

Zorlu entübasyona neden olan asemptomatik valleküler kist

Asymptomatic vallecular cyst causing challenging intubation

Özgür Erdem^{ID}, Hülya Eyigör^{ID}, Ömer Tarık Selçuk^{ID}, Mustafa Deniz Yılmaz^{ID}, Üstün Osma^{ID}

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği, Antalya, Türkiye

ÖZ

Valleküler kistler nadiren solunum sıkıntısı, stridor veya yutma güçlüğüne neden olurken çoğu zaman asemptomatik olan benign larengeal kitlelerdir. Asemptomatik valleküler kistler beklenmedik zorlu entübasyon olgularının nedeni olarak literatürde nadiren yer almıştır. Bu yazıda, ürolojik ameliyat için entübasyona izin vermeyen valleküler kisti olan 62 yaşında bir erkek hasta yakın zamanlı literatür ışığında sunuldu.

Anahtar sözcükler: Zorlu entübasyon; tonsiller kist; valleküler kist.

ABSTRACT

Vallecular cysts are benign laryngeal masses that rarely cause respiratory distress, stridor or swallowing difficulty, while often being asymptomatic. Asymptomatic vallecular cysts have rarely appeared in the literature as the reason of unexpected challenging intubation cases. In this article, we present a 62-year-old male patient who had a vallecular cyst that did not allow intubation for urologic operation in light of the recent literature.

Keywords: Challenging intubation; tonsillar cyst; vallecular cyst.

Valleküler kistler nadir görülen benign lezyonlar olup tüm larenks benign kitlelerinin %5'ini oluşturmaktadır.^[1] Genellikle minör tükürük bezlerinin retansiyon kisti olarak meydana gelirler ve en sık epiglotun lingual yüzünde yerleşirler. Valleküler kistler doğuştan veya akkiz olabilir. Doğuştan kistler genelde infantil dönemde semptomatik seyrederek. Akkiz kistler ise daha çok erişkin dönemde görülür ve genelde rastlantısal olarak tanı alır. Erişkinde semptomlar kist enfekte olmadığı sürece nonspesifik olduğundan tanı gecikebilir. Bunun yanı sıra epiglot kistlerinin enfekte olarak akut epiglottite neden olduğu bildirilmiştir.^[2] Asemptomatik kistler ise bazen genel anestezi sırasında entübasyon zorluğuna neden olarak tanı alır.^[3]

Valleküler kistler ilk olarak 1970 yılında DeSanto tarafından duktal kistler olarak sınıflandırılmıştır. Submukozal bez duktuslarının tıkanması sonucu mukus retansiyonu ile kistler ortaya çıkmaktadır. Kist büyüklüğü çoğunlukla 1 cm altında olmakla birlikte bildirilmiş büyük kistler de vardır.^[4]

Bu yazıda nefrolitiyazis nedeni ile ameliyata hazırlanan bir hastada entübasyona izin vermeyen valleküler kist olgusu literatür eşliğinde sunuldu.

OLGU SUNUMU

Dış merkezde nefrolitiyazis ameliyatı için genel anestezi planlanan ve entübasyon sırasında entübasyona izin vermeyen larengeal kitle tespit edilen 62 yaşındaki erkek hasta kliniğimize yönlendirildi. Öz geçmişinde 20 yıl; 1 paket/yıl sigara içme öyküsü vardı. Hastanın Kulak Burun Boğaz ve baş-boyun muayenesi olağandı. Endoskopik larenks muayenesinde vallekulada 5×4 cm üzeri düzgün vasküler mukoza ile kaplı sarımsı renkte kistik kitle izlendi (Şekil 1). Kistin hava sütununu daralttığı gözlemlendi. Fleksibl nazofarengolaringoskopik muayenede vokal kordların yapısı ve hareketleri olağan idi. Bilgisayarlı tomografi görüntüsünde dil kökü yerleşiminde orta hattın hafif sağında yerleşimli en geniş

Geliş tarihi: 24 Mart 2017 Kabul tarihi: 19 Eylül 2017

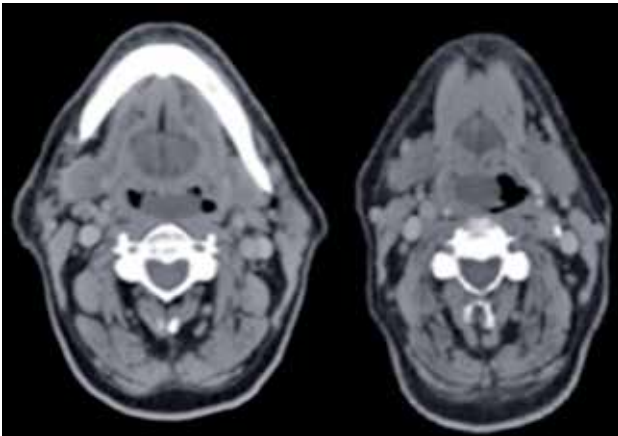
İletişim adresi: Dr. Hülya Eyigör, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği, 07100 Muratpaşa, Antalya, Türkiye. Tel: 0533 - 426 70 64 e-posta: hulinar@yahoo.com

Atf:

Erdem Ö, Eyigör H, Selçuk ÖT, Yılmaz MD, Osma Ü. Zor entübasyon nedeni asemptomatik vallekular kist. KBB Uygulamaları 2018;6(2):79-81.



