

# Bilateral Laringosel

## Bilateral Laryngocele

**Dr. Güleser SAYLAM, Dr. Serdar SAĞSÖZLÜ, Dr. Engin DURSUN, Dr. Hakan KORKMAZ, Dr. Adil ERYILMAZ**  
S.B. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Kulak Burun Boğaz Kliniği

### ÖZET

Laringosel laringeal ventrikül sakkülünün havayla dolu dilatasyonu veya herniasyonu olup larinksin nadir rastlanan benign bir lezyonudur. Laringoseller tirohyoid membranla ilişkilerine göre üç tipe incelenmektedir: internal, eksternal ve mikst tip. Bilateral kistik boyun kitlesi ile başvuran 43 yaşında erkek hasta sunulmaktadır. Klinik muayene ve radyolojik değerlendirme sonucunda ağırlıklı olarak bilateral mikst tip laringosel düşünülerek ameliyata alınan hasta literatür değerlendirmesi ile birlikte tartışılmıştır.

### Anahtar Sözcükler

*Laringosel, kistik boyun kitlesi, larinks*

### ABSTRACT

Laryngocele is the dilatation and herniation of laryngeal saccule that is filled with air. It is a rare benign pathology. Laryngoceles are classified as internal, external and mixed type according to its relation with thyrohyoid membrane. 43 years old male patient with bilateral cystic neck mass is presented. It was considered as bilateral mixed type laryngocele and was operated. We discussed this pathology in the light of the literature.

### Keywords

*Laryngocele, cystic neck mass, larynx*

Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: 15.09.2005 • Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: 18.03.2006

Yazışma Adresi

**Dr. Güleser SAYLAM**

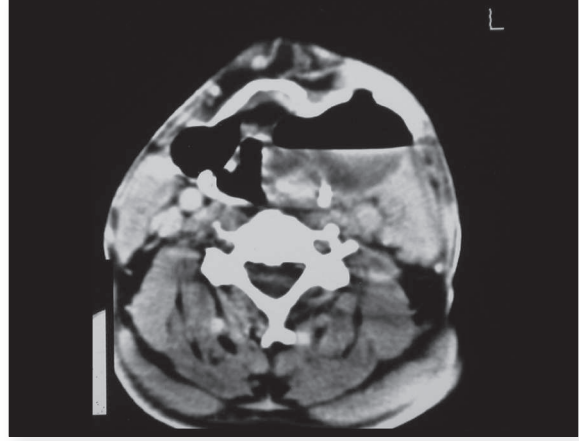
Miralay Nazım Bey Sok. 234/4 06170 Yenimahalle/ANKARA  
Tel: 0505 560 40 20 E-posta: guleserkilic@yahoo.com

## GİRİŞ

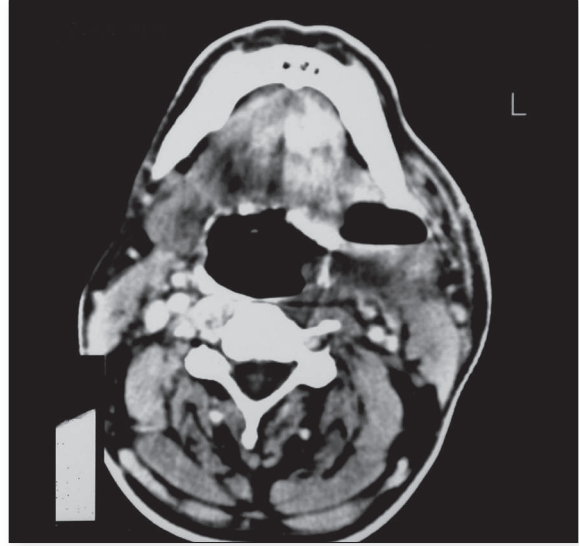
Laringosel laringeal ventrikül sakkülünün hava ile dolu anormal dilatasyonu olarak tanımlanan, larinksin nadir görülen benign bir lezyonudur. Etiyolojisinde intralaringeal basınç artışının rol oynadığı düşünülmektedir (1,2). İlk kez 1867'de Virchow tarafından tanımlanmıştır (3,4). Birçok laringosel vakası asemptomatik olup başka bir nedenden dolayı yapılan incelemeler esnasında insidental olarak saptanır (5). Bu yazıda boyunda bilateral kitle nedeniyle kliniğimizde incelenen ve bilateral laringosel tanısı alan bir olgu, uygulanan cerrahi tedavisiyle birlikte sunuldu.

