

BASİT KRONİK LARENJİTİSLERDE ETİYOLOJİK NEDENLERİN İNCELENMESİ

(UZMANLIK TEZİ)

Dr. Suat Kövoğlu

T.C. DİCLE ÜNİVERSİTESİ KÜTÜPHANESİ	
Demirbaş No.	0029044
Tasnif No.	616.22
	K23
	1987

DİYARBAKIR — 1987

Ö N S Ö Z

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak-Burun-Boğaz Anabilim Dalında Araştırma Görevlisi olarak çalıştığım süre içinde büyük desteğini gördüğüm Sayın Hocam Doç.Dr.Mehmet DEMİREL'e şükran duygularımı sunar ve birlikte çalıştığım araştırma görevlisi arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Dr.Suat KÖYOĞLU

İ Ç İ N D E K İ L E R

Sayfa

GİRİŞ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	2
MATERYAL VE METOD.....	24
BULGULAR.....	25
TARTIŞMA.....	45
SONUÇ.....	54
ÖZET.....	56
LİTERATÜRLER.....	57

G İ R İ Ő

İnsanın en büyük zevklerinden biri de düşünce ve duygularını ifade edebilme yeteneği olup, bu aynı zamanda kendisini diğer canlılardan ayıran en önemli özelliklerinden de birisidir. Ayrıca günümüz toplumlarında birçok kişinin hayatını kazanması konuşması-na bağlıdır. Bu nedenle ses kısıklıklarının tedavisi büyük önem taşımaktadır.

Ses kısıklıklarının önemli sebeplerinden birisi de kronik basit larenjitislerdir. Kesin nedeni bilinmeyen bu hastalığın eti-yolojisi konusunda çeşitli faktörler suçlanmıştır. Bu faktörler genellikle vokal suistimal, sigara içme, solunum yolu enfeksiyonla-rı, hematolojik, metabolik ve spesifik hastalıklar gibi çeşitli bağ-lıklar altında toplanmaktadır.

Bu çalışmada Kulak-Burun-Boğaz polikliniğine başvuran kro-nik basit larenjitis vakalarının oranları, yaşı ve cinse göre dağı-lımları incelenmiş, bu vakalar arasından rastgele örnekleme metodu ile seçilen 60 kronik basit larenjitis vakasında etiyolojik faktör-lerin önemi araştırılmıştır.

GENEL BİLGİLER

LARENKS ENFEKSİYONLARININ SINIFLANDIRILMASI (5)

I- Larenksin akut enflamatuvar hastalıkları:

A- Akut nonspesifik larenks enfeksiyonları;

- a) Akut enflamatuvar nonspesifik larenjitis
- b) Akut spazmodik krup
- c) Akut supraglottik larenjitis
- d) Akut larengotrakeobronşitis
- e) Nonspesifik membranöz larenjitis

B- Akut spesifik larenks enfeksiyonları;

- a) Larenks difterisi
- b) Larenks herpesi
- c) Larenks absesi
- d) Larenksin akut perikondritisi

II- Larenksin kronik enflamatuvar hastalıkları:

A- Larenksin kronik nonspesifik enflamatuvar hastalıkları;

a) Kronik nonspesifik larenjitis

- 1- Hipertrofik larenjitisi ve subglottik larenjitisi içeren kronik basit larenjitis
- 2- Hemorajik larenjitis
- 3- Kronik atrofik larenjitis
- 4- Vokal nodüller

5- Vokal polipler

- Lokalize vokal polip
- Diffüz vokal polipozis

b) Larenksin kronik epitelyal hiperplazileri

- 1- Pakiderma larenjisi
- 2- Larenksin keratozisi
 - Lökoplaki
 - Papiller keratozis

B- Larenksin kronik granülomatöz hastalıkları;

- a) Larenks tüberkülozu
- b) Larenks lupusu
- c) Larenks sifilizi
- d) Larenks leprası
- e) Larenks ruamı
- f) Larenks skleromasi
- g) Larenks sarkoidozu
- h) Larenksin mikotik hastalıkları

C- Sistemik hastalıklarda larengeal manifestasyonlar;

- a) Konjenital hastalıklar
- b) Membranöz larenjitis
- c) Hemorajik larenjitis
- d) Larengeal abseler
- e) Larenksin paraziter hastalıkları
- f) Kollajen hastalıklarda larenks
- g) Larengeal değişikliklere sebep olan diğer hastalıklar

LARENKSİN AKUT ENFLAMATUAR HASTALIKLARI

Akut enflamatuar nonspesifik larenjitisi:

Etkeni virüs olan bu hastalığın belirtileri boğazda ağrı, öksürük, afoni ve hafif inspiratuar stridordur. Larenks mukozası enflame ve ödemli olup, ülserasyon ve psödomembranlar görülebilir. Tedavisi yatak istirahati, mutlak ses istirahati, solunum havasının nemlendirilmesi, bol mayi, sistemik hidrasyonun sağlanması ile yapılır. Schalen ve arkadaşları erişkin akut nonspesifik larenjitisi tedavisinde penisilinin etkinliğinin olmadığını ve bu nedenle viral orijinli olan bu hastalıkta antibiyotik tedavisinin gereksiz olduğunu, ancak bakteriyel süperenfeksiyonun tespiti halinde verilebileceğini göstermişlerdir (27).

Akut spazmodik krup (Çocukların akut larenjitisi):

Larengeal spazm ile birlikte olması ve ağır dispnelerin aniden eklenebilmesi nedeni ile önemli olan enflamatuar bir hastalıktır. Larenjismus stridolus'tan kalsiyum metabolizmasında bir anormalliğin olmaması ile ayrılır. Hastalarda krupöz öksürük, stridor ve dispne görülür. Tedavisi kusturucu ilaçlar, oksijen verilmesi ve hastanın sıcak duşa sokulması ile yapılır (1,5).

Akut supraglottik larenjitisi (Epiglottitis):

Thiesen tarafından 1900 yılında ilk defa tariflenen bu hastalığın önceleri sadece çocuklarda görüldüğüne inanılırdı (26). Daha sonra erişkin vakaları da bildirilmiştir (23). Hastalığın etkeni sıklıkla H. influenzae tip B'dir (5). Grup A ve C streptokokal supraglottik larenjitisi vakaları rapor edilmiştir (21,28). Yine stafilokok ve pnömokoklar da etkili organizmalar olabilir.

Hastalığın belirtileri ateş,boğaz ağrısı,yutma güçlüğü, seste boğuklaşma, stridor ve dispne olup,fizik muayenede supraglottik yapılar,özellikle epiglot şiş,kızarıklık ve ödemlidir.Tanı için boğaz kültürü yanında kan kültürü de mutlaka alınmalıdır.Geslin ve arkadaşları epiglottitis vakalarında pozitif H.influenzae kan kültürü oranını % 37.5 olarak bulmuşlardır (13).

Tedavisi sistemik hidrasyonun sağlanması,oksijen verilmesi,uygun antibiyotik ve steroidlerin verilmesi,gerektiğinde nazotrakeal entübasyon veya trakeotomi ile yapılır (26).Ampisiline dirençli H.influenzae vakaları bildirilmekle beraber kültür ve hassasiyet testlerinin sonucu gelinceye kadar ilk tercih edilecek antibiyotik ampisilindir (19,26,35).

Akut larengotrakeobronşitis:

Çocuklarda larenks,trakea ve bronşların ağır,akut bir enfeksiyonudur.Etkeni viruslar olup,sıklıkla parainfluenza tip 1,3 ve influenza A ile oluşur (5).Respiratuar sinsityal virus ve kızamık virusu ile de olabilmektedir (6).Kızamık virusu ile olan vakalardaki ölüm oranı diğer viruslar ile olanlara göre belirgin olarak yüksektir (26).Hafif bir üst solunum yolu enfeksiyonu şeklinde başlayan hastalığa daha sonra öksürük, stridor, dispne, retraksiyonlar ve siyanoz eklenir.Tedavisi sistemik hidrasyonun sağlanması,oksijen ve steroidlerin verilmesi,gerektiğinde nazotrakeal entübasyon veya trakeotomi ile yapılır.Talavera ve Rapkin akut larengotrakeobronşitis vakalarında antibiyotik tedavisinin yeri olmadığını göstermişlerdir (33).

Nonspesifik membranöz larenjitis:

Membranöz larenjitis enfeksiyon,bazı gazların etkisi ve

sıcak dumanlara bağlı termal zedelenme ile meydana gelebilir(26). Enfektif membranöz larenjitisin etkenleri pnömokok, streptokok, stafilokok, psödomonas aerogenes ve gram negatif organizmalardır. Bu hastalıkta larengeal yapılar gevşek, beyaz-sarı renkli membranlar ile örtülü olup, bu membranlar kolayca kalkar ve kaldırıldıklarında alttaki mukoza kanamaz. Tedavisi solunum havasının nemlendirilmesi, sistemik hidrasyonun sağlanması, yüksek doz antibiyotik verilmesi ve gerektiğinde trakeotomi ile yapılır (1,5).

Larenks difterisi:

Etkeni Corynebacterium diphtheriae olan difteri farenkste olduğu gibi larenkste de kirli sarı, gri renkli, zor kalkan ve kaldırınca kanayan membranlar oluşturur. Hastalarda ateş, boğaz ağrısı, disfaji, stridor, dispne ve boyunda lenfadenopati görülür. Periferik nöritis ve miyokarditis gibi ciddi komplikasyonlar yapabilir. Tedavisi antibiyotik ve difteri antitoksini verilerek, solunum yolu obstrüksiyonu için nazotrakeal entübasyon veya trakeotomi ile yapılır (5,26).

Larenks herpesi (Herpetik larenjitis):

Daha çok küçük çocuklarda görülen virütik bir hastalıktır. Larenksteki lezyonlar kırmızı bir halka ile çevrili veziküller şeklinde başlar. Daha sonra bu veziküller patlar ve beyaz bir eksüda ile kaplı küçük ülserler ortaya çıkar. Hastalarda boğuk ses, boğmaca tipi öksürük ve stridor mevcut olup, genellikle bir veya iki hafta içinde kendiliğinden iyileşir (5).

Larenks absesi:

İlk defa 1945 yılında J. Jackson tarafından tariflenmiştir (9). Günümüzde genellikle radyoterapi ve mekanik travmadan

olan perikondritisin bir komplikasyonu olarak meydana gelir. Hastalarda ateş, kırılganlık, ses kısıklığı, öksürük, yutma ve konuşma sırasında ağrı, stridor ve dispne görülür. Tedavisi trakeotomi, yüksek doz antibiyotik verilmesi ve abse drenajı ile yapılır (1,5).

Larenksin akut perikondritisi:

Perikondriyal ve subperikondriyal mesafenin primer enfeksiyonu nadir olup travma, radyoterapi, neoplazma istilası ve enfeksiyon hastalıkları (tifo) ile meydana gelir (1). Hastalarda ses kısıklığı veya afoni görülür. Larenks palpasyon ile hassastır. Tedavisi trakeotomi, konuşma ve oral beslenme yasağı ve geniş spektrumlu antibiyotikler verilerek yapılır (5).

LARENKSİN KRONİK ENFLAMATUAR HASTALIKLARI

Kronik nonspesifik larenjitis:

Kronik enflamatuar değişiklikler klinik manifestasyonların bir tipini oluşturacak şekilde genellikle larengeal mukozayı ilgilendirirler (5). Klinik ve patolojik görünümleri açıklamak için kullanılan terimlerin çokluğu yüzünden karışıklıklar vardır. Kleinsasser mikrolarengoskopik incelemeleri neticesinde çoğu kronik larenjitis vakasının başlangıçtan itibaren kronik bir seyir olduğundan bahseder (20).

Etiyoloji: Basit akut larenjitisin çoğu vakaları bir veya iki hafta içinde spontan olarak iyileşir. Fakat bazılarında hastalık inat etmeye eğilimlidir. Hatta bir kış mevsimi boyunca devam edebilir. Bu hastalarda akut larenjitise karşı yapısal bir hassasiyet söz konusudur. Akut larenjitisin böyle rekürens gösteren bazı vakaları zamanla kronik larenjitise gider (26).

Bazı vakalarda sürekli bir larengeal irritasyon kaynağı söz konusu olabilir. Bronşektazi ve pürülan sinüzitis gibi larenksi de etkileyebilen ve pürülan materyal üreten solunum yolu enfeksiyonları bir neden teşkil edebilir. Kronik larengeal irritasyonun önemli bir kaynağı da vokal suistimaldir. Ses kullanılan mesleklerdeki kişilerin çoğu larengeal mukozada bazı değişiklik belirtilelerini gösterirler. İnhalanlar, özellikle sigara dumanı ve endüstriyel dumanlar larengeal irritanlardır. İnhaled edilen havanın nemden fakirliği, nazal obstrüksiyona sekonder olarak sürekli ağız solunumu larengeal mukozada değişikliklere neden olabilir. Herhangi bir vazodilatasyon sebebi enflamatuvar değişikliklerle sonuçlanacak olan submukozal hemoraji ve ödemi predispoze edebilir. Alkol vazodilate edici bir ajan olmak yanında sosyal inhibisyonları azaltarak vokal suistimali de predispoze eder (5,26). Etiyolojide diabetes mellitus, üremi, anemi ve sifiliz gibi hastalıklar da sorumlu tutulmuştur.

Kronik basit larenjitisin kontrol edildiği bir çalışmada Stell ve McLoughlin bu faktörlerin ayrı ayrı önemini değerlendirmeye çalışmışlar ve sadece solunum yolu enfeksiyonlarının önemli olduğunu göstermişlerdir (30).

Patoloji: Larengeal irritanların ana etkisi vazodilatasyon ve hiperemi oluşturmaktır. Bunun sonucu olarak da submukozal hemorajiler ve intersisyel ödem gelişir. Daha sonra zedelenmiş olan yapı fibrozis ve hiyalinizasyona neden olan fibroblastlar ile ılgal edilir. Patofizyolojik değişiklikler herhangi bir aşamada durarak klinik bir antite ile sonuçlanabilir (26).

Larenksteki patolojik değişiklikler diffüz veya lokalize

olabilir. Bu patolojik değişiklikler sıklıkla geręek ve yalancı vokal kordlara lokalizedir. Epitelyal değişiklikler genel olarak yaygındır. Supraglottik alanların silyalı respiratuar epiteli skuamöz metaplaziye uğrar. Normal stratifiye skuamöz epitel alanları akantozis, keratozis ve parakeratozis yüzünden olan kalınlaşmayı gösterebilir. Glandüler yapılar hastalığın erken devresinde hipertrofiye olur, fakat daha sonra sıkka sendromu ile sonuçlanacak şekilde tam atrofiye gidebilir. Subepitelyal dokular vazodilatasyonun değişik derecelerini, hemoraji, intersisyel ödem ve mononükleer hücre enfiltrasyonunu sergileyebilir. Uzun süren vakalarda fibrozis ve hiyalin dejenerasyon belirginleşir (5,26).

Kronik larenjitisin tipleri şunlardır (5):

- 1- Hipertrofik larenjitisi ve subglottik larenjitisi içeren kronik basit larenjitis
- 2- Hemorajik larenjitis
- 3- Larenjitis sıkka
- 4- Vokal nodüller
- 5- Vokal polipler

Kronik basit larenjitis:

Klinik belirtiler: Daha çok 40-50 yaşlar arasında görülen bir hastalık olup ses kısıklığı en belirgin semptomudur. Hastalar özellikle düşük perdede varyasyonlarla birlikte seslerinin kaba olmasından ve tonda çatlamalardan şikayet eder. Ses kısıklığının günün erken saatlerinde daha fazla olduğunu ve gün boyunca iyiye gittiklerini belirtebilirler. Larengeal rahatsızlık ve ağrı ile birlikte vokal yorgunluk daha çok ilerlemiş vakalarda mevcuttur. Genellikle nonproduktif olan bir öksürük boğazı temizlemek için

sürekli olarak mevcut olabilir (5,26).

Muayene bulguları: Larengeal mukoza diffüz olarak kızarıktır. Gerçek vokal kordlar sedofi parlaklıklarını kaybeder ve mat kırmızıya çalan pembe bir renkte görülür. Küçük dilate kan damarları serbest kenarlara paralel seyredecek gekilde gerçek vokal kordların üst yüzeylerinde görülebilir. Gerçek vokal kordların serbest kenarları yuvarlaklaşır, kordlar gevrek ve sarkık olarak görülür. Mukozal yüzeylerde ve glottis boyunca mukus kalıntıları görülebilir. Daha ilerlemiş vakalarda mukoza granüler bir görünüm alır, polipoid değişiklikleri sergileyebilir ve erozyon alanları olabilir. Fibrozis ilerledikçe gerçek ve yalancı kordların polipoid deformiteleri belirir. Diffüz değişikliklerin olduğu vakalara hiperplastik veya hipertrofik larenjitis terimleri kullanılmıştır (5,15,26).

Vakaların yüksek bir oranı paranasal sinüs, ağız, farenks veya alt solunum yolu enfeksiyonu ile birlikte bulunur. Bu nedenle fizik muayene bulguları sadece larenkse ait değildir. Burun ve postnazal boşlukta veya arka faringeal duvarda yapışık, kurumuş halde püyün bulunması kronik sinüzitis tanısı koydurur ve radyolojik tetkik gerektirir. Hastaların ağız hijyeni bozuk olabilir. Akciğerlerin fizik muayene ve radyolojik tetkikinde alt solunum yolu enfeksiyonu tespit edilebilir (26).

Ayrıcı tanı: Hiperplastik larenjitiste direkt larengoskopi, endirekt muayenenin güç ve tatmin edici olmadığı durumlarda gerekli olabilir. Hiperplastik değişiklikler görüldüğünde biyopsi ile erken karsinomanın ekarte edilmesi düşünülmelidir. Diffüz inflamatuvar değişiklikler sifilizin sekonder ve tersiyer devrelerinin başlangıcında görülebilir ise de günümüzde bu geç manifestas-

yonlar nadir olarak larengoloğun karşısına çıkar. Bununla birlikte serolojik testler tetkiklere eklenmelidir. Ayrıca larenks tüberkülozunun başlangıcında larenkste hiperemi ve ödemin olabileceği de unutulmamalıdır (15,26).

Tedavi: Öncelikle solunum yolunun başka bir yerinde enfeksiyonun varlığı araştırılmalıdır. Kronik sinüzitis sıklıkla aktif atakları getiren bir kaynak olup, bunlar inatçı vakalarda cerrahi müdahaleyi gerektirebilir. Alt solunum yolu enfeksiyonunun tedavisi ve genel sağlık konusunda yardımcı olması için bazen dahiliye uzmanına başvurmak gerekli olabilir.

Hastalara akut epizod süresince mutlak ses istirahati yaptırılmalıdır. Hasta sesini yeterli ölçüde istirahatte tutuyorken, hastayı iğinde tutmak genellikle mümkün olamamaktadır. Oysa akut enfektif larenjitiste birkaç günlük istirahat yeterli olabilmektedir. Kronik vakalarda sadece birkaç günlük istirahat tamamen yarsızdır. Zaman zaman solunum yolu enfeksiyonunun araştırılması, tedavisi ve en azından bir süre mutlak ses istirahati zorunluluğuna fırsat sağlaması için hastanın hastaneye yatırılması gerekebilir. Bununla birlikte bu durum haftalarca etkili ses istirahati uygulanmadığı sürece boşuna olacaktır. Ses istirahati esnasında konuşma terapistinin yardımı ile hastanın uygun ses üretmeyi öğrenmesi sağlanmalıdır. Kabul edilmelidir ki bazı hastalar böyle bir tedaviyi saşma olarak görüp uygulanmasını imkansız bulacaklardır. Böyle düşünmeseler bile işlerini kaybetmek istemeyebilirler. Ayrıca hastaların tütün ve alkol alışkanlıklarını da terk etmeleri gereklidir (5,15,26).

