

Tüberküloz Larenjitleri

Tuberculos Laryngitis

Dr. Tamer ERDEM*, Dr. Murat Cem MİMAN*, Dr. İclal GÜRSES, Dr. Ahmet KIZILAY*, Dr. Erkan KARATAŞ***, Dr. Gamze TÜRKER*****

* İnönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi KBB Anabilim Dalı

** İnönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi Patoloji Anabilim Dalı

***İnönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

ÖZET

Laringeal tüberküloz, larenksin en sık granümatöz enflamasyonudur ve sıklıkla akciğer tüberkülozuna eşlik etmektedir. Akciğerden gelen basil yüklü balgamın larenkse direkt olarak inokülasyonu yayılmaktadır. Ancak akciğerdeki odaktan hematojen ve lenfatik yayılım da gözlenmiştir. Vokal kordlar ve epiglot en sık tutulan bölgelerdir. Bu çalışmada son 5 yılda İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz ve Patoloji Anabilim Dalları'nda tüberküloz larenjit tanısı alan 6 olgu sunulacaktır. Tamamı erkek olan olgularımızın ortalama yaşları 42,8 (31-56) olarak saptandı. Üç olguda supraglottik (epiglottis, ariepiglottik plica ve band ventrikül), birinde transglottik, birinde posterior komissür ve birinde ise glottik bölgenin tutulduğu saptandı. Ayırıcı tanıda larenks kanseri, mikotik enfeksiyonlar, kronik larenjit, sifiliz, sarkoidoz ve Wegener hastalığı akılda tutulmalıdır. Akciğer grafisi ve balgam kültürleri yararlı olsa da kesin tanı biyopsi ile konur. Sonuç olarak günümüzde tüberküloz larenjit sıklığı azalmakla beraber, hala larenksin en sık granümatöz hastalığı olmaya devam etmektedir ve karşılaşılan laringeal kitlelerin ayırıcı tanısında akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler

Tüberküloz, granümatöz enflamasyon, larenjit, larenks, kitle

ABSTRACT

Laryngeal tuberculosis is the most common granulomatous inflammation of the larynx, and generally accompanies to the pulmonary tuberculosis. The most common accepted pathway of the laryngeal inoculation is direct contamination of the pulmonary sputum containing mycobacterial bacilli into the larynx. But haematogenous and lymphatic spread has been also shown as a contamination pathway. In this study patients with laryngeal tuberculosis diagnosed in last 5 years in Inonu University, School of Medicine, Departments of Otolaryngology and Pathology. All of cases were male and their mean age was 42,8 (range 31-56) years old. In 3 cases supraglottic structures such as epiglottis, aryepiglottic plica and ventricular band were affected. The transglottic involvement in 1 patient, posterior commissure involvement in 1 patient and glottic involvement in 1 patient were detected. Laryngeal carcinoma, mycotic infections, chronic laryngitis, syphilis, sarcoidosis and Wegener disease should be kept in mind in differential diagnosis. Although, pulmonary X-ray and positive sputum cultures contribute to the diagnosis, definitive diagnosis of the tuberculous laryngitis is based on histopathologic findings of the biopsy specimen. In conclusion, although tuberculous laryngitis incidence declines, it is still the most common granulomatous inflammation of the larynx and should be included into the differential diagnostic list in laryngeal masses.

Keywords

Tuberculous, granulomatous inflammation, laryngitis, larynx, mass.

Bu çalışma, 23. Ulusal Tüberküloz ve Göğüs Hastalıkları Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur. 3-5 Nisan 2003, Malatya.

