

Tipik Bulgular Gösteren Mikst Larengosel

Ahmet EYİBİLEN^{a1}, Saliha KARAGÖZ², Nezahat YILDIRIM³

¹Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz ve Baş-Boyun Cerrahisi Anabilim Dalı, TOKAT

²Alaşehir Devlet Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, MANİSA

³Elazığ Devlet Hastanesi, Patoloji Bölümü, ELAZIĞ

ÖZET

Larengosel larenks sakkülünün havayla dolu bir şekilde genişlemesidir. Nedeni tam olarak bilinmemektedir. Sakkül lümeni yakınında mukus salgılayan bezlerin salgılarıyla içi mukusla dolduğunda larengomukosel adını alır. Bu yazıda, kese içinde hava-sıvı seviyesi olan ve içinde bir miktar mukus bulunan mikst tipte bir larengosel olgusu sunulmuştur. ©2007, Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi

Anahtar kelimeler: Larengosel, mukosel, sakkül kisti

ABSTRACT

Combined Laryngocele Appeared Typical Findings

Laryngocele is an air filled dilatation of laryngeal saccule. The etiology is exactly unknown. Laryngocele is described as laryngomucocele distended with mucus produced by mucous gland near the aperture of the saccule. Here, we report a combined laryngocele showed air-fluid level in the cavity ©2007, Fırat University, Medical Faculty

Key words: Laryngocele, mucocele, saccular cyst.

Larengosel, larengal ventrikülün hava ile dolu biçimde genişlemesidir (1-5). İlk kez 1829 yılında Larrey tarafından Mısır’ da bir din görevlisinde varlığı bildirilmiştir. Virchow 1867 yılında larenks sakkülünün hava ile dolarak anormal genişlemesini tanımlamış ve “laryngocele ventricularis” adını koymuştur (6,7). Herhangi bir yaşta görülebilirse de en sık yaşamın 5. dekadında görülür. Erkeklerde kadınlardan 5-7 kat daha fazla görülmektedir (2,8-10). İngiltere’ de larengoselin yıllık insidansın 1/2.500.000 olduğu, olgularda larengoselin %85’ inin tek, %15’ inin çift taraflı olduğu bildirilmiştir. Sağ ve sol tarafta eşit sıklıkta görülmektedir. Olguların %20’si internal, %30’u eksternal ve %50’si ise mikst tip olarak bildirilmiştir (7,10).

Larengoseller larengal lümenle serbest biçimde iletişim halinde ve içi hava ile dolu bir kesedir. Larengosel ile larenks lümeni arasındaki iletim tıkanırsa kese içinde sıvı birikir. Kese içinde mukus varsa larengomukosel, püy varsa larengopiyosel olarak adlandırılır (1-3,5-7).

Larengosellerin tirohiyod membranla ilişkisine göre üç tipi tanımlanmıştır. i. Internal larengosel; larenksin içinde sınırlı, tirohiyoid membranı geçmeden yalancı kord ve ariepiglottik folda doğru posterosüperior olarak uzanır, ii. Eksternal larengosel; süperior larengal sinir ile damarların giriş noktalarında tirohiyoid membranı geçerek boyuna doğru uzanır, iii. Mikst larengosel; hem internal, hem de eksternal komponente sahiptir (1,2,6).

Bu yazıda 33 yaşında, boyunda şişlik yakınmasıyla gelen, kese içinde hava-sıvı seviyesi görülen mikst tipte larengoseli olan erkek hasta sunuldu.

OLGU SUNUMU

33 yaşında erkek hasta, yaklaşık 1,5 yıldır boynun sağ tarafında şişlik yakınmasıyla polikliniğimize başvurdu. Muayenede sağ sternokleidomastoid (SKM) kas ile larenks arasında yaklaşık 4x4 cm boyutunda, yumuşak kıvamlı, üzerindeki deride renk değişikliği yapmayan, pulsasyon olmayan, ağrısız bir kitle mevcuttu (Şekil.1).



