

OLGU BİLDİRİSİ / CASE REPORT

Larinks karsinomu ve laringesel birlikteliği

U. Çerçi, E. Bozdemir, İ. S. Uyar, G. Öncel, S. Karaarslan

Association of the larynx carcinom and laryngocele

Laryngocele is a lesion being filled dilatation of laryngeal ventricle sacculle with air or herniation seen rarely for the larynx. In about 16% of the cases with the diagnosis of laryngocele, squamous cell carcinoma accompanies. In larynx cancers, one of the most important factors determining the prognosis being neck metastasis can be confused with infected laryngocele. 60-years old case referred with the diagnosis of mass in the neck and larynx ca was presented and discussed.

Key Words: Laryngocele, larynx squamous cell carcinoma, neck metastasis.

Türk Arch Otolaryngol, 2011; 49(4): 84-87

Özet

Laringesel laringeal ventrikül sakkülünün havayla dolu dilatasyonu veya herniasyonu olup larinksin nadir rastlanan benign bir lezyonudur. Laringesel tanılı olguların yaklaşık %16'sında skuamöz hücreli karsinom eşlik etmektedir. Larinks kanserlerinde prognozu belirleyen en önemli faktörlerden biri olan boyun metastazları, özellikle enfekte olmuş laringesel ile karışabilmektedir. Larinx ca ve boyunda kitle tanısıyla refere edilen 60 yaşındaki olgu sunulmuş ve tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Laringesel, larinks skuamöz hücreli karsinom, boyun metastazı.

Türk Otolarengoloji Arşivi, 2011; 49(4): 84-87

Giriş

Laringesel, laringeal sakkülün kistik dilatasyonu olup ilk olarak 1867 yılında Wirshow tarafından tanımlanmıştır.¹ Sebebi tam bilinmemekle birlikte, etyolojisinde intralaringeal basınç artışının rol oynadığı düşünülmektedir. Sekretuar mukus hücreleri içeren yalancı çok katlı kolumnar epitelle döşeli laringeal sakkülün kistik dilatasyonu sonucu oluşmaktadır; tirohiyoid membranla ilişkisine göre internal, eksternal ve mikst tip olarak üçe ayrılır.^{1,2} Radyolojik incelemeler laringoselin tanı, tedavi, tiplendirme, boyut ve anatomik uzanımının belirlenmesi, komplikasyon ve neoplazm varlığının araştırılmasında önem taşır.

Laringesel tanılı olguların %4.9-28.8'ine neoplazi de (skuamöz hücreli karsinom) eşlik etmektedir.²⁻⁴ Karsinomlu olgularda sürekli öksürük, fonasyon sırasındaki zorlanmalar, sekresyonu temizleme çabası ile artan intralaringeal basınç artışının laringosele neden olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle laringesel içinde şüpheli yumuşak doku görünümü olan olgularda eşlik edebile-

Dr. Uğur Çerçi, Dr. Ebru Bozdemir

Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, İzmir

Dr. İhsan Sami Uyar

Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

Dr. Güray Öncel

Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Dr. Serap Karaarslan

Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

cek olan malign lezyonu ekarte etmek amacıyla biyopsi yapılmalıdır.²

Olgu Sunumu

Altmış yaşında erkek hasta kliniğimize ses kısıklığı, nefes alma zorluğu, boyunda kitle ve boğaz ağrısı şikayetiyle ileri evre larenx karsinomu, boyun metastazı ön tanısıyla dış merkezden refere edildi. Yapılan fizik muayenesinde boyun anteriorda büyük bir kitle mevcuttu. Kitlenin santralinde yumuşak fluktuan sıvı vardı (Resim 1, 2). Yapılan endoskopik bakıda sol supraglottik



Resim 1. Abse formasyonunda boyun kitlesi anterior görünüm.