Çalışmanın yapıldığı klinik(ler): İnönü Üniversitesi, KBB Anabilim Dalı

Çalışmanın Dergiyeye Ulaştığı Tarih: 05.05.2003. • Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: 23.03.2004

Yazışma Adresi

Yrd. Doç. Dr. Tamer ERDEM

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Malatya

Telefon: 0 422 341 06 60-46 03, 0 532 452 00 65 Fax: 0 422 341 07 28 E-mail:tamerdem@hotmail.com Web sitesi: http://medicine.inonu.edu.tr/ent

GİRİŞ

Laringeal tüberküloz, larenksin en sık granülomatöz enflamasyonudur ve sıklıkla akciğer tüberkülozuna eşlik eder (2, 6). Auerbach (1946), antitüberküloz tedavi öncesi dönemde laringeal tüberkülozun, larenksin en sık rastlanılan hastalığı olduğunu ve akciğer tüberkülozlu olguların %37'sinde görüldüğünü bildirmiştir (7). Antitüberküloz tedavinin kullanıma girmesiyle, laringeal tüberküloz nadir görülür bir hastalık olmaya başlamasına rağmen, 1990'dan beri hastalığın yeniden daha sıklıkla ortaya çıktığı ve klinik davranışında da değişiklikler olduğu rapor edilmiştir (9). Son zamanlarda ki bu insidans artışının altında, rezistan suşların ortaya çıkması, hızlı nüfus artışı, kötü yaşam ve beslenme koşulları ve HIV enfeksiyonunun yaygınlığı gibi nedenler olabilir (11). Tanı; klinik bulgular, balgam kültürü, PPD testi, akciğer grafisi ve lezyondan alınan biyopsinin histopatolojik incelemesi ile konmaktadır. Histopatolojik incelemesinde genellikle, santralinde kazeifikasyon nekrozu gösteren granülom yapıları saptanmaktadır.

Laringeal tüberküloz gelişimi için başlıca iki teori vardır: bunlarda ilki bronkojenik teoridir ki, burada endobronşial sistemden basil larenkse direkt olarak yayılmaktadır ve bu yolun olguların çoğunda geçerli olduğu düşünülmektedir (8). İkinci yol ise akciğerdeki tüberküloz enfeksiyonunun hematolenfojen yolla larenkse ulaşmasıdır. Larenks tüberkülozu olan olguların büyük çoğunluğunda aktif akciğer tüberkülozu saptanmıştır (2, 3, 10). Bu çalışmanın amacı son beş yıl içinde Anabilim Dalımızda tüberküloz larenjiti tanısı alan 6 olguya ait verileri rapor etmektir.

OLGU SUNUMU

Tüberküloz larenjit tanısı alan 6 erkek hastanın yaş ortalaması 42,8 (31-56) olarak saptandı.

1. olgu: 41 yaşında erkek hasta 3 aydır süren yutma güçlüğü, halsizlik, kilo kaybı ve ateş şikayetleri ile başvurdu. Yapılan kulak burun boğaz muayenesinde ve fiberoptik nazofaringolarinoskopide sol ariepiglottik plika ve epiglottisi tutan ekzofitik lezyon izlendi. Olgudan larenks malignitesi ön tanısı ile süspansiyon mikrolarengoskopisi esnasında biyopsi alındı. Spesmenin histopatolojik incelemesinde birleşme eğilimi gösteren, Langhans tipi dev hü-

re içeren ve merkezinde kazeifikasyon nekrozu bulunan granülomatöz enflamasyon gözlemlendi. Ziehl-Neelsen boyası ile spesimende asidorezistan basil (ARB) görülemedi. Olgunun alınan balgam örneklerinde asidorezistan basil (ARB) gözlemlendi. Postero-anterior pozisyonda çekilen akciğer grafisinde sol akciğer apeksinde kaviter lezyon izlendi. Eritrosit sedimentasyon hızı 50 mm/saat olarak ölçüldü. Yapılan tüberkülin testinde PPD:18 mm olarak bulundu.

2. olgu: 32 yaşında erkek hasta 6 aydır süren ses kısıklığı şikayeti ile geldi. Kulak burun boğaz muayenesinde ve fiberoptik nazofaringolarinoskopide her iki kord vokali tutan lökoplaziye benzer lezyon izlendi. Olgudan larenkste premalign bir lezyon ön tanısı ile süspansiyon mikrolarengoskopisi esnasında biyopsi alındı. Spesmenin histopatolojik incelemesinde birleşme eğilimi gösteren, Langhans tipi dev hücre içeren ve merkezinde kazeifikasyon nekrozu içeren granülomatöz enflamasyon saptandı. Ziehl-Neelsen boyası ile spesimende ARB görülemedi. Olgunun alınan balgam örneklerinde de ARB gözlemlendi. Postero-anterior pozisyonda çekilen akciğer grafisi olağan olarak saptandı. Eritrosit sedimentasyon hızı 22 mm/saat olarak ölçüldü. Yapılan tüberkülin testinde PPD:11 mm olarak bulundu.

