

# İzole Mukozal Larengeal Kandidiazis: Olgu Sunumu

K.K. Metin, N. Çulhacı, H. Eyigör, S. Başak, G. Erpek

## Isolated laryngeal mucosal candidiasis: a case report

The candida infection may settle in the larynx by the degeneration of the protective mucosal barrier. In this study, the case discussed with a review on the literature, is 71 years old, mentally ill, at a low socio-economic level, have been addicted to antibiotic use, heavy smoker for a long time and diagnosed with isolated mucosal laryngeal candidiasis. Early diagnosis and treatment prevented the systemic spread while taking the infection under control in a short time. Voice therapy is necessary during or after primary treatment of the definitely diagnosed cases.

**Key Words:** Laryngeal candidiasis, mucosa, hoarseness.

## Özet

Larenksin izole kandidiazisi nadir olmakla birlikte koruyucu mukozal bariyerin bozulması sonucu görülebilir. Bu makalede 71 yaşında, zeka özürlü ve sosyo-ekonomik düzeyi düşük, uzun süreli antibiyotik kullanımı ve sigara tüketimi öyküsü bulunan, histopatolojik olarak izole larengeal mukozal kandidiazis tanısı almış bir olgu tartışılmış ve literatür bilgileriyle gözden geçirilmiştir. Erken tanı ve tedavi hastalığın kısa sürede kontrol altına alınmasını sağlar ve sistemik yayılımı önleyebilir. Tanısı kesin konmuş olgularda primer tedavi sırasında veya sonrasında ses terapisi gereklidir.

**Anahtar Sözcükler:** Larengeal kandidiazis, mukoza, ses kısıklığı.

Turk Arch Otolaryngol, 2004; 42(2): 105-109

Türk Otolarengoloji Arşivi, 2004; 42(2): 105-109

## Giriş

Kandida tüm vücut yüzeylerinde mevcut olan bir mayadır ve koruyucu mukozal bariyerin bozulmasıyla nadir de olsa larenkse yerleşebilir.<sup>1</sup> İzole larengeal kandidiazis tanımı hipofarenks veya trakea tutulumu olsun ya da olmasın kandida türlerinden birinin larenkste bulunduğu klinik ve/veya histopatolojik olarak gösterilmesini içermektedir.<sup>2</sup> Ancak larenksin izole kandidiazisi nadirdir ve genellikle akciğer tutulumu ve/veya yaygın dissemine kandidiazisle birlikte bulunur.<sup>3</sup>

Larenkste kandida gelişimine yol açabilen faktörler olarak immun yetmezlik sendromları, immun supresif tedavi (kemoterapötik ajanlar ve kortikosteroid), beslenme bozukluğu, diyabet, uzun süreli antibiyotik kullanımı, radyoterapi, inhale kortiko-

**Dr. Kubilay K. Metin, Dr. Sema Başak, Dr. Gökhan Erpek**  
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Aydın

**Dr. Nil Çulhacı**  
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Aydın

**Dr. Hülya Eyigör**  
Devlet Hastanesi Kulak Burun Boğaz Kliniği, Aydın

steroid tedavisi, sigara kullanımı, larengofarengal reflü (LFR), travma ve kimyasal ya da termal yaralanmalar sıralanabilir.<sup>1</sup>