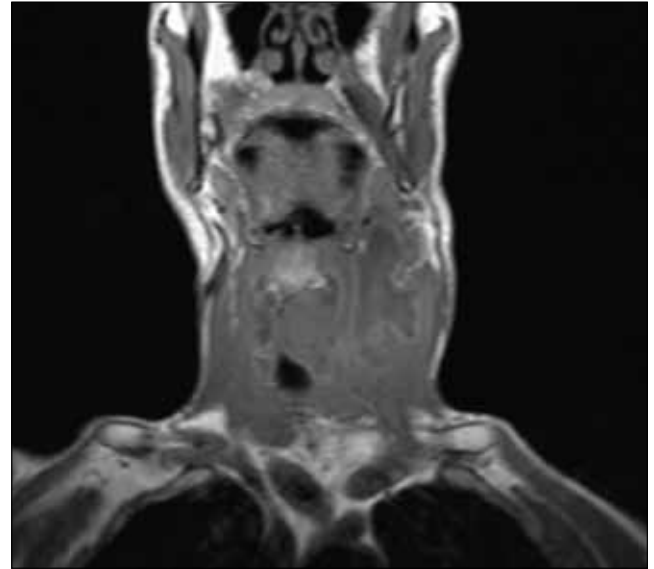
Resim 2. Abse formasyonunda boyun kitlesi sol lateral görünüm.

tik bölgede ülserle tümöral kitle mevcuttu. Kitle glottise uzanıyordu. Sol cord vocal fikseydi. Hastanın özgeçmişini sorgulandığında 40 paket yılı sigara öyküsü mevcuttu. Boyundaki kitlenin son 2 aydır ileri derecede büyüdüğü ve ağrılı olduğu hasta tarafından belirtildi. Anamnez derinleştirildiğinde hastanın üflemler müzik aleti çaldığı geçimini bundan kazandığı öğrenildi.

Boyun USG; Boyun sol yarısında, orta hatta kranialde solda submandibuler ve juguladigastrik bölgelerde, kaudal kesimde servikatorasik bileşkede sonlanan, medialde orta hattı kısmen sağına geçen, lateral kesimde karotid kılıfı oluşumları laterale doğru deplase eden, larinks sağa doğru iten derinliği maksimum 5 cm'ye ulaşan heterojen ekojenitede içerisinde kistik alanların olduğu semisolid yapıda geniş hipoekoik lezyonu mevcuttur (derin boyun absesi?).

Boyun Mr; Boyun sol anteriorda, submandibüler bez hemen inferior kesimden başlayan tiroid bezi sol lob anterior kesime kadar uzanan cilt altı yağ dokusu altında derin doku tutulumu gösteren heterojen, çevresel düzeneiz kontrast tutulumu oluşturan septalı, santrali kistik nekrotik yapıda lobüle konturlu, net sınırlı laringeal yapılarda sağa itilme oluşturan ~70x75x57 mm boyutlarda lezyon izlenmektedir (Resim 3).

Ayrıca glottik-supraglottik alan sol lateralde heterojen kontrast tutulumu gösteren, hava yolunda belirgin asimetrik daralma oluşturan 27x22x20 mm boyutlarda nodüler lezyon izlenmektedir (larinks Ca?). Boyun sol ön yarısında



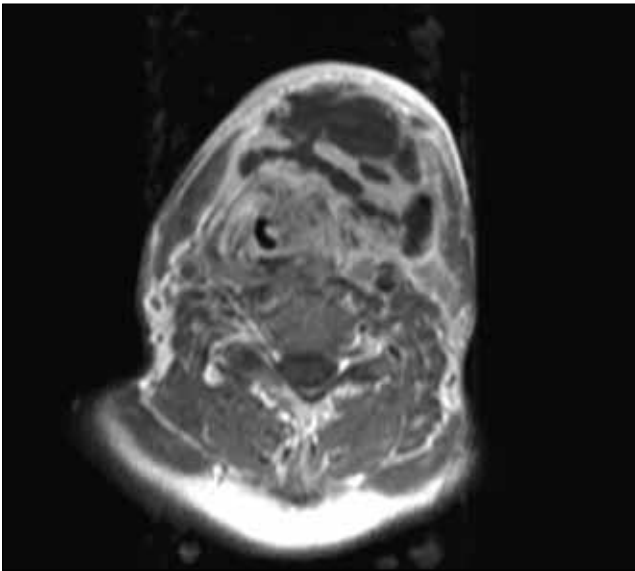
Resim 3. Coronal planda MR; abse formasyonunda laringesel.

tanımlanan kistik nekrotik lezyon larinkste tanımlanan lezyona sekonder olarak değerlendirilebilir (Resim 4).

