Our Direct Laryngoscopy Results: 3 Years Follow up

Direkt Laringoskopi Yapılmış Hastalarda 3 Yıllık Takip Sonuçlarımız

Direkt Laringoskopi Sonuçlarımız / Our Direct Laryngoscopy Results

Mahmut Özkırış, Cemil Mutlu
KBB Kliniği, Özel Kayseri Tekden Hastanesi, Kayseri, Türkiye

Özet

Amaç

Larengeal patoloji nedeniyle direkt laringoskopi (mikrolarengoskopi), uygulanan 126 hastanın patolojik ve klinik sonuçlarının değerlendirilmesi.

Gereç ve Yöntemler

Mart 2007 ile Haziran 2010 tarihleri arasında Kulak Burun Boğaz Kliniğimizde larenks patolojisi nedeniyle direkt laringoskopi (mikrolaringoskopi) operasyonu uygulanan 126 hastanın patoloji sonuçları retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular

126 hastanın 39'u (%30,9) kadın, 87'si(%69,1) erkek olup yaşları 21 ile 63 arasında (ortalama 40,2) değişmekteydi. 126 olgunun 87'sinde larengeal polip, 24'ünde larengeal nodül, 12'sinde yassı hücreli karsinom, 2'sinde entübasyon sonrası gelişen granülom ve bir hastada da larenks tüberkülozu tespit edilmiştir.

Sonuç

Operasyon mikroskobu kullanılarak yapılan direkt laringoskopi (mikrolaringoskopi), larengeal patolojilerin net olarak değerlendirilmesini ve larenkse yönelik mikrocerrahi işlemlerin yapılmasını sağlayan cerrahi bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler

Larenks Patolojisi; Biyopsi; Patoloji

Abstract

Aim

To evaluate the pathological and clinical results of the 126 patients who had endoscopic direct laryngoscopy for laryngeal pathology.

Material and Methods

In this study, endoscopic direct laryngoscopy were applied to 126 laryngeal pathology patients between March 2007 and June 2010. The pathological results were reviewed retrospectively.

Results

The age of the patients range from 21 to 63 (mean: 40,2 years), including 39 women (%30,9), and 87 men (%69,1). The pathological results of the 126 patients were; laryngeal polyp in 87 patients, laryngeal nodule in 27 patients, squamouse cell carcinoma in 12 patients, entubation granuloma in 2 patients and laryngeal tuberculosis 1 patient.

Discussion

Direct laryngoscopy using the operating microscope (microlaryngoscopy) that is a surgical method provides a clear observation of the laryngeal pathologies and allows fine surgery to the larynx.

Keywords

Laryngeal Pathology; Biopsy; Pathology

DOI: 10.4328/JCAM.694 Received:12.05.2011 Accepted: 01.07.2011 Published Online:02.07.2011 J Clin Anal Med 2012;3(3):287-289
Corresponding Author: Mahmut Özkırış, KBB Kliniği, Özel Kayseri Tekden Hastanesi, Kayseri, Türkiye.
T.: +905057465238 E-Mail: dramahmut@yahoo.com

Giriş

Larenks ile ilgili problemlerle, başta Kulak Burun Boğaz ve Baş boyun cerrahisi olmak üzere pratik hekimlikte sıklıkla karşılaşılır. Larenks hastalıkları son yıllarda gelişen yardımcı tanı yöntemleri ile daha kolay anlaşılır hale gelmiştir. Değerlendirme gerektiren larenks patolojileri arasında kitleler, inflamasyonlar, travma, doğuştan anormallikler, nörolojik bozukluklar ve maligniteler yer alır.[1,2] Larenks patolojisi saptanan hastalarda veya tanı konamayan hastalarda hem tanının konulabilmesi hem de tedavi ve biyopsi amacıyla direkt laringoskopi yapılmalıdır.[3] Bu çalışmamızda, larenks patolojisi saptanan, tanı ve tedavi amaçlı direkt laringoskopi uygulanan 126 olgunun patoloji sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi.

