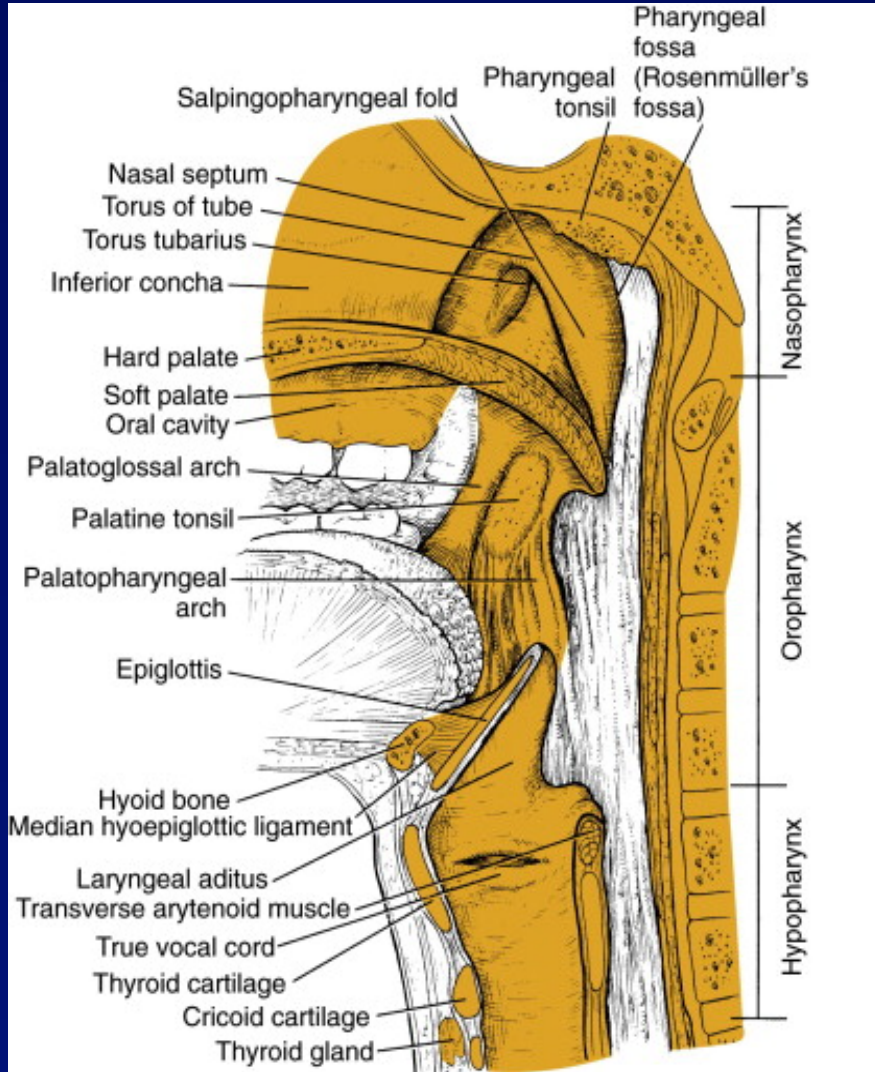


# Orofarenks & Hipofarenks Hastalıkları

*Yrd. Doç. Dr. Burak ULKUMEN*  
*Celal Bayar Üniversitesi*  
*KBB Anabilim Dalı*

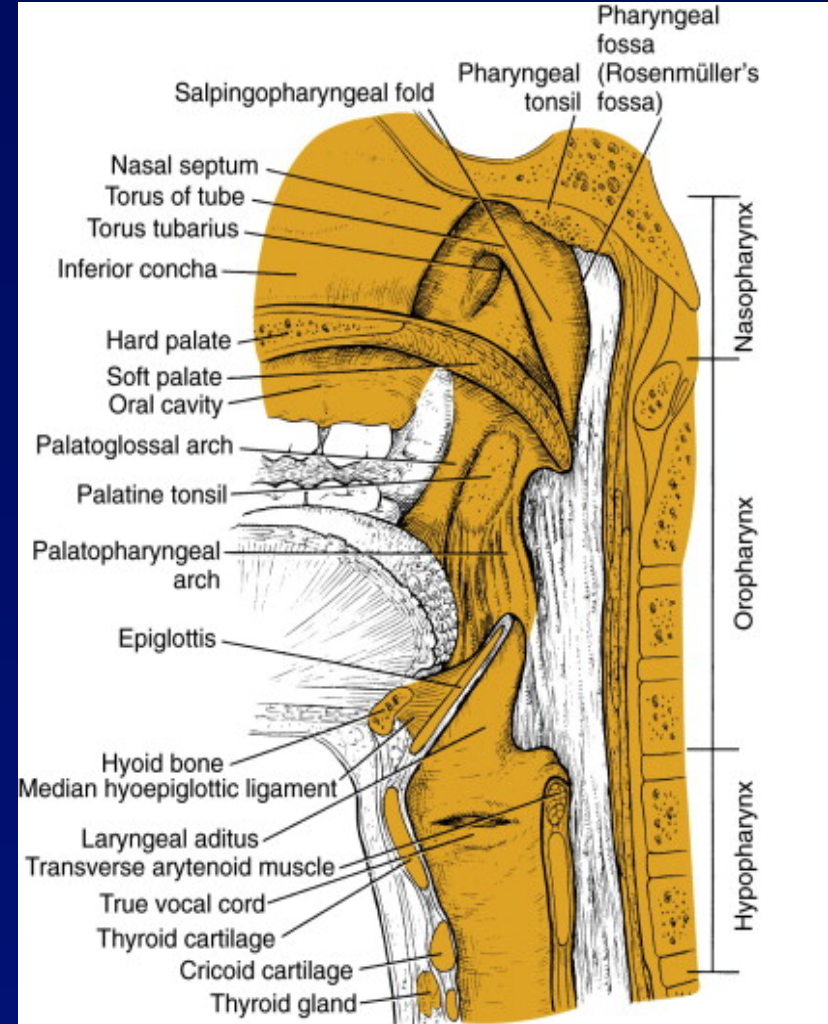
# Orofarenks



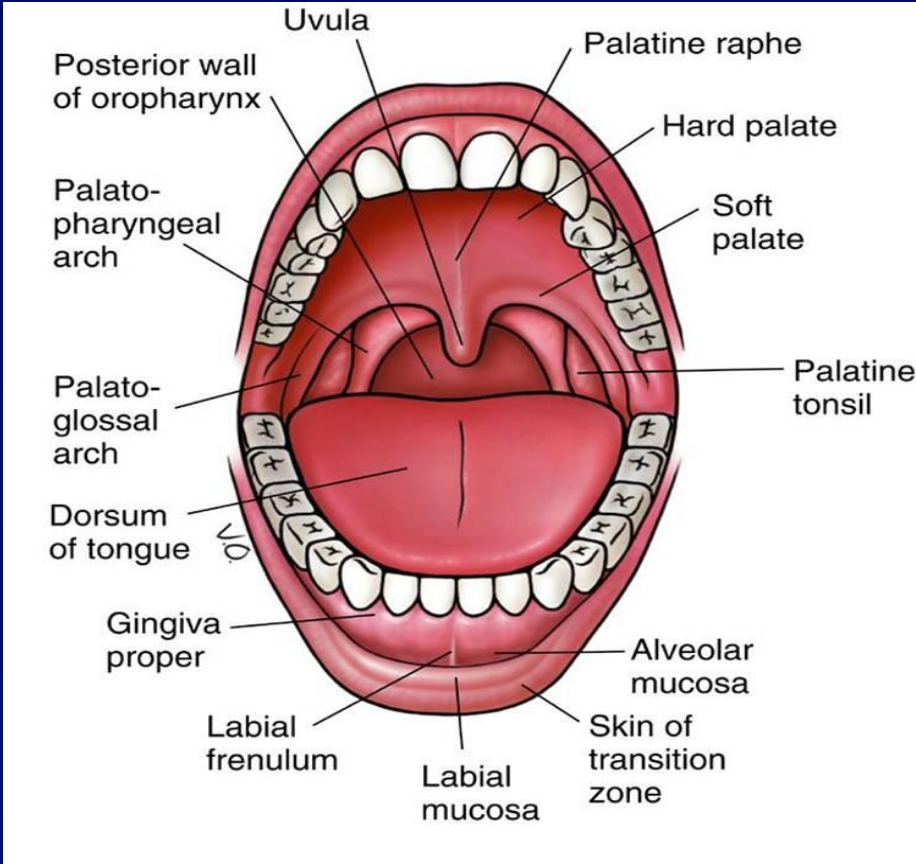
- **Süperior:** Yumuşak damak
- **Inferior:** Hyoid Kemik, vallekula
- **Ventral:** Dil kökü, sulcus terminalis
- **Dorsolateral:** Tonsiller, lateral ve dorsal farengeal duvar
- **Anterior:** İsthmus faucium

# Alt Bölgeler

1. Yumuşak damak ve uvula
2. Dil kökü
3. Tonsiller bölge
4. Posterior farengeal duvar



# Alt Bölgeler



- **Dil kökü:** sulcus terminalis – epiglot
- **Yumuşak damak ve uvula**
- **Tonsiller bölge :** plika faringopalatinus, plika glossopalatinus, fossa tonsillaris, tonsilla palatina
- **Posterior farengeal duvar:** her iki tarafta plika faringopalatinuslar arasında farenksin arka duvarı

# Orofarenks Enfeksiyonları

# Farenjit

- Farenks mukozasının **inflamasyonu** (posterior farengeal duvarda hiperemi, kapiller konjesyon)

# Akut Farenjit

# Prevelans

- **Yetişkinlerde** en sık neden viral enfeksiyonlardır(**%30-%60**).
- **Çocuklarda** bakteriyel etiyoloji **%30-40** iken yetişkinlerde bu oran **%5-10'** a kadar düşer.
- Bakterial etiyoloji 3 yaş altı daha düşükken, **3-14** yaş arası **%50-60'** a kadar çıkar.



# Klinik

- Hastalık genellikle **rinosinüzite** bağılı olarak burun tıkanıklığı, baş ağrısı gibi şikayetlerle başlar. Bunu **boğaz ağrısı** ve **yutkunma zorluğu** izler
- Patojene ve konak direncine bağılı olarak **servikal LAP** eşlik edebilir
- Fizik muayenede farenks arka duvarında **yaygın hiperemi**
- Bakteriyel enfeksiyon varlığında **pürülan eksüda** görülebilir

# Etiyoloji

## VİRAL NEDENLER

- Rinovirüs
- Koronavirüs
- Parainfluenza
- İnfluenza tip A ve B
- HIV
- Adenovirus
- Sitomegalovirüs

## BAKTERİYEL

- Grup A-beta hemolitik *Streptokok*
- Grup C, G, and F streptococci
- H.İnfluenza
- Klamidya pnömonia
- Mikoplazma pnömonia

# Tedavi


- **ANSF** genellikle kendini sınırlayan bir hastalıktır
