

BAŞ — BOYUN BÖLGESİ ADENİT TÜBERKÜLOZLARI TEŞHİS ve TEDAVİ PRENSİPLERİ

*Dr. Ercihan Güney**

*Dr. Teoman Şeşen**

*Dr. Şinasi Yalçın***

*Dr. Gürhan Konakçı***

Key words : tuberculosis, cervical
Anahtar terimler : tüberküloz, boyun

Sistemik bir hastalık olan tüberkülozun lokal gösterilerinden olan servikal adenit tüberküloz ülkemizde hala önemini koruyan hastalıklardan biridir. Bu bildirimizde tanınması zaman zaman zorluk arzeden bu klinik antiteyi, kendi kliniğimizde servikal tüberküloz adenit tanısı konarak tedavi edilmiş hastalar ve literatür bilgisi ışığında hatırlamayı ve tartışmayı amaçladık.

Hippocrates'in notlarında scrofuladan bahsediliyor. Orta çağda batıda «Kral Derdi» (King's Evil) olarak kabul edilen ve kralların dokunuşu ile iyileştirilmeye çalışılan hastalık aynı oranda İslam Dünyası içinde sorundu ve 936 - 1013 yıllarında yaşayan Abu Kasım El Zeyrani scrofulanın cerrahi tedavisini tarifliyordu. 18.yy da yaşayan Jean Lugol da kendi adıyla anılan solüsyonla tüberküloz lenfadenitlerin tıbbi tedavisini yapmaya çalışıyordu⁴.

19. yy.da scrofula ile akciğer tüberkülozu arasındaki ilişki fark edilmeye başlamış, scrofulanın akciğer tüberkülozu olmayan çocuklarda oluşmadığı, tüberkülozlu sığırların sütüyle beslenen çocuklarda daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Tüberküloz basiliinin 1882 yılında Koch tarafından bulunmasından 20. yüzyıl başlarına kadar yapılan bakteriyolojik çalışmalarda M. tüberkülozis'in human ve bovin tiplerinin insanlarda hastalık oluşmasında sorumlu oldukları ve diğer mikobakteriumların saprotif olduğu kanısı yaygınlaşmıştır. Ancak püç ve cerrahi spesmenlerin rutin olarak kültürlerinin yapılmaya başlanması ve antitüberküloz ilaçlarla tüberkülozun gitkikçe sınırlandırılması diğer mikobakteriumların üzerine dikkatlerin toplanmasına sebep olmuş ve onlarında insanda patojen olduğu gösterilmiştir.

* Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı Doçenti

** Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

Mikobakteriumlar doğaya yayındırlar. Suda, toprakta, sütte (hatta pastörize sütte), ette, yumurtada, ev tozlarında, evcil ve vahşi hayvanlarda, izole edilmişlerdir. Tüberküloz basillerinin en önemli kaynağı özellikle solunum yollarında çok sayıda basil saçan insanlardır. İnsandan insana damlacıkla bulaşma, aile içi yayılmayı kolaylaştırır ve kontrolü güçleştirir. Veteriner hizmetlerinin iyi olmadığı memleketlerde ve dönemlerde tüberkülozlu sığırlardan sülle bulaşma büyük sorunlar doğurmuştur. Bu durum sütün iyi pastörize edilmesi ile önlenebilmiştir. Amerika Birleşik Devletlerinde tüberküloz lenfadenitlerin, servikal lenfadenitlerin % 5'ini oluşturduğu ve % 93 oranında zencilerde olduğu gösterilmiştir. Yine bu ülkede akciğer tüberkülozlarının % 68.7 sinin servikal bölgede olduğu gösterilmiştir⁴. Sağlık Bakanlığı istatistikleri sonucunda ülkemizde 1982 yılında tüberküloz insidansının % 0.06 olduğu anlaşılmıştır*. Günümüzde de bu insidansın çok az değiştiği kabul edilirse, kaba bir hesaplama ile ülkemizde servikal tüberküloz lenfadenit insidansının % 0.01 olduğu söylenebilir.