Şekil 1. Valleküler kistin endoskopik görüntüsü.



Şekil 2. Valleküler kistin aksiyel kesit bilgisayarlı tomografi görüntüsü.



Şekil 3. Ameliyat sonrası endoskopik görünüm.

yerinde yaklaşık 3×2.5×2 cm boyuta ulaşan hipodens-sıvı yoğunluklu oldukça düzgün sınırlı nodüler kistik lezyon görüldü (Şekil 2a, b). Hasta yapılacak işlem hakkında bilgilendirildi ve bilgilendirilmiş hasta onamı alındı.

Hasta klinik ve radyolojik olarak valleküler kist ön tanısı ile ameliyata alındı. Büyük kist nedeniyle entübas-yonda zorluk yaşanan hastada öncelikle valleküler kist iğne aspirasyonu ile küçültüldü ve orotrakeal entübas-yonu yapıldı. Direkt larengoskopik bakışında valleku-layı dolduran, yaklaşık 4 cm kistik kitle izlendi. Koter yardımıyla kist cidarıyla birlikte epiglot ve dil kökünden ayrılarak total eksize edildi. Spesimenin patolojik ince-lemesi valleküler kist olarak bildirildi. Ameliyat sonrası yakınması olmayan hastanın dokuz aylık takibinde nüks saptanmadı (Şekil 3).

TARTIŞMA

Larengeal kistler duktal ve sakküler olmak üzere sınıflandırılır. Duktal kistler submukozal bezlerin tıkan-masıyla ortaya çıkan larengeal kistlerin en yaygın (%75) görülen şeklidir.

Vallekulada yerleşen duktal kistler erişkin ve doğuştan form olarak ikiye ayrılmakta ve farklı patogeneze bağlı ortaya çıktığı düşünülmektedir. Doğuştan valleküler kist sıklıkla doğumdan hemen sonra ortaya çıkan stridor ve siyanoz ile seyreden ve hemen müdahale edilmesi gereken, aksi takdirde mortalite ile sonuçlanabilen ciddi bir hasta-lıktır.^[5] Reiersen ve Gungor^[6] gelişme geriliği, progresif inspratuvar stridor ve respiratuvar distres ile başvuran sekiz aylık bir bebekte dev valleküler kist olgusu bildirmişlerdir.

Valleküler kist, üst solunum yolu tıkanıklığına sadece hipofarenkse yaptığı kitle etkisi ile değil; aynı zamanda epiglottisin ön-arka yönde yer değiştirmesiyle de hava yolu tıkanıklığına yol açmaktadır.^[5] Bu şekilde hava yolu tıkanıklığı yapan ancak asemptomatik seyreden valleküler kistlerin bir kısmı genel anestezi indüksiyonu esnasın-da görülüp entübasyona engel olabilirler. Literatürde bu şekilde tanımlanmış olgular vardır.^[4] Kothandan ve ark.nın^[3] bildirdikleri olgu da bizim olgumuzda olduğu gibi entübasyona izin vermeyen büyüklükte bir valleküla kisti iken Rivo ve Matot^[7] asemptomatik seyreden ve tesadüfi olarak tespit edilen valleküla kisti bildirmişlerdir.

Mason ve Wark^[8] bildirdikleri olguda horlama şika-yeti ile başvuran bir hastanın muayenesinde epiglottik kiste rastlamışlar ve cerrahi sırasında yoğun kanama ile karşılaşarak ameliyata devam edememişler ve hastayı entübe halde izlemek zorunda kalmışlardır. Hava yolunu tıkayan kistler ameliyat öncesi tespit edilebilirse hava yolu güvenliği trakeotomi açılarak sağlanabilir. Çünkü anestezipler, büyük valleküler kisti olan hastalarda hava yolunun güvenliğini sağlamakta aşırı derecede güçlük

çekmektedirler. Kör entübasyon girişimleri kisti koparabilmektedir. Fiberoptik bronkoskop kullanımı havayolu yönetiminin başarısını artırabilir.^[3] Bizim olgumuzda da entübasyona izin vermeyen kist, iğne aspirasyonu ile küçültülerek hava yolu güvenliği sağlandı ve ameliyata devam edildi.

