

## VALLEKULA KİSTİ ZEMİNİNDE GELİŞEN AKUT EPIGLOTTİT

Arif ŞANLI<sup>1</sup>, Mustafa PAKSOY<sup>1</sup>, Cenk EVREN<sup>1</sup>, Resul ÖZTÜRK<sup>1</sup>

Akut epiglottit atlanmaması gereken, sıklıkla ölümcül olabilen ciddi bir durumdur. Supraglottik bölgenin akut enflamasyonudur. Bu hastalıkta hafif bir üst solunum yolu enfeksiyonu saatler içerisinde ateş, solunum sıkıntısı, şiddetli boğaz ağrısıyla birlikte hızla ilerleme gösterir. Kliniğimizde vallekula kisti olan üç hastadan iki tanesi akut epiglottit nedeniyle başvururken; bir tanesi de ses kısıklığı ile başvurdu. Akut epiglottit olan iki hastanın solunum yolu güvenliği trakeotomiyle sağlandı. Direkt laringoskopisi yapılan bu üç hasta literatür tekrarıyla tartışıldı.

*Anahtar kelimeler : Vallekula, kist, epiglottit*

### ACUTE EPIGLOTTITIS SECONDARY TO THE VALLECULA CYSTS

Acute epiglottitis is a serious and often fatal condition that must not be missed. It is an acute inflammation of supraglottic laryngeal space. This condition present with a history of rapid progression from mild upper respiratory infection to respiratory distress, fever and severe throat pain within hours. In our clinic we have three patients with vallecule cysts; two of them present with acute epiglottitis, one of them present with hoarseness. The airway of the patient with acute epiglottitis was maintained by tracheotomy. All patients had direct laryngoscopy. These three patients presented with the review of literature.

*Keywords: Vallecule, cyst, epiglottitis*

Erişkin akut epiglottitisi supraglottik bölgenin akut enflamasyonudur. Tarif içine dil kökü, vallekula, epiglot, arytenoid ve aryepiglottik foldlar girer. Bu nedenle supraglottitis terimi daha uygun olacaktır. Epiglot ve çevresi gevşek, vasküler bir mukozaya ile döşelidir. Bu yüzden herhangi bir inflamasyon, irritasyon veya alerjik reaksiyon ödeme yol açar<sup>1</sup>. Erişkinde yüz binde 1-2 oranında görülür. Erkek:kadın oranı 2.5/1'dir. Supraglottik yapılardan en sık epiglot ve aryepiglottik fold tutulur. Sigara önemli bir risk faktörüdür<sup>2</sup>.

Akut epiglottit saatler içinde hava yolu tıkanıklığına neden olması nedeniyle yaşamı tehdit eden ölümcül potansiyele sahip bir hastalıktır. Doğru teşhis ve uygun tedavi sonrasında tehlikeli zaman ilk 12-14. saatlerdir<sup>3</sup>. Erişkinlerde mortalite, çoğunlukla yanlış tanı ve eksik tedavi nedeniyle çocuklardan daha fazladır<sup>4</sup>.

Epiglottit %90 Haemophilus influenzae tip B'den kaynaklanır. Diğer mikroorganizmalar Streptococcus pneumoniae ve beta hemolitik streptokoklardır. Pastörize olmayan süt içenlerde grup C beta hemolitik streptokokun fatal epiglottite neden olabileceği bildirilmiştir<sup>5</sup>.