Hastalara çeşitli ilaç tedavileri de uygulanmalıdır. An-

tibiyotikler larenks dışında solunum yollarında birlikte olan enfeksiyonlar için de gereklidir. Balgam kültürü uygun antibiyotiğin tespitinde yararlı olabilir. Nazal sürüntüler genellikle değerli değildir. Hastalara çeşitli spreylet tavsiye edilmiştir. Bu spreyletlerin değeri şüphelidir. Bir zamanlar popüler olan gümüş nitrat gibi çeşitli yağlı spreyletlerin de zararları olmuştur. Ayrıca hastalık uzun bir süre devam ettiğinden bazen lipooid pnömoniler görülebilmektedir. Ekspektoranlar örneğin amonyum karbonat içeren karışımlar yapışkan sekresyonları gevşetebilir. Fakat bu ilaçlar kronik hastalıkta sadece akut epizodlarda intermittan olarak kullanılmalıdır. Ayrıca buhar inhalasyonlarının birkaç gün yapılması hastayı rahatlatılabilir. Ama hastalığın seyri üzerine etkili olması beklenmemelidir. Bol nemli atmosfer önemli olup kuru iklimlerde geceleri hasta odasının nemlendirilmesi faydalı olur. Bazen uzun süren hastalık periyodlarında kaplıca tedavilerinden hastalar yarar görebilirler (5,25,26).

Hemorajik larenjitis:

Larenkste gevşek stroma yüzünden submukozal hemorajiler meydana gelebilir. Pıhtılaşma bozukluğu ile birlikte olan çeşitli kan diskrazilerinin herhangi biri veya antikoagülan tedavi submukozal hemorajiye neden olabilir (5). Başlangıç semptomları genellikle ani ses kısıklığı ve stridor olup daha sonra dispne ve solunum yolu obstrüksiyonu ortaya çıkar.

Larenks muayenesinde bir veya her iki arıepiglottik foldun koyu kırmızı, mor, şişkin kitleler halinde vestibüler lümene doğru uzandığı görülür. Hematom formasyonunu enflamatuvar reaksiyon ve beklemiş kanın absorpsiyonu izler. Larengeal obstrüksiyon mev-

cut olmadıkça ses istirahati ve pıhtılaşma defektinin düzeltilmesi dışında spesifik bir tedaviye gerek yoktur (1,5).

Kronik atrofik larenjitis:

Etiyoloji: Larenjitis sikka veya ozenatöz larenjitis de denen bu hastalık larenks mukozasının belirgin atrofisiyle karakterizedir (10). Radyoterapi görmüş hastalarda atrofik larenjitis meydana gelebilir. Bazen uzamış kronik basit larenjitis atrofik larenjitise dönebilir. Hastalık Sjögren sendromunun bir parçası olabilir veya gebelik ile ilişkili olarak meydana gelebilir. Bununla birlikte hastaların çoğunda belli bir etiyoloji tespit edilemez. Etiyolojisi tespit edilemeyen kronik atrofik larenjitis vakalarının çoğunluğunu bayan hastalar oluşturur ve bu hastalarda sıklıkla kronik atrofik rinitis de mevcuttur.

Patoloji: Atrofik rinitis de olduğu gibi intima tabakasında proliferasyon ve küçük damarların duvarlarında fibrozis nedeni ile mukozal vaskülarite de belirgin bir azalma vardır. Glandüler yapılar tama yakın veya tamamen yok olmuştur. Larenksin silialı yüzeysel epiteli skuamöz metaplaziye uğrar ve incelir. Sıklıkla bu atrofik mukozada erozyonlar da mevcuttur (5).

Klinik belirtiler: Hastalar boğaz kuruluşundan şikayet eder. Kalın, yapışkan sekresyonları çıkarmak için inatçı bir öksürük olabilir. Öksürük ve ses kısıklığı sabahları daha da şiddetlidir. Zaman zaman larengeal kabuklar solunum sıkıntısına ve onların atılması ile de hemoptiziye sebep olabilir. Hastaların hemen hemen tümü iğrenç nefes kokusundan şikayet eder (15,26).

Muayene bulguları: Larengeal mukoza kuru, parlak ve pürüzlü görünümündedir. Özellikle interaritenoid bölgede olmak üzere la-

renkste kabuklar mevcuttur. Kabukların rengi sarı-yeşilden siyaha kadar değişebilir. Kabuklar alındığı zaman üzeri ıslak, sıyrık bir yüzey ortaya çıkar. Fakat gerçek ülserasyonlar nadirdir. Hastalığın tanısı kolayca konur. Fakat buna rağmen bazı vakalar sifilizden ayrılmalıdır (1,26).

Tedavi: Larenkste yeterli ıslaklık sağlamak tedavinin esasını teşkil eder. Bunun için hasta odasının özellikle geceleri nemlendirilmesi gereklidir. Kabuk oluşumunu önlemek ve kötü kokuya mani olmak için özel spreylere kullanılabilir (5,10). İyoditlerin ve verilmesi herhangi bir glandüler fonksiyon kalmış ise sekresyonların stimülasyonu için faydalı olabilir. Hastaların streptomisin, östrojen preparatları ve A,B,C vitaminlerinden yararlandığı söylenmektedir (17,25). Zaman zaman larenksteki yapışkan kabukların endoskopik olarak çıkartılması gerekebilir (5).

Vokal nodüller:

Lokalize kronik larenjitisin bir şekli olup öğretmen, şarkıcı nodülü gibi isimler de verilir. Etiyolojisinde vokal suistimal önemli bir faktördür. Genellikle bilateral olup kordların 1/3 ön kısmında meydana gelirler. En belirgin semptomları ses kısıklığı olan vokal nodüller konservatif veya cerrahi olarak tedavi edilirler (5,26).

Vokal polipler:

Genellikle 40-50 yaşlar arasında görülen ve sebebi bilinmeyen bir hastalıktır. Lokalize vokal polip ve diffüz vokal polipozis şeklinde iki tipi vardır. Lokalize vokal polipler larenksin en sık görülen benign lezyonlarıdır. Vokal poliplerin en önemli semptomu ses kısıklığı olup cerrahi olarak tedavi edilirler (5,15).

Larenksin Kronik epitelyal hiperplazileri:

Larenks normal olarak iki tip epitel ile örtülüdür. Larengeal ventrikül, yalancı kordlar ve subglottik bölge silyalı respiratuar epitel ile örtülü olup geri kalan alanları nonkeratinize skuamöz epitel örter. Larenksin kronik epitelyal hiperplazilerini Ballenger pakiderma larenjis ve larenks keratozisi diye ikiye ayırır ve larenks keratozisinin de lökoplaki ve papiller keratozisten oluştuğunu belirtir (5). Salmon ise larenksin kronik epitelyal hiperplazilerini kontakt pakidermi, interaritenoid pakidermi ve sınırlı epitelyal hiperplaziler şeklinde üçe ayırır. Lökooplaki ve hiperkeratozis terimlerini kabul etmez (26). Kleinsasser epitelyal hiperplazinin histolojik aşamalarını atipinin kanıtı olmayanlar, lökooplaki ve karsinoma insitü şeklinde üç devre halinde gösterirken, Kambic basit hiperplazya, anormal hiperplazya ve atipik hiperplazya olarak üç devre şeklinde kabul etmektedir (16,20).

Pakiderma larenjis: İlk defa 1860 yılında Virchow tarafından tariflenmiştir. Mackenzie ve C. Jackson hastalığı bir ülser olarak kabul etmişlerdir (26). Daha sonraları yapılan çalışmalarla bir kronik epitelyal hiperplazi olduğu anlaşılmıştır. Ellis pakidermileri kırmızı ve beyaz pakidermiler diye ikiye ayırmaktadır (10).

Pakiderma larenjis posteriyor komissür ve vokal kordların posteriyor kısımlarındaki epitelde akantozis, keratozis ve parakeratozis ile birlikte giden belirgin, muntazam kalınlaşmalardır (5). Beyaz renkli ve kenarları kabarık lezyonlar olup malign dejenerasyon göstermezler. Ancak malignansiyei ekarte etmek için biyopsi alınması gereklidir. Nadiren fonasyonu bozabilecek kadar büyük kitleler yapabilir. Bu durumda cerrahi olarak çıkartılmaları gerekir.

Cerrahi tedavi gerektirmeyen vakalarda ise larengeal irritanların eliminasyonu, ses istirahati ve vokal terapi uygulanır (5). Bazı yazarlar lokalize kırmızı plakidermilerde ventriküler bandların kas yapısı içine ve submukozaya direkt kortizon enjeksiyonlarının faydalı olduğunu iddia ederler. Bu uygulamanın lökoplakilere yapılması gerektiğini de vurgularlar (25).

Larenks keratozisi: Keratozis anormal büyüme ve matürasyonun olduğu bir grup epitelyal lezyon için kullanılan klinik bir terimdir (5). Bu lezyonun önemi larenks karsinomasına olan yakınlığından gelmektedir. Etiyolojisinde genellikle larengeal irritanlar sorumlu tutulur ve hastalarda semptom olarak ses kısıklığı mevcuttur. Daha çok erkeklerde görülen bu hastalığın lökoplaki ve papiller keratozis olmak üzere iki tipi vardır.

Lökoplaki: Bu terim herhangi bir mukozal yüzey üzerinde görülebilen beyaz, yassı ve plak gibi lezyonları belirtir. Genellikle düzgün ve iyi sınırlı olmaya eğilimi vardır. Daha çok vokal kordların üst yüzeyinde oluşur (5).

Papiller keratozis: Epitelin gayri muntazam, siğil gibi oluşumlarını gösterir. Bu tip lezyonda lökoplakilere oranla daha çok ikaz edici mikroskobik değişiklikler görülür (5).

Larenksteki keratozis durumlarında malignansiye ekarte etmek için mutlaka biyopsi alınmalıdır. Sadece keratozisin tespit edildiği hallerde hastaya durumu anlatılır ve periyodik kontroller ile klinik olarak durumu izlenir. Gerektiğinde biyopsi tekrarlanmalıdır. Hastaya her türlü irritan yasaklanır (26). Lökoplakilerde bazen endoskopik olarak ses tellerinin sıyrılması yararlı olabilir. Enfiltrasyonun daha derin olduğu durumlarda larengofissür ve

ses tellerinin çıkartılması savunulan bir tedavi yöntemidir. Radyoterapinin faydası ise tartışmalıdır (14).

Larenksin kronik granüloamatöz hastalıkları

Larenks tüberkülozu:

Pulmoner tüberkülozun ılımlı seyreden vakalarında larengeal tutulum yaklaşık % 3'tür (5). Larenks tüberkülozu primer olarak meydana gelmez ve daha çok zayıf bünyeli, sağlıksız, çoğu alkolik olan ileri yaşlardaki erkeklerde görülür (26). Larenkse yayılım kontamine balgamanın teması ile olup, larenkste aritenoidler, interaritenoid mesafe ve posteriyor vokal kordlar olmak üzere daha çok posteriyor yapılar tutulur. Hastalarda boğaz kuruluğu ve ağrısı, ses kısıklığı, solunum yolu obstrüksiyonu ve akciğer tüberkülozuna ait semptomlar görülür. Muayenede posteriyor yapılarda hiperemi, ödem, epiglotta kızarıklık ve şişlik, ülserasyonlar görülebilir (5,15,36).

Larenks tüberkülozunun tedavisi pulmoner tüberküloz tedavisi gibi olup, başlangıçta her hastaya İNH ve her kombinasyonda rifampisin verilmelidir (3). Antitüberküloz tedavi en az 1 yıl kadar uygulanmalıdır. Tedaviye başladıktan sonra birinci haftada semptomlar geriler, ikinci ayın sonunda ise semptomlar tamamen kaybolur ve larenks normal görünümünü alır (12).

Larengeal lupus:

Muhtemelen artmış konak direnci veya azalmış bakteriyel virülans yüzünden oluşan tüberkülozun klinik bir tipidir (5). Hastalık primer olarak larenkste meydana gelmez (10). Histolojik olarak lezyon tüberküloz lezyonlarının aynısı olup, hastalık genellikle asemptomatiktir. Hastalarda akciğer tüberkülozu yoktur.

Larenks sifilizi:

Spiroketa Pallida'nın sistemik enfeksiyonu sırasında larenksin istilası sonucu gelişir (1). Konjenital veya akkiz olabilir (17). Hastalığın bulaşmasından sonra 2-6 hafta içinde primer lezyon olan şankr oluşur. Şankrın görülmesinden 6 hafta sonra da sekonder lezyonlar ortaya çıkar (32). Larenks sifilizi esas itibarıyla yalnız ikinci ve üçüncü devir lokalizasyonlarını ihtiva eder (24). İkinci devrede larengeal belirtiler diffüz hiperemi, üçüncü devrede ise nodüler enfiltrasyon ve zimba deliği şeklinde ülserlerdir. Tedavide erken vakalarda 10 gün, geç vakalarda ise 14 gün olmak üzere 900.000 ünite prokain penisilin verilir (5,26).

Larenks leprası:

Mycobacterium leprae yani Hansen basili ile meydana gelen spesifik bir hastalıktır (5). Yüz cildi, üst solunum yolunun mukoz membranları diffüz veya nodüler enfiltrasyon ile sinsice tutulur. Larenks vakalarının % 10'unda hastalığa yakalanır (1,8).

Larenks leprası fibröz ve ülseröz olmak üzere iki şekilde ortaya çıkar (2). Lezyonlar kazeifikasyon ve nekroz göstermezler. Hastalarda ses kısıklığı ileri devrelerde görülür. Tedavisinde sülfonlar ve rifampisin verilir. Nadiren trakeotomi gerekebilir.

Larenks ruamı (Glanders):

Ruam vücutta yaygın granülomatöz abseler oluşturmasıyla karakterize bir enfeksiyon hastalığıdır. Etkeni Actinobacillus mallei'dir. Daha çok çift tırnaklı hayvanlarla uğraşanlarda görülür. Hastalığın akut ve kronik formları olup, akut formda yüksek ateş, titreme, toksik semptomlar ve koma hali meydana gelir. Tedavisinde sülfonamidler verilir (1,5).

Larenks skleromasi:

Skleroma larenksi çok seven bir enfeksiyondur (24). Hastalık ilk defa 1870 yılında Von Hebra tarafından tariflenmiştir. Gram negatif bir basil olan Klebsiella Rhinoscleromatis tarafından olduğu düşünülmektedir (31). Muayenede larenkste kırmızı, pembe veya beyaz kalınlaşmalar, kötü kokulu mukopürülan akıntı ve buna bağlı kabuklar görülür. Hastalığın tedavisinde antibiyotikler ve steroidler verilir (26).

Larenks sarkoidozu:

Etiyolojisi bilinmeyen kronik granümatöz bir hastalık olup, daha çok 20-40 yaşları arasında görülür. Hastalığın larengeal ilişkisi Devine tarafından 1965 yılında çalışılmıştır (26). Larengeal lezyonlar tipik nonkazeifiye granülomlardan oluşur ve diffüz ödem ile birlikte. Daha çok supraglottik yapılar tutulur.

Hastalarda dispne, ses kısıklığı, disfaji görülür, tanı Kveim cilt testi ve biyopsi ile konur. Hastalık kendiliğinden iyileşmeye eğilimlidir. Tedavide steroidler verilir (5,26).

Larenksin mikotik hastalıkları:

Larenksin mikotik hastalıkları daima sekonder olup mikozların 10 kadar çeşidi larenksi tutabilmektedir (1,10). En fazla monilia cinsi mantarlara rastlanır (8). Larenkste genellikle granülom veya mikotik granümatöz larenjitis oluştururlar. Ses kısıklığı, dispne, öksürük ve disfaji gibi semptomları olan larengeal mikozlarda kesin tanı balgamda veya larengeal sürüntülerde mantarların görülmesi ve biyopsi ile konur (8). Tedavide çeşitli antimikotik ajanlar verilir (26).

Sistemik hastalıklarda larengeal manifestasyonlar

Konjenital hastalıklar:

Kistik fibrozis (Mukovissidozis): Mukus ve ter ifrazatının artması ile birlikte olan jeneralize bir bez hastalığıdır(1). Larenksin bu şekildeki hastalığında devamlı boğazı temizleme hissi ve ses kısıklığı vardır. Muayenede larenks mukozası kuru, granüller ve kabuklar ile kaplı olarak görülür. Kistik fibrozis tanısı için terde elektrolit konsantrasyonunda artma, pankreas enzimlerinin eksikliği, kronik akciğer musabiyeti ve ailede benzer hastalık hikayesi gerekli kriterlerdir.

Lipoid proteinozis: Nadir görülen bu hereditör hastalıkta fosfolipit kompleksten ibaret hiyaline benzer bir madde ile cilt ve mukoza enfiltre olur. Hasta çocuğun ağlamasında ve bağırmasında zorluk görülür. Ses kısıklığı gittikçe artar ve bazen larengeal obstrüksiyon daha da artarak trakeotomiye gerektirecek durumlar meydana gelebilir (1).

Larengeal abseler:

Günümüzde nadir olarak görülmektedir. Eskiden tifonun üçüncü ve dördüncü haftalarında sıklıkla görülürdü. Ayrıca streptokoksik tonsillitis, gonore ve tifus da sebepler arasında idi. Hastalığın belirtileri nonspesifik larenks abselerinin belirtileri gibidir. Konuşma ve yutkunma ile artan ağrı karakteristiktir (1).

Larenksin paraziter hastalıkları:

Trişinozis: Trichinella spiralis ile olan bu paraziter hastalık çoğunlukla Amerika'da görülür. Göz, dil ve diyafragma adalesinde oturan adult kurdun kistik şeklidir. Klinik bulgu vermez ve tesadüfen tanı konur (1,5).

Layeshmanyoz: Afrika ve Amerika'da görülen bu hastalıkta parazit önce burunu, daha sonra da larenksi enfekte eder. İlk klinik bulgusu daha sonra harabiyete uğrayacak olan, kenarları kabarıklık bir ülserdir. Ses kısıklığı, öksürük, dispne ve disfaji görülür (1,5).

Kollajen hastalıklarda larenks:

Romatoid artritis de larengeal tutulma % 20-30 kadardır (26). Etiyolojisi bilinmeyen bu hastalık eklemleri, arterleri, akciğerleri, kalbi, cildi, kasları, sinir sistemini ve larenksi tutabilir. Larengeal tutulumda krikoaritenoid ekleme ve larengeal kaslarda patolojik değişiklikler olur. Hastalarda daha çok ses kısıklığı görülür (39).

Otoimmün orijinli olan ve daha çok kadınlarda görülen sistemik lupus eritematozusda kollajenin fibrinoid dejeneresansı ve küçük arterleri, cildi, mukozayı ve organları tutan bir enflamasyon mevcuttur. Akut devrede larenks mukozasında ülserasyon, hemorajik büller mevcut olup, ses kısıklığı ve boğaz ağrısına sebep olur. Kesin tanı hematolojik tetkikler ve biyopsi ile konur (1).

Poliarteritis nodoza kan damarlarında, özellikle küçük ve orta büyüklükteki arterlerde, hastalığa yakalanmış organlarda fonksiyon bozukluğu meydana getiren fokal veya yaygın hasar ile karakterizedir. Larenksin tutulduğu vakalarda larenksin submukozal dokularında nodüler lezyonlar görülebilir. Bu nodüller hızla iyileşen gruplar şeklindedir. Larenkste aynı zamanda nonspesifik ürtiker ve purpura da görülebilir. Periferik nöritise bağlı sekonder vokal kord paralizileri meydana gelebilir (5).

Etiyolojisi bilinmeyen ve bir kollajen doku hastalığı olan

sklerodermanın arterleri tutan lezyonları sistemik ve ilerleyicidir. Hastalığın ödematöz şişme, enfiltrasyon ve endürasyon, atrofi olmak üzere üç devresi vardır. Larengeal lezyonlar ventriküler bantlar ve ariepiglottik foldlar üzerinde hafif deprese, sert ve beyaz plaklar şeklinde görülür. Ses telleri tam olarak birleşemez ve hareket kısıtlılığı vardır. Kesin tanı biyopsi ile konur (7).

Kollajen doku hastalıklarında larenks tutulumu olduğu zaman tedavi asıl hastalığa, yani kollajen doku hastalığına yöneliktir (26).

Larengeal değişikliklere sebep olan diğer hastalıklar:

Amiloidozis: Protein ve polisakaridin bir kompleksi olan amiloid primer bir hastalık şeklinde veya başka bir hastalığa sekonder olarak dokularda birikebilir. Amiloidozisin dört tipi mevcut olup, larenks her tipte de tutulabilir (1,5).

