

OLGU BİLDİRİSİ / CASE REPORT

Maksiller sinüs tüberkülozu: Olgu sunumu

E. Keleş, T. Karlıdağ, N. Demirpolat, M. Özden

Maxillary sinus tuberculosis: a case report

Paranasal sinus tuberculosis is considerably scarce because paranasal sinus mucosa has natural resistant to the invasion of pathogen. In this study, a 62- aged male patient who had Caldwell-Luc operation with pre-diagnosis of left maxillary sinus mycetoma and applied with the complaint of incessant defluxion in the gingivobuccal incision line following the operation was presented. Maxillary sinus tuberculosis was diagnosed in the patient our case was discussed with literature in order to emphasis the significance of tuberculose in differential diagnosis of unilateral paranasal lesions.

Key Words: Paranasal sinus, maxillary sinus, tuberculose.

Turk Arch Otolaryngol, 2012; 50(2):28-31

ÖZET

Paranasal sinüs mukozası, patojenin invazyonuna doğal dirençli olduğundan paranasal sinüs tüberkülozu oldukça nadirdir. Bu makalede, sol maksiller sinüs miçetoma ön tanısı ile Caldwell-Luc operasyonu yapılan ve operasyon sonrası gingivobuccal insizyon hattından kesilmeyen akıntı şikâyeti ile müracaat eden 62 yaşında erkek hasta sunuldu. Hastaya maksiller sinüs tüberkülozu tanısı konuldu. Tek taraflı paranasal sinüs lezyonlarının ayırıcı tanısında tüberkülozün önemini vurgulamak amacı ile olgumuz literatür eşliğinde tartışıldı.

Anahtar Sözcükler: Paranasal sinüs, maksiller sinüs, tüberküloz.

Türk Otolarengoloji Arşivi, 2012; 50(2):28-31

Giriş

Tüberküloz intrasellüler patojen olan mikobakteriler tarafından oluşturulan kronik granülomatöz bir hastalıktır. Baş ve boyun tüberkülozu tüm hastalığın ekstrapulmoner formlarının yaklaşık %10'unu oluşturmaktadır.^{1,2} Servikal lenfadenitler (%95) baş ve boyun tüberkülozlarının en sık görülen formudur.³ Nazal mukoza ve paranasal sinüs mukozası patojenin invazyonuna doğal dirençli olduğundan paranasal sinüs tüberkülozu ile oldukça nadir karşılaşılır. En sık maksiller ve etmoid sinüsler etkilenir. Sinonazal tutulum en sık pulmoner tüberküloza sekonder gelişir ve doğrudan ekilme veya kan yolu ile yayılır.⁴

Sinonazal tüberkülozda başlıca üç tip patoloji görülür. Birinci tipte enfeksiyon sadece mukozalar ile sınırlıdır. Maksiller sinüs antrumunu dolduran polipoid yapılar ve hafif akıntı mevcuttur. İkinci tipte kemik tutulumu ve fistül formasyonu görülüp akıntıda bol miktarda basil bulunur. Üçüncü tip hiperplastik değişiklikler ve tüberküloz formasyonu ile karakterizedir.⁵

Bu makale 34. Türk Ulusal Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kongresinde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

Dr. Erol Keleş, Dr. Turgut Karlıdağ, Dr. Nida Demirpolat

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun ve Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Elazığ

Dr. Mehmet Özden

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Elazığ

Bu makalede, sol maksiller sinüs miçetoma ön tanısı ile Caldwell-Luc operasyonu yapılan, operasyon sonrası gingivobukkal insizyon hattından kesilmeyen akıntı şikâyeti ile müracaat eden 62 yaşında erkek hasta sunuldu. Hastaya maksiler sinüs tüberkülozu tanısı konuldu. Tek taraflı paranazal sinüs lezyonlarında tüberküloz enfeksiyonları da ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Olgu Sunumu