#### OLGU 1

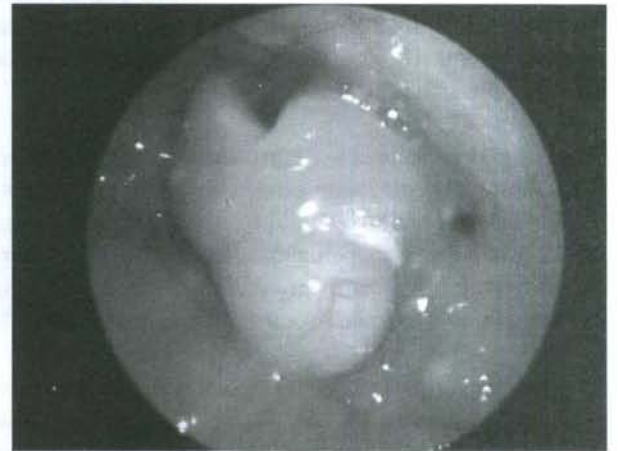
Acil polikliniğimize 24 saat önce başlayan ateş, yutkunma güçlüğü ve nefes almada zorlanma şikayetlerinin giderek artması üzerine başvuran 47 yaşındaki 9503 protokol numaralı erkek hastanın yapılan ilk muayenesinde ateşi 39°C ve larinks palpasyonda hassastı. İndirek laringoskopisinde, larinks girişinde hava pasajını kapatan kitlenin varlığı, ileri derecede solunum güçlüğü ve kliniğinin hızla ilerlemesi göz önüne alınarak lokal anestezi altında ameliyathane şartlarında trakeotomi açıldı. Seftriakson 2x1 gram ve metronidazol 3x0.5 gram intravenöz (IV) medikal tedavisi başlandı. Klinik tablosu geriledikten sonra yapılan direkt laringoskopisinde vallekulada yaklaşık 1x0.5 cm'lik kistik lezyon saptandı; kist eksize edilmişti.

<sup>1</sup>Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi II. KBB Kliniği

Genel durumu hızla düzelen hastanın son larinks bakışında tamamen düzeldiği saptandıktan sonra şifa ile taburcu edildi. Yapılan 24 aylık takibinde rekürrens saptanmadı.

#### OLGU 2

Akut solunum yetmezliği nedeniyle özel bir merkezde acil trakeotomisi açıldıktan sonra takip ve tedavi amacıyla kliniğimize yatırılan 29 yaşındaki 23781 protokol numaralı erkek hastanın larinks bakışında epiglotunun üzeri beyaz renkli membranla kaplı, ödemli ve hiperemik bulundu. Epiglot hastanın solunum pasajını tamamen kapatmıştı. Hastada laringeal hassasiyet, yutkunma güçlüğü ve 38.5°C ateş mevcuttu. Sefazolin sodyum 2x1 gram, metronidazol 3x0.5 gram IV tedavisi başlandı. Epiglottit tablosu 8. günde tama yakın geriledi. İndirek laringoskopisinde vallekulasında sarı renkli 1x1 cm'lik yuvarlak kistik karakterli yapı tespit edildi. Direkt laringoskopi ile kisti eksize edildi. Takiplerinde 12 aylık sürede rekürrens gözlenmedi (Resim 1).



**Resim 1.** Vallekulada sarı renkli 1x1 cm'lik yuvarlak kistik karakterli yapı



## OLGU 3

Yaklaşık bir yıldır devam eden ses kısıklığı ve sesinde çatlama şikayetiyle polikliniğimize başvuran 45 yaşındaki 22311 protokol numaralı erkek hastanın yapılan muayenesinde; epiglottunun lingual yüzünde, sol tarafta, yaklaşık 1.5 cm çapında, sarı renkli kistik yapı ve sol vokal kord ön 1/3 bölümünde polipoid oluşum tespit edildi (Resim 2). Direkt laringoskopiyle polip ve vallekula kisti eksize edildi. Yapılan 12 aylık takibinde nüks izlenmedi.



**Resim 2.** Epiglottun lingual yüzünde, sol tarafta, yaklaşık 1.5 cm çapında, sarı renkli kistik yapı ve sol vokal kord ön 1/3 bölümünde polipoid oluşum

## TARTIŞMA

Joseph ve ark.'nın<sup>4</sup> yaptıkları çalışmada, ortalama yaş 41 idi. Bizim hastalarımız 45, 47 ve 29 yaşlarındaydı.

