

Pediatric Internal Laryngosel: Olgu Sunumu

Pediatric Internal Laryngocele: A Case Report

*Dr. Çağatay Han ÜLKÜ, *Dr Yavuz UYAR, **Dr. Mustafa Cihat AVUNDUK, *Dr. Duygu KÖROĞLU

* Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları AD, Konya

** Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Patoloji AD, Konya

ÖZET

Laryngosel, larengeal sakkülün hava ile dolu anormal bir dilatasyonudur. Endolarengeal hava yolu ya da tirohiyoid membrana doğru uzanabilir. Tirohiyoid membranla olan ilişkisine göre internal, eksternal ya da kombine laryngosel olarak sınıflandırılır. Semptomlar laryngosel boyutuna bağlıdır. Öksürük, ses kısıklığı, stridor, boğaz ağrısına neden olabilir ve boyunda şişlik şeklinde görülebilir. Ancak pek çoğu asemptomatiktir. İnfant ve çocuklarda hava yolu tıkanıklığının nadir nedenlerinden biridir. Tedavi seçenekleri, endoskopik eksizyon ya da marsupiyalizasyon ve lateral tirotonomi ya da tirohiyoid membrane yaklaşımı ile eksternal eksizyondur. Bu çalışmada, pediatrik bir internal laryngosel olgusu, nadir konjenital larengeal bir patoloji olması nedeniyle sunulmuştur. Literatür gözden geçirilerek hastalığın karakteristik özellikleri tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler

Laryngocele, tedavi

ABSTRACT

Laryngocele is an abnormal dilatation of the laryngeal sacculle filled with air. It may extend through the thyrohyoid membrane or into the airway. According to its relation to the thyrohyoid membrane, it has been classified as internal, external, or combined laryngocele. Symptoms are related to the size of the laryngocele. It may cause cough, hoarseness, stridor, sore throat and may present as a swelling on the neck. In many cases, it is asymptomatic. Laryngocele is a rare cause of infant and pediatric airway obstruction. Treatment options are endoscopic excision or marsupialization, and excision through a lateral thyrotomy or the thyrohyoid membrane approach. In this study, a pediatric case with an internal laryngocele was presented as a rare congenital laryngeal pathology. Literature was reviewed and characteristics of the disease were discussed.

Keywords

Laryngocele, treatment

Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: **25.01.2008**

Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: **06.04.2008**

≈

Yazışma Adresi

Dr. Çağatay Han ÜLKÜ

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları AD,

42100 Meram - Konya

Tel: 0 332 2237250 / 0 532 3171765

Faks: 0 332 3232643

E-posta: chanulku@yahoo.com

GİRİŞ

Larengosel, larengeal sakkülün nadir görülen benign bir dilatasyonudur. Erişkinlerde edinsel, pediatrik yaş grubunda ise konjenital bir patoloji olduğu düşünülür. Tirohiyoid membranla olan ilişkisine göre internal, eksternal ya da kombine larengosel olarak sınıflandırılır.¹⁻³ Sakkülün hava ile epizodik genişlemesi sonucu hava yolu obstrüksiyonu ve boğuk ses tipik semptomlarıdır, ancak intermitant olması tanıyı güçleştirebilir.^{2,3}

OLGU SUNUMU

Yedi yaşında erkek hasta, Şubat 2004'te kliniğimize boğuk ses, zaman zaman solunum sıkıntısı ve kısık sesle ağlama şikayetleri ile getirildi. Ailesi şikayetlerin doğumdan itibaren mevcut olduğunu, son bir yılda üst solunum yolu enfeksiyonu ve özellikle efor ile daha belirgin hale geldiğini belirtti. Hastanın birçok kez verilen medikal tedaviden kalıcı bir fayda görmediği öğrenildi. KBB muayenesinde, fiberoptik endoskopik inceleme ile sağ priform sinüs, ariepiglottik plika ve band ventrikülde, glottisi kısmen kapatan düzgün yüzeyle 1.5 cm çapında bir lezyon izlendi. Sağ vokal kord değerlendirilemedi. Boyun palpasyonunda herhangi bir patoloji saptanmadı. Hastada pektus karinatum deformitesi mevcuttu. Bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde, sağ ariepiglottik plika seviyesinden başlayıp, band ventrikül ve kord vokale uzanan, priform sinüs ve hava kolonunu sağdan daraltan 2 cm çapında düzgün konturlu kitle belirlendi (Resim 1). Manyetik rezonans görüntüleme incelemesinde de lezyona ait benzer bulgular rapor edildi. Klinik ve radyolojik veriler eşliğinde, olgu pediatrik internal larengosel tanısıyla operasyona hazırlandı. Eksternal yaklaşım ile rezeksiyon planlandı. Hava yolu güvenliği trakeotomi açılarak sağlandı. Ardından, tiroid kıkırdak, hiyoid kemik arasından, sağ sternokleidomastoid kas ön kenarından boyun orta hattına uzanan 5 cm'lik horizontal insizyon yapıldı. Tiroid kartilaj ortaya kondu ve lateral tirotoni yaklaşımı ile sağ tiroid laminadan inferior tabanlı flep hazırlandı (Resim 2). Paraglottik bölgede karşımıza çıkan larengosel çevre dokulardan disseke edildi ve ventrikül girişinden bağlanarak eksize edildi. Kartilaj flep yerine yatırılarak perikondriumu sütüre edildi. Trakeotomi postoperatif 5. günde kapatıldı. Herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Lezyonun histopatolojik