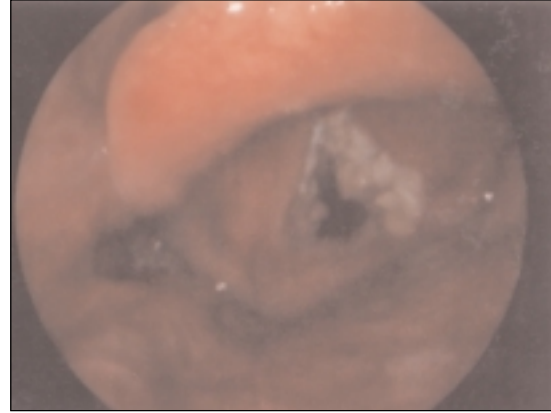
En yaygın semptomları ses kısıklığı ve yutma güçlüğü olan larengeal kandidiazisin tanısı biyopsi spesmeninin kültürü ve/veya histopatolojik incelenmesi ile konulmaktadır.<sup>3,4</sup> Erken tanı ve tedavi hastalığın kısa sürede kontrol altına alınmasını sağlar ve sistemik yayılımı önleyebilir.<sup>3</sup> Hastalığın tedavisinde ilk adım olarak predispozan faktörlerin ortadan kaldırılması, vokal hijyenin sağlanması, LFR tedavisi ve hidrasyonun artırılması önerilmektedir. Olguların çoğunda topikal nistatin uygulamasının yeterli olacağı bildirilmektedir.<sup>1</sup> Ancak immun yetmezliği olan hastalarda sistemik flukonazol, ketokonazol ve dirençli olgularda amfoterisin B tedavisinin verilmesi gerekebilir.<sup>2</sup> Kesin tanısı konmuş olgularda tedavi sırasında veya sonrasında ses terapisi de yararlıdır.<sup>1</sup>

Son yıllarda hem predispozan faktörlerdeki artış hem de tanı yöntemlerindeki gelişmelere bağlı olarak larenkste kandida yerleşimi ile ilgili olgu sayılarının sayısı giderek artmaktadır. Bu makalede izole larengeal kandidiazis tanısı almış bir olgumuz klinik ve histopatolojik özellikleri açısından sunulmuştur.

## Olgu

Yetmiş bir yaşında erkek hasta, 7-8 aydır süregelen ses kısıklığı, nefes darlığı öksürük yakınmasıyla polikliniğimize başvurdu. Zeka özürü ve sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan hasta, 50 yıldır günde 2-3 paket sigara içtiğini ifade ediyordu. Daha önce bir akciğer hastalığı nedeniyle düzensiz ilaç tedavisi kullandığını söylüyordu ancak kullandığı ilaçların adını bilmiyordu. Kulak Burun Boğaz muayenesinde oral kavite, orofarenks, nazal kavite ve kulaklar normaldi. İndirekt larengoskopide her iki vokal kordu tutan, sağda band ventriküle uzanan ülsero-vejetan görünümde bir kitle gözlemlendi. Videolarenostroboskopik (VLS) muayenesinde; sağ aritenoid vokal prosesinden başlayıp ventriküle doğru uzanım gösteren, anterior komissürden karşı vokal kordun 1/3 orta kısmına kadar uzanan

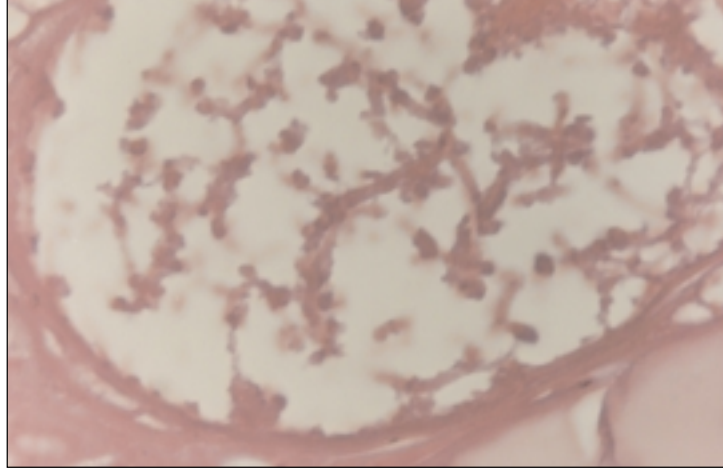
beyaz renkli, yüzeyden kabarık, karnabahar şeklinde lezyon izlendi. Bilateral vokal kord ve aritenoid hareketleri normaldi. Vokal kord mukozası lezyon nedeni ile görülemediğinden mukozal dalgalanma özellikleri değerlendirilemedi. Fonasyon esnasında da glottik inkomplet kapanma mevcuttu. Diğer larengeal anatomik yapılar normal olarak değerlendirildi (Resim 1). Boyun muayenesinde solda, jugulodigastrik bölgede 0.5x1 cm çapında, hareketli, orta sertlikte bir lenfadenopati ele geliyordu.



