

Globus faringeus etyolojisinde epiglot anteversiyonu ve cerrahi tedavisi

Epiglottic anteversion' in the etiology of globus pharyngeus and surgical management

Dr. Ahmet URAL,¹ Dr. Ahmet KÖYBAŞIOĞLU,¹ Dr. Sabri USLU,¹ Dr. Alper CEYLAN,¹
Dr. Korhan ASAL,² Dr. Fikret İLERİ¹

Amaç: Globus faringeus (GF), etyolojisinde "epiglot anteversiyonu" tanımlanarak bu durumun tedavisi için lazerle parsiyel epiglottektomi değeri araştırıldı.

Hastalar ve Yöntemler: 2001-2003 tarihleri arasında kliniğimize GF yakınması ile başvuran hastaların dördünde (dört kadın ort. yaş 52.5; dağılım 48-58) epiglotun yapısal olarak "anteverte" olduğu ve dil kökü ile vallekülaya temas ettiği görüldü. Globus faringeusa yol açabilecek diğer etmenler ekarte edildikten sonra, bu dört hastaya genel anestezi altında lazer ile parsiyel epiglottektomi yapıldı. Valleküla ve dil köküyle temas eden epiglot kısmı, transvers olarak serbest kenardan itibaren 1 cm'lik kısmı kapsayacak şekilde eksize edildi.

Bulgular: Hastaların üçünde tam, birinde kısmi semptomatik düzelme sağlandı.

Sonuç: "Epiglot anteversiyonu", GF etyolojisinde akılda tutulmalıdır. Uygun olgularda lazerle parsiyel epiglottektomi umut vaat etmektedir.

Anahtar Sözcükler: Epiglot anteversiyonu, globus faringeus, cerrahi tedavi, lazer parsiyel epiglottektomi.

Objectives: To define the role of epiglottic "anteversion" in the etiology of globus pharyngeus, and to search the effectiveness of laser partial epiglottectomy in its treatment.

Patients and Methods: Four patients, who had admitted to our clinic between 2001 and 2003 with the complaint of GP, had undergone laryngoscopic examination. They revealed a structurally "anteverted" epiglottis which was in contact with tongue base and vallecula. After ruling out the etiologic factors of GP, these patients were operated under general anesthesia and laser partial epiglottectomy was carried out. In this procedure, the part of epiglottis 1 cm from the free margin which forms the contact points with tongue base and vallecula, was excised with laser.

Results: Three patients were symptom-free totally, while one patient reported a partial cure.

Conclusion: "Epiglottic anteversion" should be kept in mind in the etiology of GP. Laser partial epiglottectomy may be helpful in the treatment of selected cases.

Key Words: Epiglottic anteversion, globus pharyngeus, surgical management, laser partial epiglottectomy.

* ¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı (Department of Otolaryngology, Medicine Faculty of Gazi University); ²Özel Hasvak Tıp Merkezi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı (Department of Otolaryngology, Özel Hasvak Medical Center), both in Ankara, Turkey.

* Dergiye geliş tarihi - 18 Kasım 2003 (Received - November 18, 2003). Düzeltme isteği - 28 Mayıs 2004 (Request for revision - May 28, 2004). Yayın için kabul tarihi - 25 Haziran 2004 (Accepted for publication - June 25, 2004).

* İletişim adresi (Correspondence): Dr. Ahmet Ural. Mamak Cad., No: 43/1, 06340 Demirlibağçe, Ankara, Turkey. Tel: +90 312 - 214 10 00 / 6473 Faks (Fax): +90 312 - 284 78 07 e-posta (e-mail): ahmetural2001@yahoo.com

* 27. Türk Ulusal Otorinolaringoloji ve Baş-Boyun Cerrahisi Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur (4-9 Ekim 2003, Antalya) (Presented at the 27th National Congress of Turkish Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery (October 4-9, 2003, Antalya, Turkey)).