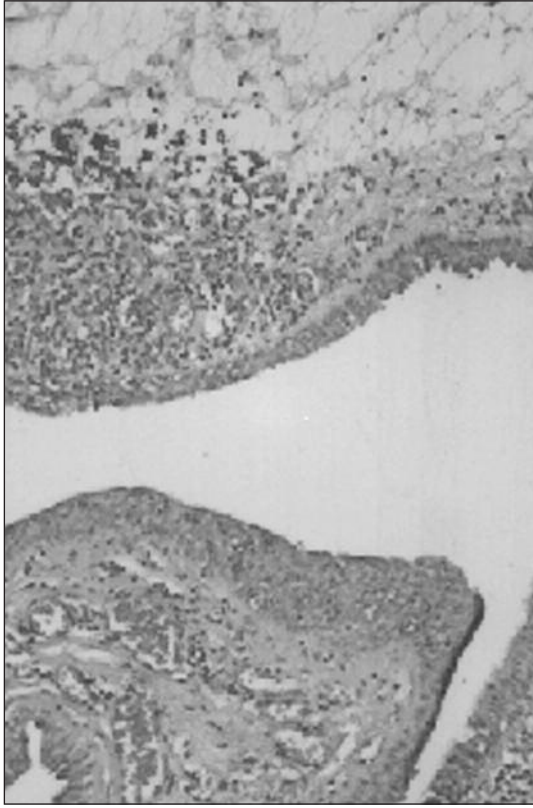


Resim 1. Sağ ariepiglottik plika ve band ventrikül seviyesinde lokalize glottisi daraltan 2 cm çapındaki larengoselin aksiyel plan BT görünümü. L: Larengosel.



Resim 2. Sağ lateral tirotoni yaklaşımı ile internal larengosel eksizyonuna ait peroperatuvar görüntü; T1: Sağ tiroid laminasından hazırlanan inferior tabanlı flep, T2: Tiroid kartilaj çentiği, orta hat, L: Larengosel.

incelemesi sonucu tanı larengosel olarak rapor edildi (Resim 3). 36 ay sonra yapılan son kontrol muayenesinde hastanın şikayeti yoktu ve endolarengeal muayenede patoloji saptanmadı.



Resim 3. Histopatolojik görünüm.

TARTIŞMA

Larengeyel terimi, ilk kez 1867'de Virchow tarafından laringeal sakkülün hava ile anormal dilatasyonunu tanımlamak için kullanılmıştır.¹ İnsidansı yılda 2.5 milyonda bir olarak bildirilmiştir.⁴ Pediyatrik yaş grubunda yetişkinlere oranla daha az görülür.³ %85'i unilater, %15'i bilateraldir.¹

Larengeyel patogenezi ile farklı görüşler vardır. İnfant ve çocuklarda larengeyel daha çok konjenital olduğu düşünülür.³ Buna karşın birçok araştırmacı, larengeyel kazanılmış bir hastalık olduğu ve ileri yaşlarda görüldüğü konusunda hemfikirdir. Holinger ve ark.⁵ uzun süre devam eden larengeal lümenindeki artmış basıncın sakkülde tedrici genişleme ile sonuçlanabileceğine işaret etmiştir.

Tirohiyoid membranla olan ilişkisine göre internal, eksternal ya da kombine larengeyel olarak sınıflandırılır. İnternal larengeyel, tirohiyoid membrana medial, eksternal larengeyel lateral, kombine larengeyel ise medial ve lateral uzanım gösterir.² Olguların %20'si internal, %30'u eksternal ve %50'si kombine larengeyeldir.⁴

Semptomlar larengeyel boyutuna bağlıdır ve boğuk ses, boyunda şişlik, stridor, disfaji, öksürük ve boğaz ağrısı olarak sıralanabilir. İlk iki semptom yetişkinlerde sık rastlanmaktadır. İnfant ve çocuklarda, hava yolu tıkanıklığının nadir nedenleri arasında olup, respiratuvar distres, zayıf ağlama, beslenme zorluğu ve siyanoz ön plandadır.^{3,4}

İnternal larengeyel, endolarengeal paraglottik alanda sınırlı kalır, klinik tanısı genellikle endoskopiktir. Supraglottik bölgede düzgün bir şişlik olarak görülür, üzerindeki mukoza normaldir. Büyüklüğüne göre, ventriküler band, ariepiglottik plika ve priform sinüslerde etkilenme izlenir. Eksternal larengeyel ise tirohiyoid membranı geçerek, sternokleidomastoid kas ön kenarında hiyoid kemik seviyesinde bir şişlik şeklinde kendini gösterir. Valsalva manevrası ile hacmi artar.^{4,6}

Olgumuzda, boğuk ses, zayıf ağlama ve solunum sıkıntısı ön planda olan semptomlardı. Fiberoptik endoskop ile yapılan muayenede sağ priform sinüs, ariepiglottik plika ve band ventrikülde üzeri normal mukoza ile örtülü bir kabarıklık belirlendi. Sağ kord vokal değerlendirilemedi.