M. Tüberkülozis'in servikal lenf bezine ulaşması, genellikle basilin vücuda girerek akciğerde primer bir odağın oluşması ve bu sırada vücudunda dirençsiz olmasından faydalanarak lenfohematojen yayılma ile olur^{4, 5, 9}. Lenf bezlerine bu yolla ulaşan basiller hemen veya çok daha sonra, vücut zayıf düşüncede, lenfadenit oluşturabilir. M. tüberkülozis, tonsil veya oral mukozada oluşturacağı bir enteksiyon sonrası da asendan olarak lenfatik drenaj ile lenf bezlerine ulaşabilir². Ancak bu yolla yayılma nadirdir. Mikobakteriyel lenfadenit tanısı konması oldukça zordur. Tanı iyi alınmış bir anamnez, fizik muayene ile birlikte çeşitli laboratuvar incelemeleri gerektirir.

Servikal tüberküloz lenfadenit de rastlanan klinik bulgular Tablo I de özetlenmiştir. Bir hekim tarafından drene edilen veya kendi kendine drene olan tüberküloz lenfadenit de aylarca hatta yıllarca iyileşmeyen, sürekli akıntı ile etrafı kirleten fistüller oluşur. Hastalığın nüksü seyrek değişildir.

Tüberküloz lenfadenitte sedimantasyonda hafif yükselme ve periferik yaymada sola kayma olabilmektedir. Tek başına tanı koydurucu olmamaktadırlar.

Rutin olarak AC boyun grafileri çekilmelidir. Tüberküloz lenfadenitte akciğer grafisinde sıkça önceden geçirilmiş veya halen aktif durumdaki akciğer tüberkülozuna bağlı görünüm ve kalsifikasyonlara rastlanır. Tüberküloz basiliinden belli bir yöntemle saflaştırılmış protein türevi (Purified protein derivative = PPD) elde edilip bunun standart bir miktarı

* Samsun S.S.Y. Müdürlüğünden alınan bilgi

tüberküloz tanısında deri testi olarak kullanılmaktadır. PPD'nin yorumlanmasına girmeyeceğiz, ancak kabaca allerji olduğu şiddetli tüberküloz olguları, kızamık, Hodgkin, sarkoidosis vb. tabloları dışında tüberkülozlu bir kimsede standart PPD ile (PPD-S) deri testi yapılırsa 10 mm.den fazla endurasyon oluşur.

Tablo 1 : Servikal tbc lenfadenitin klinik bulguları

Yaş	Her yaşda olabilir ancak genç erişkinlerin ve ileri yaşların hastalığıdır.
Cins	Cinsiyet farkı yoktur.
Sosyo - Ekonomik Yapı	Tüm sınıflarda görülebilir ancak düşük-sosyo-ekonomik seviyeli bireylerde daha fazla görülmektedir.
Tbc Hikayesi	Sıktır.
Lokalizasyon	Sıkca bilateral supraklaviküler veya posterior ücgende multiple lenf bezlerinin tutulması şeklinde
Lokal Semptom Gelişmesi	Yok yada minimal Yavaş büyür, çok geç süpüre olur.
Cilt tutulması	Kural dışıdır.
Sistemik Bulgu	Genellikle geç terlemesi, kilo kaybı, iştahsızlık, öksürük vb. primer hastalığın bulguları vardır.
Görülme Sıklığı	Batı ülkelerinde az, ülkemizde sık

Apseden iğne ile aspire edilen yada drenaj sonucu elde edilen materyel, gastrik lavajdan, idrardan, fistülden veya cerrahi olarak çıkarılan kitleden yapılan yaymada aside rezistan basil (ARB) in görülmesi mikrobakteriyel enfeksiyon için tanı koydurucudur.