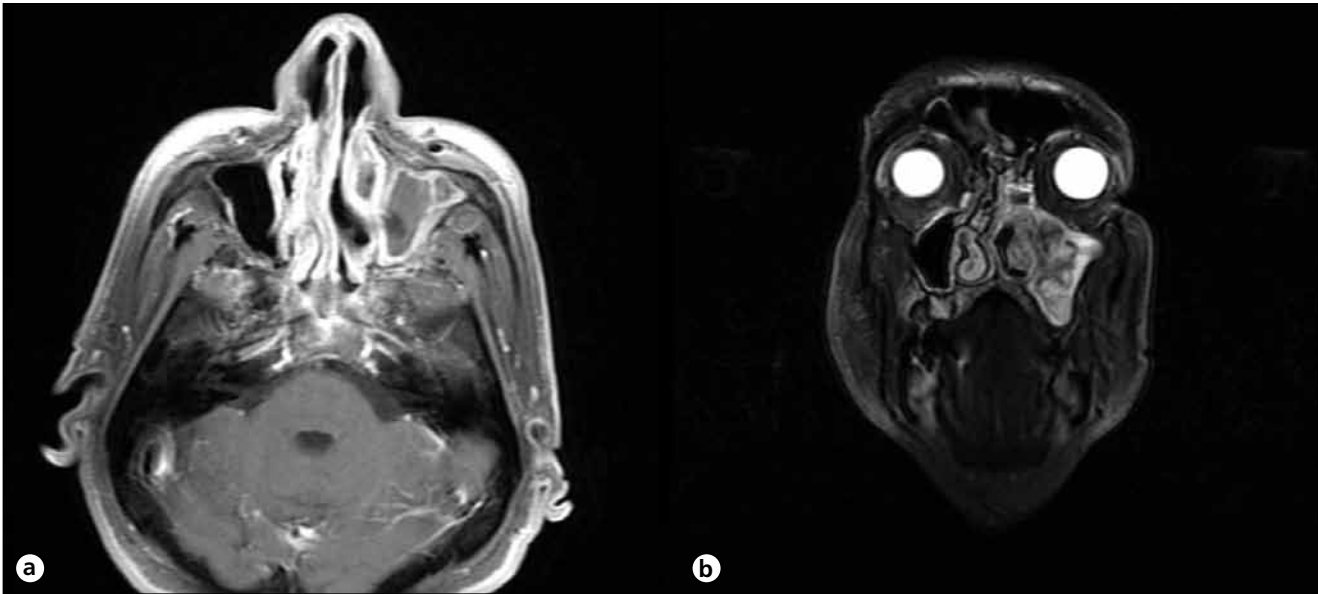
Altmış iki yaşındaki erkek hasta 6 aydır devam eden burun ve geniz akıntısı şikâyeti ile polikliniğimize müracaat etti. Hastadan alınan hikâyede akıntı şikâyetinin yaklaşık altı ay önce diş çekimi sonrası başladığı öğrenildi. Hasta bu şikâyeti nedeniyle birçok sağlık merkezine müracaat etmiş ve 4-5 kez antibiyotik tedavisi almıştı. Ancak şikâyetlerinde bir düzelme olmamakla beraber son günlerde yüzünün sol tarafında ağrı ve burnun sol tarafından nefes almada ciddi zorluk şikâyetleri başlamış. Hastanın burun muayenesinde nazal septumun sağa deviye olduğu ve sol orta meada kahverengi görünümlü koyu kıvamda akıntı olduğu görüldü. Hastanın özgeçmişinde herhangi bir özellik izlenmedi. Ayrıca hasta tüberkülozlu hasta ile temas hikâyesi tarif etmiyordu. Herhangi bir akciğer şikâyeti ve aile öyküsünde özellik yoktu.

Hastaya çekilen yüz manyetik rezonans görüntüleme (MRG) sol maksiller sinüsü ekspanse eden, osteomeatal kompleksi oblitere ederek nazal kaviteye uza-

nan, maksiller sinüs içerisinde ve duvarında periferik kontrastlanmanın olduğu ağırlıklı olarak sıvı sinyal intensitesinde lezyon alanı izlendi (Miçetoma, komplike sinüzite bağlı görünüm) şeklinde raporlandı (Resim 1).

Hasta bu bulgularla kliniğimize yatırılarak sol Caldwell Luc-Endoskopik sinüs cerrahisi ve Septoplasti operasyonu yapıldı. Operasyon esnasında sol maksiller sinüs içerisinde fragil ve polipoid yumuşak doku ile dolu olduğu görüldü. Operasyon sonrası metronidazol ve sefuroksim tedavisi başlanan hasta, ek şikâyeti olmaması üzerine taburcu edildi.

