

T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Kulak Burun Boğaz
Anabilim Dalı

DİCLE ÜNİVERSİTESİ
MERKEZ KÜTÜPHANESİ

Selim Larengeal Mukozal Değişikliklerin Bölgemizdeki Durumu

(PROFESÖRLÜK TEZİ)

Doç. Dr. Mehmet DEMİREL

0036526
617.533
DEM
1988

DIYARBAKIR — 1988

İÇİNDEKİLER

SAYFA:

GİRİŞ	-1-
GENEL BİLGİLER	-2-
MATERYAL VE METOD	-16-
BULGULAR	-17-
TARTIŞMA	- 22-
SONUÇ	-25-
ÖZET	-27-
LİTARATÜR	-28-

G İ R İ Ő

(x) DOÇ.DR.MEHMET DEMİREL

İnsanları diğler canlılardan ayıran en önemli özelliklerinden biri düşünce ve duygularını ifade edebilme yeteneğidir.Bu yetenek toplumda bazı kişilere hayatını kazanma imkanını yaratmaktadır.Bu nedenle ses disfonksiyonları kişide sosyal yaralar açabildiğı gibi ekonomik zararları da birlikte getirmektedir.Günümüzde bunların tedavileri büyük önem taşımaktadır.

İnsanlarda vokal kıvrımları örten mukozanın önemli bir fonksiyonu fonasyon sırasında ses kaynağının sağlamaktır.Mukozal hastalıklar primer olarak ses hastalıklarını oluştururlar.Vokal nodüller, larengeal polipler,intrakordal kistler,kontakt granülomlar ve glotik sulkuslar larenks hastalıklarını alışıla gelmiş sınıflıfıkasyonun içine girmezler.Bu bölümde incelenen selim mukozal hastalıklar ne neoplazileri ne de enfeksiyonu kapsar,bunlar normal yapıdaki nonsipesifik değişiklikler veya anormal stresin doğurduğu mukoza reaksiyonlarıdır.

Selim mukozal bir hastalık nadiren yaşamı tehdit eder,fakat hastanın yaşamını büyük bir ölçüde etkiler.Lisanlar arasında komünikasyonun major öğesi olan ses günlük konuşmalarda da önemli olup kişilikle ilgili sağlam özelliklerdendir.Ayrıca müzikal olarak kullanımı da her kültürde değerlidir.

Bu hastalıkların insidansı sık olduğundan ve ses laboratuvarlarına başvuran hastaların yaklaşık yarısında selim mukozal bozukluk mevcuttur.Bu çalışmada kliniğimize 1983-1988 yılları arasında mura-

caat eden larengeal selim mukozal hastalıkların oranları yaş ve cinse göre dağılımları, lokalizasyonları ve tedavileri önemle araştırılmıştır.

Larenksin Anatomi ve Fizyolojisi:

Larenks trakeanın üst kısmında hiyoid kemik ile dil kökü altında yer almış tabanı yukarıda tepesi aşağıda üç yüzlü piramit görünümünde bir organdır.

3.,4.,5. yutak kavsimden gelişir.Erişkinlerde 3.servikal vertebranın üst kenarından başlar 6.servikal vertebranın alt kenarında sona erer.Diğer solunum yollarında farklı ses organı olarak ta görev yapmaktadır.

Larenksin büyüklüğü yeni doğanda her iki cinsde de eşit büyüklüktedir.Ancak büyü çağından sonra erkeklerde daha büyük hale gelir.

Histolojik olarak Larenks aralarında bağ dokusu elemanları da bulunan üç tabakadan oluşur.

1- Kas yapısı

2- Kıkırdak yapısı

3- Mukoza yapısı

Larenksin iç yüzü non-keratinize yassı epitel veya silli pseudostratifiye epitel ile döşelidir.Epiglot,arilepilotika saha ve sinüs priformisler yassı epitel ile döşelidir.Kord vokallerin serbest kenarlarından 2-3 mm kadar bir kısmı yassı epitel ile örtülüdür.Diğer kısımlar silli pseudostratifiye epitel ile döşelidir,mukozada yer yer sero muköz glandlar vardır (10,17).

Hirano'nun 1981 yılında yaptığı kesitlerden vokal kortların histolojik yapısını ortaya koydu.Kordun gövdesi olarak kort vokal kasını,epitel ve komino proprionun yüzeyel tabakası (Reinke's potansiyel boşluğu) veya burayı örten mukozası,kollejen ve elastik

dokunun orta tabakısını (vokal ligament) transitional zom olarak tanımladı (9).

Mukoza ve vokal ligament tiroaritenoid kastarafından şekillendirilir (indirekt olarak diğer intirensek kaslar),bassit olarak akciğerlerin hava akımıyla titreşir.Mukozanın vibratuar hareketlerinin ayrıntısı son derece komplekstir (10).Mikroanatomisinin diğer elemanları supraglottik sacoular ve infraglottik bölgedeki glandüler elemanlarıdır (9,15).

Larenks'in iskeletini hiyonları ve elastiki yapıya sahip epiglott,tiroid,krikoid,aritenoid,sontorini ve wrisberg kıkırdakları oluşturur.Epiglott,trioid ve krikoid kıkırdak tehtir ve iskeleti oluşturan anakıkırdaklarıdır.

Larenks fizyolojisinde adalelerin önemli bir rolü vardır.Bu adaleleri iki grupta incelenir.

1- İntrensek adaleler

2- Extrensek adaleler

Ekstrensel adaleler komşu organlardan gelir ve hiyoid kemiğine tutunurlar larenksin korunumu değiştirirler.İntrensel adaleler larenks içinde olan ve larenksin kıkırdaklarını birbirine bağlayan adalelerdir, kıkırdakların durumunu ve birbiriyle olan münasebetlerini düzenler.Dördü çift olmak üzere beş tanedir.

Larenks anatomik olarak:

1- Supra glottik

2- Glottik

3- Sub-glottik

Olmak üzere üç bölümden oluşur.Kort vokallerin arasındaki açıklığa rima glotttir denir.Üstünde kalan bölüme supra glottik bölge,altında kalan bölgeye de subglottik bölge denir.

Supraglottik bölge: Epiglot tepesinden kort vokallere kadar olan kısımdır. Yan duvarlarını bant ventriküller ve Morgagni ventrikülü yapar. Epiglot elastik kıkırdaktan yapılmış olup üzeri mukoza ile örtülüdür. Larenkse bakan yüzün üst kısmı çok katlı yassı epitelle kaplıdır, alt kısmında ise silli pseudostratifiye epitele dönüşür. Sillerin hareketi farikse doğrudur. Band ventriküllerin üzeri pseudostratifiye epittelle döşelidir. Adipoz doku, lenfoid doku ve gland içerir.

Glottik bölge: Kort vokaller ön komisür, arka komisür ve aritenoidlerin vokal çıkıntılarından ibarettir. Kort vokaller parlak sedif renginde 1,5 - 2 cm uzunluğunda düz perde şeklinde hareketli yapılardır. Tiz seslerde kapanır, pes seslerde açılır. Serbest kenarları yassı epitelle döşelidir. Lamina proprialarında gevşek bağ dokusu, çizgili kaslar, glandlar, mast hücreleri ve yağ hücreleri bulunur.

Saito ve arkadaşları vokal kordlar içine değişik derinlikte metal plaklar yerleştirilerek fonasyonda en aktif parçanın mukoza olduğunu gösterdiler. Bilhassa ses telinin 2/3 ön kısmının ses oluşmasında önemli rol oynamaktadır (10).

