

FARENKS VE LARENKS TÜBERKÜLOZU (İKİ OLGU NEDENİYLE)

Ayşın ŞAKAR*, Arzu YORGANCIOĞLU*, Pınar ÇELİK*, Onur ÇELİK**,
Halis ÜNLÜ**, Semin AYHAN***, Akif DEMİR***

* Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, MANİSA

** Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, MANİSA

*** Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Bilim Dalı, MANİSA

ÖZET

Üst solunum yolları tüberkülozu, modern kemoterapi rejimlerinin kullanıldığı günümüzde çok nadir olarak görülür. Ağız, tonsiller, dil, burun, epiglot, larenks ve farenkste yerleşebilir.

Larenks tüberkülozu hemen daima akciğer tüberkülozuna eşlik eder. Genellikle erkeklerde ve sigara içicilerde görülmesi, ses kısıklığı semptomu vermesi ve endoskopik kitle görünümü nedeniyle larenks maligniteleri ile karışabilir. Farenks tüberkülozu ise daha çok çocuklarda ve primer infeksiyon şeklinde karşımıza çıkar. Makroskopik görüntüsü maligniteleri taklit edebilir.

Bu yazıda larenks, farenks ve akciğer tüberkülozlu bir olgu ile farenks tüberkülozlu bir olgu sunulmuştur. İlk olgu 37 yaşında erkekte ve ön tanısı larinks ve hipofarinks malignitesiydi. Larinks ve farinks biyopsilerinin histopatolojik incelemesinde kazeifikasyon gösteren tüberküloz granülomları görüldü. Olguda aynı zamanda akciğer tüberkülozu da bulundu. İkinci olgu 59 yaşında bayandı ve nazofarinkste tüberküloza bağlı kitle saptandı. Tanı histopatolojik inceleme ile kondu. İki olguda da antitüberküloz tedavi başarılı oldu.

Anahtar kelimeler: Tüberküloz, larenks, farenks.

(Solunum 2002;4:51-55)

SUMMARY

TUBERCULOSIS OF LARYNX AND PHARYNX (TWO CASES)

Since the introduction of effective chemotherapy, upper airway tuberculosis is rare. It involves oral cavity, tonsils, tongue, nose, epiglot, larynx and pharynx.

Laryngeal tuberculosis is nearly always considered to be secondary to pulmonary infection. It may be confused with laryngeal malignancies, because it is usually seen in smoker male patients and it is generally accompanied by hoarseness and endoscopic mass appearance.

Pharyngeal tuberculosis generally occurs in children and as primary infection. Macroscopic appearance may mimic malignancy. In this article, a case of tuberculosis of the larynx, pharynx, lung and a case of tuberculosis of the pharynx are presented. First case was 37 year-old male. His pre-diagnosis was larynx and hypopharynx malignancies. Histopathological examination of larynx and pharynx biopsies showed tuberculoid granulomas with caseation. Also he had pulmonary tuberculosis. Second case was 59 year-old female. She had nasopharyngeal tuberculoid mass. Diagnosis was confirmed by histopathological examination. Antituberculous treatment was succesful in two cases.

Key words: Tuberculosis, larynx, pharynx.

(Solunum 2002;4:51-55)

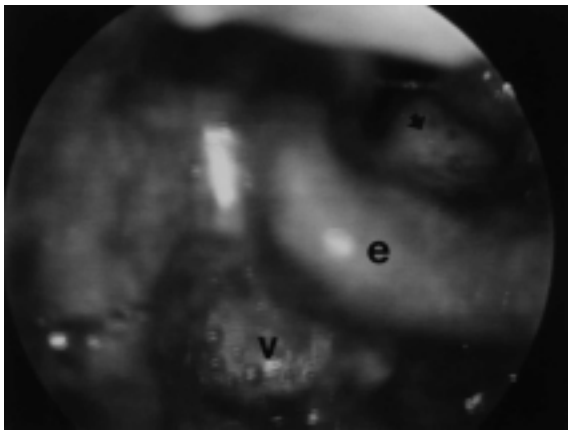
GİRİŞ

Üst solunum yollarında tüberküloz (tb) ağız mukozası, tonsil, dil, epiglot, farenks ve larenksi tutabilir. Lezyonlar genellikle primer akciğer tüberkülozunun bir komplikasyonudur. Nadiren tonsillerde ve larenkste olduğu gibi primer lezyon olarak da görülebilir. Farenks tb görülme sıklığı oldukça düşüktür. Bu yazıda bir akciğer, larenks ve farenks tb olgusu ile bir primer farenks tb olgusu sunulmuştur.

