

# TUMORET BENINJE TE LARINGUT

PUNOI Dr.MIRELA XHELILI

UDHEHOQI Dr. Fatos

Dodbiba

2009

# TUMORET BENINJE TE LARINGUT

Lezionet beninje të laringut përbëjnë një grup të madh patologjish, të cilat mund të prekin çdo strukturë anatomike të laringut dhe të origjinojnë nga struktura histologjike të ndryshme të tij. Ato mund të klasifikohen si: leziona beninje mukozale-vokale, leziona beninje sakulare të laringut dhe leziona beninje tumorale të laringut.



## MUKOZALE- VOKALE

- **Nodujt vokale**
- **Polipet**
  - Polipi vokal i lokalizuar ( Hemorragjik)
  - Polipoza vokale difuze ( Reinke )
- **Kistet**
  - Mukoide
  - Dermoide
- **Variçet ( ektazia mikrovaskulare)**
- **Granulomat**

## LEZIONET



## LEZIONET SAKULARE

- **Kistet sakulare**
- **Laringocela**

## ❖ TUMORET BENINJE

- **Epiteliale ( Papilomatoza respiratore rekurente)**
- **Neuroendokrine**
  - Karcinoidi

- Paragangliomat
- **Mezenkimale**

### **Në tumoret mezenkimale bëjnë pjesë:**

- Tumoret miogjenike
  - Rhabdomyoma
  - Leiomyoma
  - Myoma
  - Myoblastoma
- Tumoret kërcore
  - Chondroma
- Tumoret neurogjene
  - Neurofibroma
  - Neurilemoma (Schwannoma)
  - Mioblastoma celulare granulare
  - Neuroma
- Tumoret vaskulare
  - hemangiomat
  - limfangiomas
  - hemangiopericitomat
- Tumoret dhjimore
  - lipomat
- Teratomat dhe hamartomat

### **PAPILOMATOZA RESPIRATORE REKURENTE ( PPR)**

Papilomatoza respiratore rekurente (PPR) është një sëmundje me etiologji virale, e shkaktuar nga Human Papiloma Virus–HPV, tipi 6 dhe 11, të cilët shkaktojnë leziona ekzofite në rrugët ajrore. Janë evidentuar 2 forma të sëmundjes:

a-Forma

juvenile ( më agresive )

b-Forma e adultit ( më pak agresive)

Papilomatoza respiratore rekurente është tumori benign laringeal më i shpeshtë dhe shkak i dytë më i shpeshtë i ngjirjes së zërit. Incidenca është 2 për 100.000 tek adultët dhe 4 në 100.000 tek fëmijët. Forma juvenile nuk ka predominancë gjinore dhe moshë më e prekur është 2–4 vjeç. Në 75% të rasteve, forma juvenile diagnostifikohet para moshës 5 vjeç. Fëmijët me papilomatozë respiratore, të diagnostifikuar para moshës 3 vjeç, janë 3.6 herë më tepër të rrezikuar të kenë më shumë se 4 ndërhyrje kirurgjikale në vit, për shkak të rekurencave më të shpeshta të sëmundjes në këtë grupmoshë, si edhe 2 herë më tepër mundësi për të pasur përhapje multiple laringeale, në krahasim me fëmijët e diagnostifikuar pas moshës 3 vjeç. Në 13-30 % të rasteve me papilomatozë respiratore të formës juvenile ka njëkohësisht shprehje ekstralaringeale të sëmundjes. Forma adulte ka predominancë më të lartë tek meshkujt dhe moshë më e prekur është ajo 20–40 vjeç. Në 16 % të rasteve papilomatoza respiratore rekurente e adultit ka njëkohësisht shprehje ekstralaringeale. Vendet më të prekura janë kaviteti oral, i ndjekur nga trakea dhe bronket. Forma juvenile ka një zhvillim interesant të lidhur me moshën. Ajo mund të zhduket në mënyrë spontane në pubertet. Nga ky observim klinik mendohet që forma juvenile ka rregullacion hormonal. Megjithatë nuk ka të dhëna për një komponent endokrin të vlefshëm për trajtimin e papilomatozës respiratore rekurente juvenile. Ndryshe nga forma juvenile, forma adulte shpesh zgjidhet vetëm me ndërhyrje kirurgjikale. Megjithëse papilomatoza respiratore rekurente është një tumor benign, ajo ka potencial për një transformim malinj të mundshëm.

**Etiologjia:** HPV ( human papillomavirus ) është agjenti etiologjik i

PPR (papilomatozës respiratore rekurente), i zbuluar në papilomën laringeale në 1982. HPV është gjithashtu shkaktari i kancerit të qafës së mitrës tek femrat, që është kanceri i 2-të femëror për nga shpeshtësia. HPV akuzohet gjithashtu për kancerin anogenital. HPV është një DNA virus, i pakapsuluar, me dy vargje DNA ~7,900bp gjatësi. Serotipi 6 dhe 11 janë më të shpeshtë. Takohen edhe serotipi 16 dhe 18, që konsiderohen me malinjitet të lartë, si edhe serotipi 31 dhe 33, me potencial malinj më të lartë se serotipi 6 dhe 11, por më të ulët se serotipi 16 dhe 18.

DNA virusi infektion qelizat e shtresës bazale të mukozës duke futur DNA-në virale brenda qelizave. Kjo DNA më pas transkriptohet në RNA dhe në vazhdimësi kodohen proteinat virale. Këto proteina do të krijojnë virione të reja që do të shpërthejnë jashtë qelizës duke infektuar qeliza të reja dhe duke provokuar rritje ekzofite të mukozës. Grimcat virale gjenden si në qelizat e infektuara të mukozës me rritje ekzofite, ashtu edhe në qelizat e mukozës në

dukje normale dhe ky është shkaku i rekurencave klinike pas një periudhe remisioni. Kjo duket se është e lidhur edhe me keqfunksionimin e qelizave imunosupresore përgjegjëse. Disa papiloma zhvillohen gjatë gjendjeve imunodeficiente dhe kanë një progresion të shpejtë të sëmundjes.

**Transmetimi:** Mënyra e saktë e transmetimit të HPV mbetet e paqartë, por tashmë dihet shumë mirë se transmetimi nënë-fëmijë bëhet nëpërmjet kontaktit të fëmijës me kanalën e lindjes. Kjo shpjegon faktin e lindjes së fëmijëve të prekur me papilomatozë respiratore nga nënat me histori të kondilomave genitale. Kështu në një grup fëmijësh me papilomatozë respiratore rekurente, 54% kishin një histori amtare të kondilomës vulvare.



Rruga kryesore e transmetimit të papilomatozës respiratore rekurente të adultit është kontakti oral-genital. Duke patur parasysh mundësinë e infektimit të fëmijës në kontakt me kanalën e lindjes, prerjet cezariane eliminojnë këtë risk tek nënat me kondiloma genital.

**Histologjikisht** lezionet në PPR janë ngritje papilomatoze të stromës, të mbuluara nga epitel skuamoz i

pakeratinizuar. Në brendësi të çdo projekcioni mase gjendet një kapilar qendror. Junksionet, bashkimet, midis epitelit skuamoz dhe ciliar janë të ndjeshëm nga infektimi viral.

**Karakteristikat klinike:** Papilomat e lokalizuara në kordat vokale shkaktojnë ngjirje progresive të zërit. Pacientët ankojnë ulje të qendrueshmërisë vokale dhe rriten përpjekjet për të prodhuar zë. Zëri duket sikur vjen nga thellësitë. Papilomat e mëdha mund të bllokojnë rrugët e frymëmarrjes dhe të japin stridor dhe detres respirator. Duke pasur parasysh obstrukcionin e rrugëve ajrore, shumë fëmijë mund të

### **Papilomatoza respiratore rekurente**

keqdiagnostifikohen si me krup, astma ose bronkit kronik.

Cdo fëmijë me ndryshime të zërit dhe me simptoma të obstrukcionit të rrugëve

ajrore,duhet t'i nënshtrohet laringoskopisë fiberoptike ose laringoskopisë direkte për të përjashtuar neoplazinë nga PPR.Prezenca e PPR në periudhën neonatale do të thotë një faktor prognostik negativ që rrit mortalitetin dhe nevojën për trakeotomi.

Shprehja extralaringeale e papilomatozës respiratore identifikohet në 13-30 % në fëmijët dhe 16% tek adultet me PPR.Vendet më të prekura nga PPR janë:

- Limen vestibuli
- Faqja nazofaringeale e palatum mole
  
- Faqja laringeale e epiglottisit
  
- Pjesa e sipërme dhe e poshtme e ventrikulit
  
- Buza e brendshme e kordave vokale
  
- Karina
  
- Degëzimi bronkial

Shprehjet ekstralaringeale më të shpeshta(duke iu referuar frekuences)janë:

- Kaviteti oral
  
- Trakea
  
- Bronket

Është parë se trakeotomia e bërë tek të sëmurët me papilomatozë rekurente në rastet e nevojshme,bëhet shkak për përhapjen trakeale të PPR.Për këtë shkak,dekanjulimi duhet të bëhet sa më shpejt të jetë e mundur.

