

OLGU BİLDİRİSİ / CASE REPORT

Yenidoğanda konjenital larengeal kist

Ş. Öğreden, E. Karaman, H. Işıldak, A. Kaytaç

Congenital laryngeal cyst in the newborn

Benign congenital laryngeal cyst is a rare entity in the newborn. It may cause acute respiratory distress in the newborns in the postpartum period. Then, emergent endotracheal intubation or tracheotomy may be needed. After securing the airway further investigations are made. Clinically, in the differential diagnosis of laryngocele congenital laryngeal lesions such as laryngeal saccular cyst must be considered. We discuss in our article a newborn patient who was admitted to our clinic after he was operated twice because of respiratory distress in the pediatric surgery department after which his symptoms were not relieved. Current therapy methods and literature are discussed.

Key Words: Laryngocele, saccular cyst, congenital laryngeal cyst.

Turk Arch Otolaryngol, 2009; 47(2): 99-102

Özet

Benign konjenital larengeal kist yeni doğanlarda çok nadir görülen ve doğum sonrasında acil solunum sıkıntısına neden olabilen bir hastalıktır. Bu tip olgularda acil endotrakeal entübasyon ya da trakeotomi gerekebilir. Güvenilir hava yolu sağlandıktan sonra teşhis için gerekli araştırma yapılır. Klinik olarak laringosel, larengeal sakküler kist gibi konjenital larengeal lezyonlarla karıştırılabilir. Biz de yazımızda doğum sonrasında solunum sıkıntısı nedeniyle çocuk cerrahisinde iki kez opere edilen ve rahatlamaması üzerine kliniğimize sevk edilen bir konjenital larengeal kist olgusunda, literatür ışığında, teşhis ve tedavi metodlarını tartıştık.

Anahtar Sözcükler: Laringosel, sakküler kist, konjenital larengeal kist.

Türk Otolarengoloji Arşivi, 2009; 47(2): 99-102

Giriş

Benign konjenital larengeal kist çok nadir görülen bir anomalidir ve yeni doğanda doğum sonrası acil solunum sıkıntısına neden olabilir. Bu tip olgularda acil endotrakeal entübasyon veya trakeotomi gerekir. Bu her iki tedavi yöntemi de sorunlar taşıyıcı ve geçici tedavi yöntemleridir. Güvenli hava yolu sağlandıktan sonra teşhis için gerekli araştırma yapılır ve cerrahi tedavi planlanır.¹ Klinik olarak laringoselle karışabilir. Görüntüleme yöntemleriyle kist lümeninin larenks lümeni ile ilişkili olmadığını gösterilmesiyle laringoselden ayrılabilir.^{2,5}

Larengeal kistlerin tedavisinde en yaygın uygulama endolarengeal eksizyondur. Bununla birlikte son yıllarda endoskopik yolla CO₂ lazer eksizyonu, çok sık tekrarlayan durumlarda ise larengofissür yöntemiyle marsupiyalizasyon önerilen tedavi yöntemleridir.^{6,7}

Olgu Sunumu

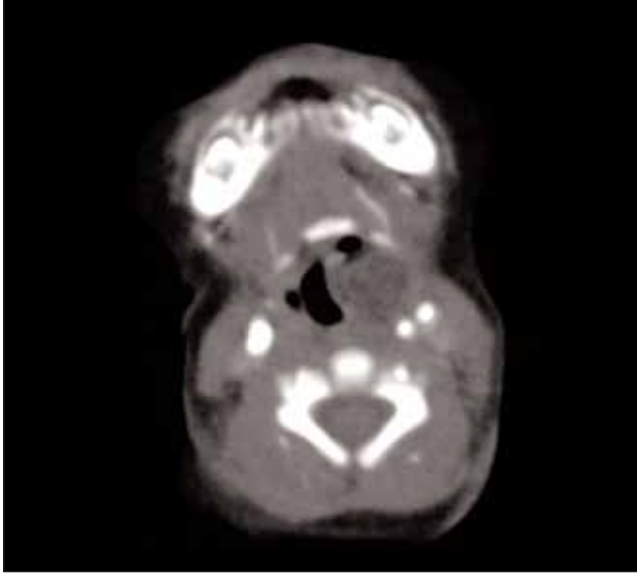
Doğum sonrası üçüncü günde solunum sıkıntısı, stridor ve ağlama sesinin çatallı çıkması yakınması gelişen, zamanında ve normal ağırlıkta doğan kız bebeğe çocuk cerrahisi kliniğinde acil entübasyon ve ardından larenkste görülen kistik lezyona enjektörle aspirasyon yapılmış. On beş gün sonra solunum sıkıntısı tekrar başlayan bebeğe aynı yöntem ile tekrar aspirasyon yapılmış. Bebek son aspirasyondan bir hafta sonra kliniğimize solunum sıkıntısı ve çatallı ses yakınmasıyla getirildiğinde 1 aylıktı. Yapılan fleksibl endoskopide sol priform sinüsü dolduran, arepiglottik foldu vestibüle prolabe eden, düzgün yüzeyli lezyon izlendi (Resim 1). Boyun ultrasonografisinde (USG) lezyonun kistik olduğu görüldü. Boyun bilgisayarlı tomografisinde (BT) larenks lümeni ile ilişkili olmayan içi sıvı dolu düzgün cidarlı lezyon izlendi (Resim 2 ve 3). Hastanın genel anestezi altında yapılan direkt laringoskopisinde sol arepigottik folddan kaynaklanan, priform sinüsü dolduran, larenks lümenine prolabe olan ve solunum yolunu obstrükte eden düzgün yüzeyli kitle görüldü. Mikrolaringoskopik olarak kistik lezyon çevre dokulardan disseke edilmeye çalışıldı fakat kistin ince cidarının rüptüre olması nedeniyle cıdardan yaklaşık 1x2 cm'lik parça eksize edilerek marsupiyalizasyon yapıldı. Materyalin histopatolojik incelemesi mukozada epitel altında solunum mukozasıyla dōşeli kistik lezyon olarak rapor edildi. Hava yolunun çok rahatlaması nedeni ile trakeotomiye ihtiyaç hissedilmedi. Hastanın operasyon sonrasında ekstübasyonunda ve beslenmesinde bir problem olmadı. Bir haftalık klinik takip sonrası ço-



