

SAMENVATTING EN CONCLUSIES

Bij de behandeling van larynxtumoren is het nodig een scherpe scheiding te maken tussen het endo- en exolarynxcarcinoom. Beperken wij ons tot de endolarynxgezwellen, dan blijkt, dat bij de keuze van de toe te passen therapie met verschillende factoren rekening moet worden gehouden. Indeling naar plaats van oorsprong (zetel) en graad van uitbreiding is niet voldoende om ons een juist inzicht te geven in het vraagstuk, welke behandelingsmethode moet worden toegepast. Wat de therapie betreft, is het nodig, *elk geval individueel te beschouwen* aan de hand van een aantal factoren, welke samenhangen met de aard van de tumor en de behandelingstechniek.

Gaat men de resultaten na, welke door verschillende auteurs bij de behandeling van het endolarynxcarcinoom zijn behaald en in de literatuur gepubliceerd, dan blijkt, dat deze met elkaar niet te vergelijken zijn. Een uitzondering hierop vormen slechts enkele grote, moderne statistieken, waarbij een gelijklopende materiaalindeling en een duidelijk behandelingsthema worden aangegeven. Voor het vergelijken van de resultaten der verschillende auteurs is het nodig, dat, behalve de hierboven reeds genoemde zetel en uitbreidingsgraad, de volgende belangrijke factoren in de statistieken worden verwerkt:

1. de al of niet aanwezige fixatie van de stemband;
2. de histologische bouw van de tumor;
3. al of niet bestaande tumorindringing in het kraakbeen;
4. de infectietoestand.

Onder de chirurgische methoden neemt de laryngofissuur met excisie van de tumor een belangrijke plaats in. Zowel uit de publicaties in de literatuur als uit de bestudering van het eigen materiaal, bestaande uit de gevallen, die van 1923 tot en met 1943 werden behandeld in het Antonie van Leeuwenhoekhuis te Amsterdam, blijkt, dat deze methode streng moet worden beperkt tot *beginnende gevallen van larynxcarcinoom op bewegelijke stembanden* en dan een zeer goede prognose heeft.

Bij verder uitgebreide tumoren is de gefractioneerde Röntgenbestraling volgens Coutard aangewezen, zolang nog geen doorgroei in het kraakbeen bestaat. Belangrijk is hierbij het

tempo, waarin de bestraling wordt gedoseerd. Uit een nadere analyse van de volgens de methode van Coutard bestraalde gevallen, in het Antonie van Leeuwenhoekhuis, blijkt *de invloed van de wijze van bestralen* op de verdere afloop van de behandeling. Het ontstaan van perichondritis en kraakbeenecrose wordt bevorderd door te snel opgevoerde dosering van de bestraling.

Een onderscheid moet hier worden gemaakt in de tumoren naar hun histologische opbouw en groeiwijze. Bij de gedifferentieerde epidermoïde en zich in de vlakke uitbreidende tumoren van de stemband is een snel opgevoerde dosering absoluut tegenaangewezen. Bij de ongedifferentieerde epidermoïde en anepidermoïde, bij exophytisch groeiende en extracordale tumoren is de snelle bestraling niet absoluut gecontraïndiceerd. Hier hebben de fixatie en de infectie op het resultaat een grotere invloed, dan de wijze van bestralen.

De mucositis, reactie van het slijmvlies op de bestraling, is een afscheiding van fibrine in het bindweefsel en mag niet als een epitheelreactie worden opgevat. De naam „epithelitis” is onjuist en *het ontstaan van intensieve bestralingsreacties is niet nodig voor een goede tumorregressie*. In de gevallen, waarbij de reacties op de bestraling sterk zijn uitgesproken, komen als regel vroeg slikklachten voor. Deze kunnen een waarschuwing zijn dat de bestraling gestaakt c.q. veranderd moet worden.

In verder voortgeschreden gevallen, bij tumoren met doorgroei in het kraakbeen, met uitgebreide ulceraties of uitgesproken fixatie der stembanden, is bestralen met kans op succes niet meer mogelijk. Hier is larynxexstirpatie aangewezen, mits er geen contra-indicaties op grond van de algemene toestand van de patiënt bestaan of metastasen zich reeds ontwikkeld hebben.