Hastanın patoloji sonucu, gönderilen biyopsi örneğinde geniş nekrotik materyal içerisinde çok sayıda basil izlendiği ve malignite düşündürülecek bulguya rastlanmadığı şeklinde raporlandı. Operasyondan yaklaşık 1.5 ay sonra sol yanakta şişlik ve ağız içerisine iltihaplı akıntı şikâyeti ile hasta tekrar kliniğimize müracaat etti. Hastanın muayenesinde insizyon yerinden (sol gingivobukkal hat) pürülan akıntı, sol yanak cildinde hassasiyet ağrı ve şişlik olduğu görüldü. Hasta bu bulgularla tekrar kliniğimize yatırıldı. Caldwell Luc operasyonu komplikasyonu (Osteomyelit) düşünülerek paranazal bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. Paranazal sinüs BT; sol maksiller sinüste, ethmoid hücrelerde ve sol nazal pasajda sol osteomeatal kompleksi oblitere eden yumuşak doku değerleri izlendi (Rezidü). Sol maksiller sinüs anterior duvarda maksiller seviyede cilt altı yumuşak dokulara uzanan fistül traktı ve buna bağlı hava de-



Resim 1. Hastanın aksiyel ve koronal planda yüz MRG'si.

ğerleri ve yine bu seviyede cilt altı yumuşak dokularda ödem izlendi (Sellülit) şeklinde raporlandı (Resim 2).

Hastanın mevcut akıntısından aside dirençli basil (ARB) aranması ve mikobakteri kültürü için materyal alındı. Sonucun ARB (+) gelmesi üzerine hasta ileri tetkik ve tedavi için Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği'ne devredildi. Hastanın mikobakteri kültüründe *mycobacterium tuberculosis complex* üredi. Yattığı klinikte pulmoner tüberküloz açısından hasta göğüs hastalıkları kliniğine konsülte edildi. Hastaya çekilen Toraks BT'de sağ akciğer üst lob posteriorda, alt lob superiorda tomurcuklanmış ağaç görünümüleri, fibrotik değişiklikler ve büyüğü 1 cm'ye varan pulmoner nodüllerin eşlik ettiği küçük yamalı konsolidasyon alanları izlendi (enfeksiyöz proçes-tüberküloz). Hastaya pulmoner ve ekstrapulmoner tüberküloz tanısı ile rifampisin, pirazinamid, izoniazid ve etambutol tedavisi başlandı. Tedavinin ikinci ayında çekilen kontrol Toraks BT'de eski Toraks BT ile karşılaştırıldığında tomurcuklanmış ağaç görünümünde, nodül boyut ve sayısında gerileme olduğu izlendi. Hastanın medikal tedavisi izoniazid ve rifampisin olacak şekilde yeniden düzenlendi ve tedavinin bir yıla tamamlanması planlandı. Hastanın 8 ay sonraki Kulak Burun Boğaz kontrolünde, herhangi bir şikâyeti yoktu ve kliniği belirgin şekilde düzelmiş idi.

Tartışma

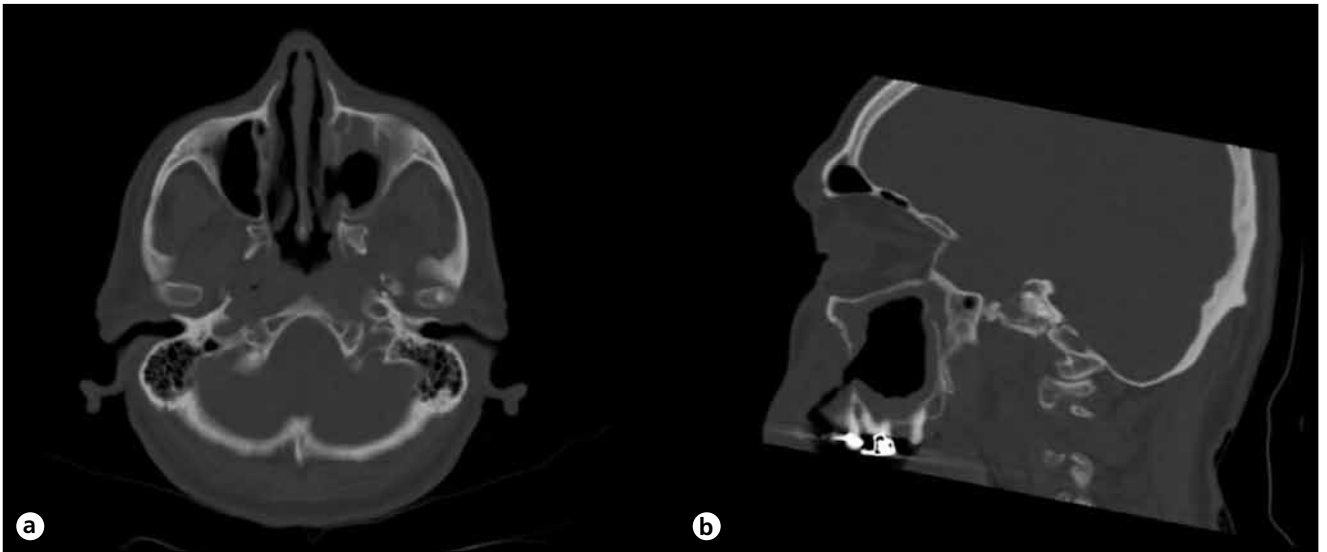
Günümüzde ilaç tedavisindeki gelişmeler ve etkin izolasyon ile tüberküloz insidansında azalma beklenmektedir. Ancak Acquired Immune Deficiency Syndro-