Akut epiglottitte erken tanı ve tedavi önemlidir. Ateş, stridor, ağrılı yutma, palpasyonda larinks hassasiyeti, ağızda salya artmasında şüphelenilmelidir. Muayenede supraglottik bölgede hiperemi ve ödem gözükür. Çocuklarda stridor erişkinlerden daha çoktur<sup>2</sup>. Andreasson'un tüm hastalarında larinks palpasyonu hassastı<sup>3</sup>. Bizim ilk 2 hastamızda da larinks palpasyonu hassastı ve yüksek ateş, yutkunmada ağrı, ağızda salya birikimi mevcuttu.

Akut epiglottitte solunum sıkıntısı oturur pozisyonda azalır. Çoğu hasta bu pozisyonda gelir ve değiştirmek istemez. Literatürde ani total hava yolu tıkanması bildirilmiştir; ancak buna neyin neden olduğu kesin olarak belli değildir. Aryepiglottik fold ödemiyle, sekresyonun neden olduğu larinks spazmının kombinasyonu muhtemel neden olabilir<sup>3</sup>.

Erişkinlerde larinkste klinik semptom veren kistler nadir görülür. Newman ve ark.'nın<sup>6</sup> yaptığı çalışmada 14 yılda toplam 20 vakaları mevcuttu. Buldukları kistik yapılar 0.5-3 cm arası ölçülerde ve tümü supraglottik bölgede, bunlarında yarısı vallekulada lokalizeydi. Hastalarının en

sık şikayetleri ses kısıklığı ve boğaz ağrısıydı. Vallekula kistleri yenidoğanlarda ve bebeklerde de nadir olarak görülür. Bebekte stridor, solunum sıkıntısı veya yutma güçlüğü gibi belirtiler gösterir. Laringomalaziyle beraber olabilir. Tedavi olarak marsüpiyelize edilmelidir<sup>7,8</sup>.

Andreasson ve ark.<sup>3</sup> çocuklarda dile basarak, erişkinde indirek laringoskopiyle tanı koymaktadırlar. İndirek laringoskopi erişkinde epiglottitin en iyi tanı metodudur. Erişkinler bu muayeneyi tolere edebilirler. Fiberoptik laringoskopi veya direkt laringoskopi aynayı tolere edemeyen hastalarda kullanılabilir<sup>4</sup>. Joseph ve ark.'nın<sup>4</sup> yaptığı çalışmada, erişkinde ayna ile bakmak hava yolu tıkanıklığına neden olmamıştır.

Çeşitli otörler tanıda radyolojik tetkiklerin gerekli olduğunu düşünmektedirler<sup>3</sup>. Lateral boyun grafisi daima acil şartlarda otolarinolojist ve anesteziist eşliğinde çekilmelidir<sup>4</sup>. Lateral yumuşak doku "X-ray" grafisi %11-12 oranında yalancı negatiftir<sup>1</sup>. Bu grafilerde "thumb sign" yani şişkin epiglot, arytenoid ve aryepiglottik fold, daralmış havayolu, prevertebral yumuşak doku şişliği gözükür<sup>2</sup>. Joseph ve ark.'nın<sup>4</sup> hastalarının %93'ünde lateral "X-ray" grafisi anormal, 3 vakalarında ise normal bulunmuştur. Bilgisayarlı tomografi (BT) enfeksiyon yayılıyorsa veya abse formasyonu varsa gereklidir<sup>1</sup>. BT non-invazif bir yöntem olarak tanı koymada ve tedavinin izleminde rutin yöntemler arasında yerini almıştır<sup>9</sup>. Vakalarımızdan birinde çekilmeye zaman kalmadığından, diğerinde ise hasta trakeotomi geldiğinden lateral grafi veya BT çekilemedi. Üçüncü olgumuzda klinik semptom vermediğinden ve tesadüfi olarak bulunduğu görünümüne ihtiyaç duyulmadı.

