



Akut epiglottit seyreten epiglot kisti enfeksiyonu

Epiglottis cyst infection presenting with acute epiglottitis

Gülperembe Talayhan, Meltem Esen Akpınar, Okan Parmaksız

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

Akut epiglottit seyrek olarak görülen, hayatı tehdit edici bir otorinolarenjolojik acildir. Akut epiglottit komplikasyonu olarak gelişen epiglot apsisi ile epiglot kisti enfeksiyonunun ayırıcı tanısı, tedavi planlanmasını etkilemez. Hava yolu darlığı yoksa her ikisi de konservatif medikal tedaviye yanıt verir. Epiglottitten şüphelenilen hastada hava yolu kontrolü en önemli basamaktır. Bu yazıda akut epiglottit nedeniyle tedavi edilen, semptomları gerileyen ancak yapılan kontrol endoskopik muayenesinde epiglot kisti saptanması üzerine ameliyat edilen 35 yaşında bir erkek olgu sunuldu.

Anahtar sözcükler: Akut epiglottit; epiglot apsisi; epiglot kisti.

Acute epiglottitis is a rarely seen, but life-threatening otorhinolaryngological emergency. Differential diagnosis of epiglottitis abscess and epiglottitis cyst infection as a complication of acute epiglottitis does not affect the treatment plan. Both conditions respond to conservative treatment in the absence of airway stenosis. Airway control is the most critical step in a patient with suspected epiglottitis. In this article, we report a 35-year-old male case who was treated for acute epiglottitis with symptomatic relief, but, was diagnosed with an epiglottitis cyst during repeated endoscopic examination and then operated.

Keywords: Acute epiglottitis; epiglottitis abscess; epiglottitis cyst.

Akut epiglottit seyrek olarak görülen, ani ve ölümcül olarak hava yolu tıkanıklığına neden olabilen potansiyel olarak hayatı tehdit edici bir otorinolarenjolojik acildir. Mortalite oranları %0-30 arasında bildirilmektedir.^[1,2] Haemophilus influenzae tip B kan kültüründe veya epiglotta ya da her ikisinde birden, pediatrik hastaların çoğunda ve erişkinlerin yaklaşık %26'sında izole edilebilir.^[3] Diğer en sık görülen etkenler pnömokoklar, stafilkoklar ve streptokoklardır.^[3-5]

Epiglot kistlerinin büyük bir çoğunluğu asemptomatiktir ve çoğu zaman başka nedenlerle yapılan indirekt veya endoskopik muayenede tesadüfen saptanır.^[6] Bazı kulak burun boğaz (KBB) hekimleri asemptomatik epiglot kistlerinin sadece takibini önerirken, sınırlı bir kaç olgu sunumunda enfekte epiglot kistlerinin, entübasyon gerektiren akut epiglottite neden olduğu bildirilmiştir.^[7,8] Bu yazıda akut epiglottit nedeniyle tedavi edilen ve semptomları gerileyen ancak yapılan kontrol muayenesinde epiglot kisti saptanması nedeniyle ameliyat edilen bir hasta sunuldu.

OLGU SUNUMU

Otuz beş yaşında erkek hasta, yutma güçlüğü (odinofaji), boğaz ağrısı ve son iki gündür süren halsizlik ve yüksek ateş nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın geçirilmiş tüberküloz hastalığı, ek hastalığı ya da baş-boyun bölgesinden geçirilmiş bir ameliyat öyküsü yoktu.

Yapılan muayenesinde ateşi 38 °C, kan basıncı 110/70, nabız 90 ve saturasyonu %95 idi. Hasta öne doğru oturmaya meyilliydi ve ağzında oluşan salgıları yutamamaktaydı. Hastanın hafif nefes darlığı vardı ancak solunumu sıkıntılı değildi. Fleksibl fiberoptik endoskopik muayenesinde epiglotun ileri derecede ödemli ve hiperemik olduğu gözlemlendi, ödem sağ tarafta dil kökünden ariepiglottik folda ve aritenoiden uzanmaktaydı. Hastanın lökosit sayısı 18.000/mm³ idi. Hastanın solunum sıkıntısını gidermek için 100 mg metilprednisolon intravenöz (i.v.) olarak yapıldı. Ayrıca 4x1 gr i.v. amoksisilin ve klavulanat ve 3x500 mg i.v. parasetamol tedavisi verildi.