me (AIDS) ve uzun süreli immun supressif tedavi gibi bağışıklık sistemini etkileyen hastalıklar nedeniyle tüberküloz insidansı günümüzde giderek artmaktadır.^{6,7}

Ekstrapulmoner tüberküloz nadir olarak nazal kavite ve paranasal sinüsleri etkilemektedir. Bunun nedeni olarak nazal mukozadaki siliyer aktivite, bakteriyel flora ve burun kılları olduğu düşünülmektedir.⁸ Tüberküloz paranasal sinüsler içerisinde en sık maksiller ve ethmoid sinüsü tutmaktadır.⁹

Potansiyel komplikasyonlar arasında santral sinir sistemi tutulumu, nazal tıkanıklık osteomyelit, fistül oluşumu ve septumun etkilendiği vakalarda septal perforasyon sayılabilir.¹⁰ Paranasal sinüs tüberkülozunun ayırıcı tanısında miçetoma, nazal polipozis, inverted papillom ve diğer granülomatöz hastalıklar gibi benign hastalıklar; epidermoid karsinom, adenoid kistik karsinom, adenokarsinom ve lenfoma gibi bu bölgenin en sık görülen maligniteleri de göz önünde bulundurulmalıdır.¹¹ Radyolojik olarak paranasal sinüslerin mantar infeksiyonları ve granülomatöz lezyonları bu bölgenin tüberküloz infeksiyonu ile benzer görünüme sahiptir.⁷ Kemikte destrüksiyon saptanan olgularda malign lezyonlar ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Hastalarda kesin tanı için klinik, laboratuvar ve radyolojik bulgulara ek olarak kültür ve histopatolojik inceleme şarttır. Olgumuzda gönderilen kültür materyalinde *mycobacterium tuberculosis complex* üremiş olup cerrahi esnasında alınan spesimende bol basil görülmüştür. Tüberkülozun paranasal sinüs tutması sonucu 3 klinik form



Resim 2. Aksiyel ve sagittal planda çakilen paranasal sinüs BT.

görülebilir. Birinci formda mukozal tutulum ve benign sinüzit tablosu gelişebilir. Bu formda pürülan burun ve geniz akıntısı minimaldir, tanı güçtür ve en sık rastlanan formdur. İkinci formda, kronik sinüzit kemik tutulumu ile fistüle neden olabilir, akıntı belirgindir. Üçüncü formda ise hiperplastik tip tüberküloma oluşumudur.¹¹ Mukozal lezyonlarda medikal tedavi tercih edilir ve tedaviye yanıt iyidir. Kemik tutulumu ve fistül oluşumunda sıklıkla prognoz kötüdür. Olgumuz bize burun ve geniz akıntısı şikâyeti ile müracaat etti. Hastanın yüz MRG'sinde kemik defekti izlenmedi. Dolayısı ile paranasal sinüs tüberkülozunun en sık rastlanan birinci formu bizim hastamız içinde geçerli form idi. Olgumuzda gelişen fistül maksiler sinüs tüberkülozuna Caldwell Luc operasyonu ile müdahaleye sekonder gelişmiş bir durumdu.

