



Stridorun ender bir nedeni: doğumsal laringeal perde

An unusual cause of stridor: congenital laryngeal web

Okşan Derinöz¹, Tuğba Şişmanlar²

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Acil Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

Cite this article as: Derinöz O, Şişmanlar T. An unusual cause of stridor: congenital laryngeal web. Turk Pediatri Ars 2018; 53(3): 185-8.

Öz

Solum sıkıntısı ve stridor, çocuk acil servise en sık başvuru yakınmalarından biridir ve bu yakınmayla başvuran çocukların çoğu larenjit, krup ya da laringomalazi olarak değerlendirilmektedir. Ancak, çocuk acil serviste çalışan hekimlerin bu hastalıklar dışındaki daha ender birçok hastalığın da solum sıkıntısı ya da stridora neden olabileceğini akılda tutmaları gerekir. Stridor, doğumsal ya da kazanılmış birçok hastalık nedeniyle ortaya çıkabilir. Stridorun ender doğumsal nedenlerinden biri olan laringeal perdeler (webler), sıklıkla doğumdan sonraki ilk aylarda tanı alırlar. Ender olarak geç dönemde de tanı alabilirler. Bu yazı ile stridor nedeniyle acil servise başvuran, önce krup olarak değerlendirilen, ardından laringeal perde tanısı alan bir yaşında erkek hasta sunulmaktadır.

Anahtar sözcükler: Çocuk, krup, laringeal perde, laringotrakeobronşit, stridor

Abstract

Respiratory distress and stridor are some of the common presenting symptoms for children in Pediatric Emergency Department. Most of these children are diagnosed as having common illnesses such as laryngitis, croup or laryngomalacia. However, Pediatric Emergency physicians must keep in mind other rare respiratory diseases other than laryngitis or croup in the differential diagnosis of stridor. Stridor may occur due to congenital and acquired diseases. Laryngeal web is one of the rare congenital causes of stridor, which usually presents in the first weeks of life; however, it is very rarely diagnosed in the later period. Herein, we report a one-year-old boy who was evaluated for croup and was diagnosed as having laryngeal web.

Keywords: Child, croup, laryngeal web, laryngotracheobronchitis, stridor

Giriş

Stridor, üst hava yolu tıkanıklığı nedeniyle ortaya çıkan, genellikle inspiratuvar, kaba, yüksek frekanslı bir sestir. Doğumsal ya da kazanılmış birçok hastalık nedeniyle ortaya çıkabilir. Doğumsal nedenli stridor genellikle doğumda vardır, ancak doğumdan sonraki günler, haftalar ya da aylar içinde de ortaya çıkabilir. Tanı için, öykü esastır. Hastanın yaşına uygun bir şekilde alınan öykü, stridora neden olan durumların ayırıcı tanısında hekime yardımcı olabilir. Laringeal perdeler (webler), sıklıkla yaşamın ilk aylarında stridora neden olur (1). Ancak ender olarak geç dönemde de tanı alan olgular bildirilmiştir (2-4).

Bu yazıda, stridor nedeniyle acil servise başvuran, önce laringotrakeobronşit (krup) olarak değerlendirilen, ardından laringeal perde tanısı alan bir yaşında erkek hasta sunulmuştur.

Olgu

Daha önce sağlıklı, bir yaşında erkek hasta, öksürük ve ses kısıklığı nedeniyle acil servise getirildi. Öyküsünden benzer yakınmalar nedeniyle iki gün önce yine hastanemize başvurduğu, yapılan değerlendirilmesinin ardından krup tanısı aldığı; inhale epinefrin, salbutamol ve oral deksametazon tedavisi verildiği, yakınmalarının gerilemesi nedeniyle taburcu edildiği

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Okşan Derinöz E-posta / E-mail: oksan197@yahoo.com

Geliş Tarihi / Received: 31.01.2016 **Kabul Tarihi / Accepted:** 12.06.2016

©Telif Hakkı 2018 Türk Pediatri Kurumu Derneği - Makale metnine www.turkpediatriarsivi.com web adresinden ulaşılabilir.