Diagnoza:Në vendosjen e diagnozës ka rëndësi anamneza,gjatë së cilës duhet të kërkohet informacion mbi lindjen (në formën juvenile),prania e kondilomës gjentiale amtare,koha e shfaqjes së simptomave,trauma e rrugëve ajrore,prezenca e indubimit të mëparshëm, karakteristikat e zërit,infeksionet bashkëshoqëruese,mënyra e progresionit të sëmundjes, historia e traumave kirurgjikale,prania e detresit ,respirator. Ekzaminimi fizik vë në dukje shenjat e obstrukcionit të rrugëve ajrore kur është i pranishëm, ose është normal kur papilomat nuk japin bllokim të rrugëve ajrore.Rëndësi ka ekzaminimi instrumentar që vë në dukje praninë e palilomës.Mund të përdoret laringoskopia indirekte, laringoskopia direkte rigide,laringoskopia fibëroptike,laringoskopia e suspenduar,gjatë së cilës bëhet edhe heqja e papilomës.Transformimi malinj i lezioneve laringeale ose pulmonare është i rrallë dhe prek 1-7% të pacientëve me PPR.Transformimi malinj prek zakonisht pacientët me sëmundje të avancuar,kryesisht ata me prekje pulmonare të PPR.Pjesa më e madhe e këtyre lezioneve përmbajnë serotipin 11.Koha e transformimit malinj është rreth 9-21 vjet nga diagnostikimi i përhapjes pulmonare të PPR.

**Trajtimi:**Trajtimi i PPR është:

- **Kirurgjikal**
- **Ndihmës**

Trajtimi primar i PPR është heqja kirurgjikale.Bëhet heqja me forceps nën një procedurë mikrolaringoskopike.Duke patur parasysh natyrën rekurente të sëmundjes,qëllimi i kirurgjisë është të sigurojë një kalueshmeri ajri sa më të mirë duke reduktuar masën tumorale,për të përmirësuar cilësinë e zërit,për të minimizuar përhapjen e sëmundjes dhe për zgjatjen e intervalit midis procedurave kirurgjikale.Pas procedurës kirurgjikale këshillohet që i sëmuri të punojë me logopedistin.

Alternativa e dytë e rëndësishem në trajtimin e PPR është përdorimi i CO2 lazerit.Avantazhi i përdorimit të CO2 lazerit qëndron në aftësinë për të siguruar hemostazë shumë herë më mirë sesa heqja kirurgjikale.CO2 lazeri ka precizion të lartë në heqjen e masës tumorale duke ruajtur strukturat normale.Heqja me anë të CO2 lazerit bëhet në një kohë më të shkurtër dhe me më pak dhembje.Disavantazhi qëndron në mundësinë e dëmtimit termal të indit normal,që mund të minimizohet duke përdorur mikrotomin CO2 lazer.Në disa raste të rënda pengesa në rrugët ajrore është e madhe dhe përbën shqetësim serioz.Vetëm në këto raste trakeotomia mund të jetë e domosdoshme.Dekanjulimi rekomandohet të kryhet sa më shpejtë të jetë e mundur,sepse ekziston rreziku i përhapjes trakeale të PPR.

Duke patur parasysh natyrën rekurente të sëmundjes, janë duke u studiuar një sërë trajtimesh ndihmëse si:

#### CIDOFOVIRI

Eshtë përdorur në trajtimin e PPR për herë të parë në 1998 nga Snoeck si trajtim ndihmës pas një procedure kirurgjikale. Cidofoviri është një analog nukleozidik me veprim antiviral të provuar në trajtimin e reinitit nga CMV në pacientet me HIV. Preparati i injektuar intralezional inkorporohet në grimcat virale dhe inhibon polimerizimin e DNA-së virale. Në një grup studimi ku cidofoviri u përdor pas një procedure kirurgjikale, 57 % e pacienteve patën rezolucion komplet, 35 % patën rezolucion të pjesshëm dhe 8 % e pacientëve nuk reagon. Përdorimi i cidofovirit ka rrisqet e veta. Ai është një preparat nefrotoksik, mund të jap displazi (2.7 % e rasteve), rash, atrofi të kordave vokale. Veç kësaj, ai mendohet të ketë efekt karcinogjen dhe së fundi janë raportuar raste të transformimit malinj të PPR gjatë kohës së përdorimit të cidofovirit.

#### α-INTERFERONI

Eshtë një citokinë me efekt antiviral, antiproliferativ dhe imunomodulator. Eshtë përdorur për herë të parë si terapi ndihmëse në mjekimin e PPR nga Healy në 1988. Ai mund të përdoret në formën e injeksioneve subcutane (SC) të përditëshme për 28 ditë, të pasuara nga 3 ditë në javë, për 6 muaj. Suksesi fillestar i kësaj terapie ndërpritet nga efektet anësore të këtij preparati dhe rifillimi i terapisë varet nga rikthimi në normë të vlerave pas ndërprerjes së preparatit.

#### FOTOTERAPIA ME DHE (Dihematoporphyrin ether)

Eshtë një tjetër terapi ndihmëse ku përdoret DHE si bar fotosensitiv. I përdorur intravenoz DHE tenton të koncentrohet në ngritjet papilomatoze. Më pas një ndriçim me lazer përdoret për të aktivizuar DHE, që shkakton nekrozë dhe më pas rënie të lezioneve papilomatoze. (Long Island Jewish Hospital). Studime të tjera kanë treguar përfitime të pakta nga kjo metodë dhe rekurenca pas trajtimit fillestar.

#### ANTIVIRALET

Antiviralet si Ribavirina dhe Acikloviri janë përdorur gjithashtu si terapi ndihmëse në trajtimin e pacientëve me PPR. Njihet mirë roli i Ribavirines ndaj virusit respirator sincitial, si dhe efekti i aciklovirit ndaj HSV, EBV dhe CMV. Efekti i tyre ndaj HPV është duke u studiuar. Ribavirina ka efekte anësore si anemia, retikulocitoza, dhembja e kokës etj.

#### INDOLE-3-CARBINOL

#### (I3C)

Eshtë një tjetër terapi ndihmëse në trajtimin kundër PPR. I3C (indol-3-carbinol)

gjendet tek perimet jeshile.Ai mendohet se vepron nëpërmjet ndërhyrjes në metabolizmin e estrogeneve.Në nje grup kontrolli ku u përdor I3C,u pa se 33% e pacienteve patën rezolucion komplet,30 % rezolucion të pjesshëm dhe 37 % nuk reagues ndaj terapisë. ( Rosen and Bryson. Journal of Voice,Vol.18,no.2)

### MUMPS VACCINE

Eshtë një vaksinë e përdorur në 2002 nga Pashley si terapi ndihmëse e rezeksionit me lazer.23 nga 29 fëmijët dhe 15 nga 20 adultët e trajtuar në një grup kontrolli,patën remision komplet të sëmundjes.

### GARDASIL dhe CERVARIX

Janë dy vaksinat më të reja që janë duke u testuar.Gardasil është një vaksinë katërvalente nga Merck,ndërsa Cervarix është një vaksinë bivalente nga GlaxoSmithKline.Ato përmbajnë grimca virale të afta të simulojnë një përgjigje immune ndaj HPV.Përdorimi i tyre pritet të zvogëlojë incidencën e JPPR (Referenca 1,3,4,5)

## NODUJT VOKAL ( VCN-vocal cord nodules)

Nodujt vokal janë rritje superficiale beninje,zakonisht në anën mediale të kordave vokale të vërteta.Ata janë të dyanshëm dhe simetrik.Lokalizimi më i zakonshëm është vendi i bashkimit të 1/3 së përparme dhe 1/3 së mesme në buzët e kordave vokale të vërteta.Kjo është pika e mesit të pjesës membranoze të kordave vokale të vërteta dhe që pëson goditjen maksimale gjatë të folurit.Këto leziona beninje prekin më tepër femrat ndërmjet moshës 20 – 40 vjeç edhe fëmijët,më shpesh meshkujt.

**Etiologjia:** Shkaku kryesor i formimit të noduseve vokale është abuzimi vokal.Gjenden më shpesh në personat me punë të detyruar vokale,përdoruesit profesionistë të

zërit si këngëtarët,mësuesit etj. ose tek njerëzit që komunikojnë me zë të lartë.Gjithashtu nodujt shpesh zhvillohen tek fëmijët të cilët bërtasin ose që kanë zakon të flasin me zë të lartë.Rol të rëndësishëm luan edhe refluksi gastroezofageal,inhalantët irritues si tymi i duhanit dhe tymrat

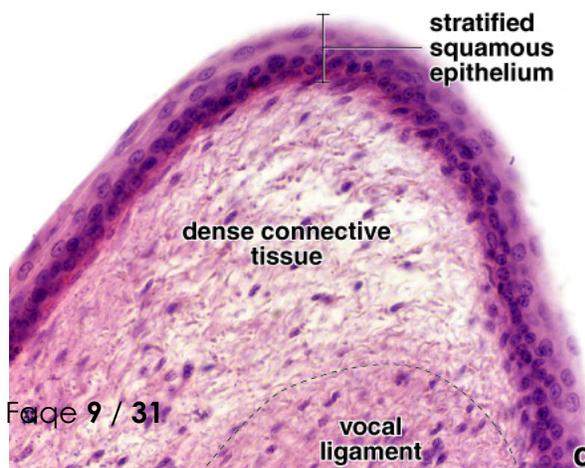


Figure 18.4c. High magnification of the area of the vocal fold indicated by the rectangle in 18.4a X240.

industrial. Vazodilatacioni mukozal i plikave vokale mund të ndihmojë hemoragjinë submukozale dhe edemën gjatë përdorimit të fuqishëm të zërit duke çuar në ndryshime inflamatore. Kështu, p.sh. alkooli është një agjent vazodilatator që sjell njëkohësisht ulje të ndrojtjes sociale dhe predisponon kështu personin për abuzim vokal.

