



Affan DENK¹
Ali ŞEKERALMAZ²
Gamze KIRKIL³

¹Fırat Üniversitesi,
Tıp Fakültesi,
Enfeksiyon Hastalıkları ve
Klinik Mikrobiyoloji
Anabilim Dalı,
Elazığ, TÜRKİYE

²Özel Lokman Hekim
Hastanesi,
Kulak Burun Boğaz Kliniği,
Van, TÜRKİYE

³Fırat Üniversitesi,
Tıp Fakültesi,
Göğüs Hastalıkları
Anabilim Dalı,
Elazığ, TÜRKİYE

Geliş Tarihi : 29.07.2013
Kabul Tarihi : 21.11.2013

Yazışma Adresi
Correspondence

Affan DENK
Fırat Üniversitesi,
Tıp Fakültesi,
Enfeksiyon Hastalıkları ve
Klinik Mikrobiyoloji
Anabilim Dalı,
Elazığ-TÜRKİYE

affandenk23@yahoo.com

Nadir Bir Tüberküloz Olgusu: Nazofarenks Tüberkülozu

Üst solunum yollarının tüberkülozu (TB) oldukça nadir olup, semptom ve bulgularının çok tipik olmaması ve tanıda güçlük çekilmesi nedeniyle halen önemli bir klinik sorundur. Tüberküloz basili ağız mukozasında, tonsillerde, dilde, burunda, epiglotta, larenks ve farenkste yerleşebilir. Üst solunum yolları TB, genellikle akciğer TB'na eşlik eder. Ancak hematogen yayılım sonucu, nadiren de olsa akciğer TB olmaksızın görülebilir. Bu çalışmada; kulakta tıkanıklık, işitme azlığı, ağız açık uyuma, horlama, halsizlik ve gece terlemesi şikayetleri ile başvuran, histopatolojik ve mikrobiyolojik inceleme ile nazofarenks TB tanısı konan 61 yaşında bayan bir olgu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, nazofarenks, üst solunum yolu.

A Rare Case of Tuberculosis: Tuberculosis of Nasopharynx

Tuberculosis (TB) of upper respiratory tract is a rather rare seen. Because it has atypical of symptom and finding, and diagnosis is difficult, it is still an important clinical problem. Tuberculosis bacillus can settle on oral mucosa, tonsil, tongue, nose, epiglottis, larynx, and pharynx. TB of upper respiratory tract usually accompanies to pulmonary TB. But it can be rarely seen without pulmonary TB result of hematogen spread. A 61-year-old female is presented in this study that admitted with ear congestion, loss of hearing, sleeping with an open mouth, snoring, weakness and night sweat, and diagnosed as nasopharynx TB after histopathological and microbiological examination.

Key Words: Tuberculosis, nasopharynx, upper respiratory tract.

Giriş

Üst solunum yolları tüberkülozu (TB) anti-tüberküloz ilaçların kullanımından sonra belirgin olarak azalmıştır. Bildirilen oranlar %0.4-1.5 arasında değişmektedir. Diğer akciğer dışı organ TB'ları gibi üst solunum yollarının tüberkülozu da semptom ve bulgularının çok tipik olmaması ve tanıda güçlük çekilmesi nedeniyle halen önemli bir klinik sorundur (1). Üst solunum yolları TB'da; farenks ve orta kulak tutulumu oldukça nadir olup, farenks TB'ları içinde nazofarenks TB'nun, hipofarenks TB'a göre daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (2, 3). Üst solunum yollarında görülen 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 nazofarenks TB olgusu sunulmuştur.

Olgu Sunumu

Altmış bir yaşında kadın hasta sağ kulakta tıkanıklık, işitme azlığı, dolgunluk, ağız açık uyuma, horlama, halsizlik ve gece terlemesi şikayetleri ile kulak burun boğaz (KBB) polikliniğine başvurdu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde herhangi bir özellik yoktu.

Otoskopik incelemede; sağ kulakta timpan membranın mat olduğu, ışık üçgeninin olmadığı ve hava-sıvı seviyesinin mevcut olduğu tespit edildi. Fleksibl nazofaringoskopide; mukoza rengi normal olmakla birlikte nazofarenkste görünümü adenoid hipertrofisi ile uyumlu kitle saptandı. Laboratuvar bulgularında; WBC 7600/mm³, eritrosit sedimentasyon hızı 70 mm/saat, C-reaktif protein 2.6 mg/dL (N<0.5 mg/dL), hemogram, diğer rutin kan ve idrar biyokimyasal test sonuçları normal sınırlarda idi.