©Copyright 2018 by Turkish Pediatric Association - Available online at www.turkpediatriarsivi.com

DOI: 10.5152/TurkPediatriArs.2017.3922



Resim 1. Hastaya ait ön-arka akciğer grafisi

öğrenildi. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik olmayan hasta, vajinal yolla, 3 050 g ağırlığında doğmuş, doğum sonrası herhangi bir istenmeyen durum gelişmeden hastaneden taburcu edilmişti. Entübasyon ve ventilatör tedavisi öyküsü yoktu. Nörogelişimsel basamakları yaşı ile uyumlu idi. Fizik bakışında genel durumu orta, bilinci açık, kooperasyonu tamdı. Oksijen saturasyonu oda havasında: %97, beden ısısı: 36,5°C, solunum sayısı: 30/dak, kan basıncı: 100/60 mmHg idi. İnspiratuvar stidoru, subkostal, interkostal ve suprasternal çekilmeleri vardı. Siyanozu yoktu. Kalp bakışı normaldi. Hastaya inhale 1/1 000'lik L-epinefrin (0,5 cc/kg, en fazla 5 mg), oral deksametazon (0,6 mg/kg) tedavisi verildi. Ancak, aynı yakınma ile tekrar acil servise başvurması nedeniyle stridor ayırıcı tanısına yönelik tetkikleri de başlatıldı. Ateş öyküsünün olmaması, ikinci başvurusunda yakınmalarının ani başlaması ve verilen tedaviden yarar görmemesi nedeniyle yabancı cisim aspirasyonunu dışlamak için akciğer radyografisi çekildi. Radyografide havalanma artışı, infiltrasyon, atelettazi, kalem ucu görüntüsü saptanmadı (Resim 1). Verilen inhaler ve antienflamatuvar tedaviye yanıtının olmaması nedeniyle üst hava yolunun fiberoptik laringoskop ile değerlendirilmesi için Kulak Burun Boğaz bölümüne danışıldı. Bu işlem ile hastadaki supraglottik bölgeyi tutan enfeksiyöz ve doğumsal hastalıkların dışlanması planlandı. Genel anestezi ile değerlendirme sonrası laringeal perde tanısı alan hasta çocuk servisine yatırıldı. Ameliyat öncesi çekilen boyun tomografisinde laringeal perde ve ek hava yolu anomalisi saptanmadı. Yatışından bir gün sonra ameliyat edildi. Ameliyat sırasında direkt laringoskop ile değerlendirilen hastada ses tellerinin hemen altında subglottik bölgede darlığa neden olan perde saptandı,

forseps ve makas yardımı ile açıldı ve kanama kontrolü sağlandı. İşlem sonrası herhangi bir sorunu olmayan hasta hastaneye yatışının ikinci gününde taburcu edildi Hastanın olgu sunumu olarak yazılacağı ailesine bildirildi ve yazılı olarak onamları alındı.

Tartışma

Stridor ya da gürültülü solunum, üst hava yolu tıkanıklığını gösteren en önemli yakınmalardan biridir. Altta yatan neden ne olursa olsun, stridora neden olan hava yolu tıkanıklığının yerine ve şiddetine göre hastanın klinik durumu değişiklik gösterebilir. Bu nedenle acil serviste bu hastalar çok hızlı bir şekilde değerlendirilmelidir. Stridor, doğumsal ya da kazanılmış birçok hastalığa bağlı gelişebilir. Acil serviste, stridorun en sık nedeni, krup ve yabancı cisim aspirasyonudur. Bakteriyel trakeit, epiglottit, peritonsiller apse ve retrofarinjeal apse, travma, subglottik hemanjiomlar da stridora neden olabilecek diğer durumlardır. Küçük çocuklarda; büyük dil, laringomalazi, trakeomalazi ve doğumsal guatr stidorun diğer nedenleridir (5).

