

Ses Kısıklığının Gözardı Edilen Nedeni: Larinks Tüberkülozu

The Ignored Reason of Hoarseness: Larynx Tuberculosis

İclal HOCANLI¹ 

1 Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları, Şanlıurfa, Türkiye

Öz.

Günümüzde dünya nüfusunun üçte birinin tüberküloz basili ile enfekte olduğu tahmin edilmektedir. Her yıl yaklaşık sekiz milyon yeni tüberküloz hastalığı tanısı konurken, hastalığa bağlı olarak yılda 2 milyon ölüm meydana gelmektedir. Larengeal tüberküloz, tüm tüberküloz olgularının %1'inden azını temsil eder. Hastaların büyük bir kısmında tüberküloz öyküsü ya da aktif tüberküloz enfeksiyonu vardır. Hastalarda ortaya çıkan ilk belirtiler ağrılı disfaji ve ses kısıklığı olmakla birlikte kilo kaybı ve gece terlemesi gibi sistemik semptomlar da görülebilir. Günümüzde antitüberküloz ilaçların yaygın olarak kullanılması ile larinks tüberkülozu insidansı azalmıştır. Bu yazımızda, iki yıldır ses kısıklığı olan ve son dönemlerde nefes darlığı, kilo kaybı gibi şikayetlerin de ortaya çıkmasıyla larinks ve akciğer tüberkülozu tanısı konulan bir olguyu sunmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: Dispne, Ses Kısıklığı, Tüberküloz

Abstract

Today, it is estimated that one third of the world's population is infected with tuberculosis bacillus. While approximately eight million new tuberculosis diseases are diagnosed each year, 2 million deaths occur annually depending on the disease. Laryngeal tuberculosis represents less than 1% of all tuberculosis cases. The majority of patients have a history of tuberculosis or active tuberculosis infection. Although the first symptoms that occur in patients are painful dysphagia and hoarseness, systemic symptoms such as weight loss and night sweats may be seen. With the widespread use of antituberculous drugs, the incidence of laryngeal tuberculosis has decreased. Here we aim to present a case who has hoarseness for two years and has diagnosed with laryngeal and pulmonary tuberculosis with the recently emergence of complaints such as shortness of breath and weight loss.

Key words: Dyspnea, Hoarseness, Tuberculosis

Sorumlu Yazar / Corresponding Author

Dr. İclal HOCANLI
Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı,
Osmanbey Kampüsü
63000 Şanlıurfa
Tel: 05078528290
E mail: iclalhocanli2163@gmail.com

Geliş tarihi / Received:
02.03.2020

Kabul tarihi / Accepted:
02.04.2020

DOI: 10.35440/hutfd.696771

*Bu çalışma 13-17 Mart 2019
Antalya'da yapılan Ulusal Akciğer
Sağlığı Kongresinde Poster olarak
sunulmuştur*

Giriş

Günümüzde dünya nüfusunun üçte birinin tüberküloz (TB) basili ile enfekte olduğu tahmin edilmektedir. Her yıl yaklaşık sekiz milyon yeni tüberküloz hastalığı tanısı konurken, hastalığa bağlı olarak yılda 2 milyon ölüm meydana gelmektedir. (1). Tüberküloz, mycobacterium tuberculosis basili tarafından meydana gelen bir enfeksiyon hastalığıdır. Enfekte kişilerin havaya saçtıkları damlacıkların havada asılı kalarak hava yolu ile solunması sonucu sağlam kişiye bulaşır (2). En bulaştırıcı hastalar; balgam mikroskopisinde aside rezistan basil (ARB) pozitif olup, kaviteli akciğer ve larinks tüberkülozuna sahip kişilerdir.

Larinks tüberküloz (LTB), tüm tüberküloz olgularının %1'inden azını temsil eder (3). Yaygın kaviter akciğer TB gibi olgularda çok sayıda basilin varlığı, larinkste TB oluşmasının esas nedenidir. En sık semptom ses kısıklığı olmakla birlikte; kilo kaybı ve gece terlemesi gibi sistemik semptomlar da görülebilir.

