

Jüvenil Larengeal Papillomatosis Olgusu

Juvenil Laryngeal Papillomatosis

Hüseyin SEVEN, Çetin VURAL, Aras ŞENVAR

Şişli Etfal Hastanesi KBB Kliniği

ÖZET

On yıllık bir süreden sonra rekürrens gösteren bir juvenil larengeal papillomatosis (JVP) olgusu sunduğumuz bu yazıda, literatür gözden geçirilerek, hastalığın etyopatogenezi, klinik seyri, tanı ve tedavisi hakkında bilgi verildi. Klinik tanıda, direkt larengoskopinin, cerrahi tedavide ise konservatif yaklaşımın önemi vurgulandı.

Anahtar sözcükler: Juvenil papillom, larenks.

SUMMARY

In this article we discussed a case of juvenile laryngeal papillomatosis who had been operated at our clinic and presented with recurrence after 10 years. The importance of direct laryngoscopy on diagnosis and a conservative approach for surgical treatment have been emphasised.

Key Words: Juvenile papilloma, larynx.

GİRİŞ

Papillomatosis ilk defa 17. yüzyılda boğaz siğili olarak tanımlanmıştır(1). Juvenil larengeal papillomatosis (JLP) ender görülen bir hastalık olmakla birlikte çocukluk çağında larenksin en sık rastlanan benign epitelyal neoplazisidir. Histopatolojik olarak benign bir tümör olmasına karşın lokalizasyonun önemi, multiple olma eğilimi, rekürrens potansiyeli, komşu yapılara yayılım ve tedaviye direnç gösterme özelliği ile JLP, klinik olarak ciddi bir antitedir[2].

Hastaların % 60-70'inde tanı ilk 5 yaşta konur[3]. Başlangıç semptomları, ses kısıklığı, anormal ağlama, stridor ve nefes darlığıdır. Küratif tedavi konusunda tam bir fikir birliği yoktur, ancak çoğu zaman endoskopik yolla lezyonların eksize edilerek yeterli hava pasajının sağlanması gerekir.

OLGU SUNUMU

K. E., 14 yaşında erkek hasta, annesi ile birlikte ses kısıklığı ve nefes darlığı yakınmasıyla polikliniğimize başvurdu. Annenin ifadesinden 10 yıl önce kliniğimizde ses tellerinden operasyon geçirdiği öğrenildi. Hastanın eski dosyası incelendiğinde, her iki vokal kordda yaygın polipoid kitle nedeniyle genel anestezi altında (GAA) direkt larengoskopi (DL) ya-

pıldığı, lezyonların eksize edildiği ve histopatolojik incelemede larengeal papillomatosis tanısı konduğu saptandı. Aile ameliyattan sonra hastanın yakınmalarının geçmesi üzerine kontrollere gelmediklerini belirtti.

Poliklinikte muayenesi yapılan hasta, rekürren larengeal papillomatosis ön tanısıyla interne edildi. Öyküden, yaklaşık 2 yıl önce ses kısıklığı ve nefes darlığı yakınmasının tekrar başladığı ve gittikçe ilerlediği, özellikle ses kısıklığı nedeniyle konuşmasının güçleştiği, bu durumun da çevreyle yeterli iletişim kurmasını ve okul başarısını etkilediği öğrenildi. Yürümek, merdiven çıkmak ya da spor yapmak gibi efor gerektiren eylemler sırasında çok çabuk yorulduğu ve kısa sürede solunum sıkıntısına girdiği belirlendi.

Özgeçmiş, soygeçmiş, alışkanlıkların sorgulanması, sistemlerin gözden geçirilmesi ve fizik muayenede özellik saptanmadı.

KBB muayenesi larenks haricinde doğaldı. Larenksin indirekt muayenesinde her iki vokal kord ve ön kommissürde lokalize yaygın polipoid lezyonların olduğu, lezyonların kitle etkisiyle vokal kord hareketlerini kısıtladığı ve ancak 3-4 mm'lik hava pasajı kaldığı görüldü.

Rutin laboratuvar bulgularında özellik tespit edilmedi.

İstenen jinekoloji konsültasyonu sonucunda annede genital kondilomata saptanmadı.

