

OLGU SUNUMU**BAŞ-BOYUNDA TOKSOPLAZMA İNFEKSİYONU**

TOXOPLAZMA INFECTION IN HEAD AND NECK

**Dr. Tayfun SUNAY (*), Dr. Yusufhan SÜOĞLU (*), Dr. O. Sami KATIRCIOĞLU (*),
Dr. Murat ÜNAL (*), Dr. Mehmet AĞAN (**)**

ÖZET : Toksoplazmosis, Toksoplasma gondii'nin etken olduğu, bir protozoon hastalığıdır. Toksoplazmosis özellikle immun yetmezliği olan hastalarda hayatı tehdit edici yaygın hastalığa neden olurken immun yönden normal olan kişilerde koriyoretinit ile giden oküler toksoplazmosi ve anneden gebelik sırasında kazanılan enfeksiyonla da konjenital toksoplasma sendromuna neden olur. Bu yazıda, boyunda çeşitli boyutlardaki lenfadenopatiler ve nasofarenkste kitle bulgularıyla incelenen yetişkin bir hasta bildirilmektedir. Lenf ganglionunun histolojik incelemesi ve seroloji ile servikal toksoplazmosis tanısı konulmuştur.

Anahtar Sözcükler : Toksoplasma, Baş boyun enfeksiyonları, Servikal lenfadenopati.

SUMMARY : Toxoplasmosis is a protozoan disease caused by Toxoplasma gondii. Toxoplasmosis especially can cause life threatening severe illness in immunodeficient patients; ocular toxoplasmosis with chorioretinitis and congenital infection acquired by mother during gestation in immune competent patients. In this paper, an adult patient who is examined with diagnosis of nasopharyngeal mass and multiple lymphadenopathy which are in different diameters, is reported. Cervical toxoplasmosis has diagnosed with serology and histologic examination of lymph node.

Key Words : Toxoplasmosis, Head and neck infection, cervical lymphadenopathy.

GİRİŞ

Toksoplazma gondii, tüm dünyada çeşitli hayvan ve kuş türleri ile insanlarda bulunan zorunlu hücre içi bir protozondur. İnsanda yetişkin bir yeni doğanlarda çeşitli hastalık tabloları oluşturur. Çok defa ikişerli, küçük gruplar halinde hücre içinde bulunur. Boyu 4-6 mm, eni boyunun yarısıdır. Karakteristik olarak hilal ya da badem şeklindedir (4). Kesin konağı evcil kedi ve diğer kedigillerdir. Konakta üç formda bulunur; trofozoit (takizoit) form hızla çoğalan, akut dönemde vücut sıvıları ve dokularında görülür; kist (bradizoit) form konakta kronik dönemde özellikle kas ve sinir dokusunda persiste eden latent şeklidir; ookist formu kedinin feçesi ile atılan ve bulaştırıcı olan şekildir (8).

Konakta çeşitli dokularda enfeksiyon oluşturabilen toksoplazma baş boyunda en sık servikal lenfadenopati, hafif ateş, halsizlik ve boğaz ağrısı şeklinde kendini gösterir. Ayrıca deri döküntüleri ve hepatosplenomegalide olabilir (3).

Bunun dışında persistan baş ağrısı ve ağrılı lenfadenopati (7), parotit ve parotis kitlesi şeklinde (1), intraoral lenfadenit biçiminde (2) gibi literatürde bildirilmiş daha nadir durumlarda da karşımıza çıkabilir.

OLGU :

32 yaşında bayan hasta, her iki boyunda yaygın şişlik şikayeti ile kliniğimize baş vurdu. Yapılan KBB muayenesinde her iki boyunda posterior ve anterior üçgenlerde en büyüğü 2x1 cm boyutlarında muhtelif büyüklüklerde orta sertlikte fikse olma eğilimi gösteren hassas olmayan lenfadenopatiler palpe edildi. Nasofarenks muayenesinde sağ nasofarenks yan duvarından aşağıya, yumuşak damağa doğru inen vejetan kitle gözlemlendi, ancak Rosenmüller fossası normaldi. Vejetan kitle forsepe ile temizlendi ve patolojik inceleme için biyopsi materyali olarak gönderildi. Nasofarenks ve boyun BT tetkiki yapıldı. BT'de her iki boyunda yaygın multipl lenfadenopatiler görülmekle beraber nasofarenkste herhangi bir kitle imajı yoktu. Aynı zamanda