Şekil.1. Hastanın sağ tarafında submandibüler bezin hemen altında kitle (okla işaretli).

^a Yazışma Adresi: Dr. Ahmet Eyibilen, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz ve Baş-Boyun Cerrahisi Anabilim Dalı, Tokat
Tel: +90 356 2280436 e-mail: aeyibilen@yahoo.com

Hasta zaman zaman şişlikte artış olduğunu ve bu durumda ses kısıklığı geliştiğini söylüyordu. Kitle valsava manevrası ile büyümekte ve bu esnada kitle palpe edildiğinde havanın endolarengeal geçişi sırasında tıslama veya gargara sesi oluşmakta idi (Bryce bulgusu). İndirekt larenoskopide sağ band ventrikülde dolgunluk dışında belirgin bir bulgu yoktu.

Ultrasonografide (USG) SKM kası medialinde, submandibular bez ve larenks arasında yerleşen, içinde kısmen sıvı bulunan kitlenin larengeoselle uyumlu olduğu saptandı. Hastaya larenks bilgisayarlı tomografisi (BT) çekildi. BT’ de mikst tipte, kese içinde hava-sıvı seviyesi gösteren larengeosel saptandı (Şekil 2).



Şekil 2. BT’ de larengeoselin internal ve eksternal komponenti, kese içinde hava-sıvı seviyesi görülür (küçük oklar).

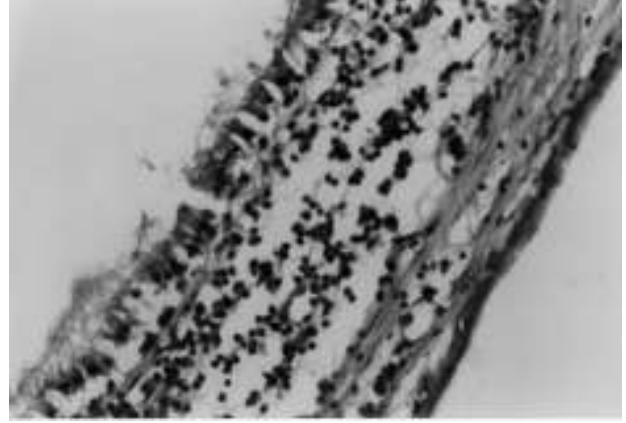
Hastanın sorgusu derinleştirildiğinde sık sık kaval çaldığı öğrenildi. Cerrahi müdahalede eksternal yaklaşım tercih edildi. Kitle üzerinden horizontal insizyonla cilt, ciltaltı geçilerek kitleye ulaşıldı. Kitle dikkatlice disseke edildi ve tirohiyoid membrana ulaşıldı. Kitle süperior larengeal sinir, arter ve venin lateralinden larenks dışına çıkmıştı (Şekil 3).



Şekil 3. Kitlenin ameliyat esnasında görünümü.

Bu yapılar korunarak larengeal mukozaya zarar vermeden vestibüle kadar ulaşıldı. Mukoza açılmadan kitle tamamen çıkarıldı. Larenks lümenine girilmediği için

trakeotomi açılmasına gerek görülmedi. Ameliyat sonrasında herhangi bir solunum problemi yaşanmadı. Kitlenin mikroskopik incelemesinde, kist duvarı yüzeyde psödostratifite silyalı kolumnar epitel, altta mukus vakuelleri ve lümeninde mukus salgısıyla kaplıydı. Kist duvarında epitel altında yoğun polimorf nüveli lökosit ve lenfosit infiltrasyonu izlendi (Şekil 4).