Larenksin muayenesinde balık eti gibi beyaz birikmeler görülür. Hastalığa bağlı olarak ses kısıklığı ve dispne olabilir. Kesin tanı biyopsi ile konur. Cerrahi tedavi uygulanır ve primer hastalık tespit edilerek tedavi edilir (8).

Larenks pemfigusu: Pemfigus belirsizler gösteren, mortalitesi yüksek, bülülü bir grup hastalık olup, beg tipi vardır. Pemfigus vulgaris diğer tiplere göre 8-10 kat daha fazla görülür (18).

Etiyolojisi kesin olarak bilinmemekte olup ateş, baş ağrısı, halsizlik, disfaji ve ses kısıklığı yapar. Sıklıkla ağız, diş etleri ve farenks de hastalığa katılır (8). Kesin tanısı biyopsi ile konur. Tedavisinde steroidler ve immünosüpresifler verilir. Günümüzde bu tedavilerle dahi mortalitesi % 30 gibi yüksektir (18).

Wegener granülomatozisi: Üst solunum yolunun ülseratif,

nekrozitan lezyonları ile karakterize, progressif pulmoner ve renal hadiselerin ilave olduğu, ortalama 4-6 aylık periyod içinde ölümün meydana geldiği nadir, komplike bir hastalıktır (34). Wegener granülomatozisi ile idyopatik letal granüloma muhtemelen aynı hastalıktır (17).

Etiyolojisi kesin olarak bilinmeyen bu hastalıkta solunum sisteminde nekroz ve ülserasyonla beraber olan granülomatöz bir enflamasyon vardır. Burun ve paranasal sinüslerden başlayan hastalık kısa zamanda larenks ve akciğerlere iner. Tedavisinde steroidler ve immünosüpresifler verilir (1).

Relapsing polikondritis: Relapsing veya rekküran polikondritis ilk defa Jaksch-Wartenhorst tarafından 1923 yılında tariflenmiştir. Relapsing polikondritis terimi ise ilk defa 1960 yılında Pearson ve arkadaşları tarafından kullanılmıştır (40). Nedeni bilinmeyen, kıkırdığın enflamatuar destruksiyonu ile karakterize ve intermitten olarak ilerleyici bir hastalıktır. Kulak, burun, larenks, trakea ve bronşların kıkırdakları tutulabilir.

Hastalarda ses kısıklığı, odinofaji, anemi ve sedimantasyon yüksekliği vardır. Kesin tanısı biyopsi ile konulan bu hastalık zaman içinde kötüye giderek ölümle sonuçlanır. Tedavide antienflamatuar ajanlar ve sitostatikler verilir (5,40).

MATERYAL VE METOD

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak-Burun-Böğaz Anabilim Dalının 1.1.1983-31.7.1987 tarihleri arasındaki poliklinik başvuruları, kronik basit larenjitis tanısı alan vakaların oranları, yaşa ve cinse göre dağılımları yönünden incelendi. Kulak-Burun-Böğaz Anabilim Dalı polikliniğine 1986-1987 yıllarında başvuran kronik basit larenjitisli vakalardan rastgele örneklem yöntemi ile seçilen 60 vaka, yaşa ve cinse göre dağılımlara, etiyolojik faktörlerin önemi yönünden araştırıldı. Bunun için vakalara şu muayene ve tetkikler yapıldı:

- 1- Anamnez: Vakaların yaş, cins, şikayet süresi, ağıza içme alışkanlığı, kronik sinüz ve akciğer enfeksiyonlarına ilişkin şikayetleri öğrenildi.
- 2- Fizik muayene: Kulak-Burun-Böğaz muayeneleri yapıldı.
- 3- Hematolojik tetkikler: Hemoglobin, lökosit sayısı, sedimentasyon hızı ve periferik yayma.
- 4- Metabolik tetkikler: AKG ve Üre.
- 5- Spesifik hastalıklara yönelik tetkikler: WDL ve PPD.
- 6- Radyolojik tetkikler: Yeters ve PA röntgen grafileri.
- 7- Bakteriyolojik tetkik: Larengeal kültür.

Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde "Tek Örneklem Chi-Kare Testi" ile popülasyon oranı için "Student's t Test" leri kullanıldı.

B U L G U L A R

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak-Burun-Boğaz Anabilim Dalının 1.1.1983 - 31.7.1987 tarihleri arasındaki poliklinik kayıtlarının incelenmesi sonucu kronik basit larenjitis tanısı alan hastaların sayıları, yaş ve cinse göre dağılımları yıllara göre ve toplam olarak değerlendirilmiş, elde edilen bilgiler aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir.

Yaş	Kadın	Erkek	Toplam	Oran %
11-20 yaş	5	4	9	10.7
21-30 yaş	4	8	12	14.2
31-40 yaş	12	14	26	30.9
41-50 yaş	10	14	24	28.5
51-60 yaş	4	7	11	13.0
61-70 yaş	1	1	2	2.3
Toplam	36	48	84	100.0

Tablo-1- 1.1.1983 - 31.12.1983 tarihleri arasında kronik basit larenjitis tanısı alan hastaların yaş ve cinse göre dağılımı gösterilmiştir.

Yaş	Kadın	Erkek	Toplam	Oran %
11-20 yaş	1	2	3	3.0
21-30 yaş	15	9	24	24.7
31-40 yaş	13	18	31	31.9
41-50 yaş	10	16	26	26.8
51-60 yaş	5	7	12	12.3
61-70 yaş	-	1	1	1.0
Toplam	44	53	97	100.0

Tablo-2- 1.1.1984 - 31.12.1984 tarihleri arasında kronik basit larenjitis tanısı alan hastaların yaş ve cinse göre dağılımı gösterilmiştir.

Yaş	Kadın	Erkek	Toplam	Oran %
11-20 yaş	6	4	10	10.2
21-30 yaş	12	9	21	21.4
31-40 yaş	12	15	27	27.5
41-50 yaş	10	15	25	25.5
51-60 yaş	3	12	15	15.3
61-70 yaş	-	-	-	- -
Toplam	43	55	98	100.0

Tablo-3- 1.1.1985 - 31.12.1985 tarihleri arasında kronik basit larenjitis tanısı alan hastaların yaş ve cinse göre dağılımı gösterilmiştir.

Yaş	Kadın	Erkek	Toplam	Oran %
11-20 yaş	8	7	15	10.4
21-30 yaş	12	20	32	22.3
31-40 yaş	21	22	43	30.0
41-50 yaş	16	17	33	23.0
51-60 yaş	3	9	12	8.3
61-70 yaş	2	6	8	5.5
Toplam	62	81	143	100.0

Tablo-4- 1.1.1986 - 31.12.1986 tarihleri arasında kronik basit larenjitis tanısı alan hastaların yaş ve cinse göre dağılımı gösterilmiştir.

Yaş	Kadın	Erkek	Toplam	Oran %
11-20 yaş	3	3	6	7.1
21-30 yaş	9	8	17	20.2
31-40 yaş	10	14	24	28.5
41-50 yaş	7	11	18	21.4
51-60 yaş	7	9	16	19.0
61-70 yaş	2	1	3	3.5
Toplam	38	46	84	100.0

Tablo-5- 1.1.1987 - 31.7.1987 tarihleri arasında kronik basit larenjitis tanısı alan hastaların yaş ve cinse göre dağılımı gösterilmiştir.

Yaş	Kadın	Erkek	Toplam	Oran %
11-20 yaş	23	20	43	8.4
21-30 yaş	52	54	106	20.9
31-40 yaş	68	83	151	29.8
41-50 yaş	53	73	126	24.9
51-60 yaş	22	44	66	13.0
61-70 yaş	5	9	14	2.7
Toplam	223	283	506	100.0

Tablo-6- 1.1.1983 - 31.7.1987 tarihleri arasında kronik basit larenjitis tanısı alan toplam hastanın yaş ve cinse göre dağılımı gösterilmiştir.

Yaş	Kadın	Erkek	Toplam	Oran %
11-20 yaş	2	-	2	3.3
21-30 yaş	6	4	10	16.6
31-40 yaş	11	11	22	36.6
41-50 yaş	6	11	17	28.3
51-60 yaş	3	6	9	15.0
61-70 yaş	-	-	-	- -
Toplam	28	32	60	100.0

Tablo-7- Tez çalışması kapsamına alınan 60 kronik basit larenjitis vakasının yaş ve cinse göre dağılımı gösterilmiştir.

Vaka No.	Adı Soyadı	Dosya No.	Protokol No.	Yaşı	Cinsi	Şikayet süresi
1	Z.T.	203519	6366	27	E	1 yıl
2	M.B.	206721	7191	33	K	2 yıl
3	M.B.	128967	7933	42	K	3 yıl
4	A.E.	185312	8491	47	E	1 yıl
5	M.S.B.	188671	8492	43	E	5 yıl
6	İ.B.	208764	8565	42	K	3 yıl
7	O.K.	182569	8634	35	E	5 yıl
8	R.O.	189741	8645	42	E	1 yıl
9	R.D.	020178	8713	28	K	4 yıl
10	R.Y.	134897	8717	47	E	5 yıl
11	M.Ö.	207692	8726	32	E	4 yıl
12	S.K.	079154	8728	36	K	5 yıl
13	A.A.	129439	8757	31	E	1 yıl
14	M.T.	192461	8758	60	E	5 yıl
15	L.Ö.	208865	8762	55	E	1 yıl
16	M.Ö.	017169	8778	35	K	5 yıl
17	K.G.	174676	8828	50	E	1 yıl
18	M.A.	120434	8838	46	E	2 yıl
19	A.A.	092501	8851	42	E	13 yıl
20	M.D.	178004	8911	52	E	2 yıl
21	Z.Ö.	113259	8929	29	E	2 yıl
22	A.D.	193001	8996	40	E	1 yıl
23	A.Y.	139143	9058	54	E	8 yıl
24	Z.O.	170284	9114	39	K	9 yıl
25	N.A.	041173	9117	43	K	8 yıl
26	H.Ç.	010883	9184	31	K	5 yıl
27	S.K.	041072	9208	38	K	3 yıl
28	K.P.	083334	9228	45	E	2 yıl
29	B.B.	207695	9747	36	E	1 yıl
30	P.G.	023729	9342	33	K	3 yıl
31	H.G.	209955	9350	42	K	3 yıl

Vaka No.	Adı Soyadı	Dosya No.	Protokol No.	Yaşı	Cinsi	Şikayet süresi
32	S.A.	134166	9375	50	E	7 yıl
33	M.K.	068910	9385	46	E	5 yıl
34	A.A.	000830	9424	30	E	5 yıl
35	K.Ç.	007490	9435	53	K	10 yıl
36	S.T.	208866	9500	38	K	1 yıl
37	A.A.	119875	9537	54	E	8 yıl
38	H.B.	086113	9546	55	E	4 yıl
39	M.Ş.T.	127766	9572	37	E	3 yıl
40	İ.T.	207691	9586	37	K	1 yıl
41	D.E.	072056	9653	33	K	4 yıl
42	G.Y.	213114	9735	38	K	8 yıl
43	S.B.	019985	9812	23	K	4 yıl
44	H.A.	107798	9852	31	E	3 yıl
45	M.S.	046412	9873	47	E	3 yıl
46	R.T.	103048	9878	15	K	3 yıl
47	A.R.A.	029029	9887	31	E	4 yıl
48	F.Y.	213669	9888	30	K	1 yıl
49	M.H.Y.	006590	9903	40	E	5 yıl
50	H.K.	079070	10014	15	K	2 yıl
51	Ş.K.	071565	10015	46	K	7 yıl
52	R.B.	037777	10027	53	K	1 yıl
53	R.Ö.	212631	10033	27	K	3 yıl
54	M.Ö.	207694	10136	24	E	10 yıl
55	M.A.	139859	10251	60	E	3 yıl
56	N.Ö.	110737	10271	22	K	1 yıl
57	A.B.	110810	10433	36	E	1 yıl
58	M.Y.	021784	10449	38	K	8 yıl
59	G.A.	182118	10502	30	K	10 yıl
60	E.E.	209954	10516	43	K	3 yıl

Tablo-8- Vakaların adı,soyadı,dosya ve protokol numarası, yaşı,cinsi ve şikayet süreleri gösterilmiştir.

Vaka No.	Meslek	Vokal suistimal	Vaka No.	Meslek	Vokal suistimal
1	İşçi	-	31	Ev kadını	-
2	Ev kadını	-	32	Şoför	-
3	Ev kadını	-	33	Bakkal	-
4	İşçi	-	34	Öğretmen	+
5	İşçi	-	35	Ev kadını	-
6	Ev kadını	-	36	Ev kadını	-
7	İşçi	-	37	Emekli işçi	-
8	Memur	-	38	Emekli işçi	-
9	Ev kızı	-	39	Bakkal	-
10	İşçi	-	40	Ev kadını	-
11	Pazarlamacı	-	41	Öğretmen	+
12	Ev kadını	-	42	Öğretmen	+
13	İşçi	-	43	Ev kadını	-
14	Emekli imam	+	44	Memur	-
15	Ev kadını	-	45	İşçi	-
16	İşçi	-	46	Ev kızı	-
17	İşçi	-	47	Müezzin	+
18	İşsiz	-	48	Ev kadını	-
19	Memur	-	49	Memur	-
20	İşçi	-	50	Ev kızı	-
21	Öğretmen	+	51	Ev kadını	-
22	İşçi	-	52	Ev kadını	-
23	İşsiz	-	53	Ev kadını	-
24	Öğretmen	+	54	Diş hekimi	-
25	Ev kadını	-	55	Emekli memur	-
26	Öğretmen	+	56	Ev kadını	-
27	Öğretmen	+	57	İşçi	-
28	Seyyar satıcı	+	58	Ev kadını	-
29	İşçi	-	59	Ev kadını	-
30	Ev kadını	-	60	Ev kadını	-

Tablo-9- Vakaların mesleklerine göre dağılımı gösterilmiştir.

Vaka No.	Sigara içme	Miktarı (Paket)	Süresi (Yıl)	Vaka No.	Sigara içme	Miktarı (Paket)	Süresi (Yıl)
1	İçiyor	1	14	31	İçmiyor	-	-
2	İçmiyor	-	-	32	İçiyor	1	35
3	İçmiyor	-	-	33	İçiyor	2	30
4	İçiyor	3	40	34	İçmiyor	-	-
5	İçiyor	1	26	35	İçmiyor	-	-
6	İçmiyor	-	-	36	İçiyor	1	15
7	İçmiyor	-	-	37	İçiyor	1	15
8	İçmiyor	-	-	38	İçiyor	1	15
9	İçmiyor	-	-	39	Terk etmiş	-	-
10	İçmiyor	-	-	40	İçiyor	1	12
11	İçiyor	1	15	41	İçmiyor	-	-
12	İçiyor	1	14	42	İçmiyor	-	-
13	İçiyor	1	20	43	İçiyor	1	3
14	İçmiyor	-	-	44	İçmiyor	-	-
15	İçmiyor	-	-	45	İçmiyor	-	-
16	İçiyor	1	20	46	İçmiyor	-	-
17	İçiyor	1	20	47	İçmiyor	-	-
18	İçmiyor	-	-	48	İçmiyor	-	-
19	İçiyor	1	30	49	İçmiyor	-	-
20	İçiyor	1	35	50	İçmiyor	-	-
21	İçiyor	1	12	51	İçmiyor	-	-
22	İçmiyor	-	-	52	İçmiyor	-	-
23	İçmiyor	-	-	53	İçiyor	1	3
24	İçmiyor	-	-	54	İçmiyor	-	-
25	İçmiyor	-	-	55	İçmiyor	-	-
26	İçmiyor	-	-	56	İçmiyor	-	-
27	İçmiyor	-	-	57	İçiyor	1	20
28	İçiyor	1	12	58	İçmiyor	-	-
29	İçiyor	1	15	59	İçmiyor	-	-
30	İçmiyor	-	-	60	İçiyor	1	16

Tablo-10- Vakaların sigara içme alışkanlıkları, miktarı ve süresi gösterilmiştir.

Vaka No.	Hb. % mg.	Lökosit sayısı	Sed. hızı mm/h	Periferik yayma %								
				Erit.	Trom.	G.nöt.	P.nöt.	Eoz.	Bazo.	Lenf.	G.lenf.	Mono.
1	91	6000	10	N.	Y.	1	55	2	-	40	-	2
2	90	5400	10	N.	Y.	2	65	1	-	32	-	-
3	90	7200	12	N.	Y.	-	58	-	-	40	-	2
4	90	8000	10	N.	Y.	-	60	2	-	36	-	2
5	83	8000	10	N.	Y.	-	64	2	-	32	-	2
6	80	5200	5	N.	Y.	1	56	1	-	40	-	2
7	94	7200	5	N.	Y.	1	64	2	-	32	-	1
8	94	5000	6	N.	Y.	-	63	-	-	33	-	4
9	91	8200	5	N.	Y.	1	62	1	-	34	-	2
10	85	6000	10	N.	Y.	-	60	1	-	38	-	1
11	96	5800	4	N.	Y.	-	63	-	-	34	-	3
12	86	5600	6	N.	Y.	1	65	-	-	32	-	2
13	80	7600	5	N.	Y.	-	60	-	-	38	-	2
14	87	5600	13	N.	Y.	-	67	-	-	31	-	2
15	84	7200	5	N.	Y.	-	60	1	-	36	-	3
16	94	8400	10	N.	Y.	1	60	-	-	38	-	1
17	82	6400	8	N.	Y.	-	62	1	-	35	-	2
18	91	5000	10	N.	Y.	-	60	2	-	38	-	-
19	89	8600	10	N.	Y.	-	60	-	-	39	-	1
20	83	7400	10	N.	Y.	1	60	2	-	36	-	1
21	96	8200	3	N.	Y.	1	68	2	-	29	-	-
22	88	7400	3	N.	Y.	-	65	-	-	35	-	-
23	91	8200	8	N.	Y.	-	70	-	-	30	-	-
24	87	8200	10	N.	Y.	1	70	-	-	29	-	1
25	86	6200	5	N.	Y.	1	63	2	-	32	-	2
26	86	5200	5	N.	Y.	1	63	1	-	35	-	-
27	83	7000	10	N.	Y.	1	61	1	-	36	-	1
28	91	8000	10	N.	Y.	-	66	2	-	32	-	-
29	80	5000	10	N.	Y.	-	65	1	-	32	-	2
30	84	8000	10	N.	Y.	1	60	2	-	34	-	3
31	90	6000	5	N.	Y.	1	62	2	-	34	-	1

Vaka No.	Hb. % mg.	Lökosit sayısı	Sed.hızı mm/h	Periferik yayma %								
				Erit.	Trom.	G.nöt.	P.nöt.	Eoz.	Bazo.	Lenf.	G.lenf.	Mono.
32	82	6000	5	N.	Y.	1	63	-	-	35	-	1
33	86	8600	6	N.	Y.	-	74	-	-	22	-	4
34	90	6000	10	N.	Y.	2	65	-	-	32	-	1
35	85	6000	12	H.	Y.	-	55	2	-	40	-	3
36	86	6600	5	N.	Y.	-	73	-	-	27	-	-
37	93	8000	10	N.	Y.	1	64	1	-	32	-	2
38	98	5600	10	H.	Y.	3	60	2	-	34	-	1
39	92	5200	10	H.	Y.	-	64	2	-	30	-	4
40	82	5600	3	N.	Y.	-	61	3	-	34	-	2
41	86	6400	3	N.	Y.	-	65	-	-	33	-	2
42	80	6200	10	N.	Y.	2	66	4	-	26	-	2
43	94	6000	6	N.	Y.	2	62	-	-	36	-	-
44	90	5600	5	N.	Y.	1	58	1	-	36	-	4
45	84	5800	10	N.	Y.	1	60	3	-	36	-	-
46	86	6200	5	N.	Y.	-	62	-	-	38	-	-
47	84	8200	8	H.	Y.	2	62	2	-	30	-	4
48	86	5200	12	N.	Y.	1	58	2	-	38	-	1
49	87	8000	6	N.	Y.	2	65	1	-	31	-	1
50	81	5600	6	N.	Y.	2	60	1	-	35	-	2
51	86	6000	10	N.	Y.	2	58	2	-	37	-	1
52	80	8000	6	N.	Y.	2	59	1	-	36	-	2
53	94	6600	12	N.	Y.	-	64	-	-	36	-	-
54	94	8000	3	N.	Y.	2	56	2	-	39	-	1
55	88	7200	5	N.	Y.	-	64	1	-	32	-	3
56	90	7200	5	N.	Y.	-	60	2	-	34	-	4
57	83	5200	12	N.	Y.	-	58	-	-	38	-	4
58	96	6600	10	N.	Y.	-	60	2	-	24	-	4
59	90	6000	10	N.	Y.	2	60	1	-	36	-	1
60	89	6200	5	N.	Y.	1	62	1	-	36	-	-

Tablo-11- Vakaların hematolojik tetkiklerinin sonuçları gösterilmiştir.

