



OLGU SUNUMU

PRİMER NAZOFARENGEAL TÜBERKÜLOZ

Dr. Mahmut ÖZKIRIŞ¹, Dr. Utku KUBİLAY¹, Dr. Ercan AYDIN¹, Dr. Faruk ÖZKIRIŞ²,
Dr. Gürkan KAYABAŞOĞLU¹, Dr. Şeref ÜNVER¹

¹Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz, İstanbul, Türkiye
²Eskişehir SSK Bölge Hastanesi, Kulak Burun Boğaz, Eskişehir, Türkiye

ÖZET

Primer nazofarengeal tüberküloz nadir bir durumdur. Her ne kadar nazofarengeal tüberküloz prevalansı anti-tüberküloz ilaçların kullanımındaki artışa bağlı olarak azalsa da, nazofarengeal tüberküloz tanısı alan hasta sayısı, tanı yöntemlerinin gelişimine paralel olarak artmıştır. Servikal lenfadenopati hastaların %50'sinden fazlasında görülmekte ve en sık başvuru nedeni olmaktadır. Nazofarenkste gözlenen kitle veya mukozal düzensizlik, ayırıcı tanıda karsinom düşündürmekte ve kesin tanı için histolojik tetkiki gerekli kılmaktadır. Nazofarengeal tüberkülozda en sık görülen semptomlar servikal lenfadenopati, genellikle tek taraflı işitme kaybı, nazal obstrüksiyon ve/veya akıntıdır. Bu makalemizde, işitme azlığı ve horlama şikayetiyle başvuran 54 yaşında primer nazofarengeal tüberkülozlu bayan hasta sunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Nazofarenks, tüberküloz, işitme kaybı, horlama

PRIMARY NASOPHARYNGEAL TUBERCULOSIS

SUMMARY

Primary nasopharyngeal tuberculosis is a rare condition. Although the prevalence of nasopharyngeal tuberculosis has decreased after the wide use of anti-tuberculous agents, the number of reports for the disease has slightly increased recently in accordance with advances in the diagnostic tools. Cervical lymphadenopathy occurs in more than half of the patients and is the most common presenting complaint. Cervical lymphadenopathy, together with the nasopharyngeal symptoms related to the mass or mucosal irregularity, makes the differential diagnosis from carcinoma difficult; and thus makes histopathologic evaluation necessary for diagnosis. The most common symptoms of nasopharyngeal tuberculosis are cervical lymphadenopathy, unilateral hearing loss and nasal discharge and/or obstruction. A 54 year-old female with isolated nasopharyngeal tuberculosis is presented.

Keywords: Nasopharynx, tuberculosis, hearing loss, snoring

GİRİŞ

Nazofarenks; tüberkülozun yerleşimi açısından nadir olan bir bölgedir. Genelde aktif pulmoner veya sistemik enfeksiyonun hematogen ya da lenfatik yayılımı sonucu gelişir. Nazofarengeal tüberküloz tanısı çoğu zaman gözden kaçan bir hastalıktır¹⁻³. Genel olarak nazofarengeal tüberküloz, nazofarenks kanseriyle benzer şekilde servikal lenfadenopati, burun akıntısı ve nazal obstrüksiyon bulguları verir⁴.

Rohwedder 843 hastalık bir tüberküloz serisi sunmuştur ve bunlardan ancak 16 olguda aktif primer akciğer tüberkülozuna sekonder üst solunum yolu tüberkülozu tespit etmiştir. Farenks ve nazofarenks ise beş olguda etkilenmiştir⁵. Bizim makalemizde ise dört aydır sol kulağında işitme azlığı ve horlama şikayeti olan, patolojik inceleme sonucunda primer nazofarengeal tüberküloz tanısı konan ellidört yaşındaki bayan hasta sunulmuştur.