On yedi yaşında kadın hasta, yaklaşık iki yıldır mevcut olan ses kısıklığı nedeniyle birçok merkezde tetkik edilmesine rağmen tanı konulamaması ve yaklaşık üç haftadır başlayan öksürük, balgam çıkarma ve nefes darlığı şikayetleri nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Yapılan tetkikler sonrası yayma pozitif akciğer ve larinks TB tanısı alan bu olguyu, ses kısıklığı varlığında larinks TB'nun da ön tanılarda düşünülmesi gerektiğini vurgulamak amacıyla sunmak istedik.

Olgu Sunumu

Onyediyedi yaşında kadın hasta, iki yıldır beridir devam eden ancak son üç ayda şiddetlenen ses kısıklığı şikayetleri ile daha önceden kulak burun boğaz (KBB), dahiliye ve göğüs hastalıkları polikliniklerine başvurmuş. Hastaya üst solunum yolu enfeksiyonu düşünülerek nonspesifik tedavi verilmiş, ancak hasta herhangi bir fayda görmemiş. Son üç aydır ses kısıklığındaki artışa ek olarak nefes darlığı, öksürük, sarı-yeşil renkte kokulu balgam atma (gün içinde bir çay bardağı kadar), gece terlemesi (günde iki kez kıyafet değiştiriyormuş) ve son altı ayda yaklaşık 7-8 kilo kaybı olması üzerine göğüs hastalıkları polikliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan değerlendirmesinde genel durumu orta, bilinci açık, oryante ve koopere idi, Arteriyel tansiyon: 110/70 mm Hg, kalp hızı: 113/dakika (dk.), oda havasında saturasyonu (SaO₂):%98, ateş:37.2 ve solunum sayısı:18/dk. olarak tespit edildi. Solunum sistemi muayenesi doğaldı. Aile çevresinde ve özgeçmişinde TB öyküsü yoktu. Sigara kullanımı hiç olmamış ancak pasif maruziyeti mevcuttu. Hastanın yapılan tetkiklerinde C-reaktif protein: 4,03 mg/dl, eritrosit sedimentasyon hızı: 46/saat dışında diğer biyokimyasal parametreler normal idi. Hastanın çekilen posteroanterior akciğer grafisinde her iki akciğerde dağınık yerleşimli konsolide alanlar ve sol akciğer üst zonda şüpheli kaviter lezyon mevcuttu (Şekil 1). Toraks Bilgisayarlı tomografisinde (BT) sol akciğer üst lobda apeksinde

12 mm çaplı spiküler uzanımlı nodüler alan, sol akciğer alt lobta 23 mm boyutunda ve sağ akciğer üst lobda 11 mm boyutunda kavitasyonlar tespit edildi (Şekil 2). Hastadan akciğer TB ön tanısı ile balgamda ARB ve polimeraz chain reaction (PCR) tetkikleri istendi. ARB (+2) saptandı. PCR'de Mycobacterium tuberculosis basili yüksek düzeyde görüldü ve ilaç duyarlılık testinde rifampisine duyarlı olduğu tespit edildi. Ses kısıklığı nedeniyle KBB kliniğine konsulte edilen hastanın yapılan üst solunum yolu muayenesinde her iki vokal kord hareketlerinin doğal olduğu, ancak vokal kordların özellikle 2/3 ön kısımda hiperemi ve ödem mevcut olduğu görüldü (Şekil 3). Yapılan tetkikler ve değerlendirme sonucunda hastaya akciğer ve larinks TB tanısı konuldu. Hasta izole tüberküloz odasına alınıp, vücut ağırlığına göre 4'lü antitüberküloz tedavisi başlandı.



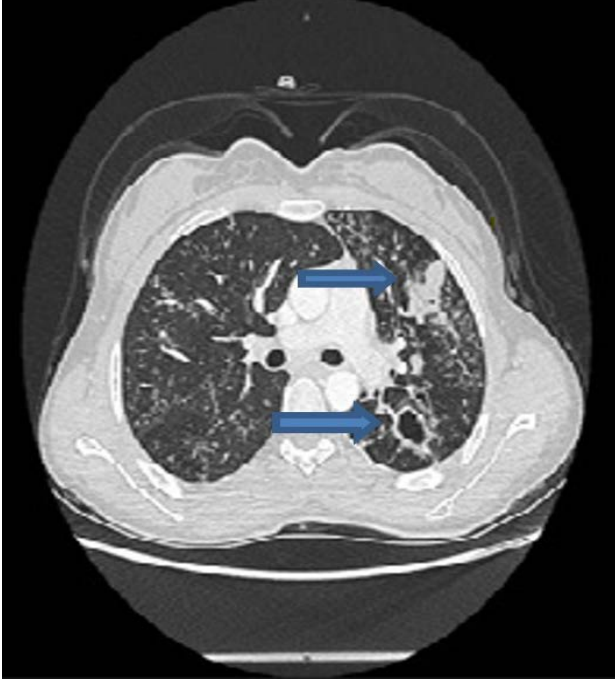
Şekil 1. Posteroanterior akciğer grafi: Sol akciğer alt zonda şüpheli kaviter görünüm

