

## OLGU SUNUMU

# YENİDOĞANDA SOLUNUM SIKINTISININ NADİR BİR NEDENİ: KONJENİTAL VALLEKÜLAR KİST

Fulya ÖZER, Mesut ŞENER  
Tuba CANBOLAT, İsmail YILMAZ

(FÖ, İY) Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Baş Boyun Cerrahisi Anabilim Dalı,  
(MŞ) Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Anabilim Dalı,  
(TC) Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

Bu yazı 31. Türk Ulusal KBB ve Baş Boyun Cerrahisi Kongresi'nde e-poster olarak sunulmuştur.

### ÖZET

Konjenital vallekülar kist oldukça nadir görülen ve doğumdan hemen sonra mortalite ile seyredilebilen bir hastalıktır. Bu yazıda 17 günlük siyanoz ve ciddi solunum sıkıntısı olan bir yenidoğanda acil olarak müdahale edilerek cerrahi tedavisi yapılan vallekülar kist olgusu, literatür eşliğinde tanı ve tedavi yöntemleri açısından tartışılmıştır. Ciddi solunum sıkıntısı olan hastalarda gerekirse fleksibl laringoskopi yapılmasını beklemeksizin ameliyathane şartlarında entübe edilmeden spontan solunumu devam ederken direkt laringoskopi de yapılabilir. Böylece konjenital vallekülar kist gibi cerrahi olarak tedavi edilebilecek durumlarda da hemen müdahale imkanı sağlanabilir.

**ANAHTAR KELİMELELER:** Yenidoğan; Vallekülar kist.

### SUMMARY

#### A RARE CAUSE OF NEONATAL RESPIRATORY DISTRESS; CONGENITAL VALLECULAR CYST

Congenital vallecular cyst is a very rarely seen disease which may result in mortality soon after birth. In this article, a vallecular cyst case of a newborn having cyanosis and severe respiratory distress for 17 days who was urgently treated by surgical operation is discussed in terms of diagnosis and treatment methods in company with the relevant literature. In patients with severe respiratory distress if deemed necessary, a direct laryngoscopy may be performed without intubation in operative conditions in the patient who has spontaneous respiration, without a delay for flexible laryngoscopy. Thus, immediate medical attention is possible for surgically treatable cases such as congenital vallecular cysts.

**KEYWORDS:** Newborn; Vallecular cyst.

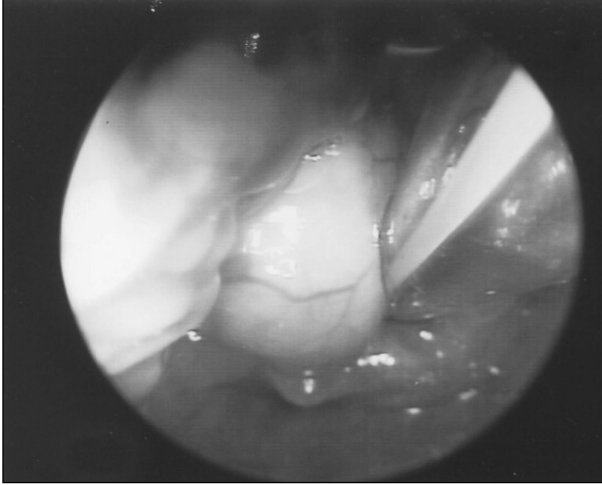
### GİRİŞ

Vallekülar kistler, yenidoğanlarda ve erken bebeklik döneminde solunum sıkıntısı ve / veya siyanozu yol açabilirler (1). Laringeal bölgede yer alan kistler, erişkinlerde de görülebilir; ancak genellikle asemptomatiktir (2). Nadiren erken bebeklik döneminde belirgin solunum sıkıntısı yapmaksızın beslenme sırasında problemler ve büyümede gerilik ile seyrederek (3). Konjenital vallekülar kist çoğunlukla doğumdan hemen sonra ciddi stridor ve siyanoz ile seyreden ve hemen müdahale edilmesi gereken, aksi takdirde mortalite ile sonuçlanabilen bir hastalıktır (2,3). Bu olgu sunumunda solunum sıkıntısı ile başvuran 17 günlük bir yenidoğanın vallekülar kist nedeniyle acil cerrahi müdahale ile tedavisi sunulmuştur.

