

# Bölüm 59

## C4. AKUT VE KRONİK LARENJİTLER

Cansu DEMİRKIRAN<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Larenks enflamasyonlarının birçok sebebi olmasına karşın ilk ve en sık semptom ses kısıklığıdır. Ses kısıklığının süre ve şiddeti ise tutulan larenks segmentine göre değişebilmektedir. Yutma sırasında veya kulağa vuran ağrı da ilk semptomlar arasındadır. Dispne, öksürük, odinofaji, afoni diğer semptomlardır; larenksin enflamatuvar ve enfeksiyon hastalıkları dışında diğer patolojilerinde de görülebilmektedir. Tümöral oluşumlar ayırıcı tanıda öncelikli olarak göz önünde bulundurulmalıdır (1,2).

Anamnez sırasında semptomların başlangıcı, süresi, ek hastalık varlığı ve alışkanlıklar kullanılan ilaçlar özellikle sorgulanmalıdır. Hastalardan detaylı bir anamnez alındıktan sonra özellikle larenks muayenesini içine alan tam bir baş boyun muayenesi yapılmalıdır. İncelemeyle larenksin konumu ve hareketleri gözlenmeli solunum sırasında hava akımının oluşturduğu seslere dikkat edilmelidir. İspirasyum esnasında stridor gözlenmesi ve suprasternal çentiğin çökmesi bir laringeal obstrüksiyon varlığına işaret eder.

Larenks enfeksiyonları akut ve kronik olmak üzere iki grupta incelenir. Akut enfeksiyonlar; ateş ve ani solunum güçlüğü ile başlar. Çocuklarda daha sık görülürler ve 7 gün veya daha kısa sürerler. Kronik enfeksiyonlarda ise şikayetler teşhisten haftalar önce mevcuttur, erişkinlerde siktir ses kısıklığı ve ağrı daha ön plandadır. Akut larenjitlerde etken viral ve bakteriyel patojenler olabileceği

gibi eksojen nedenlere bağlı da gelişebilir. Larenkse ait otoimmün oluşumların akut enflamatuvar oluşumları taklit edebileceği unutulmamalıdır. Akut enfeksiyonlarda tutulan segmente yönelik önlemler alınırken; kronik enfeksiyonlarda malignite, granümatöz hastalıklar ayırımına dikkat edilmelidir (3).

### AKUT LARENJİTLER

#### Akut Basit Larenjit

En sık görülen larenjit formudur ve genellikle üst solunum yolu enfeksiyonlarının bir semptomu olarak ortaya çıkar. İklim değişiklikleri, azalmış vücut direnci, fiziksel veya psikolojik stres predispozan faktörler olabilir.

En sık görülen larenjit formudur ve genellikle akut bir üst solunum yolu enfeksiyonunu takiben ortaya çıkar. Çoğunlukla burun, paranasal sinüsler ve farenksteki akut bir enfeksiyona sekonder olarak oluşurlar. Bulaş damlacık yoluyla. Ana semptomlar ses kısıklığı, larenkste ağrı ve rahatsızlık hissidir. Adenovirus ve İnfluenza virüsleri en sık etkindir. Viral enfeksiyonların seyri sırasında respiratuvar mukoza hasara uğrayabilir ve üzerine bakteriyel enfeksiyonlar eklenebilir.

Bakteriyel larenjitlerin en sık etkenleri ise Streptococcus Pneumoniae ve Haemophilus İnfluenza'dır. İklim değişikliği, azalmış vücut direnci, fiziksel ya da psikolojik stres predispozan faktörlerdir. Enfeksiyon ve gelişen enflamasyon sonucunda laringeal mukozada oluşan değişiklik-

<sup>1</sup> KBB Hastalıkları Uzmanı, Isparta Şehir Hastanesi, drkansudemirkiran@hotmail.com

## Wegener Granülomatözü

Wegener granülomatozisi ANCA ilişkili olup, üst ve alt solunum yollarını nekrotizan granülomatöz lezyonlar şeklinde tutabilen bir küçük damar vaskülitidir. WG'ü sistemik bir hastalık olduğundan yalnız subglottik stenoz bulgusu ile başvuru nadir görülmektedir (16). Mukoza kanamaya eğilimli bazen ülsere şiş ve granüler görünümündedir. Wojciechowski I. ve arkadaşları WG'lu subglottik stenoz olgularında medikal tedavi (kortikosteroidler ve immunosupresanlar) ve cerrahi tedavilerin ana yaklaşım olduğunu belirtmişler ve özellikle subglottik stenoz vakalarında erken tanı ve tedavinin subglottik stenozun komplikasyonlarını önlemede önemli olduğuna dikkat çekmişlerdir (17).

## Larenksin Mantar Enfeksiyonları

Larenksin mikotik enfeksiyonları genelde immünsupresiflerde görülmesine rağmen immün sistemi normal olanlarda da görülmektedir. Mukozal bariyerlerdeki değişiklikler de larenks kandidiyazisi oluşumunda etken olmaktadır. Mukozadaki bu hasar, sigara içimi, antibiyotik kullanımı, inhale steroid kullanımı, travma ve radyoterapi gibi sebeplerden olabilmektedir (18-19).

## Kandidiazis

Etken *Candida Albicans*'tır. Larengeal kandidiyazisin endoskopik larenks görüntüsünde ödem, eritem, ülser, lökoplazi ve pseudomembran formları, çevresinde squamoz epitel hiperplazisi izlenebilir. Endoskopik larenks bakısında larenks karsinomu şüphesi olan olgularda kesin tanı koymak için mutlaka histopatolojik değerlendirme yapmak gerekmektedir (20). Tedavide altta yatan neden göz önüne alınır. Oral nistatin, mikonazol verilebilir.