## OLGU SUNUMU

43 yaşında erkek hasta yaklaşık 6 aydan beri boynunun her iki tarafında şişlik yakınmasıyla kliniğimize başvurdu. Hastanın kulak burun boğaz muayenesinde boyun sol tarafında, mandibula köşesinde lokalize, yaklaşık 5x5 cm'lik, düzgün yüzeyli, lastik kıvamında, mobil, ağrısız, üzeri normal ciltle örtülü kitle palpe edildi. Hastanın sağ boynunda yine angulus mandibulada lokalize 2x1,5 cm. ebatlarında, soldaki kitleyle aynı özelliklere sahip bir kitle daha palpe edildi. Videolarinoskopik larinks muayenesi normaldi. Diğer sistem muayenelerinde herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Boyun bilgisayarlı tomografi incelemesinde sol boynunda lokalize 5x5 cm. ebatlarında, sol sternokleidomastoid kasını posterolaterale, karotid arter ve juguler veni mediale iten kistik yapıda kitle izlendi. Kistik kitlenin larinks ile devamlılığı mevcuttu ve hava sıvı seviyesi vardı. Boynun sağ tarafında kistik karakterdeki 2x1 cm boyutlarındaki kitlenin soldaki kitlenin devamı olduğu görüldü (Resim 1,2). Klinik muayene ve radyolojik değerlendirme sonucunda ağırlıklı olarak bilateral mikst tip laringosel düşünüldüğü hasta genel anestezi altında operasyona alındı. Hastanın isteği üzerine sol boyuna cerrahi müdahale yapılmadı. Krikotiroid bileşkenin 1 cm. üzerinden yaklaşık 10 cm'lik horizontal cilt insizyonu ile girildi. Künt diseksiyonla katlar geçilerek kitleye ulaşıldı ve kitlenin yukarıda ağız tabanı, lateralde sternokleidomastoid kası medial sınırı ve medialde strep adalelerle ilişkisi olduğu görüldü. Kitlenin tirohyoid membrandan larinkse girdiği izlendi. N.laringeus superior korunarak kitle total



**Resim 1.** Bilateral hava dolu dilatasyonların larinks ve boyun ile ilişkisi ve sol taraftaki mikst tip laringosel içinde hava sıvı seviyesi görülmektedir.



**Resim 2.** Laringoselin boyunda yerleşen ve brankial kist ile karışmasına neden olan kısmı görülmektedir.

olarak çıkarılıp defektli farinks mukozası ve tirohyoid membran tamir edildi. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta üçüncü gün şifa ile taburcu edildi. Postoperatif histopatolojik inceleme sonucu "laringosel ile uyumlu" olarak raporlandı. Hastanın 12 aylık takip süresince rekürrens bulgusuna rastlanmadı.

## TARTIŞMA

Laringosel erkeklerde kadınlardan 5–7 kat daha fazla görülür. Her yaşta görülebilmekle birlikte en sık 5–7. dekatlarda karşımıza çıkar. İnfantlarda

görüldüğü zaman konjenital oldukları düşünülür. ABD'deki yıllık laringesel insidansı 1/2500000 olarak bildirilmiştir. %85 olguda tek taraflıdır (1,6,7). Laringosellerin nedeni net olarak bilinmemekle birlikte kronik öksürük, gerinme, üfleme müzikal enstrüman çalma, cam üfleme gibi intralaringeal basıncı artıran nedenler etiyojide sorumlu tutulmuştur (6,7).

Laringoseller tirohyoid membranla ilişkilerine göre üç tipte incelenmektedir. İnternal laringesel yalancı vokal kord ve ariepiglottik folda uzanır fakat larinks içerisinde kalır. Eksternal laringesel tirohyoid membranı delerek boyun lateral kısmına çıkar. Kombine veya mikst laringesel ise her iki komponente sahiptir (1,8). En sık mikst tip (%44), ikinci olarak da internal tip (%40) laringesel izlenmektedir (1). Birçok laringesel vakası asemptomatik olup başka bir nedenden dolayı yapılan incelemeler esnasında insidental olarak saptanır. İnternal laringoseller ses kısıklığı, stridor, boğazda yabancı cisim hissi, boğaz ağrısı ve öksürük semptomlarına yol açabilir. Eksternal laringoseller ise tiroid kartilajın lateralinde, sternokleidomastoid kasının anteromedialinde lokalize kitle ile başvururlar, boyundaki kitleye bası yapıldığında boğazdan ışıltı sesi benzeri ses gelmesine "Bryce's bulgusu" denir. İnfekte bir laringesel boyun apsisi şeklinde kliniğe yansıyabilir (1,4).