Olgu 1:

37 yaşında erkek olgu, yutma güçlüğü, yutma sırasında ağrı ve takılma hissi, ses kısıklığı, sol kulak akıntısı ve kilo kaybı yakınmalarıyla kulak burun boğaz (KBB) polikliniğine başvurdu. 20 paket yılı sigara alışkanlığı vardı.

Otoskopide sol dış kulak kanalında pürülan sekresyon ve timpanik membranda santral perforasyon izlendi. Farenks bakısında nazofarenks posterior duvarında lenfoid dokuda belirginleşme, sol palatin tonsil ve tonsil plikalarında hiperemi, oro-hipofarenks arka duvarında mukozaya sıvanmış yoğun sekresyon, kenarları belirgin ve düzensiz, tüm mukoza tabakasını ilgilendiren 3x4 cm çaplı ülser ve piriform sinüslerde bol tükrük birikimi saptandı. Endoskopik larengoskopide epiglot künt ve minimal ödemli, yüzeyi düzensiz, aritenoidler hareketli ve solda daha belirgin olmak üzere bilateral ödemliydi. Sol supraglottiste kordun görülmesini engelleyen vejetan kitle ve bol sekresyon görüldü (Resim 1). Ayrıca jugulodigastrik bölgede solda bir, sağda iki adet 1x1,5 cm boyutlarında lenfadenomegali palpe edildi.

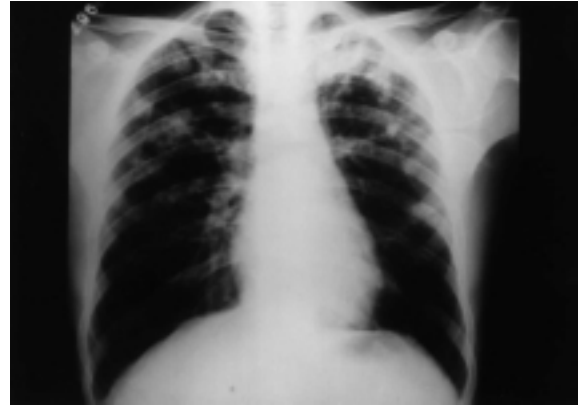


Resim 1: Endoskopik larengoskopide sol supraglottiste vejetan kitle lezyonu(ok), epiglotta ödem ve küntleşme(e), vallekülada tükrük birikimi(v).

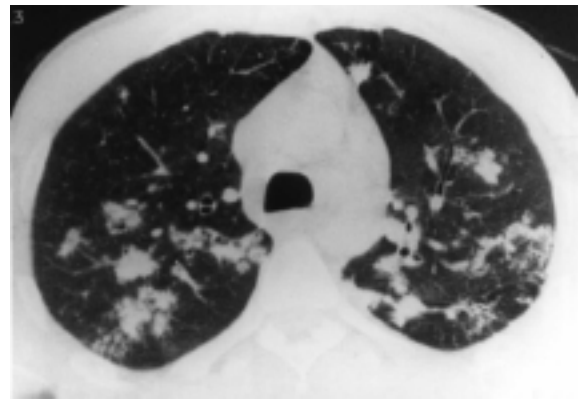
Laboratuvar bulgularında eritrosit sedimentasyon hızı

70 mm/saat, beyaz kan hücresi 10200/mm³, diğer hemogram ve rutin kan ve idrar biyokimyasal testleri olağan sınırlarda bulundu. Bu bulgular eşliğinde olguda larenks ve hipofarenks malignitesi ile sol kronik otitis media ön tanıları düşünüldü.

Genel anestezi altında biyopsi öncesi yapılan solunum sistemi değerlendirmesinde olgunun iki aydır öksürük ve sarı renkli balgam çıkarma, kilo kaybı, gece terlemesi yakınmaları ve altı yıl kömür madeninde çalışma öyküsü olduğu öğrenildi. Fizik bakıda göğüs ön-arka çapı artmıştı, bilateral nadir ekspiratuar ronküsler duyuldu. Postero-anterior (PA) akciğer radyogramında bilateral üst ve orta zonlarda yer yer erimeli alanlar içeren heterojen nitelikte infiltrasyonlar görüldü (Resim 2). Toraks bilgisayarlı tomogram kesitlerinde bilateral üst loblar ve alt lob superior alanlarında sentrilobüler nodüller, dallanan lineer yapılar, makronodül ve tomurcuklanan dal görünümü gösteren konsolidasyon saptandı (Resim 3).



