



LARINKS YERLEŞİMLİ ONKOSİTİK KİST: OLGU SUNUMU

ONCOCYTIC CYST OF THE LARYNX: A CASE REPORT

Sibel HAKVERDİ¹, Şemsettin OKUYUCU², Mehmet YALDIZ¹, M. Şerefettin CANDAN¹, Süleyman ALTINTAŞ¹

Mustafa Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Antakya/HATAY

¹ Patoloji Anabilim Dalı

² Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı

Anahtar kelimeler: Onkositik hücre, larinks, kist

Keywords: Oncocytic cell, larynx, cyst

Geliş: 17 Kasım 2009

Kabul: 16 Aralık 2009

ÖZET

Larinksin onkositik kisti, genellikle kistik karakterde olan ve az görülen bir patolojidir. Larinkste onkositik kisti olan bir olguyu sunuyoruz. Bu kistler genellikle 60 yaşından büyük kişilerde görülmektedir. Bu lezyonların histopatolojileri onkositik hücre proliferasyonu ile belirlidir. Lezyonun tedavisi cerrahi olarak tümüyle çıkarmaktır. Tam olmayan eksizyonlarda nüks görülebilir. Lezyonun tümüyle çıkarılması sağlamlasına karşın tam olmayan eksizyonlarda nüks görülebilir. Bu yüzden olgunun izlenimi önemlidir.

ABSTRACT

Oncocytic laryngeal cyst is a rare pathology, usually of a cystic character. We report a case of oncocytic cyst of the larynx. It is occurring chiefly at persons after 60 years. The histopathology of these lesions is characterized by proliferation of oncocytic cells. Complete removal of this pathology is the treatment of choice, although incomplete excision may be associated with recurrence. Follow up is recommended.

GİRİŞ

Larinksin onkositik kisti az rastlanılan bir lezyon olup ilk kez Kroe tarafından 1964 yılında yayınlanmıştır (1). Onkositler granüler eozinofilik sitoplazmalı küçük, koyu nükleuslu geniş epitelyal hücrelerdir. Elektron mikroskopik çalışmalar onkositlerin sitoplazmasında bol miktarda mitokondriler olduğunu ve granüler görüntüden bunun sorumlu olduğunu göstermiştir. Baskın hücre tipi olarak onkositlerin yer aldığı laringeal lezyonlar, kaynaklarda onkositoma, onkositik papiller kistadenoma, papiller kistadenoma, oksifilik granüler hücreli adenoma ve onkositik adenomatöz hiperplazi gibi terimlerle tanımlanmıştır (2-5).

Larinks onkositik kistleri genellikle ventrikül ya da yalancı kord kökenli ve çoğunlukla soliter yapıdadır. Bu makalede 2 aydır ses kısıklığına neden olan ventriküler band kaynaklı bir larinks onkositik kist olgusu az görülmesi nedeniyle ilginç bulunarak sunulmaktadır.

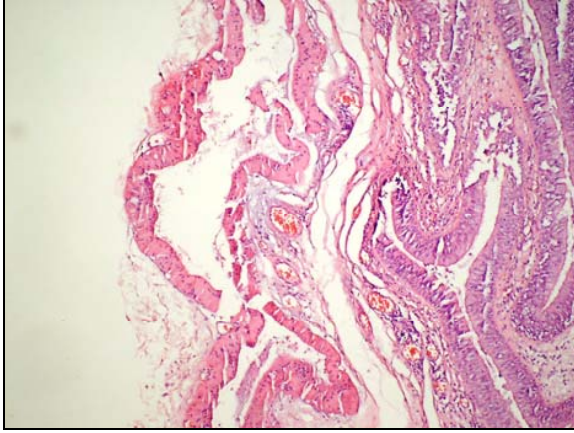
OLGU SUNUMU

72 yaşında erkek hasta 2 ay önce başlayan ses kısıklığı yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın öyküsünde yaklaşık 50 yıldır günde bir paket sigara içimi vardı. Larinks bakısında sağ bant ventrikül içerisinde mukoza üzerinde renk değişikliği ve kistik oluşum izlendi. Vokal kord hareketleri hafif kısıtlı olup diğer larinks yapıları ise normal olarak görüldü.

