SERVİKAL ADENİT TÜBERKÜLOZ TEDAVİSİNDE KEMOTERAPİ İLE KEMOTERAPİ - CERRAHİ KOMBİNE TEDAVİSİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

CHEMOTHERAPY VERSUS SURGICAL TREATMENT PLUS CHEMOTHERAPY ON TUBERCULOSIS CERVICAL ADENITIS

Dr. Nevzat DEMİRBİLEK

K.B.B. ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi l : 125 - 128

***ÖZET**: Servikal Adenit Tüberküloz'da bugün için en önemli sorunlardan biri tedavi yönteminin seçimidir. Üzerinde en çok durulan konu kemoterapinin tek başına mı, yoksa cerrahi tedaviyle birlikte mi daha etkili olduğudur. Çalışmamızın ana fikri bu noktaya dayanmaktadır.*

Yaşları 14-70 arasında değişen 21 hasta çalışmaya alınmış, 9 hastaya sadece kemoterapi, 12 hastaya ise kemoterapi ile birlikte cerrahi tedavi uygulanmıştır.

Sonuçta kombine tedavi uygulanan grupta klinik yanıt ve klinik iyileşme diğer gruba göre daha kısa sürede elde edilirken 8 aylık izlem sonunda iki grup arasında iyileşme açısından fark bulunmamıştır.

***Anahtar Sözcükler**: Servikal mikobakterial hastalık, Tüberküloz lenfadenit.*

***SUMMARY**: The treatment options for Tbc Cervical Adenitis nowadays is still unclear. The greatest controversy exists on the efficiency of chemotherapy alone or to combine medical treatment with surgical excision.*

With an aim to find out the best modality this study was performed.

21 patients, 14-70 years old, were included to the study, of which 9 patients were undertaken the chemotherapy regimen and the rest were treated with both methods.

The results have shown better clinical response and resolution in the combined treatment at the early period. However this difference was not apparent at the end of the eighth month.

***Key Words :** Cervical Mycobacterial Disease, Tuberculosis Lymphadenitis.*

GİRİŞ

Baş-boyun cerrahlarını pratikte en çok meşgul eden konulardan biri olan "Boyun Kitlesi" antitesinin ayırıcı tanısı birçok hastalığı içerir. Servikal Adenit Tüberküloz bu geniş spektrum içinde önemli bir yer tutar.

Güncel olan ve hala kesin bir protokolü olmayan sorun tedavi seçimidir. Tek başına cerrahi tedavi mi? Cerrahi ile birlikte kemoteterapi mi? Tek başına kemoterapi mi? Bu soruların halen kesin kesin karşılığı yoktur.

Çalışmamızda bu noktadan hareketle Servikal Adenit Tüberküloz (SAT)'da tek başına kemoterapi ile cerrahi ile birlikte kemoterapiyi karşılaştırdık.

YÖNTEM VE GEREÇLER

Çalışmamıza Nisan 1988-Mart 1991 tarihleri arasında boyun kitlesi nedeniyle kliniğimize başvuran ve SAT tanısıyla takip ve tedavi-

leri yapılan 21 hasta alındı. Hastaların 15(%71)'i kadın, 6(%29)'sı erkekti. Yaşları 14-70 arasında değişiyordu. Ortalama yaş 29.9 idi.

Hastalara temel olarak boyun kitlesi yaklaşımı uygulandı. Gece terlemesi, ateş, kilo kaybı ve iştahsızlık gibi konstitüsyonel semptomlar sorgulandı. Ailede veya yakın çevrede Tbc olup olmadığı araştırıldı. Sistemik fizik ve KBB muayeneleri yapıldı. Rutin biyokimyasal ve hematolojik tetkiklerin yanında cilt testi olarak standart Mantaux (PPD) testi uygulandı. Tüm olguların akciğer grafisi elde edildi. Yapılan bu tetkiklerle tanı konulamadığında kesin tanı için kitle eksizyonuna gidildi. Çıkarılan kitleye histopatolojik incelemenin yanısıra uygun olgularda mikrobiyolojik inceleme de yapıldı. Akıntılı sinüs ve abseli olgulardan alınan materyalden yayma yapılıp Ziehl-Neelsen metodu ile boyanarak aside dirençli basil arandı. Bazı olgularda alınan materyal lövenstein-Jensen besiyerinde kültüre edildi ve 45 gün sonra sonuç değerlendirildi.

