

# Baş Boyun Bölgesinde Tüberküloz

Metin ÖNERCİ\*  
Ülkü BALBAN\*\*  
Tülay ÇULHA\*\*\*

## ÖZET

1983 ile 1987 yılları arasında servikal lenf nodları, larinks, parotis bezi, nazofarinks, orta kulak ve dil tüberkülozu nedeniyle tedavi edilen 42 hasta sunulmuştur. Larinks nodlarının kombine konservatif-cerrahi tedavisinin önemi vurgulanmıştır. Ayrıca orta kulak tüberkülozunun değişen klinik tablosuna kısaca değinilmiştir.

## SUMMARY

### Tuberculosis of Head and Neck Region

Between 1983 and 1987, 42 patients were treated with tuberculosis of the cervical lymph nodes, larynx, parotid gland, nasopharynx, middle ear and tongue. Clinical presentation and pathogenesis of laryngeal tuberculosis are discussed; the importance of combined conservative-surgical therapy of lymph nodes is stressed and changing clinical picture of middle ear tuberculousis is briefly outlined.

Son zamanlarda tüberküloz görülme sıklığında artma olması, aynı zamanda da yalnızca baş boyun bölgesinde tüberkülozun ortaya çıkışı ve klinik görünümünün farklılık göstermesi ve bazı olgularda akciğer tüberkülozuna rastlanmaması konunun önemini arttırmıştır. Bu nedenle kliniğimizde baş boyun bölgesinde tüberküloz saptanan hastalar incelenmiş, klinik bulgular, tanı yöntemleri, yayılma yolları tartışılmıştır.

## GEREÇ ve YÖNTEM

1983 ile 1987 yılları arasında baş boyun bölgesinde 42 hastaya tüberküloz tanısı konulmuş ve tedavi edilmiştir. Hastalara dörtlü antitüberküloz tedavi uygulanmış ve ayda bir kontrole çağırılmıştır.

\* SSK Hastanesi, KBB Uzmanı, Bursa

\*\* SSK Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Uzmanı, Bursa

\*\*\* SSK Hastanesi, Patoloji Uzmanı, Bursa.

## BULGULAR

Hastaların yaş ortalaması 37.59 olup, 25'i kadın (% 60), 17'si (% 40) erkektir. En küçüğü 15, en yaşlısı 62 yaşındadır. Servikal tüberküloz lenfadeniti olan yirmidokuz hastanın yaş ortalaması 35.55 olup 20'si kadın (% 69), 9'u (% 31) erkektir. Larinks tüberkülozu olan sekiz hastanın yaş ortalaması 41.87 olup, biri kadın (% 12.5) yedisi (% 87.5) erkektir. Larinks tüberkülozu olan hastaların hepsinde diğer hastaların ise ondördünde (% 41.17) iki ile otuz yıl arasında sigara alışkanlığı vardır.

Hastaların büyük çoğunluğunu servikal adenopatisi olan hastalar oluşturmuştur. Yirmidokuz hastanın (% 69) servikal lenf nodlarında, sekizinin (% 19) larinksinde, birinin dil sağ kenarında, birinin nazofarinksinde, birinin orta kulağında, ikisinin ise parotis bölgesinde tüberküloz saptanmıştır (Tablo: I).

Tablo: I  
Hastaların Lokalizasyona Göre Sınıflandırılması

Lokalizasyon	Adet	Yüzde
Lenf nodları	29	69,04
Larinks	8	19,05
Dil	1	2,38
Orta kulak	1	2,38
Nazofarinks	1	2,38
Parotis	2	4,77
T O P L A M	42	100,00

Boyunda adenopati nedeniyle görülen hastaların hepsinde öncelikle primer odak araştırılmış, bir hastada nazofarinkste tüberküloz saptanmış, lezyondan biyopsi yapılarak tanı konulmuştur. Larinks tüberkülozu saptanan hastaların beşinde larinks karsinomu ön tanısıyla biyopsi yapılmış, üç hastada ise akciğerlerinde belirgin tüberküloz bulgusu tesbit edildiği ve verilen tedavi ile lezyonun düzelmesi nedeniyle direk laringoskopi ve biyopsi yapılmamıştır.