**Fispatologjia dhe patologjia:** Formimi i nodujve vokal është i lidhur me anatominë e kordave vokale të vërteta. Kështu pjesa membranoze ose vibratorë e kordave vokale përbëhet nga 3 shtresa strukturore të diferencuara mire. Nga sipërfaqja në thellësi ato janë: epiteli, amina propria dhe muskuli vokal. Hirano i ndau këto shtresa sipas konceptit të një trupi të mbuluar. Mbulesa përbëhet nga epiteli dhe shtresa sipërfaqësore xhelatinoze e lamina propria. Trupi përbëhet nga muskuli vokal, i cili është si një shirit i trashë gome. Ndërmjet këtyre ndodhet një zonë tranzicionale e përbërë nga shtresat intermediare (elastike) dhe e thellë (kolagenoze) e lamina propria. Nën shtresën epiteliale ndodhet një hapësirë subepiteliale (Spacium Reinke) e quajtur shtresa sipërfaqësore e lamina propria. Kjo hapësirë mbushet lehtë nga likidet ose gjaku në rastet e traumës vibratorë gjatë abuzimit vokal. Enjtjet nodulare akute mbulohen me epitel normal skuamoz, por stroma nën të mund të ketë shkallë të ndryshme të edemës, vaskularitet të rritur, enë të dilatuara dhe hemorragji duke arritur kështu në stadin fuziform dhe ndonjëherë hiperemik të zhvillimit të prenodujve. Në kontrast me këta noduj, nodujt e maturuar janë më të fortë për shkak të fibrozës dhe hialinizimit. Këta noduj janë fibrozë dhe të zbehtë. Sipërfaqja e epitelit trashet dhe mund të jenë të pranishme keratoza, akantoza dhe parakeratoza.

**Klinika:** Shenja e parë klinike është ndryshimi i zërit. Të sëmurët ankojnë ulje të qëndrueshmërisë vokale, rriten përpjekjet për të prodhuar zë, kanë vështirësi për të prodhuar zë të lartë, ngjirje zëri dhe ai duket sikur vjen nga thellësitë.

**Diagnoza:** Për vendosjen e diagnozës ka rëndësi vizualizimi i kordave vokale. Cdo pacient me ngjirje zëri për më tepër se 2 javë duhet të nënshtrohet ekzaminimit për vizualizimin e kordave vokale. Në rastet kur nodujt vokal nuk duken me sy, një ndihmesë të madhe jep videostroboskopia që jep të dhëna mbi karakteristikat e valës mukozale si simetria, periodiciteti, amplituda etj, duke evidentuar edhe nodujt e

padukshëm me sy.Zakonisht nodujt janë bilateral,por nuk janë simetrik në madhësi. Ata vendosen përballë njeri-tjetrit.Enjtja nodular akute dallohet nga nodujt sepse ajo shpesh është fuziforme.Nodujt e maturuar janë të vegjël dhe të zbehtë .



**Nodus vokal në fonacion  
respiracion**



**Nodus vokal në**

### **Trajtimi:**

Nodujt vokal duhet të trajtohen në bazë individuale duke u nisur nga mosha, profesioni, faktorët etiologjikë dhe veçoritë e ndryshimeve laringeale për çdo të sëmurë. Këshillohet qetësi absolute vokale dhe modifikimi i përdorimit të zërit.Riedukimi vokal është pjesë përbërëse e terapisë në të gjithë të sëmurët me nodujt, sidomos kur mundësitë kirurgjikale lihen për në fund.Meqenëse mund të ndodhin edhe rekurenca, riedukimi vokal bëhet në fillim, ndërsa ndërhyrja kirurgjikale duhet të lihet për në fund.Ndonjëhere nodujt vokal zhduken gjatë periudhave të terapisë së të folurit. Është gjithashtu i rëndësishëm mënjanimi i ngacmuesve të laringut.Heqja kirurgjikale është një mundësi e mirë në një numër të vogël të sëmurësh me këtë çrregullim. Cdo i sëmurë duhet ta ketë të qartë se indikacioni i vetëm për kirurgji është prania e një dëmtimi të dukshëm me simptoma që janë të papranueshme nga i sëmurë, pas një trajtimi të gjatë

konservativ. Të sëmurit që do ti nënshtrohet ndërhyrjes kirurgjikale duhet ti shpjegohet se rekurenat e lezionit janë të mundshme nëse ata nuk respektojnë terapinë vokale dhe abuzojnë përsëri me të folurin. Tek fëmijët nodujt vokal rrallë trajtohen në mënyrë kirurgjikale. Rekurenat tek fëmijët janë më të shpeshta për shkak të vështirësive që ka edukimi vokal i tyre. Megjithatë, tek fëmijët është parë se nodujt vokal zhduken rreth moshës së pubertetit. (Referanca 6,7,8,10)

**POLIPI VOKAL I LOKALIZUAR ( Hemorragjik):** Eshtë lezion beninj i ngjashëm me nodujt vokal dhe shkaktohet nga trauma sekondare si pasojë e abuzimit



**Polip hemorragjik**

vokal. Nuk është e nevojshme që trauma të vazhdojë për një kohë të gjatë, dhe shpesh shpërthimi i lezionit me simptomat e tij mund të lidhet me një episod të vetëm të sforcimit vokal. Gjithashtu polipi mund të shfaqet pas një infeksioni të rrugëve të sipërme të frymëmarrjes.

**Patologjia:** Pamja patologjike në stadet e fillimit është e ngjashme me pamjen e enjtjeve nodular akute. Patologjia lokalizohet në

shtresën e hapësirës së Reinke të kordave vokale të vërteta. Dëmtimi konsiston në ndryshimin e stromës edematoze me zgjerim të enëve të gjakut, me hemorragji dhe formim të indit fibroz. Më pas shfaqet degjenerimi fibrinoid dhe hialin në stromën dhe muret e enëve të gjakut.

**Klinika:** Ankesa kryesore është ngjirja e zërit e cila ndryshon në varësi të polipit. Ndryshimi i zërit mund të variojë nga ngjirja në afoni të plotë kur polipi prolabor ndërmjet kordave vokale.

Shpesh të sëmurët kanë ndjenjën e trupit të huaj në fyt dhe vazhdimisht bëjnë përpjekje për të pastruar fytin, por pa efekt. Polipi mund të shihet nëpërmjet laringoskopisë indirekte. Dëmtimi është i njëanshëm dhe vendoset në 1/3 e përparme të kordës vokale që korespondon me mesin e pjesës membranoze të kordës vokale ku amplitude e lëvizjeve vibratore është maksimale gjatë fonotraumes. Polipi mund të jetë i pedunkular dhe të prolaborjë

në hapësirën glotike. Një polip i pedunkuluar mund të duket vetëm në fonacion, kur ai ngjitet lart përmes hapësirës glotike nga rryma e ajrit. Ngjyra mund të jetë nga e kuqe e turbullt ose e ndritshme, në të zbehtë ose të verdhe. Polipi mund të jetë i dyanshëm, por më shpesh ai lokalizohet në një kordë vokale, ndërsa përballë polipit, në kordën tjetër vokale, shfaqet një ``reaksion i vogël kontakti,,

**Trajtimi:** I sëmurit duhet të observohet për pak javë dhe gjatë kësaj kohe ai duhet të punojë me logopedistin (patologu i te folurit). Në ndonjë rast polipi mund të trajtohet vetëm me masa konservative, megjithatë shpesh është e nevojshme heqja nëpërmjet laringoskopisë direkte nën anestezi gjenerale. (Referenca 6,7,10)

## **POLIPOZA VOKALE DIFUZE**

### **( EDEMA REINKE )**

Kjo patologji është përshkruar për herë të parë nga Reinke në 1897, dhe prandaj



quhet edema Reinke ose degjenerimi polipoid i kordës vokale. Shkaku kryesor i kësaj sëmundjeje është abuzimi vokal i shoqëruar me ekspozimin kronik ndaj irrituesve inhalator siç është duhani. Gjithashtu hypotireoza e patrajtuar mund të shoqërohet me edemë të kordave vokale dhe polipozë laringeale difuze. Kjo sëmundje shfaqet më shpesh tek femrat me moshë mesatare.