Bu bilgiler eşliğinde ve görüntüleme tetkiklerinden sonra boyundaki kitlenin karsinom metastazından çok enfekte laringosel olabileceği düşünüldü. Hastadan gerekli onamlar alındıktan sonra hasta genel anestezi altında direkt laringoskopiye alındı. Larenxteki tümöral kitleden punch biopsi alındı. Boyundaki kitleye insizyon yapıldı ve apse boşaldı. Çevre dokular ileri derecede yapıştı. Alınan biopsi örneği patolojiye gönderildi. Epidermoid karsinom gelmesi üzerine total larenjektomi ve bilateral boyun diseksiyonu hazırlıkları yapıldı. Operasyon gerçekleştirildi. Postop ikili antibiotik ve sıvı takviyesi ile 2 gün yoğun bakımda takip edildi. 3. gün servise alındı. Hastanın genel durumu giderek düzeldi. 4. gün hemovak drenleri alındı. Yedinci gün cilt sütürleri alındı ağızdan beslenmeye geçildi. 10. gün stomi sütürleri alınarak hasta taburcu edildi.

Patoloji

1. Orta derecede differansiye skuamoz hücreli karsinom (larinks)
2. Reaktif lenf nodülü (0/26), sağ ve sol boyun diseksiyonu
3. Tiroid dokusu
4. Mikst yangısal granülasyon dokusu (ekstralarengal dokular)



Resim 4. Aksial planda MR; abse formasyonunda laringosel.

Sağ ve sol glottik subglottik bölge yerleşimli tümörün en büyük çapı 3 cm'dir. Tiroid kıkırdağı invaze etmiştir. Cerrahi sınırlar salimdir. Sağ taraf (0/9) ve sol taraf (0/17) boyun diseksiyon materyalinden disseke edilen toplam 26 adet lenf nodülünün tümü reaktif özelliktedir. Ekstralarengal dokular olarak gönderilen örneklerde yoğun mikst yangısal hücre infiltrasyonu, tromboze damar yapıları ve enfeksiyona sekonder değişiklikler taşıyan kas dokuları izlenmiştir.

Tartışma

Laringosel oldukça nadir görülen bir patolojidir. 1965-1973 yılları arasında 9 laringosel vakası bildirildi. Yine bu tarihler arasında larinks kanserine eşlik eden 500 laringosel vakası gözlemlendi. Meda⁵ vlarinks karsinomlu hastaların %5'inde asemptomatik laringosel oluştuğunu bildirdiler. Larenjektomi uygulanmış karsinomlu hastaların spesmeninde %16 oranında eksternal laringosel buldular. Bu oran piriform sinüs karsinomunda %2'ye kadar düşüyordu. Trompet çalanlarda ve kronik öksürüklü hastalarda laringosel bildirilmiştir. Laringosel erkeklerde kadınlardan 5-7 kat daha fazla görülür. Her yasta görülebilmekle birlikte en sık 5-7. dekatlarda karşımıza çıkar. ABD'deki yıllık laringosel insidansı 1/2500000 olarak bildirilmiştir. %85 olguda tek taraflıdır.⁶⁻⁸ Laringosellerin nedeni net olarak bilinmemekle birlikte kronik öksürük, gerinme, üfleme müzikal enstrüman çalma, cam üfleme gibi intralaringeal basıncı artıran nedenler etiolojide sorumlu tutulmuştur.^{7,8} Birçok laringosel vakası asemptomatik olup başka bir nedenden dolayı yapılan incelemeler esnasında insidental olarak saptanır. Üç tipe incelenmektedir. İnternal laringosel yalancı vokal kord ve ariepiglottik folda uzanır fakat larinks içerisinde kalır. Eksternal laringosel tiroid membranı delerek boyun lateral kısmına çıkar. Kombine veya mikst laringosel ise her iki komponente sahiptir.^{1,3} En sık mikst tip (%44), ikinci olarak da internal tip (%40) laringosel izlenmektedir.⁶ İnternal laringoseller ses kısıklığı, stridor, boğazda yabancı cisim hissi, boğaz ağrısı ve öksürük semptomlarına yol açabilir. Eksternal laringoseller ise tiroid kartilajın lateralinde, sternokleidomastoid kasının anteromedialinde lokalize kitle ile basvururlar. Boyundaki kitleye bası yapıldığında boğazdan ısıklık sesi benzeri ses gelmesine "Bryce's bulgusu" denir. İnfekte bir laringosel boyun apsesi şeklinde kliniğe yansıyabilir.⁶⁻⁹