(*) İstanbul Tıp Fakültesi KBB Hastalıkları Anabilim Dalı
(**) İstanbul Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı-İSTANBUL

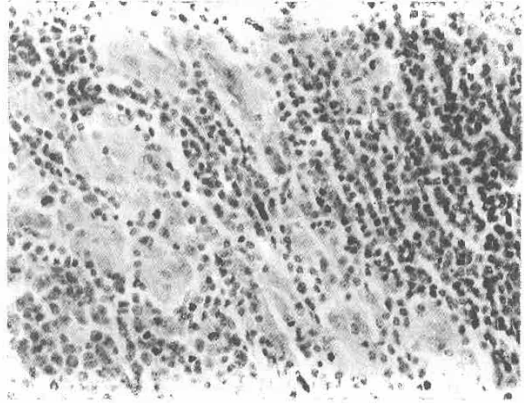
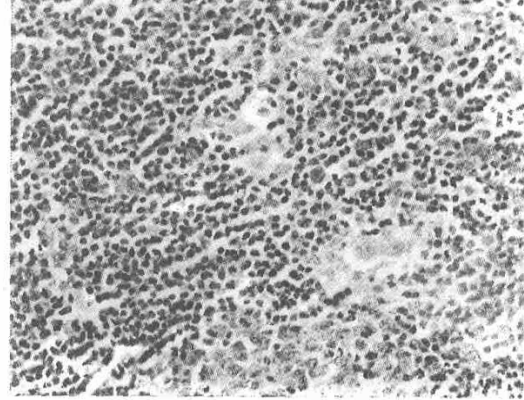
nazofarenksteki lezyondan alınan biopsinin histopatolojik incelemesinde nonspesifik iltihap hücreleri dışında özellik yoktu. Bunun üzerine sağ boyundaki en büyük lenf ganglionundan ek-sizyonel biyopsi yapıldı. Lenf ganglionunun patolojik incelemesi sonucu olgunun öncelikle toksoplazmosis yönünden araştırılması önerildi. Bunun üzerine hastadan toksoplazma IgM ve IgG, tam kan sayımı ve periferik yayma istendi. Toksoplazma IgM pozitif ve IgG pozitif (120 ui/ml) olarak belirlendi diğer kan testlerinde bir özellik yoktu. Hasta bu bulgularla akut başlangıçlı nasofaringeal lenfatik doku tutulumu ve servikal lenfadenopatilerle seyreden bir toksoplazma infeksiyonu olarak kabul edildi. Hastaya klindamisin (600 mg/gün) ve seroloji sonucunda da spiramisin (2 gr/gün) başlandı. Tedaviden 10 gün sonra lenfadenopatiler geriledi.

TARTIŞMA

Toksoplazma göndii ile karşılaşma insidansı yaşla birlikte artar. Serolojik araştırmalar A.B.D'de yetişkinlerin %50'sinin bu parazit ile karşılaşmış olduklarını göstermiştir (5). İnsanda infeksiyon en sık ookistlerin ve doku kistlerinin ağız yoluyla alınması ve konjenital geçiş yoluyla oluşur (5). Trofozoitlerin direkt kan transfüzyonu ile inokülasyonu diğer bir nadir yoldur (8).

Klinik tablo olarak normal ve sağlıklı insanlarda en sık olarak servikal lenf düğümlerini tutan lenfadenopati meydana getirir. Diğer belirtiler ateş, halsizlik, miyalji, döküntü, baş ağrısı, boğaz ağrısı, farenjit, hepatosplenomegali ve bunlara eşlik eden atipik lenfositozdur. Bu belirtilerle hastalık infeksiyöz mononükleoza benzer. Nadiren ağır olgularda meningoensefalit, pnömoni, hepatit, myokardit, korioretinit oluşabilir. Semptomlarda dalgalanma olabilmekle beraber çoğu hasta 1-2 ay içinde spontan düzelir (8).

Baş boyunda toksoplazma en sık asemptomatik lenfadenopati şeklinde görülür. En sık posterior servikal üçgendeki lenf düğümleri tutulur. Tutulan lenf düğümlerindeki en belirgin patolojik özellik genel yapının korunmuş olması ve toksoplazmoz açısından önemli olan bizim olgumuzda da olduğu gibi epitelooid histiosit gruplarının görülmesidir (Resim 1 ve 2). Toksoplazma kistlerine nadiren rastlanır.