Bu bulgular ile olguda kronik seröz otitis media + adenoid hipertrofisi tanıları ile operasyon planlandı. Adenoidektomi + sağ kulak zarına ventilasyon tüpü tatbik edilen hastanın alınan materyalleri patoloji laboratuvarına gönderildi. Patoloji sonucu; "lenfoid doku içerisinde çok sayıda ve değişik boyutlarda granülom yapıları ve fokal kalsifikasyon izlendi" şeklinde raporlandı. Hastaya tüberkülin deri testi yaptırıldı, sonucu 20 mm olarak ölçüldü. Akciğer TB açısından araştırılan hastaya toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) çekildi. Toraks BT'de; sol akciğer alt lob düzeyinde plevral tabanlı nodüler kalınlaşmalar, arkus aorta düzeyinde kalsifik aterosklerotik plakları,

aorta-pulmoner pencerede kısa çapı <1 cm olan birkaç adet lenf nodu tespit edildi. Alınan adenoid dokunun mikrobiyolojik incelemesinde, Ziehl-Nielsen boyamada pozitif boyanan bir kaç adet basil görüldü. Bu bulgular eşliğinde olguya "Nazofarenks tüberkülozu" tanısı kondu. Tedavi izoniazid (INH) 300 mg/gün, rifampisin (RIF) 600 mg/gün, pirazinamid (PZA) 1.5 gr/gün, etambutol (EMB) 1.5 gr/gün olarak düzenlendi. Altı hafta sonra adenoid dokuda mikobakteri kültür pozitifliği raporlanması ile tanı doğrulandı. 2 ay dörtlü, daha sonra 2'li (INH+RİF) devam edilerek, tedavi 6 aya tamamlandı. Olgu halen izlemimiz altındadır.

Tartışma

Üst solunum yolları TB sıklığı, anti-tüberküloz tedavinin kullanılması ile giderek azalmıştır. Rohwedder, 843 tüberküloz hastasını değerlendirdiği çalışmasında, hastaların sadece 16'sında aktif primer akciğer TB'na sekonder üst solunum yolu TB olduğunu, farenks ve nazofarenksin ise beş olguda etkilendiğini bildirmiştir (4). TB basili ağız mukozasında, tonsillerde, dilde, burunda, epiglotta, larenks ve farenkste yerleşebilir (5-10). Üst solunum yolları TB, genellikle akciğer TB'na eşlik eder. Ancak hematogen 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 yıllarda larenks TB'nun posterior duvarda yerleşimi bu hipotezi desteklemektedir (11).

Farenksin primer enfeksiyonu 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 (12). Ancak, farengeal TB'nun genellikle kadınlarda ve yetişkinlerde 15 ile 30 yaş ve 50 ile 60 yaşları arasında görüldüğünü bildiren araştırmacılar da vardır (13). Waldron ve arkadaşlarının çalışmasında, nazofarenks TB'nun genellikle servikal lenf

nodlarının tutulumu ile birlikte olduğu bildirilmiştir (14). Benzer olarak başka bir çalışmada, nazofarenks TB olgularının %70'inde servikal lenfadenopati, rinore veya nazal obstrüksiyon saptanmıştır (15). Olgumuzda akciğer TB ve servikal nodal tutulum olmaksızın adenoid TB varlığı tespit edildi, olgumuzun hem ileri yaşta hem de kadın olması literatür bilgilerinden farklılık göstermektedir. Otuz yedi nazofarenks TB olgusunun dahil edildiği bir çalışmada, olguların 17'sinde akciğerler normal olarak değerlendirilmiştir (16).

Farengeal TB gelişiminde kontaminasyon için 2 yol tanımlanmaktadır; 1. Direkt olarak nazal ventilasyon ya da sekonder olarak basillerin ekspektorasyonu ile, 2. Hematojen veya lenfatik yayılım ile sekonder olarak gelişebilir (17). Farengeal TB kesin tanısı için biyopsi ile histopatolojik inceleme yapılmalıdır. Patolojik inceleme sonucunda, epitelioid dev hücreler ve kazeöz nekroz ile karakterize granülomatöz inflamasyon varlığı tanı için önemlidir. Ayrıca akciğerlerin radyodiagnostik incelemesi, serolojik testler, bakteri ve mantar kültürleri, balgamda ve lezyonda asido-rezistan basil (ARB) incelemesi tanıda yardımcıdır (18). Ancak bu bölgede asit faz basili izolasyonu ve *Mycobacterium tuberculosis*'in kültür edilmesi oldukça zordur. Bu nedenle tekrarlayan kültür ve biyopsilerin alınması gerekebilir. Enfeksiyon varlığının ortaya konulmasının zor olması, tanı konulmasında pek çok probleme yol açabilmektedir. Daha önce yayımlanan makalelerde, tekrarlayan nazofarenks biyopsilerinden sonra *M. tuberculosis*'in izole edildiği bildirilmiştir (15,17).