- Temel tedavi **semptomatiktir** (analjezikler, dekonjestanlar, yatak istirahati, yeterli sıvı alımı)
- **Bakterial** infeksiyon durumunda **antibiyoterapi** düşünülmelidir
- Antibiyoterapi kararı verilirken **Centor kriterlerine** dayanan algoritma geniş kabul görmektedir
- Centor kriterlerine göre bakteriyel etiyoloji düşünülen hastalarda dahi ;**Boğaz kx (+) %30-%50**

# Centor Kriterleri

## KRİTER

## PUAN

- Büyük veya ağırlı servikal LAP (1)
- Öksürük yokluğu (1)
- Tonsil üzerinde eksüda (1)
- Ateş ( $>38$  °C) (1)
- 3-14 yaş (1)
- 14-44 yaş (0)
- 45 < (-1)

- Centor skoru  $\geq 4$   Ampirik Antb.

# Akut spesifik farenjitler

- Herpes Simplex Farenjiti
- Herpes Zoster Farenjiti
- Vincent Anjini
- Akut Gonokokkal Farenjit
- Akut Difteritik Farenjit

# Herpes simplex farenjiti

- HSV Tip-1 ağırlıklı olarak **gingivostomatit** yapmasına karşın bazen akut farenjite de yol açabilir.
- Tükrük ve diğer salgılarıyla geçer.
- İnkübasyon **2-12 gün**.
- Dudak, gingiva, dil, bukkal mukoza, yumuşak damak ve farenks arka duvarında **veziküller** şeklinde ortaya çıkar.

- Çocuklarda ateş, halsizlik, taşikardi, lenfadenopati tabloya eklenebilir
- Tonsil ve posterior faringeal duvarda derin olmayan **ağrılı ülserler** HSV enfeksiyonunu düşündürür
- Tedavi semptomatiktir. (analjezik, antienflamatuar, gargara)



# Herpes Zoster farenjiti

- Çok nadir ve genellikle **immünsuprese** hastalarda ortaya çıkar
- Orofarenkste **9. ve 10. kranyal sinirlerin** dağılım alanında veziküller şeklinde ortaya çıkar ve bu **kraniyal paraliziye** yol açabilir
- Derin olmayan **ülserler** bu tipte de ortaya çıkabilir
- Erken dönemde **asiklovir** verilirse etkili olabilir

# Vincent anjini

- Normal ağız florasında bulunan **Borrelia Vincentii** ( Treponema Vincentii) ve **Spirochatea Denticulata** kombinasyonunun yol açtığı oral kavite ve orofarenksin **akut nekrotizan enfeksiyonudur**
- **Akut nekrotizan gingivit** olarak ta bilinir.
- Oral kavitede başlar
- Farenks sekonder etkilenir