Larinks tüberkülozu olan hastalar esas olarak ses kısıklığı şikayeti ile başvurmuşlar, dördünde (% 50) yutma güçlüğü, hepsinde kendilerinin sigara içmeye başladıkları produktif öksürük yakınmaları saptanmıştır. Servikal tüberküloz lenfadenit tanısı alan hastaların onüçünde (% 31) öksürük, balgam, gece terlemesi, iştahsızlık ve zayıflama yakınmaları mevcuttur.

Onüç hasta tüberküloz şüphesi ile bir başka hekim tarafından sevk edilmiş, diğer hastalar ya kendileri başvurmuş ya da primer olarak tüberküloz düşünülmüştür. Tüberküloz tanısı konulan hastaların birlikte yaşadığı kişiler incelendiğinde dört hasta yakınında o güne kadar bilinmeyen tüberküloz saptanmıştır.

Hastaların başvuru tarihlerine göre şikayetlerinin süresi incelendiğinde ortalama 3.5 ay olarak bulunmuştur. Bu süre servikal tüberküloz lenfadenitli hastalarda 2.5 ay, larinks tüberkülozu olan hastalarda ise 5 ay olarak bulunmuştur (Tablo: II).

Servikal tüberküloz lenfadeniti olan hastaların altısının akciğer grafisinde tüberküloz ile uyumlu görünüm saptanmış olup, dördünde fistül mevcuttur.

Tablo: II  
Hastaların Bulgularının Dökümü

	Boyunda Adenopati	Larinks	Nazo- farinks	Dil	Parotis	Orta Kulak
Şikayetin süresi	2,5 ay	5 ay	1 ay	2 ay	4 ay	12 yıl
Ortalama yaş	35,55	41,87	32,00	53,00	36,00	56,00
Seks Oranı (E/K)	2,2	7	K	K	1	K
Radyolojik olarak akciğer bulgusu olanların oranı (%)	20,70	62,50	0	0	0	0

Larinkste lezyonun yerleşim durumu incelendiğinde bir hastada vokal kordu, üç hastada ventriküler bandı, iki hastada posterier komissür ve ariteonidi tuttuğu görülmüştür. Larinks tüberkülozu olan hastaların beşinin akciğer grafilerinde aşikar tüberküloz bulguları, üçünün ise yalnızca larinks tüberkülozunu destekler primer kompleks sekel bulguları tesbit edilmiştir. Tüberkülostatik tedavi ile hastaların 1 ila 4 ay arasında larinksteki lezyonları tamamen düzelmiştir.

Nazofarinks tüberkülozu olan hasta bir aydır boyunda şişlik yakınması ile başvurmuş, nazofarinks Ca ön tanısı ile nazofarinksten biyopsi yapılmış, akciğer grafisi normal olarak değerlendirilmiş, biyopsi sonucunun tüberküloz olarak rapor edilmesi üzerine tüberkülostatik tedaviye başlanmış ve bir ay içinde lezyon tamamen ortadan kaybolmuştur.

Dil tüberkülozu saptanan hasta dilin sağ yarısında iki aydır iyileşmeyen yara yakınmasıyla başvurmuş, biyopsi ile tüberküloz tanısı konulmuş, akciğer grafisinde patoloji saptanmamıştır. Tedavi ile bir ay içinde lezyon kaybolmuştur.

Orta kulak tüberkülozu saptanan hastanın sol kulak zarı total perfore olup, orta kulakta soluk renkli polipoid granülasyon dokusu görülmüş, öyküsünden uzun zamandan beri zaman zaman sol kulağında ağrı ve akıntı olduğu, sol kulağının oldukça ağır işittiği öğrenilmiştir. Hastanın granülasyon dokusu alınarak patoloji laboratuvarına gönderilmiştir. Sonucun tüberküloz otitis media olarak rapor edilmesi üzerine çekilen akciğer grafisinde lezyon saptanmamış, yapılan pure ton odyogramında sol kulakta ileri derecede iletim tipi işitme kaybı saptanmıştır. Mastoid kemik grafilerinde mastoid kemik solda sklerotik olarak değerlendirilmiş, kemik harabiyetine ilişkin bir bulgu gözlenememiştir.