Subglottik bölge: Kort vokallerin altındaki bölgeyi kapsar, alt sınırını krikoid arkusunun alt kenarı yapar.

Larenksin sinirleri: N. vagusun, N. laryngicus superior ve N. laryngicus inferior dalları tarafından inner vasyonu sağlanır.

Larenksin damarları: A. laryngica superior ve A. laryngica inferior ile kanlanmaktadır. Venleri ise vena jugularis internaya dökülür.

Lenfatikleri: Glottik bölge lenf drenajı en az olan bölgedir. Subglottik bölge ile supra glottik bölge arasında bariyer görünümündedir. Supra glottik bölge bilhassa band ventriküllerin üst yüzü lenfatiklerden zengindir. V. jugularis interna etrafındaki lenf nodüllerine

pre ve para trakeal lenf nodullerine drenaj olurlar.

Hastanın değerlendirilmesi: Selim mukozal değişiklikli hasta ses değişikliğinden dolayı tedavi ister. Klasik değerlendirme genel tıbbi hikayeyi dılamak ve şikayetlerinin başlangıcını süresini bulmakla başlar. Hastanın ses değişimi aşırı ve yanlış ses kullanımından da kaynaklanabildiğinden önce bu ortaya konulmalıdır. Her ne kadar larenkolojist tam bir hikaye alıyorsa da bir konuşma patoloğu da araştırma yapmalıdır.

Yeni bulunan tetkikler ses bozukluklarının tanısında klinisyene görme ve çalışmada pek çok kolaylık getirmiştir. Bu teknikler vizüel, aerodinamik, akustik ve nörofizyolojik tekniklerdir. Vizüel tanı bunların içinde en değerlisi ve burada tartışılacak olanıdır.

Önce ayna ile muayene edilerek tanıya gidilir. Bu üç açıdan görme imkanı verir ve ayrıntılarla değerlendirilir. Ekip basittir, pahalı değildir, portatiftir. Ancak hastaların bir bölümünde ayna ile iyi görme mümkün olamamaktadır. Hatta bazı hastalar topikal anesteziye rağmen iyi görülememektedir. Ayna ile kalıcı ve objektif kayıt yapılamamaktadır. Klinisyen lezyonu omutmamalı veya basit bir kroki haline getirmelidir. Objektif bir kayıt olmayınca da tedavinin etkinliğini takip etmek mümkün olmaz.

Rigid larengeal teleskop, teknik olarak aynaya benzer fakat aynaya nazaran daha net ve daha yakın imaj verir. Çıplak gözle bakılır ve aynanın tüm dezavantajlarına sahiptir. Daha pahalı ve zordur. Ancak hasta daha kolay tolere eder. Stroke ışık kullanımı ile bu teleskop hareket sırasında mukozanın vibrasyonu hakkında önemli bilgiler verir.

Fiber optik nazo larengoskop tanıda daha değerlidir. Bu özelliği nedeniyle anatomik yapı veya yutma refleksi nedeniyle muayene edi-

leneyen hastalarda, bazı adult ve birçok çocuklarda başarı ile uygulanır. Diğer avantajı nazal uygulanıp dakikalarca yerinde bırakılabilir. Böylece hareket esnasında incelemek mümkün olur. Bu hafif imaj, fiberoptik olduğundan minimal mukozal değişiklikler ayna veya teleskopla olduğu gibi rahat görülmez. Bu metod tek başına kullanıldığından yine dökümentasyon eksikliği söz konusudur.

Görüntünün kaydedildiği aletlerin kullanımı larengeal hastalıkların tanı ve tedavisinde büyük kolaylıklar sağlar. İki seçenek vardır: Her hastaya uygulanabilir 35 mm kamera ve filmi ile düşük ışıığa duyarlı video kamera ve video kaset kayıt edici (VCR) dir. Bu aletler rigid teleskop veya fiberoptik teleskopla birlikte kullanılır. Lezyon defalarca incelenebilir. Hasta kendisi de görebilir. Tedavinin sonuçları telafi edilebilir. Ses terapisti nörolojik gibi farklı disiplinden insanlar bir arada lezyomu değerlendirilebilir. Öğrenilmesi de çok kolaydır.

Tüm bu yenilikler ses hastalıklarının tanısını kolaylaştırmışsada nadiren sadece mikrolarengoskopi tanıyı kesinleştirebilir. Bazen sonuçta tanı için biopsi kullanılır (9,10,12).

Genel tedavi seçenekleri: Çoğu hastalıklarda tedavi iki ana grupta toplanır. Medikal ve cerrahi tedavi şekilleridir. Larengeal mukozanın hastalıkları anormal vokal hareketlere neden olduğundan bu iki tedavinin yanı sıra vokal alışkanlıkların modifikasyonu için konuşma terapisi de ilave edilir (5,14).

Medikal tedavi: Primer olarak destekleyici tedavi uygulanır. Kuvvetli hidrasyon ile nemlenme sağlanır ve fibrasyonda kortların çarpmasında sertliğe karşı yardım edilir. Bazıları gliseril gayakolat gibi ekspektoran kullanımını sekresyonları seyreltiği için önerilir.

Hastalar bazen konuşma zorluklarında burun durumlarını sorumlu tutarlar. Bir nezle veya nazal alerjinin şiddetlenmesi ses yakınmaları-

mi başlatabilir. Nazal problemlerin giderilmesi de tedavide bir yoldur. Genellikle burada lokal tedavi denenir. Sistemik dekonjestan veya antihistaminik gibi ajanlardan kaçınılır. Çünkü bunlar nazal mukozayı kuruturken larengeal mukozayı da kuruturlar, patoloji lehine katkıda bulunurlar. Topikal nazal medikasyonda kullanılan topikal dekonjestanlar sese çok az etki ederler ve bunlar sadece kullanılırlar. Sonra bir kaç gün nazal mukoza dinlendirilmelidir. Topikal steroidler nazal alerjilerde çok yararlı, inhalasyon anında inspratuvar bir akım yaratmamak kaydıyla kord vokalleri uzun süreli steroid etkisinden korumak açısından tavsiye edilir.

Larenksi hedef alan topikal veya sistemik steroid kullanımı tartışmalıdır. İndikasyonun sınırlı ve spesifik oluşuna inanmaktayız. İnfeksiyöz olmayan mukozada şişme ve kalınlaşma yeri kronik inflamasyona yol açan etkilere tam veya modifiye ses istirahati yanında steroid kullanılabilir. Kronik larenjitli hastalarda irritanların ortadan kaldırılmasının yanı sıra ses tedavisi ve steroid kullanılabilir. Bu tedavi sınırlı bir süre için verilmelidir. Cevapsızlık durumunda mikrolarenşoskopi ve biyopsi düşünülmelidir. İkinci bir kullanım da seçilmiş cerrahilerde reinke'nin potansiyel boşluğuna küçük bir miktar steroid enjeksiyonudur (10). Komplikasyon olmaksızın seçilmiş vokal kıvrım cerrahilerinden sonra inflematuvar bir cevap şekli olarak inhalan formlar kullanılabilir. Son olarak spiker ve şarkıcılarda enfeksiyon olmaksızın ve tedavi uygulanabilir. Çok kısa süreli yüksek doz sistemik steroid kullanımı ile şişlik azalır. Bazıları da tam düzelmeden sonra bile uzun süreli ses istirahatını uygun bulur.