Vaka No.	AKŞ %mg	Üre %mg	Vaka No.	AKŞ %mg	Üre %mg
1	91	15	31	84	11
2	80	15	32	78	12
3	81	10	33	89	12
4	80	15	34	86	11
5	80	17	35	73	6
6	80	14	36	81	10
7	96	12	37	93	15
8	75	15	38	93	15
9	73	6	39	86	12
10	76	14	40	86	14
11	80	20	41	78	13
12	89	9	42	84	6
13	79	12	43	94	11
14	86	19	44	84	14
15	93	15	45	96	13
16	80	15	46	95	16
17	84	16	47	90	15
18	87	13	48	84	12
19	77	10	49	82	15
20	89	17	50	91	12
21	73	15	51	80	11
22	75	12	52	73	14
23	87	16	53	80	15
24	90	14	54	85	14
25	80	11	55	75	10
26	83	9	56	75	13
27	80	12	57	89	15
28	96	14	58	80	10
29	80	15	59	96	13
30	75	6	60	79	11

Tablo-12- Vakaların AKŞ ve Üre sonuçları gösterilmiştir.

Vaka No.	WDRL	PPD (mm)	Vaka No.	WDRL	PPD (mm)
1	-	21	31	-	8
2	-	16	32	-	26
3	-	13	33	-	18
4	-	22	34	-	21
5	-	17	35	-	14
6	-	26	36	-	22
7	-	16	37	-	3
8	-	18	38	-	14
9	-	8	39	-	16
10	-	15	40	-	20
11	-	18	41	-	16
12	-	15	42	-	14
13	-	21	43	-	4
14	-	3	44	-	12
15	-	16	45	-	3
16	-	26	46	-	18
17	-	15	47	-	19
18	-	22	48	-	17
19	-	18	49	-	22
20	-	4	50	-	20
21	-	16	51	-	14
22	-	13	52	-	14
23	-	16	53	-	17
24	-	13	54	-	18
25	-	26	55	-	4
26	-	6	56	-	13
27	-	12	57	-	22
28	-	25	58	-	24
29	-	14	59	-	16
30	-	4	60	-	18

Tablo-13- Vakaların WDRL ve PPD sonuçları gösterilmiştir.

KRONİK SİNÜS VE AKCİĞER ENFEKSİYONU YÖNÜNDEN VAKALARIN
TAKDİMİ

Kronik sinüs enfeksiyonu yönünden:

Vaka No. : 1

Anamnez : Baş ağrısı, burun tıkanıklığı ve postnazal akıntı.

Radyoloji : Frontal ve maksiller sinüsler kapalı.

Larengeal kültür: Pnömonokok üredi.

Vaka No. : 2

Anamnez : Burun tıkanıklığı ve baş ağrısı.

Radyoloji : Frontal ve maksiller sinüsler kapalı.

Larengeal kültür: Patojen stafilokok üredi.

Vaka No. : 3

Anamnez : Baş ağrısı, burun tıkanıklığı ve postnazal akıntı.

Radyoloji : Maksiller sinüslerde mukozal kalınlaşma.

Larengeal kültür: Pnömonokok üredi.

Vaka No. : 4

Anamnez : Baş ağrısı ve burun tıkanıklığı.

Radyoloji : Maksiller sinüslerde mukozal kalınlaşma.

Larengeal kültür: Üreme olmadı.

Vaka No. : 5

Anamnez : Baş ağrısı ve burun tıkanıklığı.

Radyoloji : Maksiller sinüsler kapalı.

Larengeal kültür: Beta hemolitik streptokok üredi.

Vaka No. : 10

Anamnez : Burun tıkanıklığı, baş ağrısı ve postnazal akıntı.

Radyoloji : Maksiller sinüsler kapalı.

Larengeal kültür: Patojen stafilokok üredi.

Vaka No. : 13

Anamnez : Burun tıkanıklığı ve postnazal akıntı.

Radyoloji : Frontal sinüsler kapalı,sağ maksiller sinüste mukosel.

Larengeal kültür: Pnömonokok üredi.

Vaka No. : 14

Anamnez : Baş ağrısı ve burun tıkanıklığı.

Radyoloji : Maksiller sinüslerde kapalılık ve mukozal kalınlaşma.

Larengeal kültür: Patojen stafilokok üredi.

Vaka No. : 22

Anamnez : Burun tıkanıklığı.

Radyoloji : Frontal sinüsler kapalı ve maksiller sinüslerde mukozal kalınlaşma.

Larengeal kültür: Beta hemolitik streptokok üredi.

Vaka No. : 24

Anamnez : Baş ağrısı ve burun tıkanıklığı.

Radyoloji : Frontal sinüsler kapalı.

Larengeal kültür: Üreme olmadı.

Vaka No. : 27

Anamnez : Baş ağrısı ve burun tıkanıklığı.

Radyoloji : Maksiller sinüslerde mukozal kalınlaşma.

Larengeal kültür: Beta hemolitik streptokok üredi.

Vaka No. : 28

Anamnez : Baş ağrısı ve burun tıkanıklığı.

Radyoloji : Frontal sinüsler kapalı.

Larengeal kültür: Üreme olmadı.

Vaka No. : 29

Anamnez : Baş ağrısı ve burun tıkanıklığı.

Radyoloji : Maksiller sinüslerde mukozal kalınlaşma.

Larengeal kültür: Beta hemolitik streptokok üredi.

Vaka No. : 33

Anamnez : Baş ağrısı, burun tıkanıklığı ve postnazal akıntı.

Radyoloji : Frontal ve maksiller sinüsler kapalı.

Larengeal kültür: Patojen stafilokok üredi.

Vaka No. : 34

Anamnez : Baş ağrısı ve burun tıkanıklığı.

Radyoloji : Sağ maksiller sinüs kapalı.

Larengeal kültür: Beta hemolitik streptokok üredi.

Vaka No. : 36

Anamnez : Baş ağrısı ve burun tıkanıklığı.

Radyoloji : Maksiller sinüsler kapalı.

Larengeal kültür: Alfa ve beta hemolitik streptokok üredi.

Vaka No. : 37

Anamnez : Baş ağrısı ve burun tıkanıklığı.

Radyoloji : Maksiller sinüslerde mukozal kalınlaşma.

Larengeal kültür: Patojen stafilokok üredi.

Vaka No. : 40

Anamnez : Burun tıkanıklığı ve postnazal akıntı.

Radyoloji : Sol maksiller sinüs kapalı.

Larengeal kültür: Beta hemolitik streptokok üredi.

Vaka No. : 42

Anamnez : Burun tıkanıklığı ve baş ağrısı.

Radyoloji : Sağ maksiller sinüste mukozal kalınlaşma.

Larengeal kültür: Beta hemolitik streptokok üredi.

Vaka No. : 44

Anamnez : Burun tıkanıklığı ve postnazal akıntı.

Radyoloji : Maksiller sinüsler kapalı ve solda mukozal.

Larengeal kültür: Patojen stafilokok üredi.

Vaka No. : 45

Anamnez : Baş ağrısı ve burun tıkanıklığı.

Radyoloji : Sağ maksiller sinüs kapalı.

Larengeal kültür: Üreme olmadı.

Vaka No. : 46

Anamnez : Burun tıkanıklığı ve baş ağrısı.

Radyoloji : Maksiller sinüslerde mukozal kalınlaşma.

Larengeal kültür: Patojen stafilokok üredi.

Vaka No. : 47

Anamnez : Baş ağrısı ve burun tıkanıklığı.

Radyoloji : Maksiller sinüsler kapalı.

Larengeal kültür: Beta hemolitik streptokok üredi.

Vaka No. : 49

Anamnez : Baş ağrısı ve burun tıkanıklığı.

Radyoloji : Sol maksiller sinüste mukozal kalınlaşma.

Larengeal kültür: Üreme olmadı.

Vaka No. : 51

Anamnez : Burun tıkanıklığı, baş ağrısı ve postnazal akıntı.

Radyoloji : Sol maksiller sinüs kapalı.

Larengeal kültür: Beta hemolitik streptokok üredi.

Vaka No. : 53

Anamnez : Burun tıkanıklığı ve postnazal akıntı.

Radyoloji : Sağ maksiller sinüste mukozal kalınlaşma.

Larengeal kültür: Beta hemolitik streptokok üredi.

Vaka No. : 54

Anamnez : Baş ağrısı ve burun tıkanıklığı.

Radyoloji : Maksiller sinüslerde mukozal kalınlaşma.

Larengeal kültür: Beta hemolitik streptokok üredi.

Vaka No. : 55

Anamnez : Baş ağrısı, burun tıkanıklığı ve postnazal akıntı.

Radyoloji : Maksiller sinüsler kapalı.

Larengeal kültür: Patojen stafilokok üredi.

Vaka No. : 56

Anamnez : Baş ağrısı ve burun tıkanıklığı.

Radyoloji : Maksiller sinüsler kapalı.

Larengeal kültür: Pnömonokok üredi.

Vaka No. : 58

Anamnez : Burun tıkanıklığı ve postnazal akıntı.

Radyoloji : Sol maksiller sinüs kapalı.

Larengeal kültür: Beta hemolitik streptokok üredi.

Vaka No. : 60

Anamnez : Burun tıkanıklığı ve baş ağrısı.

Radyoloji : Sağ maksiller sinüs kapalı.

Larengeal kültür: Pnömonokok üredi.

Kronik akciğer enfeksiyonu yönünden:

Vaka No. : 5

Anamnez : 8 yıllık astım bronşiyale hastası.

Radyoloji : Bilateral, yaygın kronik değişiklikler.

Larengeal kültür: Beta hemolitik streptokok üredi.

Vaka No. : 7

Anamnez : 10 yıl önce geçirilmiş akciğer tüberkülozu.

Radyoloji : Solda fibro-kalsifiye tüberküloz sekeli, yaygın kronik değişiklikler.

Larengeal kültür: Beta hemolitik streptokok üredi.

Vaka No. : 11

Anamnez : Daha önce kronik bronşitis tanısı konularak tedavi gördüğünü ifade etmekte.

Radyoloji : Bilateral,yaygın kronik değişiklikler.

Larengeal kültür: Patojen stafilokok üredi.

Vaka No. : 12

Anamnez : 10 yıllık astım bronşiyale hastası.

Radyoloji : Bilateral,yaygın kronik değişiklikler.

Larengeal kültür: Üreme olmadı.

Vaka No. : 15

Anamnez : Öksürük,balgam çıkarma ve nefes darlığı.

Radyoloji : Yaygın kronik değişiklikler.

Larengeal kültür: Üreme olmadı.

Vaka No. : 20

Anamnez : Öksürük,balgam çıkarma ve nefes darlığı.

Radyoloji : Bilateral,yaygın kronik değişiklikler.

Larengeal kültür: Alfa ve beta hemolitik streptokok üredi.

Vaka No. : 33

Anamnez : Öksürük ve balgam çıkarma.

Radyoloji : Yaygın kronik değişiklikler.

Larengeal kültür: Patojen stafilokok üredi.

Vaka No. : 35

Anamnez : Öksürük ve balgam çıkarma.

Radyoloji : Yaygın kronik değişiklikler.

Larengeal kültür: Beta hemolitik streptokok üredi.

Vaka No. : 38

Anamnez : 5 yıldan beri kronik korpulmonale tonusu ile tedavi görmektedir.

Radyoloji : Bilateral, yaygın kronik değişiklikler ve kalpte büyüme.

Larengeal kültür: Pnömonokok üretti.

Vaka No. : 48

Anamnez : Öksürük, balgam çıkarma ve nefes darlığı.

Radyoloji : Sağda fissüritis sekeli, yaygın kronik değişiklikler.

Larengeal kültür: Beta hemolitik streptokok üretti.

Vaka No. : 52

Anamnez : Öksürük, balgam çıkarma ve nefes darlığı.

Radyoloji : Bilateral, yaygın kronik değişiklikler.

Larengeal kültür: Beta hemolitik streptokok üretti.

Vaka No. : 59

Anamnez : Öksürük ve balgam çıkarma.

Radyoloji : Yaygın kronik değişiklikler.

Larengeal kültür: Beta hemolitik streptokok üretti.

Anamnez ve radyolojisinde kronik sinüs ve akciğer enfeksiyonu bulguları olmadığı halde 6, 18, 26 ve 32 numaralı vakaların larengeal kültürlerinde üreme oldu. Diğer vakaların anamnez ve radyolojisinde kronik sinüs ve akciğer enfeksiyonuna ait bulgular olmadığı gibi larengeal kültürlerinde de üreme olmadı.

Vakaların kronik sinüs ve akciğer enfeksiyonlarına ait bulguları Tablo-14'te gösterilmiştir.

Vaka No.	Kr. Sinüs enf.		Kr. Akc. enf.		Kültür	Vaka No.	Fr. Sinüs enf.		Kr. Akc. enf.		Kültür
	Anam.	Rad.	Anam.	Rad.			Anam.	Rad.	Anam.	Rad.	
1	+	+	-	-	+	31	-	-	-	-	-
2	+	+	-	-	+	32	-	-	-	-	+
3	+	+	-	-	+	33	+	+	+	+	+
4	+	+	-	-	-	34	+	+	-	-	+
5	+	+	+	+	+	35	-	-	+	+	-
6	-	-	-	-	+	36	+	+	-	-	+
7	-	-	+	+	+	37	+	+	-	-	+
8	-	-	-	-	-	38	-	-	+	+	+
9	-	-	-	-	-	39	-	-	-	-	-
10	+	+	-	-	+	40	+	+	-	-	+
11	-	-	+	+	+	41	-	-	-	-	-
12	-	-	+	+	-	42	+	+	-	-	+
13	+	+	-	-	+	43	-	-	-	-	-
14	+	+	-	-	+	44	+	+	-	-	+
15	-	-	+	+	-	45	+	+	-	-	-
16	-	-	-	-	-	46	+	+	-	-	+
17	-	-	-	-	-	47	+	+	-	-	+
18	-	-	-	-	+	48	-	-	+	+	+
19	-	-	-	-	-	49	+	+	-	-	-
20	-	-	+	+	+	50	-	-	-	-	-
21	-	-	-	-	-	51	+	+	-	-	+
22	+	+	-	-	+	52	-	-	+	+	+
23	-	-	-	-	-	53	+	+	-	-	+
24	+	+	-	-	-	54	+	+	-	-	+
25	-	-	-	-	-	55	+	+	-	-	+
26	-	-	-	-	+	56	+	+	-	-	+
27	+	+	-	-	+	57	-	-	-	-	-
28	+	+	-	-	-	58	+	+	-	-	+
29	+	+	-	-	+	59	-	-	+	+	+
30	-	-	-	-	-	60	+	+	-	-	+

Tablo-14- Vakaların kronik sinüs ve akciğer enfeksiyonu yönünden bulguları gösterilmiştir.

T A R T I Y K A

Poliklinik kayıtlarının incelenmesi:

1.1.1983-31.12.1983 tarihleri arasında yapılan toplam poliklinik muayene sayısı 11813'tür. Tablo-1 incelendiğinde 84(%0.71) vakaya kronik basit larenjitis tanısı konulmuş olduğu, bunların 36 (% 42.9)'sinin kadın, 48 (% 57.1)'inin erkek olduğu ve en fazla vakanın 26 (% 30.9) vaka ile 31-40 yaş grubunda olduğu görülmektedir.

1.1.1984-31.12.1984 tarihleri arasında yapılan toplam poliklinik muayene sayısı 13973'tür. Tablo-2 incelendiğinde 97(%0.69) vakaya kronik basit larenjitis tanısı konulmuş olduğu, bunların 44 (% 45.4)'ünün kadın, 53 (% 54.6)'ünün erkek olduğu ve en fazla vakanın 31 (% 31.9) vaka ile 31-40 yaş grubunda olduğu görülmektedir.

1.1.1985-31.12.1985 tarihleri arasında yapılan toplam poliklinik muayene sayısı 11186'dır. Tablo-3 incelendiğinde 98(%0.87) vakaya kronik basit larenjitis tanısı konulmuş olduğu, bunların 43 (% 43.9)'ünün kadın, 55 (% 56.1)'inin erkek olduğu ve en fazla vakanın 27 (% 27.5) vaka ile 31-40 yaş grubunda olduğu görülmektedir.

1.1.1986-31.12.1986 tarihleri arasında yapılan toplam poliklinik muayene sayısı 17192'dir. Tablo-4 incelendiğinde 143(%0.83) vakaya kronik basit larenjitis tanısı konulmuş olduğu, bunların 62 (% 43.4)'sinin kadın, 81 (% 56.6)'inin erkek olduğu ve en fazla vakanın 43 (% 30.0) vaka ile 31-40 yaş grubunda olduğu görülmektedir.

1.1.1987-31.7.1987 tarihleri arasında yapılan toplam poliklinik muayene sayısı 10614'tür. Tablo-5 incelendiğinde 84 (%0.79) vakaya kronik basit larenjitis tanısı konulmuş olduğu, bunların 38 (% 45.3)'inin kadın, 46 (% 54.7)'sinin erkek olduğu ve en fazla vakanın 24 (% 28.5)'vaka ile 31-40 yaş grubunda olduğu görülmektedir.

1.1.1983-31.7.1987 tarihleri arasında yapılan toplam poliklinik muayene sayısı 64778'dir. Tablo-6 incelendiğinde 506(%0.78) vakaya kronik basit larenjitis tanısı konulmuş olduğu, bunların 223 (% 44.1)'ünün kadın, 283 (% 55.9)'ünün erkek olduğu görülmektedir. Vakaların yaş gruplarına göre dağılımında 11-20 yaş grubunda 43 (% 8.4) vaka, 21-30 yaş grubunda 106 (% 20.9) vaka, 31-40 yaş grubunda 151 (% 29.8) vaka, 41-50 yaş grubunda 126 (% 24.9) vaka, 51-60 yaş grubunda 66 (% 13.0) vaka ve 61-70 yaş grubunda ise 14(%2.7) vaka olduğu görülmektedir.

Tez çalışması kapsamına alınan 60 vakanın yaş, cins ve şikayet sürelerinin incelenmesi:

Tablo-7 incelendiğinde tez çalışması kapsamına alınan 60 kronik basit larenjitis vakasının 28 (% 46.7)'inin kadın, 32(%53.3)'sinin erkek olduğu görülmektedir. Kadın ve erkek vakaların oranları "Student's t Testi" ile analiz edildi. İstatistiksel olarak fark önemli bulunmadı ($t = 0.416$; $p > 0.05$).

Vakaların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde 11-20 yaş grubunda 2 (% 3.3) vaka, 21-30 yaş grubunda 10 (% 16.6) vaka, 31-40 yaş grubunda 22 (% 36.6) vaka, 41-50 yaş grubunda 17 (% 28.3) vaka, 51-60 yaş grubunda 9 (% 15.0) vaka olduğu ve 61-70 yaş grubunda vaka olmadığı görülmektedir. Yaş gruplarına göre dağılımın istatistiksel olarak önemli bir farklılık gösterip göster-

mediği "Tek Örneklem Chi-Kare Testi" ile kontrol edildi.Farklılığın önemli olduğu saptandı ($\chi^2 = 19.833$; $p < 0.01$).

Bu sonuçlara dayanarak kronik basit larenjitis vakalarında cinse göre dağılımın benzer olduğunu,yaş gruplarına göre dağılımın önemlilik arz ettiğini ve en fazla vakanın 31-40 yaş grubunda görüldüğünü söyleyebiliriz.Bu sonuçlar polikliniğe başvuran vakaların yaşa ve cinse göre dağılımları ile de uyumludur.