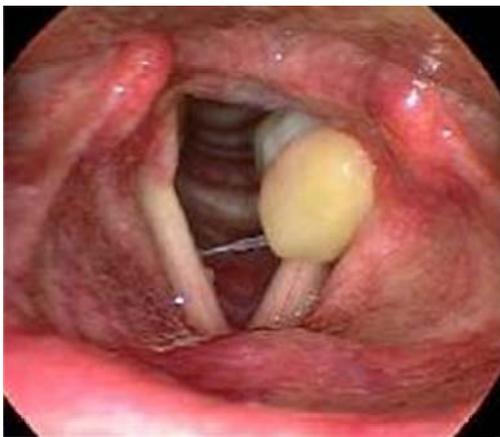
**Patologjia:** Kordat vokale të vërteta

përfshihen nga edema difuze në buzët e tyre. Kjo edemë kufizohet në spacium Reinke, e cila mbushet me material mukoid, pothuajse pa qeliza, ind fibroz dhe enë gjaku.

**Trajtimi:**Në të sëmurët të cilët ky dëmtim diagnostifikohet në stadet e fillimit,mund të sjellë përmirësim vetëm terapia e zërit dhe mënjanimi i inhalantëve irritues si duhani etj. Me shfaqjen e bllokimit të frymëmarrjes ose tek të sëmurët që kërkojnë një zë më të mirë, këshillohet kirurgjia,gjatë së cilës mukoza edematoze hiqet me stripping te kordës vokale. Gjithashtu heqja e polipeve mund të bëhet nëpërmjet një inçizioni paralel me buzën e lirë të kordës vokale, sa më lateralisht ventrikulit të Morgagnit që të jetë e mundur, dhe nëpërmjet tij bëhet aspirimi i përmbajtjes polipoide.Gjithashtu heqja mund të bëhet nëpërmjet CO2 lazerit. ( Ref.6,7,8)

### **VARICET E KORDAVE VOKALE ( Ectasia microvasculare)**

Variçet e kordave vokale janë rezultat i traumave të enëve të vogla në shtresën sipërfaqësore të lamina propria.Pjesa më e madhe e këtyre lezioneve vendosen në gjysmën e sipërme të pjesës muskulo-membranoze të kordave vokale të vërteta.Jane rezultat i traumës vokale dhe gjenden sidomos tek këngëtarët femra.Trajtimi kryesor është pushimi vokal dhe terapia e zërit.Për pacientët që



nuk përfitojnë nga ky trajtim ose ata që kërkojnë cilësi më të mirë të zërit,përdoren teknika kirurgjikale si psh. kordotomia epiteliale dhe heqja e vazës së dëmtuar.( Ref. 7)

### **GRANULOMA E KONTAKTIT**

Granuloma e laringut klasifikohen në dy grupe, granuloma specifike dhe granuloma jospecifike.Granulomat specifike janë të rralla dhe përfshijnë granulomat nga tuberkulozi dhe sifilizi.Granulomat jospecifike janë granulomat e kontaktit.Granuloma e kontaktit është përshkruar për herë të parë nga Chevalier në 1928.Granuloma e kontaktit është një masë e kuqe e vendosur në anën mediale të proceseve vokale të kartilagor aritenoide.Histologjikisht granulomat e

kontaktit janë granuloma pyogjenike që konsistojnë në infiltracion inflamator kronik me neovaskularizim dhe fibrozë të mbuluara nga epitel skuamoz.

**Etiologjia:**

- **Intubacioni**
- **Abuzimi vokal**
- **Refluksi laringofaringeal**
- **Idiopatike**

Faktorë që kontribuojnë në zhvillimin e granulomës janë alergjia dhe infeksionet.

Nga ana klinike paraqet :

- **Ngjirje zëri të shkallëve të ndryshme**
- **Kollë**
- **Dhembje fyti**
- **Ndjesia e një trupi të huaj në fyt dhe përpjekje për ta pastruar atë**

Gjatë anamnezës duhet kërkuar historia e intubimit, duke përfshirë edhe intubimin nazogastrik,refkuksin,abuzimin vokal .Duhet pyetur gjithashtu për karakteristikat pulmonare si kolla kronike apo përdorimi i inhalantëve.

Mjekimi është me preparate antirefluks të shoqëruara me terapinë e zërit.Në rastet e dështimit të mjekimit medikamentoz bëhet heqja kirurgjikale.Rekurencat janë të shpeshta,në rreth 37-50 % të rasteve.Ky mjekim duhet bërë para shfaqjes së komplikacioneve të cilat mund të jenë:

- **Obstruksioni i rrugëve të frymëmarrjes**

- **Gjakërrjedhja( zakonisht e pakët )**

- **Fiksimi i kordave vokale**

- **Stenoza laringeale posteriore**

( Referenca 9,11)

## **LEZIONET KISTIKE TE KORDAVE VOKALE**

Janë 2 tipe te kisteve që mund të gjenden brenda kordave vokale :kistet nga retensioni i mukusit dhe kistet epidermoide.Ata janë gjetur brenda hapësirës Reinke në kordat vokale.Si kistet e lokalizuara në struktura të tjera anatomike, kistet nga retensioni i mukusit përmbajne mukus dhe rrjedhin nga bllokimi i duktuseve të gjendrave mukoprodhuese, ndërsa kistet epidermoide janë të mbushura me copëza keratine.Kistet epidermoide mendohet se formohen nga bllokimi i qelizave epiteliale brenda lamina propria nga fonotrauma. Ashtu si edhe lezionet e tjera të kordave vokale, lezionet kistike të kordave vokale mund të shfaqen me ngjirje zëri dhe disfoni të shkallëve të ndryshme.Rrallë japin stridor,ndjesinë e një trupi të huaj në fyt, disfagi.Nganjëhere kistet vokale mund të jenë shkak i anomalive vetëm gjatë të kënduarit, me efekt të vogël ose pa efekt fare gjatë të folurit

Kistet e kordave vokale zakonisht diagnostifikohen me laringoskopi me fibra optike .Videostroboskopia është gjithashtu një mjet diagnostik i rëndësishëm për kistet e kordave vokale. Mukoza mund të paraqitet me një valë mukozale të dëmtuar ose që mungon fare.

**Trajtimi:** Trajtimi i lezioneve kistike të kordave vokale është:

- **Medikamentoz + terapia e zërit**

- **Kirurgjikal + terapia e zërit**

Për trajtimin e lezioneve kistike të kordave vokale, fillimisht përdoret trajtimi medikal dhe terapia e zërit. Qëllimi i trajtimit medikal është zvogëlimi i edemës lokale dhe i inflamacionit.Therapia e zërit luan një rol kyç në trajtimin e lezioneve kistike të kordave vokale. Pacienti trajtohet me medikamente steroide, në bazë të një skeme zbritesë, për 2 javë, për minimizimin e edemës dhe inflamacionit .

Për pacientet që nuk i përgjigjen terapisë medikamentoze dhe terapisë së zërit, kirurgjia mbetet mundësia e fundit e trajtimit.Kombinimi i rezeksionit

kirurgjikal me mikroflap i ndjekur nga terapia e zërit, ka treguar përmirësime të rëndësishme 3 muaj pas trajtimit, të vëna në dukje me anë të videostroboskopisë. ( Referenca 6,7,10 )

### **KISTAT SAKULARE TE LARINGUT**

Lezione të tjera kistike laringeale të rëndësishme janë edhe kistet sakulare. Kistat sakulare laringeale mendohet se e marrin origjinën nga sakuset, apendikset laringeale, ose nga retensioni i kisteve të shkaktuara nga bllokimi i duktuseve të gjendrave mukoze. Apendikset origjinohen nga pjesa e përparme e ventrikujve, shtrihen sipër dhe kurbojnë lehtësisht prapa në kordat e rreme dhe palat ariepiglotike. Orificiumi hapet në ventrikul dhe ka një madhësi 0,5mm. Tek të rriturit apendikset shtrihen sipër deri në kufijtë e kercit tiroid. Broyles gjeti që 75% e sakuleve kanë gjatësi 6-8



**Kist sakular**

mm, 20 % mbi 10 mm dhe 5 % mbi 15 mm. Tipi i dëmtimit varet nga madhësia e sakulit, nëse ka komunikim të lirë me lumenin laringeal dhe nëse ka inflamacion brenda sakulit. Kistat laringeale janë më të shpeshta tek femijët. Në raste të rralla mund të jenë edhe kongenitale dhe në këtë rast zbulimi i tyre merr rëndësi të veçantë sepse fëmija mund të vdesë nga asfiksia. Në kistat

laringeale kongenitale 40 % e

rasteve zbulohen disa ore pas lindjes dhe 95% e fëmijëve shfaqin simptoma në 6 muajt e para të jetës. Simptomi më i shpeshtë është stridori ( 90 %), i cili është kryesisht inspirator, por në disa raste edhe ekspirator. Të qarat e fëmijes mund të jetë si i dobët, i mbytur, çjerrës ose i ngjirur. Në 55 % të të sëmurëve është vënë re dispnea, apnea dhe cianoza.