Hastaların tümünde kesin tanı çıkarılan kitlenin veya alınan muayene maddesinin mikrobiyolojik ve/veya histopatolojik incelemesi ardından klinik ve laboratuvar bulgularından oluşan Cantrell kriterlerinin üç veya daha çoğunun pozitif olmasıyla kondu.

Tedavi öncesi oftalmolojik yakınmaları olanlardan Göz Hastalıkları konsültasyonu istenerek bu hastalara etambutol verilmedi, serum SGOT ve SGPT değerleri istenerek kaydedildi.

Bütün hastalara kesin tanı sonrası "Rifampisin-İzoniazid-Etambutol" standart tedavisi başlandı. 15. gün, 1. ay ve 3. ay kontrolleri yapılarak klinik bulgular değerlendirildi ve kaydedildi. 3. ay sonunda bulguları düzenlenen hastaların tedavisine rifampisin kesilerek INH ve etambutol ile devam edildi. Üçer ay aralıklarla izlenen hastaların tedavisi 18 aya tamamlandı.

Tedaviye yanıt için kitlenin küçülmeye başlaması ve/veya akıntının kesilmesi kriter alındı. İyileşme kriterleri olarak, ise konstitüsyonel semptomların kaybolması, kitlenin saptanmaması veya boyutunun 0.5 cm.nin altına inmesi ve sinüs yada absenin tamamen kaybolması kabul edildi.

BULGULAR

Hastalarımızın 19 (%90|'unda ilk yakınma boyun kitlesi idi. l hastamız akıntılı yara, l hastamız da kronik otit yakınması ile başvurdu. Sadece 2 hastamızda konstitüsyonel semptomlar vardı. 5 (%23) hastamızda Tbc'li hasta ile temas veya ailede Tbc öyküsü saptadık. 8 (%38) olguda arka üçgende, 6 (%29) olguda supraklavikuler bölgede, yine 6 (%29) olguda submandibuler bölgede ve l olguda üst jugulerde adenopati vardı. Tüm olgularda rutin laboratuvar incelemeleri normaldi. Ancak eritrosit sedimantasyon hızı tümünde belirgin olarak yüksekti. 20 (%95) PPD pozitifti. Sadece 2 olguda AÇ grafisinde nonspesifik değişiklikler vardı. Aside dirençli basil aranan 9 olgunun hiçbirinde basil saptanmadı. Kültür yapılan 12 hastanın 5'inde (%41) M. Tüberküloz üredi. Tüm olgulardan histopatolojik tetkik yapıldı. 19 (%90) olguda sonuç "Kazeifiye Granülomatöz İltihap" idi. Tanısı iltihabi granulasyon dokusu olan 2 olguda kültürde basil üredi.

Sadece kemoterapi yapılan 9 olguluk grup ta 7 (%77) hastada ilk l ayda, 2 (%33) hastada ise 2-3 ayda tedaviye yanıt görüldü. 5 (%55) has tada 3-5 ayda, 4 (%45) hastada 6-8 ayda klinik iyileşme saptandı.

Cerrahi ile birlikte kemoterapi uygulanan 12 olguluk grupta ise 11 (%91) hastada ilk l ayda tedaviye yanıt alındı. Klinik iyileşme 9 (%75) olguda ilk l ayda, 2 (%16) olguda 3-5 ayda ve l (%9) olguda 6-8 ayda gerçekleşti.

Resim 1 : Bir Servikal Adenit Tbc olgusu.

TARTIŞMA

SAT'ın patogenezi üzerine farklı görüşler olmakla beraber bugün en çok kabul gören, Kent'in kabul ettiği gibi sistemik hastalığın lokal manifestasyonu olduğu görüşüdür. (4,9,25)

Mikobakteriel Servikal Adenit'in sıklık ve paterni zaman içinde değişmiş olmakla beraber en sık görülen etken M. Tüberkülozdur. (18, 23)

SAT'da geçirilmiş Tbc'ye ait deliller olmakla beraber aktif pulmoner Tbc ile birlikte görülmesi nadirdir. (15,24) Olgularımızın hiçbirinde aktif Tbc görmememiz bu görüşü desteklemektedir.

