

## Supraglottik Larinks Kanserini Taklit Eden Larinks Tüberkülozu: Olgu Sunumu

Laryngeal Tuberculosis Mimicking Supraglottic Laryngeal Cancer: A Case Report  
Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları

Başvuru: 08.02.2013  
Kabul: 04.03.2013  
Yayın: 14.03.2013

Volkan Bilge Yiğit<sup>1</sup>, Cenk Evren<sup>2</sup>, Fikret Çınar<sup>1</sup>, Yalçın Özdemir<sup>1</sup>, Sibel Bektaş<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı

<sup>2</sup> Medilife Beylikdüzü Cerrahi Tıp Merkezi

<sup>3</sup> Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

### Özet

Laringeal tüberküloz, larinksin en sık granümatöz enflamasyonudur. Günümüzde tüberkülozun laringeal tutulumu tüm tüberküloz olgularının %1'inden daha azdır. Vakamızda ağırlı yutma, seste boğukluk şikâyeti olan hastanın larinks muayenesinde epiglottu tamamen destrükteydi. Larinks karsinomu ön tanısı ile yapılan biyopsi sonucunda granümatöz reaksiyon tespit edilen hastanın balgamında aside dirençli basil bulunması sonucu larinks tüberkülozu tanısı kondu. Sonuç olarak laringeal kitlelerin ayırıcı tanısında mutlaka tüberkülozda akılda tutulmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Larinks, Tüberküloz Akciğer

### Abstract

Laryngeal tuberculosis is the most common granulomatous inflammatory disease of the larynx. Today, laryngeal tuberculosis constitutes fewer than 1% of all cases with tuberculosis. In our case, laryngeal examination of a patient who presented with painful swallowing and hollowness in the voice, showed complete destruction of the epiglottis. A biopsy was initially suspicious for carcinoma of the larynx. The additional detection of a granulomatous reaction with the presence of acid fast bacilli in the sputum of the patient led to a diagnosis of laryngeal tuberculosis. This case study illustrates that tuberculosis should be considered in the differential diagnosis of laryngeal masses.

**Keywords:** Larynx, Tuberculosis Lung

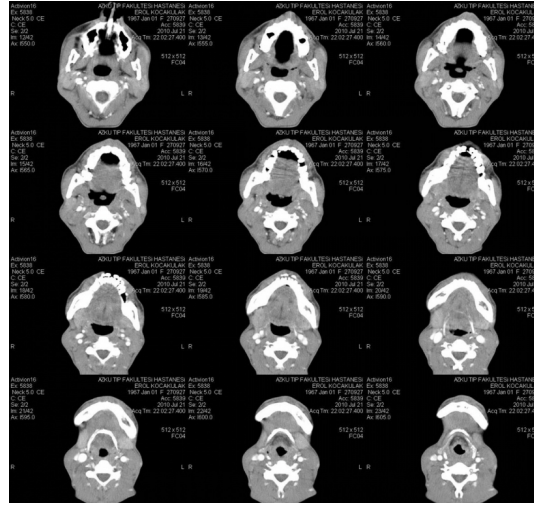
### Giriş

Ülkemizde ve dünyada tüberküloz (tb), modern kemoterapi olanaklarına bağlı azalmakla beraber halen önemli bir sağlık sorunudur. Laringeal tüberküloz (LTB) hem laringeal lezyonun görünüşü hem de klinik seyri açısından sıklıkla malign hastalıklarla karışabilir<sup>1</sup>. Bu makalede, 45 yaşında yaklaşık 2 aydır ses kısıklığı olan, larinks muayenesinde epiglottu tamamen destrükte eden ülsere kitleli erkek hasta literatür bilgisi ile sunuldu.

### Olgu Sunumu

İki aydır gittikçe artan ağırlı yutma, seste boğukluk şikâyeti olan 45 yaşındaki erkek hasta polikliniğimize başvurdu. Bunlara ek olarak yeni başlayan sıvı gıda içerken öksürük problemi vardı. Son aylarda kilo kaybı şikâyeti de olan hastanın hemoptizisi, göğüs ağrısı, gece terlemesi yoktu. 22 yıldır günde 1 paket sigara anamnezi mevcuttu. Aile çevresinde ve öz geçmişinde tb öyküsü yoktu. Yapılan fiberoptik nazofaringolarinoskopide epiglottu tamamen dejenere eden, dil köküne uzanan ülsere lezyon izlendi. Vokal kord hareketleri doğaldı. Laringeal muayene sonucu ön tanı olarak supraglottik yerleşimli larinks kanseri düşünüldü. Yapılan larinks