Medikal tedavide iki nokta göz önüne alınmalıdır: Birincisi topikal steroidlerden önce topikal ilaçlar kullanılır. Larengolojistin kullandığı bazı ilaçlar: Mono-p-chlorphenol, hafif topikal anestezikler

hafif vazokostriktörler, sulphur vapors ve diğer şiflik azaltan ilaçlar, sedatifler ve ileşmeyi teşvik edemler. Her ne kadar bazı klinisyenler ve hastalar bu tedavinin etkili olduğuna inanıyorsa da bu konuda objektif bir rapor henüz mevcut değildir. İnhalan steroidler tercih edilen şekillerdendir. İkincisi kullanılan ilaçların yan etkileri düşünölmelidir. Antidepressan, dekonjestan, antihipertansif ve benzeri ilaç kullanan hastalarda aşikar bir boğaz ve larenks kuruluğu olabilir, böylece kortlar kurur ve selim hastalıkların gelişimini daha uygun ortam hazırlar. Her hastada mutlaka bunlarda sorulmalıdır.

Ses tedavisi: Bu antitenin oluşunda sesin yanlış kullanılmasının da payı olduğundan selim mukozal hastalıklarda ses tedavisi gereklidir. Bazen olay ses sağlığı ve optimal vokal teknik yardımı ile düzelir. Preoperatif devrede ses tedavisi uygulanabilir. Cerrahiden sonra kısa süreli kesin bir ses istirahati uygulanır (1).

Ses terapistinin iki amacı vardır. İlki geniş bir hikaye olmalıdır. Hikaye sesi etkileyen faktörleri, önceden geçirilen operasyonları ses kullanımını, sigara kullanımını, aile durumunu kapsar. Bu hikaye ses hijyenine kötü etkili olan faktörleri ortaya koyar. İkincisi vokal yapının fonksiyonunu ortaya koymak, objektif ölçümler ve kayıtlardır. Yüksek kaliteli teybe kayıt akustik analizi, sipirometrik testleri, elektro glottografi gibi. Sonra tüm veriler bir araya getirilerek tanı için kullanılır.

Komuşma patolojisti iki alanda hastaya yardımcı olabilir. Birincisi hijyeni bozan faktörlerin ortaya çıkarmaktır. Alışkanlıkları ve yaşam koşulları araştırılır. Gerekli değişiklikler yapılır. İkincisi hastaya vokal teknik öğretilir. Hastaya sağlıklı ses çıkartması öğretilir. Abdominal göğüs larengeal fasial bölgeler kullandırılır. Elektro miyografi, elektro glottografi, kuvvet ölçüsü, hava akımı ölçümü gibi yöntem-

ler yardımı ile bir biyofeedback aleti ile teknik öğretilir (3).

Cerrahi genel prensipleri: Spesifik tekniklerde farklılık olmasına rağmen selim mukozal hastalıklarda mikrolarengeal cerrahi teknikleri benzerdir. Cerrahi için vokal kord tabakaları çok iyi anlaşılmalıdır. İlk prensip: Lezyon selimdir ve mukozal Reinke'nin potansiyel boşluğu ile sınırlıdır ve amaç doğrudan en iyi sesi sağlamaya yöneliktir. Daha önce de söylendiği gibi ses kaynağı olarak mukoza esas yapıdır. Bu yüzden aşırı bir teknik dikkat ve mikroskop kullanımı gerektirir (12).

Cerrahinin her şekilde uygun alet seçimi gereklidir. Tam donanımlı bir set olmalı: Larengoskop, mikrolarengeal forseps, makas, dissektör ve larengeal pıçak. Kleinsasser'in (1979) not ettiği gibi bir tecrübeli cerrah için daha az alet yeterli olabilir.

Lazer git gide daha zaruri olmaktadır. Mikrodisseksiyon da en az lazer kadar etkilidir. Cerrah her ikisini de yeterli olmalıdır. Norris ve Mullarky (1982) lazer ile cerrahiye özellikle doku tamiri açısından avantajlı kabul etmişlerdir. Bu karşılık Duncarage ve Torshill (1884) striping ile daha az ödem, daha kolay debriz, daha kolay iyileşme olduğunu öne sürmüşlerdir. Operasyon sırasında Reinke'nin potansiyel boşluğuna steroid enjeksiyonu cerrahi epitelyumla sınırlı ise inflamasyon, skar, granülom olmaksızın iyileşmeye yardım eder. Sonra konuşma patolojisti ile birlikte ses tedavisi uygulanmalıdır (7,16).

İyi bir sonuç için tanı doğru konulmalı, hasta uygun ses kullanımını alışabilmeli, teknik iyi uygulanmalıdır. O zaman ses kalitesi genellikle iyi olur. Ama bazen cerrahiden sonra kötüleşebilir de. Cerrahiden önce hastaya bütün olasılıklar anlatılmalıdır.

Mukozal Bozukluklar

1- Vokal nodüller: Bunlar genellikle erkek çocuklarda ve genç kadınlarda görülür. Bu kişiler görüldüğü ağırsif olmaları ile karakterizedirler. Nodüller bazı gruplarda meslek hastalığı şekildedir: Öğretmenler, telefon operatörleri, eğlendiriciler, şarkıcılar, çocuklu anneler.

Glottik boşluğun arka 1/3'ünde aritenoid uzandığından ön 2/3'lük kısmı vibrasyona katılır. Yüksek hızlı sinematografi veya video stromoskopi yardımı ile vibrasyon sırasında mukozal dinamikler incelenirse vokal kıvrımların her vibrasyon siklusunda hızla çaptıkları görülür. Vokal kordların vibratuvar veya membranöz kısmının ortasında travma maksimumdur. Şiddetli veya uzamış vibrasyon ödemi ile vasküler konjesyona neden olur. Mukozadaki anormal strese karşı bu reaksiyon normaldir. Submukozada basit sıvı toplanması akut suistimal veya sesin aşırı kullanımı sonucudur, uzun sürdüğünde hiyalinizasyon ve organizasyon olur. Vokal nodülün gerilenmesine karşılık bu şikayetler kolaylıkla geri döner. Erken nodüllerin sıvı toplanmasından ibaret olduğu düşünülüyor. Matur nodüllerde ise bazı maddelerin depolanması ile ödemin organizasyonu söz konusudur. Tam olamayan glottik tıkanma ses değişiklikleri ile sonlanır.

Ayna ile kord vokaller görülür. Kordlarda lokalize şişme görülmesi tanıda anahtardır. Nodül genellikle ön 1/3 ile orta 1/3'ün birleşme noktasındadır. Bazan tam ortada görülür. Nodülün boyutu, rengi, simetrisi, konturları, süresine ve sesin kullanımına bağlı olarak değişir. Nodülün boyutu ile sese yaptığı etki arasında kolerasyon vardır. Nodül travmanın en fazla olduğu noktada bulunur (18,19).

Yüksek kalitede odyo kaydı ve 35 mm kamera veya video kaydı tedaviden önceyi tedavi esnasını ve sonrasını karşılaştırma olanağı veran dökümantasyonu ortaya koyar.

