

Tonsiller Mikozis: Olgu Sunumu

Tonsillar Mycosis: A Case Report

*Dr. Abdullah AYÇİÇEK, *Dr. Hüseyin YILDIZ, **Dr. Hüsnü F. DİLEK, *Dr. Orhan Kemal KAHVECİ,
*Dr. Fethullah KENAR, *Dr. Erdoğan OKUR, *Dr. Ali ALTUNTAŞ

*Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Baş ve Boyun Cerrahisi AD,
**Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD, Afyonkarahisar

ÖZET

Otuz yaşında bayan hasta boğazda ağrı, tonsiller üzerinde yoğun olarak oluşan ve sık tekrarlayan beyaz membran oluşumu ve zor yutma şikayetiyle başvurdu. Bir buçuk aydır geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı olan hastanın muayenesinde tonsillerin grade IV hipertrofik olduğu ve tüm tonsiller yüzeyi kaplayan beyaz sarımsaklı kaldırmakla kayan ve takibinde sık tekrarladığını gözlemlediğimiz membran izlendi. Mikrobiyolojik ve histopatolojik tetkikte Candida species saptandı. Rutin tetkikleri normal saptanan hastanın tüm şikayetleri iki aylık antifungal tedavi ile geçti. Fizik muayenesinde tonsiller grade I'e geriledi ve membranlar tamamen kayboldu. Oldukça nadir rastlanan bölgesel invaziv tonsiller mikozis literatür eşliğinde tartışıldı.

Anahtar Sözcükler

Tonsillitis, kandidiazis, antibiyotik, antifungal

ABSTRACT

A female patient was referred to our clinic with the complaints of sore throat, dysphagia and recurrent white membrane formation on the tonsils. There was use of broad-spectrum antibiotics for one and a half month in her medical history. In the physical examination, both tonsils were hypertrophic as Grade IV and there was white-yellow membrane on the whole surface of the tonsils which bled when picked up and quickly re-appeared in the follow up period. Candida species were detected in the microbiologic and histopathologic examination. Routine blood tests were all normal. All her complaints improved after two months with antifungal therapy. All membranes completely disappeared and tonsils were Grade I. In this article, a rarely seen local invasive tonsillar mycosis was discussed with the literature.

Keywords

Tonsillitis, candidiasis, antibiotics, antifungal

Bu olgu, 8.Uluslararası Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur.
(15-17 Mayıs 2008, Sheraton Otel, Ankara)

Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: 19.05.2008

Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: 24.09.2008

≈

Yazışma adresi:

Dr. Abdullah AYÇİÇEK

Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kulak Burun Boğaz Baş ve Boyun Cerrahisi AD, Afyonkarahisar

Tel: 0-272-246 33 21 Faks: 0-272-213 30 66

GSM: 0-505-255 97 50

E-posta: draycicek@mynet.com

GİRİŞ

Tonsilla palatina immun sistemde önemli rolü olan Waldeyer halkasının bir parçasıdır. Birçok mikroorganizma Waldeyer halkasının enflamasyonuna neden olabilir. Bunlar arasında aerobik ve anaerobik bakteriler, viruslar, mantarlar ve parazitler sayılabilir. Oral mukozanın normal florasında bulunan *candida*; ağır sigara içimi, yabancı cisimler, radyasyon, inhalasyon ve topikal kortikosteroid kullanımı, kserostomi ve mukozal tümörler gibi lokal faktörler ile immunsupresyon, diabetes mellitus, immün yetmezlik, uzun süreli ve geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı gibi sistemik predispozan faktörlerin varlığında patojen hale geçebilir. Bu durumda akut psödomembranoz kandidiazis (thrush), kandidial lökoplaki, median romboid glossit ve angular çelitis gibi fırsatçı enfeksiyonlara sebep olabilir.¹ Fungusların tonsilla palatinada lokalize invaziv enfeksiyonları çok nadir olup literatürde az sayıda olgu bildirilmiştir.^{2,3}

OLGU SUNUMU

Otuz yaşında bayan hasta, 3 aydır geçmeyen boğaz ağrısı ve yutma güçlüğü şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hikayesinde akut tonsillit tanısı ile bir buçuk aydır uzun süreli geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı vardı. Özgeçmişinde lokal ve sistemik immunsupresyona neden olabilecek herhangi bir predispozan faktör saptanmadı. Fizik muayenede tonsillerin bilateral grade IV hipertrofik olduğu ve tonsillerin tüm yüzeyini kaplayan beyaz sarımsak 0.5 cm kalınlığında, kaldırmakla kanyan ve takibinde sık tekrarladığını gözlemlediğimiz membran izlendi (Şekil 1). Hastanın yapılan serolojik testlerinde EBV-VCAIgG (+), EBV-VCAIgM (-), Mono-spot test (-), heterofil antikor titresi negatif, CMV IgG