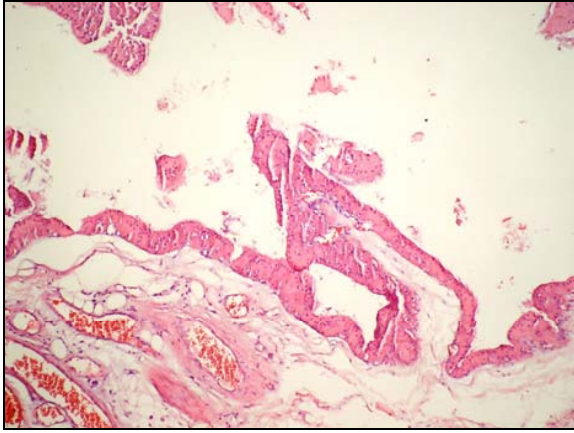
Genel anestezi altında mikrolaringoskopik yaklaşım ile sağ ventrikül bant üzerindeki kistik kitle tam olarak çıkarıldı. Eksize edilen kitle patolojik incelemede 1x1x0.5 cm boyutlarında kistik görünümde yumuşak doku kitlesi olarak izlendi. Histopatolojik incelemede hematoksilen-eosin boyası ile kist duvarının, solunum yolu epiteli yanı sıra küçük hiperkromatik nükleuslu, bol eozinofilik sitoplazmalı onkositik görünümde epitel hücrelerinden oluştuğu görüldü (Resim 1, 2). Kist epitelinde malignite kriterleri olan atipi yada mitotik aktivite izlenmedi. Histolojik olarak

kistin solunum epitelinin onkositik metaplazisi sonucu gelişen bir "onkositik kist" olduğu sonucuna varıldı.

Ameliyat sonrasında geçen 5 aylık süre içerisinde ses kısıklığının düzeldiği, larinks bakışının normal olduğu, hastalık nüksüne ait herhangi bir belirtinin olmadığı ilendi.



Resim 1. Bol eosinofilik sitoplazmalı onkositik hücreler ile döşeli kistik oluşum ve diğer alanlarda respiratuvar epitel (H-E x100).



Resim 2. Geniş eosinofilik sitoplazmalı onkositik hücreler (H-E x100).

TARTIŞMA

Larinksin onkositik kistik lezyonlarının tamamına yakını onkositik epitle döşeli olan benign özellikteki kistik lezyonlardır. Onkositler tükrük bezi duktuslarının yada asinuslarını döşeyen epitelin geri dönüşümsüz transformasyonu sonucu gelişir. Bu dönüşümün daha çok anormal hücre metabolizma ve mitokondrilerdeki enzim organizasyonunun düzensizliği sonucu oluştuğuna inanılmaktadır. Onkositik metaplazi normal bir yaşlanma sürecinin sonucunda gelişmektedir (6).

Onkositik bir hücre belirgin olarak eozinofilik ince granüler sitoplazmalı, merkezde yerleşmiş yuvarlak veziküller nükleuslu büyük epitelial bir hücre olarak görülür. Elektron mikroskopik ve doku kimyasal çalışmalarda bu hücrelerin sitoplazmalarında bol mitokondri ve enzim olduğu görülmüştür.

Baş boyun bölgesindeki onkositik lezyonların büyük bir kısmı parotis bezinde ve genellikle kistik olmayan ve kapsüllü olarak izlenmektedir. Bunun dışında az olarak minor tükrük bezi, nasal kavite, maksilla, akciğer, tiroid ve larinks dokusunda da görülebilmektedir. Larinks onkositik kistik lezyonların oluş mekanizmaları tartışmalı olmakla birlikte, bunun neoplastik, hiperplastik, metaplastik ve dejeneratif olacağı şeklinde yorumlanmaktadır (7, 8).

Larinkste onkositik kistik lezyonlar başlıca yaşlı hastalarda görülmektedir. Hastalık ses kısıklığı ile ortaya çıkmakta, vokal kordların serbest kenarları dışında herhangi bir yerde görülebilmekte ve sigara içen insanlarda daha sık rastlanılmaktadır. Onkositik kistlerin larinkste en sık görüldüğü yer ise vokal kord ve ventrikül bölgesidir. Bunun nedeni ise bu bölgenin glandüler dokudan zengin olması ile açıklanmaktadır (9). Kendi olgumuzda bu açıdan bakıldığı zaman yaşı, kliniği, yerleşim yeri ve semptomları açısından kaynaklarla uyumlu olduğu görülmektedir.

Larinksin onkositik lezyonları, genellikle onkositik kist olarak rapor edilmektedir. Busuttil (10) 2000 larinks biyopsisinden 19'unda (%1), Lundgren ve ark. (11) 1450 biyopsiden 7'sinde (%0.5), DeSanto ve ark. (12) larinks biyopsilerinde %11 oranında onkositik hücrelerin bulunduğu larinks kisti rapor etmişlerdir. Arens ve ark. (13) ise 416 laringeal kistin histopatolojik incelemesi sonucunda %56'sının skuamöz epitelden ve %37'sinin solunum epitelinden ve %7'sinin ise onkositik epitelten kaynaklandığını bildirmişlerdir. Yine bu çalışmada onkositik kistlerin %74 oranında kadınlarda görüldüğü belirtilmektedir. Newman ve ark. (14) ise 20 olgudan oluşan laringeal kist dizilerinde 2 (%10) onkositik kist tespit etmişlerdir ve onkositik kistlerin multisentrik olabileceğine ve yüksek nüks oranlarına dikkat çekmişlerdir.