Për vendosjen e diagnozes kanë vlerë radiografitë laterale të qafës dhe kraharorit, grafitë me kontrast dhe CT-scan. Rrugë tjetër për të vendosur diagnozën është laringoskopia direkte. Kistat ndahen në kista sakulare të murit lateral dhe kista sakulare të përparme. Kistat sakulare laterale shpesh lokalizohen në plikën ariepiglotike, epiglot, ose në murin lateral te laringut. Kistat sakulare anterior shtrihen medialisht dhe prapa, ndërmjet kordave

vokale të vërteta dhe të rreme në drejtim të lumenit të laringut. Shpesh ato janë të vogla, por mund të jenë edhe të pedunkuluara.

Trajtimi i kistave laringeale mund të kërkojë trakeostomi urgjente. 20 % e të sëmurëve kërkojnë ndërhyrje urgjente. Tek fëmijët e vegjël kistat duhet të trajtohen me heqje endoskopike ose aspirim. Holinger propozoi që kistet sakular anterior të vegjël duhet të hiqen me forceps prerës nën laringoskopi indirekte. Është rekomanduar gjithashtu aspirimi, por ka rekurenca të shpeshta. ( Referenca 6,7 )

## **LARINGOCELA**

Takohet më shpesh tek të rriturit dhe zakonisht shfaqen në dekadën e peste të jetës. Tek fëmijët janë të rralla. Laringocela e merr fillën nga ventrikuli i Morgagnit dhe del jashtë ndërmjet kordave vokale të vërteta dhe të rreme ose hapet prapa në aritenoide dhe palat ariepiglotike.

Ndahen në :

•Të

### **brendshme**

#### •Të jashtme

#### •Të kombinuara

Kjo ndarje i referohet shtrirjes së saj. Kur ajo nuk e kalon kartilago tiroidea, quhet e brendshme, ndersa tipi i jashtem shtrihet në qafë ndërmjet istmusit dhe membranës tirohioide. Tipi i perzjere përfshin të dy kistet e brendshme dhe të jashtem dhe është shumë i shpeshtë.

**Etiologjia** e laringocelës është e panjohur. Është parë një shpeshtesi më e lartë e saj tek personar që ushtrojnë presion transglotik të lartë si psh. qelqpunuesit, ata që iu bien veglave të frymës, peshëngritësit etj.

**Klinikisht** laringocelat janë simptomatike vetëm kur ato mbushen me ajër ose lëng, kështu që simptomat janë intermitente. Shpesh shfaqet me ngjirje zëri, e cila mund të jetë e ndryshme dhe me ndërprerje. Shfaqet kur masa shtrihet jashtë kufijve të kordave vokale të vërteta. Shpesh është e pranishme një kollë e thatë. Laringocelat e mëdhe japin bllokim të rrugëve ajrore dhe dispne. Shfaqja e një tumefaksioni në pjesën e jashtme të qafës është shenjë treguese e laringocelës së kombinuar. Ndërlikimet e laringoceles janë :

#### •laringopyocela

#### • obstruksioni i rrugëve ajrore

#### •aspiracioni.

Shfaqja e këtyre ndërlikimeve sjell edhe ndryshime në klinike.

Diagnoza përfundimtare vendoset me laringoskopi direkte, por meqenëse simptomat janë intermitente, mund të jenë të nevojshme disa laringoskopi

direkte.

Trajtim

kërkojnë vetëm laringocelat simptomatike. Në varësi të madhësisë dhe shtrirjes së laringocelës, mund të trajtohet me rrugë endoskopike nëpërmjet heqjes së laringocelës me një forceps prerës, ose të kryhet ndërhyrje e jashtme. ( Referenca 6,7,8,10 )

## **RHABDOMYOMA**

Eshtë tumor benign me prejardhje nga muskulatura skeletike. Rhabdomyoma e kokës dhe qafës është e rrallë dhe rhabdomyoma e laringut gjithashtu. Termi rhabdomyoma është përdorur për herë të parë nga Zenker në 1864 për të përshkruar një tumor me origjinë nga fijet muskulare të strijuara. Rhabdomyomat janë përgjithësisht benignje, kurrë nuk metastazojnë dhe shumë rrallë përsëriten. Rhabdomyomat ekstrakardiake shfaqen 20 % në muskulaturën skeletike dhe 70% në regjionin kokë dhe qafë. Rhabdomyoma e adultit është ajo që prek më shpesh qafën dhe ka një raport 4:1 më të shpeshtë tek meshkujt. Moshat e prekura variojnë 16-76 vjeç. Nga ana histologjike vihet re celulariteti i theksuar me qeliza të zgjatura uniforme ose të rrumbullakëta deri në ovale, me citoplazëm eozinofilike dhe bërthama ekscentrike. Janë përgjithësisht masa solitare dhe në shumë pak raste janë multifokale. Mund të formojnë masa të mëdha në laring duke ndryshuar formën dhe fleksibilitetin e kordave vokale të vërteta, me rezultat ndryshim të zërit edhe kur mukoza që mbulon kordat është normale. Simptomat më të shpeshta të rhabdomyomës laringeale janë: ngjirje zëri, ndjesia e një trupi të huaj, disfagia. Këto simptoma janë zakonisht progresive dhe shfaqen disa vjet pasi tumori ka filluar të rritet. Në raste të rralla mund të ndodh obstrukcioni i rrugëve ajrore që zakonisht është sekondar, nga futja e një mase supraglotike të pedunkuluar në rrugët ajrore gjatë inspirimit. Mjekimi është kirurgjikal. ( Referenca 7,8)

## **LEIOMYOMA**

Leiomyomat e laringut janë të rralla. Janë përshkruar afërsisht 15 raste. Këto tumore, në të rriturit, janë gjetur në kordat vokale të rreme, plikat ariepiglotike dhe ventrikulin e Morgagnit. Disa tumore janë të pedunkuluara dhe të mbuluara me mukoze. Në burrat e moshuar është përshkruar një formë vaskulare e quajtur angioleiomyome. Leiomyomat janë gjetur në plikat ariepiglotike në thellësi të mukozës dhe dalin nga muskujt vokale. Ato mund të shoqërohen me dhembje të therëse. Hemorragjia mund të jetë profuze në ekscizionin endoskopik të pjesshëm. ( Referenca 7,8,10)

## **MYOMAT DHE MYOBLASTOMA**

Myomat dhe myoblastomat janë tumore beninje që zhvillohen mbi hapësirat aritenoide. Ato shfaqen si një masë e kuqe, e butë në laring. Të dyja këto tumore duhen të trajtohen nëpërmjet ekscizionit transoral, ose nëpërmjet një faringotomie nëse ato lokalizohen thellë në indet e buta. ( Referenca 7,8,10 )

## **CHONDROMA**

Tumoret kartilagenoze të laringut përfaqësojnë rreth 1 % të tumoreve laringeale. Kondroma dhe kondrosarkoma e gradës së ulët gjenden shpesh së bashku. 70-75% e këtyre tumoreve shtrihen në faqen endolaringeale të lamina posterior të kartilagos krikoidë dhe në disa të sëmurë mund të dëmtojë lëvizshmërinë e kërceve aritenoide. Lokalizime të tjera janë kërci tiroid, kërci aritenoidi dhe kartilago epiglotike. Në qoftë se kondroma është e madhe dhe vendoset në regjionin subglotik mund të shkaktojë bllokim të rrugëve të frymëmarrjes.

Shfaqjet klinike varen direkt nga numri dhe lokalizimi i tumorit. Ato janë:

- **Stridor**
- **Ngjirje zëri**
- **Dispne**
- **Masë në qafë**

Për shkak të rritjes së ngadaltë dhe hypocelularitetit, është e vështirë të diferencohet kondroma beninje nga kondrosarkoma. Ekzaminimet radiografike tregojnë zona të kalçifikuara brenda masës në qoftë se ajo është sarkomatoze. CT-scan dhe MRI skicon madhësinë, formën, lokalizimin dhe integritetin e mureve të tumorit. Ekzaminimi endoskopik vë në dukje mukozë intakte me zbutje të shtresës submukoze dhe ndonjëherë një masë të fortë të shoqëruar me skuqje të mukozës. Shpesh forcepsi me të cilin merret materiali për biopsi mund të marrë vetëm mukozë. Për këtë arsye mund të nevojitet forceps shpues për të marrë ind tumoral të vërtetë për biopsi, e cila vendos diagnozën. Trajtimi është kirurgjikal. Këshillohet heqja e plotë për të parandaluar rekurencat. ( Referenca 7,8,10 )