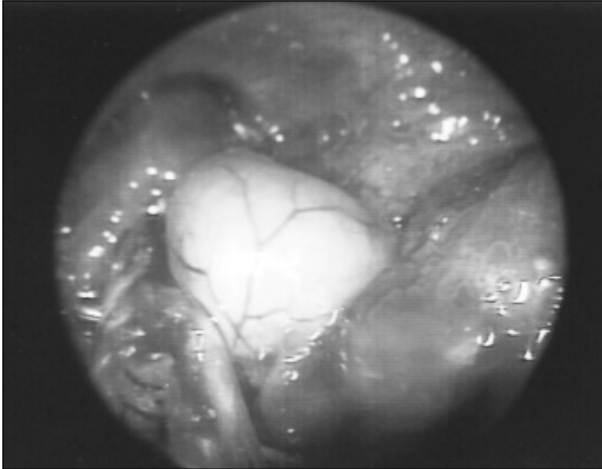
### OLGU SUNUMU

19 yaşında bir annenin başka bir merkezde ilk gebeliğinden zamanında vajinal yolla 3600 gram doğan kız bebek, doğar doğmaz siyanoz gelişmesi ve solunum sıkıntısı nedeniyle 17 gün küvözde takip edildikten sonra şikayetlerinin devam etmesi üzerine hastanemiz Kulak-Burun-Boğaz (KBB) bölümüne sevk edildi. Muayenesi yapıldığında siyanotik olduğu, bebeğin beslenemediği ve buna bağlı olarak çok zayıfladığı görüldü. Poliklinikte fleksibl endoskopi muayenesi için beklenmeden gerekirse trakeotomi açılması da düşünülerek hasta acil olarak ameliyathaneye alındı. Genel anestezi uygulamasında; hastanın inhaler olarak sevoflurane (Sevorane®, Abbot) ile anestezisi sağlanırken kas gevşetici yapılmadan spontan solunumun devam edilmesine izin verildi. En-

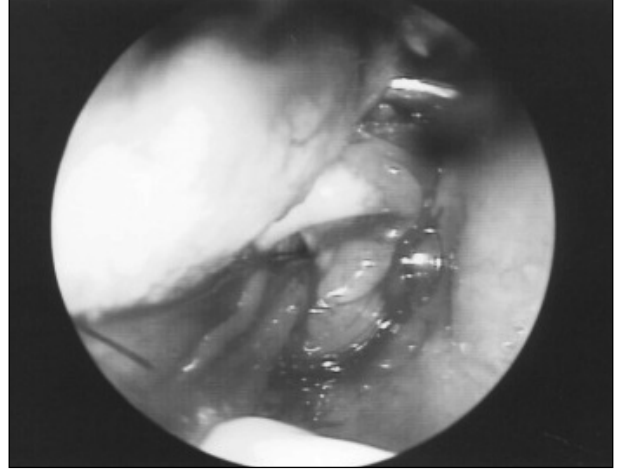
dotrakeal entübasyon girişiminden önce direkt laringoskopi yapıldığında dil kökünde; epiglot- dil kökü arasında vallekülayı dolduran ve tüm larinks girişini kapatan üzeri normal mukoza ile kaplı 1x1.5 cm çapında bir kistle karşılaşıldı (Şekil 1,2). Epiglot omega şeklinde ve ödemliydi. Kord vokalleri normal olan hastada endotrakeal entübasyon sonrası kist içeriği aspire edilerek boşaltıldı ve kist cidarı punch ile tutulup kesilerek alındı. Tip 1 laringomalazi hali vardı (4). Laringeal mukozadaki yapılan işleme bağlı olası ödem ihtimali göz önünde bulundurularak başlangıçta entübe olarak yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenen hastanın postoperatif 3. günden sonra entübasyon tüpü çıkarıldı. Normal servisteki izleminde sorun olmayan ve oral beslenmesi de rahatlayan hasta postoperatif 10. günde taburcu edildi. Çıkarılan kist materyalinin patoloji bölümünde yapılan değerlendirmesi konjenital vallekülar kist olarak rapor edildi (Şekil 4a ve 4b). 8 aylık izleminde hastanın solunum sıkıntısı şikayeti olmadı. Yapılan kontrollerinde muayenesinin normal olduğu ve kilo alımı ile gelişiminin normal olduğu gözlemlendi.