Tedavi: Medikal olarak genel hidrasyonu sağlayarak iyi bir larengeal nemlilik sağlamaktır.Ses tedavisi önemlidir.Ses kullanımı etyolojide önemli bir yer tutar.Tek başına ses istirahati nodülde tam bir düzelme sağlayabilir veya lezyon görünür kalsada şikayetler düzelir.Şikayetlerin kaybolması ile lezyomun kaybolması arasında zayıf bir kolerasyon vardır.Cerrahi tedavi,diğer tedaviler sonuçsuz kalınca uygulanır.Lazer veya mikrodisseksiyonla alınabilir.Stripping-den vaz geçilmelidir,ses istirahatinin süresi tartışmalıdır.Hafif vibrasyonu mukozanın kaplanmasına olumlu etkisi olur (10,18).

Unilateral vokal kord polibi:

Her grupta görülebilir fakat özellikle ses suistimali yapanlarda veya güldürücü ortamda çalışanlarda olur.Bu antitede söz konusu polip teşekkülünün en iyi şekli bilindiği gibi aşırı vokal hareket sırasında vokal kordda kapiler büloka olduğu düşünülmüştür.Kan ekstra vaze olur ve ödem sıvısı toplanır.Özellikle ses hemen dinlenmeye alınmazsa teşekül eden polip organize olabilir.Mikroskopik muayenede zengin vasküler stroma ve hiyalinizasyon olabilir.Bazan ise ödematöz görünüm gömülür (11,13).

Bir spor karşılaşmasında aşırı bir ses,efor ve aniden sese çatlama ile karakterizedir.Fizik muayenede büyük,Unilateral nodül lokalizasyonda bir kitle hemorajik görünümündedir.Fonasyon sırasında hareket eder,fonasyonu engeller.Pediküllü olan ise solunum sırasında da hareketlidir.Tanı testleri daha önce söz edilen kayıt içeren yöntemlerdir.

Tedavi: Ses tedavisi ilk denenen tedavidir.Definitif tedavi cerrahidir.Dikkatle alındığı taktirde kort eski görünümüne,seste normale döner (1,4,6,12,18).

Bilateral diffüz polipozis (Kronik Reinke's ödemi):

Uzun süre sigara içen orta yaşlılarda olur. Sigara ve sesi kötü kullananlarda ikisi birlikte etkilidir. Kronik ses suistimalinde ödem vasküler konjesyon ve venöz stas ile sonuçlanır. Polipoid değişiklikler kalıcıdır ama düzenli ses kullanımı ile ödem azılabilir. Sigara içen ve sesini kullanan orta yaşlılarda seste düşme tırmalayıcı şekle dönmüşüm tanıyı destekler. Muayene bulguları: Simetrik, soluk, sulu görünümde kort vokal siniri bozan görünüm. Hava yolunda anlamlı bir daralma bile yapabilir. Tanı testleri vizüel ve audiol yönteme dayanır (9,18,19).

Tedavi: Sigara içimi durdurulur, hipotiroidizm şüphesinde tiroid testleri yapılır. Vokal terapi ile optimal kord hareketleri sağlanır. Yalnız bunlarla poliplerde gerileme olur. Tanı şüpheli olunca veya tedavi cevapsız kalınca cerrahi usulle mukoza suyulur. Uygun bir teknikle ses bir kaç hafta içinde kabul edilebilir bir tona gelir(2).

Glottik sulkus:

Bu antite kronik larenjitli hastalarda ve sesini yanlış kullananlarda sık görülür. Orijini bilmemekteyiz. Akkizmi yoksa konjenitalmi tartışması mevcuttur (4,15). Kordun serbest kenarına paralel bir epitelial çizgi vardır. Hastanın hikayesinde sesi kötü kullanım ve tekrarlayan ses çatlamamaları vardır. Muayenede beklenenden daha az bulgu vardır. Fibroskopik değerlendirilmede vibrasyonu azalmış bir segment görülür. Bazan tanı yalnız mikrolarengoskopi ile konulabilir.

Tedavi: Muayene bulguları zayıf ise ses tedavisi uygulanır. Kesin tanı konulduktan sonra tedavi cerrahidir. Glottik sulkusun alınmasında adımları Bauhayec ve arkadaşları (1985) tanımlamıştır (4).

Postsurgical dysphonia:

Nadiren endolarengeal cerrahiden sonra hastada kalıcı bir dis-

-15-

foni olur ve ses preoperatif durumundan daha kötü kalır. Nedeni vokal kordlarda katılır, korda sınırında kitle, aşırı striping, granuloma, idiopatik irregülasyon, derin eksizyon sonucu mukozanın korda yapışması, polipektomilerde mukozanın yetersiz alınmalarıdır.

Anemnezde geçirilmiş bir ameliyat hikayesi tüm olgularda vardır. Orjinal lezyon mutlaka aranmalıdır. Yeni metodlar özellikle videostroboskopi çok çok yararlıdır. Bu teknikler kitlenin tam analizine, asimetri alanının ve mukozanın vibrasyon paterninin ortaya konmasını sağlar. Tanı kesin konur ve tedavi planlanır.

Tedavi: Ses tedavisi ve cerrahi tedavi geklinindedir. Disfonide sesin yanlış kullanımı önemli rol oynuyorsa tedavide ses tedavisi ağırlıklıdır. Ses tedavisi cerrahin başarısında arttırır. Reoperasyona karar verilmeden önce uzun bir süre beklenmelidir. Çünkü bir kaç ay içerisinde idiyopatik olarak lezyon gerileyebilir. Spesifik cerrahi veya bir kitle görülüyorsa alınmalı ve incelenmelidir. Gelfoam enjeksiyonu özellikle erken postoperatif dönemde faydalıdır. Cerrahi her vakada mukozanın vibrasyonunun düzeltilmesini, kordun kenar mobilitesini ve kenar konfigürasyonunu düzeltilmesini sağlamaya yönelik olmalıdır (20).

Contact granuloma:

Çok aşırı derecede bağırان insanlar da görülür. Avukatlarda pazarlarda, öğretmenlerde, bar çarkıcılarında sıktır. Sık sık öksürme ve boğazını temizleme alışkanlığı olanlarda da görülür. Posterior larenksitiden asid reflüsü olanlarda katkıda bulunan önemli bir faktördür (8).

Aritenoid kartilajda vokal prosessusunda ve perikondriumunda inflamasyon başlar. Boğaz temizleme, öksürme ve sesin başlangıcında aritenoidlerin kuvvetli hareketiyledir. Sesin aşırı kullanımı sonucu asid reflü olabilir, bu da inflamasyonu arttırır. Aslında travmatize alanda

ülserasyon ve granüloma oluşur.Tanıda dikkatlice ses kullanım alışkanlığı sorgulanır.Asit reflüsü şüphesine karşı gegirmesi olup olmadığı, sabahları sesin daha düşük olup olmadığı,yine sabahları boğazda kötü tad ve yanma olup olmadığı sorulur.Muayenede aritenoid bölgesinde vokal prosesunda eritem görülür.Bu bilhassa asit reflüsü olanlarda sıktır.Beyazımsı ülserasyon veya granülom görülür.Bunlarda aritenoid kartilajın vokal çıkıntısındadır.

Tedavi: Reflü giderilmelidir.Antiasit veya anti sekretuar ajanlar,örneğin simetidin,kızarmış yemeklerden sakınma,kafein ve yatmadan evvel yemek yeme yasaklanır.Steroid inhalasyonu denenebilir.Ses tedavisi yine vokal procedeki stresi azaltmakta önemlidir.Boğaz temizleme ve öksürme alışkanlığından vazgeçilir.Bu tedavi sonuçsuz kalırsa; ekrofitik,pediküllü bir lezyon varsa ve lezyonun yapısı şüpheli ise cerrahiye baş vurulur.Vokal çıkıntısının perikondriumuna çok dikkat edilmeli ve hem hasta hem de doktor başarısızlığa hazır olmalıdır.