Resim 2: PA akciğer radyogramında bilateral üst ve orta zonlarda, erimeli heterojen infiltrasyon.

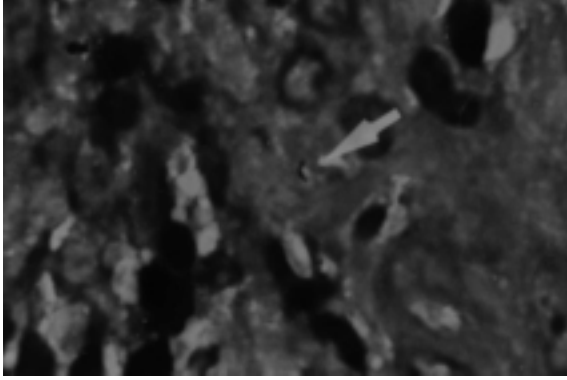


Resim 3: Toraks bilgisayarlı tomogramda sentrilobüler nodüller, dallanan lineer yapılar, makronodül ve tomurcuklanan dal görünümü gösteren konsolidasyon alanları.

Tüberkulin testi negatifti. Olgu balgam veremediği için alınan mide suyu Asidorezistan basil (ARB) direkt bakısı negatif bulundu.

Fiberoptik bronkoskopide tüm bronş sistemi açık olarak değerlendirildi. Bronş lavajı ve postbronkoskopik balgam ARB bakısı pozitif bulundu, sitolojisi ise benign olarak rapor edildi.

Olgunun farenkste bulunan ülserasyon ve larenksteki kitle lezyonundan alınan biyopsilerin histopatolojik incelemesinde, hiperplazi gösteren çok katlı yassı epitel altında kronik yangısal değişiklikler ile birlikte kazeifikasyon nekrozu içeren granülom yapıları ve Ziehl-Nielsen boyamada pozitif boyanan bir kaç adet basil görüldü (Resim 4). Sol kulak akıntısının ARB bakısı negatif bulundu.



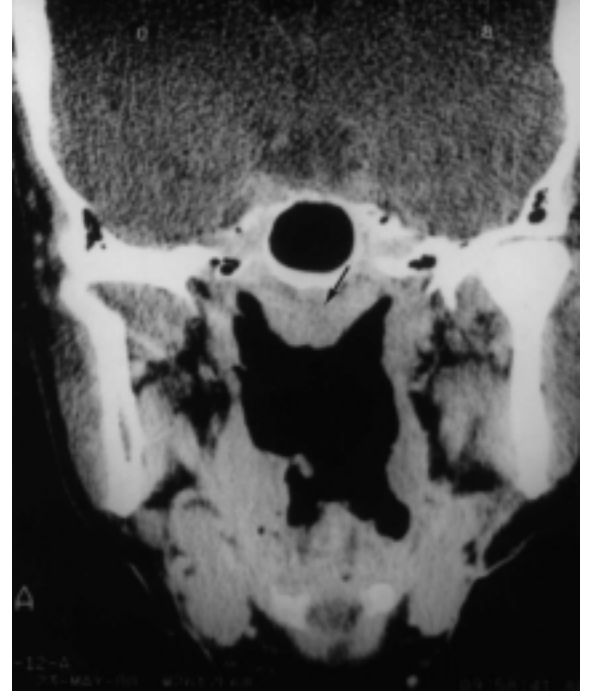
Resim 4: Granülom yapısının içinde saptanan aside dirençli basil (Erlich Ziehl-Neelsen, x 1000).

Tüm bu bulgular eşliğinde olguya “Akciğer+Larenks+Farenks tüberkülozu” tanısı kondu. Tedavi INH 300 mg/gün, RIF 600 mg/gün, MPZ 2 gr/gün, EMB 1.5 gr/gün olarak düzenlendi. Tedavi altında izlemlerinde birinci ayda semptomlar kayboldu, eritrosit sedimentasyon hızı düştü, farenks ve larenksteki lezyonlarda belirgin gerileme izlendi. İkinci ayda asemptomatik olan olgunun bakteriyolojik bakısı negatifleşti ve akciğerde radyolojik iyileşme izlenmeye başlandı. ARB kültür sonucu tüm ilaçlara hassas olarak bulundu. Tedavi 6 aya tamamlanarak kesildi. Olgu halen izlemimiz altındadır.