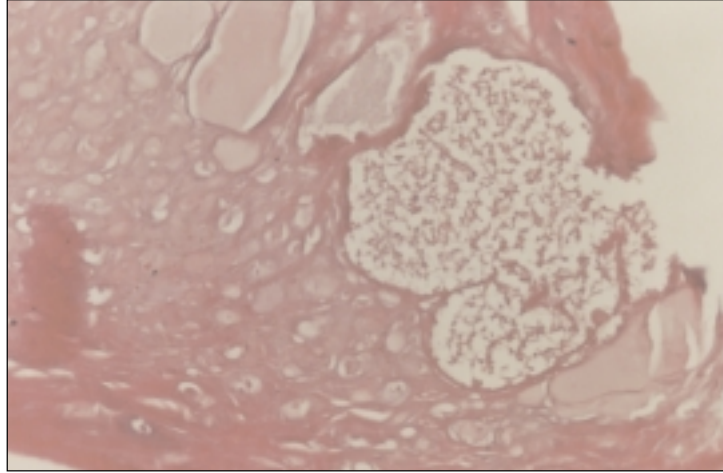
Resim 1. Olgunun videolarenostroboskopik görüntüsü.

Kan biyokimyası, tam kan tetkiki, HIV paneli ve hepatit marker sonuçları normaldi. Ön-arka akciğer grafisinde sol hilusta belirginleşme ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı bulguları saptandı. Toraksın bilgisayarlı tomografisinde (BT), kalpte sol atrial ve sol ventriküler genişleme rapor edildi. Larenks BT'sinde sağda glottik-subglottik kitle ve ön kommissür tutulumu rapor edildi. Ekokardiografide 1. derece mitral kapak yetmezliği ve 1-2. derece triküspit kapak yetmezliği bildirildi.

Genel anestezi altında direkt suspansiyon mikrolarenoskopisi ile vokal kord lezyonundan biyopsi alındı. Spesmenin histopatolojik incelemesi sonucu yüzeyde reaktif epitelyal değişikliklerin yanı sıra periyodik asit Schiff (PAS) boyası ile pozitif boyanan kandida ile uyumlu mantar formları rapor edildi (Resim 2 ve 3).



**Resim 2.** Kandida ile uyumlu mantar formları.



**Resim 3.** Spesmenin periyodik asit Schiff ile pozitif boyanan görüntüsü.

Tedavi için günde iki kez 200 mg'lık ketokonazol tablet başlandı. Tedavinin 3. haftasında yapılan fiber-optik larengoskopide bulguların, lenfadenopatinin tamamen gerilediği ve hastanın şikayetlerinin kaybolduğu görüldü. Ancak hasta daha sonraki takiplere gelmedi.

### **Tartışma**

Pulmoner ya da özofageal bir hastalık olmadan larenkste izole mukozal kandidiazis görülmesi na-

dir bir durumdur.<sup>2,5</sup> Literatürde larengeal kandidiazise en kapsamlı ilk yaklaşımlardan biri Tashian ve Peacock'a aittir.<sup>2</sup> Yazarlar "hastaların antibiyotik tedavisi almasının" larengeal kandidiazis olgularında en fazla karşılaştıkları predispozan faktör olduğunu bildirmişlerdir. Antibiyotik tedavisinin oral flora bakterilerini baskıladığı ve böylece maya gibi dirençli patojenlerin üreme tehlikesi oluşturduğu düşünülmektedir.<sup>2</sup> Çalışmalar, antibiyotiğe bağlı oral flora değişikliğinin ve bunu takip eden kandi-