Intubasyon Granulomu:

Akut veya kronik entubasyon,sert bronkoskopi,endolarengeal cerrahi larengeal maniplasyonun sonucu olarak görülür.Direkt travma vokal çıkıntısının perikondriumu yok eder ve reperatif granulom gelişir.Bu epitelize olmadan önce epey büyüktür.Pediküllü olabilir.Fakat birkaç ay içinde gerileyebilir (10).

Hikayede direkt bir girişim tarif edilir.Ses çok anormal değildir.Membranöz kısmını etkilemez.Fonasyon esnasında kordun altına veya üstüne doğru yer değiştirir.Boyutu değişebilir,ama sıklıkla büyük sferik pediküllüdür.Direkt olarak bilateral vokal çıkıntı tutulabilir.

Tedavi: Hikaye ve fizik muayene birbirine uygun değilse beklenmelidir.Granulom yeri ve aktif ise inhalant steroid kullanılır.

Ses tedavisi yine yardımcıdır. Zamanla ve bu yöntemlerle tam olarak geriler. Ancak motur ve inatçı ise cerrahi gerekir. Perikondriumun zedelenmesi için de çok dikkatli olunmalıdır. Postoperatif olarak inhalan steroid verilebilir.

Benign mukal hastalıklar hasta için zor olduğundan ve insidansı sık olduğundan dolayı önem arz etmektedir. Tanı kesin konulmalı, tedavi tam olarak planlanmalı ve dikkatli uygulamalıdır.

MATERYAL VE METOD

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi K.B.B.Anabilim Dalımıza 1.1.-1983 tarihinden 1.7.1988 tarihine kadar müracaat eden larengeal benign mukozal değişikliği mevcut olan,tanısı konulan ve medikal,cerrahi tedavisi uygulanan 61 vakadan oluşmaktadır.Bu vakaların yaşa ve cinse göre dağılımları,coğrafi dağılımı,mesleki dağılımı,lezyonun yeri,patolojik raporu,şikayet,alışkanlıkları ve tedavileri yönünden araştırıldı.

Bunun için vakalara şu muayene ve tetkikler yapıldı:

- 1- Anemnez: Vakaların yaş,cins,şikayeti,sigara içme alışkanlığı,mesleği,kronik sinüsit ve akciğer enfeksiyonlarına ilişkin şikayetleri öğrenildi.
- 2- Fizik muayene: Tam bir Kulak-Burun-Boğaz muayeneleri yapıldı.
- 3- Hematolojik tetkikler: Hemoglobin,lokosit sayımı,sedimentasyon hızı ve periferik yayma.
- 4- Metabolik tetkikler: Açlık kan şekeri,kanda üre.
- 5- Radyolojik tetkikler: Waters ve PA akciğer grafisi
- 6- Post operatuvar histopatolojik tetkik yapıldı.

BULGULAR

1.1.1983-1.7.1988 tarihleri arasında Anabilim Dalımıza müracaat eden selim mukozal değışiklikler tanısı konulan ve tedavisi yapılan 61 vakanın sayıları,yaş ve cinse göre dağılımları,coğrafi dağılımı, mesleği,alışkanlığı,şikayeti,patolojinin lokalizasyonu,histopatolojik tetkiki aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir.

Adı No. Soyad.	Protokol No.	Yaşı	Cinsi	Coğrafi dağılımı	Mesleği	Alışkanlığı
H.Ç.	92/2456	50	E	Diyarbakır	Memur	Yok
A.D.	269/5598	41	E	Mardin	Şoför	Yok
A.A.	253/5384	35	E	Diyarbakır	Tamirci	Sigara kullanıyor
H.Z.	332/9493	25	E	Mardin	Ağcı	Sigara kullanıyor
E.B.	345/10633	48	E	Diyarbakır	Memur	Sigara kullanıyor
H.G.	202/4290	35	K	Diyarbakır	Ev hanımı	Yok
M.T.	200/4293	37	E	Mardin	Öğretmen	Yok
Ş.E.	169/2732	29	E	Diyarbakır	Çiftçi	Sigara kullanıyor
A.Ö.	124/1944	42	E	Diyarbakır	Memur	Sigara kullanıyor
R.K.	128994/2479	30	E	Bingöl	Çiftçi	Sigara kullanıyor
R.A.	131828/3086	49	E	Hakkari	Çiftçi	Sigara kullanıyor
A.B.	134890/3985	40	E	Siirt	Çiftçi	Sigara kullanıyor
R.A.	134176/5109	34	E	Sinop	Memur	Yok
S.İ.	115752/14527	44	K	Mardin	Ev kadını	Yok
F.İ.	149653/4047	52	E	Urfa	Memur	Sigara kullanıyor
İ.T.	109/2471	26	E	Kars	Öğretmen	Sigara kullanıyor
A.D.	268/9394	45	E	Diyarbakır	Memur	Sigara kullanıyor
N.E.	314/3914	57	E	Siirt	Emekli Me.	Yok
C.K.	172/3254	45	E	Siirt	Ev hanımı	Yok
İ.D.	208824/7804	43	E	Mardin	Çiftçi	Sigara kullanıyor
S.G.	186844/5583	31	E	Mardin	Mahküm	Sigara kullanıyor
A.S.	196185/3193	49	E	Diyarbakır	Serbest	Sigara kullanıyor
H.G.	195243/3727	44	K	Diyarbakır	Ev kadını	Yok

Sıra No.	Adı Soy.	Protokol No.	Yaşı	Cinsi	Coğrafi dağılımı	Mesleği	Alışkanlığı
24	Ş.A.	197743/3921	40	E	Urfa	Serbest	yok
25	Y.A.	199244/13821	38	E	Diyarbakır	Serbest	Sigara kullanıyor
26	N.E.	205884/7440	26	E	Muş	Öğretmen	Sigara kullanıyor
27	A.T.	187347/1868	35	E	Muş	Memur	Sigara kullanıyor
28	E.Ç.	183057/16450	47	K	Mardin	Ev kadını	yok
29	M.Ü.	174687/14097	56	K	Diyarbakır	Ev kadını	Yok
30	A.Ç.	171668/3024	25	E	Mardin	Serbest	Yok
31	M.D.	168682/12738	30	E	Van	Serbest	Sigara kullanıyor
32	A.B.	245784/1193	61	E	Siirt	Serbest	Sigara kullanıyor
33	A.A.	084281/7467	34	E	Adıyaman	Mahkum	Sigara kullanıyor
34	M.D.	013355/7829	32	E	Mardin	Fırıncı	Sigara kullanıyor
35	C.E.	001755/1535	45	E	Mardin	Memur	Sigara kullanıyor
36	R.Y.	252944/7008	39	E	Diyarbakır	Serbest	Sigara kullanıyor
37	S.O.	252941/7012	28	E	Urfa	Öğrenci	Sigara kullanıyor
38	A.Ö.	247008/2993	42	E	Mardin	Serbest	Sigara kullanıyor
39	S.K.	246044/2304	42	E	Diyarbakır	Çiftçi	Sigara kullanıyor
40	B.K.	119926/217	35	K	Diyarbakır	Ev kadını	Yok
41	A.G.	128678/2426	46	E	Diyarbakır	Serbest	Yok
42	K.P.	08324/5145	46	E	Urfa	Serbest	Yok
43	M.C.	082893/5457	48	E	Diyarbakır	Serbest	Sigara kullanıyor
44	F.N.	087404/6045	43	E	Urfa	Serbest	Sigara kullanıyor
45	M.D.	089092/6358	17	E	Diyarbakır	Öğrenci	Sigara kullanıyor
46	K.P.	090572/6899	32	E	Diyarbakır	Memur	Sigara kullanıyor
47	Z.E.	116858/14145	39	K	Diyarbakır	Ev kadını	Yok
48	S.B.	005010/1134	36	E	Siirt	Memur	Yok
49	S.A.	006508/1125	18	K	Diyarbakır	Ev kadını	Yok
50	A.S.	015874/4973	30	E	Urfa	Öğretmen	Sigara kullanıyor
51	F.Ç.	024293/6354	43	E	Diyarbakır	Serbest	Yok
52	S.G.	020063/6491	68	K	Urfa	Ev kadını	Yok
53	T.A.	039536/8556	58	K	Diyarbakır	Ev kadını	Sigara kullanıyor
54	A.K.	049797/215	62	E	Siirt	Emekli Me.	Sigara kullanıyor
55	H.K.	049832/11481	55	E	Diyarbakır	Memur	Sigara kullanıyor
56	İ.Y.	046180/13823	36	E	Urfa	Serbest	Sigara kullanıyor
57	M.D.	047330/4217	39	E	Mardin	Memur	Yok

