

PAPER DETAILS

TITLE: Vallekula Kisti: İki Olgu Sunumu

AUTHORS: Mahmut Sinan Yılmaz,Mehmet Güven

PAGES: 205-208

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/117149>

Vallekula Kisti: İki Olgu Sunumu

Vallecular Cyst: Report of Two Cases

Mahmut Sinan Yılmaz, Mehmet Güven

Sağlık Bakanlığı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, Sakarya

Özet

Vallekula kisti, epiglot mukus retansiyon kisti veya dil kökü kisti olarak bilinmektedir. Erişkin hastalarda kistin büyüklüğüne göre globus, ses değişikliği, yutma güçlüğü veya solunum sıkıntısı gibi şikayetlere yol açabilir. Bu yazıda kliniğimizde endoskopik yöntemle tedavi ettiğimiz iki erişkin vallekula kisti olgusunu sunarak literatürü gözden geçirdik.

Anahtar Kelimeler: Vallekula kisti, Larenks kisti, Tedavi

Başvuru Tarihi: 14.11.2011 **Kabul Tarihi:** 22.12.2011

Abstract

Vallecular cyst is known as mucous retention cyst or tongue base cyst. It can cause globus, voice change, difficulty in swallowing or respiratory distress in adults. Symptoms changes with the cyst's size. In this report, we present two cases with vallecular cyst whom we treated endoscopically and literature is reviewed.

Keywords: Vallecular cyst, Larynx cyst, Treatment

Application: 14.11.2011 **Accepted:** 22.12.2011

GİRİŞ

Epiglot mukus retansiyon kisti veya dil kökü kisti olarak da bilinen vallekula kistleri, infantlarda ve çocuklarda genellikle stridor, beslenme güçlüğü ile kendini gösterir. Fakat bazen hayatı tehdit eden havayolu obstrüksiyonlarına neden olabilir^{1,2}. Yetişkinlerde ise, genellikle asemptomatik olmasına rağmen globus, ses değişikliği, disfaji veya dispne ile de kendini gösterebilir. Asemptomatik bir vallekula kisti, genel anestezi uygulaması sırasında da tesadüfen fark edilebilir ve zor endotrakeal entübasyona neden olabilir³. Bu yazıda kliniğimize, ses kısıklığı, yutma güçlüğü ve solunum sıkıntısı şikayetleriyle başvuran ve vallekula kisti tanısıyla cerrahi olarak tedavi ettiğimiz iki olguyu sunarak vallekula kistini tartışmayı amaçladık.

Olgu 1

48 yaşında erkek hasta, uzun zamandır süren solunum sı-

kıntısı ve yutma güçlüğü şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde, 30 yıl 1 paket/gün sigara içme öyküsü mevcuttu. Genel fizik muayenesi ve vital bulguları normaldi. Laboratuvar incelemesinde patolojik bulguya rastlanmadı. Hastanın indirekt laringoskopisinde, larenks sol taraf ağırlıklı, yaklaşık 3x3 cm boyutlarında vallekulada, epiglot üst yüzüne kadar uzanımı olan kitle görüldü (Resim 1). Kitle düzgün mukoza ile kaplı ve kistik görünümdeydi. Hastaya, genel anestezi altında direkt laringoskopi yapılarak radyofrekans yardımı ile kistik lezyon eksize edildi. Hastanın postoperatif takiplerinde şikayetleri geriledi ve vallekulada herhangi bir kistik rezidü kalmadan normal olarak iyileşti (Resim 2).