Stridoru olan olgularda tanı, öykü ve fizik bakı ile konulur. Laboratuvar tetkikleri tanı için ender olarak kullanılır. Krup, üst hava yolu tıkanıklığına en sık neden olan enfeksiyöz hava yolu acillerinden biridir. Sıklıkla parainfluenza virüs enfeksiyonuna bağlı olarak gelişir ve 6 ay-3 yaş arasındaki çocuklarda ortaya çıkar (5). Stridorla başvuran hastaların yaşının sorgulanması ve stridor ayırıcı tanısının yaşa göre yapılması önemlidir. Altı ayın altında stridor ya da gürültülü solunum ile gelen bir olguda ayrıntılı öykü ve fizik bakı yapılmadan krup tanısı koymak, neden olabilecek diğer hastalıkların atlanmasına neden olacaktır. Tedavide solunum sıkıntısı olan olgularda hava yolunu rahatlatmak önceliklidir. Ancak iyi bir öykü almadan ve fizik bakı yapmadan hava yolu tıkanıklığı antienflamatuvar ilaçlar ile tedavi edilirse, hasta geçici bir klinik düzelmenin ardından acil servisten taburcu edilecek ve benzer yakınmalar ile acil servise yeniden başvuracaktır. Stridora neden olan klinik durumların hangi yaş grubunda ortaya çıkacağını bilmek ayırıcı tanı yapmak, tanıya uygun laboratuvar tetkiklerini seçmek ve tedavi seçeneklerini belirlemek için kolaylık sağlayacaktır.

Öyküde başvurudan önce ciddi hava yolu tıkanıklığı, daha önce ağır krup atağı ya da bilinen hava yolu hastalığı (subglottik darlık gibi), ilk tedaviden sonra 24 saat içinde acil servise yeniden başvuru öyküsü, hastanın altı aydan küçük olması, dinlenme anında stridor varlığı, yetersiz sıvı alımı, başlangıç tedavisine yeterince yanıt

alınamaması, anne-baba anksiyetesinin yüksek olması, evin hastaneye uzak olması ve tanıdan emin olunamaması gibi durumlarda hasta krup için ilk tedavinin ardından kesinlikle hastaneye yatırılarak izlenmelidir (6). Verilen tedavi ile olgumuzun klinik durumunun düzelmemesi nedeniyle stridora yol açan doğumsal nedenlerin dışlanması planlandı.

Tüm laringeal doğumsal lezyonların %5'ini oluşturan doğumsal laringeal perdeler, ender görülen hava yolu anomalilerinden biridir. Embriyogenez sırasında primitif larinksin tam olmayan rekanalizasyonu ile ortaya çıkarlar. Sıklığı aşağı yukarı her 10 000 doğumda birdir. Doğumsal perdelerin çoğu doğumda ya da yaşamın ilk birkaç ayında tanı alır. Yaklaşık olarak %75'i glottik düzeyde görülürken; geri kalanları supraglottik ya da subglottik bölgededir. Olguların %10'unda, özellikle hava yolunun üst kısmında görülen, eşlik eden doğumsal anomaliler (özellikle subglottik darlık) vardır. Perdeler sıklıkla glottisin ön kısmını etkiler. Bu bölgedeki dokunun kalınlığı farklılık gösterebilir (1). Subglottik bölgeye doğru uzanabilir. Kalın perdeler yan hava yolu grafisinde görülebilir. Tedavi öncesinde, hem perdenin şiddetini ve subglottik bölgeye uzanıp uzanmadığını saptamak, hem de tanı ve tedavinin planlanması için hava yolu endoskopik olarak görüntülenmelidir (1).

Tedavi, glottik düzeydeki hava yolu tıkanıklığının derecesine bağlıdır. Eğer perde glottik açıklığın %50'sinden fazlasını kapatıyorsa tedavi gerekliliği vardır (1). Perdeler farklı yollar ile tedavi edilebilir. Dilatasyon, lazer ile lizis ve stent gibi endolaringeal teknikler subglottik darlığın olmadığı, glottik ve subglottik perdelerin tedavisi için kullanılır (7). Olgumuzda var olan laringeal perde direkt laringoskopi ile görüntüledikten sonra forseps ve makas yardımı ile açıldı ve hastamız işlem-den iki gün sonra hastahanedен taburcu edildi.