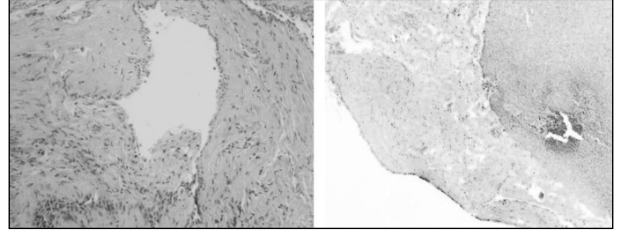
Şekil 1: Larenks girişini kapatan üzeri normal mukoza ile kaplı vallekular kist



Şekil 2: Vallekülar kistin entübasyon sonrası görüntüsü



Şekil 3: Kist alındıktan sonra normal olarak gözlenen larenks girişi



Şekil 4a ve 4b: Yüzeyde skuamöz epitel stromada basıklaşmış kuboidal ve skuamöz epitel ile döşeli kist H.E X 200

### TARTIŞMA

Konjenital vallekülar kist literatürde ilk olarak 1881' de Abercrombie tarafından rapor edilmiştir (3). İnsidansı tam olarak bilinmemekle beraber Sand ve ark.' ları (1) tarafından yapılan bir çalışmada yenidoğan stridoru olan 3900 yeni bebekte bir tespit edilmiş ve oldukça nadir olduğu gösterilmiştir. Konjenital vallekülar kist nadir görüldüğünden doğum sonrası solunum sıkıntısı olan bir bebekte akla hemen gelmez; daha çok laringomalazi düşünülür. Klinik benzer olabileceğinden muayene esnasında da gözden kaçabilir (5). Yenidoğanlarda semptomlar çoğunlukla ilk haftada ortaya çıksa da bazen ilk birkaç ay hiç bulguya rastlanmayabilir ve nadiren solunum sıkıntısı olmadan sadece büyüme geriliği olabilir (3). Bu durum çoğunlukla başlangıçta küçük olan konjenital kistin bebek büyüdükçe kist içeriği olan mukoid materyalin artmasıyla kistin büyümesi ve bulguların ortaya çıkması ile açıklanır (2,3).

Vallekülar kist, üst solunum yolu tıkanıklığına sadece hipofarinkse yaptığı kitle etkisi ile değil; aynı zamanda epiglotisin ön-arka düzlemde yer değiştirmesi ile de hava yolu obstrüksiyonuna yol açabilir (1,6). Yenidoğanda laringeal girişin tıkanma derecesi vallekülar kistle beraber laringomalazi olması ile daha da artar (5,6). Bizim hastamızda da olduğu gibi laringomalazi vallekülar kiste oldukça sık eşlik eder. Laringomalazide görülen

supraglottik prolapsın nedeninin, valleküler kiste bağlı olarak hava yolu dinamiklerinin değişmesine ve valleküler kistin giderek büyümesi sonucu gittikçe artan inspiratuar negatif basınca bağlı olduğu düşünülmektedir (7). Nitekim literatürdeki çoğu vakada olduğu gibi bizim hastamızda da sadece valleküler kistin alınması laringomalazinin de düzelmesini sağlamıştır.

Konjenital valleküler kist, antenatal dönemde 28. haftadan itibaren ultrasonografi eşliğinde görülebilir (8). Antenatal dönemde tanının konulması doğum sırasında hazırlıklı olmayı sağlayacağından önemlidir. Bu sayede doğumdan hemen sonra solunum sıkıntısı yaşayabilecek bir yenidoğan için anestezi ve KBB uzmanı doğumdan önce acil entübasyon ve gerekirse trakeotomi için hazırlıklarını tamamlarlar.