Stell ve McLoughlin yaptıkları çalışmada kronik basit larenjitisin cinsler arasındaki dağılımını benzer ve en fazla vakanın olduğu yaş grubunu ise 41-50 yaş grubu olarak bulmuşlardır(30). Bizim çalışmamızda en fazla vakanın olduğu yaş grubu % 36.6 oranı ile 31-40 yaş grubu olarak bulundu.41-50 yaş grubu ise % 28.3 oranı ile ikinci sırada yer aldı.Bu durumu ülkemiz insanının kronik hastalıklara karşı zamanla hastalığını önemsememesine bağlayabiliriz.

Vakalarımızın şikayet süreleri Tablo-8`de incelendiğinde 5 yıl ve daha az süre şikayetleri olan vaka sayısının 48 (% 80.0) olduğu ve en az şikayet süresinin 1 yıl,en uzun şikayet süresinin ise 13 yıl olduğu görülmektedir.

Vakaların mesleklere göre dağılımı ve vokal sistimal yönünden incelenmesi:

Tablo-9 incelendiğinde vakaların 23 (% 38.3) ünün ev kadını,15 (% 25.0)`inin işçi,7 (% 11.6)`sinin öğretmen,5 (% 8.3)`inin memur,2 (% 3.3)`sinin din adamı,2 (% 3.3)`sinin bakkal, 1 (% 1.6)`inin diş hekimi,1 (% 1.6)`inin pazarlamacı,1 (% 1.6)`inin şoför,1 (% 1.6)`inin seyyar satıcı ve 2 (% 3.3)`sinin işsiz olduğu görülmektedir.Bunlardan 7 öğretmen,2 din adamı ve 1 seyyar sa-

tıcıda yani toplam 10 (% 16.6) vakada vokal suistimalin söz konusu olduğu kabul edildi.

Stell ve McLoughlin çalışmalarında vokal suistimalin söz konusu olduğu vakaların oranını % 17 olarak bulmuşlar ve bunun önemli bir faktör olmadığını kabul etmişlerdir (30).Bizim vakalarımızda vokal suistimalin söz konusu olma oranı olan % 16.6, % 17'ye göre farklı olup olmadığı "Student's t Testi" ile analiz edildi. Farkın istatistiksel olarak önemli olmadığını saptandı ($t = 0.0845$; $p > 0.05$).

Vakaların sigara içme alışkanlıklarının incelenmesi:

Tablo-10 incelendiğinde 23 (% 38.3) vakanın sigara içtiği, geriye kalan 37 (% 61.6) vakanın sigara içmediği görülmektedir. Sigara içen 23 vakanın 7 (% 30.5)'si kadın, 16 (% 69.5)'si ise erkektir. Yine sigara içen vakaların 21 (% 91.3)'i 1 paket, 2 (% 8.6)'si 1 paketten fazla sigara içmekte ve 21 (% 91.3) vaka 10 yıldan fazla, 2 (% 8.6) vaka ise 10 yıldan daha az sigara içmektedir.

Dünya Sağlık Teşkilatının 1983 yılında yayınladığı bir raporda gelişmekte olan ülkelerin çoğunda genç ve erişkin nüfusun sigara içme oranı % 50 olarak kabul edilmektedir (29).Vakalarımızda sigara içme oranı olan % 38.3, gelişmekte olan ülkelerde sigara içme oranı olan % 50 ile farklı olup olmadığı yönünden "Student's t Testi" ile test edildi. Farklılığın önemli olmadığını görüldü ($t = 1.859$; $p > 0.05$). Bu sonuca göre vakalarımızın sigara içme oranı ile genel popülasyonun sigara içme oranının benzer olduğu ve kronik basit larenjitisin etiyolojisinde sigara içmenin önemli bir faktör olmadığını görülmektedir. Ayrıca vakalarımızın sigara içme alışkanlıkları incelendiğinde 23 sigara içen vakanın 16 (%69.5)'

si erkek,7 (% 30.5)'si ise kadındır.Sigara içen erkek vakaların oranı,sigara içen kadın vakaların oranının iki katından daha fazladır.Gerek tez çalışması kapsamına alınan vakaların, gerekse polikliniğe başvuran kronik basit larenjitis vakalarının cinse göre dağılımında erkek,kadın oranları arasında önemli bir fark bulunmamıştır.Sigara içme kronik basit larenjitisin etiyojisinde önemli bir faktör olsaydı hastalığın erkeklerde daha çok görülmesi beklenirdi.Stell ve McLoughlin çalışmalarında kronik basit larenjitisin etiyojisinde sigara içmenin önemli bir faktör olmadığını göstermişlerdir (30).

Vakaların hematolojik tetkik sonuçlarının incelenmesi:

Hematolojik tetkikler yönünden normal değerler hemoglobin için % 80-100 mg,lökosit sayısı için 5000-10000,sedimentasyon hızı için erkeklerde 0-15 mm/h,kadınlarda 0-20 mm/h,periferik yayma için eritrositler normal,trombositler yeterli,gomak nötrofiller % 1-3, parçalı nötrofiller % 50-75,cozinofiller % 1-5,barofiller % 0.1-0.5, lenfositler % 20-40,gang lenfositler % 0.1-0.5,monositler ise % 1-10 olarak kabul edildi (23,38).

Tablo-11 incelendiğinde vakalarımızın hepsinde hematolojik tetkik sonuçlarının normal değerlerde olduğu görülmektedir.Buna dayanarak kronik basit larenjitis vakalarında hemoglobin,lökosit sayısı,sedimentasyon hızı ve periferik yayma değerlerinin özellik arz etmediğini ve etiyojide hematolojik faktörlerin önemli olmadığını söyleyebiliriz. Stell ve McLoughlin çalışmalarında sadece hemoglobin değerlerini incelemişler ve normal bularak aneminin kronik basit larenjitisin etiyojisinde önemli bir faktör olmadığını kabul etmişlerdir (30).

Vakaların metabolik tetkik sonuçlarının incelenmesi:

Metabolik tetkikler yönünden normal değerler ağılık kan şekeri için % 70-110 mg ve üre için % 5-25 mg olarak kabul edildi (38).

Tablo-12 incelendiğinde vakaların hepsinde ağılık kan şekeri ve üre neticelerinin normal değerlerde olduğu görülmektedir. Buna dayanarak kronik basit larenjitisin etiyolojisinde diabetes mellitus ve üremi gibi metabolik hastalıkların önemli bir faktör olmadığını söyleyebiliriz. Stell ve McLoughlin çalışmalarında kronik basit larenjitisin etiyolojisinde diabetes mellitus ve üreminin önemli bir faktör olmadığını göstermişlerdir (30).

Spesifik hastalıklara yönelik tetkik sonuçlarının incelenmesi:

Spesifik hastalıklara yönelik tetkiklerden PPD testi için 0-4 mm.lik endürasyon (-), 5-9 mm.lik endürasyon şüpheli, 10 mm.ve daha yüksek endürasyon (+) olarak kabul edildi (12).

Tablo-13 incelendiğinde vakalarımızın PPD testinin 7(%11.6) vakada (-), 3 (% 5.0) vakada şüpheli ve 50 (% 83.3) vakada ise (+) olduğu görülmektedir.

Ülkemizde mobil üniteler ve tüberküloz dispanserlerince yapılmış olan kitle PPD ve mikrofilm taramalarında 1968 yılında 1.662.344 kişiye PPD yapılmış ve % 81.9 oranında (+) bulunmuş, 1969 yılında 2.166.828 kişiye PPD yapılmış ve % 82.9 oranında (+) bulunmuş ve 1970 yılında 1.951.055 kişiye PPD yapılmış ve % 82.3 oranında (+) olarak bulunmuştur (37).Yine Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesinde sağlık personelinin PPD ve mikrofilm taramalarında 792 kişiye PPD yapılmış ve BCG lilerde % 93 oranında, BCG sizlerde

ise % 82 oranında (+) olarak bulunmuştur (4).Vakalarımızın PPD testi sonuçlarının bu sonuçlar ile benzer olduğu görülmektedir.

Tablo-13'te görüldüğü gibi vakalarımızın hepsinde WDRİ testi (-) tir.

Bu sonuçlara dayanarak kronik basit larenjitis vakalarında PPD testinin bir özellik göstermediğini ve sifilizin kronik basit larenjitis etiolojisinde önemli bir faktör olmadığını söyleyebiliriz.Stell ve McLoughlin çalışmalarında sifilizin kronik basit larenjitisin etiolojisinde önemli bir faktör olmadığını göstermişlerdir (30).

Vakaların kronik sinüs ve akciğer enfeksiyonu yönünden incelenmesi:

Tablo-14 incelendiğinde anamnezinde ve radyolojisinde kronik sinüs enfeksiyonu kanıtları olan vakaların sayısı 31 (% 51.6) olup,bunlardan larengeal kültürlerinde üreme olanların yani bakteriyolojik olarak enfeksiyon kanıtı olanların sayısı 26 (% 43.3) dir.Anamnezinde ve radyolojisinde kronik akciğer enfeksiyonu kanıtları olan vakaların sayısı ise 12 (% 20.0) olup,bunlardan larengeal kültürlerinde üreme olanların yani bakteriyolojik olarak enfeksiyon kanıtı olanların sayısı 9 (% 15.0) dur. Anamnezinde ve radyolojisinde kronik sinüs ve akciğer enfeksiyonu kanıtları olan vakaların toplam sayısı 43 (% 71.6),anamnezinde,radyolojisinde ve bakteriyolojik tetkikinde kronik sinüs ve akciğer enfeksiyonu kanıtları olan vakaların ayrı ayrı toplamı ise 35 (% 58.3) tir.Bunlardan 2 vakada hem sinüs hem de akciğer enfeksiyonu olması nedeniyle gerçek toplam vaka sayısı 33 (% 55.0) tür.Anamnezinde ve radyolojisinde kronik sinüs ve akciğer enfeksiyonu kanıtları olma-

diğı halde larengeal kültürlerinde üreme olan vaka sayısı ise 4 (% 6.6) tür.

Anamnezinde, radyolojik ve bakteriyolojik tetkikinde enfeksiyon kanıtları olan 33 (% 55.0) vakada kronik sinüs ve akciğer enfeksiyonu olduğu kabul edildi. Stell ve McLoughlin çalışmalarında kronik sinüs ve akciğer enfeksiyonu olan vakaların oranını % 53 olarak bulmuşlar ve bunu kronik basit larenjitisin etiyolojisinde önemli bir faktör olarak kabul etmişlerdir (30). Bizim vakalarımızda bulduğumuz kronik sinüs ve akciğer enfeksiyonu oranı olan % 55.0, % 53'e göre farklı olup olmadığını "Student's t Testi" ile analiz edildi. Farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptandı ($t = 0.311$; $p > 0.05$). Bu sonuçta göre kronik basit larenjitisin etiyolojisinde kronik sinüs ve akciğer enfeksiyonlarının önemli bir faktör olduğu görülmektedir.

Anamnez ve radyolojisinde enfeksiyon kanıtı olduğu halde larengeal kültürlerinde üreme olmayan vakalar daha önceden geçirilmiş enfeksiyon sekelleri şeklinde, anamnez ve radyolojisinde enfeksiyon kanıtı olmadığı halde larengeal kültürlerinde üreme olan vakalar ise diğer solunum yolu enfeksiyonlarının mevcut olabileceği şeklinde yorumlandı.

Kronik basit larenjitisin etiyolojisi klasik kulak-burun-boğaz kitaplarında sigara içme, vokal suistimal, alt ve üst solunum yolu enfeksiyonu, anemi gibi hematolojik hastalıklar, diabetes mellitus ve üremi gibi metabolik hastalıklar ve sifiliz gibi geçirilmiş başlıklar şeklinde anlatılmakta, fakat bu faktörlerin önemli olduğunu destekleyen çalışmalar ve istatistiksel sonuçlar gösterilmemektedir (6,10,15,26). Nitekim 1976 yılında İngiltere'de kro-

nik basit larenjitis etiyolojisi üzerinde çalışma yapmış olan Stell ve McLoughlin, son 10 yıl içinde İngiliz ve Amerikan literatüründe çalışmalarının sonuçlarını karşılaştırabilecek referans bulamadıklarını belirtmek zorunda kalmışlardır (30). Biz de çalışmamızda aynı sorunla karşılaştık.

S O N U Ç

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak-Burun Boğaz Anabilim Dalı polikliniğine 1.1.1983-31.7.1987 tarihleri arasında başvuran kronik basit larenjitis vakalarının oranları, yaşa ve cinse göre dağılımları incelenmiş, 1986-1987 yıllarında başvuran vakalardan rastgele örnekleme metodu ile seçilen 60 kronik basit larenjitis vakası, yaşa ve cinse göre dağılımları, etiyolojik faktörlerin önemi yönünden araştırılarak şu sonuçlar elde edilmiştir:

- 1- Poliklinik muayenelerinde kronik basit larenjitis tanısı alan vakaların oranı % 0.78, kadın vakaların oranı % 44.1, erkek vakaların oranı % 55.9 ve en fazla vakanın olduğu yaş grubu ise % 29.8 oran ile 31-40 yaş grubu olarak bulunmuştur.
- 2- Tez çalışması kapsamına alınan 60 kronik basit larenjitis vakasının cinse göre dağılımında kadın vakaların oranı % 46.7, erkek vakaların oranı % 53.3 ve en fazla vakanın olduğu yaş grubu ise % 36.6 oranı ile 31-40 yaş grubu olarak bulunmuştur. Cinse göre dağılımdaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ve yaş gruplarına göre dağılımın ise önemli olduğu gösterilmiştir.
- 3- Vakaların çoğunda (% 80.0) şikayet sürelerinin 5 yıl ve daha az süre olduğu bulunmuştur.

- 4- Vakalarda vokal suistimal oranı % 16.6 olarak bulunmuş ve bunun etiyolojide önemli bir faktör olmadığı istatistiksel olarak gösterilmiştir.
- 5- Vakalarda sigara içme oranı % 38.3 olarak bulunmuş ve bunun etiyolojide önemli bir faktör olmadığı istatistiksel olarak gösterilmiştir.
- 6- Vakaların hepsinde hemogloblin miktarı, lökosit sayısı, sedimentasyon hızı ve periferik yayma normal olarak bulunmuş ve etiyolojide hematolojik faktörlerin önemli olmadığı gösterilmiştir.
- 7- Vakaların hepsinde AKŞ ve Üre değerleri normal olarak bulunmuş ve etiyolojide diabetes mellitus ve üremi gibi metabolik hastalıkların önemli bir faktör olmadığı gösterilmiştir.
- 8- Vakaların hepsinde VDRL testi (-) bulunmuş ve etiyolojide sifilizin önemli bir faktör olmadığı gösterilmiştir.
- 9- Vakalarda PPD testi % 83.3 oranında (+) olarak bulunmuş ve kronik basit larenjitis vakalarında PPD testinin bir özellik arz etmediği gösterilmiştir.
- 10- Vakalarda kronik sinüs ve akciğer enfeksiyonu oranı % 55.0 olarak bulunmuş ve kronik basit larenjitisin etiyolojisinde kronik sinüs ve akciğer enfeksiyonlarının önemli bir faktör olduğu istatistiksel olarak gösterilmiştir.

Ö Z E T

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak-Burun-Boğaz Anabilim Dalı polikliniğine 1.1.1983-31.7.1987 tarihleri arasında başvuran kronik basit larenjitisli vakaların oranları,yaş ve cinse göre dağılımları incelendi. 1986-1987 yıllarında polikliniğe başvuran kronik basit larenjitis vakalarından rastgele örnekleme metodu ile seçilen 60 vaka,yaş ve cinse göre dağılımları,etiyojik faktörlerin önemi yönünden araştırıldı.Elde edilen sonuçlar literatür ile karşılaştırılarak tartışıldı.

L İ T E R A T Ü R L E R

- 1- ALTUĞ, H., ŞENDOĞAK, F. ve SUMAR, O.: Otolarengoloji, Hilal Matbaacılık, İstanbul, 1973, 387-442.
- 2- AKAN, D., KATOĞYAN, A., SAYAR, T., DUTRANOĞLU, İ.: Kulak-Burun-Boğaz sahasındaki lepra lepramatöz değişiklikler, Türk ORL. Derneği XIV. Milli Kongresi, Çeltik Matbaacılık, İstanbul, 1979, 483-491.
- 3- BAILEY, H.C. and WINDLE-TAYLOR, P.C.: Tuberculous laryngitis: A Series of 37 patients, Laryngoscope, 91:1, 93-99, 1981.
- 4- BALCI, K., COŞKUNSEL, H., CEMRETTİN, G.: D.Ü. Tıp Fakültesi sağlık personelinin mikrofilm ve tüberkülin tarama sonuçları, Tüberküloz ve Toraks, 33:2, 176-178, 1985.
- 5- BALLENGER, J.J.: Diseases of the Nose, Throat and Ear, Eleventh Ed., Lea and Febiger, Philadelphia, 1969, 273-383.
- 6- BUCHAN, K.A. et AL.: Aetiology and epidemiology of viral croup in Glasgow 1966-72, J. Hyg. (Camb), 73:1, 143-150, 1974.
- 7- CEVANŞİR, B., GÜREL, G.: Foniatri, sesin oluşumu, bozuklukları ve korunmasında temel ilkeler, Sanal Matbaacılık, İstanbul, 1982, 174-192.
- 8- CİNGİ, E.: Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları, Uğur Matbaası, Eskişehir, 1982, 354-369.
- 9- CLEMENS, J.E. and PORTILLA, W.: Laryngeal abscesses, USA. Otolaryngol. Head Neck Surg., 87:31, 339-341, 1979.
- 10- ELLIS, M.: Acute laryngitis, Chronic laryngitis in: BALLANTYNE, J., GROVES, J.: Scott-Brown's Diseases of the Ear, Nose and Throat, 3. Ed., Butterworths Co., London, Vol:4, 1971, 311-373.

- 11- GAZİOĞLU, K.: Akciğer Hastalıkları, Tek Ofset Matbaası, İstanbul, Cilt:1, 1978, 333-368.
- 12- GERTLER, R. and RAMAGES, L.: Tuberculous laryngitis-a one year harvest, Journal of laryngology and otology, 99:11, 1119-1125, 1985.
- 13- GESLİN, P., DEVİCTOR, D., HOAULT, G.: Diagnostic microbiologique des épiglottitis, Path. Biol., 31:2, 120-122, 1983.
- 14- HALL, S., COLMAN, B.H.: Kulak-Burun boğaz Hastalıkları el Kitabı, Güven Kitabevi, Ankara, 1978, 163-168.
- 15- JACKSON, C. and JACKSON, C.L.: Diseases of the Nose, Throat and Ear, 2. Ed., W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1959, 576-609.
- 16- KAHİMTÜRK, E., DÜNDAR, A.: Larenksin prekanseröz lezyonları: Baş ve boyun kanserleri simpozyumu, Hilâl Matbaacılık, İstanbul, 1980, 230-243.
- 17- KARATAY, S.: Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları, Çeltüt Matbaacılık, İstanbul, 1978, 253-272.
- 18- KAYA, S., ŞENVAR, A., MİNGİ, C.: Pemphigus vulgaris, Türk ORL. Derneği XV. Milli Kongresi, Çeltüt Matbaacılık, İstanbul, 1982, 818-821.
19. KHAN, W. et AL.: Haemophilus influenzae type B resistant to ampicillin. A report of two cases, J. Am. Med. Assoc., 229: 298-301, 1974.
- 20- KLEINSASSER, O.: Microlaryngoscopy and Endolaryngeal Microsurgery, Saunders Co., London, 1969, 32-54.
- 21- LACROIX, J. et AL.: Group A Streptococcal supraglottitis, The Journal of pediatrics, 109:1, 20-24, 1968.