## **NEUROFIBROMA LARINGEALE**

Është një tumor beninj i rrallë që përbën 1.5 % të tumoreve beninje të laringut. Në 1882 von Recklinghausen përshkroi për herë të parë sëmundjen, duke treguar se tumori përbëhej nga ind neural dhe ind fibroz

me prejardhje nga nervat periferikë dhe përdori termin ``neurofibromatoz``. Në 1929 Jackson dhe Coates raportuan rastin e parë të neurofibromës laringeale. Neurofibroma e laringut rrallë shfaqet e vetmuar dhe në shumicën e rasteve është e shoqëruar me neurofibromatozën tip 1 (NF1). Si rregull, neurofibromatoza laringeale nuk shoqërohet me NF2. Vendet më të shpeshta të lokalizimit në laring janë plikat ariepiglotike dhe aritenoidet, vende të pasura me terminacione të plekseve nervore. Tumori origjinon nga nervi laringeal superior dhe/ose nga anastomozat ndërmjet nervit laringeal superior dhe nervit laringeal rekurent. Neurofibroma është një proliferim benign i qelizave të Schwann, qelizave perineurale dhe fibroblasteve. Theksuam që neurofibroma laringeale gjendet më shpesh në kuadrin e NF1, një sëmundje autozomike dominante, geni përgjegjës i së cilës gjendet në kromozomin 17 q 11,2. Ajo karakterizohet nga (1) rritja e tumoreve beninjë multiple, neurofibromave, në lëkurë, (2) prania e lezioneve multiple të lëkurës të sheshta, të pigmentuara, të çrregullta, të njohura si njollat kafe-qumësht, (3) rritja e tumoreve të vogla beninjë (hemartomave) në irisin e syrit të njohura si nodule e Lisch dhe (4), më rrallë, prapambetje mendore, tumore të sistemit nervor qendror, neurofibroma difuze pleksiforme dhe zhvillim i tumoreve malinje të sistemit nervor ose muskulit. Heterozigotët e rritur demonstronë gjithnjë shenja të sëmundjes (penetranca thuhet të jetë 100% tek adultët). Disa mund të kenë vetëm njolla kafe-qumësht, njolla në lëkurën aksilare dhe nodule e Lisch, ndërsa të tjerë mund të kenë tumore beninjë të kolonës ose sarkoma malinje të një ekstremiteti. Kështu, shpesh ka variabilitet të madh në shfaqjen e sëmundjes. Brenda të njëjtës familje disa individë paraqesin klinikë mjaft të rëndë dhe të tjerë të lehtë. Diagnoza komplikohet tek fëmijet sepse shenjat shfaqen vetëm gjatë fëmijërisë. Psh. në periudhën e të porsalindurit, më pak se gjysma e të gjithë të porsalindurve të sëmurë paraqesin shenjat më fine të sëmundjes, një incidencë të rritur të njollave kafe-qumësht në lëkurë. Si rrjedhim, penetranca varet nga mosha. Në 30 %-50% të rasteve nuk ka një histori familjare të sëmundjes dhe ajo është rrjedhojë e një mutacioni të ri. Neurofibromatoza mund të klasifikohet si : pleksiforme, difuze ose e kombinuar, në varësi të mënyrës së rritjes. Në NF pleksiforme rritja shtrihet në nervat preekzistues kurse në formën difuze rritja është nodular. Neurofibromat kanë rritje të ngadaltë dhe mund të mbeten asimptomatikë për shumë vjet, ose të paraqesin simptoma që në lindje. Kjo varet nga numri dhe lokalizimi i tyre. Simptomat e para përfshijnë stridor, ngjirje zëri, dysphagi, dysphfoni dhe ndjesia e një trupi të huaj në fytyrë, dhe

zakonisht kanë natyrë progresive. Neurofibroma laringeale duhet marrë gjithnjë në konsideratë në diagnozën diferenciale të çdo mase submukozale laringeale tek femijët.

Rreth 5 % e neurofibromave pësojnë degjenerim sarkomatoz. Ky ndodh më shpesh në dekadën e 3-6 të jetës. Përcaktimi si beninj, atipik, ose malinj bëhet duke patur parasysh faktorë të tillë si celulariteti i tumorit, numri i mitozave, pleomorfizmi celular dhe nekroza. Rreth 30 % e pacientëve me NF1 kanë NF pleksiforme dhe këta pacientë janë më të rrishtuar për tumore malinje të nervave periferikë, të lindur `de novo` ose nga degjenerimi i neurofibromës.

Anamneza dhe ekzaminimi fizik janë esencial për një diagnozë korrekte. CT-scan dhe MRI ndihmojnë për diagnozën diferenciale dhe për të përcaktuar shtrirjen e lezionit. Këshillimi gjenetik merr rëndësi të vecantë kur neurofibroma laringeale është në kuadrin e NF1. Diagnoza përfundimtare e neurofibromës laringeale bazohet në endoskopinë dhe biopsinë.

Zgjedhja e trajtimit për neurofibromën laringeale varet nga lokalizimi, shtrirja dhe simptomat që paraqet. Rezekcioni komplet i neurofibromës laringeale dhe ruajtja e funksioneve të laringut është shpesh e pamundur në lezionet me natyrë infiltrative. Theksojmë se neurofibroma laringeale është e pakapsuluar dhe përhapet lehtë në strukturat fqinje. Në këto raste bëhet rezeksioni i pjesshëm. Heqja endoskopike me lazer rekomandohet për pacientët që kanë leziona të vogla, të lokalizuara mire. Rastet më të vështira janë ato që paraqesin një lezion të madh infiltrativ që obturon rrugët e frymëmarrjes. Në këto raste është e nevojshme të kryhet trakeotomia për të rivendosur kalimin e ajrit ose të bëhet heqje subtotale në rrugë endoskopike.

Heqja e neurofibromave të mëdha laringeale kërkon kryerjen e thyrotomisë laterale, pharyngotomyse laterale ose laryngofissures. Trajtimi kirurgjikal zakonisht shkakton disa forma të parezës sensore ose motore. Rekurencat janë të mundshme. Transformimi malinj duhet marrë në konsideratë në rastet e rritjes së shpejtë të volumit të tumorit dhe shfaqjes së dhembjes. Trajtimi i transformimit malinj përfshin heqjen kirurgjikale dhe radioterapinë. Në rastet e transformimit malinj, mbijetesat 5 vjeçare është ndërmjet 20 % dhe 50 %.

( Referenca 12,13 )

### **NEURILEMOMA ( SCHWANOMA)**

Është një tumor beninj i rrallë që përbën 0.1 % të gjithë tumoreve beninje të laringut. Është përshkruar për herë të parë në 1908 nga Verocay. Plikat ariepiglotike janë vendi më i shpeshtë ku gjenden schwannomat

laringeale. Pjesa më e madhe rrjedhin nga krahu i brendshëm i nervit laringeal superior.

Schwannomat shfaqen më shpesh në dekadën e 4-6 të jetës dhe femrat janë më të predispozura për tu prekur nga ky tumor benign.

Neurilemomat e marrin origjinën nga qelizat e Schwann. Ato kanë rritje të ngadaltë dhe zakonisht janë solitare. Këto tumore kanë ngjyrë të verdhë, janë të kapsuluara mirë, të pedunkuluara dhe të mbuluara me mukozë që varet nga plikat ariepiglotike. Simptomat janë jo specifike dhe jo të qarta. Pacientët mund të paraqesin ngjirje zëri, odyphagi, dysphagi, stridor dhe/ose sensaciónin e një trupi të huaj në fyt.

Në laringoskopi shumica e lezioneve duken si rritje submukozale të vendosura mbi plikën ariepiglotike dhe kordat vokale të rreme. Një përqindje e vogël vendoset mbi kordat vokale të vërteta.

CT-scan dhe MRI janë të vlefshme për diagnozën e schwannomës. Mënyra e trajtimit është kirurgjikale. Trakeotomia mund të bëhet në rastet kur ka bllokim të rrugëve ajrore. Lezionet e vogla mund të hiqen nëpërmjet endoskopisë me ose pa përdorimin e lazerit. Heqja me ndërhyrje nga jashtë bëhet për masat e mëdha nëpërmjet pharyngotomisë laterale, thyrotomisë laterale ose një teknike laringofissure. Një excision i gjerë rekomandohet për të parandaluar rekurencat. Pas operacionit prognoza është e mirë. Transformimi malinj është shumë i rrallë. (Referenca 6,7,10)

### **MIOBLASTOMA QELIZORE GRANULARE**

Është përshkruar për herë të parë nga Abrikosoff në 1926. Emërtimi Mioblastoma është i gabuar. Është quajtur kështu sepse mendohej se tumori e merrte origjinën nga muskujt e strijuar, por tani dihet që ky tumor derivon nga indi nervor. Megjithëse ky tumor mund të shfaqet kudo, në 50% të rasteve ai shfaqet në regjionin e kokës dhe qafës, 35% në gjuhë dhe 10% në laring. Në laring janë raportuar mbi 150 raste. Pjesëzat granulare të para në mikroskopin elektronik gjatë analizës histokimike, përbëhen nga pjesëza të proteinave të ngjashme me ato mielike, mbetje të fibrave nervore dhe proteina S-100. Këto tumore nuk kanë përzgjedhje seksuale dhe shfaqen më shpesh në moshat mesatare dhe adoleshencë, por më të zakonshme janë në dekadën e katërt dhe të pestë të jetës. Zakonisht ato shfaqen në vendin e bashkimit të ligamenteve vokale me proceset vokale të kërceve aritenoide, brenda muskujve vokale dhe paraqiten si një fryrje në 1/3 e prapme të kordës vokale të vërtetë duke shkaktuar ngjirje zëri

dhe më rrallë ato shfaqen në regjionin supraglotik dhe subglotik ku ai është asimptomatik për një periudhë të gjatë kohe. Diagnoza përfundimtare vendoset me anë të biopsisë, e cila duhet të merret thellë meqenëse hiperplazia epiteliiale sipërfaqësore mund të ngatërrohet me karcinomat skuamoqelizore në rastet kur ajo nuk merret thellë. Ngjyrimet speciale histokimike ose ekzaminimet me mikroskop elektronik e diferencojnë atë nga rhabdomyoma. Tumoret e vogla mund të hiqen me rrugë endoskopike, ndërsa tumoret e mëdha kërkojnë thyrotomi mediane. Këto tumore nuk janë të kapsuluara dhe infiltrojnë muskulaturën përreth. Në prerje ato janë me ngjyrë gri. ( Referenca 2,7)