da tehlikesinin lokal mukozal kandida membran hastalığı ve invaziv kandidiazisin her ikisi için de önemli bir predispozan faktör olduğunu göstermektedir.<sup>2</sup> İnhal steroidler 1951'den beri astım tedavisinde kullanılan yeri tartışılmaz ilaçlardır.<sup>6</sup> Yaygın olarak kullanıldığında görülen en önemli problem orofarengeal ve larengeal kandidiazistir. Ancak bu yan etki insidansı %0-91 gibi geniş bir açıda dağılmaktadır.<sup>6</sup> Babu ve Samuel 12 yaşında erkek bir hastada 3 yıl süreyle kullanılan inhale steroid tedavisinden sonra gelişen larengeal kandidiazis rapor etmişlerdir.<sup>6</sup>

Uzun süreli antibiyotik ve inhale steroid tedavisinin yanı sıra izole larengeal kandidiazis myeloproliferatif hastalık, diyabet, immün supresif ilaç kullanımı ile ilişkili olabilir.<sup>5</sup> Son yıllarda radyoterapi tekniklerindeki ilerlemeden dolayı sıklığı azalmakla birlikte radyoterapinin de larenkste invaziv kandidiazis gelişimine yol açabileceği bildirilmiştir.<sup>5</sup>

Sosyoekonomik düzeyi düşük, kimsesiz ve zeka özürü olan hastamızdan predispozan faktörlerin saptanması açısından güvenilir bilgiler alınamamıştır. Hastanın yapılan ayrıntılı fizik muayenesi ve tetkikleri immün yetmezlik ve diyabet gibi predispozan faktörleri dışlamıştır. Ancak uzun yıllar süren yoğun sigara içiciliği ve daha önce kullandığını söylediği ilaç tedavisi olası predispozan faktörler olarak düşünülebilir.

Larengeal kandidiazis semptomları hastanın yaşına ve klinik durumuna bağlıdır.<sup>2</sup> Tashjian ve Peacock'un çalışmasında da yetişkin hastalarda en sık görülen semptom boğuk ses şikayeti idi.<sup>2</sup> Lawson ve ark.'nın yayınladığı akut lösemili 3 hastada ortaya çıkan ilk semptom sesin boğuklaşmasıdır.<sup>7</sup> Bizim olgumuzu doktora getiren yakınma ses kısıklığı, nefes darlığı ve öksürük şikayeti idi. Çocuklarda ise larengeal ödeme bağlı olarak en sık görülen semptom inspiratuar stridor ve hava yolu obstrüksiyonudur.<sup>2</sup>

Son yıllarda hastalığın tanısı için yapılan biyopsinin vokal kordda skar oluşumuna ve bunun tedavide güçlüğe yol açabileceği görüşü öne çıkmıştır.<sup>1</sup> Bu nedenle böyle bir lezyonda biyopsiye karar vermeden önce kandidiazis şüphesi uyandırabilecek noktalar bir kez daha gözden geçirilmelidir. Lezyonun makroskopik görünümünde beyaz, gri, yeşil

psödomembran varlığı larengeal kandidiazisten şüphelenmemizi sağlayabilir.<sup>1,2</sup> Tipik olmamakla birlikte VLS olarak vokal kordlarda düzensizlik, katılık, mukozal dalganın olmaması ve inkomplet glottik kapanmanın görüldüğü bildirilmiştir.<sup>2</sup>

Hastalığın hızlı tanısı için dolaşımdaki kandida antijenlerinin saptanmasına yönelik bir çok yeni laboratuvar testleri geliştirilmiştir.<sup>8</sup> Eğer anamnez, muayene ve laboratuvar incelemeleri ile kandida yönünde kuvvetli bir şüphe uyanırsa kesin tanı için biyopsi yerine kültür ve/veya sitolojik taniya gidilmesi önerilmektedir.<sup>1</sup> Biyopsi ancak uygun tedaviye yanıt vermeyen ve malignite şüphesinin olduğu durumlarda uygulanmalıdır. Öykü, fizik muayene ve VLS görünümü nedeniyle başlangıçta larenks kanseri ön tanısı düşünülen olgumuza direkt larenoskopisi altında biyopsi yapılmıştır.