İletişim kurulacak yazar: Dr. Mahmut ÖZKIRIŞ, Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz, İstanbul, Türkiye, Tel: 0 212 543 75 60 Faks: 0 212 727 94 03 E-mail: dramahmut@yahoo.com

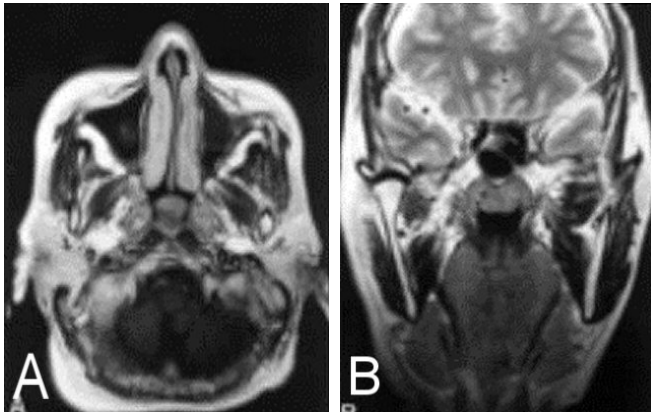
Gönderilme tarihi: 11 Mart 2005, revizyon isteme tarihi : 15 Mayıs 2005, yayın için kabul edilme tarihi: 26 Haziran 2005

OLGU SUNUMU

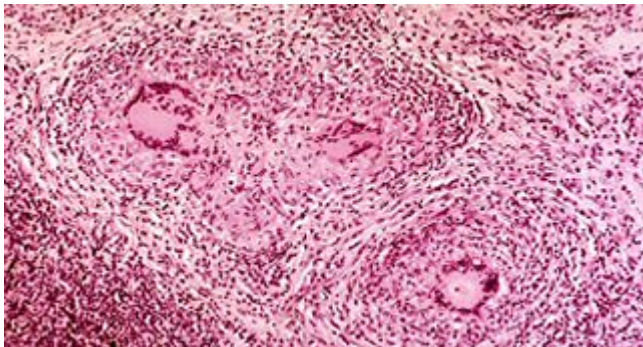
Ellidört yaşındaki bayan hasta KBB polikliniğine sol kulağında işitme azlığı nedeni ile başvurdu. Anamnezinde sol kulaktaki işitme azlığının yaklaşık dört aydır olduğunu ve aynı zamanda horlama şikayetinin de bulunduğunu belirtti. Bilinen başka sistemik hastalığı yoktu. Fizik muayenesinde sol timpanik membranda vaskularizasyon artışı ile timpanik membran arkasında sıvı görünümü mevcuttu. Hastanın odyometrik incelemesinde sol kulakta 30 dB'lik iletim tipi işitme kaybı ile timpanogramında tip B eğrisi tespit edildi, sağ kulakta problem yoktu. Hastanın yaşının ileri olması ve patolojinin tek taraflı olması nedeniyle nazofarenks patolojisi açısından nazal endoskopi ve nazofarenks MRI yapılması planlandı. Nazofarenks MRI'da nazofarenkte yer kaplayan kitlesel lezyon tespit edildi. Nazal endoskopisinde ise nazofarenks arka duvarını tama yakın kaplayan polipoid kitle ile karşılaşıldı (Şekil A,B). Kitleden biyopsiler alındı. Patolojik inceleme sonucu epitelioid dev hücreler ve kazeöz nekroz ile karakterize granümatöz inflamasyon olarak geldi (Şekil 2). Akciğer grafisinde anormallik saptanmadı. Olgunun, hemogram ve biyokimya değerleri normal bulundu. Sedimentasyonu sınırdışı yüksekti. Brusella, monostest,



VDRL, HIV, ANA, Anti DNA, ASMA, AMA, C-ANCA testleri negatifti. PPD 16 mm olarak tespit edildi. Aside dirençli basil (ARB) balgamda negatif olarak değerlendirildi. Olgunun iki kez daha tekrarlanan biyopsi örnekleri, steril olarak alınarak Mycobacterium tüberkülozis için mikrobiyoloji laboratuvarına gönderildi fakat üretilmedi. Patolojik inceleme sonuçları ise bir önceki biyopsi sonucu ile aynı idi. Göğüs hastalıkları konsültasyonunda akciğer tüberkülozu tespit edilmedi. Patolojik inceleme ve Göğüs Hastalıkları konsültasyonu sonucunda hastaya primer nazofarengeal tüberkülozu tanısı konularak iki ay süreyle İzonyazid 300mg/gün, Rifampin 600mg/gün ve Etambutol 1,5 gr/gün daha sonrada dört ay boyunca İzonyazid ve Rifampin ile devam ederek hasta takibe alındı. Tedavi altı aya tamamlanarak kesildi. Bu tedavinin bitmesinin ardından yapılan rutin muayenelerinde tip B olan timpanogramı ile hastanın horlama şikayeti tamamen geçmişti. Kontrol nazal endoskopisinde nazofarenks arka duvarını kaplayan polipoid kitlenin yok olduğu gözlemlendi. Hastanın tedavilerinin bitiminin 1. ve 3. aylarda yapılan kontrollerinde patoloji saptanmadı.



