

Bölüm 63

LARİNKİN ÇATI CERRAHİSİ VE TİROPLASTİLER

Mehmet Ege AKÇA¹

GİRİŞ

Ses hastalıkları ve tedavileri kulak burun boğaz pratiğinde oldukça geniş yer kaplayan bir bölümdür. Buna rağmen larenksin çatı cerrahilerinin ses hastalıklarının tedavisi içerisinde kısmen daha izole ve nadir tercih edilen bir grup olduğu söylenebilir. Ancak gerekli görüldüğü durumlarda gayet yüz güldürücü sonuçları bulunmaktadır. Kulak burun boğaz hekiminin öncelikli görevi ise cerrahi tedavi ihtiyacı olan bu hasta grubunu tespit etmek ve bu konuda deneyimli merkezlere yönlendirmektir. Dolayısıyla hekimin bu tedavi yöntemlerini kendisi uygulamasa da teorik olarak bilmesi bir gerekliliktir.

Fonksiyonel Anatomi

Konuşma eylemi fonasyon, rezonans ve artikülasyon olarak 3 aşamalıdır. Dudaklardan larinkse kadar üst solunum sisteminin tüm yapıları bu aşamaların oluşmasını sağlar. Bunların içerisinde fonasyon direkt olarak larinks ile ilgilidir.

Larinksin çalışmasında ağırlıklı olarak larinksin intrinsek kasları görev alır. Ekstresek kasları (Suprahoid, infrahyoid kaslar) ise yardımcıdır. Krikoaritenoid posterior rima glottisi açan tek kastır. Tiroaritenoid kas (vokalis kası) sesin kalınlaşmasını, krikotiroid kas incelmesini sağlar. Krikotiroid kasın innervasyonunu süperior laringeal sinir, diğer intrinsek kasların innervasyonunu ise rekürren laringeal sinir yapmaktadır. Larinks çatı cerrahileri burada bahsedilen yapıların birden

fazlasının yeterince çalışmadığı veya görece fazla çalıştığı durumlarda uygulanmaktadır.

Ses Hastasına Yaklaşım

Her hastalıkta olduğu gibi ses problemi ile gelen bir hastada da anamnez önceliklidir. Anamnezde hastanın şikayetlerinin başlangıç zamanı ile süresi, şikayetin tetikleyicileri, hastanın konuşkanlık düzeyi, konuşma zorunluluğu, şikayetlerin kişiyi etkileme düzeyine dikkat edilmelidir. Ardından videolaringostroboskopik muayene ile detaylıca larinks görüntülenir. Bu esnada vokal kordların hareket frekansına da bakılır. Bu bilgiler planlanan tedavinin öncesinde ve sonrasında kayıt altına alınmalıdır. Anamnez ve fizik muayene sonrası hastanın verilmesi planlanan tedaviye uyum sağlayıp sağlayamayacağı da önemlidir.

Sesle ilgili bir takım objektif ve subjektif değerlendirmeler de tedavinin etkinliği ve medikolegal açıdan faydalı olabilmektedir.

- 1) Aerodinamik ölçümler: Spirometri (maksimum fonasyon zamanı), transglottik kateterizasyon (subglottik hava basıncı), akım volüm eğrileri.
- 2) Akustik ölçümler: Spektogram, fonetogram (ses aralığı ölçümü).

Bunlar dışında ayırıcı tanıların ekartasyonu açısından nazometri ve palatometri gibi ek değerlendirmeler yapılabilir.

¹ Kulak Burun Boğaz Doktoru, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, mehmetegeakca@gmail.com

tadır. Yedi hastanın bulunduğu bir seride yapılan ses analizlerinde tüm hastaların cerrahiden fayda gördüğü ve post operatif herhangi bir komplikasyon görülmediği belirtilmiştir. (8)

Tip 4 Tiroplasti

Androfonik, düşük ses perdesi olan kadınlar da sesi inceltmek amacıyla tip 4 tiroplasti tekniği tanımlanmıştır. Androfonik ses sıklıkla dışarıdan alınan hormonların etkisiyle oluşmakla beraber nadiren de akromegalide, Addison hastalığında ve adrenokortikal hormon sisteminin dengesini bozan hastalıklarda görülmektedir. Çok nadir bir endikasyon olarak da bilateral süperior laringeal sinir felcinde de faydalı bir uygulama olduğu bildirilmiştir. (9)

Cerrahi teknik olarak krikotiroid yaklaştırma ve tiroid laminanın uzatılması şeklinde iki tür işlem uygulanmaktadır.