# Klinik

- Sıklıkla **genç erişkinlerde** görülür
- Ağız hijyeni bozuk kişilerde ve kalabalık ortamlarda (okul, kışla) ortaya çıkar
- **Gingiva ve interdental papillalarda** başlayıp orofarenkse ilerleyebilir
- Halitosis, boğaz ağrısı, servikal LAP
- Tedavi edilmezse gingiva ve kemikte nekroza yol açabilir

# Tanı

Genellikle tanı **klirik** olarak konulsa da farengeal eksudadan alınan smear'da Gram boyama (**gentian moru**) ile **fusiform bakteri ve spiroket** gösterilebilir

# Tedavi

- Destekleyici tedavi ( analjezik, hidrasyon)
- Hydrogen peroxide ile gargara
- Penisillin / klindamisin
- Cerrahi debridman

# Akut Gonokokkal Farenjit

- **Neisseria Gonorrhoeae** etken patojendir
- Seksüel yolla bulaşır
- Genellikle asemptomatik olmasına rağmen bazen geçici boğaz ağrısı, tonsiller hipertrofi ve servikal LAP yapabilir. Bu nedenle **streptokokkal tonsilit** ve **infeksiyöz mononükleoz** ile karışabilir Dolayısıyla **genital lezyonlar** sorgulanmalı
- Tedavide penisilin veya tetrasiklin tercih edilir

# Difteri

- *Corynebacterium diphtheriae* veya *C. Ulcerans*
- Orofarenks en sık tutulan bölgedir
- İmmünizasyonu olmayan bireylerde daha siktir
- Rutin aşılama sonrası insidansı oldukça düşmüştür



# Akut difteritik farenjit

- **Korynebakterium Diphtheria** solunum yoluyla bulaşır
- Sadece bakteriyofaj ile enfekte suçlar Difteriye yol açar
- **Eksüdatif faringotonsilite**
- Yumuşak damak ve larenkse yayılabilir
- Membranlar kaldırılınca kanar



- Havayolu obstrüksiyonuna yol açabileceğinden erken tanı çok önemlidir
- Toksikite durumunda “Boğça Boynu” görünümü patognomiktir

# Klinik

- Boğaz ağrısıyla başlar
- Toksin üretimi sonucu mide bulantısı, kusma ve disfaji eklenir
- Tonsil üzerinden etrafa uzanan gri renkli membran görünümü.
- Membran tonsillerin görünümünü engelleyebilir.

# Tanı

- Nazofarenks ve tonsiller üzerinden alınan smear MacConkey agar veya Loeffler besiyerinde Gr(+) **polimorfik, aerobik basil** gösterilebilir veya **DIF** yöntemi ile tanı konur
- Şüpheli suçlar toksijenite açısından değerlendirilir.

# Tedavi

- İki fazdır:
  - Spesifik antitoksin kullanımı.
  - Orofarenksten organizmanın eliminasyonu.
- **Antitoksin:** 40,000-80,000 unite IV antitoksin

# Tedavi:

- **Antibiyotik tedavisi:** Penisilin veya eritromisin.  
(Taşıyıcılığı ortadan kaldırır)
- Bakterinin ortadan kalktığını teyit etmek için tekrarlayan kültürler alınır
- **Tedaviye direnç :** Uzun süreli eritromisin tedavisi

# Kronik nonspesifik farenjit

- I. Kronik **kataral** farenjit (Hiperemi)
- II. Kronik **hipertrofik** farenjit (Lenfoid hipertrofi)
- III. Kronik **atrofik** farenjit (Atrofik, kuru, parlak görünüm)

# Etiyoloji

- Rekürren akut farenjit atakları
- Nazal obstrüksiyon
- Postnasal akıntı (kronik rinit & kronik sinüzit)
- Faringeal nöroz (anestesi, hiperestezi,parestezi)
- Aşırı sıcak veya soğuk gıdalar
- Kuru ve kirli hava

# Klinik

- Boğazda rahatsızlık hissi
- Yutma sırasında ağrı
- Yanma, karıncalanma, yabancı cisim hissi
- Uzun süren öksürük



# Tedavi

- **Predispozan** faktörlerin ortadan kaldırılması
- Ağız gargaraları

# Kronik spesifik farenjitler

## Enfeksiyöz

- Sifilitik Farenjit
- Farenks Tüberkülozu
- Farenksin Lepra Enfeksiyonu
- Farenks Skleromu

## Non-Enfeksiyöz

- Farenks Sarkoidozu
- Wegener Granülomatozu

# Sifilitik Farenjit



- Etken **Treponema Pallidum**
- Farengeal semptomlar daha çok **2. dönemde** ortaya çıkar
- **Primer dönemde Şankr**'in en çok görüldüğü ekstragenital bölgeler sırasıyla dudak, dil, bukkal mukozaya ve tonsildir

- **Sekonder dönemde** farenks ve yumuşak damakta **gri-beyaz** membranla örtülü, ülser ve **ağrısız** lezyonlar. Lezyonların etrafı hiperemiktir
- **Tersiyer dönem Gom** (noduler-ülser) ağrısızdır. Sert damak, septum, tonsil, farenks posterior duvarı
- **Tanı:** VDRL & FTA-Abs.
- **Tedavi:** IM penisilin, eritromisin, tetrasiklin

# Farenks tüberkülozu

- Çocuklarda asemptomatik primer fokus farenkste yerleşebilir ( genellikle tonsil ve adenoidde)



- Sekonder tüberkülozda öksürük ve balgam ile basil farenkse yerleşerek ağrılı ülserler oluşturabilir

# Farenksin lepra enfeksiyonu

- Etken mycobacterium lepra
- Farenkste izole olarak görülmez
- Nazal enfeksiyonun yayılımı sonucu ortaya çıkar
- Granülamatöz lezyon → ülserasyon → fibrosis
- **Tanı:** biyopsi
- **Tedavi:** rifampisin, klofazimin, dapson

# Farenks skleromu

- **Klebsiella Rhinoskleromatis** (Frish Basili)
- Primer olarak **nazal mukozayı** tutar
- Burundaki bulguların yanı sıra farenks duvarlarında ağrısız, sert, granülamatöz lezyonlar bulunur. Ülserasyon gözlenmez.
- **Tanı:** biyopsi
- **Tedavi:** uzun süreli streptomisin ve tetrasiklin

# Farenks sarkoidozu

- Çok nadir. Genellikle akciğer tutulumu ile birlikte
- **Beyaz-kahverengi** veya **mavimsi** olan ağrısız nodüller yapar.
- **Tanı:** biyopsi
- **Tedavi:** steroid



# Wegener granülamatozu

- Nekrotizan granülamatöz vaskülit
- Ağrısız ülserasyonlar
- **Tanı:** Biyopsi
- **Tedavi:** Steroid ve siklofosfamid

