

¹ Hüseyin YAMAN

¹ Nihal ALKAN

² Havva ERDEM

³ Leyla Yılmaz AYDIN

² Ümran YILDIRIM

¹ Ender GÜÇLÜ

¹ Düzce Üniversitesi Tıp
Fakültesi, KBB AD. Düzce

² Düzce Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Patoloji AD. Düzce

³ Düzce Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Göğüs Hastalıkları
AD. Düzce

Submitted/Başvuru tarihi:
15.10.2010

Accepted/Kabul tarihi:
25.10.2010

Registration/Kayıt no:
10 10 160

Corresponding Address
/Yazışma Adresi:

Dr. Hüseyin YAMAN
Düzce Üniversitesi Tıp
Fakültesi, KBB AD.
Konuralp/Düzce

e-mail:
hyaman1975@yahoo.com

© 2012 Düzce Medical Journal
e-ISSN 1307- 671X
www.tipdergi.duzce.edu.tr
duzcetipdergisi@duzce.edu.tr

Baş Ve Boyun Tüberkülozları

Head And Neck Tuberculosis

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada baş boyun bölgesinde tüberküloz tanısı alan hastaların klinik ve tedavileri araştırıldı.

Gereç ve Yöntem: Servikal tüberküloz lenfadenit ve baş boyunun diğer bölgelerinde tüberküloz tanısı alan 16 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş, cinsiyet, klinik, histopatolojik tanı ve tedavi protokolleri incelendi. Hastalara nodal eksizyon veya total eksizyon yapılmış olup tanılar histopatolojik inceleme sonucunda konulmuştur. Tüberküloz tanısı alan hastalar antitüberküloz tedavi protokolüne alınmıştır.

Bulgular: Çalışmamız yaş aralığı 18 ile 72 yaş arasında değişen 16 hastayı [15 bayan (%93.75), 1 erkek (%6.25); ortalama yaş 43.6±14.7] içermektedir. Hastaların 13'ünde (%81.25) tüberküloz lenfadenit, 1'inde (%6.25) alt dudak tüberküloz, 1'inde (%6.25) nazofarengeal tüberküloz, 1'inde (%6.25) larengeal tüberküloz tespit edilmiştir. Antitüberküloz tedavi alan hastalarda tedavi sonucunda kitlelerin kaybolduğu gözlenmiştir.

Sonuç: Baş boyun bölgesindeki kitlelerinin ayırıcı tanısında tüberküloz unutulmamalıdır. Baş boyunda genellikle tüberküloz lenfadenit şeklinde görülmekle birlikte nadirde olsa dudak, nazofarenks, larenks gibi bölgelerde de görülebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Boyun, histopatolojik inceleme, tüberküloz, lenfadenit.

ABSTRACT

Objective: To investigate clinical manifestations and treatment protocols of the patients with head and neck tuberculosis.

Material and Method: Records of 16 patients with cervical lymphadenitis and tuberculosis in other sides of head and neck investigated, retrospectively. The age, gender, clinical, histopathological diagnosis and treatment protocols were noted. Nodal or total excisions were performed and all patients diagnosed histopathologically. Patients diagnosed as tuberculosis underwent antituberculosis treatment protocol.

Results: Mean age of our patients were 43.6±14.7 (18-72 years old). Fifteen of 16 patients were women. The diagnoses were cervical lymphadenitis in 13 (81.25%) patients, lower lip tuberculosis in 1 (%6.25) patient, nasopharynx tuberculosis in 1 (%6.25) patient and larynx tuberculosis in 1 (%6.25) patient. After the treatment masses were disappeared.

Conclusion: Tuberculosis should not be forgotten in the differential diagnosis on head and neck masses. Although tuberculosis usually occur as cervical lymphadenitis in head and neck, lip, nasopharynx and larynx can be involved rarely.

Key words: Neck, histopathological examination, tuberculosis, lymphadenitis.

GİRİŞ

Tüberküloz sıklıkla akciğerleri tutan gelişmekte olan ülkelerin önemli bir sağlık sorunudur. Baş ve boyun bölgesinde en sık servikal lenf nodları tutulurken, larenks, nazofarenks ve orofarenkste de yerleşim gösterebilir (1, 2). Etken mikroorganizmalar, Mycobacterium tuberculosis ailesinden M. tuberculosis, M. bovis, M. africanum ve M. microtiyi içermektedir (3). Tüberküloz respiratuar yolla enfekte damlacıkların inhalasyonu ile bulaşarak akciğerde replikasyon yapar ve lenfohematojen yolla ekstrapulmoner tüberküloza yol açabilir. Ayrıca balgamla nazofarenks ve larenksi kontamine edebilir (4, 5).