Tartışma

Günümüzde akciğer TB'li olgularda %1-5 oranında LTB'nin de olduğu tahmin edilmektedir (4,5). Semptomatik LTB insidansı düşüktür ve semptomlar genellikle risk faktörleri olan, özellikle de alkolizm öyküsü olup yoğun akciğer TB olan hastalarda ortaya çıkar. Hastaların büyük kısmında TB öyküsü ya da aktif TB enfeksiyonu vardır (6,7). Genellikle yayma pozitiflerdir. Hastaların çoğunda akciğer TB'nin radyolojik bulguları mevcuttur. Antitüberküloz ilaçların kullanılmasından bu yana, LTB insidansı azalmış ve stabil hale gelmiştir.

Geçmiş yıllarda LTB, genellikle sigara içen genç erkek hastalarda görülürken, yeni yayınlara göre hastaların çoğunun 5.-6. dekatta olduğu saptanmıştır. LTB'da erkek/kadın oranı birçok yayında 2:1, 3:1 olarak belirlenmiştir (8). Hastalarda ağırlı disfaji, ses kısıklığı kilo kaybı ve gece terle-

mesi gibi semptomlar görülebilir (4,9). Özellikle ses kısıklığı çoğunlukla mevcuttur ve bazen afoni ile sonuçlanabilir. Literatür verilerin aksine bizim olgu, pasif sigara maruziyeti olan on yedi yaşında genç kadın hasta idi. Uzun süredir ses kısıklığı ve son dönemlerde de nefes darlığı, kilo kaybı ve gece terlemesi gibi semptomlar mevcuttu.



Şekil 2. Toraks bilgisayarlı tomografi: sol akciğer alt lobda nodüler konsolide lezyonlar ve kaviter görünüm

Basillerin, endobronşial sekresyonlarla larinks mukozası üzerine direkt invazyonu ile bronkojenik yayılım ya da uzak organlara hematogenik yayılımla gittiği düşünülmektedir (10-12). Literatürde bronkojenik yolla yayılımın daha fazla olduğu vurgulanırken, Hunter ve ark. ise larinksin daha çok hematogen yolla tutulduğunu öne sürmektedirler (13). Akciğer tutulumu saptanmayan olgular, primer LTB olarak tanımlanmakta ve bu durum hematogen yayılıma bağlanmaktadır (14,15). Bizim olgumuzda balgamda ARB (+) bulunması ve akciğer grafisinde TB'ye ait lezyonların saptanması bronkojenik yayılımın olduğunu düşündürmektedir. Larinks tüberkülozunda, larinkste birçok bölge tutabilir. Vokal kordlar en sık etkilenen bölgedir (16,17). Laringoskopik muayenede tipik bir görüntü yoktur ve mukozal hiperemi, ödem, ülserler veya bazen obstrüksiyona bile yol açan kiteller şeklinde karşımıza çıkabilir (18). Tanısı histopatolojik inceleme ve balgamda TB basilinin tespit edilmesiyle konur. Larinks tüberkülozununun tedavisi, akciğer formunun tedavisi ile aynıdır ve genellikle sonuçlar başarılıdır (9,18). Bizim olgumuzun yapılan laringeal muayenesinde, vokal kordlarda yoğun ödem ve hiperemi mevcuttu. Tanı, balgam yaymasının pozitif ve PCR testinde yüksek düzeyde basil saptanmasıyla konuldu; patolojik incelemeye gerek duyulmadı. 4'lü antitüberküloz tedavi (izoniyazid, rifampisin,

etambutol ve pirazinamid) vücut ağırlığı hesaplanarak başlandı. Yapılan kontrollerde, üçüncü ayın sonunda hastanın şikayetleri kaybolmuş ve tekrar kilo almaya başlamıştı. Muayenede, vokal kordlardaki lezyon kaybolmuş, akciğerlerdeki radyolojik bulgular da gerilemişti.