Bilgisayarlı tomografi incelemesi, larengeyelin kesin tanısını sağlar. Manyetik rezonans görüntüleme de larengeyel sınırları hakkında detaylı bilgi verir, tirohiyoid membranla olan ilişkisini belirler.⁴

Literatürde larengeyel tedavisi için bir çok cerrahi yaklaşım tanımlanmıştır. Bunlar eksternal, endoskopik ya da kombine yaklaşımlardır.^{1,2} Larengeyel boyutu, larengeal yapılara zarar verme, tam olmayan rezeksiyon riski ve cerrahın tercihi yaklaşımı belirler.²

Eksternal cerrahi, tirohiyoid membran ve tirotomi yaklaşımını içerir. Tirohiyoid yaklaşımında paraglottik alan disseksiyonu ve tam rezeksiyon zor olabilir. Tiroid kartilaj üst 1/3'ü mobilize edilerek yapılan lateral tirotomi yaklaşımının avantajı paraglottik alana mükemmel görüş açısı sağlaması ve lezyonun direkt görüş altında submukozal disseksiyonuna izin vermesidir. Bu yaklaşım ayrıca çevre larengeal yapıları minimal travmatize eder ve larengeyelin tam çıkarıldığına ilişkin cerrahın emin olmasını sağlar, bu şekilde nüks önlenir.^{2,4,7} Thome ve ark.,² 6 internal ve 4 kombine larengeyel olgusunda lateral tirotomi yaklaşımı uyguladıklarını, olguların hiçbirisinde komplikasyon ya da nüks gelişmediğini bildirmişlerdir.

Endoskopik yaklaşımın kullanımı, internal larengeyel olguları ile sınırlıdır.² Soğuk enstrümanlarla yapılan endoskopik rezeksiyon tekniği, daha ileri cerrahi

uygulanmasına ihtiyaç gösterecek inkomplet rezeksiyon ve komşu laringeal yapılarda ileri skar gelişim olasılığı ile birliktedir.² Buna karşın endoskopik rezeksiyonda CO₂ lazer kullanımı, komplet rezeksiyona ve hastanın kısa sürede taburcu olmasına olanak tanıyan, genellikle trakeotomi gerektirmeyen güvenilir bir yöntemdir.^{1,8} Gürsel ve ark.,⁸ bu teknikle opere ettikleri 7 internal larengeal olgusunda nüks gelişmediğini ve ses kalitesinde artış olduğunu rapor etmişlerdir.

Olgumuzda, kliniğimizdeki teknik olanaklar ve hasta ailesinin sosyoekonomik durumu değerlendirilerek,

geniş bir görüş açısı ile lezyona direkt ulaşım ve tam rezeksiyon imkanı veren lateral tirotoni yaklaşımı tercih edildi. Operasyon sırasında ve postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmedi. 36 ay sonra yapılan son kontrol muayenesinde hasta semptomsuzdu.

SONUÇ

İnternal larengeal, infant ve pediatrik yaş grubunda nadir görülmekle birlikte hava yolu obstrüksiyonları değerlendirilirken ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

1. Martinez Devesa P, Ghufloor K, Lloyd S, Howard D. Endoscopic CO₂ laser management of laryngocele. *Laryngoscope* 2002;112:1426-30.
2. Thome R, Thome DC, Rodrigo AC, De La Corttina RAC. Lateral thyrotomy approach on the paraglottic space for laryngocele resection. *Laryngoscope* 2000;110:447-50.
3. Civantos FJ, Holinger LD. Laryngoceles and saccular cysts in infants and children. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1992;118:296-300.
4. Rutka J, Birt D. Laryngocele : A case report and review. *J Otolaryngol* 1983;12:389-92.
5. Holinger LD, Barnes DR, Smid LLJ, Holinger PH. Laryngocele and saccular cysts. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1978;87:675-85.
6. Hafız G, Güldiken Y, Oysu Ç, Aslan İ, Yazıcıoğlu E. Üç olgu nedeniyle larengeal. *Kulak Burun Boğaz İhtisas Dergisi*, 1995;2:434-6.
7. Topaloğlu İ, Ulusoy S, Akgün H. İki olgu nedeniyle larengeal. *Türk Otolarengoloji Arşivi* 2005;43:117-20.
8. Dursun G, Ozgursoy OB, Beton S, Batikhan H. Current diagnosis and treatment of laryngocele in adults. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2007;136:211-5.