

Larinks Tüberkülozu

M. Kırış, A. Kutluhan, H. Çankaya, S. Uğraş, B. Özbay

Laryngeal Tuberculosis

Although laryngeal tuberculosis cases are decreasing in number the disease is still encountered with hoarseness and painful swallowing. Although it is associated with a complication of lung tuberculosis, sometimes it occurs without any complication. A differential diagnosis of the disease, which is sometimes encountered with diseases like laryngeal carcinoma and other granulomatous diseases, is important.

Key Words: Larynx, tuberculosis.

Özet

Larinks tüberkülozu giderek azalmakla birlikte halen görülme-ye devam eden bir hastalıktır. Ses kısıklığı yanında ağrılı yutma güçlüğü yakınması olan olgularda da düşünölmelidir. Genellikle akciğer tüberkülozunun bir komplikasyonu olmasına karşın, bazen tek başına da görölebilmektedir. Larinks karsinomu ve diğör granölatöz hastalıklar ile bu hastalığın ayırıcı tanısının yapılması önem arz etmektedir.

Anahtar Sözcükler: Larinks, tüberküloz.

Turk Arch Otolaryngol, 2002; 40(3): 225-229

Türk Otolarengoloji Arşivi, 2002; 40(3): 225-229

Giriş

Larinks tüberkülozu, larinkste granölatöz lezyon yapan hastalıklar içinde en sık göröleni olup, genellikle akciğer tüberkülozunun bir komplikasyonudur. Gelişmiş ölkelerde son derece nadir karşılaşılan larinks tüberkülozuna, ölkemiz gibi gelişmekte olan bölgelerde çok sık olmasa da rastlanılmaktadır. Klinik olarak bir tümörü veya kronik larenjiti taklit edebilen bu hastalığın, özellikle ses kısıklığının ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulması gerekir.

Tüberküloz hastalığının değışik formları olmasına rağmen, enfeksiyonun bulaşması genellikle açık kavemli akciğer tüberkülozu ve larinks tüberkülozu ile oluşmaktadır. Dolayısıyla larinks tüberkülozu; halen görölmeye devam etmesi, larinks hastalıkları içinde ayırıcı tanıda önemli bir yer tutması ve enfeksiyonun yayılması açısından da önemini koru-

Dr. Muzaffer Kırış, Dr. Ahmet Kutluhan, Dr. Hakan Çankaya
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı
Dr. Serdar Uğraş
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı
Dr. Bülent Özbay
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

maktadır. Kliniğimize ses kısıklığı ve ağrılı yutma güçlüğü yakınmaları ile başvuran ve larinks tüberkülozu tanısı konulan, takip ve tedavileri yapılan beş olgu nedeniyle larinks tüberkülozunu tekrar gündeme getirmek istedik.

Olgular

Beş olgunun geniş klinik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Olgularımızın 3'ü kadın 2'si erkek olup, yaşları 15 ile 53 arasında değişmektedir. Ortalama yaş 33'tür. Hemen hemen hepsinde ses kısıklığı ve ağrılı yutma güçlüğü şikayeti vardı. Bunun yanında bir olguda sistemik şikayetler de mevcuttu. Olguların şikayet süreleri 20 gün ile 3 ay arasında değişmekte olup ortalama 45 gündü. Ailede tüberküloz hikayesi üç olguda pozitif olup, bunlardan 4 ve 5 no'lu olgular aynı aile ortamında yaşamaktaydılar. İndirekt laringoskopi 5 olguya da yapıldı. Laringeal lezyon; 3 olguda interaritenoid bölgede, birinde