Olgu 2

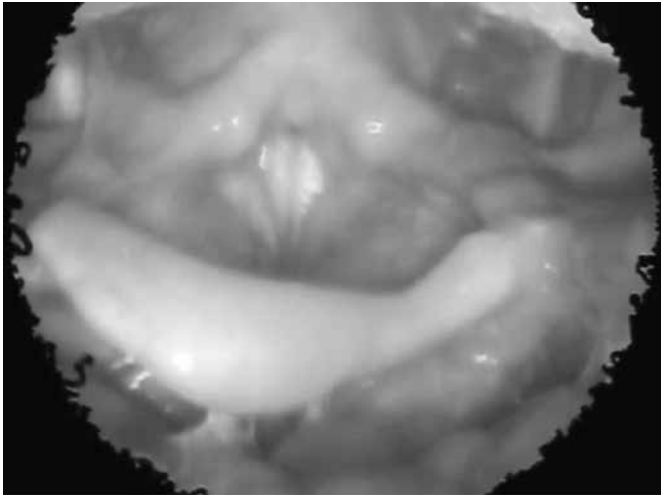
48 yaşında erkek hasta, 6 aydır süren ses kısıklığı ve yutma güçlüğü şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde özellik yoktu. Genel fizik muayenesi normal olan

hastanın laboratuvar değerlendirmesinde patolojik bir bulguya rastlanmadı. Hastanın indirekt laringoskopisinde, vallekulada yaklaşık 1,5x1 cm ve sağ ariepiglottik fold üzerinde yaklaşık 1x1 cm boyutlarında kistik lezyonlar görüldü (Resim 3).

Resim 1: Vallekulada yaklaşık 3x3 cm boyutlarındaki kistik kitle izleniyor.



Resim 2: Ameliyat sonrası vallekula normal görünümde

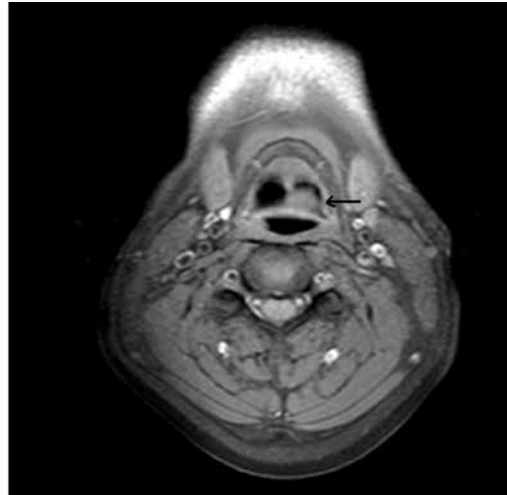


ladaki lezyon mikrocerrahi yöntemlere uygun olarak radyofrekans ile eksize edildi. Daha sonra aynı yöntemle sağ ariepiglottik foldun üzerindeki kistik lezyon eksize edildi. Hastanın postoperatif takiplerinde nüks veya rekürrense rastlanmadı (Resim 5).

Resim 3: Vallekulada ve sağ epiglottik fold üzerinde kistik lezyonlar izleniyor.

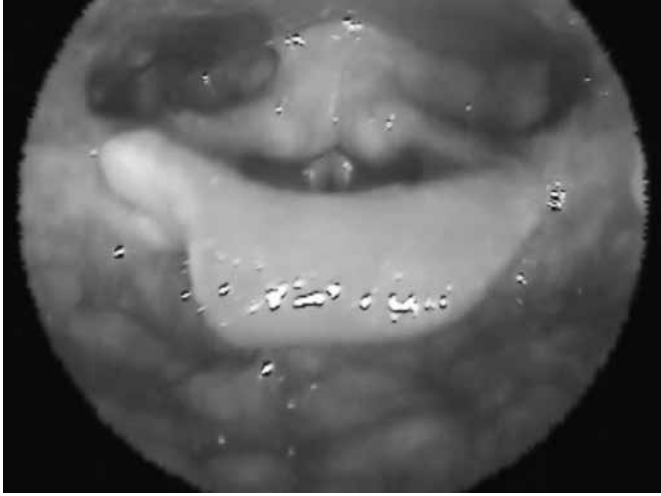


Resim 4: Ariepiglottik fold üzerindeki kistik kitlenin MR görüntüsü



Hastanın çekilen kontrastlı boyun Manyetik Rezonans görüntülemesinde (MRG), solda vallekula lokalizasyonunda epiglot anterior kesiminde yaklaşık 7x11 mm boyutlarında anlamlı kontrast tutulumu göstermeyen düzgün kontürlü lezyon alanı izlendi (Resim 4). Genel anestezi altında direkt laringoskopik baki yapıldı. Valleku-

Resim 5: Postoperatif dönemde valleküla ve ariepigoltik fold üzerindeki kistin tamamı eksize edilmiş.