## Histoplasmosis

Etken *Histoplasma Capsulatum*'dur. Larenkste eritem, ödem, ülsere ve ağrılı olabilen granülomlar mevcuttur. Tanı kültür ve kompleman fiksasyon testleriyle konulur. Tedavide Amfoterisin B verilir.

## Aktinomikozis

Etken *Actinomyces* Israelli'dir. Bakteri ve mantar arası bir mikroorganizmadır. Larenksin her

kompartmanını tutabilir. Lokalize endurasyonlardan abse formasyonuna geçebilir. Tedavisiz kalan olgularda ciltten drene olur. Tanı histopatolojik inceleme ve kültür ile konulur. Tanıda 'sülfür granülleri'nin gösterilmesi yardımcıdır. Tedavide yüksek doz ve uzun süreli penisilin verilir.

## SONUÇ

Larenjit yönetiminde öncelikli olan havayolu güvenliğini sağlamaktır. Akut hastalıkta ateş, ani hava yolu problemi ön plandayken kronik süreçlerde gittikçe artan nefes açlığı, ses kısıklığı, ağrı öne çıkar. Malignite kesin olarak ekarte edilmelidir. Hastalık ön tanıya yönelik tedaviye yanıt vermiyorsa mutlaka histopatolojik inceleme yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** akut/kronik larenjit, krup, supraglottit, epiglottit, keratoz, perikondrit

## KAYNAKÇA

1. Freeland PA., (1997) Acute laryngeal Infections. In: Ker AG., Adams AD. and Michael JC., Scott-Browns Otolaryngology, 6th ed. London Reed Educational and Professional Publishing Ltd. 18:5-9
2. Deeb ZE, Acute Supraglottitis in adults-early indicators of airway obstruction, AM. J Otolaryngology, 1997; 18:111-115
3. L G Ledgerwood and P C Belafsky, Chronic non-granulomatous supraglottitis: a rare and difficult disease, *The Journal of Laryngology & Otolaryngology*, 10.1017/S0022215112000977, 126, 08, (854-857), (2012).
4. H. Bryan Neel and Thomas J. McDonald, Laryngeal Sarcoidosis, *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, 10.1177/000348948209100406, 91, 4, (359-362), (2016).
5. McEwan J and others: Paediatric acute epiglottitis: not a disappearing entity, *Int J Ped Otorhinolaryngol* 67:317, 2003
6. Stroud RH, Friedman NR: An update on inflammatory disorders of the pediatric airway: epiglottitis, croup, and tracheitis, *Am J Otolaryngol* 22:268, 2001
7. Rubin BK. Nebulizer therapy for children: the device-patient interface. *Respir Care* 2002;47:1314-1319
8. Gwaltney JM. The Common Cold In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. Principles and Practice of Infectious Diseases. Volum
9. Abdallah C. Acute epiglottitis: Trends, diagnosis and management. *Saudi J Anaesth*. 2012;6(3):279-81
10. Lindquist B, Zachariah S, Kulkarni A. Adult Epiglottitis: A Case Series *Perm J*. 2017;21(8):121-23
11. Tatar D, Çırak K, Ertuğrul G, Özacar R, Halilçolar H, Yener AG. Larinks tüberkülozu olgularımız. *Solunum Hastalıkları* 2000; 11: 212-6.
12. Nishiike S, Irifune M, Doi K, Sawada T, Kubo T. Laryngeal tuberculosis: a report of 15 cases. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2002; 111: 916-8

13. Erdem T, Miman MC, Gürses İ, Kızılay A, Karataş E, Türker G. Tüberküloz larenjitleri. KBB ve BBC Dergisi 2003; 11: 68-72.
14. Newman LS, Rose CS, Bresnitz EA, et al. A case control etiologic study of sarcoidosis: environmental and occupational risk factors. Am J Respir Crit Care Med 2004;170:1324-30
15. Doherty CB, Rosen T. Evidence-based therapy for cutaneous sarcoidosis. Drugs 2008;68:1361-83.
16. Alaani A, Hogg RP, Drake Lee AB. Wegener's granulomatosis and subglottic stenosis: management of the airway. J Laryngol Otol 2004; 118(10): 786-90.
17. Wojciechowski I, Piotrowski S, ZaniowskaKulesza I, Komorowska E. The case of Wegener's granulomatosis of the nose, larynx and ear. Otolaryngol Pol 2001; 55(3): 323-6.
18. Makitie AA, Back L, Aaltonen LM, Leivo I, Valtonen M. Fungal infection of the epiglottis simulating a clinical malignancy. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2003; 129:124-6.
19. Sitheequ MA, Samaranayake LP. Chronic hyperplastic candidosis/candidiasis (candidal leukoplakia) Crit Rev Oral BiolMed. 2003;14:253-67
20. Sitheequ MA, Samaranayake LP. Chronic hyperplastic candidosis/candidiasis (candidal leukoplakia) Crit Rev Oral BiolMed. 2003;14:253-67
21. Bell RB, Verschueren DS, Dierks EJ. Management of laryngeal trauma. Oral Maxillofac Surg Clin North Am 2008; 20: 415-30.
22. Jewett BS, Shockley WW, Rutledge R. External laryngeal trauma analysis of 392 patients. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1999; 125: 877-80
23. Granholm T, Farmer DL. The surgical airway. Respir Care Clin N Am 2001; 7: 13-23
24. A, Slavicek A, Taudy M, Chovanec M. Septal graft in laryngeal reconstruction. Saudi Med J 2006; 27: 1758-60.