Doğum sonrası solunum sıkıntısı ile gelen hastada en önemli tanı aracı fleksibl endoskoptur (1,3). Endoskopik muayenede laringomalaziye bağlı supraglottik prolaps görülse bile dil kökü ve valleküla mutlaka dikkatle incelenmelidir (5). Ayrıca lateral boyun grafisi, manyetik rezonans görüntüleme (MRG), tiroid sintigrafisi ayırıcı tanı yapmak için gerekebilir (1,3). Özellikle bizim hastamızda olduğu gibi siyanozu çok belirgin olan hastalarda fleksibl endoskopi veya diğer tanı yöntemlerini uygulamadan doğrudan ameliyathaneye almak, gerekirse trakeotomi ve öncesinde direkt laringoskopi yapılmasını sağlamak; hızlı ancak mortaliteyi önlemek adına gerekli bir karardır.

Konjenital valleküler kistin kesin tedavisi direkt laringoskopi yöntemi ile kistin marsupilizasyonudur (9). Bu, laringeal bıçak, aspiratör koter, forseps veya lazerle olabilir (3,9). Kistin basitçe aspirasyonu tekrar oluşma riski yüzünden kesinlikle tavsiye edilmemektedir (10). Cerrahi öncesi uygulanan anestezi, solunum yolu tıkanıklığı olan ve ciddi solunum sıkıntısı olan her hastada olduğu gibi önem arz eder. Ameliyathanede, kas gevşetici verilmeden % 100 oksijen altında spontan solunumunu baskılamadan bir ön değerlendirme yapılmalıdır. Anestezist-cerrah işbirliğiyle laringoskopik muayenede problemin ortaya konulmasından sonra trakeotomi seti hazır bir şekilde hastanın entübe edilmesi gerekir (7). Entübasyonun mümkün olamadığı durumlarda endoskopik yöntemle entübe edilmesi veya laringeal maske ile hava yolu kontrol altına alınıp geçici trakeotomi açılması önerilir (11). Ancak trakeotomi açılması özellikle bebek ve çocuklarda geçici bile olsa subglottik stenoz riskinin artmasına yol açabilir (7,10).

Cerrahi olarak çıkarılan materyalin histopatolojik incelemesi, diğer dil kökü ve/veya laringeal lezyonlardan ayırt edilmesi açısından önemlidir. Ayırıcı tanıda hemanjom, kistik higroma, hamartom, dermoid kist, tera-

tom, tiroglossal duktus kisti ve lingual tiroid dokusu düşünülmelidir (3,5). Laringeal kistler bulunduğu yer ve patogeneze göre sakküler ve duktal tip kistler olarak ikiye ayrılır (2). Duktal kistler daha sık görülür ve valleküla bölgesinde yer alır. Submukozal bezlerin tıkanması veya lenfanjiomatöz malformasyon sonucu oluşur. Sakküler kistler ise sakkül bölgesinde yer alır ve larenksin bu bölgesinin kistik bir şekilde genişlemesi sonucu oluşur (1). Laringeal kistler hem mezoderm hem de endodermden meydana geliyor olup glandüler, vasküler veya lenfatik doku içerebilir (9,12). Bizim olgumuzda da alınan kist materyalinin patolojik incelenmesinde vasküler ve lenfatik yapılar kist duvarında görülmektedir (Şekil 4a ve 4b).

Valleküler kist erişkin ve konjenital form olarak ikiye ayrılır. Tam aydınlatılmamış farklı patogenezlerle ortaya çıkan bu iki form, farklı semptomlara yol açarlar (2,6). Erişkinde tamamen tesadüfen tespit edilen valleküler kist, yenidoğanda solunum sıkıntısına yol açmasına rağmen atlanabilir. Solunum sıkıntısı olmasına rağmen tanının geciktiği vakalara rastlamak mümkündür (1,3). Bu durumun nedeni, yenidoğanlarda solunum sıkıntısının en sık nedeninin laringomalazi olması ve kliniğinin valleküler kisti taklit etmesidir (5). Nadir görülen bu hastalığın tanısında en önemli faktör şüphelenmektir.