Resim 2

Primer infeksiyon %80'den fazla asemptomatik geçirilir. Semptomatik kişilerde inkübasyon süresi 1-2 haftadır (8). T. göndü hemen her tip hücreyi enfekte edebilir. Enfekte hücrenin parçalanması ile serbest kalan parazit yakındaki hücreleri tutar veya kan yoluyla başka organlara taşınır. Patolojik bulgular hatalığın akut, subakut veya kronik oluşuna göre değişir. Akut vakalarda kalp, beyin ve akciğerler olmak üzere her organda küçük ya da büyük iltihabi nekrozlu lezyonlar vardır. Subakut vakalarda başlıca lezyonlar beyin ve gözdedir. Beyinde monosit infiltrasyonu, konjesyon, ödem, fokal nekroz odakları ve küçük granülomlar; gözde korioretinit, retinada ödem, monosit infiltrasyonu bulunur. Kronik vakalarda en çok beyinde, gözde, çizgili kaslarda ve adrenal bezlerde olmak üzere organlarda kistlere rastlanır (4).

Toksoplazma göndii tanısı biyopsi örneklerinde ve vücut sıvılarında mikroskopik olarak görülebilir, kültürü yapılabilir. Tanı temel ola-

rak serolojik testlerle konur. Serolojik testler IgG araştırılması, IgM araştırılması, ELISA ve Radioimmünassay (RIA) yöntemleridir. IgG serum titrelerindeki en yüksek düzey akut enfeksiyonun 4-8. haftalarında elde edilir; 1/1000 ve üstündeki değerler tanı koydurucudur. İndirekt immunofloresans T. gondii'ye karşı oluşan IgG antikorunun saptanması amacıyla en çok kullanılan yöntemdir. Sabin-Feldman boya testi duyarlı ve özgün bir testtir. Ayrıca çift serumla çalışılarak antikor titresindeki 4 kat artışın saptanması akut toksoplazma enfeksiyonunu gösterir. IgM akut hastalık sırasında erken ortaya çıkar. İndirekt immunofloresans yöntemi ile gösterilebilir ve tek bir yüksek titre 1/64 ve üstü tanı koydurucudur (8). T. gondii'ye karşı oluşan IgM antikorlarını saptamaya yarayan test yeterince duyarlı değildir ayrıca yenidoğan ve bağışıklığı baskılanmış kişilerde uygulanamamaktadır. IgE araştırılması akut toksoplazmoz ve kronik enfeksiyonun reaksiyonu tanısında kullanılacak yardımcı bir testtir (59). ELISA ve RIA, son yıllarda geliştirilmekte olan bu yöntemler IgG ölçümünde kullanılmakta, özellikle yeni doğan ve immun yetmezliği olan kişilerdeki toksoplazmoz tanısında yararlı olacaktır (5).

Konjenital toksoplazmoz. gebeliği sırasında enfeksiyona uğrayan parazitemi geçiren annelerden doğan çocukların yaklaşık %20'de görülür. Bu enfeksiyon genellikle annede bir klinik belirtiyeye neden olmaz ve çok defa yalnızca serolojik testlerle gösterilir. Konjenital toksoplazmoz düşüğe, ölü doğuma, erken doğuma yol açabilir. Başlıca belirtileri korioretinit, serebral kalsifikasyon, hidrosefali veya mikrocefali, mikroftalmi, vücutta döküntüler, sarılık, hepatosplenomegalidir (4).

AİDS dahil immun sistemi baskılayan durumlarda toksoplazmozis yaygın ve ölümcül seyreder. Bu durumlarda nekrotizan ensefalit, pnömoni, miyokardit birincil hastalık olarak ortaya çıkar (5).

Ayrırcı tanıda, akut febril hastalık tablosunda sitomegalovirus, enfeksiyöz mononükleoz başta olmak üzere diğer pnömani, miyokardit, miyosit, hepatit ve splenomegali nedenleri; lenfadenopatide sarkoidoz, tüberküloz, lenfoma, metastatik karsinom; ensefalit tablosunda im-

munsupresif konakta herpes simpleks, sitomegalovirus enfeksiyon, diğer viral ensefalit nedenleri, multifokal lökoensefalopati, fungal ensefalit, kanama, psikoz ve neoplazmlar düşünülmelidir.