Larengeal kandidiazisin histopatolojik bulguları değişkendir.<sup>2</sup> Yüzeysel beyaz plak oluşumu, eritem, ödem, erozyon gözlenebilir. Mikroskopik olarak değişen oranlarda akut, kronik enflamasyon, mikroapse oluşumu, nekrotik debris, epitelde hiperplazi ya da ülserasyon, reaktif değişiklikler, psödohif veya maya formları gözlenebilir. Kronik formlarda granülom yapısı da izlenebilir.<sup>2</sup> Bizim olgumuzda larengeal ülserasyon ve psödomembran formasyonu birlikteydi. Maya formları mikroskopik olarak görüldü. Larenksin derin yapılarına bir invazyon olmadığı için olgu mukozal larengeal kandidiazis olarak kabul edildi.

Ketokonazol, oral nistatin, flukonazol ve amfoterisin B tedavide etkili bulunmuştur.<sup>2</sup> Hastamıza günde iki kez 200 mg ketokonazol başlandı. Rutin kontroller sırasında 3 hafta sonra semptom ve fizik muayene bulgularının kaybolduğu görüldü. Ketokonazol ile tedavi edilen immün supresif hastalarda oral kandidiazisin yalnızca %36'sının eradike edildiği rapor edilmiştir. Yine araştırmalara göre literatürdeki olguların hiçbirinde larengeal kandidiazis ölümüne neden olmamıştır.<sup>2</sup>

## Sonuç

Larengeal kandidiazis genellikle immün supresif tedavi alan hastalarda görüldüğü için semptomlar ayırıcı tanıda spesifik değildir. Bu nedenle direnç

gözlenen larenjit olgularında tanı için indirekt ya da direkt larengoskopiyle histopatolojik inceleme ve kültür çalışmak tanıda yardımcı olacaktır. En iyi tedavi yöntemi predispozan faktörlerin ortadan kaldırılmasıdır. Erken tanı ve tedavinin morbiditeyi sınırladığı ve sistemik yayılımı engelleyeceği unutulmamalıdır.

#### Kaynaklar

1. **Neuenschwander MC, Cooney A, Spiegel JR, Lyons KM, Sataloff RT.** Laryngeal candidiasis. *Ear Nose Throat J* 2001; 80: 138-9.
2. **Tashjian LS, Peacock JE Jr.** Laryngeal candidiasis. Report of seven cases and review of the literature. *Arch Otolaryngol* 1984; 110: 806-9.
3. **Alba D, Perna C, Molina F, Ortega L, Varquez JJ.** Isolated laryngeal candidiasis. Description of 2 cases and review of the literature. *Arch Bronconeumol* 1996; 32: 205-8 (Abstract).
4. **Wang JN, Liu CC, Huang TZ, Huang SS, Wu JM.** Laryngeal candidiasis in children. *Scand J Infect Dis* 1997; 29: 427-9.
5. **Hollis LJ, Montgomery PQ, Hern JD, Mahadeva U, Tolley NS.** Invasive candidiasis of a late presentation laryngeal chondroradionecrosis. *J Laryngol Otol* 1996; 110: 789-92.
6. **Babu S, Samuel P.** The effect of inhaled steroids on the upper respiratory tract. *J Laryngol Otol* 1988; 102: 592-4.
7. **Lawson R, Bodey G, Luna M.** Case report: candida infection presenting as laryngitis. *Am J Med Sci* 1980; 280: 173-7.
8. **Ganesan S, Harar RP, Dawkins RS, Prior AJ.** Invasive laryngeal candidiasis: a cause of stridor in the previously irradiated patient. *J Laryngol Otol* 1998; 112: 575-8.

İletişim Adresi: Dr. Kubilay K. Metin  
Kent Hastanesi 8229 Sokak No: 30  
Çiğli-İZMİR  
Tel: (0232) 386 70 70 / 1117  
(0232) 398 11 17  
Faks: (0232) 386 70 71  
e-posta: metinkk@hotmail.com