Olgu 2:

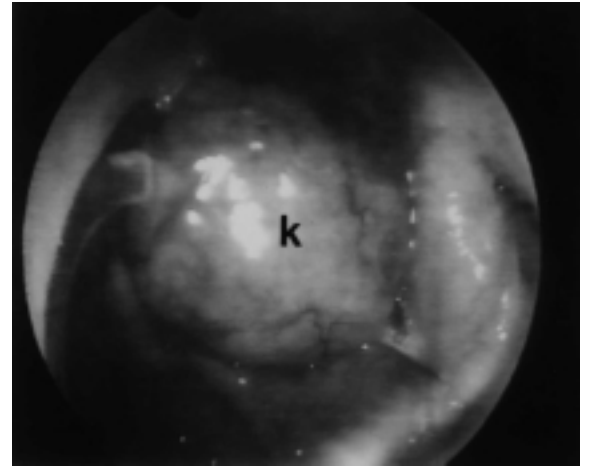
59 yaşında bayan olgu, burun sırtında kabuklu yara nedeniyle KBB ve Dermatoloji hekimlerine başvurmuş. Burun sırtından alınan cilt biyopsisinin patolojisinde solar keratoz saptanmış. KBB bakısında nazofarenkste kitle görünümü izlenmesi nedeniyle çekilen nazofarenks ve boyun bilgisayarlı tomogram kesitlerinde nazofarenks tavanından sağ lateral duvara ulaşan 2 cm boyutunda, içinde hipodens alanlar içeren vejetan yumuşak doku lezyonu ile sağ posterior servikalde lenfadenomegaliler bulunmuş (Resim 5). Bunun üzerine nazofarenksteki

kitleye yapılan biyopsi sonucunun granülomatöz reaksiyon olarak rapor edilmesi üzerine hastanemizin KBB bölümüne sevk edilmiş.



Resim 5: Nazofarenks bilgisayarlı tomogramında nazofarenks tavanında vejetan yumuşak doku lezyonu(ok).

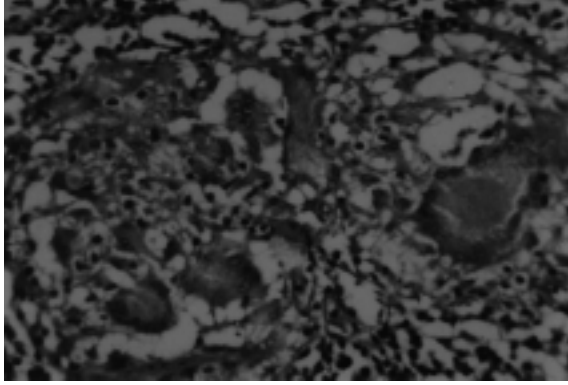
Olgunun hastanemizde yapılan nazofarenks endoskopik muayenesinde nazofarenks arka duvarından köken alan, Rossenmuller fossa ve koanaya doğru uzanan, üzeri düzgün mukoza ile kaplı vejetan kitle lezyonu görüldü (Resim 6). Sağ sternokleidomastoid kas medialinde orta 1/3 bölümde 2x2 cm boyutlarında mobil, solid lenfadenomegali palpe edildi. Diğer sistem bakıları olağandı.



Resim 6: Nazofarenks endoskopik bakısında nazofarenks arka duvarında, üzeri düzgün mukoza ile kaplı vejetan kitle lezyonu(k).

Laboratuvar bulgularında eritrosit sedimentasyon hızı 11 mm/saat, rutin kan ve idrar incelemeleri normal sınırlarda bulundu.

Olguya eksizyonel biyopsi uygulandı. Nazofarenkstekit kitlenin histopatolojik bakışında epitel altında epiteloid histiositlerden ve Langhans tipi dev hücrelerden oluşan granülom yapıları görüldü (Resim 7).



Resim 7: Epiteloid histiositleri ve Langhans dev hücrelerini içeren granülom yapıları (HE, x 200).

Solunum sistemi yönünden yapılan incelemelerinde PA akciğer radyogramı ve toraks bilgisayarlı tomogram kesitlerinde aktif infiltrasyon saptanmadı. Tüberkülin testi 20 mm, büllü olarak ölçüldü. Mide suyu ARB bakışı negatif olarak bulundu.