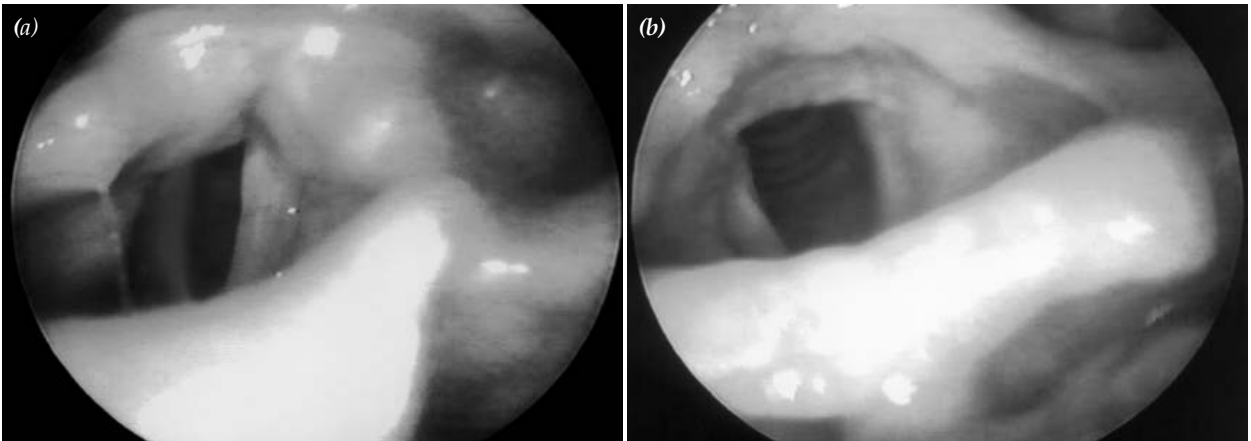
Globus faringeus (GF), sıkça karşılaşılmamasına karşın etyopatogenezi çok iyi aydınlatılmamış bir konudur. Malcolmson^[1] globus hastalarının daha önceleri sanıldığı gibi histerik kişilik yapısında olmadıklarını, klinik ve radyolojik inceleme yapılırsa yaklaşık %79 oranında organik bir nedenin bulunabileceğini savunmuştur. Güncel yayınlarda psödo-disfaji olarak da adlandırılan GF, boğazda kitle ve takılma hissi olarak tanımlanabilir.

Kulak burun boğaz poliklinik başvurularının yaklaşık %4'ünü oluşturmaktadır.^[2,3] Genellikle bildirilen şikayet median veya paramedian planda boğazda bir kitle varlığı hissidir. Kilo kaybı ya da gerçek anlamda bir disfaji yoktur. Tipik olarak semptomlar katı gıda alımıyla azalır, yemek aralarında ve kuru yutkunmalarda daha da belirginleşir ki, bu nokta malignansilerle ayırmda önemlidir. Baş-boyun malignansisi olan olguların %5'inde GF ana şikayeti oluşturur.^[4] Genç ve orta yaşlı yetişkinlerin yaklaşık %45'inin, duygusal durumla da ilişkili olarak globus semptomundan etkilendiği bildirilmiştir.^[5] En çok gastroözefageal reflü olmak üzere pek çok etyolojik faktör suçlanmasına karşın farklı çalışmalar sonucunda hastaların %38-%60'ında reflü tespit edilebilmiştir.^[6] Öze-fageal hareket bozuklukları tiroid bezi nodülleri, daha önce sanılanın aksine histeri değil depresyon ve obsesif-kompulsif bozukluk farklı yayınlarda değişik oranlarda ortaya konan etmenler arasındadır.^[7-10] Globus faringeus hastalarının %40-%70'inin tedavi almalarına karşın şikayetlerinde herhangi bir düzelme olmadığı görülmüştür.^[11] Bu yüksek oran, GF hastalarının tanı ve tedavisi için yeni arayışları beraberinde getirmiştir. Quesada ve ark.^[12] GF etyolojisinde epig-