Gereç ve Yöntemler

Mart 2007 ile Haziran 2010 tarihleri arasında Kulak Burun Boğaz Kliniğimizde larenks patolojisi nedeniyle direkt laringoskopi (mikrolaringoskopi) operasyonu uygulanan 126 hasta retrospektif olarak incelenmiştir. Ses kısıklığı, boğaz ağrısı ve boyunda şişlik şikayeti ile başvuran hastalara rutin Kulak Burun Boğaz muayenesi yapılmıştır. Hastaların hepsinin orofarengeal, nazal, larengeal, boyun ve sistemik muayeneleri yapılmıştır. Lezyonun yerini saptamak için videolaringoskopi uygulanmış ve larenks patolojisi saptanan hastalara tam kan sayımı, kan biyokimyası, protrombin zamanı, aktive parsiyel tromboplastin zamanı bakılmış, akciğer grafileri çekilerek genel anestezi için hazırlanmıştır.

Larenks patolojisi saptanan olgulara direkt laringoskopi operasyonu endotrakeal genel anestezi altında uygulandı. Anestezi yapıldıktan sonra baş, muayene masasında 15 cm. yüksekte olacak şekilde başın altına yastık yerleştirildi. Cerrah tarafından laringoskop sağ elle ve dilin sağ tarafından epiplot görülünceye kadar içeriye yerleştirildi. Epiglotun ucu görülünce laringoskop orta hatta getirilerek larenks, kord vokaller tamamen görülür hale getirilip laringoskop sabitleştirildi. Ardından mikroskop altında bütün yapılar yukarıdan aşağıya incelenerek cerrahi müdahale yapılacak patolojiye göre ya tamamen lezyon çıkartılıp yada biyopsi alınarak steril şartlarda patoloji laboratuarına gönderilmiş ve tanı konulmuştur. Larengeal biyopsi alınan 126 olgunun operasyon sonrası patoloji sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular

Kliniğimizde, 2007–2010 tarihleri arasında larenks patolojisi saptanıp direkt laringoskopi operasyonu yapılmış hastaların kayıtları retrospektif olarak incelendi. 126 hastanın 39'u (%30,9) kadın, 87'si(%69,1) erkek olup yaşları 21 ile 63 arasında (ortalama 40,2) değişmekteydi. En sık rastlanan semptomlar; ses kısıklığı (%88), boğaz ağrısı (%35), dispne (%18) ve boyunda şişlik (%8) olarak saptandı. Larenks patolojisi nedeniyle direkt laringoskopi operasyonu yapılan 126 olgunun 87'sinde larengeal polip, 24'ünde larengeal nodül, 12'sinde yassı hücreli karsinom, 2'sinde entübasyon sonrası gelişen granülom ve bir hastada da larenks tüberkülozu tespit edilmiştir (Tablo 1). Malign lezyon saptanan olgular operasyon veya radyoterapi tedavisi için bir üst merkeze gönderilirken, larenks tüberkülozu saptanan hastaya göğüs hastalıkları ile birlikte 6 aylık üçlü antitüberküloz tedavi başlanmıştır. Antitüberküloz tedavi sonrası olguda tam kür sağlanmış ve takibe alınmıştır.

Tartışma

Larenks hastalıkları ile başta KBB ve Baş boyun cerrahisi olmak üzere pratik hekimlikte sıklıkla karşılaşılır. Larenks hastalıkları son yıllarda yardımcı tanı yöntemlerinin gelişmesi ile daha kolay anlaşılır hale gelmiştir. Ses kısıklığı, nefes darlığı, boyunda ağrı veya kitle şikayeti ile başvuran tüm hastaların larenks muayenesi mutlak gerekmektedir. Ses kısıklığı, seste güçsüzlük, fısıltı, ani kesilmeler vokal kord bulguları ve larenks anormallikleridir. Ses kısıklığı yakınması iki haftadan uzun süren her hasta organik larenks hastalıkları açısından incelenmeli ve özellikle tümörler ekarte edilmelidir.[1]