- 22- MAYOSMITH, M.F. et AL.: Acute epiglottitis in adults, The New England Journal of Medicine, 314:18, 1133-1138, 1968.
- 23- MÜFTÜOĞLU, F.: Klinik Hematoloji, D.Ü. Tıp Fakültesi Yayınları, Diyarbakır, 1986, 281-287.
- 24- ÖZAN, V.: Oto-Rhino-Laryngologie Ders Kitabı, Müsnütabı at Basımevi, İstanbul, 1949, 308-335.
- 25- PARELLO, F. et AL.: Traitement des laryngites, Rev. Laryng., 91:453-464, 1970.
- 26- SALMON, L.F.W.: Acute laryngitis, Chronic laryngitis in: BALLANTYNE, J., GROVES, J.: Scott-Brown's Diseases of the Ear, Nose and Throat, 4. Ed., Butterworths Co., London, Vol:4, 1979, 345-420.
- 27- SCHALEN, L. et AL.: Inefficacy of penicillin V in acute laryngitis in adults, Ann. Otol. Rhinol. Laryngol., 94:1, 14-17, 1985.
- 28- SCHWARTZ, R.H. et AL.: Acute epiglottitis caused by beta-hemolytic group C streptococci, Am. J. Dis. Child., 136:6, 558-559, 1982.
- 29- Smoking control strategies in developping countries, Technical report series, WHO, Geneva, 1983, 695:9-16.
- 30- STELL, P.M. and MCLOUGHLIN, M.P.: The aetiology of chronic laryngitis, Clinical otolaryngology, 1:3, 265-269, 1976.
- 31- ŞEKERCİOĞLU, N., ÖZ, F., ÖZ, B.: Bir olgu nedeniyle rhinosklerom, Türk Otolarengoloji Arşivi, 24:1-2, 5-11, 1986.
- 32- GÜŞEN, T., GÜNEY, E., TAŞTİRLİ, Y.: Tüm Kulak-Burun-Böğaz belirtileri gösteren geç devre sifiliz olgusu, Türk ORL Derneği XV. Milli Kongresi, Çeltük Matbaacılık, İstanbul, 1982, 814-817.
- 33- TALAVERA, T.F.İ., RAPKIN, R.M.: Antibiotic usage in the management of acute laryngotracheobronchitis (Croup), Clinical Pediatrics, 13:12, 1074-1075, 1974.

34- TAN, O., KANIMTÜRK, E.: Wegener's granulomatosis, Türk ORL. Cemiyeti X. Milli Kongresi, Çeltüt Matbaacılık, İstanbul, 1970, 370-382.

35- TOMEH, M.O. et AL.: Ampicillin resistant haemophilus influenzae type B infection, J. Am. Med. Assoc., 229:295-297, 1974.

36- TRAVIS, L.W., HYBELS, R.L., NEWMAN, M.H.: Tuberculosis of the larynx, Laryngoscope, 86:4, 549-558, 1976.

37- VİDİNEL, İ.: Akciğer Hastalıkları, Ege Ün. Matbaası, İzmir, 1981, 351-362.

38- WINTROBE, M.M., THORN, G.W., ADAMS, R.D., BRAUNFELD, E., ISSELBACHER, K.J., PETERSDORF, R.G.: Harrison's Principles of Internal Medicine, Seventh Ed., Mc Graw-Hill Co., 1974, 2039-2044.

39- WRIGHT, M.G.: Rheumatoid laryngitis, Proc. R. Soc. Med., 66:1110-1111, 1973.

40- YAĞIZ, C., DEVRANOĞLU, İ., ŞİRİNSOHN, M., BORA, P.: Relapsing polikondrit, Türk Otolarengoloji Arşivi, 24:1-2, 78-83, 1986.

T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı

DİCLE ÜNİVERSİTESİ
MERKEZ KÜTÜPHANESİ

BASİT KRONİK LARENJİTİSLERDE ETİYOLOJİK NEDENLERİN İNCELENMESİ

(UZMANLIK TEZİ)

Dr. Suat Kövoğlu

T.C. DİCLE ÜNİVERSİTESİ KÜTÜPHANESİ	
Demirbaş No.	0079044
Tasnif No.	616.22
	K37
	1987

DİYARBAKIR — 1987

Ö N S Ö Z

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak-Burun-Boğaz Anabilim Dalında Araştırma Görevlisi olarak çalıştığım süre içinde büyük desteğini gördüğüm Sayın Hocam Doç.Dr.Mehmet DEMİREL'e şükran duygularımı sunar ve birlikte çalıştığım araştırma görevlisi arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Dr.Suat KÖYOĞLU

İ Ç İ N D E K İ L E R

Sayfa

GİRİŞ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	2
MATERYAL VE METOD.....	24
BULGULAR.....	25
TARTIŞMA.....	45
SONUÇ.....	54
ÖZET.....	56
LİTERATÜRLER.....	57

G İ R İ Ő

İnsanın en büyük zevklerinden biri de düşünce ve duygularını ifade edebilme yeteneği olup, bu aynı zamanda kendisini diğer canlılardan ayıran en önemli özelliklerinden de birisidir. Ayrıca günümüz toplumlarında birçok kişinin hayatını kazanması konuşmasına bağlıdır. Bu nedenle ses kısıklıklarının tedavisi büyük önem taşımaktadır.

Ses kısıklıklarının önemli sebeplerinden birisi de kronik basit larenjitislerdir. Kesin nedeni bilinmeyen bu hastalığın eti-yolojisi konusunda çeşitli faktörler suçlanmıştır. Bu faktörler genellikle vokal suistimal, sigara içme, solunum yolu enfeksiyonları, hematolojik, metabolik ve spesifik hastalıklar gibi çeşitli bağlıklar altında toplanmaktadır.

Bu çalışmada Kulak-Burun-Boğaz polikliniğine bağvuran kronik basit larenjitis vakalarının oranları, yaşı ve cinse göre dağlılımları incelenmiş, bu vakalar arasından rastgele örnekleme metodu ile seçilen 60 kronik basit larenjitis vakasında etiyolojik faktörlerin önemi araştırılmıştır.

GENEL BİLGİLER

LARENKS ENFEKSİYONLARININ SINIFLANDIRILMASI (5)

I- Larenksin akut enflamatuar hastalıkları:

A- Akut nonspesifik larenks enfeksiyonları;

- a) Akut enflamatuar nonspesifik larenjitis
- b) Akut spazmodik krup
- c) Akut supraglottik larenjitis
- d) Akut larengotrakeobronşitis
- e) Nonspesifik membranöz larenjitis

B- Akut spesifik larenks enfeksiyonları;

- a) Larenks difterisi
- b) Larenks herpesi
- c) Larenks absesi
- d) Larenksin akut perikondritisi

II- Larenksin kronik enflamatuar hastalıkları:

A- Larenksin kronik nonspesifik enflamatuar hastalıkları;

a) Kronik nonspesifik larenjitis

- 1- Hipertrofik larenjitisi ve subglottik larenjitisi içeren kronik basit larenjitis
- 2- Hemorajik larenjitis
- 3- Kronik atrofik larenjitis
- 4- Vokal nodüller

5- Vokal polipler

- Lokalize vokal polip
- Diffüz vokal polipozis

b) Larenksin kronik epitelyal hiperplazileri

- 1- Pakiderma larenjis
- 2- Larenksin keratozisi
 - Lökoplaki
 - Papiller keratozis

B- Larenksin kronik granüloamatöz hastalıkları;

- a) Larenks tüberkülozu
- b) Larenks lupusu
- c) Larenks sifilizi
- d) Larenks leprası
- e) Larenks ruamı
- f) Larenks skleromasi
- g) Larenks sarkoidozu
- h) Larenksin mikotik hastalıkları

C- Sistemik hastalıklarda larengeal manifestasyonlar;

- a) Konjenital hastalıklar
- b) Membranöz larenjitis
- c) Hemorajik larenjitis
- d) Larengeal abseler
- e) Larenksin paraziter hastalıkları
- f) Kollajen hastalıklarda larenks
- g) Larengeal değişikliklere sebep olan diğer hastalıklar

LARENKSİN AKUT ENFLAMATUAR HASTALIKLARI

Akut enflamatuar nonspesifik larenjitis:

Etkeni virüs olan bu hastalığın belirtileri boğazda ağrı, öksürük, afoni ve hafif inspiratuar stridordur. Larenks mukozası enflame ve ödemli olup, ülserasyon ve psödomembranlar görülebilir. Tedavisi yatak istirahati, mutlak ses istirahati, solunum havasının nemlendirilmesi, bol mayi, sistemik hidrasyonun sağlanması ile yapılır. Schalen ve arkadaşları erişkin akut nonspesifik larenjitisi tedavisinde penisilinin etkinliğinin olmadığını ve bu nedenle viral orijinli olan bu hastalıkta antibiyotik tedavisinin gereksiz olduğunu, ancak bakteriyel süperenfeksiyonun tespiti halinde verilebileceğini göstermişlerdir (27).

Akut spazmodik krup (Çocukların akut larenjitisi):

Larengeal spazm ile birlikte olması ve ağır dispnelerin aniden eklenebilmesi nedeni ile önemli olan enflamatuar bir hastalıktır. Larenjismus stridolus'tan kalsiyum metabolizmasında bir anormalliğin olmaması ile ayrılır. Hastalarda krupöz öksürük, stridor ve dispne görülür. Tedavisi kusturucu ilaçlar, oksijen verilmesi ve hastanın sıcak duşa sokulması ile yapılır (1,5).

Akut supraglottik larenjitis (Epiglottitis):

Thiesen tarafından 1900 yılında ilk defa tariflenen bu hastalığın önceleri sadece çocuklarda görüldüğüne inanılırdı (26). Daha sonra erişkin vakaları da bildirilmiştir (23). Hastalığın etkeni sıklıkla H. influenzae tip B'dir (5). Grup A ve C streptokokal supraglottik larenjitis vakaları rapor edilmiştir (21,28). Yine stafilokok ve pnömokoklar da etkili organizmalar olabilir.

Hastalığın belirtileri ateş,boğaz ağrısı,yutma güçlüğü, seste boğuklaşma, stridor ve dispne olup,fizik muayenede supraglottik yapılar,özellikle epiglot şiş,kızarıklık ve ödemlidir.Tanı için boğaz kültürü yanında kan kültürü de mutlaka alınmalıdır.Geslin ve arkadaşları epiglottitis vakalarında pozitif H.influenzae kan kültürü oranını % 37.5 olarak bulmuşlardır (13).

Tedavisi sistemik hidrasyonun sağlanması,oksijen verilmesi,uygun antibiyotik ve steroidlerin verilmesi,gerektiğinde nazotrakeal entübasyon veya trakeotomi ile yapılır (26).Ampisiline dirençli H.influenzae vakaları bildirilmekle beraber kültür ve hassasiyet testlerinin sonucu gelinceye kadar ilk tercih edilecek antibiyotik ampisilindir (19,26,35).

Akut larengotrakeobronşitis:

Çocuklarda larenks,trakea ve bronşların ağır,akut bir enfeksiyonudur.Etkeni viruslar olup,sıklıkla parainfluenza tip 1,3 ve influenza A ile oluşur (5).Respiratuar sinsityal virus ve kızamık virusu ile de olabilmektedir (6).Kızamık virusu ile olan vakalardaki ölüm oranı diğer viruslar ile olanlara göre belirgin olarak yüksektir (26).Hafif bir üst solunum yolu enfeksiyonu şeklinde başlayan hastalığa daha sonra öksürük, stridor, dispne, retraksiyonlar ve siyanoz eklenir.Tedavisi sistemik hidrasyonun sağlanması,oksijen ve steroidlerin verilmesi,gerektiğinde nazotrakeal entübasyon veya trakeotomi ile yapılır.Talavera ve Rapkin akut larengotrakeobronşitis vakalarında antibiyotik tedavisinin yeri olmadığını göstermişlerdir (33).

Nonspesifik membranöz larenjitis:

Membranöz larenjitis enfeksiyon,bazı gazların etkisi ve

sıcak dumanlara bağılı termal zedelenme ile meydana gelebilir(26). Enfektif membranöz larenjitisin etkenleri pnömokok,streptokok, stafilokok,psödomonas aerogenes ve gram negatif organizmalardır. Bu hastalıkta larengeal yapılar gevşek,beyaz-sarı renkli membranlar ile örtülü olup,bu membranlar kolayca kalkar ve kaldırıldıklarında alttaki mukoza kanamaz.Tedavisi solunum havasının nemlendirilmesi,sistemik hidrasyonun sağlanması,yüksek doz antibiyotik verilmesi ve gerektiğinde trakeotomi ile yapılır (1,5).

Larenks difterisi:

Etkeni Corynebacterium diphtheriae olan difteri farenkste olduğu gibi larenkste de kirli sarı,gri renkli,zor kalkan ve kaldırınca kanayan membranlar oluşturur.Hastalarda ateş,boğaz ağrısı, disfaji, stridor,dispne ve boyunda lenfadenopati görülür.Periferik nöritis ve miyokarditis gibi ciddi komplikasyonlar yapabilir.Tedavisi antibiyotik ve difteri antitoksini verilerek,solunum yolu obstrüksiyonu için nazotrakeal entübasyon veya trakeotomi ile yapılır (5,26).

Larenks herpesi (Herpetik larenjitis):

Daha çok küçük çocuklarda görülen virütik bir hastalıktır.Larenksteki lezyonlar kırmızı bir halka ile çevrili veziküller şeklinde başlar.Daha sonra bu veziküller patlar ve beyaz bir eksüda ile kaplı küçük ülserler ortaya çıkar.Hastalarda boğuk ses, boğmaca tipi öksürük ve stridor mevcut olup,genellikle bir veya iki hafta içinde kendiliğinden iyileşir (5).

Larenks absesi:

İlk defa 1945 yılında J.Jackson tarafından tariflenmiştir (9).Günümüzde genellikle radyoterapi ve mekanik travmadan

olan perikondritisin bir komplikasyonu olarak meydana gelir. Hastalarda ateş, kırılganlık, ses kısıklığı, öksürük, yutma ve konuşma sırasında ağrı, stridor ve dispne görülür. Tedavisi trakeotomi, yüksek doz antibiyotik verilmesi ve abse drenajı ile yapılır (1,5).

Larenksin akut perikondritisi:

Perikondriyal ve subperikondriyal mesafenin primer enfeksiyonu nadir olup travma, radyoterapi, neoplazma istilası ve enfeksiyon hastalıkları (tifo) ile meydana gelir (1). Hastalarda ses kısıklığı veya afoni görülür. Larenks palpasyon ile hassastır. Tedavisi trakeotomi, konuşma ve oral beslenme yasağı ve geniş spektrumlu antibiyotikler verilerek yapılır (5).

LARENKSİN KRONİK ENFLAMATUAR HASTALIKLARI

Kronik nonspesifik larenjitisi:

Kronik enflamatuar değişiklikler klinik manifestasyonların bir tipini oluşturacak şekilde genellikle larengeal mukozayı ilgilendirirler (5). Klinik ve patolojik görünümleri açıklamak için kullanılan terimlerin çokluğu yüzünden karışıklıklar vardır. Kleinsasser mikrolarengoskopik incelemeleri neticesinde çoğu kronik larenjitisi vakasının başlangıçtan itibaren kronik bir seyir olduğundan bahseder (20).

Etiyoloji: Basit akut larenjitinin çoğu vakaları bir veya iki hafta içinde spontan olarak iyileşir. Fakat bazılarında hastalık inat etmeye eğilimlidir. Hatta bir kış mevsimi boyunca devam edebilir. Bu hastalarda akut larenjitise karşı yapısal bir hassasiyet söz konusudur. Akut larenjitisin böyle rekürens gösteren bazı vakaları zamanla kronik larenjitise gider (26).

Bazı vakalarda sürekli bir larengeal irritasyon kaynağı söz konusu olabilir. Bronşektazi ve pürülan sinüzitis gibi larenksi de etkileyebilen ve pürülan materyal üreten solunum yolu enfeksiyonları bir neden teşkil edebilir. Kronik larengeal irritasyonun önemli bir kaynağı da vokal suistimaldir. Ses kullanılan mesleklerdeki kişilerin çoğu larengeal mukozada bazı değişiklik belirtilelerini gösterirler. İnhalanlar, özellikle sigara dumanı ve endüstriyel dumanlar larengeal irritanlardır. İn hale edilen havanın nemden fakirliği, nazal obstrüksiyona sekonder olarak sürekli ağız solunumu larengeal mukozada değişikliklere neden olabilir. Herhangi bir vazodilatasyon sebebi enflamatuar değişikliklerle sonuçlanacak olan submukozal hemoraji ve ödemi predispoze edebilir. Alkol vazodilate edici bir ajan olmak yanında sosyal inhibisyonları azaltarak vokal suistimali de predispoze eder (5,26). Etiyolojide diabetes mellitus, üremi, anemi ve sifiliz gibi hastalıklar da sorumlu tutulmuştur.

Kronik basit larenjitisin kontrol edildiği bir çalışmada Stell ve McLoughlin bu faktörlerin ayrı ayrı önemini değerlendirmeye çalışmışlar ve sadece solunum yolu enfeksiyonlarının önemli olduğunu göstermişlerdir (30).

Patoloji: Larengeal irritanların ana etkisi vazodilatasyon ve hiperemi oluşturmaktır. Bunun sonucu olarak da submukozal hemorajiler ve intersisyonel ödem gelişir. Daha sonra zedelenmiş olan yapı fibrozis ve hiyalinizasyona neden olan fibroblastlar ile ılgal edilir. Patofizyolojik değişiklikler herhangi bir aşamada durarak klinik bir antite ile sonuçlanabilir (26).

Larenksteki patolojik değişiklikler diffüz veya lokalize

olabilir. Bu patolojik değişiklikler sıklıkla gerçek ve yalançı vokal kordlara lokalizedir. Epitelyal değişiklikler genel olarak yaygındır. Supraglottik alanların siliyalı respiratuar epiteli skuamöz metaplaziye uğrar. Normal stratifiye skuamöz epitel alanları akantozis, keratozis ve parakeratozis yüzünden olan kalınlaşmayı gösterebilir. Glandüler yapılar hastalığın erken devresinde hipertrofiye olur, fakat daha sonra sıkka sendromu ile sonuçlanacak şekilde tam atrofiye gidebilir. Subepitelyal dokular vazodilatasyonun değişik derecelerini, hemoraji, intersisyel ödem ve mononükleer hücre enfiltrasyonunu sergileyebilir. Uzun süren vakalarda fibrozis ve hiyalin dejenerasyon belirginleşir (5,26).

Kronik larenjitisin tipleri şunlardır (5):

- 1- Hipertrofik larenjitisi ve subglottik larenjitisi içeren kronik basit larenjitis
- 2- Hemorajik larenjitis
- 3- Larenjitis sıkka
- 4- Vokal nodüller
- 5- Vokal polipler

Kronik basit larenjitis:

Klinik belirtiler: Daha çok 40-50 yaşlar arasında görülen bir hastalık olup ses kısıklığı en belirgin semptomudur. Hastalar özellikle düşük perdede varyasyonlarla birlikte seslerinin kaba olmasından ve tonda çatlamalardan şikayet eder. Ses kısıklığının günün erken saatlerinde daha fazla olduğunu ve gün boyunca iyiye gittiklerini belirtebilirler. Larengeal rahatsızlık ve ağrı ile birlikte vokal yorgunluk daha çok ilerlemiş vakalarda mevcuttur. Genellikle nonproduktif olan bir öksürük boğazı temizlemek için

sürekli olarak mevcut olabilir (5,26).

Muayene bulguları: Larangeal mukoza diffüz olarak kızarıktır. Gerçek vokal kordlar sedefi parlaklıklarını kaybeder ve mat kırmızıya çalan pembe bir renkte görülür. Küçük dilate kan damarları serbest kenarlara paralel seyredecek şekilde gerçek vokal kordların üst yüzeylerinde görülebilir. Gerçek vokal kordların serbest kenarları yuvarlaklaşır, kordlar gevrek ve sarkık olarak görülür. Mukozal yüzeylerde ve glottis boyunca mukus kalıntıları görülebilir. Daha ilerlemiş vakalarda mukoza granüler bir görünüm alır, polipoid değişiklikleri sergileyebilir ve erozyon alanları olabilir. Fibrozis ilerledikçe gerçek ve yalancı kordların polipoid deformiteleri belirir. Diffüz değişikliklerin olduğu vakalara hiperplastik veya hipertrofik larenjitis terimleri kullanılmaktadır (5,15,26).