# Akut tonsilit

# ETİYOLOJİ

## Bakteriyel

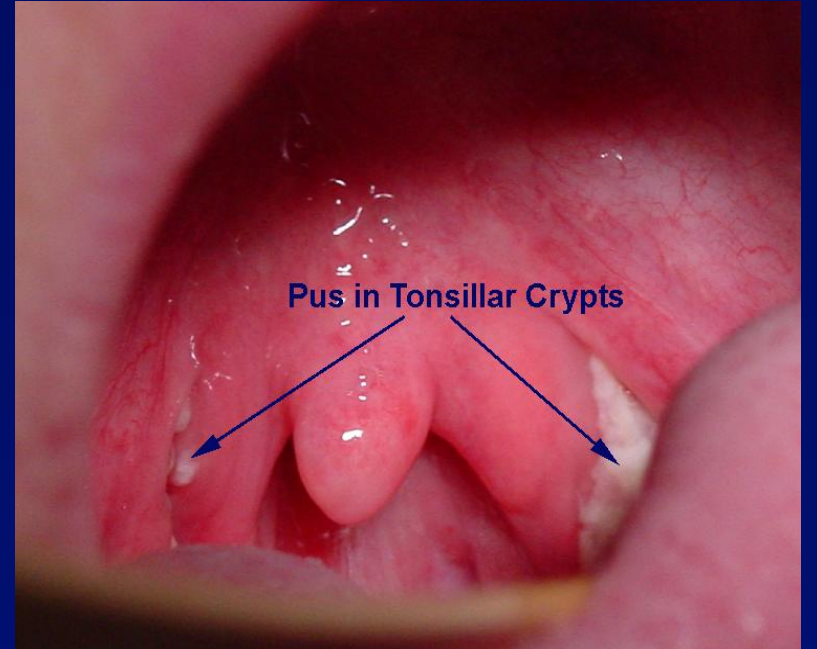
- $\beta$ - hemolytic Streptococcus Group A (en sık neden)
- Streptococcus viridans
- Pneumococci
- Staphylococci
- H. influenzae

## Viral

- İnfluenza
- Parainfluenza
- Adenovirüs
- Ekovirüs

# Klinik

1. **Parenkimatöz tonsilit:** ödem ve hiperemi
2. **Foliküler (Kriptik) tonsilit:** Kriptlerde pürülan eksuda
3. **Membranöz tonsilit:** pürülan eksuda tüm tonsil yüzeyini kaplar



# Klinik

- Boğaz ağrısı
- Değişen şiddette disfaji
- Ateş 38 °C < (çocuklarda daha sık)
- Halitosis
- Otalji
- Tanı genelde klinik muayene ile konur

# Ayırıcı tanı

- Difteri
- Enfeksiyöz mononükleoz
- Vincent anjini

# Tedavi

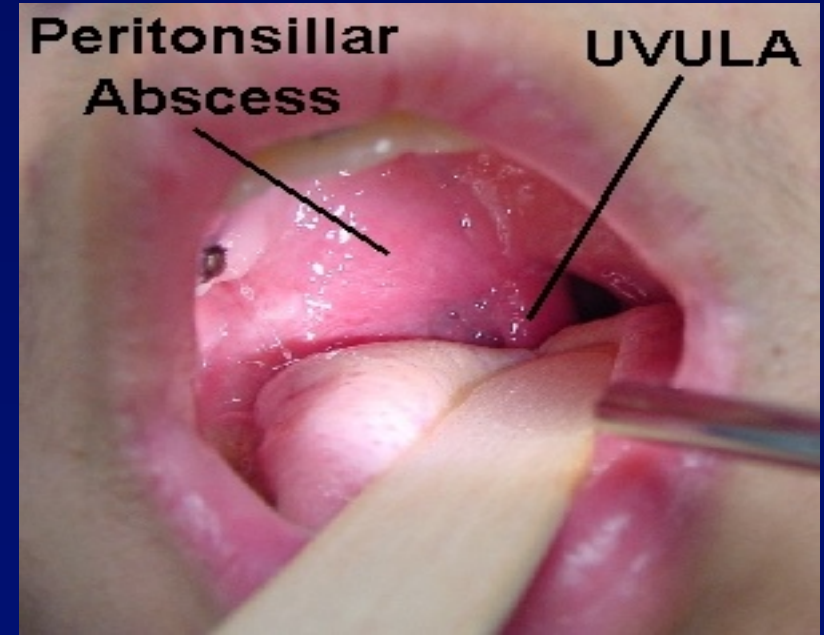
- Yatak istirahati, yeterli sıvı alımı
- Oral analjezik
- **Bakteriyel etyoloji:** penisilin, eritromisin tedaviye yanıt yoksa boğaz kültürüne göre antibiyotik seçilir
- **Centor kriterleri** gözönünde bulundurularak da tedavi planlanabilir

# Akut tonsilit komplikasyonları

Süpüratif komplikasyonlar:

1. Peritonsiller abse
2. Parafarangeal abse
3. Retrofarengeal abse

**Tedavi:** drenaj + antibiyoterapi





# Nonsüpüratif komplikasyonlar

- Poststreptokokkal glomerulonefrit (Nefrojenik suç (%1) %25)
- Akut romatizmal ateş (%0.3)
- Kızıl

# Enfeksiyöz mononükleoz

- Parenkimatöz veya membranöz tonsilite neden olabilir
- Yumuşak damakta **ülserasyonlar** görülebilir
- Generalize LAP, posterior LAP, splenomegaly bu hastalığı akla getirir
- **Patognomik triad (%80)** : Posterior servikal LAP + boğaz ağrısı + ateş
- **Tanı:** periferik yayma & paul bunnel testi.

# Tedavi

- Semptomatik
- Prednisolon
  - Ciddi obstruktif hastalıkta
  - Enflamatuvar süreci hafifletmek amacıyla