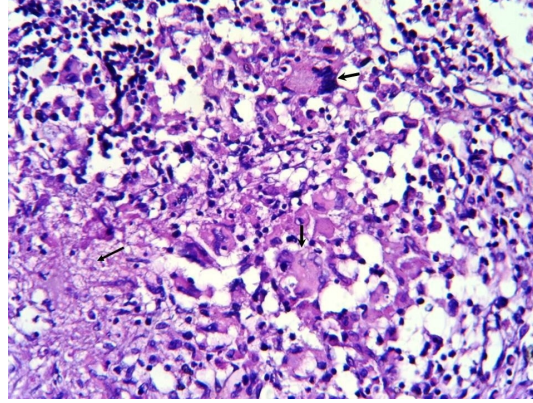
bilgisayarlı tomografisinde epiglot tamamen deforme olarak izlendi. (Şekil 1) Total kan sayımı, biyokimyasal parametreleri, tüm serolojik testleri doğaldı. Eritrosit sedimentasyon hızı 47 mm/saat olarak ölçüldü. Diğer KBB muayenesi doğaldı.



**Şekil 1 :** Seri çekimlerde laringeal yapılar.(Beyaz ok: Epiglot tamamen destrükte) kontrolde şikâyetleri gerilemişti.

Akciğer x-ray grafisinde akciğerde yaygın kaviter lezyonlar izlendi. Genel anestezi altında süspansiyon mikrolaringoskopi eşliğinde biyopsi alındı. Doku parçalarının hematoksilin-eozin (H-E) kesitlerinin histopatolojik değerlendirmesinde; yer yer küçük koagülasyon nekrozu alanlarının eşlik ettiği multinükleer dev hücreler, epiteloid histiyositler, plazma hücreleri ve lenfositler içeren kronik tipte iltihabi hücre reaksiyonu izlendi. Bazı alanlarda Langhans tipi multinükleer dev hücreler ve epiteloid histiyositlerin oluşturduğu granülom yapıları dikkat çekiciydi (Şekil 2). Uygulanan PAS (periodic acid-Schiff), retikülin ve Ziehl-Neelsen histokimyasal boyamalar ile mikroorganizma yönünde bulgu gözlenmedi. Olgu granümatöz reaksiyon olarak rapor edildi.

Patolojik ve klinik veriler ışığında alınan balgam örneklerinde aside dirençli basil gözlemlendi. Hastaya akciğer ve larinks tb tanısı konuldu. Medikal tedavide izoniazid 300 mg/gün, rifampisin 600 mg/gün, prizinamid 2 gr/gün, ethambutol 1,5 gr/gün başlandı. Yapılan üçüncü ay takibinde hasta asemptomatikti. Tekrar kilo almaya başlamıştı. İndirekt laringoskopisinde larinkste ülser lezyon kaybolmuş, akciğerde radyolojik bulguları gerilemişti. Tedavi 6. aya tamamlandı. Hasta hala takibimiz altındadır.



**Şekil 2 :** Langhans tipi multinükleer dev hücreler (kalın oklar), epitelioid histiyositler ve kronik tipde iltihabi hücrelerin oluşturduğu granülom yapıları komşuluğunda nekroz (ince ok) alanının görünümü (H-E, x400).

## Tartışma ve Sonuç

Günümüzde dünya nüfusunun 1/3'ünün tb basili ile infekte olduğu tahmin edilmektedir. Her yıl yaklaşık sekiz milyon yeni tb hastalığı tanısı konurken hastalık her yıl yaklaşık 2 milyon kişinin ölümüne neden olmaktadır<sup>2</sup>. Ekstrapulmoner tb aktif tb'nin %20'sini oluşturmaktadır. Ölüm ve hastalığın görülme oranının artışı erken tanı koymada gecikme, etkili tedavinin planlanması ve uygulanmasında başarısızlıktan kaynaklanmaktadır.