Hastaların hepsine hematolojik incelemeler yapılmıştır. Dokuz hastada % 9 ile 10 gr şeklinde hafif anemi gösteren hemoglobin değerleri bulunmuştur. Lökosit sayımı hastaların çoğunda normal sınırlar içindedir. Bir hastada lökopeni, üç hastada hafif lökositoz görülmüştür. Lökositler ile tüberkülozun derecesi arasında korelasyon kurulamamıştır. Hastaların hepsinin sedimantasyonu hızlanmıştır.

Tüberkülin deri testleri (Mantoux test) özellikle akciğer tüberkülozu saptanmayan ve primer organ tüberkülozu olarak kabul edilen olgulara uygulanmış ve bunların hepsinde PPD (5 ü) 10 mm den büyük olarak saptanmış ve tanıyı destekler bulunmuştur. Diğer tüm hastaların PPD testleri 5-22 mm arasında bulunmuş ancak diğer metodlar kadar tanıyı destekler mahiyette olmadıkları görülmüştür.

Servikal lenf nodu bulunan 29 hastanın 15 inde balgamda AARB direk ve teksif metodu ile aranmış, 14 hastada ise balgam çıkarmadıkları için aranmamıştır. 15 olgunun 3 ünde balgamda AARB direk pozitif bulunmuştur. Servikal lenf nodu fistülü olan olguların püy materyelinde adi kültürde üreme olmamış ve AARB negatif bulunmuştur. Larinks tüberkülozlu 5 olguda akciğer grafilerinin aktif tüberküloz göstermesi paralelinde balgamda AARB pozitif, diğerlerinde ise AARB negatif bulunmuştur. Diğer, akciğer grafisi normal olup da primer organ tüberkülozu olarak kabul edilen parotis, orta kulak, dil, nazofarinks tüberkülozlu hastalarda ise tanı yalnızca biyopsi ile konmuş, bunlarda PPD (5 ü) 10 mm den fazla tesbit edilmiştir. Hiçbir hastada doku kültürü, AARB kültürü ve kobay inokülasyonu yapılmamıştır (Tablo: III).

Larinks tüberkülozu düşünülen üç hasta dışında hastaların hepsine tanı histolojik inceleme ile konulmuş; sentral kazeifikasyon, epitelooid histiositler, fibroblast ve lenfositler ile Langhans dev hücreleri görülerek tanıya gidilmiştir.

**Tablo: III**  
**Tanı Koymada Uygulanan Yöntemler ve Sonuçları**

	Pozitif	Negatif	Yapılmayan
PPD (Tüberkülin testi)	32	10	0
Mikroskopik olarak balgamda asidorezistan bakteri görülmesi	8	15	19
Histolojik tanı	39	0	3

## TARTIŞMA

Sonuçlar incelendiğinde görüldüğü üzere baş boyun bölgesinde tüberküloz görülme sıklığı ihmal edilmeyecek düzeydedir. Bu nedenle ortaya çıkışı ve seyri normal olmayan, nonspesifik antibiyotik tedavisinden yeterince fayda görmeyen iltihabi hastalıklarda tüberküloz hatıra gelmelidir.

Son zamanlarda tüberkülozun klinik seyrinin değiştiği, bu nedenle tanı koymada güçlükler ortaya çıktığı belirtilmektedir<sup>1.2.3</sup>. Hastalarımızın genel olarak boynunda şişlik, ses kısıklığı, yutma güçlüğü, burun tıkanıklığı gibi şikayetlerle başvurmaları ve çoğunluğunda akciğer tüberkülozu semptomlarının olmaması, tüberkülozun atipik seyredebileceğini, başlangıç safhasında tanı koymanın kulak-burun-boğaz hekimine düşebileceğini, dolayısıyla ayrıncı tanıda tüberkülozun yer alması gerektiğini düşündürmektedir. Bu hastalarda her ne kadar tanıya direk götürmese de çekilecek bir akciğer grafisi hekimi yönlendirebilecektir.