Sonuç olarak; TB'un yaygın olduğu ülkemizde, üst solunum yollarını tutan TB olgularının da diğer ülkelere göre sık görülmesi beklenebilir. Ancak nazofarenks TB, endemik TB bölgelerinde bile nadir rastlanan bir durumdur. Nazofarenks TB, genellikle pulmoner ve sistemik tutulum olmadan gözlenir. Hastaların %50'sinde saptanan servikal lenfadenopati en sık görülen klinik formudur. Açıklanamayan üst solunum yolu şikayeti olan hastalarda, nazofarenkste saptanan kitlelerin, ülsere lezyonların ayırıcı tanısında TB akılda bulundurulmalıdır. Elde edilen materyal histopatolojik ve mikrobiyolojik olarak ARB yönünden değerlendirilmelidir.

Kaynaklar

1. Kalaç N, Gözü A, Uğurman F, ve ark. Nadir bir antite: Nazofarenks tüberkülozu (5 Olgu nedeniyle). Solunum Hastalıkları 2009; 20: 121-125.
2. Alpar S, Ökten F, Mutlu İ, Kurt B. Hipofarenks tutulumlu miliyer tüberküloz olgusu. Solunum Hastalıkları 2001; 12: 225-228.
3. Takagi A, Nagayasu F, Sugama Y, Shiraishi S. Primary nasopharyngeal tuberculosis. Kekkaku 2013; 88: 485-489.
4. Rohwedder JJ. Upper respiratory tract tuberculosis: Sixteen cases in a general hospital. Ann Int Med 1974; 80: 708-713.
5. Crofton J, Home N, Miller F. Klinik tüberküloz. Erişkinde non-pulmoner tüberküloz (çeviri). İstanbul: Yüce Yayınları, 1995; 117-118.
6. Patil C, Kharat Patil R, Deshmukh P, Biswas J, John B. Primary tuberculosis of nasopharynx (adenoid)- a rare presentation. Asian Pac J Trop Med 2013; 6: 246-248.
7. Köksal D, Acıcan T, Dursun G, Ataoğlu Ö, Çobanlı B. Akciğer tüberkülozuna sekonder gelişen dil tüberkülozu. Tüberküloz ve Toraks 1999; 47: 228-230.
8. Aktoğu S, Eriş FN, Dinç ZA, Tibet G. Tuberculosis of the tongue secondary to pulmonary tuberculosis. Monaldi Arch Chest Dis 2000; 5: 287-288.
9. Karagülle Ş, Ulutürk R, Soysal F, Aksoy B, Dündar V. Primer mukokütanöz burun tüberkülozu: 17 yıl geciken tanı. Klimik 1994; 7: 40-41.
10. Çelik O, Yalçın Ş, Hançer A, Çelik P, Özeran R. Tuberculous tonsillitis. The J of otolaryng 1995; 24: 307-309.

11. Tucker HM. Infectious and inflammatory disorders. In: Tucker HM The Larynx. New York: Thieme, 1993; 231-244.
12. Şakar A, Yorgancıoğlu A, Çelik P, ve ark. Farenks ve Larenks Tüberkülozu (iki Olgu Nedeniyle). Solunum 2002; 4: 51-55.
13. Civelek Ş, Sayın İ, Ercan İ, ve ark. Nasopharyngeal tuberculosis: a case report. Türk Otolarengoloji Arşivi 2008; 46: 53-57.
14. Waldron J, Andrew C, Skinner DW, Arnold M. Tuberculosis of the nasopharynx; clinicopathological features. Clin Otolaryngol 1992; 17: 57-59.
15. Bath AP, O'flynn Piyasa, Gibbin KP. Nasopharyngeal tuberculosis. J Laryngol Otol 1992; 106: 1079-1080.
16. Lecointre F, Marandas P, Micheau C et al. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac 1980; 97: 422-423.
17. Percodani J, Braun F, Arrev P, Yardeni E. Nasopharyngeal tuberculosis. J Laryngol Otol 1999; 113: 928-931.
18. Arnold M, Chan CY, Cheung SW. Diagnosis of nasopharyngeal tuberculosis by detection of tuberculostearic acid in formalin fixed, paraffin wax embedded tissue biopsy specimens. J Clin Pathol 1988; 41: 1334-1336.