Dizinde, geç dönemde laringeal perde tanısı alan az sayıda olgu bildirilmiştir. Bu olguların bir kısmı doğumdan başlayarak ses kısıklığı ya da konuşma sorunu ile, bir kısmı ise belirtisiz olup, ani solunum sıkıntısı ile tanı almıştır (2, 4). Ayrıca, başka bir nedenle ameliyat edilirken anestezi esnasında sorun yaşanması nedeniyle tanı almış olgular da bildirilmiştir (3, 8, 9). Özellikle ileri yaşlarda laringeal perdelerin kazanılmış nedenleri arasında gastroözofageal reflü, sigara kullanımı, geçirilmiş ameliyat, entübasyon ya da enfeksiyon öyküsü yer almaktadır (10). Ancak olgumuzun öyküsünde bu durumlar saptanmamıştır.

Sonuç olarak; bu olgu stridorun üst hava yolunu etkileyen birçok hastalığın bulgusu olabileceğini vurgulamak için sunulmuştur. Stridoru olan her hasta krup değildir. Hastanın yaşı, eşlik eden yakınmalarının varlığı, verilen tedaviden yararlanıp yararlanmadığı ayırıcı tanı için en temel belirteçler olmalıdır. Laringeal perdeler genellikle yaşamın ilk aylarında tanı alsa da, daha büyük çocuklarda da ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Hasta onamı: Yazılı hasta onamı hastanın ebeveynlerinden alınmıştır.

Hakem Değerlendirilmesi: Dış bağımsız.

Yazar katkıları: Fikir - O.D., T.Ş.; Tasarım - O.D., T.Ş.; Denetleme - O.D.; Kaynaklar - O.D., T.Ş.; Malzemeler - O.D.; Veri toplanması ya/ya da işlenmesi - O.D., T.Ş.; Analiz ya/ya da yorum - O.D., T.Ş.; Dizin taraması - O.D., T.Ş.; Yazıyı yazan - O.D., T.Ş.; Eleştirel İnceleme - O.D.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Mali Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Informed Consent: Written informed consent was obtained from patients' parents.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - O.D., T.Ş.; Design - O.D., T.Ş.; Supervision - O.D.; Funding - O.D., T.Ş.; Materials - O.D.; Data Collection and/ or Processing - O.D., T.Ş.; Analysis and/ or Interpretation - O.D., T.Ş.; Literature Review-O.D., T.Ş.; Writer Manuscript - O.D., T.Ş.; Critical Review - O.D.

Conflict of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

Kaynaklar

1. Pflieger A, Eber E. Assessment and cause of stridor. Paediatr Respir Rev 2016; 18: 64-72. [CrossRef]
2. Milczuk HA, Smith JD, Everts EC. Congenital laryngeal webs: surgical management and clinical embryology. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2000; 52: 1-9. [CrossRef]
3. Singh PM, Khanna P. Incidental laryngeal web simulating intra-operative refractory bronchospasm. Indian J Anaesth 2013; 57: 82-3. [CrossRef]

4. Siggers BR, Ross O, Randall C, Connett G. A rare cause of upper airway obstruction in a 5-year-oldgirl: a laryngeal web. *Paediatr Anaesth* 2003; 13: 722-4. [\[CrossRef\]](#)
5. Cantor R, Roy LW. Upper airway emergencies. In: Schafermeyer RW, Tenenbein M, (eds). *Strange and Schefermeyer's Pediatric Emergency Medicine*. 4th edition. Mc-Graw Hill Education; 2015. p.209-14.
6. Petrocheilou A, Tanou K, Kalampouka E, Malakasioti G, Giannios C, Kaditis AG. Viral croup: diagnosis and a treatment algorithm. *Pediatr Pulmonol* 2014; 49: 421-9. [\[CrossRef\]](#)
7. Wyatt ME, Hartley BE. Laryngotracheal reconstruction in congenital laryngeal webs and atresias. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2005; 132: 232-8. [\[CrossRef\]](#)
8. Chong ZK, Jawan B, Poon YY, Lee JH. Unsuspected difficult intubation caused by a laryngeal web. *Br J Anaesth* 1997; 79: 396-7. [\[CrossRef\]](#)
9. Capistrano-Baruh E, Wenig B, Steinberg L, Stegnjajic A, Baruh S. Laryngeal web: a cause of difficult endotracheal intubation. *Anesthesiology* 1982; 57: 123-5. [\[CrossRef\]](#)
10. Nicollas R, Triglia JM. The anterior laryngeal webs. *Otolaryngol Clin North Am* 2008; 4: 877-88. [\[CrossRef\]](#)