# Kızıl (Scarlet fever)

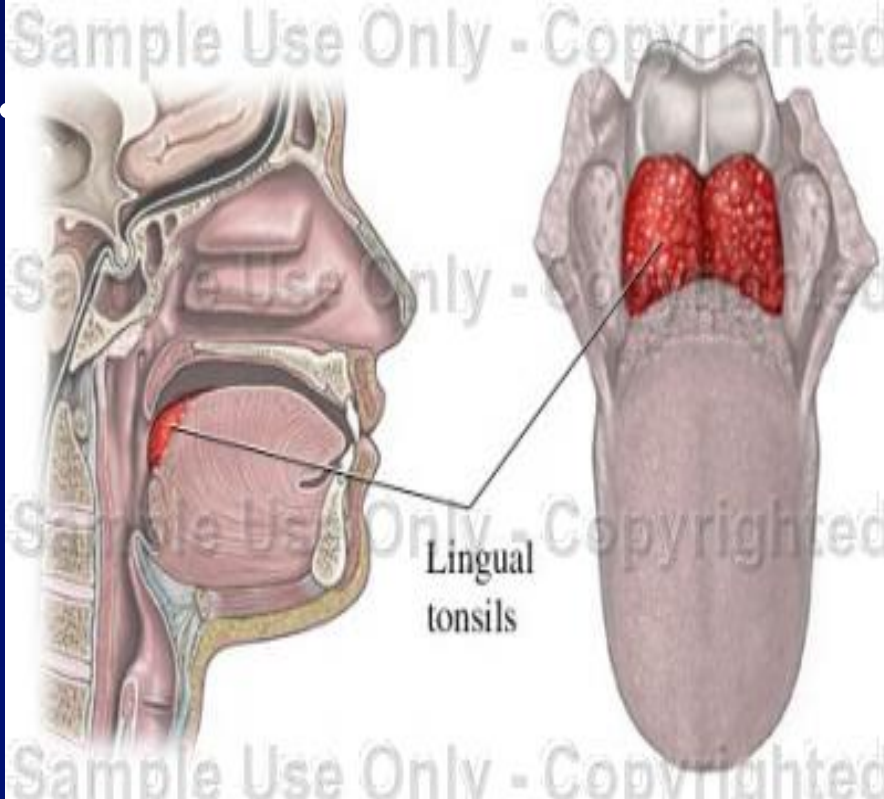
- Streptococcus Pyogenes endotoxin'e bağlı
- Tüm vücutta eritamatöz maküler döküntü
- Boğaz ağrısı ve şiddetli servikal LAP, kusma, baş ağrısı, ateş



- Perioral solukluk ve çilek dili görünümünü patognomik
- Tanı: KX + Dick Testi (+)
- Tedavi: IV penisilin G

Lingual tonsilit

# Lingual tonsil



- Dil kökü ve vallekula arasında yer alır
- Direk Orofarengeal muayenede görülmez
- Ayna veya endoskopik olarak tespit edilebilir

# Lingual tonsilit

- Daha küçük olması ve kompleks kripta yapısının olmaması nedeniyle palatin tonsiller kadar sık enfekte olmaz
- Nadiren palatin tonsilit ile birlikte seyreder
- Tonsilektomi operasyonu olmuş hastalarda daha sık gözlenir

# Tanı

- Larenks aynası veya fiberoptik rinolaryngoskop ile dil kökünde beyaz renkli eksuda ile kaplı enflame doku



# Klinik

- Ateş
- Boğaz ağrısı, disfaji
- Boğazda kitle hissi
- Hyoid kemik hizasında yutma ile artan ağrı

# Tedavi

- Yatak istirahati
- Yeterli sıvı alımı
- Antibiyoterapi

# Kronik tonsilit

- Tonsilin persistan enfeksiyonu
- Tekrarlayan enfeksiyonlar tonsil içerisinde küçük ceplerin (**kripta**) oluşumuna yol açar  
Kriptalar bakteriler için rezervuar oluşturur

# Klinik

**Hipertrofik:** Belirgin hipertrofi ve skar dokusu içeren tonsiller. Kriptaları parsiyel olarak tıkayan pürülan eksüda gözlenir. Bazı vakalarda birkaç kripta içerisinde peynir veya **macun** görünümlü **eksuda** göze çarpar

**Atrofik:** Küçük atrofik tonsiller. Gömülü tonsil olarak da isimlendirilir. Marjinleri hiperemiktir. Kriptalardan ince pürülan sekresyon gelebilir

# Semptomlar

- Kronik boğaz ağrısı
- Halitosis
- Tekrarlayan akut tonsilit atakları
- Persistan ağrılı, hassas servikal lenf nodları
- Hipertrofiye bağlı üst solunum yolu obstrüksiyonu bulguları

# Tedavi

- Uzun süreli penisilin kullanımı
- Tonsiller kriptleri temizlemek amacıyla günlük boğaz irrigasyonu
- Tonsillektomi (Rölatif endikasyon)

# Tonsillektomi



# Kesin endikasyonlar

1. Kronik havayolu obstrüksiyonuna bağlı cor pulmonale
2. Tonsil hipertrofisine bağlı uyku apnesi
3. Disfaji ve kilo kaybına yol açacak boyutta tonsil hipertrofisi
4. Malignite şüphesi
5. Rekürren peritonsiller abse veya parafarengeal abse
6. Tonsil kaynaklı kontrol altına alınamayan rekürren kanama

# Relatif endikasyonlar

1. Rekürren tonsilit
2. Kronik tonsilit ( tedaviye cevap vermeyen 6 aydan uzun servikal LAP / halitosis )
3. Difteri taşıyıcılığı
4. ARA (Antibiyoprofilaksiye alternatif)
5. Febril konvülsiyon
6. Magma'ya bağlı inatçı halitosis

Orofarenks

Tümörleri

# Benign Tümörler

- **Papillom:** genellikle asemptomik, cerrahi eksizyon
- **Hemanjiom:** kapiller veya kavernöz olabilir. Diatermik koagulasyon, sklerozan ajan enjeksiyonu, kryoterapi veya lazer ile koagulasyon
- **Muköz kist:** genellikle vallekulada görülür. Semptomatik ise cerrahi eksizyon
- **Lipom**
- **Fibrom**

# Papillom



# Malign tümörler

Tutulan alt bölgeye göre sınıflandırma:

- Dil kökü
- Tonsil ve tonsiller fossa
- Yumuşak damak ve anterior plika (Palatal Ark)
- Posterior farengeal duvar

# Sınıflandırma

Makroskopik görünüme göre:

- Süperfisiyal yayılım
- Ekzofitik
- Ülseratif

## Histolojik klasifikasyon:

- Skuamoz hücreli karssinom: iyi/orta/kötü differansiye
- Lenfoepiteliom
- Adenokarsinom
- Lenfoma (hodgkin / non-hodgkin)



# Tedavi:

Kitlenin bulunduğu bölge, yayılım, hastanın genel durumu, cerrahın tecrübesi ve kurumun şartlarına göre değişir

- Cerrahi
- Radyoterapi
- Cerrahi+radyoterapi
- Kemoterapi+cerrahi+radyoterapi
- Palyatif tedavi

# Dil kökü karsinomu



- Hastalar sıklıkla lenfadenopati ile başvurur
- Erken semptomlar boğaz ağrısı, boğazda yabancı cisim hissi, yutmada güçlük
- Geç belirtiler kulağa vuran ağrı, disfaji, kanama, ses kalitesinde değişiklik (hot potato voice)

# Yayılım

- **Lokal:** dilin geri kalanına, epiglota, preepiglotik boşluğa, tonsiller bölgeye ve hipofarenkse yayılabilir
- **Lenfatik:** prezentasyonda **70%** unilateral veya bilateral servikal **jugulodigastrik lenf** nodlarına yayılım mevcuttur
- **Uzak metastaz:** kemik, karaciğer, akciğer