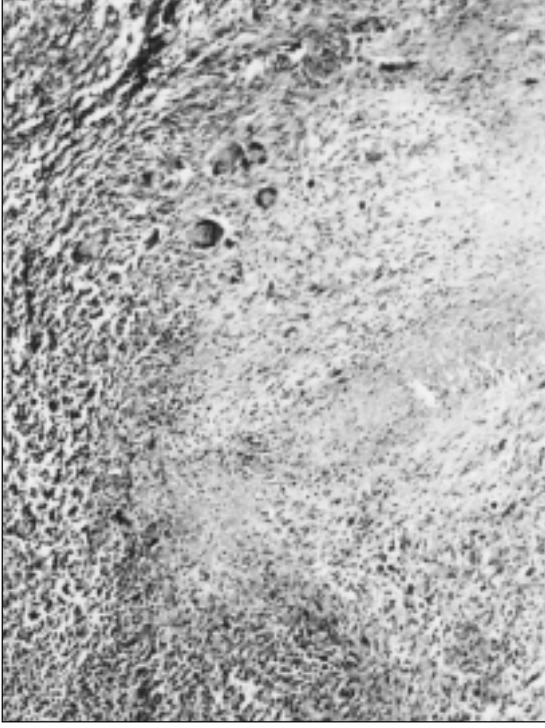
epiglot ve diğerinde ise sağ vokal kord üst yüzeyinde idi. İnteraritenoid bölgedeki lezyonlar papillomatöz, epiglot ve vokal korddakiler ise; ülsero-vegetan tipteydi. Olgularda laringeal biyopsiden önce; akciğer grafisi, tam kan sayımı, sedimantasyon, PPD ve 3 gün ardarda balgamda direkt ARB aranması çalışmalarıyla akciğer tüberkülozu araştırıldı. Bu incelemelerle tanı konulan üç vakaya antitüberkülo tedavi başlandı. Geri kalan iki vakada ise tanıya larinks biyopsisi ile gidildi (Resim 1 ve 2). Biyopsi alınan olgulardan birinde lezyon epiglotun laringeal yüzünde 6-7 mm çaplı ülserasyon, diğerinde ise sağ vokal kord üst yüzünde 3-4 mm vegetan kitle şeklindeydi. Antitüberkülo tedavi başlanan olgular aylık kontrollere alındı.

Tartışma

Son 50 yıldır dünyada tüberküloz ile savaş, kemoterapötiklerin kullanımı, tüberküloz kaynakları

Tablo 1. Olguların detaylı klinik özellikleri.

Olgu no	Yaş/ Cins	Şikayetler ve süre	Larinkste fizik bulgu	Sedim./ saat	PPD/ 72 saat	Akciğer grafisi	ARB/ balgam	Biyopsi	Tedavi	Sonuç
1 A.Y	15/K	Ağrılı yutma güçlüğü (1 ay)	İnteraritenoid bölgede mukozadan kabarık lezyon	72 mm	18 mm	Sağ apekte şüpheli infiltrasyon	(-)	Yok	Rifampisin İzoniazid Etambutol	2. hafta sonunda şikayetler kayboldu
2 V.S	35/E	Ses kısıklığı Ağrılı yutma güçlüğü (20 gün)	Epiglot laringeal yüzde ülsero-vegetan kitle	45 mm	19 mm	Normal	(-)	Langhans tipi dev hücre, kazeifikasyon nekrozu	Rifampisin İzoniazid Etambutol	1. ayda şikayetler, 2. ayda lezyon kayboldu
3 K.C	53/E	Ses kısıklığı Ağrılı yutma güçlüğü (1 ay)	Sağ vokal kord üzerinde 6-7 mm ülsero-vegetan kitle	40 mm	15 mm	Normal	(-)	Tbc ile uyumlu granüloamatöz iltihap	Rifampisin İzoniazid Etambutol	1.5 ayda şikayetler ve lezyon kayboldu
4 G.E	40/K	Ses kısıklığı Ağrılı yutma güçlüğü (2 ay)	İnteraritenoid bölgede papillomatöz kitle	60 mm	20 mm	Sağ akciğer orta bölgede kavernli lezyon	(+)	Yok	Rifampisin İzoniazid Etambutol	3. haftada şikayetler, 2. ayda larinks lezyonu kayboldu
5 H.E	45/K	Ses kısıklığı Ağrılı yutma güçlüğü (3 ay)	İnteraritenoid bölgede papillomatöz kitle	65 mm	22 mm	Sağ apekte kavernli lezyon	(+)	Yok	Rifampisin İzoniazid Etambutol	4. haftada şikayetler, 3. ayda larinks lezyonu kayboldu