Yazışma Adresi:

Op. Dr. Hüseyin Seven
Şişli Etfal Hastanesi / KBB Kliniği

Hastaya 1. 5. 95 tarihinde GAA'da ameliyat mikroskopu kullanılarak DL yapıldı. Ön kommissürden başlayıp sağ vokal kordu tama yakın, sol vokal kordun ön yarısını tutan ve önde subglottik bölgeye 4-5 mm kadar ekstansiyon gösteren papillomatöz görünümünde lezyonlar saptandı. Diğer larenks yapıları doğal. Cup forseps ve aspiratör yardımıyla mikrocerahi teknik kullanılarak mümkün olduğunca normal mukozaya zarar vermeden lezyonlar temizlendi. Sineşi ve veb oluşumuna zemin hazırlamamak amacıyla ön kommissüre komşu 2-3 mm'lik kısımdaki lezyonlar kısmen çikartıldı.

Ameliyat örneğinin hastanemiz patoloji laboratuvarında yapılan histopatolojik incelemesinde, belirgin akantoz ve papillomatosis gösteren çok katlı yassı epitelle örtülü, nispeten dar fibrovasküler stromaya sahip polipoid doku örnekleri rapor edildi.

Ameliyattan sonra bir miktar ses kısıklığının devam etmesine rağmen preoperatif döneme göre ileri derecede düzelme olduğu, hastanın efor kapasitesinin arttığı ve solunum sıkıntısının ortadan kalktığı saptandı. Hastanın halen devam eden periyodik kontrollerinde probleme rastlanmadı.

TARTIŞMA

Larengeal papillomaların jüvenil ve adult tip olmak üzere en az iki formu bilinmektedir. Histopatolojik olarak bu iki tip papilloma arasında hiç bir fark yoktur ve ayırt edilmeleri de mümkün değildir[4]. Jüvenil tip çoğunlukla ilk 5 yaşta ortaya çıkar ve klinik olarak daha agresif seyretme eğilimi gösterir. Adult tip ise 20 yaşından sonra görülür ve daha az agresiftir. Bu nedenle son yıllarda bazı yazarlar jüvenil ve adult yerine agresif ve nonagresif form şeklinde bir sınıflamayı tercih etmektedirler[5].

JLP'li hastalarda semptomlar yenidoğan ile püberte arasında bir dönemde görülebilse de, olguların % 60-70'inde tanı ilk 5 yaşta konur. En sık semptomlar ses kısıklığı, anormal ağlama, stridor ve nefes darlığıdır[6]. Lezyonlar % 99 multiple olup rekürrens göstermeye eğilimlidir. Olguların yaklaşık % 30'unda ise spontan regresyon görülür[3]. Regresyona, herhangi bir yaşta rastlanabilirse de en sık püberte döneminde görülür. Bazen de tüm yaşam süresince yeni lezyonlar gelişir ve ya da rekürrensler ortaya çıkar. Andrew[7], 85 yaşında JLP'li bir olgusunu yayınlamıştır.

Histopatolojik olarak benign olmasına karşın larenks duvarına, boyun yumuşak dokularına, trakeotomi stomasına ve akciğer parankimine invaze olan, bu nedenle de larenjektomi ve pulmoner rezeksiyon uygulanan JLP olguları yayınlanmıştır. Fechner[8], bu olgulara, "invazif larengeal papillomatosis" adını vermiştir.

Etiolojide human papilloma virüsü (HPV)'nün etken olduğu gösterilmiştir[9, 10]. Özellikle HPV DNA tip 6 ve 11 sorumlu tutulmaktadır[11]. Genital kondylomalı annelerin çocuklarında, JLP gelişim riskinin yüksek olduğu saptanmıştır[6]. İlk çocuk, vajinal doğum ve genç anne üçlüsü hastalığın jüvenil tipi için, çok eşli yaşam ve oral seks sıklığı ise adult tipi için bulaşmada yüksek risk faktörleri olarak kabul edilir.[11].

Larengeal papillomatosis larenksin herhangi bir yerinde görülebilse de, esas olarak bant ventriküle, vokal kordlara veya ön kommissüre lokalizedir. Lezyonlar subglottik olarak uzanabilir ve trakea veya bronşları tutabilir.

JLP radyoterapi sonrası malign dejenerasyon gösterme potansiyeline sahiptir. İlginç olanı malignensinin sıklıkla subglottik larenks ya da trakeaya lokalize olmasıdır. İnvazif papillomatosis gelişiminde ise radyasyonla ilişki saptanmamış, ancak agresif cerrahi girişimler sorumlu tutulmuştur[2].

Olguların 1/3'de tanı DL öncesi konulabilmektedir ancak klinik olarak kesin tanı için DL yapılması şarttır. Jüvenil papillomalar beyaz, pembe ya da kırmızı renkli, yüzeyi düzgün olmayan ve karnıbahar görünümünde mukozal nodüller olarak karşımıza çıkarlar[6].