# Tanı

- İndirek laringoskopi + biyopsi
- LAP ince iğne biyopsi

## Klinik Evreleme

- BT
- MRG
- PET

# Tedavi

- T1, T2 skuamoz hücreli karsinom N0, N1 neck  
→ cerrahi eksizyon + postop radyoterapi
- T3, T4 → cerrahi eksizyon + mandibular rezeksiyon, boyun diseksiyonu + postop radyoterapi
- T4 lezyon dil anterioruna ve vallekulaya uzanım  
→ kapsamlı cerrahi ( glossektomi+larenjektomi)

# Tonsil ve tonsiller fossa karsinomu

- En sık **skuamoz hücreli** karsinom
- Nekrotik taban üzerinde ülser lezyon
- Lenfoma unilateral tonsiller büyümeye yol açarak **Quincy absesini** taklit edebilir

# Tonsil karsinomu



# Tonsil & tonsiller fossa karsinomu

## Yayılım:

- **Lokal:** yumuşak damak, plikalar, dil kökü, farengeal duvar, hipofarenks, parafarengeal boşluk, mandibula ve pterigoid kaslar
- **Lenfatik:** Hastaların 50%'sinde prezentasyonda lenf nodu tutulumu vardır. İlk tutulan jugulodigastrik lenf nodudur
- **Uzak metastaz:** İleri evre



## Klinik

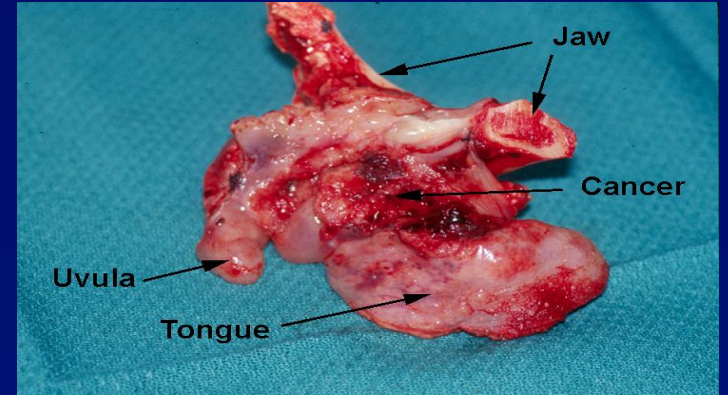
- Persistan boğaz ağrısı
- Disfaji
- Kulak ağrısı
- Boyunda kitle
- Trismus
- Halitosis

## Tanı

- Palpasyon
- Biyopsi

# Tedavi

- Kombine oro-mandibular rezeksiyon ve rekonstrüksiyon
- Primer tümörün geniş cerrahi eksizyonunu ve hemimandibulektomi ile radikal boyun diseksiyonunu içerir



# Palatin Ark

- Yumuşak damak, uvula, anterior tonsillar plika palatin arki oluşturur
- En sık skuamoz hücreli karsinom görülür
- Lokal olarak komşu bölgelere yayılabilir
- Hastalar boğaz ve kulak ağrısından yakınır
- **Tedavi:** radyoterapi veya cerrahi

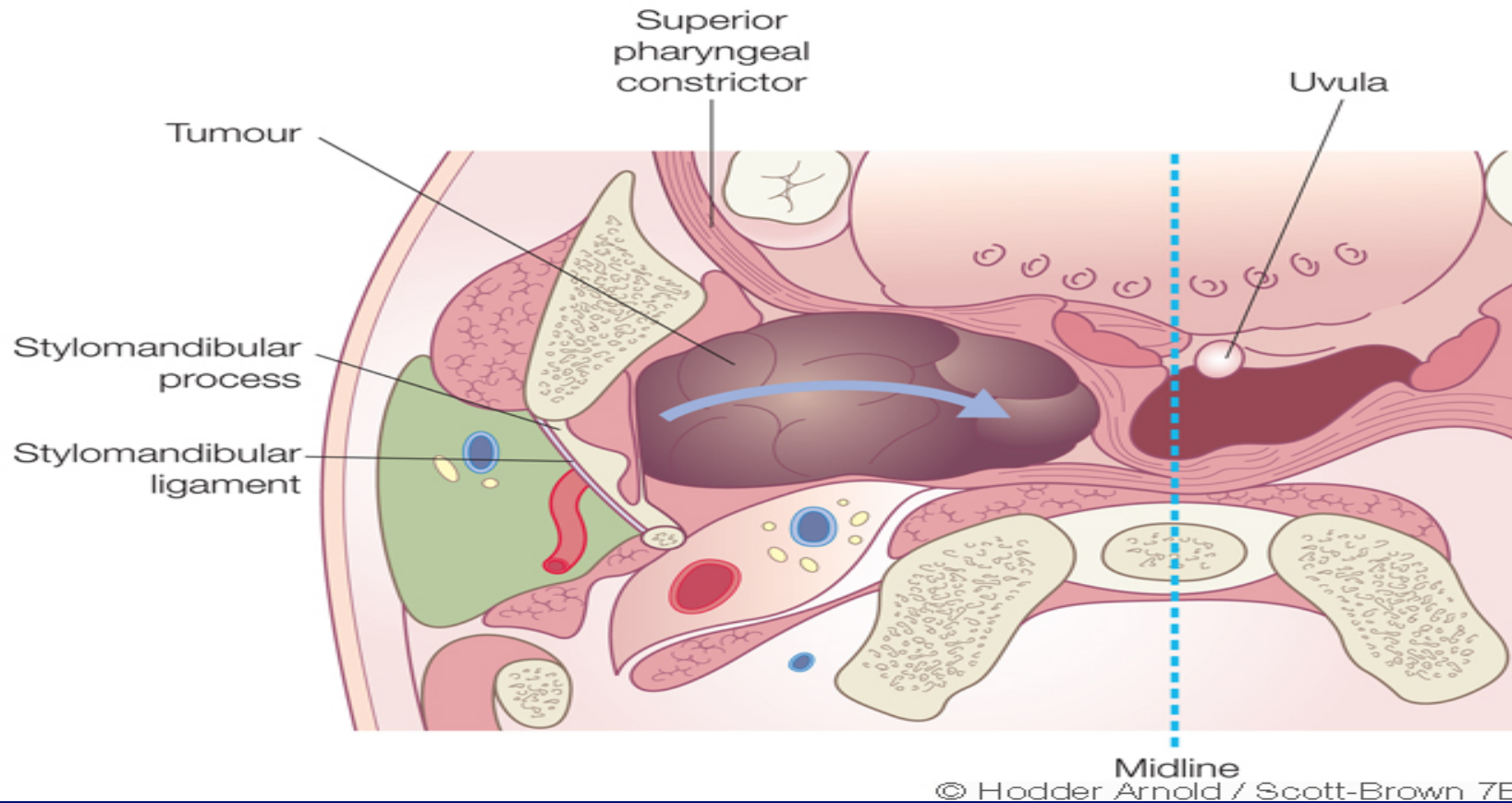
# Posterior ve lateral farengeal duvar karsinomu