### **NEUROMAT**

Janë tumore beninje të laringut që zakonisht kanë origjinë traumatike. E marrin origjinën nga qelizat nervore rigjeneruese dhe indi cikatriral në nervat periferikë të prerë. Ato mund të shfaqen pas ndërhyrjes kirurgjikale në ose pranë laringut dhe shpesh shoqërojnë laringektominë ose diseksionin e qafës. Ato shkaktojnë dhembje të rëndë ose kollë, veçanërisht kur preket masa. Trajtimi përfshin ekscizionin kirurgjikal. ( Referenca 7,8 )

### **TUMORET NEUROENDOKRINE**

Qelizat neuroendokrine që derivojnë nga kista neurale janë parë edhe në laring. Këto qeliza japin dy tipe të tumoreve: paragangliomat ( glomus tumor) dhe karcinoidet.

### **PARAGANGLIOMAT**

Quhen ndryshe kemodektomat dhe janë tumore beninje të rralla të laringut. Ato rrjedhin nga `` paraganglia `` përgjatë nervit vag. Këto janë struktura të çiftëzuara përgjatë degëve të brendshme të nervit laringeal superior dhe degës së pasme të nervit laringeal rekuren ( psh. përgjatë degëve sensore të nervit dhe përreth anastomozes Galen ). Në raste të rralla paragangliomat gjenden në membranën krikotiroide anteriore. Në disa të sëmurë janë gjetur tumore multiple.

Nuk kanë përzgjedhje moshe dhe seksi.

Nga ana histologjike tumori karakterizohet nga grupe qelizore me kanale vaskulare të shpërndara të cilat kanë pak qeliza kontraktile në muret vaskulare. Biopsia mund të shkaktojë hemorragji të rëndë për shkak të vaskularizimit të rritur.

Simptomat klinike janë jo specifike. I sëmuri mund të ankojë për dhembje lokale përpara se tumori të bëhet i dukshëm. Dhembja përhapet në drejtim

të veshit dhe rëndohet nga gëlltitja.

Në ekzaminimin e laringut vihet re një masë mukozale e rrumbullakët, e kuqe ose blu, e mbuluar me një mukozë hiperemike dhe të vaskularizuar. Tumoret mund të kenë një formë të`orës me rërë`me komponentë brenda dhe jashtë laringut. Këto tumore mund të ngjajnë me një laringocelë dhe për ti diferencuar mund të jetë i nevojshëm një CT-scan ose MRI. Trajtimi përfshin ekscizionin kirurgjikal. Në disa raste mund të jetë e nevojshme laringektomia totale. Duhet të merren masa për kontrollin e hemorragjisë dhe hemotransfuzionin. Metestazat janë të rralla. ( Referenca 7,8 )

### **KARCINOIDI**

Tumoret karcinoide mund të gjenden në organe të tilla si pankreas, bronke, ovarë, mediastin, apendiks etj. Në laring ky tumor u përshkrua për herë të parë në 1969 nga Goldman. Që atëherë literatura ORL ka përshkruar rreth 20 raste. Këto tumore prekin kryesisht burrat ndërmjet moshave 50-70 vjeç. Shumë nga këto tumore zhvillohen në plikat ariepiglotike, kordat vokale, plikat faringoepiglotike dhe në sipërfaqen endolaringeale të epiglotisit. Në shumë raste shenja e parë klinike është një nodul metastatik në qafë. Sindromi karcinoid, i cili është pasojë e sekretimit të aminave biogjene si dopamina, katekolamina, prostaglandinat etj., nuk përshkruhen në tumoret e laringut. Ekzaminimi laringoskopik tregon një nodul të kuq të vogël në regjionin supraglotik që mbulohet nga mukozë e shëndoshë. Studimet mikroskopike, histokimike dhe ultrastrukturale tregojnë se nuk ka dallim me tumoret karcinoide të vendosura në pjesët e tjera të trupit. Trajtimi është kirurgjikal me ruajtje sa të jetë e mundur të strukturave laringeale. Kur janë të pranishëm nodujt cervicalë kryhet diseksioni i qafës. Këta të sëmurë mbijetojnë gjatë, bile edhe me metastaza në distancë. Këto tumore janë radiorezistente. ( Referenca 7,8 )

### **TUMORET VASKULARE**

#### **HEMANGIOMAT**

Hemangiomat mund të shfaqen që në lindje (30 %) ose të shfaqen pas lindjes. Ato kanë preferencë për femrat me një raport meshkuj-femra 1 me 6. Angioma shfaqen si hemangioma të thjeshta ( kapilare ) ose kavernoze të faringut ose laringut. Histologjikisht hemangiomat karakterizohen nga proliferimi i shpejtë i qelizave endoepiteliale me mitoza të shpeshta. Shenja më e shpeshtë e këtyre tumoreve është hemorragjia, e cila mund të jetë e rëndë. Gjithashtu mund të shfaqet ngjirja e zërit dhe vështirësia respiratore. Në ekzaminimin e laringut këto tumore duken si masë blu. Biopsia në një lezion të tillë nuk indikohet në një mjedis të pakontrolluar. Për shkak të hemorragjisë

profuse që mund të japin këto tumore,ekscizioni është mirë të bëhet nëpërmjet laringoskopisë së suspenduar,nëse ato janë të vogla,ose nëse ato janë të mëdha nëpërmjetë faringotomisë laterale për të siguruar një kontroll vaskular.Hemangiomat kavernoze zakonisht shfaqen në kordat vokale të rreme,ndërsa hemangiomat kapilare mund të shfaqen në kordat vokale të vërteta ose në regjionin supraglotik.Hemangiomat kongenitale janë gjetur në fëmijët e vegjël,dhe zakonisht vendosen në regjioni subglotik.Përbëjnë rreth 2% të lezioneve kongenitale tek fëmijët.Ato janë dy herë më të shpeshta tek djemtë.Zakonisht shihen që në muajt e parë pas lindjes dhe rriten progresivisht duke dhënë stridor dhe frymëmarrje të shpeshtë.Në 50% të rasteve ato shoqërohen me hemangiomat kapilare të lëkurës dhe mukozës orale.Kështu,tek një neonat me hemangioma kutane që ka stridor dhe detres respirator, duhet të merret parasysh prania e hemangiomes laringeale.Në rreth 5% të rasteve ka edhe anomali të tjera kongenitale dhe në mbi 70% të rasteve shfaqen në murin e pasëm të laringut ose trake. Rreth 90 % e rasteve involojnë spontanisht.

Perveç trajtimit kirurgjikal hemangiomat mund të trajtohen edhe me mjekime medikamentoze për të zvogëluar masën tumorale. Kështu mund të perdoret terapia me steroide sistemikë ( prednisolon 2-4 mg/kg peshe për 6 jave) ose steroide intralezional( të kombinuara me betametazon dhe triamcinolone), ose terapia me interferon ( interferon alfa-2a , interferon alfa-2b ). Mund të përdoret gjithashtu radiacioni, embolizimi arterial dhe CO2 lazeri. ( Referenca 8,10 )

### **LIMFANGIOMAT**

Janë tumore beninje, multilokulare, të forta që origjinojnë nga enët limfatike.Ato përbëjnë 8 % të lezioneve kongenitale tek fëmijët me një incidencë 1 në 6000-16000 lindje. Shumica shihen rreth moshës 2 vjeçare. Klasifikohen si:

- Limfangioma kapilare ( leziona < 1 cm )**
- Hygroma cystike ( cyste > 1 cm)**

Zakonisht shoqërohen me hygromat cystike ne fëmijët e vegjël.Tumoret e izoluara janë të rralla.Lokalizimi më i shpeshtë i tyre është në regjionin supraglotik dhe hypofaring, duke dhënë stridor inspirator dhe bllokim të rrugëve të frymëmarrjes.Përhapja supraglotike zakonisht përfshin valekulat, epiglotin, kordat e rreme dhe plikat aryepiglotike.