Şekil 4. Lümeninde mukus salgısı olan mukus vakuelleriyle kaplı psödostratifite silyalı kolumnar epitel görülür (H-E, 10 x 20)

TARTIŞMA

Larengeosellerin patogenezi kesin olarak belirlenmemiştir. Bazı yazarlar sakkülün embriyolojik gelişimi ve buna bağlı konjenital yatkınlık olduğunu düşünse de artmış intralarengeal basınca bağlı olduğu teorisi patogenezi daha iyi açıklar gibi görünmektedir. Cam üfleyicileri, nefesli çalgı çalanlar ve kronik solunumsal hastalığı olanlarda larengeoselin daha çok görülmesi bunu desteklemektedir. Bu teoriye göre, artmış intralarengeal basınç sakkülün dilatasyonu ya da herniasyonuna neden olmaktadır (10,12). Fizyolojik çalışmalar, zorlanma, ağır kaldırma sırasında gerçek vokal kordların yalancı kordlardan daha fazla kapanmasına bağlı olarak intraglottik basıncın arttığını ve bu basıncın ventriküle aktarıldığını, sonuçta da sakkülde progressif dilatasyon geliştiğini göstermiştir (7). Bununla ilgili olarak larenks kanserlerinde kansere bağlı ventriküler basıncın yükselmesiyle larengeosellerin daha sık görüldüğü de gösterilmiştir (2,6,10,13). Bizim olgumuz çiftçi olup sık kaval çalma öyküsü bulunmaktaydı. Bunun larengeosel gelişmesinde rol oynayabileceği düşünülebilir. Çünkü literatürde nefesli çalgı çalanlarda %46-56 oranında asemptomatik larengeosel görüldüğü bildirilmiştir (7,10).

Klinik olarak larengeosellerin çoğu bulgu vermez. Bulguların varlığında yakınmalar daha çok kitlenin yerleşim yeri ve boyutu ile ilişkilidir. İnternal larengeosellerde ses kısıklığı, öksürük, boğaz ağrısı, stridor, horlama ve boğazda yabancı cisim hissi vardır. Eksternal veya mikst tipte olanlar intralarengeal basıncın artmasıyla belirginleşen tirohiyoid membrana komşu servikal kitle şeklinde bulgu verir. Yeterince büyük internal larengeoseller özellikle çocuklarda solunum sıkıntısına neden olabilirler. İlaveten çocuklarda zayıf ağlama, beslenme güçlükleri, ve siyanoz görülebilir. Enfekte olanlar boyun apsesi şeklinde bulgu verebilir (1-5,7-9,10-14).

Tanı çoğu kez larenoskopisi ve yumuşak doku radyografileriyle kolayca konur. İnternal ve mikst larengeoseller yalancı kord bölgesinde ve ariepiglottik folde uyan alanda submukozal düzgün yüzeyli kitle görünümü verir. Eksternal ve mikst tipte, hiyoid kemik seviyesinde SKM kasının önünde şişlik

şeklinde bulgu vardır. Klasik olarak valsalva manevrasıyla büyür, palpasyonla küçülür. Basmakla havanın endolarengeal geçişi sırasında tıslama veya gargara sesi oluşur. Buna “ Bryce bulgusu” denir (1,2,5,7,10). Bu olguda da kitle valsalva ile büyümekte, daha da belirginleşmekteydi. Bryce belirtisi pozitifti.

Hava dolu eksternal ve mikst larengeosellerin tipik radyolojik bulgusu, tirohiyoid membranın lateralinde boyun yumuşak dokusuna doğru taşmış iyi sınırlı radyolüsent alandır (1,10). USG de kitlenin içeriği hakkında bilgi verebilir. BT larengeosellerin değerlendirilmesinde tercih edilen bir görüntüleme yöntemidir. BT kitlenin boyutlarını saptamada, kitlenin içeriği hakkında ve larengeal bir tümör varsa ilişkisi hakkında tam bilgi verir (1,3,9,10,12). Bu olguda USG’ de hava-sıvı seviyesi saptanmıştı. BT’de bu bulgu desteklendi. Olası maligniteden uzaklaşmış oldu. Manyetik rezonans görüntüleme tanıda yardımcı olabilir fakat, larengeal kanser varlığında daha değerlidir (12).