3. olgu: 56 yaşındaki erkek hasta 2 aydır devam eden ses kısıklığı şikayeti ile başvurdu. Hastanın ses kısıklığı dışında sistemik bulgusu yoktu. Yapılan kulak burun boğaz bakışı ve nazofaringolarinoskopide sol band ventrikül, kord vokal ve subglottik bölgeyi tutan ve transglottik bir tümör görüntüsü veren vejetan kitleden süspansiyon mikrolarengoskopisi ile biyopsiler alındı. Yapılan histopatolojik incelemede larenks epiteli altında birleşme eğilimi gösteren, Langhans tipi dev hücre içeren ve merkezinde kazeifikasyon nekrozu içeren granülomlar mevcuttu. Bu sonuçlarla istenen balgam ARB bakışı pozitif, posteroanterior pozisyonda çekilen akciğer grafisinde ise 1 santimetre çapında şüpheli bir kavite alanı saptandı. Olgunun eritrosit sedimentasyon hızı 34 mm/saat olarak ölçüldü. PPD: 22 mm olarak saptandı.

4. olgu: 50 yaşında erkek hasta 3 aydır yutma güçlüğü ve odinofaji yakınmasıyla başvurdu. Olgunun yapılan kulak burun boğaz bakışı ve nazofaringolarinoskopisinde epiglottisi ve her iki ariepiglottik plikayı tutan vejetan tümöral kitle saptandı ve süspansiyon mikrolarengoskopisinde bu kitlenin her iki piriform sinüs medial duvarını tuttuğu

izlendi (Resim-1). Yapılan histopatolojik incelemede birleşme eğilimi gösteren, Langhans tipi dev hücre içeren ve merkezinde minimal kazeifikasyon nekrozu bulunan granülomlar saptandı (Resim-2). Balgam bakısında ARB pozitif olarak bulundu. Akciğer grafisinde miliyer tüberkülozu destekleyen görüntü mevcuttu. Olgunun eritrosit sedimentasyon hızı 44 mm/saat olarak saptandı.

5. olgu: 47 yaşındaki erkek olgu 4 aydır devam eden ses kısıklığı, yutma güçlüğü, odinofaji ve kilo kaybı şikayetleri ile başvurdu. Yapılan kulak burun boğaz bakısı ve nazofaringolarenoskopide, sağ kord vokali, her iki band ventrikülü, sağ ariepiglottik plika, interaritenoid bölge ve sağ piriform sinüsü tutan vejetan kitle saptandı. Süspansiyon mikrolarenoskopisi ile alınan spesmenlerin histopatolojik incelemesinde birleşme eğilimi gösteren, Langhans tipi dev hücre içeren ve kazeifikasyon nekrozu içeren granülomlar izlendi. Ziehl-Neelsen boyası ile spesimde ARB görülmedi. Balgam direkt bakısında ARB görüldü ve posteroanterior akciğer grafisinde her iki akciğerde yaygın retikülonodüler tarzda akciğer tüberkülozunu destekler nitelikte tutulum izlendi. Eritrosit sedimentasyon hızı 40 mm/saat olarak saptandı.

6. olgu: 31 yaşında erkek olgu 4 aydır giderek artan odinofaji, boğazda dolgunluk şikayetleri ile başvurdu. Olgunun yapılan kulak burun boğaz bakısı ve nazofaringolarenoskopisinde solda ariepiglottik plikayı ve sol band ventrikülü tutan vejetan kitle saptandı. Süspansiyon mikrolarenoskopisi ile alınan spesmenlerin histopatolojik incelemesinde mucoza altında birleşmeye eğilimli küçük granülomlar saptandı, kazeifikasyon nekrozu görülmedi (Resim-3). Olgunun balgamda direkt ARB bakısı negatif olarak geldi. Akciğer grafisinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Eritrosit sedimentasyon hızı 16 mm/saat olarak saptandı.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1998 ve 2003 yıllarında yayınladığı, ülkemizde Verem Savaşı Daire Başkanlığı'nın da uygulamaya koyduğu, Tüberküloz Tedavi Rehberine uygun olarak hastalar sınıflandırıldı ve tedavileri düzenlendi (12, 13). Hastaların tamamı kategori I (yeni olgu: daha önce tüberküloz tedavisi görmemiş ya da bir aydan daha az süre tedavi almış hastalardır) grubuna giriyordu. Hastalara 4 antitüberküloz ilaçla tedavi başlandı. INH(izoniyazid) 5mg/kg/gün (max. 300mg/gün), RIF (Rifampisin) 10mg/kg/gün (max. 600mg/gün),