Değerlendirme gerektiren larenks bozuklukları arasında kitleler, inflamasyonlar, travma, doğuştan anormallikler, nörolojik bozukluklar, bening ve malign tümörler yer alır.[2-4] Kitlesel yer kaplayıcı lezyonlar, direkt laringoskopi dahil ayrıntılı larenks muayenesini gerektiren sebepler arasında en sık rastlanan nedenlerdir. Bunlar arasında en sık gözlenen selim poliplerdir. Vokal kordun kenar yüzeyinde ortaya çıkar ve en sık bulgusu ses kısıklığıdır.[4] Genellikle bir akut ses travmasını (bağırma gibi) takiben vokal kord epiteli altına olan kanamayı takiben gelişen vokal kord polibi (Şekil 1) bening larenks lezyonudur. Hemen daima tek taraflıdır. Daha çok orta yaşlı erkeklerde görülür. Tedavisi ise direkt laringoskopi altında polibin cerrahi eksizyonudur. Vokal kord nodülü (Şekil 2) ise yanlış fonasyon tekniğine bağlı kronik ses travması sonucunda gelişen bening larenks lezyonlarıdır. Tipik olarak vokal kordların birbirlerine en fazla temas eden 1/3 ön-2/3 arka birleşim noktasında yerleşirler ve iki taraflıdır. Şarkıcı nodülü adı da verilmektedir. Profesyonel olarak sesini kullanan meslek gruplarında daha sık gözlenir.[2-4] Entübasyon granülomu (Şekil 3) ise genellikle endotrakeal entübasyondan birkaç hafta sonra ortaya çıkar. Etyolojide aritenoid kıkırdak bölgesindeki basınç nekrozu ve tahriş özellikle hastanın uzun yatma süresi rol oynar.[2] Semptomların larenkse bağlı olduğu tespit edildikten sonra larenksin endoskopik incelemesi gerekmektedir.[1,4] Larenks patoloji saptanan hastalarda veya tanı konamayan hastalarda hem



Şekil 1. Larygeal polip



Şekil 2. Vokal kord nodülü



Şekil 3. Entübasyon granülomu

Tablo 1. Direkt laringoskopi yapılmış hastaların patoloji sonuçlarının dağılımı.

Larenks Patolojileri	Larengeal Polip	**Larengeal Nodül**	Larenks Karsinomu	**Entübasyon Granülomu**	Larengeal Tüberküloz	**Toplam**
Hasta Sayısı	87	**24**	12	**2**	1	**126**