Krikotiroid yaklaştırma işleminde amaç krikotiroid kasın yaptığı işlemi kopyalamaktır. Naylon 3/0 sütürler kullanılarak tiroid ve krikoid kıkırdaklar birbirine 4 noktadan geçilerek yaklaştırılır. Bu basit gibi görünen teknikte özellikle dikkat edilmesi gereken birkaç durum bulunmaktadır. Yaklaştırma sütürleri ile kıkırdaklarda basınç oluşacağı için sütürler, kıkırdaklarda olası bir kırılmayı önlemek adına kıkırdakların daha dirençli olan büyük kısımlarından geçilmelidir. Hatta çok gerginlik olduğu düşünülürse silikon veya titanyum protezler destek amaçlı buraya konumlandırılabilir. Sütürlerin mukozadan geçmemesine özen gösterilmelidir. Aksi takdirde hastada laringeal irritasyon bulguları olabilir. Anteriora daha yakın yerleşimli sütürlerde bu risk artar çünkü anteriorda mukoza oldukça incedir. Sütürlerin krikoid kasın pars rektusuyla mümkün olduğunca paralel olması istenir. Anteriora sütürler yaklaştırıldıkça ses incelir ancak yukarıda da belirtildiği üzere anteriorda mukoza incelendiği için buraya sütür atılması önerilmez. Ameliyat sonrası 1 hafta kadar ses istirahati önerilir. Bu süre içerisinde ses çok incebilir ancak sonrasında genellikle sütürlerin bir miktar gevşemesine bağlı bu inceltme azalmaktadır.

Diğer işleminde tiroid laminanın uzatılmasıdır ve üç farklı teknik tanımlanmıştır. Cilt insizyonu, streplerin ekarte edilip tiroid kıkırdağa düşülmesi

sonrasında tip 3 tiroplastide yapılanın aynı şekliyle bir strip çıkarılması ancak buradaki açıklığı artıracak bir implant konması ses perdesini artıracaktır. Bu mesafe yine endoskopi ve ses kontrolü yapılarak belirlenir.

Le Jeune'un tanımladığı teknikte ise inferior tabanlı bir orta hatta bir kıkırdak flebi söz konusudur. Dış perikondrium ve kıkırdak insize edilirken iç perikondriumun korunmasına özen gösterilir. İç perikondrium laterallerde ikişer milimetre eleve edilirken ön komissürün yapısını korumak adına medialde bu işlem yapılmaz. Oluşturulan bu kıkırdak flebin süperior tarafı yaklaşık olarak 3 milimetre kaldırılarak tiroid kıkırdakla bu flebin arasına implantasyon yapıp laterallerden bu implant suture edilir. Tucker da bu tekniği flebin bağlantı yerini inferior yerine süperior olarak değiştirerek geliştirmiştir. Tiroid kıkırdak süperiordan inferi- ora doğru kalınlaştığı için süperior bazlı bir flep ile ses perdesi daha fazla artırılabilir. (10)

SONUÇ

Tiroplastiler genel itibarıyla her ne kadar standarde edilmeye çalışılsa da cerrahi esnasında hasta ile etkileşim içerisinde olunması ve ses perdesinin iyi-kötü veya kalın-ince gibi kısmen subjektif değerlendirilmelerini içermesinden dolayı, cerrahi deneyimin oldukça önem arzettiği işlemlerdir. Teknik açıdan göreceli olarak zor ve ciddi manada hasta uyumu gerektiren işlemler olmasına rağmen doğru endikasyonlar ile gayet yüz güldürücü sonuçlar verebilen ameliyatlardır olduğu da mutlaka bilinmelidir.

Anahtar kelimeler: Larinks çatı cerrahisi, tiroplasti, laringeal medializasyon cerrahisi, laringeal lateralizasyon cerrahisi, vokal kord germe cerrahisi, vokal kord relaksasyon cerrahisi, laringoplasti.

Kaynakça

1. Morris J. Delayed airway extrusion of type one thyroplasty Gore-Tex implant. BMJ Case Reports 2016; 2016
2. Meleca JB, Bryson PC. Delayed laryngeal infection and laryngocutaneous fistula after medialization laryngoplasty. American Journal of Otolaryngology. 2019 Mayıs-Haziran; 40(3):462-464. 2019.
3. Rosen CA, Simpson CB. Laryngeal Framework Surgery. 231-251. Operative Techniques in Laryngology. 2008.
4. Yılmaz T, Kuşçu O. Hemorrhagic Complication After Thyroplasty and Arytenoid Adduction Leading to Tracheotomy. Ear Nose Throat Journal. Temmuz 2019. 2019.

5. Sanuki T, Yumoto E. Long-term Evaluation of Type 2 Thyroplasty with Titanium Bridges for Adductor Spasmodic Dysphonia. *Otolaryngology Head and Neck Surgery*. 2017 Temmuz; 157(1):80-84. 2017.
6. Nakamura K, Tsukahara K, Watanabe Y, Komazawa D, Suzuki M. Type 3 thyroplasty for patients with mutational dysphonia. *Journal of Voice*. Eylül 2013;27(5):650-4. 2013.
7. Saito Y, Nakamura K, Itani S, Tsukahara K. Type 3 Thyroplasty For a Patient with Female to Male Gender Identity Disorder. *Case Reports in Otolaryngology*. Nisan 2018; 4280381. 2018.
8. Remacle M, Matar N, Verduyck I, Lawson G. Relaxation Thyroplasty for Mutational Falsetto Treatment. *The Annals of Otology, Rhinology, and Laryngology*. Şubat 2010; 119(2): 105-9. 2010.
9. Gibbins N, Bray D, Harries ML. Long-term quantitative results of an Isshiki type 4 thyroplasty – a case study. *Journal of Voice*. Mayıs 2011;25(3):283-7. 2010.
10. Parker AJ. Aspects of Transgender Laryngeal Surgery. *Sexologies*. 2008; 17: 277-82. 2008