PZA (Pirazinamid) 25mg/kg/gün (max. 2000mg/gün), EMB (Etambutol) 15mg/kg/gün (max. 1500mg/gün) şeklinde günlük ilaç dozları ayarlandı. Hastaları tamamı 50 kg ve üstünde kiloya sahip oldukları için ilaçların maximum dozları verildi. İlaçların sabah aç karına tek doz halinde alınması önerildi. İzoniyazide bağlı gelişebilecek periferik nöropatiyi önlemek için 10mg/gün B6 vitamini (pridoksin) tedaviye eklendi. İlk 2ay INH+RIF+PZA+EMB, sonraki 4ay INH+RIF ile toplam 6aylık standart tedavi planlaması yapıldı.

Hastanemizde "Karışımli havalandırma sistemi" kullanılması nedeniyle larenks tüberkülozu gibi bulaştırıcılık riski olan tüberküloz hastaları yatırılarak izlenmemektedir. Tbc tanısı alıp hospitalizasyon endikasyonu olan hastalar tedavileri düzenlendikten sonra Devlet ya da SSK hastanelerine sevk edilmektedir, yasal bildirimleri Bölge Verem Savaş Dispanserleri ve Sağlık Bakanlığı Verem Savaş Daire Başkanlığı'na yapılmaktadır. Bu hastaların sonraki ilaç teminleri ve kontrolleri Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü şekilde Bölge Verem Savaş Dispanserleri tarafından yapıldığı için bu hastaların düzenli tedavi takiplerinde sorunlar yaşanmaktadır. Ancak iletişim kurduğumuz dört olgumuz (1., 2., 3. ve 4. olgular) bahsedilen antitüberküloz tedavi sonrasında şifaya kavuştu. Daha eski kaydı olan iki olgumuzla (5. ve 6. olgular) ise irtibat sağlayamadık ve sonuçları hakkında bilgi veremiyoruz.

TARTIŞMA

Larengal tüberküloz eradikasyon çalışmalarına rağmen hala görülmeye devam etmektedir. Geçmişte tüberküloz larenjit genellikle 40 yaş altındaki erkeklerde görülmekte iken, günümüzde 50 yaşın üzerindeki kişilerde daha sık karşımıza çıkmaktadır (7). Nishiike ve ark'ları 15 olguluk serilerinde ortalama yaşı 51.1 ve erkek/kadın oranını 2.75/1 olarak saptamışlardır (7). Olgu serimizde ise yaş ortalaması 42.8 olarak saptandı.

Larengal tüberkülozun klinik görünümünde de son zamanlarda değişiklikler olmuştur. Daha önceleri sıklıkla görülen produktif öksürük, ateş, kilo kaybı ve gece terlemeleri gibi semptomlar yerini daha lokalize bulgulara bırakmıştır. Literatürde ses kısıklığı en sık rastlanan bulgu olmuştur (7, 8). Olgularımızın en sık rastlanan semptomları; ses kısıklığı, disfaji ve odinofajidir. Bunda da en önemli etken,

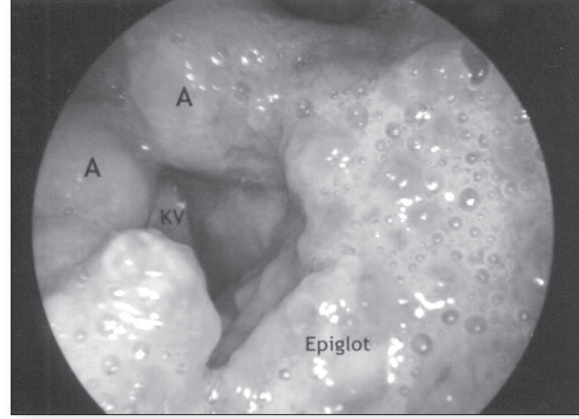
olgularımızda genelde supraglottik yapıların tutulmuş olmasıdır. Sadece 2 olguda kilo kaybı, 1 olguda ise ateş şikayetleri saptanmıştır.