Vakaların yüksek bir oranı paranasal sinüs, ağız, farenks veya alt solunum yolu enfeksiyonu ile birlikte bulunur. Bu nedenle fizik muayene bulguları sadece larenkse ait değildir. Burun ve postnazal boşlukta veya arka farangeal duvarda yapışık, kurumuş halde püyün bulunması kronik sinüzitis tanısı koydurur ve radyolojik tetkik gerektirir. Hastaların ağız hijyeni bozuk olabilir. Akciğerlerin fizik muayene ve radyolojik tetkikinde alt solunum yolu enfeksiyonu tespit edilebilir (26).

Ayırıcı tanı: Hiperplastik larenjitiste direkt larengoskopi, endirekt muayenenin güç ve tatmin edici olmadığı durumlarda gerekli olabilir. Hiperplastik değişiklikler görüldüğünde biyopsi ile erken karsinomanın ekarte edilmesi düşünülmelidir. Diffüz inflamatuvar değişiklikler sifilizin sekonder ve tersiyer dönemlerinin başlangıcında görülebilir ise de günümüzde bu geç manifestas-

yonlar nadir olarak larengoloğun kargısına çıkar.Bununla birlikte serolojik testler tetkiklere eklenmelidir.Ayrıca larenks tüberkülozunun başlangıcında larenkste hiperemi ve ödemin olabileceği de unutulmamalıdır (15,26).

Tedavi: Öncelikle solunum yolunun başka bir yerinde enfeksiyonun varlığı araştırılmalıdır.Kronik sinüzitis sıklıkla aktif atakları getiren bir kaynak olup,bunlar inatçı vakalarda cerrahi müdahaleyi gerektirebilir.Alt solunum yolu enfeksiyonunun tedavisi ve genel sağlık konusunda yardımcı olması için bazen dahiliye uzmanına başvurmak gerekli olabilir.

Hastalara akut epizod süresince mutlak ses istirahati yaptırılmalıdır.Hasta sesini yeterli ölçüde istirahatte tutuyorken, hastayı işinde tutmak genellikle mümkün olamamaktadır.Oysa akut enfektif larenjitiste birkaç günlük istirahat yeterli olabilmektedir.Kronik vakalarda sadece birkaç günlük istirahat tamamen yarsızdır.Zaman zaman solunum yolu enfeksiyonunun araştırılması, tedavisi ve en azından bir süre mutlak ses istirahati zorunluluğuna fırsat sağlaması için hastanın hastaneye yatırılması gerekebilir.Bununla birlikte bu durum haftalarca etkili ses istirahati uygulanmadığı sürece boşuna olacaktır.Ses istirahati esnasında konuşma terapistinin yardımı ile hastanın uygun ses üretmeyi öğrenmesi sağlanmalıdır.Kabul edilmelidir ki bazı hastalar böyle bir tedaviyi saçma olarak görüp uygulanmasını imkansız bulacaklardır.Böyle düşünmeseler bile işlerini kaybetmek istemeyebilirler.Ayrıca hastaların tütün ve alkol alışkanlıklarını da terk etmeleri gereklidir (5,15,26).

Hastalara çeşitli ilaç tedavileri de uygulanmalıdır.An-

tibiyotikler larenks dışında solunum yollarında birlikte olan enfeksiyonlar için de gereklidir. Balgam kültürü uygun antibiyotiğin tespitinde yararlı olabilir. Nazal sürüntüler genellikle değerli değildir. Hastalara çeşitli spreylar tavsiye edilmiştir. Bu spreylarin değeri şüphelidir. Bir zamanlar popüler olan gümüş nitrat gibi çeşitli yağlı spreylarin de zararları olmuştur. Ayrıca hastalık uzun bir süre devam ettiğinden bazen lipoid pnömoniler görülebilir. Ekspektoranlar örneğin amonyum karbonat içeren karışımlar yapışkan sekresyonları gevşetebilir. Fakat bu ilaçlar kronik hastalıkta sadece akut epizodlarda intermitten olarak kullanılmalıdır. Ayrıca buhar inhalasyonlarının birkaç gün yapılması hastayı rahatlatabilir. Ama hastalığın seyri üzerine etkili olması beklenmemelidir. Bol nemli atmosfer önemli olup kuru iklimlerde geceleri hasta odasının nemlendirilmesi faydalı olur. Bazen uzun süren hastalık periyodlarında kaplıca tedavilerinden hastalar yarar görebilirler (5,25,26).

Hemorajik larenjitis:

Larenkste gevşek stroma yüzünden submukozal hemorajiler meydana gelebilir. Pıhtılaşma bozukluğu ile birlikte olan çeşitli kan diskrazilerinin herhangi biri veya antikoagülan tedavi submukozal hemorajiye neden olabilir (5). Başlangıç semptomları genellikle ani ses kısıklığı ve stridor olup daha sonra dispne ve solunum yolu obstrüksiyonu ortaya çıkar.

Larenks muayenesinde bir veya her iki arıepiglottik fol-dun koyu kırmızı, mor, şişkin kitleler halinde vestibüler lümene doğru uzandığı görülür. Hematom formasyonunu enflamatuar reaksiyon ve beklemiş kanın absorbsiyonu izler. Larengeal obstrüksiyon mev-

cut olmadıkça ses istirahati ve pıhtılaşma defektinin düzeltilmesi dışında spesifik bir tedaviye gerek yoktur (1,5).

Kronik atrofik larenjitis:

Etiyoloji: Larenjitis sikka veya ozenatöz larenjitis de denen bu hastalık larenks mukozasının belirgin atrofisiyle karakterizedir (10). Radyoterapi görmüş hastalarda atrofik larenjitis meydana gelebilir. Bazen uzamış kronik basit larenjitis atrofik larenjitise dönebilir. Hastalık Sjögren sendromunun bir parçası olabilir veya gebelik ile ilişkili olarak meydana gelebilir. Bununla birlikte hastaların çoğunda belli bir etiyoloji tespit edilemez. Etiyolojisi tespit edilemeyen kronik atrofik larenjitis vakalarının çoğunluğunu bayan hastalar oluşturur ve bu hastalarda sıklıkla kronik atrofik rinitis de mevcuttur.

Patoloji: Atrofik rinitis de olduğu gibi intima tabakasında proliferasyon ve küçük damarların duvarlarında fibrozis nedeni ile mukozal vaskülerite de belirgin bir azalma vardır. Glandüler yapılar tama yakın veya tamamen yok olmuştur. Larenksin silyalı yüzeysel epiteli skuamöz metaplaziye uğrar ve inceler. Sıklıkla bu atrofik mukozada erozyonlar da mevcuttur (5).

Klinik belirtiler: Hastalar boğaz kuruluşundan şikayet eder. Kalın, yapışkan sekresyonları çıkarmak için inatçı bir öksürük olabilir. Öksürük ve ses kısıklığı sabahları daha da şiddetlidir. Zaman zaman larengeal kabuklar solunum sıkıntısına ve onların atılması ile de hemoptiziye sebep olabilir. Hastaların hemen hemen tümü iğrenç nefes kokusundan şikayet eder (15,26).

Muayene bulguları: Larengeal mukoza kuru, parlak ve pürüzlü görünümündedir. Özellikle interaritenoid bölgede olmak üzere la-

renkste kabuklar mevcuttur.Kabukların rengi sarı-yeşilden siyaha kadar değişebilir.Kabuklar alındığı zaman üzeri ıslak,sıyrık bir yüzey ortaya çıkar.Fakat gerçek ülserasyonlar nadirdir.Hastalığın tanısı kolayca konur.Fakat buna rağmen bazı vakalar sifilizden ayrılmalıdır (1,26).

Tedavi: Larenkste yeterli ıslaklık sağlamak tedavinin esasını teşkil eder.Bunun için hasta odasının özellikle geceleri nemlendirilmesi gereklidir.Kabuk oluşumunu önlemek ve kötü kokuya mani olmak için özel spreylere kullanılabilir (5,10).İyoditlerin verilmesi herhangi bir glandüler fonksiyon kalmış ise sekresyonların stimülasyonu için faydalı olabilir.Hastaların streptomisin, östrojen preparatları ve A,B,C vitaminlerinden yararlandığı söylenmektedir (17,25).Zaman zaman larenksteki yapışkan kabukların endoskopik olarak çıkartılması gerekebilir (5).

Vokal nodüller:

Lokalize kronik larenjitisin bir şekli olup öğretmen,şarkıcı nodülü gibi isimler de verilir.Etiyolojisinde vokal suistimal önemli bir faktördür.Genellikle bilateral olup kordların 1/3 ön kısmında meydana gelirler.En belirgin semptomları ses kısıklığı olan vokal nodüller konservatif veya cerrahi olarak tedavi edilirler (5,26).

Vokal polipler:

Genellikle 40-50 yaşlar arasında görülen ve sebebi bilinmeyen bir hastalıktır.Lokalize vokal polip ve diffüz vokal polipozis şeklinde iki tipi vardır.Lokalize vokal polipler larenksin en sık görülen benign lezyonlarıdır.Vokal poliplerin en önemli semptomu ses kısıklığı olup cerrahi olarak tedavi edilirler (5,15).

Larenksin Kronik epitelyal hiperplazileri:

Larenks normal olarak iki tip epitel ile örtülüdür. Larengeal ventrikül, yalancı kordlar ve subglottik bölge silyalı respiratuar epitel ile örtülü olup geri kalan alanları nonkeratinize skuamöz epitel örter. Larenksin kronik epitelyal hiperplazilerini Ballenger pakiderma larenjis ve larenks keratozisi diye ikiye ayırır ve larenks keratozisinin de lökoplaki ve papiller keratozisten oluştuğunu belirtir (5). Salmon ise larenksin kronik epitelyal hiperplazilerini kontakt pakidermi, interaritenoid pakidermi ve sınırlı epitelyal hiperplaziler şeklinde üçe ayırır. Lököplaki ve hiperkeratozis terimlerini kabul etmez (26). Kleinsasser epitelyal hiperplazinin histolojik aşamalarını atipinin kanıtı olmayanlar, lököplaki ve karsinoma insitü şeklinde üç devre halinde gösterirken, Kambic basit hiperplazya, anormal hiperplazya ve atipik hiperplazya olarak üç devre şeklinde kabul etmektedir (16,20).

Pakiderma larenjis: İlk defa 1860 yılında Virchow tarafından tariflenmiştir. Mackenzie ve C. Jackson hastalığı bir ülser olarak kabul etmişlerdir (26). Daha sonraları yapılan çalışmalarla bir kronik epitelyal hiperplazi olduğu anlaşılmıştır. Ellis pakidermileri kırmızı ve beyaz pakidermiler diye ikiye ayırmaktadır (10).

Pakiderma larenjis posteriyor komissür ve vokal kordların posteriyor kısımlarındaki epitelde akantozis, keratozis ve parakeratozis ile birlikte giden belirgin, muntazam kalınlaşmalardır (5). Beyaz renkli ve kenarları kabarık lezyonlar olup malign dejenerasyon göstermezler. Ancak malignansiyi ekarte etmek için biyopsi alınması gereklidir. Nadiren fonasyonu bozabilecek kadar büyük kitleler yapabilir. Bu durumda cerrahi olarak çıkartılmaları gerekir.

Cerrahi tedavi gerektirmeyen vakalarda ise larengeal iritanların eliminasyonu, ses istirahati ve vokal terapi uygulanır (5). Bazı yazarlar lokalize kırmızı plakidermilerde ventriküler bandların kas yapısı içine ve submukozaya direkt kortizon enjeksiyonlarının faydalı olduğunu iddia ederler. Bu uygulamanın lökoplakilere yapılması gerektiğini de vurgularlar (25).

Larenks keratozisi: Keratozis anormal büyüme ve matürasyonun olduğu bir grup epitelyal lezyon için kullanılan klinik bir terimdir (5). Bu lezyonun önemi larenks karsinomasına olan yakınlığından gelmektedir. Etiyolojisinde genellikle larengeal iritanlar sorumlu tutulur ve hastalarda semptom olarak ses kısıklığı mevcuttur. Daha çok erkeklerde görülen bu hastalığın lökoplaki ve papiller keratozis olmak üzere iki tipi vardır.

Lökoplaki: Bu terim herhangi bir mukozal yüzey üzerinde görülebilen beyaz, yassı ve plak gibi lezyonları belirtir. Genellikle düzgün ve iyi sınırlı olmaya eğilimi vardır. Daha çok vokal kordların üst yüzeyinde oluşur (5).

Papiller keratozis: Epitelin gayri muntazam, siğil gibi oluşumlarını gösterir. Bu tip lezyonda lökoplakilere oranla daha çok ikaz edici mikroskobik değişiklikler görülür (5).

Larenksteki keratozis durumlarında malignansiye ekarte etmek için mutlaka biyopsi alınmalıdır. Sadece keratozisin tespit edildiği hallerde hastaya durumu anlatılır ve periyodik kontroller ile klinik olarak durumu izlenir. Gerektiğinde biyopsi tekrarlanmalıdır. Hastaya her türlü iritan yasaklanır (26). Lökoplakilerde bazen endoskopik olarak ses tellerinin sıyrılması yararlı olabilir. Enfiltrasyonun daha derin olduğu durumlarda larengofissür ve

ses tellerinin çıkartılması savunulan bir tedavi yöntemidir.Radyo-
terapinin faydası ise tartışmalıdır (14).

Larenksin kronik granüloamatöz hastalıkları

Larenks tüberkülozu:

Pulmoner tüberkülozun ılımlı seyreden vakalarında larenge-
al tutulum yaklaşık % 3'tür (5).Larenks tüberkülozu primer olarak
meydana gelmez ve daha çok zayıf bünyeli,sağlıksız,çoğu alkolik
olan ileri yaşlardaki erkeklerde görülür (26).Larenkse yayılım
kontamine balgamanın teması ile olup,larenkste aritenoidler,inter-
aritenoid mesafe ve posteriyor vokal kordlar olmak üzere daha çok
posteriyor yapılar tutulur.Hastalarda boğaz kuruluşu ve ağrısı,
ses kısıklığı,solunum yolu obstrüksiyonu ve akciğer tüberkülozuna
ait semptomlar görülür.Muayenede posteriyor yapılarda hiperemi,
ödem,epiglotta kızarıklık ve şişlik,ülserasyonlar görülebilir
(5,15,36).

Larenks tüberkülozunun tedavisi pulmoner tüberküloz teda-
visi gibi olup,başlangıçta her hastaya İNH ve her kombinasyonda
rifampisin verilmelidir (3).Antitüberküloz tedavi en az 1 yıl ka-
dar uygulanmalıdır.Tedaviye başladıktan sonra birinci haftada semp-
tomlar geriler,ikinci ayın sonunda ise semptomlar tamamen kaybolur
ve larenks normal görünümünü alır (12).

Larengeal lupus:

Muhtemelen artmış konak direnci veya azalmış bakteriyel
virülans yüzünden oluşan tüberkülozun klinik bir tipidir (5).Has-
talık primer olarak larenkste meydana gelmez (10).Histolojik ola-
rak lezyon tüberküloz lezyonlarının aynısı olup,hastalık genellikle
asemptomatiktir.Hastalarda akciğer tüberkülozu yoktur.

Larenks sifilizi:

Spiroketa Pallida'nın sistemik enfeksiyonu sırasında larenksin istilası sonucu gelişir (1).Konjenital veya akkiz olabilir (17).Hastalığın bulaşmasından sonra 2-6 hafta içinde primer lezyon olan şankr oluşur.Şankrın görülmesinden 6 hafta sonra da sekonder lezyonlar ortaya çıkar (32).Larenks sifilizi esas itibariyle yalnız ikinci ve üçüncü devir lokalizasyonlarını ihtiva eder (24).İkinci devrede larengeal belirtiler diffüz hiperemi, üçüncü devrede ise nodüler enfiltrasyon ve zimba deliği şeklinde ülserlerdir.Tedavide erken vakalarda 10 gün,geç vakalarda ise 14 gün olmak üzere 900.000 ünite prokain penisilin verilir (5,26).

Larenks leprası:

Mycobacterium leprae yani Hansen basili ile meydana gelen spesifik bir hastalıktır (5).Yüz cildi,üst solunum yolunun mukoz membranları diffüz veya nodüler enfiltrasyon ile sinsice tutulur. Larenks vakaların % 10'unda hastalığa yakalanır (1,8).

Larenks leprası fibröz ve ülseröz olmak üzere iki şekilde ortaya çıkar (2).Lezyonlar kazeifikasyon ve nekroz göstermezler. Hastalarda ses kısıklığı ileri devrelerde görülür.Tedavisinde sülfonlar ve rifampisin verilir.Nadiren trakeotomi gerekebilir.

Larenks ruamı (Glanders):

Ruam vücutta yaygın granülomatöz abseler oluşturmasıyla karakterize bir enfeksiyon hastalığıdır.Etkeni Actinobacillus mallei'dir.Daha çok çift tırnaklı hayvanlarla uğraşanlarda görülür.Hastalığın akut ve kronik formları olup,akut formda yüksek ateş,titreme,toksik semptomlar ve koma hali meydana gelir.Tedavisinde sülfonamidler verilir (1,5).

Larenks skleromasi:

Skleroma larenksi çok seven bir enfeksiyondur (24). Hastalık ilk defa 1870 yılında Von Hebra tarafından tariflenmiştir. Gram negatif bir basil olan Klebsiella Rhinoscleromatis tarafından olduğu düşünülmektedir (31). Muayenede larenkste kırmızı, pembe veya beyaz kalınlaşmalar, kötü kokulu mukopürülan akıntı ve buna bağlı kabuklar görülür. Hastalığın tedavisinde antibiyotikler ve steroidler verilir (26).

Larenks sarkoidozu:

Etiyolojisi bilinmeyen kronik granümatöz bir hastalık olup, daha çok 20-40 yaşları arasında görülür. Hastalığın larengeal ilişkisi Devine tarafından 1965 yılında çalışılmıştır (26). Larengeal lezyonlar tipik nonkazeifiye granülomlardan oluşur ve diffüz ödem ile birliktedir. Daha çok supraglottik yapılar tutulur.

Hastalarda dispne, ses kısıklığı, disfaji görülür, tanı Kveim cilt testi ve biyopsi ile konur. Hastalık kendiliğinden iyileşmeye eğilimlidir. Tedavide steroidler verilir (5,26).

Larenksin mikotik hastalıkları:

Larenksin mikotik hastalıkları daima sekonder olup mikozların 10 kadar çeşidi larenksi tutabilmektedir (1,10). En fazla monilia cinsi mantarlara rastlanır (8). Larenkste genellikle granülom veya mikotik granümatöz larenjitis oluştururlar. Ses kısıklığı, dispne, öksürük ve disfaji gibi semptomları olan larengeal mikozlarda kesin tanı balgamda veya larengeal sürüntülerde mantarların görülmesi ve biyopsi ile konur (8). Tedavide çeşitli antimikotik ajanlar verilir (26).

Sistemik hastalıklarda larengeal manifestasyonlar

Konjenital hastalıklar:

Kistik fibrozis (Mukovissidozis): Mukus ve ter ifrazatının artması ile birlikte olan jeneralize bir bez hastalığıdır(1). Larenksin bu şekildeki hastalığında devamlı boğazı temizleme hissi ve ses kısıklığı vardır. Muayenede larenks mukozası kuru, granüller ve kabuklar ile kaplı olarak görülür. Kistik fibrozis tanısı için terde elektrolit konsantrasyonunda artma, pankreas enzimlerinin eksikliği, kronik akciğer masabiyeti ve ailede benzer hastalık hikayesi gerekli kriterlerdir.

Lipoid proteinozis: Nadir görülen bu hereditör hastalıkta fosfolipit kompleksten ibaret hiyaline benzer bir madde ile cilt ve mukoza enfiltre olur. Hasta çocuğun ağlamasında ve bağırmasında zorluk görülür. Ses kısıklığı gittikçe artar ve bazen larengeal obstrüksiyon daha da artarak trakeotomiye gerektirecek durumlar meydana gelebilir (1).

Larengeal abseler:

Günümüzde nadir olarak görülmektedir. Eskiden tifonun üçüncü ve dördüncü haftalarında sıklıkla görülürdü. Ayrıca streptokoksik tonsillitis, gonore ve tifus da sebepler arasında idi. Hastalığın belirtileri nonspesifik larenks abselerinin belirtileri gibidir. Konuşma ve yutkunma ile artan ağrı karakteristiktir (1).