LTB larinksin en sık granülatöz hastalığıdır ve sıklıkla akciğer tüberkülozuna eşlik eder<sup>3-6</sup>. 20 yüzyıl başlarında tüm hastaların % 25-30'unda gözükmekteyken günümüzde %1'den az gözükmektedir<sup>7-11</sup>. Sistemik semptomları nadirdir<sup>4,8,10,12</sup>. En sık görülme yaşını Thaller<sup>13</sup> ve Hunter<sup>4</sup> 40-60 yaş arası olarak bildirmişlerdir. Erdem ve ark. çalışmalarında da ortalama görülme yaşı 42,8 olarak bildirilmiştir<sup>14</sup>. Nishiike ve ark. çalışmalarında erkek/kadın oranını 2,75/1 olarak bildirmişlerdir<sup>15</sup>.

En sık rastlanan bulgusu ses kısıklığıdır<sup>15,16,17</sup>. Diğer semptomlar disfaji, odinofaji, stridor, öksürük ve hemoptizidir<sup>7,18</sup>. Bizim vakamızda da hastamız odinofaji ve seste boğukluk şikâyeti ile kliniğimize başvurmuştur. Epiglotun tamamen destrükte olması nedeniyle sıvı gıdalarda aspirasyon problemi de bulunmaktadır.

LTB'de indirekt laringoskopik bulgular 4 tipe ayrılabilir. Bunlar ülserofungatif, beyazımsı ülseratif, polipoid ve non-spesifik inflamatuvar lezyondur<sup>19</sup>. Shin ve ark. LTB vakalarında lezyonları %40,9 ülseratif, %27,3 non-spesifik inflamatuvar, %22,7 polipoid ve % 9,1 ülserofungatif olarak tespit etmişlerdir<sup>19</sup>. LTB larinkste birçok bölgeyi tutabilir. Vokal kordlar en sık etkilenen bölgedir<sup>20-23</sup>. Bunu epiglot, bant ventiküller, arytenoid, posteior komissür, subglottik bölge izler<sup>8,19,24</sup>. Ramadan ve ark vokal kordda %56, epiglot hariç supraglottik bölgede %38, epiglotta %31 tutulum bildirmişlerdir<sup>16</sup>. Uçar ve ark ise %54 vokal kord, %45 epiglot, %18 arytenoid tutulumu bildirmişlerdir<sup>25</sup>. Bizim vakamızda da literatürle uyumlu olarak epiglot tamamen ülseratif görünümdeydi. Ülserler dil köküne doğru uzanmaktaydı.

Smulders ve ark. yayınladıkları vaka sunumunda 50 yaşındaki erkek hastada 2 aydır disfoni, odinofaji ve disfaji mevcuttu. Yapılan incelemesinde sağ bant ventikülden epiglota uzanan ülser kitle supraglottik ca olarak değerlendirilmiş, biopsi sonucunda nekrotizan granülatöz reaksiyon vermesi, daha sonra alınan balgam örneklerinde aside dirençli basil bulunması üzerine LTB tanısı konmuştur<sup>1</sup>.

Yayımlı yolu olarak 2 teori vardır. Bunlardan ilki bronkojenik teoridir. LTB akciğer tb ile %71-100 oranında

birliktedir<sup>21,26,27,28</sup>. Burada hastalık endobronşial yoldan direkt yayılmaktadır. Endobronşial sekresyonlardaki çok sayıda basilin larinks mukozası üzerine direkt invazyonu vardır<sup>3,29</sup>. Diğeri hematojenöz teoridir. Burada basilin kan yoluyla uzak organlara gittiği düşünölmektedir<sup>16</sup>. Literatürde yayılımın en çok bronkojenik yolla olduğu bildirilmiştir. Hunter larinksin hava yollarından direkt yayılımından çok hematogen yolla tutulduğunu öne sürmektedir<sup>4</sup>. Akciğer tutulumu saptanmayan olgular primer LTB olarak tanımlanmakta ve hematojen yayılıma bağlanmaktadır<sup>26,28,30</sup>. Bizim vakamızda hastanın balgamında aside dirençli basil bulunması, akciğer grafisinde akciğer tb ye ait lezyonlar izlenmesi bronkojenik yayılımı düşöndürtmektedir.

LTB tanısındaki en önemli sorun malign hastalıklar ile kolaylıkla karışabilmesidir<sup>5,31,32,33</sup>. Ayırıcı tanıda kronik larenjit, sarkoidoz, lepra, sfiliz, wegener ve mantar hastalıkları tutulmalıdır<sup>7,14</sup>.