Pülden veya lezyondan alınan materyelde mikroorganizmanın üretilip gösterilmesi ile de kesin tanı konulabilir. Sistemki tüberkülozun araştırdığı durumlarda balgam ve idrar kültürleri tanıya gidilmesi için yardımcıdır, mikrobakteriumların bakteriyolojik özelliklerine yönelik çalışma yapılarak da etkenin M. tüberkülosis veya atipik mikobakterium olduğu söylenebilir. Çoğu kez mikobakteriumları üretmek her zaman mümkün olmamaktadır. Histolojik olarak «Tüberküloz lenfadenit» olarak rapor edilen spesmenlerden alınan kültürlerde ancak % 10-60 civarında üreme olduğu bildirilmiştir^{1,4}. Boyundan cerrahi olarak çıkarılan kitleden veya drene olmuş apse duvarından elde edilen biopsi materyelinin histopatolojik incelenmesi ile mikobakteriyel lenfadenitlerin kesin tanısı konulabilmektedir.

Histoplazmozis ve kedi tırmığı hastalığında da kazeifikasyon nekrozu oluşabileceği unutulmamalıdır. Görüldüğü gibi her hastada detaylı yapılmış klinik ve laboratuvar incelemelere rağmen mikobakteriyel lenfadenit tanısı konulması her zaman mümkün olmamaktadır. Tablo II de Tbc. lenfadenitlerde laboratuvar özellikleri görülmektedir. Cantrell ve arkadaşları Tablo III ce gösterilen kriterlerden 3 veya daha fazlasının bulunmasının tüberküloz lenfadenit tanısı için yeterli olduğunu bildirmişlerdir.

Tablo II : Tüberküloz lenfadenitlerde laboratuvar özellikler

Cilt Testi	PPD-S le kuvvetli pozitif reaksiyon
AC Gr. Tbc	Tbc ait bulgular sıkca olabilir
Boyun Gr.	Kalsifikasyon gözlenebilir.
Püye ve Diğer	Sıkca pozitif
Materyelerde ARB	
Hematolojik Tetkikler (Hb, BK, PY, Sedim vb.)	Nonspesifik değişiklikler ve normal bulgular
Kültür	Mikobakteri üretilip, tür tayini yapılması % 10 — 60
Histopatoloji	Kazeifikasyon nekrozu gösteren granüiom.

**Tablo III : Cantrell'e göre servikal tüberküloz lenfadenitte
tanı kriterleri**

1. Servikal kitle
2. PPD ile pozitif deri testi
3. Genellikle kazeifikasyonlu granülom gösteren tüberkülozla uyumlu patolojik görünüm.
4. Biopsi spesmenlerinde yada elde edilen diğer materyelerden (püye vb.) ARB gösterilmesi.
5. Biopsi spesmeninde yada elde edilen diğer materyellerden yapılan kültürlerde M. tüberkülozisin üretilmesi.
6. Kitlenin antitüberküloz tedaviye belirgin cevap vermesi.

Tüberküloz lenfadenitin ayırıcı tanısında başta AMCL (atipik mikobakteriyel servikal lenfadenit) olmak üzere primer veya metastatik neoplazmlar, konjenital boyun kitleleri, fungal enfeksiyonlar (aktinomikosis, histoplazmozis, koksidiomikosis) kedi tırmığı hastalığı, sarkoidosis, toksoplazmo-

zis ve diğer nonspesifik bakteriyel enfeksiyonlar göz önünde tutulmalıdır. Tuberküloz lenfadenit aslında sistemik bir hastalıktır ve tedavide antituberküloz ilaçların önemli bir yeri vardır, klasik ilaçlardan Streptomisin (20 mg/kg/gün, günde 1 gr'ı geçmeden), INH (5 mg/kg. gün,) PAS (200 mg/kg. gün), Thioacetezone (1.5 mg./kg. gün) ün değişik 3'lü, 4'lü kombinasyonları ile 12-18 aylık tedaviler yeterli olmaktadır. Modern antituberküloz ilaçlardan (Rifampisin 7 - 15 mg/kg. gün) birini kombinasyona katarak tedavi süresi 9-12 ay'a indirilebilir. Cerrahi eksizyon kitlenin büyük olduğu veya fluktasyon verdiği durumlarda yapılmalıdır. Çok büyümüş lenfadenitler genellikle küçülmemekte antituberküloz medikasyonla beraber uygulanacak cerrahi eksizyon ile bu vakalarda daha iyi neticeler alınmaktadır. Fluktasyon veren tuberküloz lenfadenitler mümkünse drene edilmeden cerrahi eksize edilmelidirler, kitlenin drene edildiği vakalarda antituberkuloz ilaçlara rağmen iyileşmeyen fistüller oluşmakta ve sıklıkla fistülün kalan kitle ile birlikte cerrahi eksizyonu gerekmektedir^{3,4, 7, 19, 12}