Hastaların laboratuvar tetkiklerinde sedimentasyonda hızlanma ve bazı hastalarda hafif anemi dışında bulgular normal sınırlar içinde bulunmuştur. Tüberkülin deri testinin pozitif olması tanı koymak için yeterli değilse de, tanının desteklenmesinde payı olduğu kabul edilmelidir. Nitekim aktif akciğer tüberkülozu saptanmayan orta kulak, parotis ve dil tüberkülozu gibi akciğer tüberkülozundan sonra sekonder gelişmeyen, diğer bir deyişle basilin kontakt yolla mukozaya yerleştiğini düşündürmeyen olgularda PPD pozitifliğinin tanıyı destekler mahiyette olduğu kabul edil-

meli ise de, negatifliği tanıyı ekarte ettirmemektedir. Bakteriolojinin, diğer organizmalar sekonder enfeksiyona neden olabileceğinden veya tüberküloz diğer enfeksiyonlara sekonder olarak gelişebileceğinden çok güvenilir olmadığı belirtilmekte ise de<sup>4</sup>, tesbit edilebilen AARB pozitifliğinin önemi açıktır. Negatif bulunması ise tetkikin tekrarlanmasını ve tanı konuncaya kadar şüphenin sürdürülmesini gerektirmektedir. Nitekim patolojik olarak tüberküloz tanısı alan 15 tüberküloz lenf adenitli hastanın AARB aranmasında ancak 3 ünde AARB pozitif bulunmuş, 12 tanesi ise negatif kalmıştır. Negatif kalan bu hastalar tüberkülostatik tedavi ile iyi olmuşlardır. Fistülize lenf adenitli hastaların fistülden alınan püyenin direk veya teksif AARB sonuçları negatif bulunmuş ve adi kültürde de üreme olmamıştır. Bu durum nereden alınırsa alınır alınan püye materyalinde adi kültürde bakteri ürememesi halinde tüberkülozdan şüphelenilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Ayrıca AARB kültür süresinin 2 ay olması tanı ve tedaviyi geciktirebileceğinden patolojik tanının önemi ortaya çıkmaktadır. Histolojik incelemeye gönderilen materyelin doku kültürünün yapılması önerisi<sup>1</sup> bu nedenle pratik bir önem taşımamakta, ancak tüm tetkik metodlarının başarısız kaldığı olgularda doku kültürü denenebilir olup, INH + EMB ile tedaviden teşhise gidilmesi tedaviye geç kalmamak yönünden önerilebilir görülmektedir.

Bazı yazarlar tarafından son zamanlarda larinks tüberkülozunun pulmoner bulgular olmadan görülme sıklığında artma olduğu ifadesi<sup>5</sup>, larinks tüberkülozlu hastalarımızın beşinde akciğer patolojisi görülmesi nedeniyle organ tüberkülozu şeklinde larinks tüberkülozuna rastlanabileceğini desteklemekte, ancak Hunter'in<sup>6</sup> larinks tüberkülozunun yalnızca lenfo-hemotojen yayılım sonucu gelişen primer odaktan alevlenen tüberküloz şeklinde ortaya çıktığı ve kontakt yoldan basilin mukozaya yerleşmesinin önemli rol oynamadığı ifadesine ters düşmektedir. Endobronkial sekresyonlarda bol miktarda bulunan basil kronik olarak irrite olmuş larinks mukozasından invaze olabilmektedir. Bu durum, laringeal tüberkülozun daha çok sigara içenlerde görülmesi konusuna açıklık getirmektedir. Dil, nazofarinks ve orta kulak tüberkülozu saptanan hastaların hepsinin kadın olması, sigara içmemesi ve akciğer grafilerinin normal olarak değerlendirilmesi larinks dışındaki organ tutulumlarında lenfohematojen yayılımının etken olabileceğini düşündürmüştür.

Larinks tüberkülozu tanısı konulan hastaların diğer bir özelliği ise lezyonun klasik kitaplarda<sup>7-8</sup> belirtildiğinden farklı olarak, arka laringeal bölge yerine diğer larinks bölgelerinde görülmesi ve diffüz inflammatuar lezyonlar, büyük supraglottik kitleler ve nadir de olsa bu kitlelerin üzerinde ülserasyonlar gibi atipik görünümünün mevcut olmasıdır. Nitekim larinks tüberkülozlu sekiz hastanın beşinden larinks karsinomu ön tanısıyla biyopsi yapılmıştır. Larinks lezyonu olan hastalarda karsinom şüphesi varsa biyopsi yapılmalı, tüberküloz şüphesi olan hastalara ise hastalığın sağlam akciğer segmentlerine yayılımını önlemek için biyopsi ertelenmeli, uygulanacak tedaviye cevap alınmazsa biyopsi yapılmalıdır<sup>5-9</sup>. Biyopsilerin yeterli alınması dikkat edilmeli, gerektiğinde tekrarlanmalıdır.