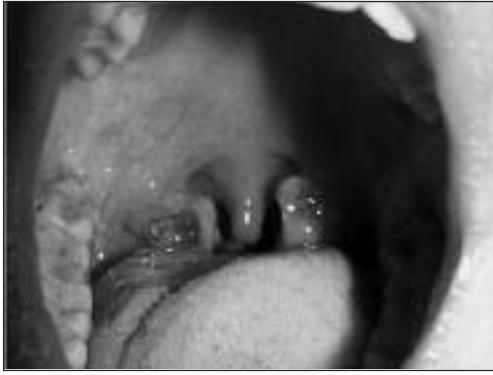
(+), anti CMV IgM (-) idi. İmmunsupresyon için yapılan testlerde anti-HIV negatif, total IgG, IgM, IgA, IgE düzeyleri ve RF, C3 ve C4 normal sınırlarda tespit edildi. Antinükleer antikor negatifti. Rutin biyokimyasal tetkikleri normal olan hastanın kan sayımında hafif lökositoz vardı. C-reaktif protein: 46,5 mg/l ve sedimantasyon hızı 58mm/saat idi. Periferik yaymasında atipik hücre gözlenmedi. Tonsil yüzeyindeki membran ve membranın altındaki kanamalı tonsil dokusunun (Şekil 2) mikrobiyolojik incelemesinde aerob kültür ekimi yapıldı ve normal üst solunum yolu florası üredi. Mantar yönünden değerlendirme yapmak için yapılan germ tüp testi pozitif olarak saptandı. Alınan örnek mantar açısında değerlendirme için Saboraud dekstroza agar (SDA, Difco, USA) besiyerine ekim yapıldı. Üreyen maya mantarı API-20C (BioMerieux, Fransa) yöntemi kullanılarak *Candida albicans* olarak tanımlandı ve antibiyogramında itrakanazol, amfoterisin B, flukonazol ve flusitozin'e duyarlı olduğu tespit edildi. Alınan örneğin histopatolojik incelemesinde ise fibrin, eksuda ve maya hücreleri saptandı (Şekil 3). Günlük membran debridmanı ve 200 mg 2x1 IV flukonazol tedavisi başlanan hastada, yedinci gün klinik iyileşme ve semptomlarda gerileme gözlemlendi. Hasta oral antifungal tedaviye geçilerek taburcu edilip ayaktan takip edildi. İki aylık tedavi sonrasında hastanın fungal tonsil enfeksiyonu iyileşti (Şekil 4). Hastada bilgilendirilmiş onam formu alındı.

TARTIŞMA

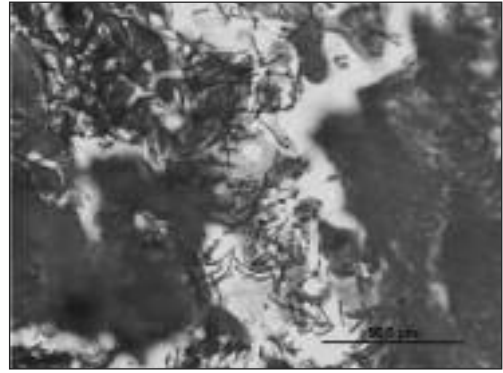
Candida türleri insanda hastalıklı deride, tüm gastrointestinal sistemde, balgamda, kadın genital yollarında ve Foley kateter takılan hastalarda kommensal olarak yaşarlar. Kandidanın patojen olabilmesi için normal savunma mekanizmalarının bozulması gereklidir. Diya-



Resim 1. Olgunun orofarengeal muayene görünümü.



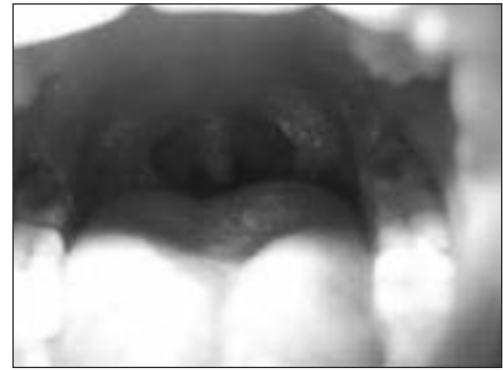
Resim 2. Kaldırmakla kanayan membranöz tonsillit.