- Lezyonlar uzun süre **asemptomatik** kalır
- Tonsil, yumuşak damak, dil, nazofarenks ve hipofarenkse submukozal olarak yayılabilir
- Aynı zamanda parafarengeal boşluğa ve anterior spinal ligamanlara yayılabilir
- **Bilateral nodal tutulum** sıktır
- **Tedavi:** Radyoterapi veya cerrahi

# Parafarengeal tümörler

- Parotis derin lob tümörleri
- Nörojenic tümörler (nörolemmoma)
- Kemodektoma (glomus karotikum, glomus vagale, v.b.)
- Lipom
- Fibrom

# PARAPHARYNGEAL TUMOURS



# Parotisin derin lob tümörü



# TNM Klasifikasyonu



## Primary Tumor (T)

$T_x$	Primer tümör değerlendirilemedi.
$T_0$	Primer tümör yok.
$T_{is}$	Karsinoma in situ.
<i>Orofarenks</i>	
$T_1$	Tümör $\leq 2$ cm
$T_2$	Tümör $> 2$ cm ve $\leq 4$
$T_3$	Tümör $> 4$ cm
$T_{4a}$	Tümör larenkse, dilin derin veya ekstrinsik kaslarına, medial pterigoide, sert damağa veya mandibulaya invaze.
$T_{4b}$	Tümör lateral pterigoid kasa, pterigoid plate'lere, lateral nazofarenkse veya kafa tabanına veya karotisi içine almış.

## Bölgesel Lenf Nodu (N)

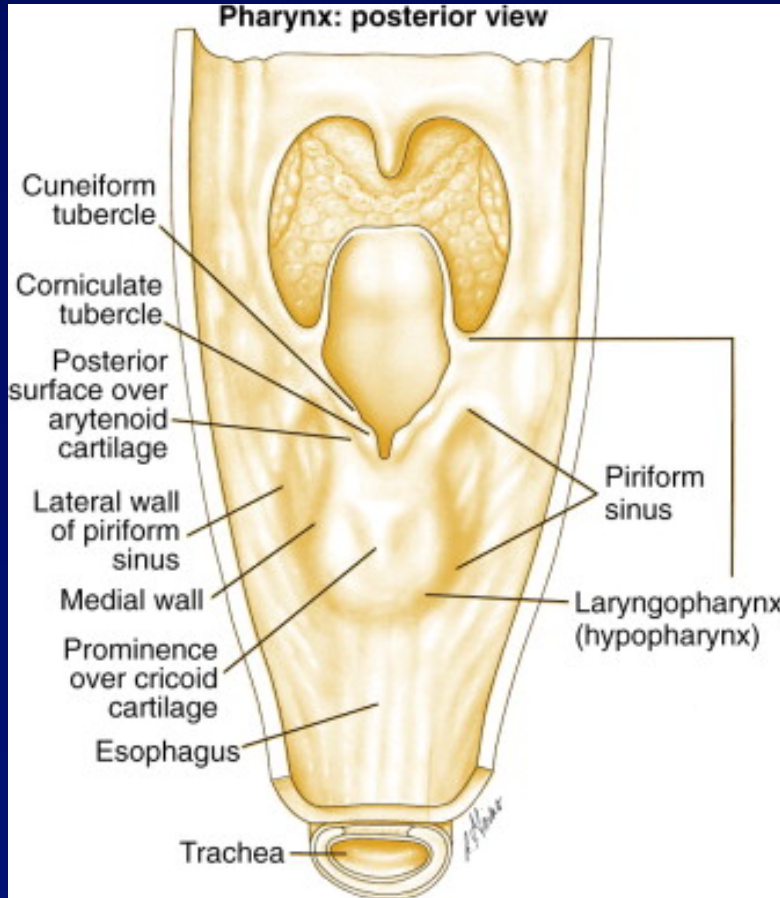
### *Orofarenks*

NX	Lenf nodu değerlendirilemedi.
N0	Lenf nodu metastazı yok.
N1	Tek ipsilateral Lenf Nodu tutulumu, $\leq 3$ cm
N2a	Tek ipsilateral Lenf Nodu tutulumu, $> 3$ cm < 6 cm
N2b	Multiple ipsilateral lenf nodu tutulumu hepsi <6cm.
N2c	Bilateral veya controlateral lenf nodu tutulumu, 6cm<.
N3	Herhangi bir lenf nodunda 6cm< lenf nodu tutulumu.

**HİPOFARENKS**

**HASTALIKLARI**

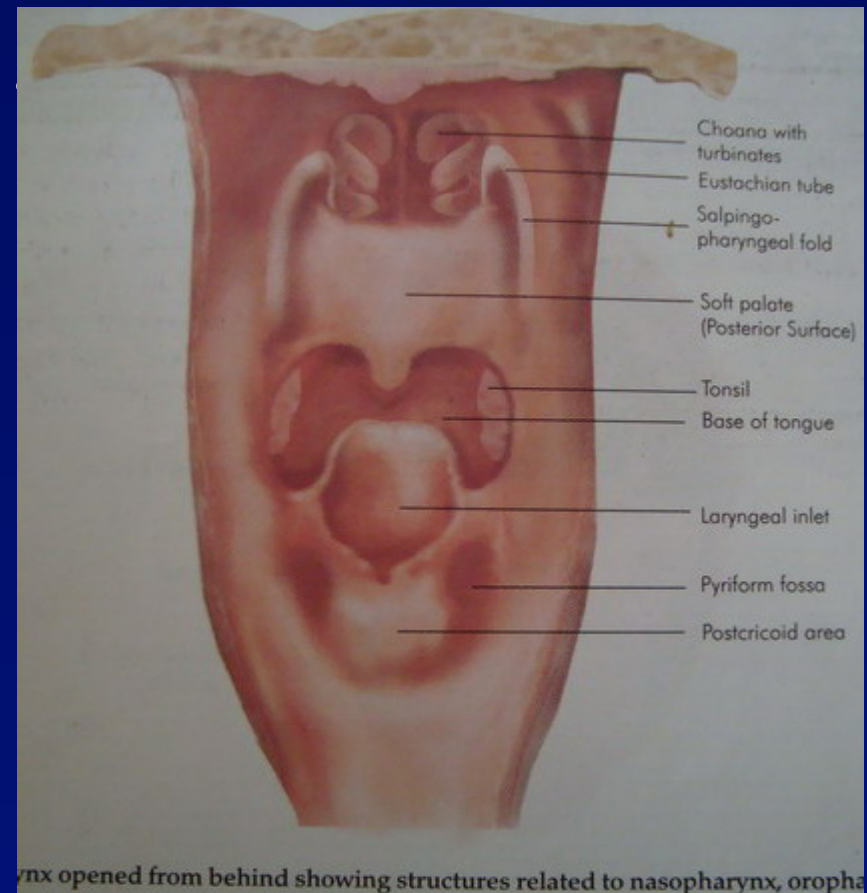
# Hipofarenks



- **Süperior**da Orofarenks inferiorde özofagus tarafından sınırlandırılır.
- **Üst sınırını** hyoid ve faringoepiglottik kıvrımlar oluşturur.
- **Alt sınırını** krikofarengeus kası oluşturur.