Tedavide antibiyotikler, hormonlar, koterizasyon, sitotoksik ajanlar, interferon, podofilin, kriyoterapi, ultrason, radyoterapi, fotodinamik terapi, lazer ve cerrahi eksizyon gibi bir çok modalite kullanılmasına rağmen hastalığın klinik seyrini değiştirecek anlamlı bir tedavi yöntemi henüz belirlenmemiştir[1, 6, 7].

Radyoterapi tedavide etkili olmasına karşın, malign transformasyon riski nedeniyle kontrendike kabul edilir. Koterizasyon skar ve striktür gelişimine, sklerozan ajanlar larengeal stenoza yol açabilmektedirler. Yeni tedavi modaliteleri olarak retinoik asit derivelere, interferon, lazer ve fotodinamik terapinin etkileri hakkında başarılı sonuçlar bildirilmesine karşın çalışmalar henüz yeterli değildir[12].

JLP'li hastalarda trakeotomi açılması tartışmalıdır. Çoğu otör trakeotomiden sonra hastalığın invazif forma dönüşme riskinin yüksek olduğunu kabul etmektedir. Zorunlu olarak trakeotomi açılması durumunda ise mümkün olan en kısa zamanda dekanülasyon önerilmektedir[5].

Tedavide, konservatif yaklaşım esastır. Mikrocerrahi teknikler kullanılarak normal mukozaya zarar vermeden endoskopik yolla lezyonların cerrahi eksizyonu günümüzde kabul edilen etkili ve doğru tedavi yaklaşımıdır[10]. Hastalığın invazif formunda ise sitolojik yapısında malignite bulunmasa bile, larenjektomi yapılması tavsiye edilmektedir[8]. Hastalığın ve tedavinin komplikasyonu larengeal stenoz, web, rekürrens, skar ve granülasyon dokusu gelişimi, trakea perforasyonu, trakeaözefajial fistül, respiratuar arrest, bronşit, pnömoni, pnömotoraks, hemoraji ve ölüm rapor edilmiştir[5].

Hastalığın mortalite oranı % 12-14 arasında bildirilmiştir[6]. Benign bir süreç için göreceli olarak yüksek sayılabilecek bu oran, primer olarak tedavi komplikasyonlarına bağlanmıştır. Bu sonuç tedavide konservatif kalınması görüşünü desteklemektedir.

Tedaviye ek olarak hasta ve aile hastalığın seyri konusunda bilgilendirilmeli ve periyodik takipler önerilmelidir.

KAYNAKLAR

- 1 Abramson A.L., Shikowitz M.J., Mullooly V.M., et al: Variable light dose effect on photodynamic therapy for laryngeal papillomas. Arch. Otolaryngol. 103: 660-663, 1994.
- 2 Batsakis J.G.: Squamous Cell Papillomas Of Oral Cavity, Sinonasal Tract and Larynx. Tumors of the Head and Neck, Williams Wilkins 1979, pp: 137-139.
- 3 Cohen S.R., Geller K.A., Seltzer S.: Papilloma of the larynx and tracheobronchial tree in children. Annotol Rhinol Laryngol 89: 497-503, 1980.
- 4 Szpunar J.: Laryngeal papillomatosis. Acta Otolaryngol. 63: 74, 1977.
- 5 Doyle D.J., Gianoli G. J., Espinola T.: Recurrent respiratory papillomatosis. Laryngoscope 1040 523-527, 1994.
- 6 Greer R. O., Mierau G.W., Favara B.E.: Papillomas of the Larynx. Tumors of the Head and Neck in Children. Praeger Publishers 1983, pp: 16-20.
- 7 Andrews A.H.: Surgery of beign tumors of the larynx. Otolaryngol. Clin. Nort. Am. 3: 517, 1970.
- 8 Fechner R.E., Goepfert H., Alford B.R.: Invasive laryngeal papillomatosis. Arch. Otolaryngol. 99: 147, 1974.
- 9 Fu Y. S., Hoover L., Cheng L., et al: Human papilloma virüs identified by nucleic acid hybridization in concomitant nasal and genital papillomas. Laryngoscope 102: 1014-1019, 1992.
- 10 Smith E. M., Pignatari S.S., Gray S. D., et al: Human papillomavirus infection in papillomas and nondiseased respiratory sites of patients with recurrent respiratory papillomatosis using the polymerase chain reaction. Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. 119: 554-557, 1993.
- 11 Avidano M.A., Singleton E.T.: Adjuvant drug strategies in the treatment of reccurrent respiratory papillomatosis. Otolaryngol Head Neck Surg 112: 197-202, 1995.
- 12 Abramson A.L., Steinberg B.M., Winkler B: Laryngeal papillomatosis. Laryngoscope 97: 678-85.