Tüm bulgular eşliğinde olguya “nazofarenks tüberkülozu” tanısı konarak INH, RIF, MPZ ve EMB’ den oluşan dördü tüberküloz tedavisi başlandı. 2 ay sonunda INH ve RIF’den oluşan rejim ile tedavi 6 aya tamamlandı. Herhangi bir yan etki gelişmedi. Lezyon yerinde nüks görülmedi. Olgu halen izlemimiz altındadır

TARTIŞMA

Üst solunum yolları tb sıklığı modern kemoterapi rejimlerinin kullanılması ile giderek azalmıştır, günümüzde çok nadir görülür. Ağız mukozasında, tonsillerde, dilde, burunda, epiglotta, larenks ve farenkste yerleşebilir(1,2,3,4,5,6).

Larenks tb görülme sıklığı, modern kemoterapiden önce % 30-40 oranlarındayken etkin tedavi ile belirgin düşüş göstermektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda larenks tb sıklığı % 0.6-1.4 arasında izlenmektedir(7,8). Gelişmiş ülkelerde HIV enfeksiyonunun da sıklığı artırıcı bir etken olduğu bilinmektedir.

Genellikle akciğer tüberkülozuna eşlik eder. Ancak

hematojen yayılım sonucu, nadiren de olsa akciğer tb olmaksızın görülebilir. Patogenez tam olarak bilinmemekle beraber akciğer tb olgularında tb basili ile enfekte balgamdan larenks mukozasına implantasyon olduğu düşünülmektedir. Özellikle yatak istirahati tedavisinin yaygın olduğu geçmiş yıllarda larenks tb’nin posterior duvarda yerleşimi bu hipotezi destekler. Hala, posterior glottis tutulumu tb için tipik bir bulgudur(9). Bizim olgumuzda da akciğer tüberkülozuna eşlik eden, posteriora yerleşmiş larenks tutulumu vardı.

Görülme yaşı 3. ve 4. dekadlar olarak bilinmekle birlikte, son yıllarda 5. ve 6. dekadlara kaydığını gösteren çalışmalar vardır. Erkeklerde ve sigara içicilerde daha sık rastlanır. Antrakozis gibi kronik akciğer hastalıkları, malnütrisyon gibi faktörler predispozan rol oynar. İlk olgumuz yaş, cinsiyet ve sigara öyküsü ile larenks tutulumu açısından klasik özellikleri taşımaktaydı. En sık görülen semptomlar ses kısıklığı ve ağırlı yutmadır. Eşlik eden akciğer tb’ye ait öksürük, kilo kaybı, gece terlemesi gibi semptomlar da bulunabilir(10). Olgumuzda hem akciğer, hem de larenks ve farenks tutulumu olması nedeniyle bu semptomların tümü bulunmaktaydı. Tipik bir görünümü yoktur. Mukozada hiperemi, ödem, ülserler ve kitle görünümüne yol açabilir. Bu nedenle larenks tb “great imitator” olarak bilinmektedir(9). Genelde sigara içen, orta yaşlı erkeklerde görülmesi, ses kısıklığına yol açması ve kitle görünümü yapabilmesi nedeniyle bizim olgumuzda olduğu gibi öncelikle larenks malignitesinden kuşulanılmasına neden olur. Özellikle larenksin arka 1/3 bölümünü tutan lezyonlarda tb’den kuşulanılmalıdır.

Tanı için balgam yaymasında Mycobacterium tuberculosis’ in gösterilmesi veya kültürde üretilmesi yeterli değildir. Görünüm olarak karışabilecek sifiliz, malignite gibi hastalıkları dışlamak için mutlaka histopatolojik inceleme yapılmalıdır. Ülserler içeren epitelin altında Langhans tipi dev hücreler de bulunan granülom yapıları tipiktir(9,10). Birinci olguda bakteriyolojik pozitiflik sağlanmasına rağmen larenks biyopsisinin histopatolojik incelemesi ile akciğer tüberkülozu ile birlikte görülebilecek diğer larenks hastalıkları dışlanmış oldu. Ayrıca dokudaki granülomlar içinde ARB gösterilerek tanı kesinleştirildi.