lotun dil kökü-valleküla ile temas halinde oluşunun boğazdaki takılma ve rahatsızlık hissinin temelinde yatan bir neden olabileceğinden hareketle uygun olgularda mikrolaringoskobik olarak soğuk bıçak ile parsiyel epiglottektomi yapmış ve 13 hastanın 12'sinde (%92.31) semptomların tamamen düzeldiğini öne sürmüştür. Bu verilerin ışığında basamaklı tanusal yaklaşımla diğer etmenlerin hiçbirinin saptanamadığı GF olgularının bazılarında yapılan indirekt laringoskobik muayene sonucunda epiglot serbest kenarının dil kökü ve vallekülayla temas halinde olduğu görüldü. Bu durum "Epiglot Anteversiyonu" olarak adlandırıldı (Şekil 1a). Lazerle parsiyel epiglottektomi yapılarak temas noktalarının ortadan kaldırılması planlandı. Dört hastadan oluşan grupta cerrahi işlem ameliyat öncesi ve sonrası dönemde herhangi bir komplikasyonla karşılaşmaksızın gerçekleştirildi (Şekil 1b).

HASTALAR VE YÖNTEMLER

Globus faringeus semptomu olan ve epiglot anteversiyonu dışında nedeni açıklayacak herhangi bir patoloji saptanmayan dört kadın olgu (ort. yaş 52.5; dağılım 48-58) lazer ile parsiyel epiglottektomi yapılarak tedavi edildi. Hastalara ilişkin karakteristik özellikler Tablo I'de özetlenmiştir. Hastalar Nisan 2001-Ağustos 2003 tarihleri arasında kliniğimizde görülmüştü. Hastalardan ayrıntılı öykü alınarak tam kulak burun boğaz muayenesi yapıldı. Stiloid çıkıntıya yönelik 3-boyutlu bilgisayarlı tomografiler, farengoözefageal patolojiler yönünden baryumlu özefagogram, servikal osteofit oluşumu açısından servikal grafiler çekildi, oklüzyon sorunlarını sapta-



Şekil 1 - (a) Epiglot anteversiyonununun fiberoptik görünümü. (b) Lazerle parsiyel epiglottektomi sonrası epiglotun geç dönem durumu.

TABLO I

HASTALARIN DEMOGRAFİK VE SEMPTOMATOLOJİK VERİLERİNİN DÖKÜMÜ

No	Yaş	Cinsiyet	Alkol	Sigara	Boğazda takılma	Boğaz temizleme gereksinimi	Boğazda kuruma	Öksürük
1	58	Kadın	-	-	+	+	-	-
2	53	Kadın	-	-	+	-	+	-
3	51	Kadın	-	-	+	+	-	+
4	48	Kadın	-	-	+	+	+	+

mak için diş hekimliği ve psikojenik etmenler açısından psikiyatri konsültasyonu yapıldı. Herhangi bir patoloji saptanamasa da hastaların hepsine, ampirik olarak üç ay süresince proton-pompa inhibitörü ve gastrointesinal motilite düzenleyiciden oluşan anti-reflü tedaviyu uygulandı.

Gerek indirekt larengoskopi, gerekse fiberoptik larengoskopiyle hastaların tümünde epiglotun dil kökü ve vallekülayla temas halinde olduğu, "epiglot anteversiyonu" saptandı ve hastalar bilgilendirildi.

Bilgilendirilmiş onay formu alındıktan sonra hastalara genel anestezi altında, lazerle parsiyel epiglottektomi (LPE) yapıldı. Süspansuvar mikrolarengoskopide olduğu gibi endotrakeal tüp konulan hastalara direkt larengoskopi yapılarak epiglot ekspoziyonu sağlandı. Epiglot mikroforseps yardımıyla tutularak 400 mm objektif lens takılmış olan Zeiss ameliyathane mikroskobu bağlantılı Laserscope KTP-532 lazer (Laserscope Inc., San Jose, USA) ile 10 Watt'lık enerji uygulanarak serbest kenardan itibaren 1.5 cm derinliğindeki kısım eksize edildi. Ameliyat sırasında hemostaza gerek kalmadı.

BULGULAR

Ameliyat sonrası dönemde hastalarda herhangi bir komplikasyonla karşılaşılma. Hastaların tümü ameliyat sonrası ikinci günde taburcu edildi. Hastalar 1, 3, 6 ve 12. ayda tekrar değerlendirildi. Bu değerlendirmede semptomlar yeniden sorgulandı ve indirekt larengoskopi yapıldı. Ameliyat sonrası birinci yılını dolduran üç hastanın üçü de artık GF semptomundan yakınmamaktadır. Hastalarda semptomatik düzelme ameliyat sonrası 10. günde tam olarak izlendi. Bir olgu ise ameliyat sonrası 12. ayda semptomlarında göreceli azalma olduğunu bildirdi. Hastanın daha önce tek taraflı uzamış stiloid çıkıntı nedeniyle geçirdiği bir ameliyat öyküsü mevcuttu, son durumunda tama yakın düzelme sağlandı.