Sonuç olarak ani üst solunum yolu tıkanıklılığı ve buna bağlı mortalite riski olan konjenital valleküler kist, stridor ve/veya siyanozla gelen yenidoğanlarda her zaman ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Solunum sıkıntısı ile başvuran hastalar gerekirse fleksibl laringoskopi yapılmasını beklemeksizin hızlı bir şekilde ameliyathaneye alınmalı ve trakeotomi de dahil olmak üzere tüm müdahalelere hazırlıklı olunmalıdır. Ameliyathane şartlarında entübe edilmeden spontan solunumu devam ederken direkt laringoskopi yapılması, hem tanıya yardımcı olması hem de konjenital valleküler kist gibi cerrahi olarak tedavi edilebilecek durumlarda da hemen müdahale imkanı sağlaması açısından oldukça önemlidir. Kas gevşetici ajan uygulanmadan spontan solunumun devam etmesine izin verilen bir anestezi, solunum sıkıntısı ve siyanozun hakim olduğu böyle bir tabloda en can alıcı noktadır. Bu tabloyla gelen hastada kas gevşetici ajan uygulandıktan sonra entübasyonun zor olabileceği akılda tutulmalı, tüm ekipman hazır bulundurulmalıdır.

**Yazışma Adresi: Dr. Fulya ÖZER**

Başkent Üniversitesi,  
Adana Eğitim ve Araştırma Merkezi  
Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun  
Cerrahisi Bölümü  
Baraj yolu 1. Durak  
01150 Seyhan ADANA / TÜRKİYE  
Telefon: 0 322 458 68 68 / 2303  
Faks: 0 322 459 95 11  
E-posta: fdeveci06@hotmail.com

#### KAYNAKLAR

1. Sands NB, Anand SM, Manoukian JJ. Series of congenital vallecular cysts: a rare yet potentially fatal cause of upper airway obstruction and failure to thrive in the newborn. *J Otolaryngol Head Neck Surg* 2009; 38: 6-10.
2. Hsieh WS, Yang PH, Wong KS, Li HY, Wang ECR, Yeh TF. Vallecular cyst: an uncommon cause of stridor in newborn infants. *Eur J Pediatr* 2000; 159: 79-81.
3. Tuncer U, Aydogan LB, Soylu L. Vallecular cyst: a cause of failure to thrive in an infant. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2002; 65: 133-5.
4. Kay DJ, Goldsmith AJ. Laryngomalasia: A classification system and surgical treatment strategy. *ENT J* 2006; 85: 328-36.
5. Wong KS, Hsueh YL, Huang TS. Vallecular cyst synchronous with laryngomalacia: presentation of two cases. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995; 113: 621-4.
6. 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.
7. Cheng KS, Ng JM, Li HY, Hartigan PM. Vallecular cyst and laryngomalacia in infants: report of six cases and airway management. *Anesth Analg* 2002; 95: 1248-50.
8. Cuillier F, Samperiz S, Testud R, Fossati P. Antenatal diagnosis and management of a vallecular cyst. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2002; 20: 623-6.
9. Ahrens B, Lammert I, Schmitt M, Wahn U, Paul K, Niggermann B. Life-threatening vallecular cyst in a 3-month-old infant: case report and literature review. *Clin Pediatr* 2004; 43: 287-90.
10. Öğreden Ş, Karaman E, Işıldak H, Kaytaz A. Yenidoğanda konjenital laringeal kist. *Türk Otolarengoloji Arşivi* 2009; 47: 99-102.
11. Şener M, Aslan S, Yavuz H, Türköz A, Arslan G. Dev glottik polibi olan hastada laringeal maske ile hava yolu kontrolü (olgu sunumu). *Anestezi Dergisi* 2006; 14: 279-81.
12. Ku ASW. Vallecular cyst: report of four cases-one with co-existing laryngomalacia. *J Laryngol Otol* 2000; 114: 224-6.