Beleid LARYNXCARCINOMEN

1. Inleiding

Spinocellulair epithelioom 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
- CT hals–thorax (MRI enkel op indicatie)
- FDG PET-CT bij locally advanced tumoren (stadium III/IV)
- Evaluatie operabiliteit: labo, eventueel consult algemeen inwendige, EKG
- Oesofagogastroscopie en bronchoscopie bij klachten van dysfagie
- Tandnazicht en -sanering

3. TNM classificatie

zie TNM 8ste editie

4. Behandeling volgens stadium

4.1 Glottis- en supraglottiscarcinoom

Dysplasie

Endoscopische resectie - follow-up

Carcinoma in situ

Voorkeur voor endoscopische resectie – follow-up

of radiotherapie – follow-up

T1-2

Standaard heelkunde (laserresectie)

Alternatief: radio(chemo)therapie

Goedgekeurd op MCO 24 maart 2025

T3-T4a

Heelkunde (+- postoperatieve radiotherapie) versus radio(chemo)therapie.
In functie van de uitgebreidheid van de tumor en de patiënten karakteristieken wordt op het multidisciplinaire oncologisch overleg een voorstel gemaakt.

Voorkeur voor primaire radio(chemo)therapie (organ preservation) indien supraglottiscarcinoom, mobiele stembanden, geen kraakbeen aantasting, kleinere tumor en exofytische groei.

Primaire heelkunde indien gefixeerde stembanden, obstructie van de luchtweg, groot volume van de tumor of endofytische groei. In principe voor kraakbeeninvasie en/of extralaryngeale uitbreiding (cT4a) altijd heelkunde tenzij patiënt dit weigert of inoperabele tumor (T4b).

Inductiechemotherapie kan in zeer selecte gevallen overwogen worden.

Inoperabel (T4b)

Indien haalbaar radio(chemo)therapie of inductiechemotherapie +- radio(chemo)therapie of salvage radicale heelkunde (zo operabel na chemo-radiotherapie). Anders opstart systeemtherapie.

4.1.1 Info heelkunde

Heelkunde omvat resectie van de tumor +- halsklierevidement.
Voor kleinere tumoren (T1-T2) wordt een endoscopische of laserresectie van de tumor uitgevoerd +- halsklierevidement. De omvang van het halsklierevidement is afhankelijk van de uitbreiding van de tumor en de klieraantasting.
Voor cT1N0 glottiscarcinoom is er in principe geen halsklierevidement nodig.
Voor T3 en T4a wordt er totale laryngectomie en bilateraal halsklierevidement uitgevoerd. Omvang van het halsklierevidement (ipsilateraal versus bilateraal) wordt bekeken in functie van klieraantasting.
Voor geselecteerde T2-T3 kan een partiële laryngectomie overwogen worden.

4.1.2 Info primaire radio(chemo)therapie

Omvat een bestraling van de tumor en aangetaste klieren tot een hoge dosis (equivalent van 66 Gy-70 Gy in fracties van 2 Gy). Gelijktijdig wordt een (preventieve) bestraling van de electieve klierstreken tot een lage dosis uitgevoerd (equivalent van 50 Gy in fracties van 2 Gy). In principe wordt er altijd een bestraling van de electieve klierstreken uitgevoerd tenzij cTis of cT1N0 glottiscarcinoom.

Bij de locally advanced tumoren wordt de radiotherapie concomitant met chemotherapie gegeven.

4.1.3 Info inductie chemotherapie

Voorkeur voor TPF (docetaxel-cisplatinum-5-fluorouracil) 3-wekelijks. Indien cisplatinum-ineligible kan docetaxel-carboplatinum-5-fluorouracil gegeven worden.
Herevaluatie wordt uitgevoerd na 3 cycli met behulp van nieuwe PET-CT en CT van de hals (of MR hals in bepaalde gevallen). Het verdere beleid wordt bepaald in functie van de respons.

4.1.4 Info postoperatieve radiotherapie

Omvat een bestraling van de tumorregio uitgevoerd +- electieve bestraling van de drainerende klierstreken.

Indicaties voor postoperatieve radiotherapie:

- Perineurale en lymfovasculaire uitbreiding
- Nipte snedevlakken (=< 1mm)
- pT3/pT4 (eventueel geen radiotherapie indien pT3 en geen andere risicofactoren)
- pN+ (eventueel geen radiotherapie indien slechts 1 aangetaste klier)

Indicaties voor postoperatieve radiochemotherapie:

- Kapseldoorbraak van aangetaste klieren
- Positief snedevlak (en geen recoupe mogelijk)

In principe wordt er een electieve bestraling van de hals uitgevoerd tenzij een (bilateraal) klierevidement werd uitgevoerd en er geen aangetaste klieren waren. In selecte gevallen kan de bestraling van de klierstreken weggelaten worden bij 1 aangetaste klier na een uitgebreide klieruitruiming.
De omvang van de electieve bestraling van de hals (unilateraal versus bilateraal) wordt afgewogen in functie van ligging letsel en de klieraantasting. In principe bestraling van de bilaterale hals tenzij sterk gelateraliseerd letsel (marge tussen tumor en middenlijn van minstens 1 cm) zonder klieraantasting.
Dosis voor postoperatieve radiotherapie is 60 Gy in 30 fracties van 2 Gy op tumorbed. Dosis voor postoperatieve radiochemotherapie is 66 Gy in 33 fracties van 2 Gy op regio met kapseldoorbraak van klieren en/of regio van positieve snedevlak.
We trachten te starten met postoperatieve radio(chemo)therapie binnen 6 tot 7 weken na einde van heelkunde.

4.1.5 Info chemotherapie

Primaire radiochemotherapie: voorkeur 3-wekelijks cisplatinum (100 mg/m²).
Indien frailty kan cisplatinum wekelijks (40 mg/m²) een alternatief zijn.
Indien cisplatinum-ineligible kan carboplatinum-5FU of cetuximab concomitant gegeven worden.

Postoperatieve radiochemotherapie: voorkeur cisplatinum weekly (40 mg/m²).
Indien cisplatinum-ineligible kan carboplatinum concomitant gegeven worden.

Metastasen bij diagnose: eerstelijns systeemtherapie in functie van CPS-score:

- CPS 0: palliatieve chemotherapie + cetuximab (PFE schema)
- CPS ≥1: immuuntherapie (pembrolizumab) monotherapie of combinatie chemotherapie (cis/carboplatinum-5FU) met immunotherapie (pembrolizumab).

4.2 Subglottiscarcinoom

De behandeling van subglottiscarcinoom is vergelijkbaar met behandeling voor supraglottis- of glottiscarcinoom.
Er zal sneller worden overgegaan tot behandeling met radio(chemo)therapie in vergelijking met supraglottis-/glottiscarcinoom.
Info voor radiotherapie en chemotherapie blijven hetzelfde.

5. Follow-up

5.1 Beeldvorming

a) 3 maanden na beëindigen van therapie:
   - Primaire heelkunde +- postoperatieve radio(chemo)therapie: CT hals
   - Primaire radio(chemo)therapie: FDG PET-CT

b) Nadien:
   - Eerste 3 jaar: jaarlijkse beeldvorming van het hoofd- en halsgebied met CT hals en CT thorax
   - Na 3 jaar: op indicatie.

5.2 Klinisch onderzoek

1 - 2 jaar: 3 maandelijks
3 - 5 jaar: om de 6 maanden
Na 5 jaar: om de 6 tot 12 maanden

5.3 Biochemie

Jaarlijkse meting van schildklierfunctie na radiotherapie in de schildklierregio.