Adı	Protokol	yaşı	Cinsi	Coğrafi	Mesleği	Alışkanlığı
Soy.	No.			Dağılımı		
K.A.	077302/2007	48	K	Hakkari	Ev kadını	Yok
Z.I.	127223/11071	36	K	Diyarbakır	Ev kadını	Sigara kullanıyor
D.Ş.	005706/ayak.	41	E	Diyarbakır	Serbest	Sigara kullanıyor
Ö.H.	084873/7837	37	E	Elazığ	Çiftçi	Sigara kullanıyor

Tablo-1: Larengeal benign mukozal değişikliği mevcut olan olguların yaş,cins,coğrafi dağılımı,mesleği,alışkanlığı gösterilmiştir.

Adı	Şikayeti	Lezyonun yeri	Histopatolojik	Tedavi
Soyad.			Tetkiki	
H.Ç.	Boğazda ağrı, Ses kısıklığı	Sol 1/3 Arka	İlt.İn,..Polip	Polipektomi.Strip.
A.D.	Boğazda ağrı, Ses kısıklığı	Sol 1/3 Ön	Ses teli nodülü	Polipektomi
A.A.	Seste kalınlaşma	Ön Komisör	Larengeal polip	Polipektomi
H.Z.	Ses kısıklığı	Sağ Ön Komi.	Larengeal polit	Polipektomi
E.B.	Ses kısıklığı	Sol 1/3 Ön	Larengeal Nodül	Polipektomi.Strip.
H.G.	Ses kısıklığı	Sağ-Sol 1/3 Ön	Larengeal polip	Polipektomi.Strip.
M.T.	Ses kısıklığı	Sağ Ön Komi.	Larengeal polip	Polipektomi
Ş.E.	Ses kısıklığı	Sol Ön Komi.	Yok	Polipektomi
A.Ö.	Ses kısıklığı	Sol 1/3 Ön	sesteli nodülü	Polipektomi.Strip.
R.K.	Ses kısıklığı	Ön komissur	Yok	Polipektomi
R.A.	Ses kısıklığı	Ön komissur	Yok	Polipektomi
A.B.	Ses kısıklığı	Sol 1/3 Ön	Larengeal polip	Polipektomi.Strip.
R.A.	Ses kısıklığı	Sağ orta kısım	Larengeal polip	Polipektomi
S.İ.	Ses kısıklığı	Sol 1/3 Ön	Yok	Polipektomi
F.İ.	Ses kısıklığı	Sağ ön komi.	Larengeal polip	Polipektomi
İ.T.	Ses kısıklığı	Sol 1/3 Ön	Polipoid izlenim	Polipektomi.Strip.
A.D.	Ses kısıklığı	Sağ 1/3 Ön	Larengeal polip	Polipektomi
N.E.	Ses kısıklığı	Sol orta kısım	Larengeal polip	Polipektomi.Strip.
C.K.	Ses kısıklığı	Sağ 1/3 arka	Yok	Polipektomi
İ.D.	Ses kısıklığı	Sol orta kısım	Larengeal polip	Polipektomi

Sıra No.	Adı Soya.	Şikayeti	Lezyonun yeri	Histopatolojik Tetkiki	Tedavi
1	S.G.	Ses kısıklığı-ağ.	Sağ 1/3 Ön	Larengeal polip	Polipektomi
2	A.S.	Ses kısıklığı	Ön komissur	Larengeal polip	Polipektomi
3	H.G.	Ses kısıklığı-ağ.	Sol 1/3 Ön	Yok	Polipektomi
4	Ş.A.	Ses kısıklığı	Sağ 1/3 Ön	Larengeal polip	Polipektomi+Strip.
5	Y.A.	Ses kısıklığı	Sağ 1/3 Ön	Yok	Polipektomi
6	N.E.	Ses kısıklığı	Sağ 1/3 Ön	Larengeal polip	Polipektomi
7	A.T.	Ses kısıklığı	Sağ 1/3 Ön	Larengeal polip	Polipektomi+Strip.
8	E.Ç.	Ses kısıklığı	Sağ 1/3 Ön	Larengeal polip	Polipektomi
9	M.Ü.	Ses kısıklığı	Sol orta kısım	Larengeal polip	Polipektomi+Strip.
10	A.Ç.	Ses kısıklığı	Sağ 1/3 Ön	Yok	Polipektomi
11	M.D.	Ses kısıklığı, Ağ.	Sağ Aritenoid	Larengeal polip	Polipektomi
12	A.B.	Ses kısıklığı	Sol 1/3 Ön	Larengeal polip	Polipektomi
13	A.A.	Ses kısıklığı, Ağ.	Sol 1/3 Ön	Larengeal polip	Polipektomi
14	M.D.	Ses kısıklığı	Sağ 1/3 Ön	Yok	Polipektomi+Strip.
15	C.E.	Ses kısıklığı	Sol 1/3 Ön	Yok	Polipektomi
16	R.Y.	Ses kısıklığı	Sol 1/3 Ön	Larengeal polip	Polipektomi
17	S.O.	Ses kısıklığı	Sol 1/3 Ön	Larengeal polip	Polipektomi
18	A.Ö.	Ses kısıklığı	Sağ 1/3 Ön	Larengeal polip	Polipektomi
19	S.K.	Ses kısıklığı	Sağ 1/3 Ön	Larengeal polip	Polipektomi+Strip.
20	B.K.	Ses kısıklığı	Sağ 1/3 Ön	Larengeal polip	Polipektomi
21	A.G.	Ses kısıklığı	Sağ 1/3 Ön	Larengeal polip	Polipektomi+Strip.
22	K.P.	Ses kısıklığı	Sağ-Sol Arka	Larengeal polip	Polipektomi
23	M.C.	Ses kısıklığı	Sağ-Sol 1/3 Ön	Larengeal polip	Polipektomi
24	F.V.	Ses kısıklığı	Sağ 1/3 Ön	Larengeal polip	Polipektomi
25	M.D.	Ses kısıklığı	Sol 1/3 Ön	Yok	Polipektomi
26	K.P.	Ses kısıklığı	Sol 1/3 Ön	Larengeal polip	Polipektomi+Strip.
27	Z.E.	Ses kısıklığı, Ağ.	Sol 1/3 Ön	Larengeal polip	Polipektomi
28	S.B.	Ses kısıklığı	Sağ 1/3 Ön	Larengeal polip	Polipektomi
29	Ş.A.	Ses kısıklığı	Sol 1/3 Ön	Larengeal polip	Polipektomi
30	A.Ş.	Ses kısıklığı	Sol orta kısım	Larengeal polip	Polipektomi+Strip.
31	F.Ç.	Ses kısıklığı, Ağ.	Sol Ön komissur.	Yok	Polipektomi
32	S.G.	Ses kısıklığı	Sağ 1/3 Ön	Yok	Polipektomi
33	T.A.	Ses kısıklığı, Ağ.	Sağ 1/3 Ön	Larengeal polip	Polipektomi+Strip.