tanının konulabilmesi hem de tedavi ve biyopsi amacıyla direkt laringoskopi yapılmalıdır. Değerlendirme gerektiren larenks patolojileri arasında kitleler, inflamasyonlar, travma, doğuştan anormallikler, nörolojik bozukluklar ve maligniteler yer alır. Direkt laringoskopi yalnız kolayca fark edilen bening veya malign lezyonlar için değil görüntüleme tekniklerinde saptanan şüpheli lezyonlar veya diğer muayene yöntemleri ile tanısı konulamamış larengeal bulguları olan hastalar için de gereklidir.[2] Glottisi etkileyen kitleler ses kısıklığı şeklinde erken sempom verirken larenksin diğer bölümlerindeki kitlesel lezyonlar ise globus hissi, irritasyona bağlı öksürük ve ağrıya neden olur. Solunum sıkıntısı ise ancak büyük kitle oluşumu sonrası gözlenir. Bizim olgularımızda da en sık hastaların başvuru nedeni ses kısıklığı idi (%88). Larenkste kitlesel lezyon saptanan olgulara direkt laringoskopi yapılmalı ve tanı patolojik olarak desteklenmelidir. Direkt laringoskopi genellikle genel anestezi altında yapılmaktadır. Böylece hem hasta tarafından daha rahat tolere edilebilirken cerrah da görmesi ve müdahale etmesi gereken bölgelere daha rahat ulaşabilmektedir.[5] Larenksin ortaya koyulması tekniği tüm laringoskopl ar için benzerdir.[6] Hasta sırtüstü yatar baş burun ve çene yere paralel olacak şekilde baş dayanağı ile yükseltilerek en uygun pozisyona getirilir (Boyce pozisyonu). Sağ elini kullanan cerrah laringoskopu sol eliyle tutarak, diğer aletleri kullanabilmek için sağ elini serbest bırakır. Endoskop sağ lingual sulkus boyunca sokulur ve muayeneyi yapmak üzere farinkse, dil köküne, vallekulalara ve epiglotun lingual yüzeyine doğru ilerletilir. El aletin horizontal sapı boyunca öne doğru hafifçe kaydırılarak, laringoskop epiglot ucunun hemen altına ilerletilir sonra kaldırılır ve sinus piriformisleri gözlemek üzere biraz daha ilerletilir. Laringoskopun larenks vestibülü içerisine doğru biraz daha ilerletilmesi plica aryepiglottika'ları ve yalancı kordları hafifçe ayırarak hem tüm uzunluğunca vokal kordları hem de glottis açıklığının şeklini ve boyutlarını ortaya koyar. Operasyon sırasında binoküler ameliyat mikroskobu ayrıntılı inspeksiyon veya manipülasyon için görüntüyü büyütür. Böylece lezyonlardan biyopsi alma, polip çıkartma veya ince mikrocerrahi onarım işlemleri gerçekleştirilebilir. Direkt laringoskopini n bitiminde, laringoskop çıkartılırken, aşağı hava yollarının kirlenmesini önlemek üzere larenks, trakea ve farenksteki tüm kan ve fazla sekresyonlar aspire edilmelidir.[7-10]

Kitlesel yer kaplayan lezyonlar, direkt laringoskopi ile hem tanı hem de gerektiğinde tedavi edilebilmektedir.

Kaynaklar

1. Ballenger JJ, Snow JB Jr. Otolaryngology - Head and Neck Surgery. (Çeviri: Doğan Şenocak 15. baskı). Cilt 2., 1996; 1200-08.
2. Aydın Ö, Üstündağ E, Güngör A. Larenks Kanserlerinde Tümör Yayılımının Rijit Endoskoplarla Değerlendirilmesi. Türk Otolarengoloji Arşivi 2002; 40: 185-88.
3. Richtsmeier WJ, Scher RL. Telescopic laryngeal and pharyngeal surgery. Ann Otol Rhinol Laryngol 1997; 106: 995-1001.
4. Andrea M, Dias O. Newer techniques of laryngeal asessment. Otolaryngology - Head and Neck Surgery Ed. Cummings CW, Frederickson JM, Harker LA. 2. baskı. Cilt 3. St. Louis, Mosby-Year Book, 1998; 1967-78.
5. Mendes Neto JA, Pinna BR, Caporrino Neto J, Pedroso JE. Comparison between telelaryngoscopy and suspension laryngoscopy in the diagnosis of benign vocal fold lesions. Braz J Otorhinolaryngol 2008; 74:869-75.
6. Dikkers FG, Sulter AM. Suspension microlaryngoscopic surgery and indirect microlaryngostroboscopic surgery for benign lesions of the vocal folds. J Larygol Otol 1994; 108:1064-67.
7. Milutinovic Z. Indirect microsurgery of the vocal folds, Videostroboscopy, microstroboscopy. Ear Nose Throat J 1993; 72: 134-36.
8. Altman KW. Vocal fold masses. Otolaryngol Clin North Am 2007; 40:1091-108.
9. Mahieu HF, Dikkers FG. Indirect microlaryngoscopic surgery. Arch Otolaryngol Head Neck surgery 1992; 118: 21-24.
10. Johns MM. Update on the etiology, diagnosis, and treatment of vocal fold nodules, polyps, and cysts. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg 2003; 11: 456-61.