Şekil 1 A,B: İşitme azlığı nedeniyle başvuran 54 yaşındaki bayan hastanın MRI görüntüleri ve histolojik kesiti. **A,** Kontrastlı aksiyel T1 nazofarenks görüntülerinde santral bölgede ve arka üstte adenoid bölgesinde polipoid kitle görülmektedir. **B,** Koronal T 2 görüntülerinde santral ve üst arka adenoid bölgesinde orta dereceli T2 sinyali artışı şeklinde polipoid kitle görülmektedir.



Şekil 2: Langhans dev hücreleri, epithelioid hücreler ve lenfoid hücreler içeren granülatöz reaksiyon (HE,x 200).

TARTIŞMA

Modern anti-tüberküloz tedavisinin uygulanmasından önce üst solunum yolu tüberkülozu nadir olmayan bir hastalıktı^{6,7}. Bu tedavinin yaygın kullanımıyla birlikte nazofarengeal tüberküloz nadir gözlenmeye başladı. Rohwedder yapmış olduğu çalışmada primer aktif akciğer tüberkülozu olan hastaların sadece %0.1'de nazofarenks tutulumu tespit etmiştir⁵. Üst solunum yollarında ağız mukozasında, dilde, tonsillerde, burunda, epiglotta, larenks ve nazofarenkste yerleşebilir^{11,12,13}. Nazofarengeal tüberküloz düşünüldüğünden daha nadir gözlenen bir durum olup⁴, literatür tarandığında genelde yayınların tek bir olgu ile sınırlı olduğu gözlenir.

Nazofarengeal tüberküloz tanısı temelde biyopsi örneğinin patolojik ve mikrobiyolojik incelemesi sonucunda koyulabilmektedir. Patolojik inceleme sonucunda, epitelioid dev hücreler ve kazeöz nekroz ile karakterize granülatöz inflamasyon olarak bulunur.

Sıklıkla granülatöz reaksiyon gözlenirse de, bu bölgede asit faz basilinin izolasyonu ve M. tüberkülozis 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 iki makalenin ilkinde ikinci³, diğerinde ise üçüncü nazofarenks biyopsisinden sonra¹, M.tüberkülozis izole edilebilmiştir.

Nazofarengeal tüberküloz sonucu nazofarenkte üç ayrı görünüm meydana gelebilmektedir a) normal mukoza b) mukozada düzensizlik ve ülserasyon c) nazofarenkste kitlesel lezyon olabilir. Nazofarenkte kitlesel lezyon olduğunda adenoid hipertrofisi ile karışabilir.

Nazofarengeal tüberküloz; yerleşim yeri ve klinik belirtileriyle nazofarenks kanserini taklit edebilmektedir. Nazofarenks kanseri de çevre dokularda granülatöz reaksiyona yol açabildiği için biyopsi, kanserin çevre dokularından alındığı zaman granülatöz reaksiyon görülebilir. Bu da bize yanlışlıkla nazofarenks tüberküloz tanısı koydurabilir. Biz kendi olgumuzda bu yanlışlığı önlemek için kitlenin muhtelif yerlerinden arka arkaya üç kez örneklemeler aldık ve üçünün de sonucu granülatöz reaksiyon olarak geldi.

Aynı zamanda nekroz ve ülserasyonla seyreden granülatöz reaksiyon nazofarenks kanserinin primer tedavisi olan radyoterapi sonucunda da gelişebilmektedir. Sim T, Ong BH ve Raman R, Bakthaviziam A'nın yayınlamış oldukları



makalelerde olduğu gibi tüberküloz ve malignite beraber olabileceği gibi^{8,9}, Waldron J.ve Chua BL, Tan H, Yang ET'nin yayınlamış oldukları makalelerde olduğu gibi tüberküloz, nazofarenks kanseri nedeniyle radyoterapi almış olgularda da gözlenebilir^{4,10}.

Yukarıda belirtilen olgularda olduğu gibi, nazofarengeal tüberküloz tanısının doğru olarak konulabilmesi, M.tüberkülozisin izole edilmesindeki güçlük nedeniyle sıkıntılı olmaktadır.