Adı Soya.	Şikayeti	Lezyomun yeri	Histopatoloji Tetkiki	Tedavi
A.K.	Ses kısıklığı	Sol 1/3 Ön	Larengeal polip	Polipektomi
H.K.	Ses kısıklığı	Sağ 1/3 Ön	Larengeal polip	Polipektomi
İ.Y.	Ses kısıklığı	Sağ 1/3 Ön	Yok	Polipektomi
M.D.	Ses kısıklığı	Sol 1/3 Arka	Larengeal polip	Polipektomi-Strip.
K.A.	Ses kısıklığı	Sağ 1/3 Ön	Larengeal polip	Polipektomi
Z.İ.	Ses kısıklığı	Sol 1/3 Ön	Yok	Polipektomi
D.Ş.	Ses kısıklığı- Dispne	Sol 1/3 Ön	Larengeal polip	Polipektomi
O.H.	Ses kısıklığı	Sağ 1/3 Ön	Larengeal polip	Polipektomi

Tablo-II: Larengeal beniga mukozal değişikliği olan olguların şikayeti,lezyomun yeri,histopatolojik tetkik ve tedavi yöntemleri gösterilmiştir.

T A R T I Ş M A

Larengeal benign mukozal değişikliği olan 61 olgunun Tablo-I'den de anlaşılacağı gibi en düşük yaş 17 yaşı, en yüksek yaş 68 yaşı göstermektedir. Ortalama yaş 40-25 bulunmaktadır. En fazla 30-40 yaş grubunda, ikinci sırayı 40-50 yaş grubu oluşturmaktadır.

Cinse göre dağılımına gelince 61 olgunun 49 (% 80.32) erkek, 12 (% 19.68) kadındır. Erkeklerde kadınlara nazaran dört kat fazla görülmüştür. Yaş ve cinse ait dağılımlar literatür verilerine uygunluk göstermektedir (5,7,11).

Olguların coğrafi dağılımına gelince; ilk sırada Diyarbakır 25 (% 40.98) olgu, ikinci sırada Mardin 12 (% 19.67) olgu, üçüncü sırada Urfa 8 (% 13.11) olgu, ve sonra Siirt 6 (% 9.83) olgu, Muş 2 (% 3.29) olgu, Hakkari 2 (% 3.29) olgu, Adıyaman 1 (% 1.64) olgu, Bingöl 1 (% 1.64) olgu, Elazığ 1 (% 1.64) olgu, Kars 1 (% 1.64) olgu, Sinop 1 (% 1.64) olgu, Van 1 (% 1.64) olgu görülmektedir. Bölgesel bir özellik arz etmektedir. Ses sistimali ve sigara başlıca sorumlulardır.

Mesleki durumlarına gelince; Birinci sırada serbest meslek icre eden 15 (% 24.59) olgu, ikinci sırada memur 14 (% 22.95) olgu, üçüncü sırada ev hanımı 13 (% 21.31) olgu, ve sonra çiftçi 7 (% 11.47) olgu, Öğretmen 5 (% 8.19) olgu, Öğrenci 2 (% 3.29) olgu, Mahkum 2 (% 3.29) olgu, Aşçı 1 (% 1.64) olgu, Fırıncı 1 (% 1.64) olgu, Şoför 1 (% 1.64) olgu, Tamirci 1 (% 1.64) olgu görülmektedir. Literatür verilerine uygun olup özellik arz etmemektedir (10,11,17).

Olguların alışkanlıklarına gelince; Sigara içme alışkanlığı 38 (% 63.93) olguda, Alışkanlığı mevcut olmayan 23 (% 36.07) olgu görülmek-

tedir. Burdanda benign mukozal değişikliklerin etyolojik faktörlerinde, sigaranın öneminin büyük olduğu görölmektedir (11,15,17).

Olguların şikayetlerine bakacak olursak hemen tümünde disfoni mevcuttur. Bunun yanında dispne ve boğazda ağrı şikayetlerinde görölmektedir. Larengeal benign mukozal değişikliğin yerine ve büyüklüğüne bağlı olarak ses kısıklığına ilaveten diğer septomlarda görölmektedir.

Larengeal benign mukozal değişikliklerde olgularımızdaki lokalizasyon en fazla sağ 1/3 ön kordta 24 (% 36.92) olgu, sonra sol 1/3 ön kordta 21 (% 32.30) olgu, ön komissura da 8 (% 12.30) olgu, sol orta kordta 4 (% 6.15) olgu, sağ orta kordta 3 (% 4.61) olgu, Sol orta kordta 3 (% 4.61) olgu, sağ orta kordta 1 (% 1.53) olgu, arka komissurda 1 (% 1.53) olgu tesbit edilmiştir. Bu bulgulara göre benign mukozal değişiklikler en fazla ses tellerinin 1/3 ön kısımlarında gelişmektedir. Bu da literatür verileri ile uygunluk göstermektedir (5,10,11).

Histopatolojik tetkiklerine gelince; Olgularımızın dosyalarında mevcut olan histopatolojik raporlara göre, 43 (% 70.49) olguda polip, 3 (% 4.61) olgu da nodül, 15 olgunun histopatolojik bulunamamasıdır. Literatürle karşılaştırıldığında polip sayısının yüksek olduğu görölmektedir. Bu da bölgede hastaların ses değişikliklerine pek önem vermedikleri ve ancak lezyon büyüdükten sonra doktora bağ vurdukları içindir (5,10,11).

Olgularımızın tedavi yöntemlerine gelince; Tablo-II den de anlaşılaçağı gibi 61 larengeal benigna mukozal değişikliği olan olgularda cerrahi tedavi uygulanmıştır. Bunların 44 (% 72.13)'üne yalnız polipektomi işlemleri, 17 (% 27.87)'sine de polipektomi+ Striping işlemleri uygulanmıştır.

Bu cerrahi müdahaleler Anabilim Dalımızda mevcut imkanlar içinde, endotrakeal entübasyonlu genel anestezi ile direkt larengoskopi al-

tında cup forceps`le ve bir iki basit larengeal forceps`le uygulanmıştır.