Primer olarak genç erişkinlerin hastalığı olan SAT genellikle kadınlarda sıktır. (3,5,10,20) Bulgularımız aynı yöndedir.

İlk başvuru nedeni çoğu olguda asemptomatik boyun kitlesi olup bunu daha az oranlarda olmak üzere drene sinüs ve AC Tbc'sine ait yakınmalar izler. (2,7,22,24,25) Olgularımızın %90'ında başvuru nedeni boyun kitlesi idi.

Anamnez, fizik bulgular ve laboratuvar genellikle nonspesifiktir. (8,11,12) Hastalığın sporadik olduğu bölgelerde pozitif PPD oldukça önemli bir kriterdir. Hemen tüm olgularda cilt testi pozitiftir. (3,7,14,23,25) Olgularımızın %95'inde PPD pozitif idi.

Biopsi spesmenlerinde aside dirençli basil görülme olasılığı azdır. (23) Histopatolojik incelemede tipik yapı olan "Kazeifiye Granulomatöz İltihap" görülme oranı oldukça yüksek olup tanıda çok değerlidir. (5,6,21,22) Biz de olgularımızın %90'ında bu bulguyu gördük.

Cantrell ve ark. (6) pek çok otör tarafından kabul edilen tanı kriterleri ortaya koymuşlardır. Bunlar şunlardır:

1) Boyun kitlesi
2) Pozitif cilt testi
3)Histolojik incelemede kazeifiye granulom
4) Spesmenlerde M. Tüberküloz üretilmesi
5) Spesmenlerde aside dirençli basil görülmesi
6) Spesifik tedaviye yanıt

Bu bulguların 3 veya daha çoğunun bulunması tanı koydurucudur. Biz de çalışmamızda olgularımıza Cantrell kriterlerini uyguladık.

SAT'da bugün için önerilen 3 değişik tedavi modalitesi vardır. (5,12,16)

1) Değişik sürelerde antitbe kemoterapi
2) Cerrahi tedavi
3) Cerrahi ile beraber kemoterapi

Son yıllarda en çok kabul gören yöntem cerrahi ile beraber kemoterapidir. (1,13,19,25) Erken cerrahi girişim ve ardından kemoterapinin tanı için spesmen sağlama, düşük morbidite, hospitalizasyonun kısalması ve iyileşmeyi hızlandırması gibi avantajları vardır. (7,17)

Cerrahi ile beraber kemoterapi uygulamasında rekürrensin % 11 dolaylarında olduğu bildirilmiştir. (23)

Sonuç olarak cerrahi ile beraber kemoterapi uygulaması daha kısa sürede etkili olmakla beraber bizim çalışmamızda gösterdiğimiz gibi uzun dönemde tek başına uygulanan kemoterapiye üstünlüğü yoktur.

Yazışma Adresi: Dr. Nevzat Demirbilek
Pazar Devlet Hastanesi KBB Kliniği
53300 Pazar-RİZE

KAYNAKLAR

1. ALLEVA M., GIDA R.A., ROMO T., KIMMELMAN C.P.: Mycobacterial Lymphadenitis: A Persistent Diagnostic Problem. Laryngoscope 98:855, 1988.
2. ALTMAN P.R. AND MARGILETH A.M.: Cervical Lymphadenopathy from Atypical Micobacteria: Diagnosis and Surgical Treatment. Journal of Pediatric Surgery Vol. 10, No 3:419-422, 1975.
3. APPLING D., MILLER R.H.: Mycobacterial Cervical Lymhadenopahy. 1981 update. Laryngoscope 91:1259-66, 1981.
4. British Thoracic Resarch Committe : Short Course Chemoteraphy for Tuberculosis of Lymp Nodes: A Controlled Trial. British Medical Journal Vol. 290:1106-8, 1985.
5. CAMPELL. A., DYSON AJ.: Lymph Node Tuberculosis: A comprasion of various Methods of Treatment. Tubercule 58:171-79, 1977.
6. CANTRELL R.W., JENSEN J.H., REID D.: Diagnosis and Management of Tuberculous Cervical Adenitis. Arch Otolaryngol vol 101:53, 1977.
7. CASTRO D.J., HOOVER., CASTRO D.J., ZUBKERB-RAUN L: Cervical Mycobacterial Lympadenitis. Arch Otolaryngol. vol. 111:816-9, 1985.