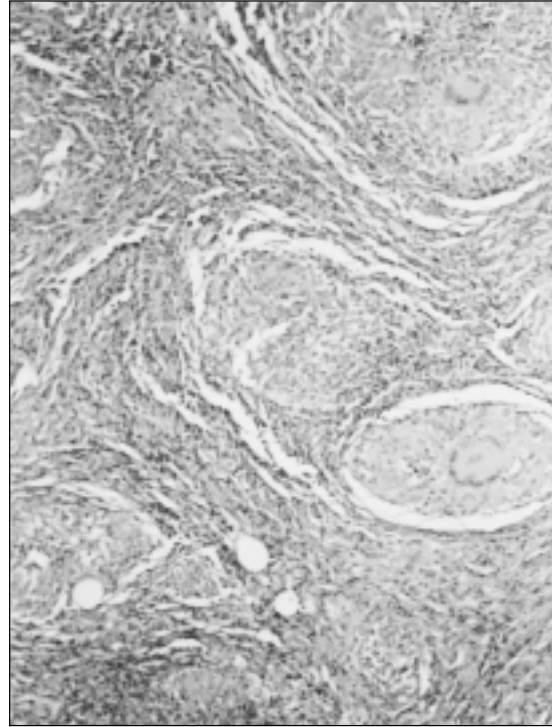


Resim 1. İki no'lu olgunun histopatolojisi; Langans tipi dev hücreler, epitelioid histiositler ve kazeifikasyon nekrozu (HE x10).

nın etkin kontrolü, daha iyi beslenme imkanlarının sağlanması, tanı ve tedavideki başarılarla kazanılma noktasına gelmiştir. Sonuçta gelişmiş ülkelerde larinks tüberkülozu insidansı oldukça düşmüştür.¹ Bununla birlikte günümüzde de tüberküloz, larinkste granülomatöz hastalık nedenleri arasında en sık görülenidir.²

Smallman³ 1976 ile 1986 arasında 6 vaka, Thaller ve ark.⁴ 20 yıllık dönemde 15 vaka bildirerek, larinksin granülomatöz hastalıklarının ayırıcı tanısında tüberkülozun ihmal edilebileceğinden bahsetmektedirler. Fakat gelişmekte olan ülkelerde insidans rakamları kısmen yüksek seyretmektedir.⁵ Nitekim kliniğimizde kısa sayılabilecek bir süre içinde 5 olgunun görülmüş olması da bunu destekler bir özellik göstermektedir. Bugüne kadar larinks tüberkülozu ile ilgili yayınlarda anamnezin önemli bir yeri olduğu vurgulanmıştır.⁶ Ses kısıklığı yakınması hemen her hastanın doktora başvuru nedeni olmuş-

tur.⁴⁻¹⁰ Ancak larinks tüberkülozunun; kronik larenjit ya da larinks karsinomundan ayrılmasında rol oynayan asıl şikayet ise ses kısıklığına eşlik eden ağrılı yutma güçlüğüdür.⁸ Olgularımızın dördünde ağrılı yutma güçlüğü anamnezi alınmıştır. Bunun yanında anamnezde ailede tüberküloz hikayesinin alınması da gereklidir.⁵ Nitekim bizim 4 olgumuzda ailede tüberküloz hikayesi mevcuttu.



Resim 2. Üç no'lu olgunun histopatolojisi; Langans tipi dev hücrelerden oluşan granülomların bir tanesinde kazeifikasyon nekrozu izlenmektedir (HE x10).