Geliş tarihi: 28 Aralık 2013 *Kabul tarihi:* 08 Nisan 2014

İletişim adresi: Dr. Gülperembe Talayhan, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği, 34360 Şişli, İstanbul, Türkiye.
Tel: 0532 - 558 69 90 e-posta: gptalayhan@gmail.com

© 2014 İstanbul KBB-BBC Uzmanları Derneği Yayın Organı

Tedavi başlangıcından itibaren yaklaşık üç gün sonra hastanın yutma güçlüğü geriledi ve ateş yüksekliği olmadı. Ancak yapılan kontrol endoskopik muayenelerinde gerileme olmadı. Epiglot lingual yüzünde düzgün sınırlı soluk renkli, lingual yüzün sağ yarısını dolduran kitleyle uyumlu lezyon görüldü (Şekil 1). Çekilen boyun bilgisayarlı tomografi (BT)'sinde epiglot yaygın olarak ödemli görünümdeydi ve mobil epiglot lingual yüzeyinde lobüler görünüm izlenmekteydi (Şekil 2). Hastaya ameliyat önerildi. Ameliyathane şartlarında endotrakeal entübasyon esnasında olası entübasyon güçlüğünden dolayı acil trakeotomi için hazır bulunuldu ancak hasta anestezi uzmanı tarafından sorunsuz bir şekilde entübe edildi. Genel anestezi altında direkt larengoskopi yapılarak epiglot lingual yüzündeki kistik kitleye ulaşıldı ve kitle çatı çıkarılması (deroofing) yöntemiyle eksize edildi. Mikrobiyolojiye gönderilen kültür materyalinde herhangi bir üreme olmadı. Histopatolojik inceleme sonucu yassı hücreli epitelle çevrili epitelyal kist ve içerisinde yoğun mikst iltihabi hücre infiltrasyonu olarak bildirildi.

Hastanın bir ay sonra yapılan fleksibl fiberoptik endoskopik incelemesinde epiglotta herhangi bir patolojiye rastlanmadı (Şekil 3).

TARTIŞMA

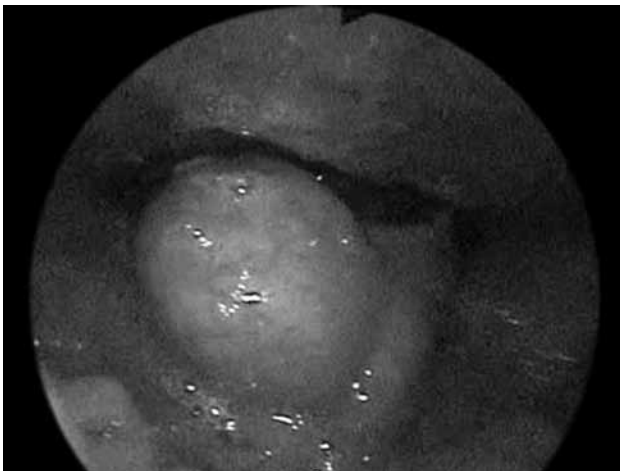
Epiglot lingual yüzü, epiglot apse oluşumunun en sık geliştiği bölgedir.^[1-9] Ameliyattan önce hastadaki lezyonun epiglot apsesiyle komplike olan bir akut epiglottit atağında mı kaynaklandığı, yoksa önceden mevcut olan epiglot kistinin apseleşmesinin mi olduğu anlaşılabilir. Bu yüzden, apse olarak bildirilen bazı olguların, enfekte epiglot kisti olduğu varsayılabilir.

Yoon ve ark.nın^[10] yaptıkları bir çalışmada akut epiglottit tanısı konulan hastaların %25'inde epiglot kisti