Önceleri ileri derecede pulmoner tüberkülozun eşlik ettiği olgularda öksürükle oluşan inokülasyon ile larenkste en sık tutulan bölge posterior larengeal duvar kabul edilirken, günümüzde bu lokalizasyon değişmiştir. Artık anterior lezyonlar, özellikle de daha sıklıkla epiglottis ve kord vokallerin tutulduğu izlenmektedir (2, 3, 14). Olgularımızda sıklık bakımından tutulan alt anatomik bölgeler sırasıyla şöyledi: 4 olguda ariepiglottik plika, 3 olguda band ventriküller, 3 olguda kord vokaller, 2 olguda epiglottis, 2 olguda sinüs piriformis medial duvarı ve sadece 1 olguda interaritenoid mesafe. Olguların 3'ünde yapılan direkt mikroskopide Ziehl-Neelsen boyası ile basil aranmasına rağmen saptanamamıştır. Ziehl-Neelsen boyası ile spesimde basil saptanabilmesi için dokuda, miligramda en az 10.000 basil olmalıdır (1, 4).

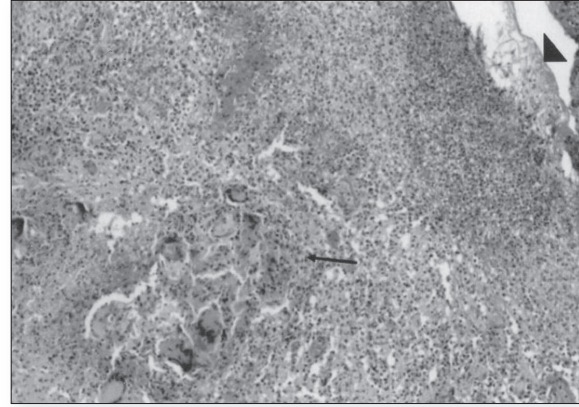
Larengeal tüberküloz tanısında karşılaşılan en önemli sorun, lezyonun larenks kanseri ile kolaylıkla karışabilmesidir (2, 3, 11, 14). Ayırıcı tanıda kronik larenjit, sarkoidoz, lepra, sifiliz, Wegener ve mantar hastalıkları da akılda tutulmalıdır. Klasik olarak tüberküloz larenjitinde ödem, granülom ve ülserasyon bulguları izlenirken, son zamanlarda hematojen ve lenfojen yayılıma bağlı olarak kronik larenjitten kolay kolay ayırt edilemeyen polipoid panlarenjit tablosu ağırlık kazanmaya başlamıştır (5). Süspansiyon mikrolarengoskopisi yapılan olgularımızın sadece birinde lökoplazi diğerlerinde ise malignite ön tanısı ile biyopsiler alındı.

Shin ve ark.'ları 22 olguluk serilerinde % 40,9 oranında ülseratif, % 27,3 oranında non-spesifik enflamatuvar, % 22,7 oranında polipoid lezyonlar ve % 9,1 oranında ise ülserofungitif kitle lezyonuna rastlamışlardır (9). Nishiike ve ark.'ları ise 15 olguluk serilerinde % 46,7 oranında ülseratif, % 33,3 oranında granümatöz ve % 20 oranında ise nonspesifik enflamatuvar lezyon saptamışlardır (7). Yaptığımız muayenelerde, olgularımızın 5'inde ülserovejetan tümör paterni, sadece birinde lökoplaziye benzer plaklar saptandı.