Baş ve boyun bölgesindeki tüberkülozlara bazen klinik muayene ve radyolojik tetkikler ile tanı konamayabilir. Baş ve boyundaki diğer lezyon ve kitleler ile karışabilir. Kesin tanısı biyopsi materyalinden mikobakteriyel kültür veya mikobakteriyel boyamanın pozitif olması veya histopatolojik incelemede

granülomatöz iltihap ve kazeifikasyon nekrozunun tespiti ile konur (3, 5, 6). Baş ve boyun bölgesi tüberkülozlarının tedavisi cerrahi eksizyon ile birlikte veya tek başına antitüberküloz ilaçlar kullanılarak yapılır (3, 6). Bu çalışmada, kliniğimizde baş ve boyun bölgesinde tüberküloz tanısı konan hastaların tanı ve tedavileri incelenmiştir.

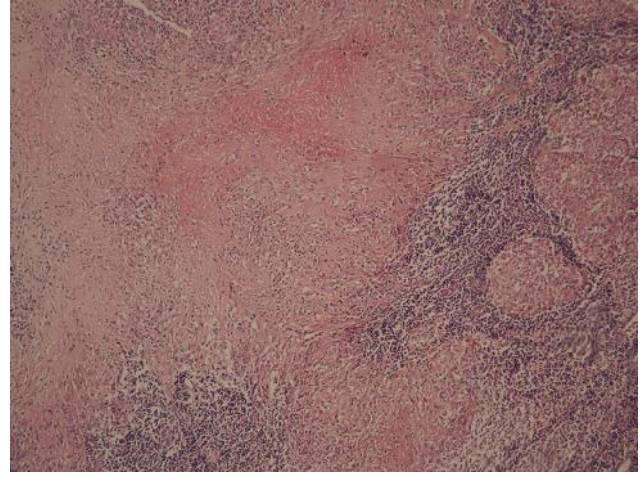
GEREÇ VE YÖNTEM

Ocak 2003 ile Nisan 2010 tarihleri arasında kliniğimizde, servikal tüberküloz lenfadenit ve baş-boyunun diğer bölgelerinde tüberküloz tanısı alan 16 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaşı, cinsiyeti, klinik özellikleri, preoperatif yapılan tetkikleri, histopatolojik tanıları ve tedavi şekilleri gözden geçirildi. Tüm olgular, ayrıntılı öykü alımı, tam bir KBB muayenesi, tam kan sayımı ve rutin biyokimya tetkikleri, akciğer grafisi, boyun ultrasonografi (USG) ve/veya boyun tomografisi (BT) ve ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) ile değerlendirildi. Hastalar genel veya lokal anestezi ile ameliyat edildi. Servikal lenfadenit olan hastalardan tek lenfadenopatisi olanlara total eksizyon, birden fazla sayıda lenfadenopatisi olanlarda ise en büyük lenf nodu eksizyonu yapıldı. Fistilüze olmuş kitleler, ciltle beraber çıkartıldı. Dudak tüberkülozu olan olguda eksizyonel biyopsi, nazofarenks ve larenks tüberkülozu olan hastalarda punch biyopsi yapıldı. Tüm hastaların kesin tanısı histopatolojik inceleme ile konuldu (Şekil 1). Tüberküloz tanısı almış hastalar antitüberküloz ilaç programına alınarak takip edildi.

BULGULAR

Çalışmamız yaşları 18 ile 72 yaş arasında değişen, 16 hastayı [15 bayan (%93.75), 1 erkek (%6.25); ortalama yaş 43.6 ± 14.7] içermektedir. Hastaların 13'ünde (%81.25) servikal tüberküloz lenfadenit, 1'inde (%6.25) alt dudak tüberkülozu, 1'inde (%6.25) nazofarenks tüberkülozu, 1'inde (%6.25) larengeal tüberküloz tespit edilmiştir.

Hastalardaki en sık şikâyet boyunda ağrısız şişlikti. Bazı hastalarda bu şikâyetlere, kilo kaybı, ses kısıklığı, disfaji, öksürük ve gece terlemesi de eşlik ediyordu. Servikal tüberküloz lenfadenit olan 13 hastadan 12'sinde boyundaki kitleler fluktuasyon veren abse formasyonunda iken, 1 hastada cilde fistilüzasyon vardı (Şekil 2A,B). Servikal tüberküloz lenfadenit olan hastaların 2'sinde submental, 3'ünde posterior üçgen ve 8'inde juguler zincirdeki lenf nodlarında tutulum vardı. Larenks tüberkülozu olan hastada özellikle epiglotu tutan supraglottik bölgede larenks malignensine benzer lezyon izlendi.