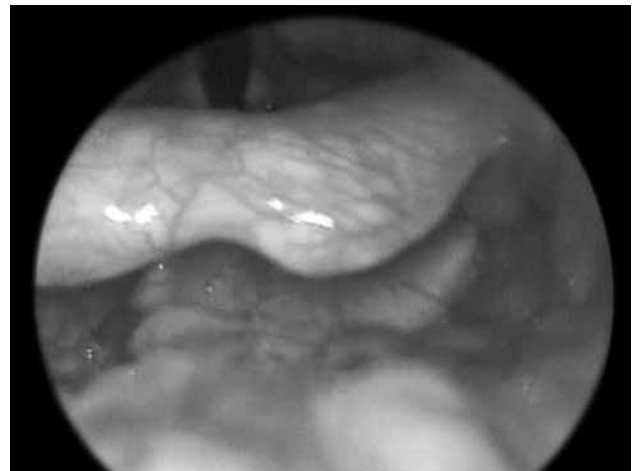
saptanmış ve saptanan kistlerin hepsi de epiglot lingual yüzünde gözlenmiştir. Yine aynı çalışmada epiglot kisti bulunan ve bulunmayan hastaların epiglottit atağı nüks oranı sırayla %17 ve %1 olarak belirtilmiştir. Berger ve ark.^[11] ise yaptıkları bir çalışmada 22 erişkin hastada enfekte vallekular kist ve akut epiglottit birlikteliği bildirmişlerdir. Berger ve ark.nın^[11] yaptıkları diğer bir çalışmada ise epiglottit tanısı koydukları hastaların yaklaşık %10'unun immünkompromise olduğu belirtilmiştir. En sık nedeni ise kronik diyabet olarak gözlenmiş ve apseleşmesinde en etkili olan faktörün son zamanlarda artan bilinçsiz antibiyotik kullanımı ve buna bağlı gelişen antimikrobilyallere direnç olarak gösterilmiştir. Yoon ve ark.nın^[10] yaptıkları çalışmada erişkin hastalarda akut epiglottit atağında ileri yaş, yüksek nabız, beraberinde epiglottik kist bulunması ve nefes darlığı olması, akut hava yolu darlığı için risk faktörleri olarak sayılmıştır.



Şekil 2. Tedavi sonrası bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde epiglotta gözlenen kistik oluşum.



Şekil 1. Tıbbi tedaviye rağmen epiglotta sebat eden kitle.



Şekil 3. Ameliyat sonrası görünüm.

Bizim olgumuzda da nefes darlığı ve epiglottik kist vardı ve hastanın nefes darlığı antibiyoterapiyle geriledi, cerrahi müdahaleye gerek kalmadı. Epiglottit yetişkin hastalarda pediatrik gruba göre daha hafif seyretmesine rağmen, yapılan bir çalışmada mortalite oranının erişkinlerde (%3.2) pediatrik gruptan (%2.2) daha yüksek olduğu bildirilmiştir.^[12]

İrlanda'da yapılan bir çalışmada *Haemophilus influenzae* tip B aşılamaından sonra pediatrik epiglottit olgularının neredeyse elimine edilebildiği belirtilmiştir.^[13] Aynı çalışmada 10 yaşın altındaki pediatrik hastaların %100'üne yoğun bakımda takip gerekirken, erişkin hastalarda bu oran %37 olarak saptanmıştır. Pediatrik grupta supraglottik bölgede erişkinlere göre daha fazla reaktif lenf dokusu bulunduğu için hava yolları daha dardır, bu nedenle çocuklar ani hava yolu darlığına daha yatkındır.

Ayırıcı tanıda difteri, solunum yolunda psödomembran bulunması, membran kültüründe ve direkt smear testinde tipik organizmaların görülebilmesiyle epiglottitten ayrılabilir. Anjiyonörotik ödem ve yabancı cisimde epiglottitin toksik bulgusu olmaz ve genellikle öyküden şüphelenilir. Retrofarengeal apse, peritonsiller apse, bakteriyel trakeit, epiglottik hemanjiyom, toksik epidermal nekrolizis ve lingual tonsilit üst solunum yolunun diğer tıkayıcı hastalıklarıdır ve bu hastalıklar genellikle muayene ile epiglottitten ayırt edilebilir.^[14]

Epiglottitten şüphelenilen hastada hava yolu kontrolü en önemli basamaktır. Erişkin hastalarda muayene ile hava yolu darlığının arttığını gösteren hiçbir çalışma yoktur, bu yüzden ciddi boğaz ağrısı ve yutma güçlüğü olan erişkin hastalar mutlaka endoskopik olarak muayene edilmelidir.^[5,12,15,16] Epiglott apsesini epiglottitten ayırmada boyun BT'nin önemini vurgulayan yayınlar olmasına karşın,^[17] kistin apseleşmesi ile epiglottit komplikasyonu olarak apse gelişiminin görüntüleme yöntemi ile ayırt edilmesinin neredeyse mümkün olmadığı söylenebilir.^[18]