TARTIŞMA

Bu çalışmayla nedeni çok iyi bilinmeyen bir durum olan GF'ye yeni, etkin, tanısal ve terapötik bakış açısı getirilmesi hedeflendi. Histerik kişilik yapısı, gastroözefageal reflü, krikofarengus kas spazmi ve klinik olarak saptanamayan tiroid lezyonları sorumlu olduğu düşünülen faktörler arasındadır.^[6,8,13]

Bradley ve Narula'nın^[4] yapmış oldukları çalışmada GF'nin 6 ve 7. dekadlar dışında her iki cinsiyette de eşit sıklıkta görüldüğü, bu dönemlerde kadınlarda erkeklere göre iki kat daha sık ortaya çıktığı bildirilmiştir. Bu çalışmada 145 GF hastası incelenmiş, bunların %51'inde semptomu açıklayabilecek patoloji bulunamamış, %13'ünde reflü, %7'inde farenjit, %6'sında psikiyatrik sorunlar belirlenmiştir.^[4] Daha seyrek olarak ise mukozal web, sinüzit, oral-dental enfeksiyon, valleküler kist, guatr, motor nöron bozukluğu ile karşılaşmıştır. Çalışmamızda semptomlarda kısmi düzelme bildiren hastada hyoid kemiğin küçük boynuzu hizasında elle muayeneyle artan ağrı yakınması mevcuttu. Hastanın artmış eritrosit sedimentasyon hızı ve kemik sintigrafisinde stilohyoid kasın hyoid kemiğe bağlandığı bölgede aktivite artışı vardı. Tüm bu bulgular "stilohyoid kas insersiyon tendinozu"nun (stilohyoid kasın hyoid kemiğin küçük boynuzuna insersiyon yaptığı kısımdaki non-enfeksiyöz enflamasyon) lehine olarak düşünüldü ve hastaya parsiyel hyoidektomi yapıldı. Hastanın yakınmaları parsiyel hyoidektomi sonrası üçüncü ayda tama yakın düzeldi. Literatürde "stilohyoid kas insersiyon tendinozu" ile ilgili veri bulunamadı, ancak bu klinik tablonun tedaviye yanıtız GF olgularında akılda tutulması gerektiğini düşünüyoruz. Bizim çalışmamızda tüm hastaların kadın oluşu olasılıkla hasta sayısının azlığından kaynaklanmaktadır. Bu konuda daha kapsamlı çalışmalar yapılması daha değerli bilgiler sağlayabilir. Reflü, suçlanan faktörler içerisinde en öne

çıkanı olmasına karşın hastaların ancak %35-70'inde görülür.^[14]

Marshall ve ark.^[8] GF hastalarının %72'sinde tiroid bezine ait sorunlar olduğunu ortaya koymuştur. Ancak post-mortem çalışmalarda tiroid bezi anormalliklerinin genel nüfusta %50 sıklıkla ortaya çıktığı bildirilmiştir.^[15] Ezzat ve ark.^[16] ultrasonografiyi kullanarak yaptıkları incelemede asemptomatik deneklerin %67'sinde tiroid sorunlarıyla karşılaştıklarını bildirmişlerdir. Moloy ve Charter^[2] çalışmalarında hastaların %53'ünün sorunun ne olduğu hakkında açıklama yapılması durumunda düzeldiklerini öne sürmüşlerdir. Reflü veya psikiyatrik nedenlerin varlığında etkin bir sağaltım olası olmamaktadır.^[2] Bu gibi olgular için krikofarengal miyotomi terapötik bir seçenek olarak düşünülmüşse de yeterli literatür desteğinden yoksun olduğu için uygulanabilir olmaktan uzaktır.^[12] Krikofarengal myotomi ile tedavi edilmek istenen bir hastada, semptomda azalma olmasına karşın girişim öncesi ve sonrası krikofarengal basınç değerinin aynı oluşu ilginçtir.^[17] Globus faringeus semptomatolojisinde, epiglotun yutma işlevi sonrasında yerine dönmesinde yavaşlamayı suçlayan bir çalışma, tedavide epiglota yönelik girişimleri gündeme getirmesi açısından önemli bir dönüm noktası olmuştur.^[12] Globus faringeus tedavisinde uygulanan LPE tekniği ve "epiglot anteversiyonu" terimi literatürde bir ilki oluşturması bakımından ayrıca önem taşımaktadır.

