

# Üç yaşında saptanmış bir laringosel olgusu

Ebru Yeşildağ<sup>1</sup>, Onat Akın<sup>2</sup>, Yunus Söylet<sup>1</sup>

## Özet

Laringosel; boyunda kitle ya da solunum sıkıntısı ile belirti verir. Çocukluk döneminde pek sık rastlanmayan bir lezyondur. Bu nedenle boyunda kitle ile başvuran bir hastada ön planda dermoid kist, tiroglossal kist gibi başka nedenler düşünülür ve laringosel tanısına çoğunlukla cerrahi eksplorasyondaki bulgular ve histopatolojik inceleme ile ulaşılır. Bu yazıda, eksternal laringosel tanısı cerrahi girişim sonrasında histopatolojik inceleme ile konan üç yaşında bir erkek çocuk sunulmuş ve ayırıcı tanı yapılarak değerlendirilmiştir.

**Anahtar kelimeler:** boyunda kitle, çocuk, laringosel

## Summary

### A laryngocele diagnosed at three years of age

Laryngocele is a rare cervical lesion of childhood that may present either with a mass or respiratory distress. Therefore, other causes such as thyroglossal cyst or dermoid cyst are primarily suspected in a case with a midline cervical mass and the diagnosis of laryngocele is usually made after surgical exploration and histopathologic analysis. Herein a three- year- old boy, in whom the diagnosis of an external laryngocele was achieved after surgical intervention and histopathological analysis, is presented and the differential diagnosis is overviewed.

**Key words:** cervical mass, children, laryngocele

## Giriş

Çocukluk döneminde birçok hastalık boyunda kitle ile belirti verebilir ve bunların büyük bir kısmını da nadir görülen lezyonlar oluşturur. Tanı için öykü ve fizik muayene önemlidir. Kitlenin yerleşimi, bu açıdan değer taşır. Fakat atipik yerleşimlere de sık rastlanmaktadır (1,2). Laringosel, laringeal kesede anormal genişlemeden kaynaklanan ve boyunda kitle, ses kısıklığı, solunum sıkıntısı gibi belirtiler verebilen ama daha çoğunlukla erişkinlerde gözlenen bir lezyondur. Bu yazıda üç yaşında erkek çocukta saptanmış bir eksternal laringosel olgusu sunulmuştur. Kitle öncelikle tiroglossal kist olarak değerlendirilmiş, tanıya cerrahi girişim ve histopatolojik inceleme ile ulaşılmıştır.

## Olgu

Üç yaşında erkek hasta, boyun orta hatta yerleşmiş şişlik nedeni ile başvurdu. Öyküde şişliğin ilk kez iki yaşında iken aile tarafından farkedildiği ve geçen süre zarfında boyutunun arttığı belirtildi. Yapılan muayenede boyun orta hatta, tiroid istmusu hizasında; kistik, ağrısız, düzgün konturlu, üzeri düz lezyon palpe edildi. Kitlenin yutkunma ve dil hareketlerinden etkilenmediği; ağlama ile de boyutunda artma olmadığı gözlemlendi. Ultrasonografi ile incelemesinde boyundaki kitlenin 22 x 25 mm çapında, kistik yapıda olduğu, tiroid lobları ile istmusdan ayrı olduğu saptandı. Genel anestezi altında, lezyon üzerinden transvers kesi yapıldı. Tiroid loblarının arasında yerleşmiş kitlenin tirohiyoid

<sup>1</sup> İstanbul Çocuk Cerrahisi ve Çocuk Ürolojisi Merkezi,

<sup>2</sup> Patomed Patoloji ve Sitoloji Laboratuvarı

membrandan çıkmış olduğu saptandı. Larinks ile ince bir bağlantısı mevcuttu ve içi mukoid bir sıvı ile doluydu. Lezyonun tamamı, larinks açılmaksızın, eksize edildi. Hematoksilen ve eozin (HE) ile boyanan kist duvarının histopatolojik incelemesinde psödostratifye silyal kolumnar epitel ile çevrili olduğu, lümende mukoid materyel bulunduğu ve subepitelyal alanda fibrovasküler ve kartilajinöz doku bulunduğu gözlenerek laringesel tanısı doğrulandı. Goblet hücreleri %3 oranında mevcuttu (Resim 1). Olgu, operasyondan bir gün sonra eve gönderildi ve iki yıllık takip sürecinde sorun saptanmadı.



**Resim 1:** Lümeni mukoid madde ile dolu kistin duvarında psödostratifye silyalı kolumnar epitel mevcut (HE X 40).

## Tartışma

Çocukluk çağında lenfoma, bronkojenik kist, tiroglossal kist, dermoid kist, kistik higroma gibi birçok hastalık boyunda kitle nedeni olabilir. Sık rastlanmayan bu lezyonların ayırıcı tanısında yerleşim bölgesi ilk planda yardımcı olsa da bazen yeterli olmayabilir (1,2). Öykü ve fizik muayene ile tanıya yönlendirmenin sağlanamadığı olgularda radyolojik incelemelerden yararlanılabilir. Atipik yerleşimli, boyutları büyük, çevre yapılarla komşuluğu net ayırdedilemeyen, malignite şüphesi olan lezyonlarda yapılacak bir girişim öncesinde radyolojik incelemelerle ek bulgular sağlanmalıdır. Ultrasonografi kitlenin kistik yapısını, muhtemel bir maligniteyi düşündürecek solid bileşenleri ortaya koyar iken, Doppler ultrasonografi ile vaskularizasyon değerlendirilir. Gerekli olgularda ultrasonografi eşliğinde ince iğne aspirasyon biopsisi yapılarak sitoloji ile tanıya ulaşılabilir. Bilgisayarlı tomografi kitlenin kaynaklandığı