Larinks onkositik kistlerin cins ayrımı yapıp yapmadığı belli değildir. Yayınların bazılarında kadın, bazılarında erkek bazılarında da cinsiyet ayrımı yapılmamıştır bildirilmektedir. Hastalık genellikle 50 yaşından sonra ve 65 yaş civarında sık görülmektedir. Laringeal onkositik kistlerin endoskopik görünümü saplı yada sapsız polipoid bir kitle ya da submukozal bir şişlik şeklinde izlenebilmektedir. Lezyonların çoğu 1cm'den küçük olmakla birlikte en büyük kist 2.8 cm olarak rapor edilmiştir (8).

Busuttil'in yayınladığı 36 laringeal kistin, çoğunluğunun vallecula ve epiglottis'te lokalize olduğu görülmüştür. Yalancı vokal kord ve ventriküllerde bol glandüler doku bulunmasından dolayı, onkositik laringeal kistlerin çoğunluğu yalancı vokal kord ve ventrikülde lokalizedir (10). Lundgren ve ark. (11) 7 tanesi kendi vakaları olmak üzere 135 laringeal kist olgusunun %74'ünün supraglottik, %22'sinin glottik ve %4'ünün subglottik bölgede lokalize olduğunu bildirmişlerdir.

Larinks onkositik kistlerin oldukça küçük boyutta ve genellikle supraglottik lokalizasyonda olmalarından dolayı semptomları da değişebilmektedir. En belirgin olarak ses

kısıklığı izlenmekte, kronik disfaji ve akut dispne ise daha az olarak izlenmektedir (6, 7). Literatürde büyük bir kist'den dolayı ani ölüm, bir olguda izlenmiştir (15). Ağrı hemen hemen görülmeyen bir semptomdur.

Sonuç olarak, onkositik kistlerin tanısı histopatolojik inceleme ile konulmaktadır. Bu nedenden dolayı laringeal onkositik kistik lezyonların sağaltımı kistin tam olarak çıkarılmasıdır. Tam olarak çıkarılmayan kistlerde ve multisentrik olanlarda nüks görülebilir. Bu nedenden dolayı nüks olasılığına karşı hastanın belli bir süre izlemi önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Kroe DJ, Pitcock EW. Oncocytic papillary cystadenoma of the larynx. Presentation of two cases. Arch Pathol. 1964; 84: 429-32.
2. Barton RT. Oxyphilic adenoma of the larynx. Ann Otol 1972; 81: 256-7.
3. Donald PC, Krause CT. Papillary cystadenoma of the larynx. Laryngoscope. 1973; 83: 2024-8.
4. Holm-Jensen S, Jacobsen M, Thommesen H, Ferreira O. Oncocytic cyst of the larynx. Acta otolaryngol. 1977; 83: 366-71.
5. Tiwari RM, Williams HI. Adenolymphoma in a laryngocoele. J Laryng Otol. 1969; 83: 1227-30.
6. Salerno G, Mignogna C, Cavaliere M, D'Angelo L, Galli V. Oncocytic cyst of the larynx. Acta otorhinolaryngologica Italica. 2007; 27: 212-215.
7. Brandwein M, Huvos A. Laryngeal oncocytic cystadenoma. Eight cases and a literature review. Arch Otolaryngol. Head Neck Surg. 1995; 121: 1302-5.
8. Gallager JC, Puzon BQ. Oncocytic lesions of the larynx. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1967; 78: 307-18.
9. Ophir D, Lifchitz-Mercer B. Oncocytic cystic lesions of the upper respiratory tract. Ear Nose Throat J. 1989; 68: 237-44.
10. Busuttil A. Oncocytic lesions of the upper respiratory tract. J laryngol otol. 1976; 90: 277-88.
11. Lundgren J, Olofson J, Hellquist H. Oncocytic lesions of the larynx. Acta otolaryngol. 1982; 94: 335-44.
12. DeSanto JM, Devine KD, Weiland LH. Cyst of the larynx-clasification. Laryngoscope. 1970; 80: 145-76.
13. Arens C, Glanz H, Kleinsasser O. Clinical and morphological aspects of laryngeal cyst. Eur Arch Otorhinolaryngol. 1997; 254: 430-6.
14. Newman BH, Jerome BT, Laker HI. Laryngeal cysts in adults: a clinicopathologic study of 20 cases. Am C Clin Pathol. 1984; 81: 715-20.
15. Dada MA. Laryngeal cyst and sudden death. Med Sci Law. 1995; 35: 72-4.

İLETİŞİM

Yard. Doç. Dr. Sibel HAKVERDİ
Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi
Patoloji Anabilim Dalı
Antakya-HATAY
Tel : 0 532 4510960
0 326 2415515
E-posta : hakverdisibel@yahoo.com
Fax +90 326 285 60 20