Orta kulak tüberkülozu, kronik supuratif otitis medianın % 0.04 gibi çok küçük bir kısmını oluşturduğundan<sup>10</sup>, kültürlerde yalnızca negatif sonuçlara sıklıkla rastlandığından<sup>2-3</sup>, klinik bulgular son yıllarda değiştiğinden<sup>4</sup> tanıda zorluklar göstermektedir. Walmer'in belirttiği klasik tüberküloz otitis media multiple timpanik perforasyon, ağrısız otore, erken devrede ileri derecede iletim tipi işitme kaybı ve

kemik nekrozu şeklinde kendini gösterirken<sup>11</sup>, son zamanlarda multiple timpanik perforasyonların çok sık görülmeye başladığına da sık rastlanan bir bulgu olduğu belirtilmektedir<sup>4,8</sup>. Hastamızda da uzun zamandan beri zaman zaman ağrı yapan akıntı olması, kulak zarının total perfore görünümü orta kulaktaki polipoid dokunun tüberküloz şüphesi ile değil de rutin inceleme için patolojiye gönderilmesi bu görüşe uygunluk göstermektedir. Radyolojik ve bakteriyolojik incelemeler ile tanı konulamayan hastalarda biyopsi yapılmalıdır. Servikal lenf nodlarının tanı için veya tanının daha güvenli olması için çıkartılması ise hem hastalıklı dokunun çıkartılması hem de reaktif lenf nodu hastalıklarında rezidivleri engellemesi açısından sakınca oluşturmakta, aksine tedaviye yardımcı olmaktadır. Direk yayma ile basil görülemeyen veya kültürde üretilmeyen hastalarda Theissing ve Kley'in<sup>12</sup> belirttiği gibi basil görülmeye başladığında histolojik inceleme ile tanı konulabileceği görüşüne dayanılarak tüberküloz tedavisine başlanılmıştır.

### KAYNAKLAR

1. STRADING, G., DRAF, W. und SCHOOP, H.D.: Tuberkulose im Hals-Nasen-Ohrenbereich. HNO, 34: 66-70, 1986.
2. WINDLE-TAYLOR, P.C.W. and BAXILEY, C.M.: Tuberculous otitis media. Laryngoscope, 90: 1039-1044, 1980.
3. PLESTER, D., PULSALKOR, A. and STEINBACH, E.: Clinical Records: Middle Ear Tuberculosis. J. Laryngol. Otol., 94: 1415-1421, 1980.
4. YANIV, E.: Tuberculosis otitis media. Laryngoscope, 97: 1303-1306, 1982.
5. LEVENSON, M.J., INGERMAN, M. et al.: Laryngeal Tuberculosis. Laryngoscope, 94: 1094-1097, 1984.
6. HUNTER, A.M., MILLAR, J.W. and WIGHTMAN, A.J.: The changing pattern of laryngeal tuberculosis. J. Laryngol., Otol. 95: 393-398, 1981.
7. BALLENGER, J.J.: Diseases of the Nose, Throat and Ear. 12 th edit. Lea and Feabiger, Philadelphia, 1977, p. 419-423.
8. BALLANTYNE, J., GROVES, J.: Diseases of the Ear, Nose and Throat. Vol. 4, 3 rd edit., J.B. Lippincott, Philadelphia, 1971, p. 333-340.
9. YARNAL, J.R., GOLISH, J.S. and VAN DERKUYP, F.: Laryngeal tuberculosis presenting as carcinoma. Arch. Otolaryngol. 503-505, 1981.
10. JEANG, M.K. and FLETCHER, E.C.: Tuberculous otitis media. JAMA, 249: 2231-2232, 1983.
11. WALMER, L.J.: Tuberculous otitis media. Laryngoscope, 63: 1058-1077, 1953.
12. KLEY, W.: Die Epidemiologie der extrapulmonalen Tuberkulose. HNO, 34: 66-70, 1986.

Metin ÖNERCİ  
SSK Hastanesi KBB Uzmanı  
Çekirge-BURSA