# Altbölgeleri

- Piriform sinus
- Post krikoid bölge
- Posterior farengeal duvar



# Benign tümörler

Çok nadirdir; Düzgün yüzeyli, sınırları belirgin, pedinküle ve hareketli olma eğilimindedirler.

- Papillom
- Adenom
- Lipom
- Fibrom
- Leiomyom

# Malign tümörler

Büyük kısmı farklı derecelerde differansiasyon gösteren skuamoz hücreli karsinomdur.

Sıklık sırasına göre;

- a) Piriform sinus (60%)
- b) Post krikoid bölge (30%)
- c) Posterior farengeal duvar (10%)

# Piriform Sinüs karsinomu

- Sıklıkla 40 yaş üstü erkeklerde görülür
- Büyüme eksofitik, ülseratif veya infiltratif olabilir
- Piriform sinus etrafının geniş olması nedeniyle uzun süre asemptomatik kalabilir
- Bu yüzden boyunda metastik lenf nodu genellikle en sık başvuru bulgusudur



# Yayılım

- **Lokal yayılım:**
- **süperior:** vallekula ve dil kökü
- **inferior:** postkrikoid bölge
- **Medial:** aryepiglotik fold ve ventrikül
- **Lateral:** tiroid kartilaj, tiroid
- **Lenfatik yayılım:** üst ve orta juguler servikal nel nodları
- **Uzak metastaz:** akciğer, karaciğer, kemik

# Klinik

- Metastatik **boyun kitlesi** ilk bulgu olabilir
- Boğazda batma, takılma hissi ilk bulgu olabilir
- Refere otalji
- Odinofaji
- Disfaji
- Ses değişikliği
- Stridor

# Tanı

- İndirek laringoskopi
- Barium grafisi
- Fleksible nasofaringoskopi
- BT: Evreleme
- Direk laringoskopi ile biyopsi

# Tedavi

- **Erken evre:** radyoterapi (ses korunur)
- **Piriform fossada sınırlı:** total larenjektomi + parsiyel farenjektomi ve farengeal rekonstrüksiyon + boyun diseksiyonu
- **Postkrikoid bölgeye yayılım:** total laringofarenjektomi
- Post-operatif radyoterapi

# Postkrikoid bölge karsinomu

- Hipofarengeal tümörlerin %30'unu oluşturur
- Plummer-Vinson sendromu önemli bir etiyolojik faktördür (hastaların 1/3'ünde görülür)
- **Lokal yayılım:** servikal özofagus, aritenoidler, reküren larengeal sinir ve krikoaritenoid eklem
- **Lenfatik yayılım:** paratrakeal lenf nodları (tm orta hatta ise bilateral tutulum)

# Klinik

- 20-40 yaş arası bayanlar
- Progresif disfaji en sık başvuru semptomu
- Ses değişikliği
- Kilo kaybı
- Tanı: indirek laringoskopi, BT , barium grafisi, direk laringoskopi ve biyopsi

# Tedavi

- Prognoz kötü
- **Radioterapi:** Larengeal fonksiyon korunur
- **Cerrahi:** Laringo-faringo-özofajektomi

# Posterior faringeal duvar karsinomu

- En az tutulan hipofaringeal bölge
- 50 yaş üzeri erkekler
- **Lokal yayılım:** prevertebral fasya, faringeal kaslar ve vertebra
- **Lenfatik:** genellikle bilateral, retrofaringeal ve derin servikal lenf nodları



# Klinik

- Disfaji, metastatik lenf nodu
- **Tanı:** endoskopi, barium grafi, MRG, BT

## Primer Tümör (T)

### *Hipofarenks*

TX	Primer tümör değerlendirilemedi
T0	Primer tümör yok.
T1	Tümör hipofarenksin bir alt bölgesine sınırlı ve $\leq 2$ cm
T2	Tümör birden fazla altbölge içeriyor veya komşu altbölgeye uzanmış veya $2\text{cm} <$ ve $4\text{cm} >$ ve hemilarenks fiksasyonu yok.
T3	Tümör $> 4$ cm veya hemilarenks fiksasyonu mevcut.
T4a	Tümör t tiroid/krikoid cartilajı, hyoidi, tiroid bezini, özofagusu invaze etmiş veya prelarengeal strep kaslarını ve subkutan yağ dokusunu invaze etmiş.
T4b	Tümör prevertebral fasyayı, karotid arteri veya mediastinal yapıları invaze etmiş.

## Bölgesel Lenf Nodu (N)

### *Hipofarenks*

NX	Lenf nodu değerlendirilemedi.
N0	Lenf nodu metastazı yok.
N1	Tek ipsilateral Lenf Nodu tutulumu, $\leq 3$ cm
N2a	Tek ipsilateral Lenf Nodu tutulumu, $> 3$ cm $< 6$ cm
N2b	Multiple ipsilateral lenf nodu tutulumu hepsi $< 6$ cm.
N2c	Bilateral veya controlateral lenf nodu tutulumu, $6\text{cm} <$ .
N3	Herhangi bir lenf nodunda $6\text{cm} <$ lenf nodu tutulumu.

## Uzak Metastaz (M)

MX

Uzak metastaz  
değerlendirilemiyor

M0

Uzak metastaz yok

M1

Uzak metastaz var

# Evreleme

EVRE	GRUP		
<b>0</b>	$T_{is}$	$N_0$	$M_0$
<b>I</b>	$T_1$	$N_0$	$M_0$
<b>II</b>	$T_2$	$N_0$	$M_0$
<b>III</b>	$T_3$	$N_0$	$M_0$
	$T_1$	$N_1$	$M_0$
	$T_2$	$N_1$	$M_0$
	$T_3$	$N_1$	$M_0$
<b>IVA</b>	$T_{4a}$	$N_0$	$M_0$
	$T_{4a}$	$N_1$	$M_0$
	$T_1$	$N_2$	$M_0$
	$T_2$	$N_2$	$M_0$
	$T_3$	$N_2$	$M_0$
	$T_{4a}$	$N_2$	$M_0$
<b>IVB</b>	$T_{4b}$	Any N	$M_0$
	Any T	$N_3$	$M_0$
<b>IVC</b>	Any T	Any N	$M_1$

# Tedavi

erken evre:

Radyoterapi / Cerrahi

erken evre küçük lezyonlar:

lateral faringotomi yaklaşımla rezeksiyon

erken evre büyük lezyonlar: laringofarenjektomi