Klasik olarak ilerlemiş tüberkülozlu olgularda larinks lezyonları genellikle mukozada ülserasyon, kas ve kıkırdakta destrüksiyon ile birlikte belirgin ekzofitik lezyon şeklinde tanımlanmıştır.¹¹ Günümüzde ise, hastalığın erken döneminde hekime başvurulmasından dolayı, larinks lezyonları lokal bir tümör ya da hava yolunu tehdit etmeyen non-spesifik larenjit şeklinde görülmektedir.⁶ Daha önceki yayınlarda lezyonun yerleşim yeri, genellikle

interaritenoid bölge olarak bildirilmiştir.⁴ Bununla beraber; Bull,¹² Bailey ve ark.¹³ larinkste yerleşimin bir tarafa lokalize olmadığını, hatta kendi hasta gruplarında vokal kord tutulumunun en fazla olduğunu vurgulamışlardır. Olgularımızda interaritenoid bölge tutulumu fazla ise de vokal kord ve epiglot tutulumları da vardı. Tablo 1'de olguların klinik özellikleri topluca verilmiştir.

Larinks tüberkülozu genellikle akciğer tüberkülozunun bir komplikasyonudur. Özellikle hastalığın bulaşma ve yayılma riski de düşünülecek olursa histopatolojik incelemelerden önce tüberkülozun klinik ve laboratuvar bulgularının araştırılması uygun olacaktır.⁹ Çünkü akciğer tüberkülozundan ölen hastaların yapılan otopsi çalışmalarında Fetterolf¹⁴ %83, Auerbach¹⁵ %37.5, Soda¹⁶ %30 larinks tüberkülozu tesbit etmişlerdir. Ayrıca Beg¹⁷ rastgele seçmiş olduğu akciğer tüberkülozlu olguların %37'sinde larinks tüberkülozuna rastlamıştır. Biz de 3 olgumuzda klinik ve laboratuvar bulgularla aktivasyon gösteren akciğer tüberkülozu tespit ettik. Bu olgular hemen tedaviye alındılar. Ancak sistemik araştırmalar sonucu tüberküloz tanısı konulmamışsa larinks biyopsisinin yapılması gerekmektedir.^{4,11,19}

Günümüzde larinks tüberkülozunun ilerlemiş akciğer tüberkülozu ile beraber görülme oranı azalmış, larinks karsinomu ile karışma riski artmıştır.^{4,20} Hunter ve ark.,⁸ biyopsiden önce, larinks tüberkülozlu 10 olgunun 7'sinde karsinom olabileceğini düşünmüşlerdir. Üstelik larinks karsinomu sıklığının larinks tüberkülozuna göre 40 kat daha fazla olduğu bilinmektedir.⁹ Biz de olgularımızın ikisinde larinks tüberkülozu tanısını biyopsi ile elde edebildik. Hatta epiglot ve vokal kord tutulumu olan olgularda, lezyon ülseratif karakterli olduğundan larinks karsinomu düşünülmüştü. Thaller ve ark.,⁴ bu bölgelerdeki mukozanın perikondriyuma sıkıca yapışık olduğu için epiglot tüberkülozunun ülseratif karakterde olabileceğini vurgulamışlardır. Larinks tüberkülozunda medikal tedaviye yanıt kısa sürede alınmaktadır.⁸ Şayet 2-3 haftada hastanın şikayetlerinde bir iyileşme olmaz veya genel durumu kötüye giderse olgu tekrar ele alınmalı, karsinom ya da

granüloamatöz hastalık yönünden tekrar değerlendirilmeye tabi tutulmalıdır.^{1,20}

Sonuç olarak, özellikle gelişmekte olan ülkelerde, ses kısıklığı ve ağırlı yutma güçlüğü yakınması ile gelen bir hastada larinks tüberkülozu, larinks karsinomunun yanında ilk düşünülmesi gereken hastalıktır. Klinikopatolojik araştırmalarla larinks tüberkülozu tanısı konulursa medikal tedaviye cevap çok iyi olduğundan kısa sürede semptomlar düzelmektedir. Olgularımızda tedavi başladıktan sonra 2-4 haftada şikayetler ortadan kalktı, bir olguda 3, dört olguda ise 2 ay sonra laringeal lezyonlar kayboldu.