Akut supraglottitiste birinci tedavi seçeneği geçmişte ampisilindi. Haemophilus influenza'nın zaman içinde beta laktamaz direnci arttığından, günümüzde 2. ve 3. kuşak sefalosporinler ilk seçenek olarak düşünülür<sup>2</sup>. Joseph ve ark.'na göre erişkin epiglottitinde antibiyoterapi, analjezik verilmeli ve İV hidrasyon sağlanmalıdır. Çalışmalarının ilk zamanlarında ampisilin ve kloramfenikol kombinasyonunu uygulamışlar, zamanla 3. kuşak sefalosporin kullanmaya başlamışlardır. On hastalarında 1 mg/kg kortikosteroid (prednisolon) kullanmışlar; steroid kullanan ile kullanmayan hastalar arasında anlamlı fark bulamamışlardır<sup>4</sup>. İntavenöz kortikosteroidler antiinflamatuvar özelliklerinden dolayı verilebilirler; ancak gerçek faydaları tam belli değildir<sup>2</sup>. Bizim hastalarımızdan birine seftriakson 2x1 gram ve metronidazol 3x0.5 gram; diğerine sefazolin 2x1 gram, metronidazol 3x0.5 gram IV şekilde uygulanıp başarılı klinik cevap alındı. İki hastamıza da steroid uygulanmadı. Üçüncü hastamızda medikal tedaviye ihtiyaç duyulmadı.





Trakeotomi 1970'li yıllarda ana tedavi şekli olarak o günden beri entübasyon bir çok klinikte rutin hale gelmiştir. Entübasyon şartları varsa trakeotomi uygunsuzdur<sup>4</sup>. Joseph ve ark.<sup>4</sup>, 14 hastalarını (%33) entübe edip yoğun bakım ünitesine kaldırmışlardır. Hastalar ortalama 82 saat entübe halde kalmışlar, hiçbir hastada ekstübasyon sonrası entübasyon ihtiyacı olmamış ve hiçbirinde trakeotomiye ihtiyaç duyulmamıştır. Hastalara entübe edilmedikçe sedatif verilmemelidir<sup>3</sup>.

Rasemik epinefrin ancak ekstrem durumlarda verilebilir. Rebound etkisi nedeniyle çok hızlı ve fulminan obstrüksiyona neden olabilir<sup>2</sup>.

Sonuç olarak, akut epiglottit her zaman için hızlı tanı konulup agresif bir şekilde tedavi uygulanmazsa mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Özellikle erişkinlerdeki vallekula kistleri şikayet vermese de ilerde epiglottit kaynağı olabilirler. Bu yüzden vallekula kisti olan hastalar sıkı takip edilmeli, bilinçlendirilmeli, gerekirse elektif şartlarda vallekula kistlerine müdahale edilmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Chung CH. Adult acute epiglottitis and foreign body in the throat-chicken or egg? Euro J Emergency Medicine 2002; 9: 167-9.
2. Sack JL, Brock CD. Identifying acute epiglottitis in adults. Postgraduate Medicine 2002; 112(1): 81-2.
3. Andreasson UK, Husum B, Tos M, Leth N. Acute epiglottitis in adults. A management protocol based on a 17 years material. Acta Anesthesiol Scand 1984; 28(2): 155-7.
4. Dort JC, Frölich AM, Tate RB. Acute epiglottitis in adults: Diagnosis and treatment in 43 patients. J Otolaryngology 1994; 23(4): 281-5.
5. Lee TWR, Sandoe J. Epiglottitis caused by group C Streptococcus. Acta Pediatr 2001; 90(9): 108.
6. Newman BH, Taxy JB, Laker HI. Am J Clin Pathol 1984; 81(6): 715-20.
7. Ku AS. Vallecular cyst: Report of four cases-one with co-existing laryngomalacia. J Laryngol Otol 2000; 114(3): 224-6.
8. Wang CR, Lim KE. Vallecular cysts: Report of two cases. Pediatr Radiol 1995; 25(Suppl 1): 218-9.
9. Stack BC Jr, Ridley MB. Epiglottic abscess. Head Neck 1995;17(3): 263-5.