anatomik kompartmanı tanımlamada yardımcıdır. Manyetik rezonans görüntüleme ise yumuşak dokudaki değişiklikleri belirlemede üstündür. Olgunun yaşı dikkate alındığında yenidoğan ve erken çocukluk dönemindeki kitlelerin büyük bir kısmının doğumsal olduğu görülürken; daha büyük çocuklarda ilk planda enflamatuvar ya da neoplastik sebepler akla getirilmelidir (1). Her ne kadar doğumsal boyun kitleleri uzun süredir var olsalar da, saptanmaları bazen enfeksiyon veya hemoraji sonrası boyutlarında artma ya da yaşamı tehdit eden havayolu tıkanıklıklarına yol açmaları nedeniyle olur (1,2).

Laringeal kesede anormal genişleme olarak tanımlanan laringesel, çocukluk döneminde sık görülmez. Buna rağmen, laringoselin yenidoğan döneminde havayolu tıkanıklığı sebebi olarak bildirildiği olgu sunumları İngilizce literatürde yer almaktadır (3,4). Yenidoğan dönemi sonrasında ise lezyonun önde gelen belirtileri boyunda şişlik, ses kısıklığı, disfaji olarak bildirilmiştir (5). Sunulan olguda solunum sıkıntısı ya da ses kısıklığı görülmemiş, zaman içinde büyüdüğü izlenen kitle tek yakınma olmuştur.

Etiyoloji tam olarak bilinmemekle beraber laringoselin hem doğumsal hem de edinsel faktörlerden kaynaklanabildiği, artmış larinks içi basınçla ilgili olabileceği düşünülmektedir (3). Üç anatomik tip tarif edilmiştir. İlki tiroid kıkırdağın içinde kalan internal laringesel, diğeri tiroid kıkırdağın dışında olan eksternal laringeseldir. Mikst tip ise daha sık görülen şekildir. Yaşlı kişilerde laringesel gelişiminin larinks kanseri ve amiloidoz ile bağlantısı gösterilmiştir (6-8). Lezyon aile tarafından ilk kez iki yaşında farkedilse de sunulan olguda doğumsal etiyoloji daha uygundur. Direkt servikal grafiler, ultrasonografi veya bilgisayarlı tomografi gibi radyolojik incelemeler yardımıyla havayoluna dıştan bası oluşturan kistik kitle görüntülenebilir (1). Kesin tanı çoğu zaman cerrahi eksplorasyon ve histopatolojik inceleme ile konur. Ancak cerrahi öncesinde laringesel düşünülür ise direkt laringoskopi yapılmalıdır. Bunun sebebi de özellikle erişkin hastalarda predispozan faktörün bir tümör olabilme olasılığıdır. Havayolu endoskopisi, eksternal girişim ile eksizyon ve son yıllarda CO<sub>2</sub> lazer-yardımlı endoskopik eksizyon tedavi seçenekleridir (5,9,10).

Hastamızda ön tanı olarak tiroglossal kist düşünülmüştür. Orta hatta yerleşmiş bu lezyonun dil hareketlerinden etkilenmiyor olması dermoid kisti de akla getirmelidir. Boyunda kitle nedeni ile değerlendirilen bir çocukta tanı spektrumunun genişliği unutulmamalıdır. Sık rastlanmayan

lezyonlar ayırıcı tanıda zaman zaman güçlük yaratabilir. Hastamızda da laringesel tanısı cerrahi eksplorasyon sonrasında konmuş ve histopatolojik inceleme ile doğrulanmıştır. Olgu, pediatrik yaş grubunda pek görmediğimiz laringoselin yine bu yaş grubu için atipik olan bir dönemde saptanması nedeniyle literatüre sunulmuştur.

#### Kaynaklar

1. Lev S. Imaging of cystic lesions. *Radiol Clin North Am* 2000; 38: 1013- 27.
2. Cotton RT, Willging JP. Airway malformations and reconstruction. Aschcraft KW, Murphy JP, Sharp RJ, Sigalet DL, Snyder CL (eds). In *Pediatric Surgery*. 3rd ed. Philadelphia, W.B.Saunders Co, 2000: 256- 72.
3. Pennings RJ, van den Hoogen FJ, Marres HA. Giant laryngoceles: a cause of upper airway obstruction. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2001; 258:137- 40.
4. Chu L, Gussack GS, Orr JB, Hood D. Neonatal laryngoceles. A cause for airway obstruction. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1994; 120: 454- 8.
5. Devesa PM, Ghufoor K, Lloyd S, Howard D. Endoscopic CO2 laser management of laryngocele. *Laryngoscope* 2002; 112: 1426- 30.
6. Cankaya H, Egeli E, Unal O, Kiris M. Laryngeal amyloidosis: a rare cause of laryngocele. *Clin Imaging* 2002; 26: 86- 8.
7. Harney M, Patil N, Walsh R, Brennan P, Walsh M. Laryngocele and squamous cell carcinoma of the larynx. *J Laryngol Otol* 2001; 115: 590- 2.
8. Palacios E, Valvassori GE. Mixed (external) laryngocele. *Ear nose Throat J* 2001; 80: 625.
9. Myssiorek D, Madnani D, Delacure MD. The external approach for submucosal lesions of the larynx. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2001; 125: 370- 3.
10. Ettema SL, Carothers DG, Hoffman HT. Laryngocele resection by combined external and endoscopic laser approach. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2003; 112: 361- 4.