Kaynaklar

1. **Couldery AD.** Tuberculosis of the upper respiratory tract misdiagnosed as Wegener's granulomatosis- an important distinction. *J Laryngol Otol* 1990; 104(3): 255-8.
2. **Jones KR, Pillsbury III HC.** Infections and manifestations of systemic diseases of the larynx. *Otolaryngology- Head and Neck Surgery*'de, Ed. Cummings CW, Frederickson JM, Harker LA. 2. baskı. Cilt: 3. St Louis, Mosby Year Book, 1998; 1979-88.
3. **Smallman LA, Clark DR, Raine CH, Proops DW, Sheno PM.** The presentation of laryngeal tuberculosis. *Clin Otolaryngol* 1987; 12(3): 221-5.
4. **Thaller SR, Gross JR, Pilch BZ, Goodman ML.** Laryngeal tuberculosis as manifested in the decades 1963-1983. *Laryngoscope* 1987; 97(7 Pt 1): 848-50.
5. **Levenson MJ, Ingberman M, Grimes C, Robbett WF.** Laryngeal tuberculosis: review of twenty cases. *Laaryngoscope* 1984; 94(8): 1094-7.
6. **Öztürk A, Selimoğlu E, Ural T, Demirel M, Cantürk S, Parlak M.** Laryngeal tuberculosis. *Atatürk Üniversitesi Tıp Bülteni* 1991; 23: 157-60.
7. **Espinoza CG, Montano P, Saba SR.** Laryngeal tuberculosis. *Laryngoscope* 1981; 91(1): 110-3.
8. **Hunter AM, Millar JW, Wightman AJ, Horne NW.** The changing pattern of laryngeal tuberculosis. *J Laryngol Otol* 1981; 95(4): 393-8.
9. **Ömerci M, Çulha T, Balban U.** Differential diagnosis in the larynx tbc. and larynx ca. *S.S.Y.B. Bursa Devlet Hastanesi Tıp Bülteni* 1989; 5: 171-5.
10. **Travis LW, Hybels RL, Newman HM.** Tuberculosis of the larynx. *Laryngoscope* 1976; 86(4): 549-58.
11. **Koçoğlu F.** Tüberküloz. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 1992; 1: 216-8.
12. **Bull TR.** Tuberculosis of the larynx. *Br Med J* 1966; 2(520): 991-2.
13. **Bailey CM, Windle-Taylor PC.** Tuberculous laryngitis: a series of 37 patients. *Laryngoscope* 1981; 91(1): 93-100.
14. **Fetterolf FC.** Tuberculosis of the Upper Respiratory Tract. London, Staples Press Ltd., 1939.

15. **Auerbach O.** Laryngeal tuberculosis. *Arch Otolaryngol* 1946; 44: 191-201.
16. **Soda A, Rubio H, Salazar M, Ganem J, Belanga D, Sanchez A.** Tuberculosis of the larynx: clinical aspects in 19 patients. *Laryngoscope* 1989; 99(11): 1147-50.
17. **Beg MH, Marfani S.** The larynx in pulmonary tuberculosis. *J Laryngol Otol* 1985; 99(2): 201-3.
18. **Rohwedder JJ.** Upper respiratory tract tuberculosis. Sixteen cases in a general hospital. *Ann Intern Med* 1974; 80(6): 708-13.
19. **Held T, Rossler W, Reichelt A, Mielke M, Alexander M.** Tuberculose von Kehlkopf, Mundhöhle und Rachen. *Dtsch Med Wochenschr* 1991; 116(31-32): 1186-90.
20. **Özkul H, Gökler A, Gürzumar A, Şahin S, Doğan İ.** Larinks tüberkülozu. *Türk Arch Otolaryngol* 1989; 27(2): 123-4.

İletişim Adresi: Dr. Muzaffer Kırış
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi
KBB Anabilim Dalı
VAN
Tel: (0432) 216 83 49