Epiglottit tanısı olan erişkin hastayı sadece gözlemek tehlikeli olabilir.^[15] Yüksek ateşi olan ve lökositozu olan hastalar çok daha yakından takip edilmelidir. Belirgin ağır nefes darlığı olan hastalar erken entübyasyondan fayda görebilir.^[19]

Sonuç olarak, akut epiglottit komplikasyonu olarak gelişen epiglott apsesi ile epiglott kisti enfeksiyonunun birbirinden ayrılmasının tedavi planlanması açısından farkı yoktur. Hava yolu darlığı yoksa her ikisi de konservatif medikal tedaviye yanıt verir.^[18] Önemli olan, epiglott kisti saptanan hastaları, enfeksiyonun tekrarlayabileceği konusunda uyarmak, tekrarlama olasılığını göz önüne alarak cerrahi eksizyonu tedavi seçeneklerine dahil etmek ve bu konuda hastaları bilgilendirmektir.

Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

- Berger G, Landau T, Berger S, Finkelstein Y, Bernheim J, Ophir D. The rising incidence of adult acute epiglottitis and epiglottic abscess. *Am J Otolaryngol* 2003;24:374-83.
- Deeb ZE, Yenson AC, DeFries HO. Acute epiglottitis in the adult. *Laryngoscope* 1985;95:289-91.
- Trollfors B, Nylén O, Strangert K. Acute epiglottitis in children and adults in Sweden 1981-3. *Arch Dis Child* 1990;65:491-4.
- Bass JW, Steele RW, Wiebe RA. Acute epiglottitis. A surgical emergency. *JAMA* 1974;229:671-5.
- Frantz TD, Rasgon BM, Quesenberry CP Jr. Acute epiglottitis in adults. Analysis of 129 cases. *JAMA* 1994;272:1358-60.
- Lam HC, Abdullah VJ, Soo G. Epiglottic cyst. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000;122:311.
- Albert DM, Ali Z. Two cases of vallecular cyst presenting with acute stridor. *J Laryngol Otol* 1985;99:421-5.
- Macneil A, Campbell AM, Clark LJ. Adult acute epiglottitis in association with infection of an epiglottic cyst. *Anaesth Intensive Care* 1989;17:211-2.
- Heeneman H, Ward KM. Epiglottic abscess: its occurrence and management. *J Otolaryngol* 1977;6:31-6.
- Yoon TM, Choi JO, Lim SC, Lee JK. The incidence of epiglottic cysts in a cohort of adults with acute epiglottitis. *Clin Otolaryngol* 2010;35:18-24.
- Berger G, Averbuch E, Zilka K, Berger R, Ophir D. Adult vallecular cyst: thirteen-year experience. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2008;138:321-7.
- Mayo-Smith MF, Spinale JW, Donskey CJ, Yukawa M, Li RH, Schiffman FJ. Acute epiglottitis. An 18-year experience in Rhode Island. *Chest* 1995;108:1640-7.
- Briem B, Thorvardsson O, Petersen H. Acute epiglottitis in Iceland 1983-2005. *Auris Nasus Larynx* 2009;36:46-52.
- Burns JE, Hendley JO. Epiglottitis. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. *Mandell, Bennett, & Dolin: Principles and Practice of Infectious Diseases*. Chapter 56, 6th ed. New York: Churchill Livingstone; 2010. p. 851-4.
- Andreassen UK, Baer S, Nielsen TG, Dahm SL, Arndal H. Acute epiglottitis--25 years experience with nasotracheal intubation, current management policy and future trends. *J Laryngol Otol* 1992;106:1072-5.
- Dort JC, Frohlich AM, Tate RB. Acute epiglottitis in adults: diagnosis and treatment in 43 patients. *J Otolaryngol* 1994;23:281-5.

17. Hindy J, Novoa R, Slovik Y, Puterman M, Joshua BZ. Epiglottic abscess as a complication of acute epiglottitis. *Am J Otolaryngol* 2013;34:362-5.
18. Seo JH, Lee DH. Re: The incidence of epiglottic cysts in a cohort of adults with acute epiglottitis. *Clin Otolaryngol* 2010;35:238; author reply 238-9.
19. Hébert PC, Ducic Y, Boisvert D, Lamothe A. Adult epiglottitis in a Canadian setting. *Laryngoscope* 1998;108:64-9.