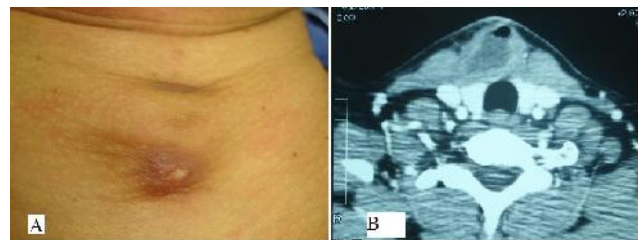


Şekil 1. Geniş kazeifikasyon alanları içeren granülom yapıları izlenmektedir (H&Ex100).

Nazofarenks tüberkülozu olan hastada, sağ kulakta basınç, burun tıkanıklığı ve boyun sağ arkada şişlik şikâyetleri vardı. Muayenede sağ posterior üçgende lenfadenopati ve nazofarenkste kitle görüldü. Alt dudak tüberkülozu olan hastada uzun süredir iyileşmeyen yara şikâyeti mevcuttu. Hastaların 3'ünde geçirilmiş tüberküloz hikâyesi, 2 hastada tüberkülozlu hasta ile temas öyküsü vardı. Semptomların süresi 2 ay ile 3 yıl arasında değişmekte idi. Ortalama semptom süresi 6.5 aydı.

USG'de büyük çoğunluğunda lobüle kontürlü, heterojen hipoeoik görünümde kitle izlendi. BT yapılan 6 hastada kitlenin çevre yapılar ile ilişkisi gösterilirken, ayırıcı tanıda yardımcı değildi. İİAB 6 hastada yapılmış olup ayırıcı tanıda yardımcı olmamıştır.

Histopatolojik incelemeler sonucunda tüberküloz tanısı alan hastalar Göğüs Hastalıkları Kliniği ile konsülte edilerek antitüberküloz ilaç tedavisine alınmıştır. Tedavide ilk 2 ay İzoniazid+Rifampisin+Etambutol+Pirazinamid başlanıp idamede İzoniazid+Rifampisin verilerek tedavi 6 aya tamamlanmıştır. Antitüberküloz tedavi alan hastalarda tedavi sonucunda kitlelerin kaybolduğu gözlenmiştir.



Şekil 2. A) Boyun orta hatta cilde fistilüze olmuş kitlenin görünümü. B) Aynı hastanın BT görüntüsü.

TARTIŞMA

Mycobacterium tuberculosis, genellikle solunum yoluyla gelerek akciğerlerde enfeksiyona yol açmaktadır. Buradan lenfohematojen yol ile vücudun diğer yerlerine yayılabilmekte ve birçok organı etkileyebilmektedir. En çok akciğerleri tutan tüberküloz, baş ve boyun bölgesinde özellikle servikal lenf nodlarını tutar. Ağız, tonsil, dil, dudak, damak burun, epiglot, larenks ve farenks, tükürük bezleri ve orta kulakta da tüberküloz görülebilir (1, 2). Servikal tüberküloz lenfadenit, genellikle posterior üçgen, juguler zincir ve supraklavikuler bölgedeki lenf nodlarını tutar (1, 7). Eriskinlerdeki tüberküloz lenfadenitte en sık etken *M. tuberculosis* iken, küçük çocuklarda ve immün sistemi baskınlanmış hastalarda atipik mikobakteriler en sık etken olarak görülmektedir (8).

Anamnez, fizik muayene, radyolojik ve laboratuvar incelemeler, PPD testi, İİAB ekstrapulmoner tüberküloz tanısı koymada genellikle yetersiz kalır (9). Baş boyun bölgesindeki tüberkülozların spesifik muayene ve radyolojik bulguları yoktur. Akciğer grafisinin, anemi ve lökositoz gibi laboratuvar sonuçlarının tüberküloz tanısında önemi azdır. PPD testi özellikle atipik mikobakterilerde daha fazla olmak üzere negatif sonuçlanabilir. Ülkemiz şartlarında PCR ile bakteri gen tespiti oldukça zordur. Kültür ve İİAB uygun ekipman ve tecrübe gerektirmektedir. Bunlar göz önüne alındığında baş boyun tüberkülozlarının tanısında en uygun tanı yönteminin histopatolojik inceleme olduğu düşünülmektedir. Baş boyun bölgesindeki tüberkülozun kesin tanısı biyopsi materyalinden pozitif mikobakteriyel kültür ve mikobakteriyel boyama veya histopatolojik incelemede granülomatöz iltihap ve kazeifikasyon nekrozunun görülmesi ile konur (6). Serimizdeki tüm olguların da histopatolojik incelemelerinde granülomatöz iltihap ve kazeifikasyon nekrozu tespit edilerek tanı konulmuştur.