Laringesel tanılı olguların %4,9-28,8'ine skuamöz hücreli karsinom eşlik etmektedir. Karsinomalı olgularda sürekli öksürük, fonasyon sırasındaki zorlanmalar, sekresyonu temizleme çabasıyla artan intralaringeal basınç artışının laringosele neden olduğu düşünülmektedir (1,8).

Obstrükte olan laringosellerin içinde mukus bezlerinin proliferasyonu sonucu sıvı veya mukus dolu laringeal mukoseller gelişebilir. Laringeal mukosel enfekte olursa laringopyosel ortaya çıkar, süperenfeksiyon insidansı %8-10 arasındadır (1).

İnternal laringesel tanısı laringoskopide vestibüler foldu veya ariepiglottik foldu iten, mukozayla örtülü dolgunluk veya kistik kitle görülmesiyle konur. Kitle Valsalva manevrasıyla büyüme gösterir. Boyun yumuşak doku grafileri ve bilgisayarlı tomografik incelemeler tanıya yardımcıdır. Komplike olmamış laringesel BT'de karakteristik lokalizasyonunda hava veya sıvıyla dolu kese olarak kolaylıkla tanımlanabilir (9). Eksternal laringosellerde laringoskopik muayene normal olabilir. Bir eksternal laringesel içerisinde sıvı toplanırsa bir branşial yarı kistini taklit edebilir (2).

Ayırıcı tanıda enfeksiyonlar, lenfanjiom, hemanjio, teratom, dermoid kist, lenfoma, parotis tümörü, ektopik tükürük bezi veya tiroid dokusu, branşial yarı kistleri, karotid body tümörü, nörofibrom ve metastatik veya benign servikal lenfadenopatiler göz önünde bulundurulmalıdır (1,2).

Laringosellerin tedavisi boyut ve tipe bağlıdır. Küçük internal laringosellerde endoskopik yaklaşım kullanılabilirken büyük internal, kombine veya eksternal laringosellerde eksternal cerrahi yaklaşım tercih edilmelidir (3,5). Olgumuzda ön tanıımız bilateral eksternal laringesel olduğu için eksternal cerrahi yaklaşım uygulanmıştır.

Sonuç olarak lateral boyunda lokalize kistik bir kitlenin ayırıcı tanısında her zaman eksternal laringesel akılda tutulmalıdır.

#### KAYNAKLAR

1. Karadeniz MY, Altınok D, Kara SA, Güney Ş. Laringesel: Görüntüleme bulguları. Tanısal ve Girişimsel Radyoloji. 2001; 7:258-261.
2. Thome R, Thome DC, De La Cortina RA. Lateral thyrotomy approach on the paraglottic space for laryngocele resection. Laryngoscope. 2000; 110:447-450.
3. Griffin JL, Ramadan HH, Wetmore SJ. Laryngocele: a cause of stridor and airway obstruction. Otolaryngol Head Neck Surg. 1993; 108:760-762.
4. Maharaj D, Fernandes CM, Pinto AP. Laryngopyocele (a report of two cases). J Laryngol Otol. 1987; 101:838-842.
5. Szwarc BJ, Kashima HK. Endoscopic management of a combined laryngocele. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1997; 106:556-559.
6. Gallivan KH, Gallivan GJ: Bilateral mixed laryngoceles: simultaneous stroboscoped laryngoscopy and external video examination. J Voice. 2002; 16:258-266.
7. Ingrams D, Hein D, Marks N. Laryngocele: an anatomical variant. J Laryngol Otol. 1999; 113:675-677.
8. Harney M, Patil N, Walsh R, Brennan P, Walsh M. Laryngocele and squamous cell carcinoma of the larynx. J Laryngol Otol. 2001; 115:590-592.
9. Alvi A, Weissman J, Myssiorek D, Narula S, Myers EN. Computed tomographic and magnetic resonance imaging characteristics of laryngocele and its variants. Am J Otolaryngol. 1998; 19:251-256.