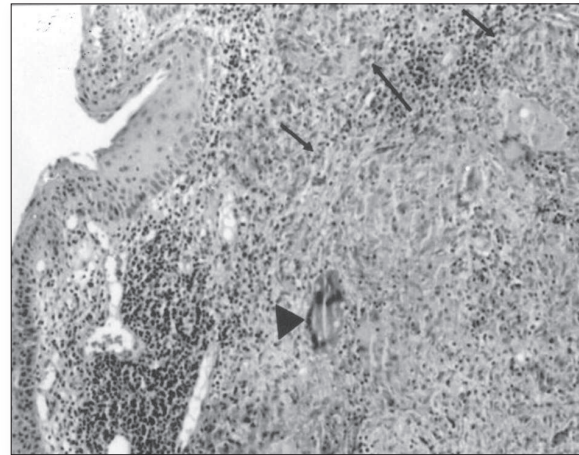
Sonuç olarak günümüzde tüberküloz larenjit sıklığı azalmakla beraber, hala larenksin en sık granümatöz hastalığı olmaya devam etmektedir ve karşılaşılan larengeal kitlelerin ayırıcı tanısında akılda tutulmalıdır.



Resim 1. Her iki ariepiglottik plikayı ve epiglottisi tutan vejetan tümöral kitle.



Resim 2. Larenkste yüzey epitelinde ülserasyon (okbaşı) ve çok sayıda dev hücre içeren granülomlar (ok) (H&E, X100).



Resim 3. Larenkste subepitelyal alanda birleşme eğilimi gösteren ve dev hücre içeren (okbaşı) granülomlar(ok) (H&E, X 100).

KAYNAKLAR

1. Degitz K. Detection of mycobacterial DNA in the skin. Etiologic insights and diagnostic perspectives. Arch Dermatol 132:71-7, 1996.
2. Dinç M, Songür N, Dingil G, Turanlı M, Dinç S. Larenks tüberkülozunda bilgisayarlı tomografi bulguları. Kulak Burun Boğaz Klinikleri 1:145-148, 1999.
3. Erişir F, Cansız H, İnci E, Özdoğan A, Tosyalı Y. Larenjeal tüberküloz. Kulak Burun Boğaz Klinikleri 3:42-44, 2001.
4. Ioachim HL, Rarech H. Mycobacterium tuberculosis lymphadenitis. In Ioachim HL, Rarech H. (eds) Ioachims Lymph Node Pathology. 3rd edn. Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia, pp 138-144, 2002.
5. Kenmochi M, Ohashi T, Nishino H, Sato S, Tanaka Y, Koizuka I, Shinagawa T. A case report of difficult diagnosis in the patient with advanced laryngeal tuberculosis. Auris Nasus Larynx 30:131-134, 2003.
6. Loehl TA, Smth TL. Inflammatory and granulomatous lesions of the larynx and pharynx. Am J Med 111:114-117, 2001.
7. Nishiike S, Irifune M, Doi K, Saada T, Kubo T. Laryngeal tuberculosis: a report of 15 cases. Ann Otol Rhinol Laryngol 111:916-918, 2002.
8. Ramadan HH, Tarazi AE, Baroudy FM. Laryngeal tuberculosis: presentation of 16 cases and review of the literature. J Otolaryngol 22:39-41, 1993.
9. Shin JE, Nam SY, Yoo Sj, Kim SY. Changing trends in clinical manifestations of laryngeal tuberculosis. Laryngoscope 110:1950-1953, 2000.
10. Soda A, Rubio H, Salazar M, Ganem J, Berlanga D, Sanchez A. Tuberculosis of the larynx: clinical aspects in 19 patients. Laryngoscope 99:1147-1150, 1989.
11. Sutbeyaz Y, Ucuncu H, Karasen RM, Gundogdu C. The association of secondary tonsillar and laryngeal tuberculosis : a case report and literature review. Auris Nasus Larynx 27:371-374, 2000.
12. Treatment of tuberculosis Guidelines for national programmes. Second Addition. World Health Organization 1997. WHO/Tb 97.220.
13. Treatment of tuberculosis Guidelines for national programmes Third Addition World Health Organization 2003 WHO/CDS/Tb 2003.313.
14. Tüz M, Uygur K, Ögün D, Doğru H. Larenks kanserini taklit eden larenjeal tüberküloz. Kulak Burun Boğaz Klinikleri 1:149-151, 1999.