Tek taraflı işitme kaybı ve nazal obstrüksiyon şikayetleriyle başvuran ve ülkemiz gibi tüberkülozun yaygın olarak gözleendiği bölgelerde nazofarengeal karsinomun yanında nadir olan nazofarengeal tüberküloz gibi durumlarda ayırıcı tanıda düşünülüp nazal endoskopi ve nazofarenks MRI planlanmalı ve kitleden biyopsiler alınmalıdır.

Günümüzdeki tedavi protokolü üç ilaç ile yapılan iki aylık bir tedaviyi içerir. Bu ilaçlar İzoniyazid, Rifampin, Streptomisin ya da Etambutol. İki haftalık her gün verilen bir tedaviden sonra eğer hastada tedaviye cevap varsa ilaçlar haftada iki kez verilir. Daha sonra İzoniazid ve Rifampin haftada iki kez olacak tedavi 6 ay devam edilir. Temel odyometrik veya bilateral kalori testleri streptomisinin ototoksitesisi nedeniyle uygulanmalı ve tekrarlanmalıdır. Tedaviye yanıt oldukça iyidir¹³.

Sonuç olarak nazofarenks tüberküloz tanısı nadir bir durum olup, genelde pulmoner ve sistemik tutulum olmadan gözlenir. Servikal lenfadenopati hastaların %50'sinde gözlenmekte olup, en sık klinik görülme şeklidir. Bizim makalemizde, dört aydır sol kulağında işitme azlığı ve horlama şikayeti olan, patolojik inceleme sonucunda primer nazofarengeal tüberküloz tanısı konan ellidört yaşında bayan hastaya üçlü anti-tüberküloz tedavisi dört ay süreyle uygulandıktan sonra tüm yakınmaları geçmiştir. Hastanın tedavisinin bitiminin 3.ayında yapılan endoskopik kontrolünde kitlenin tamamen kaybolduğu saptanmıştır.

KAYNAKLAR

1. Percodani J, Braun F, Arrue P, et al. Nasopharyngeal tuberculosis. J Laryngol Otol 1999; 113 :928 –931. PMID: 10664713
2. Chopra RK, Kerner MM, Calcaterra TC. Primary nasopharyngeal tuberculosis: a case report and review of this rare entity. Otolaryngol Head Neck Surg 1994; 111 :820 – 823. PMID: 7991265
3. Bath AP, O'Flynn P, Gibbin KP. Nasopharyngeal tuberculosis. J Laryngol Otol 1992; 106 :1079 –1080. PMID: 1487665

4. Waldron J, van Hasselt CA, Skinner DW, Arnold M. Tuberculosis of the nasopharynx: clinicopathological features. Clin Otolaryngol 1992; 17 :57 –59. PMID: 1555320
5. Rohwedder JJ. Upper respiratory tract tuberculosis: sixteen cases in a general hospital. Ann Int Med 1974; 80 :708 –713. PMID: 4832158
6. Graff S. Die bedeutung dest epipharynx fur die Menschlidic Pathologie. Klinika Wochenschrust 1936; 15 :953 –957.
7. Belal A. Latent tuberculosis in tonsils and adenoids. J Laryngol Otol 1951; 65 :414 –425. PMID: 14850860
8. Sim T, Ong BH. Primary tuberculosis of the nasopharynx. Singapore Med J 1972; 13 :39 –43. PMID: 5031954
9. Raman R, Bakthaviziam A. Tuberculosis associated with malignancy of the nasopharynx. Indian J Otolaryngol 1981; 33 :149 –150.
10. Chua BL, Tan H, Yang ET. Tuberculosis of the nasopharynx following radiotherapy. Clin Oncol 1998; 10 :59 –61. PMID: 9543618
11. Şipit T, Özkara Ş, Kalpaklıoğlu F, Önde G, Çakıroğlu E, Örüç O. İki olgu nedeniyle dudak-dil tüberkülozu. Solunum Hastalıkları 1993; 4(2): 251-255.
12. Köksal D, Acıcan T, Dursun G, Ataoğlu Ö, Çobanlı B. Akciğer tüberkülozuna sekonder gelişen dil tüberkülozu. Tüberküloz ve Toraks 1999; 47(2): 228-230.
13. Şakar A, Yorgancıoğlu A, Çelik P, Çelik O, Ünlü H, Ayhan S, Demir A. Farenks ve Larenks Tüberkülozu (İki Olgu Nedeniyle). Solunum 2002; 4(1): 51-55.Redline