Tartışma

Vallekula kistleri, pediatrik yaş grubunda, akut havayolu obstrüksiyonuna, yetişkinlerde ise beklenmedik zor entubasyonlara neden olan çoğunlukla olgu sunumlarından bilgi edinilen nadir görülen lezyonlardır¹. Muköz bir bezin duktusunun veya lingual tonsiller kriptlerin obstrüksiyona uğraması ve dilate olması sonucu ortaya çıkarlar^{1,2}. De-Santo ve ark. larenks kistlerini; duktal kistler, sakküler kistler ve troid kartilaj foraminal kistler şeklinde sınıflandırmıştır⁴. Duktal kistler larenks kistlerinin en çok görülen tipidir ve submukozal glandların obstrüksiyona uğraması sonucu ortaya çıktığı düşünülmektedir⁵. Duktal kistler, mukoza ile çevrili herhangi bir yerde meydana gelebilir ve gerçek vokal kordların serbest kenarları dışında larenksin her alanında görülebilir³. Vallekula kistleri, epitel ile çevrili kistik yapılar olup genellikle lenfoid doku ile ilişkilidir. Yine bu bölgede görülebilen ve benzer semptomlara neden olan psödokistler, gerçek kistlerin aksine histolojik olarak epitel ile çevrili değildirler. Fizyopatolojik olarak kistin gelişimi sırasında, kist epitelinin kesintiye uğraması sonucu oluşan psödokistler özellikle infantlarda çok nadir görülürler.

Vallekula kistlerinin infantlardaki en sık klinik belirtisi stridorudur. Dispne, anormal ağlama, öksürük, apne, siyanotik nöbetler de diğer semptomlardır⁶. Vallekula kisti

olan infantların, hava yolu obstrüksiyonu ve ölüm riski taşıdıkları düşünülmektedir. Bu yüzden infantlardaki bu gibi kistlerin cerrahi olarak çıkarılması gerekmektedir. Yetişkinlerde ise vallekula kistleri, daha sık görülmelerine rağmen daha az tehlikelidirler. Sıklıkla beşinci dekatta görülürler ve vakaların çoğunluğu erkektir^{1,2,3}. Vallekula kistlerinin yaklaşık üçte ikisi asemptomatiktir ve tesadüfen rutin laringoskopi muayenesinde veya genel anestezi uygulaması sırasında tanı konulur^{3,7}. Ayırıcı tanıda, tiroglossal duktus kisti, dermoid kist, lingual troid, lenfanjioma gibi bu bölgedeki diğer kistik kitleler düşünülmelidir. Bunlara ek olarak, vallekula kistlerinin enfeksiyonu ve komşu dokulara yayılımı, akut epiglotit, abse formasyonu ve akut havayolu obstrüksiyonuna neden olabilir. Hastaların klinik şekilleri kistin boyutuna ve enfeksiyon varlığına bağlı olarak değişmektedir¹.

Sunduğumuz birinci olguda, yutma güçlüğü, ses kısıklığı ve solunum sıkıntısına neden olan büyük bir vallekula kistini tanımladık. Her ne kadar yutma güçlüğüne çok nadir sebep olsa da vallekula kistleri disfaji etyolojisi araştırılırken düşünülmesi gerekmektedir. İkinci olguda ise globus ve yutma güçlüğüne neden olan bilateral vallekula kistini tanımladık. Bu yüzden ses kısıklığı, solunum sıkıntısı, yutma güçlüğü ayırıcı tanısında da vallekula kistleri göz önünde bulundurulmalıdır.