Son yıllarda cerrahi girişimlerin iyileşmeyi hızlandırdığı bildirilmektedir.¹² Baş bölgesine ait sınırlı ve erken tüberküloz enfeksiyonlarında tek başına medikal tedavi yeterli olabilmektedir. Ancak cerrahi ve medikal tedavinin birlikteliği ile tedavi başarısının daha yüksek olduğu bildirilmiştir.⁹ Cerrahi uygulamalar olguya göre basit debridmandan odağın eksizyonunu içeren geniş eksizyona kadar değişmektedir. Alabi ve ark.¹³ sinusal tüberküloz tanısı konan 27 yaşındaki hastaya frontoetmoidektomi yapmışlar ve takiben 6 aylık medikal tüberküloz tedavisi ile iyileşme rapor etmişlerdir. Bizim olgumuza sol maksiller sinüs miçetoma ön tanısı ile Caldwell-Luc operasyonu yapıldı. Operasyon sonrası gingivobukkal insizyon hattından kesilmeyen akıntı şikâyeti üzerine yapılan tetkikler sonrası maksiler sinüs tüberkülozu tanısı konuldu. Takiben 6 aylık medikal tüberküloz tedavisi ile tam iyileşme sağlandı.

Tüberküloz insidansının yüksek olduğu bölgelerde yaşayan, tedaviye yanıt vermeyen burun-geniz akıntısı ile birlikte tek taraflı paranasal sinüs patolojilerinde nadir görülen tüberkülozu da ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar

1. **Rinaggio J.** Tuberculosis. *Dent Clin North Am* 2003; 47: 449-65.
2. **Gök Ü, Keleş E.** Yaygın larengeal tüberküloz vaka takdimi. *Fırat Tıp Dergisi* 2001; 3: 343-6.
3. **Nalini B, Vinayak S.** Tuberculosis in ear, nose, and throat practice: its presentation and diagnosis. *Am J Otolaryngol* 2006; 27: 39-45.
4. **Anupama, Hemanth KS, Mondal SK, et al.** Sinonasal tuberculosis in diabetics: an unusual presentation and diagnosis. *India J Otolaryngol Head Neck Surg* 2003; 55: 121-3.
5. **Jain MR, Chundawat HS, Batra V.** Tuberculosis of the maxillary antrum and of the orbit. *Indian J Ophthalmol* 1979; 27: 18-20.
6. **Egeli E, Oghan F, Alper M, Harputluoğlu, Bulut I.** Epiglottic tuberculosis in patient treated with steroids for Addison's disease. *Toboku J Exp Med* 2003; 201: 119-25.
7. **Bozbaş Ş, Arslan NG, Şule Akçay Ş, Altınörs N.** Frontal sinüs tutulumu ile seyreden tüberküloz olgusu. *Yeni Tıp Dergisi* 2010; 27: 253-5.
8. **Kadambari B, Chaudhary N, Motwani G, Rai AK.** An unusual case of primary nasal tuberculosis with epistaxis and epilepsy. *Ear Nose Throat J* 2002; 81: 842-4.
9. **Sharma SC, Baruah P.** Sphenoid sinus tuberculosis in children- a rare entity. *Int J Pediatr Otolaryngol* 2003; 67: 399-401.
10. **Choi YC, Park YS, Jeon EJ, Song SH.** The disappeared disease: tuberculosis of the nasal septum. *Rhinology* 2000; 38: 90-2.
11. **Friedmann I.** The changing pattern of granulomas of the upper respiratory tract. *J Laryngol Otol* 1971; 85: 631-82.
12. **Chopra H, Chopra V.** Primary tuberculosis of the nose and paranasal sinuses: clinical case report of three cases and discussion. *Indian Journal of Otolaryngology Head and Neck Surgery* 2005; 57: 154-7.
13. **Alabi BS, Afolayan EA, Aluko AA, Afolabi OA, Adepoju FG.** Primary sinonasal tuberculosis in a Nigerian woman presenting with epistaxis and proptosis: a case report. *Ear Nose Throat J* 2009; 88: 1-3.

Bağlantı Çakışması:

Bağlantı çakışması bulunmadığı belirtilmiştir.

İletişim Adresi: Dr. Nida Demirpolat

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun ve Boğaz Hastalıkları Anabilim

Dalı, ELAZIĞ

Tel: (0554) 815 77 02

e-posta: nidademirpolat@gmail.com