Larengeosellerin tedavisi cerrahidir. Primer olarak endoskopik ve eksternal yaklaşım arasında tartışma olsa da, erişkin hastada özellikle eksternal komponent varsa eksternal yaklaşım tercih edilir. Bu yaklaşım tirohiyoid membrandan larengeal kesenin eksternal kısmının takip edilmesini içerir. Supraglottik larenjektomide olduğu gibi tiroid kıkırdağın bir kısmının çıkarılması gerekebilir. Daha sonra larengeal sakkülün boynuna mümkün olduğunca yakın kesilir (1,2,10).

KAYNAKLAR

1. Thawley S: Cysts and tumors of the larynx. In: Paparella MM, Shumrick DA, Gluckman JL, Meyerhoff WL (Editors), Otolaryngology. 3. Baskı, Philadelphia: WB Saunders Company; 1991: 2308-2369.
2. Bastian RW: Benign vocal fold mucosal disorders In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Richardson MA, Schuller DE (Editors). Otolaryngology- Head and Neck Surgery. 3. Baskı, St. Louis: Mosby year book; 1998: 2096-2129.
3. Celin SE, Johnson J, Curtin H and Barnes L. The association of laryngoceles with squamous cell carcinoma of the larynx. Laryngoscope 1991; 101: 529-536.
4. Birt D. Observations on the size of the saccule in laryngectomy specimens. Laryngoscope, 1987; 97: 190-198.
5. Baabb M, Rosgan BM. Quiz case 2. Bilateral laryngocele. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2000; 126: 551-552.
6. Carrat X, François JM, Carles D, Devars F, Traissac L. Laryngomucocele as an unusual late complication of subtotal laryngectomy. Ann Otol Rhinol Laryngol 1998; 107: 703-707.
7. Rutka J and Birt D. Laryngocele: a case report and review. J Otolaryngol 1983; 12: 389-92.
8. Cingi C. Larenksin konjenital anomalileri. Şenocak D (çeviri editörü); Otorinolaringoloji baş ve boyun cerrahisi. Nobel Tıp Kitapevleri ltd, İstanbul, 2000 sayfa 506.
9. Close LG, Merkel M, Burns DK, Deaton CW, Schaefer SD. Asymptomatic laryngocele: Incidence and association with laryngeal cancer. Ann Otol Rhinol Laryngol 1987; 96: 393-399.
10. Moran AGD. Benign diseases of the neck. In: Kerr AG general editor, Hibbert J editor. Scott- Brown’s Otolaryngology. 6th ed. Oxford: Butterworth- Heinmann International Editions; 1997: 5/16/1-19.
11. Szwarc BJ, Kashima HK. Endoscopic management of a combined laryngocele. Ann Otol Rhinol Laryngol 1997; 106: 556-559.
12. Harvey RT, Ibrahim H, Yousem DM, Weinstein GS. Imaging case study of the month radiologic findings in a carcinoma-associated laryngocele. Ann Otol Rhinol Laryngol 1996; 105: 405-408.
13. Uğuz MZ, Önal K, Karagöz S, Gökçe AH, Fırat U. Larenks kanseri ve larengeal birlikteliği: Radyolojik ve patolojik araştırma. Kulak Burun Bogaz İhtis Derg 2002; 9: 46-52.
14. Civantos FJ, Holinger LD. Laryngoceles and saccular cysts in infants and children. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1992; 118: 296-300.
15. Martinez DP, Ghufoor K, Lloyd S, Howard D. Endoscopic CO2 laser management of laryngocele. Laryngoscope 2002;112: 1426-30.
16. Thomé R, Thomé DC, De La Cortina RAC. Lateral thyrotomy approach on the paraglottic space for laryngocele resection. Laryngoscope 2000; 110: 447-50.
17. Myssiorek D, Madhani D, Delacure MD. The external approach for submucosal lesions of the larynx. Otolaryngol Head Neck Surg 2001; 125: 370-3.

Kabul Tarihi: 23.02.2007