Larenks tüberkülozu sıklığı günümüzde azalmakla birlikte, larenksin en sık granülomatöz hastalığı olmaya devam etmektedir ve larengeal kitlelerin ayırıcı tanısında akılda tutulmalıdır (10, 11). Bu hastalarda prodüktif öksürük, ateş, kilo kaybı ve gece terlemeleri gibi klasik semptomlara ses kısıklığı, üst solunum yolu obstrüksiyonu, stridor, disfaji ve odinofaji gibi lokalize semptomlar eşlik edebilir. En sık lokalize semptom ses kısıklığıdır (10, 11). Larenks tüberkülozlu olgumuzda da kilo kaybı ve öksürük şikâyetlerine ses kısıklığı, disfaji ve odinofaji eşlik ediyordu.

Nazofarenks tüberkülozu daha nadir görülen bir

durumdur. Burun tıkanıklığı, nazofarenkste kitle ve servikal lenfadenopati en sık karşılaşılan semptom ve bulgudur (12, 13). Nazofarengeal tüberküloz, yerleşim yeri ve klinik belirtileriyle nazofarenks kanserini taklit edebilir ve histopatolojik inceleme yapılarak nazofarenks kanseri ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır (11, 12). Bizim hastamızda, hem servikal lenf nodu hem de nazofarenks biyopsisi yapılarak nazofarenks tüberkülozu tanısı konulmuştur. Dudak yerleşimli tüberküloz çok nadir görülür ve dudak lezyonları ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır (14).

SONUÇ

Tüberküloz, baş ve boyunda genellikle servikal lenf nodlarını tutmakla birlikte nadirde olsa dudak, nazofarenks, larenks gibi bölgelerde de görülebilmektedir. Baş ve boyun bölgesindeki kitlelerinin ayırıcı tanısında tüberküloz unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Vaid S, Lee YY, Rawat S, Luthra A, Shah D, Ahuja AT. Tuberculosis in the head and neck--a forgotten differential diagnosis. *Clin Radiol*. 2010;65:73-81.
2. Choudhury N, Bruch G, Kothari P, Rao G, Simo R. 4 years' experience of head and neck tuberculosis in a south London hospital. *J R Soc Med*. 2005;98:267-9.
3. Bayazit YA, Bayazit N, Namiduru M. Mycobacterial cervical lymphadenitis. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec*. 2004;66:275-80.
4. Mandel L. Tuberculous calcifications mimic sialolithiasis. *J Oral Maxillofac Surg*. 2006;64:1439-42.
5. Öksüzler Ö, Tuna E, Özbek C, Özdem C. Servikal tüberküloz lenfadenit. *KBB-Forum*. 2008;7:102-6.
6. Kanlikama M, Mumbuc S, Bayazit Y, Sirikci A. Management strategy of mycobacterial cervical lymphadenitis. *J Laryngol Otol*. 2000;114:274-8.
7. Wang WC, Chen JY, Chen YK, Lin LM. Tuberculosis of the head and neck: a review of 20 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2009;107:381-6.
8. Munck K, Mandpe AH. Mycobacterial infections of the head and neck. *Otolaryngol Clin North Am*. 2003;36:569-76.
9. Ibekwe AO, al Shareef Z, al Kindy S. Diagnostic problems of tuberculous cervical adenitis (scrofula). *Am J Otolaryngol*. 1997;18:202-5.
10. Bhat VK, Latha P, Upadhy D, Hegde J. Clinicopathological review of tubercular laryngitis in 32 cases of pulmonary Kochs. *Am J Otolaryngol*. 2009;30:327-30.
11. Ling L, Zhou SH, Wang SQ. Changing trends in the clinical features of laryngeal tuberculosis: a report of 19 cases. *Int J Infect Dis*. 2010;14:e230-e235.
12. Srirompotong S, Yimtae K, Jintakanon D. Nasopharyngeal tuberculosis: manifestations between 1991 and 2000. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2004;131:762-4.
13. Aktan B, Selimoglu E, Uçuncü H, Sütbeyaz Y. Primary nasopharyngeal tuberculosis in a patient with the complaint of snoring. *J Laryngol Otol*. 2002;116:301-3.
14. Kiliç A, Gül U, Gönül M, Soyulu S, Cakmak SK, Demiriz M. Orifical tuberculosis of the lip: a case report and review of the literature. *Int J Dermatol*. 2009;48:178-80.