Bu günün teknik imkanları larengeal benign mukozal değişikliklerin cerrahi tedavisinde mikrodisseksiyon yanında laser`de zaruriyet kazanmaktadır.Doku tamiri açısından başarı ile cerrahiyi avantajlı kabul edenlerde mevcuttur (16).Buna karşılık striping`i daha az ödem,daha kolay debrıs,daha kolay iyileşme olduğunu destekliyenler de çoğunluktadır (7).

Anabilim dalımızda bu imkanlarımız mevcut olmadığından,kendi imkanlarımız çerçevesinde direkt larengoskopi altında polipektomi ve polipektomi+ striping işlemlerini uyguladık.Post operatuvar olarak en az iki gün,en fazla beş gün larengeal ödem ve inflamasyon için sistemik steroid enjeksiyonları uygulandı.Medikal tedavi yanında post operatuvar üç veya beş günlük kısa süreli kesin bir ses istirahati uygulanarak ses tedavisi de yapılmıştır.

Uygulamalardan % 70`e yakın iyi sonuçlar alınmıştır.Bunun yanı sıra % 25 zayıf sonuç,% 5 olguda da kötü sonuç olduğu görülmüştür.Zayıf ve kötü sonuçlu olgular ses terapisti ve imkanı geniş olan merkezlere gönderilmiştir.Akibetleri takip edilmiş,hemen hemen tümünün sonuçları iyileşmiştir.

Ayrıca ses hijyenini bozan alışkanlıklardan hasta mümkün olduğu kadar uzaklaştırılmıştır.

S O N U Ç

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı Polikliniklerine 1.1.1983 tarihinden 1.7.1988 tarihine kadar beş buçuk yıllık bir süre içerisinde müracaat eden larengeal benign mukozal değişiklikler tanısı konulan 61 olgusunun yaşa ve cinse göre, coğrafi dağılımı, mesleği, alışkanlığı, şikayeti, lezyomun yeri, histopatolojik tetkiki, ve tedavi sonuçları yönünden araştırılarak şu sonuçlar elde edilmiştir.

1- Olguların 49 (% 80.32)'si erkek, 12 (% 19.68)'si kadındır. En küçük yaş 17, en yüksek yaş 68 olup ortalama yaş 40-25, en fazla 30-40 yaş grubunda görülmüştür.

2- Coğrafi dağılımı itibariyle en fazla olgu Diyarbakır ilinden 25 (% 40.98), ikinci sırada Mardin 12 (% 19.67), üçüncü sırada 8 (% 13.11) olgu ile Urfa yer almaktadır. Nedeni ses suistimali ve sigara tiryakiliğinin fazlalığı gösterilmiştir.

3- Mesleki dağılımlarında ise serbest meslek 15 (% 24.29), ikinci sırada memur 14 (% 22.95), üçüncü sırada ev hanımı 13 (% 21.31) ve sonra çiftçi, öğretmen, öğrenci gelmektedir.

4- Sigara içme alışkanlığı % 63.93 olarak bulunmuştur.

5- En fazla ses kısıklığı şikayeti, bunun yanında ağrı ve dispne'ler de görülmüştür.

6- Lokalizasyon yönünden, sağ 1/3 ön % 36.92, sol 1/3 ön % 32.30 olarak, toplam 1/3 ön kısımda % 69.12 olarak bulunmuştur.

7- Histopatolojik olarak % 70.49 larengeal polip, % 4.61 larengeal nodül olarak bulunmuştur. Bu da bölgede kişilerin ses değişikliklerine pek önem vermedikleri ve çeşitli nedenlerle hekime geç baş vurmalarının-

dan kaynaklanmaktadır.

8- Cerrahi tedavi ve direk larengoskop kullanılmış olup % 72.13 olguya polipektomi, % 27.87 olguya polipektomi + striping işlemi uygulanmıştır. Sonuçlar yüz güldürücüdür.

Ö Z E T

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalına 1.1.1983 tarihinden 1.7.1988 tarihine kadar müracaat eden larengeal benign mukozal değişikliği olan 61 olgunun yaş,cins,coğ-rafi dağılımı,lokalizasyonu,histopatolojisi ve tedavisi üzerinde durulmuştur.Elde edilen sonuçlar literatürle karşılaştırılmıştır.

K A Y N A K L A R

- 1- ARNOLD, G.E.: Vocal moduler and polyps: Laryngeal tissue reaction to habituel hyperkinetic dysphonia.3.Specek Hear.Dis.27:205,1962a.
- 2- BAKER, B.M., et al.: Persistent hoorseness after surgical removal of vocal cord lesions, Arch.Otol.107:148,1981.
- 3- BARTON, R.W.: Laryngeal image bioteedback for voice modification. Presented at the fourteenth annuel symposium tor the Core of the Proessional Voice, June 1985, Denver, Transcripsts in Preparation.
- 4- BOUCHAYER, M., et al.: Epidenmoid cysts, sulci, and mucosal bridges of the true vocal cord: a report of 157 cases. Laryngoscope 95:1087, 1985.
- 5- BRODNITZ, F.S.: Result and limitations of vocal rehabilitation, Arch. Otol.77:148,1963.
- 6- Cumming, C.W., et al.: Atlas of laryngeal surgery, St.Louis, 1984, The C.Y.Mosby Co.
- 7- DUNCAVOGE, J.A., and TOOHILL, R.J.: Wound healing of true vocal cord squamous epithelium follawing CO₂ Laser Surgery Compres, June 1984, Chicago.
- 8- GOLDBERG, M., NOYEK, A.M., and PRITZKER, K.P.H.: Laryngeal granuloma secondary to gastro-esophogeal reflux, J.Otol.7:196,1978.
- 9- HIRANO, M.: Clinical exqmination of voice. New York, 1981, Springer verlog N.Y., Jnc.
- 10- JOHN, M.F., et al.: Otolaryngology Head and Neck Surgery, St.Luis, 1986, The C.V.Mosby Com.
- 11- KAMBIĆ, V., et al.: Vocal cord polyps; incidence, histology and pathogenesis, J.Laryngol.Otol.85:609,1981.

- 12- KLEINSASSER, O.: Microlaryngoscopy and endolaryngeal micro Surgery; technique and typical findings, ed. 2, Baltimore, 1979, University Park Press.
- 13- KLEINSASSER, O.: Pathogenesis of vocal cord polyps, Ann. Otol. Rhinol. Laryngo. 91:378, 1982.
- 14- LUCHSINGER, R., and ARNOLD, G.E.: Voice, speech, language, Belmont, Calif., 1965, W. Publishing Co., Inc.
- 15- MICHAELS, L.: Pathology of the larynx, New York, 1984, Springer Verlag N.Y., Inc.
- 16- NORRIS, C.W., and MULLARKY, S.B.: Experimental skin incision made with the carbon dioxide laser, laryngoscope, 92:416, 1982.
- 17- PAPARELLA, M.M., SHUMRICK, D.A.: Otolaryngology, Philadelphia, 1973, W.B. Saunders Co.
- 18- RUBIN, H.J., and LEHRHOFF, I.: Pathogenesis and treatment of vocal nodules, J. Speech Hearing Dis. 27:150, 1962.
- 19- STRONG, M.S., and VOUGHN, C.W.: Vocal cord nodule, and polyps-the role of surgical treatment, laryngoscope 81:911, 1971.
- 20- WOLFE, V.P., and RATUSNIK, D.L.: Vocal symptomatology of postoperative dysphonia, laryngoscope 91:635, 1981.