Lazerle parsiyel epiglottektomi, etkin kanama kontrolü sağlanması, ameliyat süresinin kısa oluşu, ameliyat sonrası ses, beslenme ve solunum yolu semptomlarına yol açmaması nedeniyle son derece kullanışlı bir yöntemdir. Ruff ve Bellens'in^[18] çalışmasında belirtildiği gibi epiglotu etkileyerek tolere edilemeyen semptomlara yol açan belirli olmayan epiglot patolojileri için parsiyel epiglottektomi kullanılabilir bir yöntemdir.

KAYNAKLAR

1. Malcomson KG. Globus hystericus vel pharyngis (a recommaissance of proximal vagal modalities). J

Laryngol Otol 1968;82:219-30.

2. Moloy PJ, Charter R. The globus symptom. Incidence, therapeutic response, and age and sex relationships. Arch Otolaryngol 1982;108:740-4.
3. Freeland AP, Adran GM, Emrys-Roberts E. Globus hystericus and reflux oesophagitis. J Laryngol Otol 1974;88:1025-31.
4. Bradley PJ, Narula A. Clinical aspects of pseudodysphagia. J Laryngol Otol 1987;101:689-94.
5. Thompson WG, Heaton KW. Heartburn and globus in apparently healthy people. Can Med Assoc J 1982;126:46-8.
6. Curran AJ, Barry MK, Callanan V, Gormley PK. A prospective study of acid reflux and globus pharyngeus using a modified symptom index. Clin Otolaryngol 1995;20:552-4.
7. Flores TC, Cross FS, Jones RD. Abnormal esophageal manometry in globus hystericus. Ann Otol Rhinol Laryngol 1981;90(4 Pt 1):383-6.
8. Marshall JN, McGann G, Cook JA, Taub N. A prospective controlled study of high-resolution thyroid ultrasound in patients with globus pharyngeus. Clin Otolaryngol 1996;21:228-31.
9. Ott DJ, Ledbetter MS, Koufman JA, Chen MY. Globus pharyngeus: radiographic evaluation and 24-hour pH monitoring of the pharynx and esophagus in 22 patients. Radiology 1994;191:95-7.
10. Puhakka H, Lehtinen V, Aalto T. Globus hystericus-a psychosomatic disease? J Laryngol Otol 1976;90:1021-6.
11. Rowley H, O'Dwyer TP, Jones AS, Timon CI. The natural history of globus pharyngeus. Laryngoscope 1995;105:1118-21.
12. Quesada JL, Lorente J, Quesada P. Partial epiglottectomy as a possible treatment for globus pharyngeus? Eur Arch Otorhinolaryngol 2000;257:386-8.
13. Cockel R. Oral disorders and globus hystericus. Clin Gastroenterol 1977;6:547-56.
14. Wilson JA, Heading RC, Maran AG, Pryde A, Piris J, Allan PL. Globus sensation is not due to gastro-oesophageal reflux. Clin Otolaryngol 1987;12:271-5.
15. Mortensen JD, Woolner LB, Bennett WA. Gross and microscopic findings in clinically normal thyroid glands. J Clin Endocrinol Metab 1955;15:1270-80.
16. Ezzat S, Sarti DA, Cain DR, Braunstein GD. Thyroid incidentalomas. Prevalence by palpation and ultrasonography. Arch Intern Med 1994;154:1838-40.
17. Batch AJ. Globus pharyngeus. (Part I). J Laryngol Otol 1988;102:152-8.
18. Ruff T, Bellens EE. Sarcoidosis of the larynx treated with CO2 laser. J Otolaryngol 1985;14:245-7.