Larenks tb görülmesi, akciğer tb tedavisinde değişiklik yapmayı gerektirmez. Klasik INH-RIF-MPZ-SM/EMB’den oluşan rejim uygulanır. Tedaviye yanıt çok iyidir(7,8). Bizim olgumuzda da hem akciğer, hem de üst solunum yollarındaki tüberküloz

infeksiyonu tedaviye çok iyi yanıt verdi. Farenks tb, larenks tüberkülozuna oranla çok daha az görülür. Farenksin primer infeksiyonu hemen hemen tamamen çocuklarda, genellikle tonsil ve adenoidlerde olur ve olaya servikal lenfadenopati eşlik eder. Kaviter ve balgamda bol basil çıkaran akciğer tb olgularında sekonder olarak farenks tutulabilir. Erkeklerde ve 5. dekatta daha sık görülür. Nazofarenks, orofarenks, nazosinüsler tutulabilir(11). Erkek olgumuzdaki farenks tutulumu akciğer tutulumuna sekonder olarak gelişmiştir. Bayan olgumuzda ise primer tb'nin oldukça nadir görülen bir yerleşme yeri olan farenkste ve ileri yaşta karşımıza çıkması ilginç özelliklerdir. 1980 yılında yayınlanan bir çalışmada 37 nazofarenks tb'u olgusundan 17'sinde akciğerler normal olarak değerlendirilmiştir(12). Bizim olgumuzda da akciğerlerde radyolojik veya bakteriyolojik yönden tüberküloz bulgusuna rastlanmamıştır.

Lezyonlar genellikle ağırlı ülserler veya bazen obstrüksiyona bile yol açan kitleler şeklinde karşımıza çıkabilir. Larenks tb'de olduğu gibi makroskopik görüntü büyük oranda malignite ile karışır. Akciğer tb'nin eşlik ettiği olgularda tanı daha kolaydır. Ancak yine bakteriyolojik tanının yanısıra histopatolojik inceleme yapılmalıdır. İkinci olgumuzda da lezyonun radyolojik kitle görünümü ve akciğer tüberkülozunun eşlik etmemesi nedeniyle öncelikle maligniteden kuşulanılmıştı ve tüberküloz tanısı histopatolojik inceleme ile konulmuştu. Tedavide uygun tb ilaçları kullanılır. Tedavi başarısı çok yüksektir (11,12). Bizim olgumuzda da tedavi yanıtı çok iyi olarak izlendi.

KAYNAKLAR

1. Crofton J, Horne N, Miller F. Erişkinde non-pulmoner tüberküloz. In: Crofton J, Horne N, Miller F. Klinik tüberküloz. İstanbul: Yüce Yayınları, 1995;117-118.
2. Şipit T, Özkara Ş, Kalpaklıoğlu F, Önde G, Çakıroğlu E, Örtüç O. İki olgu nedeniyle dudak-dil tüberkülozu. Solunum Hastalıkları 1993;4(2):251-255.
3. Köksal D, Acıcan T, Dursun G, Ataoğlu Ö, Çobanlı B. Akciğer tüberkülozuna sekonder gelişen dil tüberkülozu. Tüberküloz ve Toraks 1999;47(2):228-230.
4. Aktoğu S, Eriş FN, Dinç ZA, Tibet G. Tuberculosis of the tongue secondary to pulmonary tuberculosis. Monaldi Arch Chest Dis 2000;5(4):287-288.
5. Karagülle Ş, Ulutürk R, Soysal F, Aksoy B, Dündar V. Primer mukokütanöz burun tüberkülozu: 17 yıl geciken tanı. Klimik 1994;7:40-41.
6. Çelik O, Yalçın Ş, Hançer A, Çelik P, Özercan R. Tuberculous tonsillitis. The J of Otolaryng 1995;24(5):307-309.
7. Tatar D, Çırak K, Ertuğrul G, Özacar R, Halilçolar H, Yener AG. Larinks tüberkülozlu olgularımız. Solunum Hastalıkları 2000;11:212-216.
8. Alataş F, Metintaş M, Erginel S, Harmancı E, Işık R, Cingi C, Özdemir N. Akciğer ve larinks tüberkülozu birlikteliği. Tüberküloz ve Toraks 1998;45:290-294.
9. Tucker HM. Infectious and inflammatory disorders. In: Tucker HM. The Larynx. New York: Thieme, 1993;231-244.
10. Broek PV. Acute and chronic laryngitis; leucoplakia. In: Stell PM, ed. Laryngology. London: Butterworth Ltd, 1987;99-118.
11. Hibbert J. Acute infection of the pharynx and tonsils. In: Stell PM, ed. Laryngology. London: Butterworth Ltd, 1987;87.
12. Lecointre F, Marandas P, Micheau C, Lacombe H, Schwaab G, Cachin Y. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac 1980;97: 422-423 (abst).