapie  
postoperatieve radiochemotherapie te overwegen bij positieve marges en/of  
kapseldoorbraak

- T3

heelkunde  
of radio(chemo)therapie  
of radiotherapie + Cetuximab  
of inductiechemotherapie → radio(chemo)therapie

individueel te overwegen:

- bij groot tumorvolume voorkeur voor heekunde + radio(chemo)therapie versus  
radio(chemo)therapie alleen;

Datum laatste revisie 08/12/2015

Datum laatste meeting werkgroep 08/12/2015

Geldig tot en met 04/05/2017

Indien N+ ipsi of bilateraal bilateraal gemodificeerd radicale nekdissectie + postoperatieve radiotherapie indien keuze voor heelkunde

- bij kleine tumoren voorkeur voor (chemo)radiotherapie
  - Grote T3:  
Totale laryngectomie + ipsilaterale thyroïdectomie + ipsi / bilaterale functionele nekdissectie  
pN+/ krappe – positieve marges/ perineurale – lymfat – vasc invasie:  
postoperatieve radiotherapie  
postoperatieve radiochemotherapie te overwegen bij positieve marges en/of kapseldoorbraak
  - Kleine T3:  
radio(chemo)therapie  
of radiotherapie + Cetuximab  
of inductiechemotherapie (minstens N2 stadium) ->radio(chemo)therapie  
Respons compleet thv de larynx én thv de hals: follow-up  
Respons incompleet thv de hals: salvage nekdissectie(s) cfr.  
Respons incompleet thv de larynx (+/-hals): salvage totale laryngectomie + nekdissectie(s)  
  
Respons na Inductiechemotherapie:  
complete respons → radio(chemo)therapie  
partiële respons → radio(chemo)therapie  
< partiële respons → heelkunde > postop radio(chemo)therapie
- T4,N0  
voorkeur voor heelkunde + radio(chemo)therapie versus radio(chemo)therapie alleen  
Operabel:  
Totale laryngectomie + ipsi of totale thyroïdectomie + bilateraal functionele nekdissectie + postoperatieve (chemo-)radiotherapie  
Inoperabel:  
radio(chemo)therapie  
of radiotherapie + Cetuximab  
of inductiechemotherapie → radio(chemo)therapie  
  
(bij incomplete respons evt. salvage radicale heelkunde na chemoradio zo operabel na chemoradio)  
  
Indien N+ ipsi of bilateraal gemodificeerd radicale nekdissectie of ipsi gemodificeerd en contra functioneel + postoperatieve radio(chemo)therapie
- M1 stadium larynxcarcinoma:  
Palliatieve chemotherapie  
en/of palliatieve lokale radiotherapie, voor lokale controle, hygiënisch of analgetisch  
en/of best supportive care

## 5. Follow-up

- jaar 1 : 1-3 maand
- jaar 2: 2-6 maand
- jaar 3-5: 4-8 maand
- >5 jaar: jaarlijks

## 6. Details radiotherapie:

### DOSIS:

- Curatief: 70 Gy (35 x 2 Gy, 5x/week) , geaccelereerd schema te overwegen vanaf T2 stadium indien geen concomitante chemotherapie of Erbitux mogelijk is: 6 x /week over 6 weken.  
Uitzondering: T1N0M0 glottis: 66 Gy (33 x 2 Gy)
- Postoperatief: 60 Gy (30 x 2 Gy, 5x/week). Bij kapseldoorbraak of positief sectievlak: 64 à 66 Gy/2Gy
- Elektieve klierstreken: 50/54/56 Gy ifv dosis per fractie (resp 2/1.8/1.6 Gy) bij SIB
- Palliatief : 16 x 3.125 Gy, 4x/week voor lokale controle of alternatief schema

### TECHNIEK:

IMRT of Rapid Arc (behalve bij larynx T1-2: 3DCRT of IMRT of RA)

## 7. Details chemotherapie:

- Inductiechemotherapie: standaard Taxotère – Cisplatinum – 5FU standaard 3 kuren
- Concomitant met RT: standaard Cisplatinum 3-wekelijks (indien algemene toestand het toelaat) 2à 3 kuren, anders eventueel wekelijks. Carboplatinum bij verminderde nierfunctie.
- Radiotherapie + cetuximab in geval van contra-indicatie voor cisplatinum
- Palliatief: eerste lijn bij voorkeur Cisplatinum-5FU-Erbitux (indien > 6 maand na primaire therapie)