Materyel ve Metod

Bu çalışmada kliniğimizde 1980 Ocak 1984 Aralık tarihleri arasında mikobakteriyel lenfadenit tanısı almış 49 vaka gözden geçirilmiştir. Bu sayı mikobakteriyel lenfadenit kesin tanısı konarak tedavisi yapılmış olan hastalarımızı kapsamaktadır. Kesin tanı konulmamış tanısı kesinleşmiş ancak tedavisi yarım kalmış veya yeterli süre takip ve kontrol edilememiş hastalar bu çalışma kapsamına alınmamıştır.

Çalışma kapsamındaki 49 hastanın 28'i (% 57.1) kadın, 21'i (% 42.9) erkek, en küçüğü 2 en büyüğü 82 yaşında olup yaş ortalaması 33.7 olarak saptanmıştır. Kliniğimizde başvurmadan önce hastaların tamamı bir süre için spesifik veya non-spesifik antibakteriyel tedavi görmüştür. Şikayetinin başlangıcı ile kliniğimize müracaat arasında geçen süre en erken 10 gün, en geç 23 yıl olup hikayede Tbc düşündürecek yandaş şikayetlerin sadece 12 (24.4) hastada mevcut olduğu gözlenmiştir. Boyun kitleleri hastaların çoğunda tek taraflı ve birden fazla sayıda olmak üzere saptanmış, 7 hastada çift taraflı lokalizasyon, 2 hastada fistül formasyonu ve 5 hastada da fluktuan kitleler gözlenmiştir.

Akciğer grafilerinde Tbc ile uyumlu görünüm 12 hastamızda saptanmış olup PPD—S ile yapılan deri testleri 25 hastada (% 51.1) da pozitif olarak gözlenmiştir. ARB, 3 hastamızın balgamında müsbetken, sadece yine bu hastalarda balgam kültüründe mikobakteriyel üreme olmuş, tür tayini yapılamamıştır.

Klinik fistöllü, drene edilmiş veya cerrahi uygulanmış toplam 42 hastadan elde edilen örnekler ayrıca mikrobiyolojik incelemeye tabi tutulmuş olup bu hastaların sadece 6 sında (% 12.2) kültürlerinde mikobakterium üretebilmek mümkün olmuştur. Bunların hiçbirinde tür tayini yapılamadığı gibi ARB de gözlenmemiştir.

Bir vakada nazofarınxten, ikisinde apse duvarından, geri kalanlarda da kitlenin çıkartılması şeklinde olmak üzere toplam 42 hastamızda elde edilen spesmenler histopatolojik incelemeye tabi tutulmuş ve sonuçlar «kazeifikasyon nekrozu gösteren mikobakteriyel enfeksiyon» olarak rapor edilmiştir.

Hastalarımızın tamamına ATİ tedavisi uygulanmış genellikle IHN. Etambutol - Rifampisin'den oluşan kombinasyonlar 12 - 18 ay boyunca verilmişlerdir. Ototoksik ilaçlar göğüs hastalıkları uzmanları ile de ilişki kurularak mümkün olduğunca kullanılmamış, kullanılan ilaçların yan etkileri detaylı olarak hastalara anlatılmış tedavi süresince periyodik olarak karaciğer fonksiyon testi, CBC kontrolleri yapılmıştır. Hastalarımızdan sadece 9 una ATİ uygulanmışken, 2 si fistöllü 5'i fluktuasyon veren kitleleri olan 7 hastada tedaviye cerrahi ekzisyon ilave edilmiştir. Geriye kalan toplam 33 hastada uygulanan cerrahi ekzisyonlar ise ki en büyük kitlenin çıkartılması şeklinde olmuştur, tedaviden ziyade tanı desteklenmesi ve konulması amacıyla yapılmıştır. Cerrahi sonrası hastalarımızda yara iyileşmemesi, fistül, facial paralizi, keloid dokusu veya kötü skar dokusu oluşmamış, tedavi sonrası en uzun 30 ay en kısa 6 ay olmak üzere takip edilen hastalarımızın hepsinde uygulanan tedavi ile iyi sonuç alınmış ve hiçbirinde şimdilik nüks gözlenmemiştir.