Resim 3. Mantar hifaları, PAS boyama.

betes mellitus gibi doğal yoldan gelişen savunma mekanizması bozukluğu kutanöz kandidiazis yaparken, geniş spektrumlu antibiyotik ve uzun süreli intravenöz kateter kullanımı gibi iyatrojenik sebepler dissemine kandida enfeksiyonlarına yol açar. Geniş spektrumlu antibiyotikler normal bakteri florasını suprese ederken, hem kandidanın çoğalmasına, hem de immun sistemin kandidaya karşı fagositoz ve öldürme fonksiyonlarının baskılanmasına neden olur.⁴

Kandidiazis, özellikle immunsuprese hastalarda ve geniş spektrumlu antibiyotik kullanan hastalarda ciddi orofarengal enfeksiyonla sonuçlanabilir. Lokal faktörler orofarengal bölge florasında oluşturdukları değişikliklerle kandida aşırı çoğalmayı ve mukozal yapıyı kolaylaştırır. Klinik olarak ağız ve boğazda yanma, tad alma bozukluğu ve yutkunma güçlüğü görülebilir. Orofarengal mukoza üzerinde yapışkan, beyaz plaklar oluşur. Daha ciddi formu olan derin invazif kandidiazis ülseratif lezyon olarak karşımıza çıkabilir. Bu plak ve lezyonlar kaldırıldığında, iyileşmemiş, kanamalı dokular görülür. Ayırıcı tanıda lökoplaki, eritroplaki, vitamin eksikliği sendromları, difteri, enfeksiyöz mononükleoz ve skuamöz hücreli karsinom gibi klinik tablolar düşünülmelidir. Tedavide lokal nistatin, mikonazol preparatları veya dirençli olgularda sistemik flukonazol ve itraconazol gibi antifungal ajanlar kullanılmalıdır.¹ Maher ve ark.⁵ İki yüz yirmi yedi tonsillektomi spesmeninde mantarlar için yaptıkları kültürlerde %9.25 oranında küf ve maya mantarı izole etmişlerdir. Ancak histopato-



Resim 4. Olgunun antifungal tedavi sonrası orofarengal görünümü.

lojik olarak mantar varlığını gösterememişlerdir. Korvick J ve ark.³ kronik lenfositik lösemili bir olguda antibiyoterapi ve radyoterapiye rağmen persistan tonsiller hipertrofisi ve boğaz ağrısı devam eden bir olgunun tonsil biyopsisi ve kan kültüründe *Cryptococcus neoformans* saptamışlardır ve antifungal tedavi ile tam olarak tedavi sağlamışlardır. Kuo ve ark.² immunsupresif bir durumda veya uzun süreli antibiyotik kullanımı olmayan bir olguda lokal invazif Candida enfeksiyonuna bağlı tek taraflı tonsil hipertrofisi bildirmişlerdir. Sunulan olgumuzda immunsupresyon yoktu, ancak uzun süreli antibiyotik kullanımı vardı ve olgu antifungal tedaviye cevap verdi.

Sonuç olarak immunsupresif olmayan, viral serolojisi negatif, antibiyotik tedavisine rağmen tonsil boyutları ve klinik tablosu gerilemeyen membranöz tonsillitli olguların ayırıcı tanısında fungal etyoloji akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Sciubba JJ. Oral mukozal lezyonlar. Cummings Otolaringoloji ve Baş ve Boyun Cerrahisi 4. Baskı, Koç C, çeviri ed. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2007. p.1448-92.
2. Kuo MJ, Warfield AT, Nye KJ, Crocker J. Invasive candidiasis of the tonsil. J Laryngol Otol 1997;111(12):1199-201.
3. Korvick J, Yu VL. Cryptococcal tonsillitis in a patient with chronic lymphocytic leukemia: an unusual manifestation of cryptococcal disease. Am J Hematol 1987;25(4):475-8.
4. Edwards JE. Candida Species. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Principles and Practice of Infectious Diseases. 4th ed. New York: Churchill Livingstone Inc; 1995. p.2289-306.
5. Maher A, Bassiouny A, Buccu TJ, Moawad MK, Hendawy DS. Tonsillomyces: a myco-histopathological study. J Laryngol Otol 1982;96(3):229-40.