Asemptomatik ve normal dirence sahip konakta tedavi gerekmez; tek istisnası 5 yaşın altındaki çocuklardır, bunlarda retinokoroidit görülebilme ihtimali nedeniyle medikal tedavi verilir. Semptomatik hastalar hastalık bulguları düzelene kadar tedavi edilmeli retinokoroidit olanlara antiinflamatuvar etkileri nedeniyle kortikosteroidler verilmelidir, immun sistemi zayıf hastalarda aktif enfeksiyon semptomları gerileyene kadar 6 haftadan 6 aya süren bir dönem boyunca tedavi edilmeli ve immun yetmezlik durumu devam ederse profilaksi uygulanmalıdır, konjenital olarak enfekte olmuş çocuklarda da tedavi gereklidir ancak gebelik sırasında enfeksiyon oluşmuşsa fetus üzerinde oluşabilecek toksik etkiler nedeniyle medikal tedavi tartışmalıdır.

Primetamin 75 mg/gün 3 gün daha sonra 25 mg/gün ilk seçenektir. Buna trisulfapirimidin (2-6 gr gün) veya sulfadiazin (100 mg/kg gün) eklenebilir ve tedavi semptomları gerileyene kadar 3-4 hafta devam eder. Gebelikte de güvenle kullanılacak bir başka ilaç spiramisin'dir (2-4 gr gün). Trimetoprim sulfometoksazol, klindamisin (300 mg/4 kez gün), roksitromisin, azitromisin, minosiklin toksoplazma enfeksiyonunda kullanılacak diğer seçeneklerdir (8).

Generalize servikal lenfadenopati ve nazofarenks lenfoid hiperplazisi bulguları ışığında tetkik edilen olgumuzda, kesin tanıya servikal lenf ganglionu histopatolojik incelenmesi ve seroloji ile ulaşılmıştır. Nazofarenksteki vejetan yapının histopatolojik incelenmesi nonspesifik iltihabi değişiklikler gösterdiğinden, toksoplazma enfeksiyonu açısından çok spesifik bulunmamıştır. Bildirilen bu olguda olduğu gibi, boyundaki yaygın lenfadenopatilerin etyolojisini araştırmada ve nazofarenkste yer alan vejetan lezyonların ayrırcı tanısında toksoplazma enfeksiyonu da düşünülmelidir.

Yazışma Adresi : Dr. O. Sami KATIRCIOĞLU
Ataköy 5. kısım E-2/6 Daire 58
Ataköy / İSTANBUL

KAYNAKLAR

- 1-AKINER MN, SAATCI MR. YILMAZ O, EREKUL S ; Intraglanduler toxoplasmosis lymphadenitis of the parotid gland: J. Laryngology Otology : Oct: 105 (10) 860 - 2 1991
- 2-APPEL BN, MENDELOW II, PASQUAL HN: Acquired toxoplasma lymphadenitis ; Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology : Jun; 47 (6) ; 529 - 32 1979
- 3-CUMMINGS C. W ed. : Otolaryngology - Head and Neck Surgery sayfa 1567 2. baskı Mosby Year Book 1993
- 4-ÇETİN E.T, ANG ÖZDEM TÖRECİ KURTULUŞ : Tıbbi Parazitoloji 4. baskı sayfa 138 - 147 Bayda Yayınları İstanbul 1985
- 5-KINGSBUKY D.T, WAGNER G.E ; Toxoplasmosis in Medical Microbiology sayfa 281- 284 2, baskı Williams & Wilkins 1990.
6. LIVOLSI V.A. MERINO M.J. BROOKS J.S.J, SAUL S.H, TOMASZEWSKI J.E : Toxoplasmosis in Pathology sayfa 108 2. baskı Williams & Wilkins 1990
7. SANTONI J.R. SANTONI CJ, : Headache and painful lymphadenopathy in extracranial or systemic: infection etiology of new daily persistent headaches : Internal Medicine Jul :32 (7) ; 530-2 1993
8. SCHROEDER S.A, KRUPP M.A, TIERNEY L.M. McPHEE S.J ; Toxoplasmosis in Current Medical Diagnosis & Treatment 30. baskı sayfa 1047 - 1050 Appleton & Lange 1991
9. WONG SY et al : role of specific IgE in diagnosis of acute toxoplasma infection and toxoplasmosis : J. Clinical Microbiology Nov; 31 (11) ; 2951 -9 1993