Görüldüğü üzere servikal tüberküloz tanısı konularak tedavi ettiğimiz hastalarımızda tüberküloz tanısı konulmasında Cantrell ve arkadaşlarının⁴ öne sürdüğü kriterlerde göz önüne tutulmuş olup tanıda yardımcı bu kriterlere göre hastaların dağılımı Tablo IV de özetlenmiştir.

Tablo IV : Teşhis kriterlerinin hastalara göre dağılımı

Pozitif Hikaye Hasta Sayısı	Tbc Uyumlu Radyoloji	Pozitif PPD-5	ARB	Pozitif Kültür	Pozitif Histopatolojik Tanı	ATİ'ye Olumlu Cevap	Cerrahi + ATİ
12	12	25	3	9	41	42	7

Tartışma

Servikal tüberküloz lenfadenit izole, ayrı bir hastalık olmayıp sistemik bir hastalığın gösterilerinden birisidir^{3, 4, 7, 11}. Ülkemizde tüberküloz insi-

çlansının hala ciddiyetini koruduğu ve memleketimizde boyunda kitle yapan nedenler içinde tüberkülozun önemli bir yeri oduğu hatırlandığında konunun önemi açıktır^{5' 10' 12}. Özellikle genç erişkin yaş gruplarında sık rastlanmasına karşın her yaşta görülebilmesi unutulmaması gereken bir diğer husustur. Kendi vakalarımızın 4'ü 12 yaşın altında, 12'si 40 yaşın üzerinde bulunmuştur.

Tüberküloz lenfadenit tanısı konulması çoğu kez kolay olmamaktadır. Hikayede tüberkülozla ilgili bilgi olsun veya olmasın boyunda kitle şikayeti olan özellikle orta yaş gruplarındaki hastalarda PPD-S ile pozitif cevap alınması durumunda tüberkülozdan şüphelenmek tanı için atılmış önemli bir adım olacaktır. Hastalarımızda pozitif PPD-S testi oranı % 51'dir.

Elde edilebilecek çeşitli materyelerde ARB bakılması ve yine bu materyellerin mikrobiyolojik incelenmesi gerekli olmaktadır. Kesin tanı da önemli yöntemlerden biri olan kültür de mikobakterium tüberkülozisin gösterilmesi hem 6-8 hafta gibi uzun bir zaman almakta hem de pozitif netice alınması % 10 - 60 arasında kalmaktadır¹⁴. Kendi vakalarımızda ARB % 6,6 oranında saptanmış kültürde üremede % 12,3 civarında olmuştur. Görüldüğü gibi histopatolojik tanı ve bunun için biopsi materyeli alınması çoğu kez gerekli olmaktadır.