Vallekula kistleri nadir görülen lezyonlar olduğu için, literatürde tanı ve tedavisinde kullanılan yöntemler de değişkenlik göstermektedir. Bir çok yazar, tanıda fleksibl nazofaringolaringoskopi kullanmayı önerirken^{2,8}, direkt grafi⁹ veya baryumlu özefagus grafisini öneren yazarlar da vardır¹⁰. Vallekula kistinin tedavisi cerrahi olup değişik yöntemler kullanılır. Kistin basit aspirasyonu yüksek rekürrens oranı nedeniyle sadece acil durumlarda kisti dekomprese etmek için kullanılır¹¹. Bir çok yazar ise elektrokoter veya karbon dioksit lazer ile kistin marsupiyelizasyonunu önermektedir^{2,8}. Aspirasyon gibi kistin marsupiyelizasyonu da yüksek rekürrens riski taşır. Kistin total eksizyonu tedavide sık olarak kullanılan başka bir yöntemdir. Özellikle transoral yaklaşım ile total eksizyon eksternal yaklaşıma göre daha az komplikasyon riski nedeniyle tercih edilmektedir¹². Bunun yanında, kistin karbon dioksit lazer ile eksizyonu, kisti çevreleyen epi-

telin vaporizasyonu sayesinde rekürrens riskini azaltır¹³. Ancak özellikle çok büyük boyutlara ulaşan kistlerin tedavisinde transoral yaklaşım yeterli olmayabilir. Bu gibi durumlarda, geniş görüş sağlamaları nedeniyle mandibulotomi, lateral faringotomi ve transhyoid gibi ile eksternal yaklaşımlar tercih edilir. Psödokistlerin tedavisinde ise epitel ile çevrili olmamaları nedeniyle marsupiyelizasyon yeterli olmaktadır.

Kaynaklar

1. Berger G, Averbuch E, Zilka K, Berger R, Ophir D. Adult vallecular cyst: thirteen-year experience. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2008;138:321-7.
2. Gutiérrez JP, Berkowitz RG, Robertson CF. Vallecular cysts in newborns and young infants. *Pediatr Pulmonol* 1999;27:282-5.
3. Arens C, Glanz H, Kleinsasser O. Clinical and morphological aspects of laryngeal cysts. *Eur Arch of Otorhinolaryngol* 1997;254:430-6.
4. DeSanto LW, Devine KD, Weiland LH. Cysts of the larynx-classification. *Laryngoscope* 1970;80: 145-76.
5. Mahajan V, Mathew JL, Singh M, Gupta R, Das A. Vallecular cyst-revisited. *Indian J Pediatr* 2008;75:1081-2.
6. Lewison MM, Lim DT. Apnea in the supine position as an alerting symptom of a tumor at the base of the tongue in small infants. *J Pediatr* 1965;66:1092-3.
7. Rivo J, Matot I. Asymptomatic vallecular cyst: airway management considerations. *J Clin Anesth* 2001;13:383-6.
8. Hsieh WS, Yang PH, Wong KS, Li HY, Wang EC, Yeh TF. Vallecular cyst: an uncommon cause of stridor in newborn infants. *Eur J Pediatr* 2000;159:79-81.
9. Ku AS. Vallecular cyst: report of four cases – one with co-existing laryngomalacia. *J Laryngol Otol* 2000;114:224-6.
10. 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.
11. Mitchell DB, Irwin BC, Bailey CM, Evans JN. Cysts of the infant larynx. *J Laryngol Otol* 1987;101:833-7.
12. Chen EY, Lim J, Boss EF, Inglis AF Jr, Ou H, Sie KC, Manning SC, Perkins JA. Transoral approach for direct and complete excision of vallecular cysts in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2011;75:1147-51.
13. Wong KS, Li HY, Huang TS. Vallecular cyst synchronous with laryngomalacia: presentation of two cases. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995;113:621-624.

Sonuç

Yetişkinlerde vallekula kistleri çoğunlukla asemptomatiktir. Bu yüzden rutin laringoskopi veya genel anestezi uygulaması sırasında insidental olarak tanı konulur. Bununla birlikte ses kısıklığı, yutma güçlüğü, solunum sıkıntısı veya globusa neden olabilmektedir. Vallekula kistlerinin radyofrekans ile total olarak eksize edilmesi kistin kaybolmasını ve semptomların gerilemesini sağlamaktadır.