Valleküler kistin tedavi yönetiminde iki yol izlenebilir. Asemptomatik ve küçük kistler müdahale edilmeden klinik takibe alınabilir. Semptomatik veya asemptomatik tesadüfi olarak tanı alan büyük boyutlardaki kistler ise cerrahi olarak eksize edilmelidir. Valleküler kist cerrahi tedavisinde en sık kullanılan yöntem direkt laringoskopi ile kistin cidarı ile birlikte total eksizyonudur. Nadiren de olsa eksternal cerrahi teknikler kullanılarak tedavi edilen valleküler kist olguları bildirilmiştir. Eksternal cerrahi tekniğin yineleme ihtimalini azalttığı yönünde görüşler yaygındır.^[9] Ancak eksternal yaklaşımla cerrahi müdahale önemli derecede morbidite taşır. Yineleme oranının yüksek olması nedeniyle kistlerin aspirasyonu önerilmektedir. Ancak kist içeriğinin aspirasyonu entübasyon için hızlı ve güvenli bir yol sağlayabilmektedir.^[6]

Endoskopi ile CO₂ lazer kanama kontrolü sağlanması, kistin total çıkarılmasına olanak sağlamasıyla güvenli bir tedavi yöntemi kabul edilmektedir.^[10] Zalvan ve Reilly^[10] valleküler kist ön tanısı alan dokuz hastada direkt laringoskopi altında potasyum titanil fosfat lazer yöntemi ile cerrahi eksizyon uygulamışlar ve tüm hastalarda komplikasyonsuz cerrahi başarı elde etmişler ve bu yöntemin diğer cerrahi eksizyon teknikleri arasında daha konforlu ve güvenli bir yöntem olduğunu bildirmişlerdir.^[11]

Son dönemde transoral robotik cerrahi yöntemini kullanarak pediatrik dil kökü kitlelerinde (lingual triglossal duktus kisti, valleküler kist, bronkojenik kist gibi) başarılı sonuçlar elde eden Kayhan ve ark.^[12] ileride robotik cerrahinin pediatrik dil kökü kitlelerinde standart tedavi yöntemi olabileceğini vurgulamışlardır.

Sonuç olarak, valleküler kistler, büyüklüğü hastalarda semptomları belirleyen en önemli unsurdur. Küçük bir valleküler kist yıllarca asemptomatik seyredebilir ve çoğunlukla entübasyon esnasında tesadüfi olarak tanı alır. Büyük bir valleküler kist ise progresif solunum veya beslenme güçlüğü ile kliniğe yansıyabilir. Bu da bize kliniğe ilerleyen beslenme güçlüğü veya solunum sıkıntısı ile gelen bir hastada endoskopik muayenenin önemini göstermektedir.

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

1. Lam HC, Abdullah VJ, Soo G. Epiglottic cyst. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000;122:311.
2. Talayhan G, Akpınar ME, Parmaksız O. Akut epiglottitis seyreden epiglott kisti enfeksiyonu. *KBB Uygulamaları* 2014;2:90-3.
3. Kothandan H, Ho VK, Chan YM, Wong T. Difficult intubation in a patient with vallecular cyst. *Singapore Med J* 2013;54:e62-5.
4. DeSanto LW, Devine KD, Weiland LH. Cysts of the larynx--classification. *Laryngoscope* 1970;80:145-76.
5. Yao TC, Chiu CY, Wu KC, Wu LJ, Huang JL. Failure to thrive caused by the coexistence of vallecular cyst, laryngomalacia and gastroesophageal reflux in an infant. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2004;68:1459-64.
6. Reiersen DA, Gungor AA. Airway management in an infant with a giant vallecular cyst. *Am J Otolaryngol* 2014;35:261-4.
7. Rivo J, Matot I. Asymptomatic vallecular cyst: airway management considerations. *J Clin Anesth* 2001;13:383-6.
8. Mason DG, Wark KJ. Unexpected difficult intubation. Asymptomatic epiglottic cysts as a cause of upper airway obstruction during anaesthesia. *Anaesthesia* 1987;42:407-10.
9. Mitchell DB, Irwin BC, Bailey CM, Evans JN. Cysts of the infant larynx. *J Laryngol Otol* 1987;101:833-7.
10. Massoth LJ, Digoy GP. Flexible carbon dioxide laser-assisted endoscopic marsupialization and ablation of a laryngeal saccular cyst in a neonate. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2014;123:541-4.
11. Zalvan CH, Reilly E. Symptomatic vallecular cysts: diagnosis and management with the KTP laser. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2016;273:2111-6.
12. Kayhan FT, Yigider AP, Koc AK, Kaya KH, Erdim I. Treatment of tongue base masses in children by transoral robotic surgery. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2017;274:3457-63.