### **HEMANGIOPERICITOMAT**

Hemangiopericitomat rrjedhin nga pericitet e mureve të enëve të gjakut. Shumica janë beninje. Ato zakonisht shfaqen në regjionin supraglotik.Prekin

moshat e vjetra në të dy sekset.Zakonisht janë të pedunkuluara dhe gjakosen lehte.Trajtimi është kirurgjikal.



### **LIPOMAT**

Këto janë tumore shumë të rralla në laring.Lipomat inserohen pothuaj gjithmonë në epiglot dhe në plikat ariepiglotike,shumë rrallë në ventrikul,asnjeherë mbi kordat vokale.Ato janë shpesh ekstralaringeale.Ngjyra e tyre është e verdheë ose në të kuqe.Mund të jenë të pedunkuluara ose jo, me konsistencë të fortë sepse përmbajnë edhe një sasi indi fibroz ( fibro- dhjamore).Përmasat jenë të vogla, por mund të gjenden edhe lipoma voluminoze. Përsa i perket klinikes, lipomat mund të jenë asimptomatike kur ato vendosen në sinusin piriform.Kur inserohen në epiglot ato

shkaktojnë një shtërngim të lehtë gjatë gëlltitjes. Kur një lipome e pedunkuluar hyn në laring, zëri është mbytës deri në të ngjirur.Tumori mund të bllokojë kavitetin laringeal dhe të japë vështirësi respiratore.Në laringoskopi vihet re një masë e rrumbullakët,me sipërfaqe të lëmuar, e mbuluar nga enë të vogla,e lirë dhe e lëvizshme nga rryma e ajrit,e butë në prekje.Ndonjëherë vendosja është nën mukozë.Laringoskopia indirekte dhe biopsia vendosin diagnozën.Madhësia e lipomës mund të mbetet e njëjtë,ose të rritet në mënyrë progresive.

Trajtimi është kirurgjikal,nëpërmjetë heqjes nën laringoskopi të suspenduar ose nëpërmjet faringotomisë laterale kur bëhet fjalë për tumore të mëdha. ( Referenca 7,8,10 )

### **TERATOMAT DHE HAMARTOMAT**

Janë tumore shumë të rralla në laring.Në regjionin kokë-qafë vendosen rreth 2% e teratomave.Ato zakonisht shfaqen në lindje deri rreth moshës 2.5 vjeç.Në to mund të gjendet çdo lloj indi që merr origjinën nga çdo shtresë qelizore germinative.Kur në të gjendet vetëm një shtresë quhet hamartomë, dhe kur përbëhet nga të gjitha shtresat ( të 3-ja ) quhet teratomë. Këto tumore zakonisht vendosen në kordat vokale të rreme, në

epiglott ose në ventrikul. Prognoza është e mirë kur nuk ka komprimim respirator. Shumica e lezioneve janë beninje dhe trajtohen me ekcizion kirurgjikal. Zakonisht janë të diferencuara mirë dhe nuk ka rekurenca. ( Referenca 7,8,10 )

### **MANIFESTIMET LARINGEALE TE SEMUNDJEVE SISTEMIKE**

Përveç patologjive të mësiperme, laringu mund të preket nga manifestimet laringeale të sëmundjeve sistematike, të cilat kërkojnë laringoskopi direkte dhe biopsi. Në disa të sëmurë diagnoza mund të jetë rezultat i shfaqjes së vetme në laring, megjithëse pjesa më e madhe kanë lokalizime të përhapura. Në grupin e çrregullimeve sistematike përfshihen sëmundjet granulomatoze si :

- **Tuberkulozi**
- **Leproza**
- **Sifilizi terciar**
- **Sarkoidoza**
- **Sëmundja Crohn**
- **Granulomatoza Wegener**
- **Skleroma**
- **Lupusi eritematoz sistematik**

Këto sëmundje granulomatoze më shpesh shfaqen në regjionin subglotik dhe pjesën proksimale të trakesë si infiltrate të shkrifëta, të ashpra dhe të kuqe që ndryshojnë cilësinë e zërit dhe pengojnë kalimin e ajrit. Shenja klinike më e shpeshtë është dispnea ( 79-82 % e rasteve).Gjithashtu mund të japë ndryshime zëri, stridor dhe kollë.Për vendosjen e diagnozës është e nevojshme laringoskopia dhe marrja e materialit për ekzaminim histopatologjik. Testet specifike ndihmojnë gjithashtu diagnozën (p.sh. testi i antitropave citoplazmike antineutrofile me anë të fluoreshencës citoplazmike granulare në rastin e granulomatozës Wegener, ANA, celula LE për lupusin eritematoz sistematik, testi Kveim-Siltzbach, ACE dhe niveli i Ca++ në sarkoidozë, PPD test, grafi kraharori, ekzaminimi i sputumit dhe kultura e tij në tbc., FTA-ABS test për sifilizin etj ).Mjekimi bëhet në bazë të etiologjisë ( Kimioterapi për granulomatozën Wegener, kortikosteroide për sarkoidozën, antituberkular për tuberkulozin, antibiotikë për skleromën, penicilinë dhe steroide për sifilizin, dapsonë për leprën, antiinflamatorë steroide dhe josterioide për LES etj)

**Amiloidoza** gjithashtu mund të prekë laringun. Ajo është rezultat i akumulimit ekstraqelizor të një materiali amorf, eozinofilik që njihet si një proteinë fibroze. Ajo mund të jetë e lokalizuar ose sistemike, dhe mund të shoqërohet me sëmundje të tjera kronike. Prek më tepër burrat në dekadën e 5-6 të jetës. Në laring depozitat e amiloidit duken si pllaka submukoze të verdha ose si masë polipoide. Vendi që preket më shpesh janë kordat vokale të rreme, ventrikuli ose regjioni subglotik. Kur lokalizohet në kordat vokale të verteta alterohet mobiliteti i tyre dhe i sëmuri ka ngjirje zeri. Kur lezioni është i kufizuar ai mund të hiqet plotësisht dhe zëri të përmirësohet. Kur pllakat e amiloidit vendosen në regjionin subglotik mund të ndodhë bllokimi i rrugëve të frymëmarrjes. Në këto raste masa duhet të hiqet me forceps ose CO2 lazer.

Sëmundjet sistemike autoimmune si **artriti reumatoid** dhe artrite të tjera mund të japin manifestime në laring dhe kryesisht në artikulationin krikoaritenoid duke shkaktuar edemë, dhembje, mpirje dhe fiksion të një ose dy artikulacioneve. Në stadi të hershme të destruksionit të artikulationit, dhembja përhapet në vesh. Duke ndryshuar lëvizshmërinë e artikulationit të mesipërm, kjo sëmundje jep ndryshime të zërit dhe graviteti i këtij ndryshimi varet nga fakti nëse fiksioni i artikulationit është i njëanshëm apo i dyanshëm dhe nga pozicioni përfundimtar i kordës së imobilizuar, e cila mund të kthehet në pozicionin normal nëpërmjet medializimit kirurgjikal. Nëse fiksohen të dy artikulationet në vijën e mesit do të kompromentohen rrugët e frymëmarrjes dhe kërkon ndërhyrjen e shpejtë kirurgjikale (lateralizimin kirurgjikal ose aritenoidektomia) për të zgjeruar hapësirën glotike .

( Referenca 7,8,10 )

## Referencat:

1. Bielecki, et al., Intralesional injection of cidofovir for recurrent respiratory papillomatosis in children, *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* (2009), doi:10.1016/j.ijporl.2009.01.002
2. Management of pediatric airway granular cell tumor: Role of laryngotracheal reconstruction *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, Volume 70, Issue 6, Pages 957-963 F. Pernas, R. Younis, D. Lehman, P. Robinson
3. Cidofovir efficacy in recurrent respiratory papillomatosis: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. McMurray JS, Connor N, Ford CN. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2008 Jul;117(7):477-83.
4. Intralesional injection of cidofovir for recurrent respiratory papillomatosis in children. Bielecki I, Mniszek J, Cofala M. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2009 Feb 2. [Epub ahead of print]
5. Side-effects of cidofovir in the treatment of recurrent respiratory papillomatosis. Broekema FI, Dikkers FG. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2008 Aug;265(8):871-9. Epub 2008 May 6. Review.
6. Kaypentax, Assessing Dysphonia. Interactive video textbook
7. Cummings Otolaryngology: Head and Neck Surgery
8. Head and Neck Surgery—Otolaryngology (Head & Neck Surgery)
9. De Lima Pontes PA, De Biase NG, Gadelha EC. Clinical evolution of laryngeal granulomas: treatment and prognosis. *Feb 1999;109;289-94*
10. Otolaryngology: Head and Neck Surgery--A Clinical & Reference Guide, Second Edition
11. Havas TE, Priestley J, Lowinger DS. A management strategy for vocal process granulomas. *Feb. 1999;109;301-6*

12. Willcox TO, Rosenberg SI, Handler SD. Laryngeal involvement in neurofibromatosis. *Ear Nose Throat J.* 1993;72:811-812

13. Czinder J, Fekete-szabo G. Neurofibroma of the supraglottic larynx in childhood. *J Laryngol. Otol.* 1994;108:156-158