Resim 1. Larenks vestibülünü oblitere etmiş larengeal kistin fleksibl larengoskopik görünümü.
[Bu resim, derginin www.turkarchotolaryngol.org adresindeki online versiyonunda renkli görülebilir]



Resim 2. Aksiyel BT kesitinde larenks lümenini oblitere eden kistik lezyon.



Resim 3. Koronal BT kesitinde larenks lümenindeki asimetrik görünüm.

cuk eksterne edildi. Bebeğin 1, 3 ve 6. aylardaki kontrollerinde nüksü olmadı, solunumu rahattı ve gelişimi tamamen normal sınırlar içerisinde idi.

Tartışma

Yeni doğanda konjenital larengeal kist nadir görülen bir lezyondur. Sıklığı 100.000 yenidoğanda 1.82 olarak bildirilmiştir. Pak ve ark.¹ konjenital larengeal kist semptomlarını stridor, siyanoz, yetersiz beslenme ve anormal ses şeklinde rapor etmişlerdir. Bizim olgumuz da solunum sıkıntısı, stridor ve anormal ses şikayetleri ile kliniğimize sevk edilmiş idi. Larengeal kist olguları bazen semptomların benzeşmesi nedeniyle larengomalaziyle karışabilir.² Transnazal fleksibl laringoskopi konjenital larengeal kist tanısında hızlı ve etkili bir araçtır.^{1,3} Diğer tanı araçları BT, manyetik rezonans (MR), USG'dir.⁴ De Santo ve ark.⁵ larengeal kistleri sakkuler kist, duktal kist ve tiroid kartilaj foraminal kist şeklinde sınıflandırmıştır. Newman ve ark.⁸ larengeal kistleri kaynaklandığı histolojik kökene göre epitelyal kist, tonsiller kist ve onkositik kist şeklinde ayırmıştır. Arens ve ark.² la-

renks kistlerini, konjenital kist, retansiyon kisti ve inklüzyon kisti şeklinde üç kategoriye ayırmıştır. Anlaşılacağı üzere uluslararası standart bir sınıflama yoktur. Bizim olgumuz Arens sınıflamasına göre konjenital kist, Newman sınıflamasına göre epitelyal kist grubundaydı.

Bu kistlerin oluşumuyla ilgili olarak değişik görüşler ileri sürülmüştür. Bazı araştırmacılar bunların larenksin embriyolojik gelişimi sırasında yetersizlik sonucu oluştuğunu idda ederken, bazı araştırmacılar ise ventrikülde konjenital olarak normal hücrelerin içinde yer alan farklı hücrelerden oluştuğunu savunur. Bunların brankiyal yarık farklılaşımı sırasında oluştuğunu ileri sürenler de vardır. Larengosellerden içlerinde hava olmayışı ve larenks lümeniyle devamlılığının olmayışıyla ayrılır, ancak içinde mukus biriken laringopiyoselle ayrımı oldukça zordur.^{6,9-12}

Konjenital larengeal kistlerde farklı tedavi yöntemleri tanımlanmıştır. Bunlar endoskopik eksizyon, endoskopik enjektörle aspirasyon, endoskopik CO₂ lazerle eksizyon ve tekrarlayan olgularda eksternal yaklaşımla kist eksizyonudur.^{1,3,4,9} Burada önemli nokta tedavi sırasında larenks ve trakea mukozasına zarar vermemektir. Konjenital larengeal kistlerde ilk görülen ve değişmeyen bulgular solunum sıkıntısı ve anormal ses olup bu şikayetler sırtüstü yatışta artarken yüzüstü yatışta azalır.^{3,10}