LTB tanısı bakteriyolojik olarak konur. Balgam kültüründe basilin üretilmesi olguların %20-70'inde başarılı olmaktadır. Hastaların büyük kısmında TB öyküsü ya da aktif TB enfeksiyonu vardır<sup>14-34</sup>. Wang ve ark. %88 vakalarında larinks biopsisinde TB basiline rastlamışlardır<sup>35</sup>. Bizim vakamızda histopatolojik olarak Langhans tipi multinükleer dev hücreler ve granülole yapıları dikkat çekici olmasına karşın PAS, retikülin ve Ziehl-Neelsen histokimyasal boyamaları ile mikroorganizma tespit edilememiştir. Balgam kültüründe aside dirençli basil gözlenmesi ve kültürde üretilmesi ile tanı konmuştur.

LTB tedavisi akciğer formunun tedavisi ile aynıdır ve genellikle sonuçlar başarılıdır<sup>7</sup>. Wang ve ark. tüm LTB hastalarına izoniazid, rifampisin, prizinamid, ethambutolden oluşan üçlü veya dörtlü kombinasyon başlamışlardır. Bu tedaviye 6-9 ay devam etmişlerdir. Tedavilerinin 3. ayında lezyonların düzeldiğini ve ses kalitesinin iyileştiğini bildirmişleridir<sup>35</sup>. Vakamızın tedavisi izoniazid 300 mg/gün, rifampisin 600 mg/gün, prizinamid 2 gr/gün, ethambutol 1,5 gr/gün olarak düzenlendi. Yapılan üçüncü ay takibinde hastanın şikayetleri kaybolmuş ve tekrar kilo almaya başlamıştı. Muayenede larinkste ülsere lezyon kaybolmuş, akciğerde radyolojik bulguları gerilemişti. Tedavi 6. aya tamamlandı. Hasta hala takibimiz altındadır.

Sonuç olarak özellikle ölkemiz gibi gelişmekte olan bölgelerde klinisyen larinkste kitle nedeniyle gelen hastalarda mutlaka ayırıcı tanıda LTB düşünmelidir.

## Kaynaklar

1. Smulders YE, De Bondt BJ, Lacko M, Hodge JA, Kross KW. Laryngeal tuberculosis presenting as a supraglottic carcinoma: a case report and review of the literature. *J Med Case Reports*. 2009 Nov 20;3:9288
2. 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.
3. Levenson MJ, Ingerman M, Grimes C, Robbett WF. Laryngeal tuberculosis: review of twenty cases. *Laryngoscope* 1984;94:1094-7.
4. Hunter AM, Millar JW, Wightman AJ, Horne NW. The changing pattern of laryngeal tuberculosis. *J Laryngol Otol* 1981;95:393-8.
5. Dinç M, Songür N, Dingil G, Turanlı M, Dinç S. Larenks tüberkülozunda bilgisayarlı tomografi bulguları. *Kulak Burun Boğaz Klinikleri* 1:145-148, 1999.
6. Loehl TA, Smth TL. Inflammatory and granulomatous lesions of the larynx and pharynx. *Am J Med* 111:114-117, 2001.
7. Rizzo PB, Da Mosto MC, Clari M, Scotton PG, Vaglia A, Marchiori C. Laryngeal tuberculosis: an often forgotten diagnosis. *Int J Infect Dis* 2003; 2:129-31.
8. Williams RG, Douglas-Jones T: Mycobacterium marches back. *J Laryngol Otol* 1995, 109:5-13.
9. Moon WK, Han MH, Chang KH, Im JG, Kim HJ, Sung KJ, Lee HK: CT and MR imaging of head and neck tuberculosis. *Radiographics* 1997, 17:391-402.