Şekil 3. Laringoskopik inceleme: Hiperemik ve ödemli vokal kord görünümü

Sonuç olarak, tüberküloz gelişimi açısından yüksek insidansa sahip olan bölgelerde ses kısıklığı şikayeti olan hastalarda özellikle KBB ve göğüs hastalıkları hekimleri ayırıcı tanıda larinks tüberkülozunu mutlaka akla getirmelidirler.

Hasta onamı: Çalışma için hastadan yazılı onam alınmıştır.

Kaynaklar

1. Brahmer J, Sande MA. Tuberculosis. In: Wilson WR, Sande MA (eds). Current Diagnosis and Treatment in Infectious Diseases. New York: McGraw-Hill, 2001:644-52.
2. Rizzo PB, Da Mosto MC, Clari M, Scotton PG, Vaglia A, Marchiori C. Laryngeal tuberculosis: an often forgotten diagnosis. Int J Infect Dis 2003;7(2):129-31.
3. Bailleux S, Poissonnet G, Poudenx M, Ettore F, Dassonville O, Demard F. Laryngeal tuberculosis; report of a case. [Article in French] Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord) 2002;123(3):171-3.
4. Sharma SK, Mohan A. Extrapulmonary tuberculosis. Indian J Med Res 2004;120(4):316-53.
5. Moon WK, Han MH, Chang KH, Kim HJ, Im JG, Yeon KM, et al. Laryngeal tuberculosis: CT Findings. AJR 1996;166(2):445-9.
6. Erdem T, Miman MC, Gürses İ, Kızılay A, Karataş E, Türker G. Tüberküloz larenjitleri. KBB ve BBC Dergisi 2003;11(2):68-72
7. Unal M, Vayisoglu Y, Guner N, Karabacak T. Tuberculosis of the aryepiglottic fold and sinus pyriformis: a rare entity. Mt Sinai J Med 2006;73(5):806-9.
8. Nishiike S, Irifune M, Doi K, Sawada T, Kubo T. Laryngeal tuberculosis: a report of 15 cases. Ann Otol Rhinol Laryngol 2002;111(10): 916-8.

9. Rohwedder JY. Upper Respiratory Tract Tuberculosis. In: Schlossberg D, eds. Tuberculosis and Nontuberculous Mycobacterial Infections 4th ed. Saunders, Philadelphia; 1999:154-60
10. Levenson MJ, Ingerman M, Grimes C, Robbett WF. Laryngeal tuberculosis: review of twenty cases. Laryngoscope 1984;94(8):1094-7.
11. Pillsbury HC 3rd, Sasaki CT. Granulomatous diseases of the larynx. Otolaryngol Clin North Am 1982;15(3):539-51
12. Ramadan HH, Tarazi AE, Baroudy FM. Laryngeal tuberculosis: presentation of 16 cases and review of the literature. J Otolaryngol 1993;22(1):39-41
13. Hunter AM, Millar JW, Wightman AJ, Horne NW. The changing pattern of laryngeal tuberculosis. J Laryngol Otol 1981;95(4):393-8.
14. Fortun J, Sierra C, Rabosa E. Tuberculosis of the otorhinolaryngologic region: Laryngeal and extralaryngeal forms. Enferm Infec Microbiol Clin 1996;14(6):352-6.
15. Kendiloros DC, Nikolopoulos TP, Ferekidis EA. Laryngeal tuberculosis at the end of the 20th century. J Laryngol Otol 1997;111(7):619-21.
16. Rupa V, Bhanu TS. Laryngeal tuberculosis in the eighties—an Indian experience. J Laryngol Otol 1989;103(9):864-8.
17. Singh B, Balwally AN, Nash M, Har-EI G, Lucente FE. Laryngeal tuberculosis in HIV-infected patients: a difficult diagnosis. Laryngoscope 1996;106(10):1238-40.
18. Şakar A, Yorgancıoğlu A, Çelik P, Çelik O, Ünlü H, Ayhan H. ve ark. Farenks ve larenks tüberkülozu (iki olgu nedeniyle). Solunum 2002;4(1):51-5