Doğumdan hemen sonra siyanozla seyreden olgular acil müdahaleyi gerektiren durumlardır. Acilen entübasyon yapılarak genel anestezi altında endoskopik yolla kistin aspirasyonunu ya da eksizyonunu öneren yayınlar vardır.^{1,7,13} Ancak sadece aspirasyon yapılan olguların kısa sürede tekrarladığı gösterilmiştir. Bizim olgumuz hemen doğum sonrası çocuk cerrahisi kliniğinde solunum sıkıntısı nedeniyle acil entübasyon yapılan ve on beş gün içinde iki kez kist aspirasyonuna rağmen nüks etmesi nedeniyle bize refere edilen bir hastaydı.

Trakeotomi açılması da yine dikkatle düşünülmesi gereken bir durumdur. Vande Water kiste mü-

dahale etmeden önce, Jako ise kist eksizyonu sonrası gelişecek ödemi önlemek için trakeotomiye önerilmektedir. Ancak yenidoğan ve çocuklarda stenoz riskinin erişkinlerden çok daha fazla olduğu unutulmamalıdır.^{7,14} Tedavide eksizyon ve marsupiyalizasyona alternatif olarak son yıllarda endoskopik CO₂ lazer ile kist eksizyonu ve kist iç yüzeyinin yakılması (kist iç yüzeyinin lazerle ablasyonu) önerilmekte fakat bu uygulamanın yapıldığı grubun tamamına yakınının erişkin hastalar oluşturmaktadır.^{6,7,14,15}

Sonuç

Bizim olgumuza da bize ulaşmadan önce iki kez kist aspirasyonunun yapılmasına rağmen şikayetlerinin tekrar etmesi nedeniyle konjenital larengeal kistlerin tedavisinde aspirasyonun efektif bir tedavi yöntemi olmadığını literatürle uyumlu olarak gördük. Az görülen ve müdahale için belli ölçülerde ekspertiz gerektiren bu olgularda endoskopik kist eksizyonu ve marsupiyalizasyonunun uzun dönem nükslerin önlenmesinde etkili bir tedavi yöntemi olduğunu vurguladık.

Kaynaklar

1. Pak MW, Woo JK, Van Hasselt CA. Congenital laryngeal cysts: current approach to management. *J Laryngol Otol* 1996; 110: 854-6.

2. Arens C, Glanz H, Kleinsasser O. Clinical and morphological aspects of laryngeal cysts. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 1997; 254: 430-6.
3. Lee WS, Tsai CS, Lin CH, Lee CC, Hsu HT. Airway obstruction caused by a congenital epiglottic cyst. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2000; 53: 229-33.
4. Weber PC, Kenna MA, Casselbrant M. Laryngeal cysts: a cause of neonatal airway obstruction. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1993; 109: 129-34.
5. De Santo LW, Devine KD, Weiland LH. Cysts of the larynx—classification. *Laryngoscope* 1970; 80: 145-76.
6. Hogikyan ND, Bastian RW. Endoscopic CO₂ laser excision of large or recurrent laryngeal saccular cyst in adults. *Laryngoscope* 1997; 107: 260-5.
7. Vande Water FW. Laryngeal cysts their surgical management. *Laryngoscope* 1973; 83: 1185-94.
8. Newman BH, Taxy JB, Laker HI. Laryngeal cysts in adults: a clinicopathological study of 20 cases. *Am J Clin Pathol* 1984; 81: 715-20.
9. Bailey BJ. Head and neck surgery-otolaryngology. Vol 1. Philadelphia: JE Lippincott Company; 1993. p. 634-5.
10. Paparella MM, Shumrick DA, Gluckman JI, Meyerhof WI. Otolaryngology. 3rd ed. Vol 3. Head and neck. Philadelphia: Saunders Company; 1991. p. 2307-8.
11. Civantos FJ, Holinger LD. Laryngoceles and saccular cysts in infant and children. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1992; 118: 296-300.
12. Abramson AI, Zielinski B. Congenital laryngeal saccular cyst of the newborn. *Laryngoscope* 1984; 94: 1576-9.
13. Myssiorek D, Persky M. Laser endoscopic treatment laryngoceles and laryngeal cysts. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1989; 100: 538-41.
14. Jako GJ. Laser surgery of the vocal cords. An experimental study with carbon dioxide lasers on dogs. *Laryngoscope* 1972; 82: 2204-16.
15. Niparko JK, Moran MI, Baker SR. Laryngeal saccular cyst: an unusual clinical presentation. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1987; 97: 576-9.

Bağlantı Çakışması:

Bağlantı çakışması bulunmadığı belirtilmiştir.

İletişim Adresi: Dr. Şahin Öğreden

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Kulak Burun Bogaz Anabilim Dalı

Fatih 34098 İSTANBUL

GSM: (0505) 808 14 20

e-posta: drerbaa@yahoo.com