10. Nalini B, Vinayak S: Tuberculosis in ear, nose, and throat practice: its presentation and diagnosis. *Am J Otolaryngol* 2006, 27:39-45.
11. Topak M, Oysu C, Yelken K, Sahin-Yilmaz A, Kulekci M: Laryngeal involvement in patients with active pulmonary tuberculosis. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2008, 265:327-330
12. Harney M, Hone S, Timon C, Donnelly M: Laryngeal tuberculosis: an important diagnosis. *J Laryngol Otol* 2000, 114:878-880.
13. Thaller SR, Gross JR, Pilch BZ, et al. Laryngeal tuberculosis as manifested in the decades 1963-1983. *Laryngoscope* 1987;97(7 Pt 1): 848-50
14. Erdem T, Miman MC, Gürses İ, Kızılay A, Karataş E, Türker G. Tüberküloz larenjitleri. *KBB ve BBC Dergisi* 2003;11:68-72
15. Nishiike S, Irifune M, Doi K, Saada T, Kubo T. Laryngeal tuberculosis: a report of 15 cases. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 111:916-918, 2002.
16. Ramadan HH, Tarazi AE, Baroudy FM. Laryngeal tuberculosis: presentation of 16 cases and review of the literature. *J Otolaryngol* 1993;22:39-41.
17. Smallman LA, Clark DR, Raine CH, et al. The presentation of laryngeal tuberculosis. *Clin Otolaryngol* 1987;12:221-5.
18. Kenmochi M, Ohashi T, Nishino H, Sato S, Tanaka Y, Koizuka I, Shinagawa T. A case report of difficult diagnosis in the patient with advanced laryngeal tuberculosis. *Auris Nasus Larynx* 2003; 1: 131-4.
19. Shin JE, Nam SY, Yoo SJ, Kim SY: Changing trends in clinical manifestations of laryngeal tuberculosis. *Laryngoscope* 2000, 110:1950-1953.
20. Rupa V, Bhanu TS. Laryngeal tuberculosis in the eighties—an Indian experience. *J Laryngol Otol* 1989;103(9):864-8.
21. Tu HY, Li HY, Huang TS. Laryngeal tuberculosis: a series of 46 patients. *Changeng Yi Xue Za Zhi* 1997;20(2):94 -9.
22. Lim JY, Kim KM, Choi EC, et al. Current clinical propensity of laryngeal tuberculosis: review of 60 cases. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2006;263(9):838-42.
23. Singh B, Balwally AN, Nash M, et al. Laryngeal tuberculosis in HIV-infected patients: a difficult diagnosis. *Laryngoscope* 1996; 106(10):1238-40
24. Yench MW, Linfesty R, Blackmon A: Laryngeal tuberculosis. *Am J Otolaryngol* 2000, 21:122-126
25. Uçar N, Çiftçi B, Çalısır HC, Çiftçi TU, Öğretensoy M. Larinks Tüberkülozlu Olguların Özellikleri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2008, 28:473-477
26. Alataş F, Metintaş M, Erginel S ve ark. Akciğer ve larinks tüberkülozu birlikteliği. *Tüberküloz ve Toraks* 1998;45: 290-4.
27. Vidal R, Mayordomo C, Miravittles M et al. Pulmonary and laryngeal tuberculosis. Study of 26 patients. *Rev Clin Esp* 1996;196:378-80.
28. Fortun J, Sierra C, Rabosa E. Tuberculosis of the otorhinolaryngologic region: Laryngeal and extra-laryngeal forms. *Enferm Infec Microbiol Clin* 1996;14:352-6.
29. Pillsbury HC 3rd, Sasaki CT. Granulomatous diseases of the larynx. *Otolaryngol Clin North Am* 1982;15:539-51.
30. Kendiloros DC, Nikolopoulos TP, Ferekidis EA. Laryngeal tuberculosis at the end of the 20th century. *J Laryngol Otol* 1997;111:619-21..
31. Erisir F, Cansız H, İnci E, Özdoğan A, Tosyalı Y. Laren jeal tüberküloz. *Kulak Burun Boğaz Klinikleri* 3:42-44, 2001.
32. Sutbeyaz Y, Ucuncu H, Karasen RM, Gundogdu C. The association of secondary tonsillar and laryngeal tuberculosis : a case report and literature reviw. *Auris Nasus Larynx* 27:371-374, 2000.
33. Tüz M, Uygur K, Ögün D, Doğru H. Larenks kanserini taklit eden larenjeal tüberküloz. *Kulak Burun Boğaz Klinikleri* 1:149-151, 1999.
34. Unal M, Vayisoglu Y, Guner N, Karabacak T. Tuberculosis of the aryepiglottic fold and sinus pyriformis: a rare entity. *Mt Sinai J Med* 2006;73:806-9.
35. Wang CC, Lin CC, Wang CP, Liu SA, Jiang RS. Laryngeal tuberculosis: a review of 26 cases.

Otolaryngol Head Neck Surg. 2007 Oct;137(4):582-8