Birinci öncelikle adenopati dışında saptanmış ve primer odak olabileceği düşünülen dokudan alınmalıdır. Bizim bir vakamızda nazofarinxten yapılmıştır. Böyle bir durum yoksa veya primer olarak düşünülen lezyonun histopatolojik tanısı hadiseyi izah etmiyorsa ve tabii metastatik nedenlerde ekarte edilmişse kronik bir fistüle yol açılmaması için eksizyonel biopsi uygulanmalı ve mevcut adenopatilerden en büyüğü çıkarılmalıdır. En büyüğü diyoruz çünkü, ilk dönemlerde lenf bezlerinde gelişen hadise hafif bir reaktif hiperplazi olabilmektedir ki bu tanı konulmasında yanılgılara yol açabilmektedir¹⁵. Diğer taraftan kendi kanaatimize göre büyük adenopatilerin çıkarılması tedaviyi de olumlu yönde etkilemektedir. Histopatolojik tanıda negatif bulgular yanında kendi tırmızı hastalığı histoplazmozis gibi hastalarında lenf bezlerinde kazeifikasyon nekrozu ile seyrettiği hatırlanacak olursa servikal tüberküloz tanısı konmasında genel bilgiler ve materyel metod kısmında belirttiğimiz tüm incelemelerin yapılması Tablo III. de gösterilen Cantrell ve arkadaşları 4 tarafından ileri sürülen teşhis kriterleri de dikkate alınarak karar verilmesinin en uygun yöntem olacağı kanaatindeyiz.

Sistemik bir hastalık olarak kabul edilmesi gereken servikal adenit tüberkülozun şüphesiz asıl tedavisi antitüberküloz ilaçlardır. Cerrahi, kronik fistülize, fluktuasyon veren ve büyük hacimlerdeki adenopatilerde uygulanmalı ve total ekisyon şeklinde olmalıdır.

Özet

Bu çalışma kliniğimizde 1980 - 1984 yılları arasında tan ve tedavileri yapılan 49 servikal tüberkulos lenfadenit olgusunun detaylı bir incelemesini ve insidans, patogenezi ve klinik tablolarının tartışmasını ve güncel literatürle karşılaştırmasını içermektedir.

SUMMARY

This presentation consists of a detail analysis of 49 cases, and a discussion of the incidence, pathogenesis and clinical presentation of servical tuberculosis lymphadenitis and a comparison with recent literature that have been diagnosed and treated between 1980 - 1984 in our clinics.

KAYNAKLAR

- 1 — Appling, D. and Miller, R.H. Mycobacterial cervical lymphadenopathy. Laryngoscope, 91:1259, 1981.
- 2 — Batsakis, J. Non-neoplastic diseases of the Salivary glands, In: Tumors of the Head and Neck (2 nd. ed) J.G. Batsakis (Ed.) Williams and Wilkins Company Baltimore, M.D, 1974.
- 3 — Campbell, I.A. and Dyson, A.J.: Lymph Node Tuberculosis: A Comparison of various methods of treatment, Tubercule, 58:171, 1977.
- 4 — Cantrell, R.W. Jensen, J.H and Reid, D. Diagnosis and management of tuberculous cervical adenitis, Arch. Otolaryngol. 101:53, 1975.
- 5 — Güney, E., Şeşen, T., Tanyeri, Y., Yalçın, Ş.: Boyundaki kitlelerde etyopatogenezi üzerine yapılan bir inceleme. XVIII. Türk Ulusal Otolaringoloji Kongresi tebliği, Adana, 1983.
- 6 — Higgins, C., Katz, S., And Miller, I.: Nonpulmonary tuberculosis. Arch. Surg. 90: 736, 1965.
- 7 — Kent, D.C.: Tuberculous Lymphadenitis: Not a localized disease process. Am. J. Med. Sci. 254:866, 1967.
- 8 — Schless, J.M. And Wies, J.A.: The Current status and treatment of lymphatic tuberculosis. Am. Rev. Tuberc. 76:811, 1957.
- 9 — Stead, W.W Pathogenesis of the sporadic case of tuberculosis N. Engl. J. Med. 277:1008, 1967.
- 10 — Şanlı, A. Müderris. S. Almaç. A.: Kliniğimizde 1978 - 1981 yılları arasında yapılan boyun bölgesi biopsilerinin değerlendirilmesi. Türk Oto-Rino Laringoloji derneği XVI. Milli Kongre tutanakları, Hilal Mats. Koll. Şti. İstanbul - 1983.
- 11 — Wong, M.I. and Jafek, B.W. Cervical Mycobacterial disease. Trans. Am. Acad. Ophthalmol. Otolaryngol. 78: ORL 75-1974.