Larenks kanserlerinde boyun metastazları %25-65 oranında görülür ve prognozu belirleyen en önem-

li faktörlerdendir.^{10,11} Servikal metastaz riski tümörün yerleşim yerine, diferansiasyonuna, evresine, mukozal infiltrasyonuna, perivasküler ve perinöral invazyonuna bağlıdır.¹² Olgumuzda da boyunda kitlenin varlığı ilk etapta akla metastazı getirmektedir. Ancak anemnez derinleştirildiğinde kitlenin enfekte bir kist olması ve meslek olarak üflemeli müzik aleti çalıyor olması apseleşmiş bir laringesel olasılığını güçlendirdi. Operasyon sırasında boyunda yaygın bir enfeksiyon ve yapışık boyun dokuları göze çarptı. II, III ve IV. bölge lenf dokularında metastazı düşündürecek lenfadenopati görülmedi. Postop patoloji sonucunda da boyunda metastatik bir dokuya rastlanmadı. Larenx ca sebebiyle başvuran hastaların yaklaşık %16'sında boyundaki kitlenin laringesel olabileceği gözardı edilmemelidir.

Kaynaklar

1. **Glazer SH, Mauro MA, Aronberg DJ, Lee KTJ, Johnston DE, Sengel SS.** Computed tomography of laryngoceles. *AJR* 1983; 140: 549-52.
2. **Aydın Ö, Üstündağ E, İşeri M, Özkarakaş H, Oğuz A.** Laryngeal amyloidosis with laryngocele. *J Laryngol Otol* 1999; 113: 361-3.
3. **Micheau C, Luboinski B, Lanchi P, Cachin Y.** Relationship between laryngoceles and laryngeal carcinomas. *Laryngoscope* 1978; 88: 680-8.
4. **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.
5. **Meda P.** Symptomatic laryngocele in cancer of the larynx. *MA Arch Otolaryngol* 1952; 56: 512-20.
6. **Karadeniz MY, Altınok D, Kara SA, Güney S.** Laringesel: Görüntüleme bulguları. *Tamsal ve Girişimsel Radyoloji* 2001; 7: 258-61.
7. **Gallivan KH, Gallivan GJ.** Bilateral mixed laryngoceles: simultaneous stroboscoped laryngoscopy and external video examination. *J Voice* 2002; 16: 258-66.
8. **Ingrams D, Hein D, Marks N.** Laryngocele: an anatomical variant. *J Laryngol Otol* 1999; 113: 675-7.
9. **Maharaj D, Fernandes CM, Pinto AP.** Laryngopyocele (a report of two cases). *J Laryngol Otol* 1987; 101: 838-42.
10. **Kowalski LP, Franco EL, Sobrinho JA.** Factors influencing regional lymph node metastasis from laryngeal carcinoma. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1995; 104: 442-47.
11. **Lindberg R.** Distribution of cervical lymph node metastases from squamous cell carcinoma of the upper respiratory and digestive tracts. *Cancer* 1972; 29: 1446-9.
12. **Yılmaz T, Hoşal AŞ, Gedikoğlu G, Önerci M, Gürsel B.** Prognostic significance of vascular and perineural invasion in cancer of the larynx. *Am J Otolaryngol* 1998; 19: 83-8.

Bağlantı Çakışması:

Bağlantı çakışması bulunmadığı belirtilmiştir.

İletişim Adresi: Dr. Uğur Cerçi

Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, İZMİR

Tel: (0532) 452 00 81

e-posta: cerciugur@yahoo.com