8. GÜNEY E., ŞEŞEN T., YALÇIN S., KONAKÇI G.: Başboyun Bölgesi Adenit Tüberkülozları. Türk Otolarengoloji Arşivi vol. 25:166-74, 1975.
9. HOOPER A.A.: Tuberculosis Peripheral Lymphadenits. British J. Surg. vol. 59, No. 5:375, 1972.
10. HUNTIE.,BRANDERE.,PALOHEIMOS., SUTINEN S.: Tuberculosis of the Cervical Lvmp Nodes: Clinical, Pathological and Bacteological Study. Tubercle 56:27-36, 1976.
11. ILES P.E., Emerson P.A.: Tuberculos Lymphadenitis. British Medical Journal. 2,6:143-5, 1975.
12. KANLIKAMA M., ÖZŞAHİNOĞLU C., AKAN F. ve ARK.: Mikobakteriyel Servikal Lenfadenitler. Türk Otolarengoloji Arşivi Vol. 25:175-90, 1987.
13. KEW LAI K., STOTMEIER K.D., SHERMAN I.H., McCABE W.R.: Mycobacterial Cervical Lymphadenopathy. JAMA Vol. 251:1286-8, 1984.
14. LEVIN-EPSTEIN A.A., LUCENTE F.E.: Scrofula-Dangerous Masqueradr Laryngoscope 92:938-43, 1982.
15. MAIR W.S. I., ELVERLAND H.H.: Cervical Mycobacterial Infections. J. Laryngol and Otol. vol. 91:933-49, 1975.
16. MANDELL F., WRIGHT P.F.: Treatment of Atypical Mycobacterial Cervical Adenitis with Rifampin.
17. MARAN A.G.D.: Benign Disease of the Neck, in Stell P.M. (ed.): Scott Brovm's Otolaryngology, Butterworths, London, 1989, p.p.: 296.
18. MARGILETH A.M., CHANDRA R., ALTMAN P.R.: Chronic Lymphadenopathy due to Mycobacterial Infection. A.J. Dis. Child. Vol. 138:917-22, 1984.
19. MC GUIRT F.W.: Neck Mass: Patient Examination and Differantial Diagnosis, in Cumrnings C.W., Fredricson J.M., Harker LA., Krause C.J., Schuller D.E. (eds.): Otolaryngology Head and Neck Surgery, Vol. 2, The Mosby Company St. Louis, 1986, p.p.: 1587-95.
20. MONIE R.D.H., FIUNTER A.M., ROCCHIELLE K.M., WHTTE T.P-, CAMPBELL J.A.: Management of Extrapulmonary Tuberculosis (excluding miliary and meningeal) in South and West Wales (1976-8): British Medical Joumal Vol. 285-8, 1982.
21. MORGAN H. AND ELLIS K.: Superior Mediastinal Masses: Secondary to Tuberculosis Lymphadenitis in the Adults. J. Clin. Rady. Vol. 120, No. 4:893-7, 1974.
22. ORD R.J., MATZ G.J. Tuberculosis Cervical Lyrnphadenitis. Ach Otolaryngol Vol. 99:327-9, 1974.
23. STANLEY R.B,, FERNANDEZ J.A., PEPPARD S.B.: Cervicofacial Mycobacterial Infections Present as Major Salivary Gland Disease Larygoscope 93:1271-5,1983.
24. SUMMERS G.D., Mc NICOL N.W.: Tuberculosis of Superficial Lymp Nodes. Br. J. Dis. Chest 74:369-73,1980.
25. WONG M.I., JAFEK B.W.: Cervical Mycobacterial Disease, Tr Am Acad Ophth and Otol. 78:75-87, 1974.