Larenksin paraziter hastalıkları:

Trichinozis: Trichinella spiralis ile olan bu paraziter hastalık çoğunlukla Amerika'da görülür. Göz, dil ve diyafragma adalesinde oturan adult kurdun kistik şeklidir. Klinik bulgu vermez ve tesadüfen tanı konur (1,5).

Layeshmanyoz: Afrika ve Amerika'da görülen bu hastalıkta parazit önce burunu, daha sonra da larenksi enfekte eder. İlk klinik bulgusu daha sonra harabiyete uğrayacak olan, kenarları kabarıklık bir ülserdir. Ses kısıklığı, öksürük, dispne ve disfaji görülür (1,5).

Kollajen hastalıklarda larenks:

Romatoid artritis de larengeal tutulma % 20-30 kadardır (26). Etiyolojisi bilinmeyen bu hastalık eklemleri, arterleri, akciğerleri, kalbi, cildi, kasları, sinir sistemini ve larenksi tutabilir. Larengeal tutulumda krikoaritenoid ekleme ve larengeal kaslarda patolojik değişiklikler olur. Hastalarda daha çok ses kısıklığı görülür (39).

Otoimmün orijinli olan ve daha çok kadınlarda görülen sistemik lupus eritematozusda kollajenin fibrinoid dejeneresansı ve küçük arterleri, cildi, mukozayı ve organları tutan bir enflamasyon mevcuttur. Akut devrede larenks mukozasında ülserasyon, hemorajik büller mevcut olup, ses kısıklığı ve boğaz ağrısına sebep olur. Kesin tanı hematolojik tetkikler ve biyopsi ile konur (1).

Poliarteritis nodoza kan damarlarında, özellikle küçük ve orta büyüklükteki arterlerde, hastalığa yakalanmış organlarda fonksiyon bozukluğu meydana getiren fokal veya yaygın hasar ile karakterizedir. Larenksin tutulduğu vakalarda larenksin submukozal dokularında nodüler lezyonlar görülebilir. Bu nodüller hızla iyileşen gruplar şeklindedir. Larenkste aynı zamanda nonspesifik ürtiker ve purpura da görülebilir. Periferik nöritise bağlı sekonder vokal kord paralizileri meydana gelebilir (5).

Etiyolojisi bilinmeyen ve bir kollajen doku hastalığı olan

sklerodermanın arterleri tutan lezyonları sistemik ve ilerleyici dir.Hastalığın ödematöz şişme,enfiltrasyon ve endürasyon,atrofi olmak üzere üç devresi vardır.Larengeal lezyonlar ventriküler band- lar ve ariepiglottik foldlar üzerinde hafif deprese,sert ve beyaz plaklar şeklinde görülür.Ses telleri tam olarak birleşemez ve ha- reket kısıtlılığı vardır.Kesin tanı biyopsi ile konur (7).

Kollajen doku hastalıklarında larenks tutulumu olduğu za- man tedavi asıl hastalığa,yani kollajen doku hastalığına yönelik- tir (26).

Larengeal değişikliklere sebep olan diğer hastalıklar:

Amiloidozis: Protein ve polisakaridin bir kompleksi olan amiloid primer bir hastalık şeklinde veya başka bir hastalığa se- konder olarak dokularda birikebilir.Amiloidozisin dört tipi mev- cut olup,larenks her tipte de tutulabilir (1,5).

Larenksin muayenesinde balık eti gibi beyaz birikmeler gö- rülür.Hastalığa bağlı olarak ses kısıklığı ve dispne olabilir.Kes- sin tanı biyopsi ile konur.Cerrahi tedavi uygulanır ve primer has- talık tespit edilerek tedavi edilir (8).

Larenks pemfigusu: Pemfigus pekilenkler gösteren,mortali- tesi yüksek,büllü bir grup hastalık olup,beş tipi vardır.Pemfigus vulgaris diğer tiplere göre 8-10 kat daha fazla görülür (18).

Etiyolojisi kesin olarak bilinmemekte olup ateş,baş ağrı- sı,halsizlik,disfaji ve ses kısıklığı yapar.Sıklıkla ağız,dış et- leri ve farenks de hastalığa katılır (8).Kesin tanısı biyopsi ile konur.Tedavisinde steroidler ve immünosüpresifler verilir. Günü- müzde bu tedavilerle dahi mortalitesi 5-30 gibi yüksektir (18).

Wegener granülomatozisi: Üst solunum yolunun ülseratif,

nekrozitan lezyonları ile karakterize, progressif pulmoner ve renal hadiselerin ilave olduğu, ortalama 4-6 aylık peryod içinde ölümün meydana geldiği nadir, komplike bir hastalıktır (34). Wegener granülomatozisi ile idyopatik letal granüloma muhtemelen aynı hastalıktır (17).

Etiyolojisi kesin olarak bilinmeyen bu hastalıkta solunum sisteminde nekroz ve ülserasyonla beraber olan granülomatöz bir enflamasyon vardır. Burun ve paranasal sinüslerden başlayan hastalık kısa zamanda larenks ve akciğerlere iner. Tedavisinde steroidler ve immünosüpresifler verilir (1).

Relapsing polikondritis: Relapsing veya rekküran polikondritis ilk defa Jaksch-Wartenhorst tarafından 1923 yılında tariflenmiştir. Relapsing polikondritis terimi ise ilk defa 1960 yılında Pearson ve arkadaşları tarafından kullanılmıştır (40). Nedeni bilinmeyen, kıkırdığın enflamatuar destruksiyonu ile karakterize ve intermitten olarak ilerleyici bir hastalıktır. Kulak, burun, larenks, trakea ve bronşların kıkırdakları tutulabilir.

Hastalarda ses kısıklığı, odinofaji, anemi ve sedimantasyon yüksekliği vardır. Kesin tanısı biyopsi ile konulan bu hastalık zaman içinde kötüye giderek ölümle sonuçlanır. Tedavide antienflamatuar ajanlar ve sitostatikler verilir (5,40).

MATERYAL VE METOD

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak-Burun-Boğaz Anabilim Dalının 1.1.1983-31.7.1987 tarihleri arasındaki poliklinik başvuruları, kronik basit larenjitis tanısı alan vakaların oranları, yaş ve cinse göre dağılımları yönünden incelendi. Kulak-Burun-Boğaz Anabilim Dalı polikliniğine 1986-1987 yıllarında başvuran kronik basit larenjitisli vakalardan rastgele örneklemeye metodu ile seçilen 60 vaka, yaş ve cinse göre dağılımları, etiyolojik faktörlerin önemi yönünden araştırıldı. Bunun için vakalara şu muayene ve tetkikler yapıldı:

- 1- Anamnez: Vakaların yaş, cins, şikayet süresi, alerji öyküsü, alerji alerji, kronik sinüzit ve akciğer enfeksiyonlarına ilişkin şikayetleri öğrenildi.
- 2- Fizik muayene: Kulak-Burun-Boğaz muayeneleri yapıldı.
- 3- Hematolojik tetkikler: Hemoglobin, lökosit sayımı, sedimentasyon hızı ve periferik lezyon.
- 4- Metabolik tetkikler: AKG ve Üre.
- 5- Spesifik hastalıklara yönelik tetkikler: WDEL ve RPD.
- 6- Radyolojik tetkikler: Batara ve PA röntgen grafipleri.
- 7- Bakteriyojik tetkik: Larengeal kültür.

Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde "Tek Örneklem Chi-Kare Testi" ile popülasyon oranı için "Student's t Test" leri kullanıldı.

B U L G U L A R

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak-Burun-Boğaz Anabilim Dalının 1.1.1983 - 31.7.1987 tarihleri arasındaki poliklinik kayıtlarının incelenmesi sonucu kronik basit larenjitis tanısı alan hastaların sayıları, yaş ve cinse göre dağılımları yıllara göre ve toplam olarak değerlendirilmiş, elde edilen bilgiler aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir.

Yaş	Kadın	Erkek	Toplam	Oran %
11-20 yaş	5	4	9	10.7
21-30 yaş	4	8	12	14.2
31-40 yaş	12	14	26	30.9
41-50 yaş	10	14	24	28.5
51-60 yaş	4	7	11	13.0
61-70 yaş	1	1	2	2.3
Toplam	36	48	84	100.0

Tablo-1- 1.1.1983 - 31.12.1983 tarihleri arasında kronik basit larenjitis tanısı alan hastaların yaş ve cinse göre dağılımı gösterilmiştir.

Yaş	Kadın	Erkek	Toplam	Oran %
11-20 yaş	1	2	3	3.0
21-30 yaş	15	9	24	24.7
31-40 yaş	13	18	31	31.9
41-50 yaş	10	16	26	26.8
51-60 yaş	5	7	12	12.3
61-70 yaş	-	1	1	1.0
Toplam	44	53	97	100.0

Tablo-2- 1.1.1984 - 31.12.1984 tarihleri arasında kronik basit larenjitis tanısı alan hastaların yaş ve cinse göre dağılımı gösterilmiştir.

Yaş	Kadın	Erkek	Toplam	Oran %
11-20 yaş	6	4	10	10.2
21-30 yaş	12	9	21	21.4
31-40 yaş	12	15	27	27.5
41-50 yaş	10	15	25	25.5
51-60 yaş	3	12	15	15.3
61-70 yaş	-	-	-	- -
Toplam	43	55	98	100.0

Tablo-3- 1.1.1985 - 31.12.1985 tarihleri arasında kronik basit larenjitis tanısı alan hastaların yaş ve cinse göre dağılımı gösterilmiştir.

Yaş	Kadın	Erkek	Toplam	Oran %
11-20 yaş	8	7	15	10.4
21-30 yaş	12	20	32	22.3
31-40 yaş	21	22	43	30.0
41-50 yaş	16	17	33	23.0
51-60 yaş	3	9	12	8.3
61-70 yaş	2	6	8	5.5
Toplam	62	81	143	100.0

Tablo-4- 1.1.1986 - 31.12.1986 tarihleri arasında kronik basit larenjitis tanısı alan hastaların yaş ve cinse göre dağılımı gösterilmiştir.

Yaş	Kadın	Erkek	Toplam	Oran %
11-20 yaş	3	3	6	7.1
21-30 yaş	9	8	17	20.2
31-40 yaş	10	14	24	28.5
41-50 yaş	7	11	18	21.4
51-60 yaş	7	9	16	19.0
61-70 yaş	2	1	3	3.5
Toplam	38	46	84	100.0

Tablo-5- 1.1.1987 - 31.7.1987 tarihleri arasında kronik basit larenjitis tanısı alan hastaların yaş ve cinse göre dağılımı gösterilmiştir.

Yaş	Kadın	Erkek	Toplam	Oran %
11-20 yaş	23	20	43	8.4
21-30 yaş	52	54	106	20.9
31-40 yaş	68	83	151	29.8
41-50 yaş	53	73	126	24.9
51-60 yaş	22	44	66	13.0
61-70 yaş	5	9	14	2.7
Toplam	223	283	506	100.0

Tablo-6- 1.1.1983 - 31.7.1987 tarihleri arasında kronik basit larenjitis tanısı alan toplam hastanın yaş ve cinse göre dağılımı gösterilmiştir.

Yaş	Kadın	Erkek	Toplam	Oran %
11-20 yaş	2	-	2	3.3
21-30 yaş	6	4	10	16.6
31-40 yaş	11	11	22	36.6
41-50 yaş	6	11	17	28.3
51-60 yaş	3	6	9	15.0
61-70 yaş	-	-	-	- -
Toplam	28	32	60	100.0

Tablo-7- Tez çalışması kapsamına alınan 60 kronik basit larenjitis vakasının yaş ve cinse göre dağılımı gösterilmiştir.

Vaka No.	Adı Soyadı	Dosya No.	Protokol No.	Yaşı	Cinsi	Şikayet süresi
1	Z.T.	203519	6366	27	E	1 yıl
2	M.B.	206721	7191	33	K	2 yıl
3	M.B.	128967	7933	42	K	3 yıl
4	A.E.	185312	8491	47	E	1 yıl
5	M.S.B.	188671	8492	43	E	5 yıl
6	İ.B.	208764	8565	42	K	3 yıl
7	O.K.	182569	8634	35	E	5 yıl
8	R.O.	189741	8645	42	E	1 yıl
9	R.D.	020178	8713	28	K	4 yıl
10	R.Y.	134897	8717	47	E	5 yıl
11	M.Ö.	207692	8726	32	E	4 yıl
12	S.K.	079154	8728	36	K	5 yıl
13	A.A.	129439	8757	31	E	1 yıl
14	M.T.	192461	8758	60	E	5 yıl
15	L.Ö.	208865	8762	55	E	1 yıl
16	M.Ö.	017169	8778	35	K	5 yıl
17	K.G.	174676	8828	50	E	1 yıl
18	M.A.	120434	8838	46	E	2 yıl
19	A.A.	092501	8851	42	E	13 yıl
20	M.D.	178004	8911	52	E	2 yıl
21	Z.Ö.	113259	8929	29	E	2 yıl
22	A.D.	193001	8996	40	E	1 yıl
23	A.Y.	139143	9058	54	E	8 yıl
24	Z.O.	170284	9114	39	K	9 yıl
25	N.A.	041173	9117	43	K	8 yıl
26	H.Ç.	010883	9184	31	K	5 yıl
27	S.K.	041072	9208	38	K	3 yıl
28	K.P.	083334	9228	45	E	2 yıl
29	B.B.	207695	9747	36	E	1 yıl
30	P.G.	023729	9342	33	K	3 yıl
31	H.G.	209955	9350	42	K	3 yıl

Vaka No.	Adı Soyadı	Dosya No.	Protokol No.	Yaşı	Cinsi	Şikayet süresi
32	S.A.	134166	9375	50	E	7 yıl
33	M.K.	068910	9385	46	E	5 yıl
34	A.A.	000830	9424	30	E	5 yıl
35	K.Ç.	007490	9435	53	K	10 yıl
36	S.T.	208866	9500	38	K	1 yıl
37	A.A.	119875	9537	54	E	8 yıl
38	H.B.	086113	9546	55	E	4 yıl
39	M.Ş.T.	127766	9572	37	E	3 yıl
40	İ.T.	207691	9586	37	K	1 yıl
41	D.E.	072056	9653	33	K	4 yıl
42	G.Y.	213114	9735	38	K	8 yıl
43	S.B.	019985	9812	23	K	4 yıl
44	H.A.	107798	9852	31	E	3 yıl
45	M.S.	046412	9873	47	E	3 yıl
46	R.T.	103048	9878	15	K	3 yıl
47	A.R.A.	029029	9887	31	E	4 yıl
48	F.Y.	213669	9888	30	K	1 yıl
49	M.H.Y.	006590	9903	40	E	5 yıl
50	H.K.	079070	10014	15	K	2 yıl
51	Ş.K.	071565	10015	46	K	7 yıl
52	R.B.	037777	10027	53	K	1 yıl
53	R.Ö.	212631	10033	27	K	3 yıl
54	M.Ö.	207694	10136	24	E	10 yıl
55	M.A.	139859	10251	60	E	3 yıl
56	N.Ö.	110737	10271	22	K	1 yıl
57	A.B.	110810	10433	36	E	1 yıl
58	M.Y.	021784	10449	38	K	8 yıl
59	G.A.	182118	10502	30	K	10 yıl
60	E.E.	209954	10516	43	K	3 yıl

Tablo-8- Vakaların adı,soyadı,dosya ve protokol numarası, yaşı,cinsi ve şikayet süreleri gösterilmiştir.

Vaka No.	Meslek	Vokal suistimal	Vaka No.	Meslek	Vokal suistimal
1	İşçi	-	31	Ev kadını	-
2	Ev kadını	-	32	Şoför	-
3	Ev kadını	-	33	Bakkal	-
4	İşçi	-	34	Öğretmen	+
5	İşçi	-	35	Ev kadını	-
6	Ev kadını	-	36	Ev kadını	-
7	İşçi	-	37	Emekli işçi	-
8	Memur	-	38	Emekli işçi	-
9	Ev kızı	-	39	Bakkal	-
10	İşçi	-	40	Ev kadını	-
11	Pazarlamacı	-	41	Öğretmen	+
12	Ev kadını	-	42	Öğretmen	+
13	İşçi	-	43	Ev kadını	-
14	Emekli imam	+	44	Memur	-
15	Ev kadını	-	45	İşçi	-
16	İşçi	-	46	Ev kızı	-
17	İşçi	-	47	Müezzin	+
18	İşsiz	-	48	Ev kadını	-
19	Memur	-	49	Memur	-
20	İşçi	-	50	Ev kızı	-
21	Öğretmen	+	51	Ev kadını	-
22	İşçi	-	52	Ev kadını	-
23	İşsiz	-	53	Ev kadını	-
24	Öğretmen	+	54	Diş hekimi	-
25	Ev kadını	-	55	Emekli memur	-
26	Öğretmen	+	56	Ev kadını	-
27	Öğretmen	+	57	İşçi	-
28	Seyyar satıcı	+	58	Ev kadını	-
29	İşçi	-	59	Ev kadını	-
30	Ev kadını	-	60	Ev kadını	-

Tablo-9- Vakaların mesleklerine göre dağılımı gösterilmiştir.

Vaka No.	Sigara içme	Miktarı (Paket)	Süresi (Yıl)	Vaka No.	Sigara içme	Miktarı (Paket)	Süresi (Yıl)
1	İçiyor	1	14	31	İçmiyor	-	-
2	İçmiyor	-	-	32	İçiyor	1	35
3	İçmiyor	-	-	33	İçiyor	2	30
4	İçiyor	3	40	34	İçmiyor	-	-
5	İçiyor	1	26	35	İçmiyor	-	-
6	İçmiyor	-	-	36	İçiyor	1	15
7	İçmiyor	-	-	37	İçiyor	1	15
8	İçmiyor	-	-	38	İçiyor	1	15
9	İçmiyor	-	-	39	Terk etmiş	-	-
10	İçmiyor	-	-	40	İçiyor	1	12
11	İçiyor	1	15	41	İçmiyor	-	-
12	İçiyor	1	14	42	İçmiyor	-	-
13	İçiyor	1	20	43	İçiyor	1	3
14	İçmiyor	-	-	44	İçmiyor	-	-
15	İçmiyor	-	-	45	İçmiyor	-	-
16	İçiyor	1	20	46	İçmiyor	-	-
17	İçiyor	1	20	47	İçmiyor	-	-
18	İçmiyor	-	-	48	İçmiyor	-	-
19	İçiyor	1	30	49	İçmiyor	-	-
20	İçiyor	1	35	50	İçmiyor	-	-
21	İçiyor	1	12	51	İçmiyor	-	-
22	İçmiyor	-	-	52	İçmiyor	-	-
23	İçmiyor	-	-	53	İçiyor	1	3
24	İçmiyor	-	-	54	İçmiyor	-	-
25	İçmiyor	-	-	55	İçmiyor	-	-
26	İçmiyor	-	-	56	İçmiyor	-	-
27	İçmiyor	-	-	57	İçiyor	1	20
28	İçiyor	1	12	58	İçmiyor	-	-
29	İçiyor	1	15	59	İçmiyor	-	-
30	İçmiyor	-	-	60	İçiyor	1	16

Tablo-10- Vakaların sigara içme alışkanlıkları, miktarı ve süresi gösterilmiştir.

Vaka No.	Hb. % mg.	Lökosit sayısı	Sed. hızı mm/h	Periferik yayma %								
				Erit.	Trom.	Ç. nö.	P. nö.	Eoz.	Bazo.	Lenf.	G. lenf.	Mono.
1	91	6000	10	N.	Y.	1	55	2	-	40	-	2
2	90	5400	10	N.	Y.	2	65	1	-	32	-	-
3	90	7200	12	N.	Y.	-	58	-	-	40	-	2
4	90	8000	10	N.	Y.	-	60	2	-	36	-	2
5	83	8000	10	N.	Y.	-	64	2	-	32	-	2
6	80	5200	5	N.	Y.	1	56	1	-	40	-	2
7	94	7200	5	N.	Y.	1	64	2	-	32	-	1
8	94	5000	6	N.	Y.	-	63	-	-	33	-	4
9	91	8200	5	N.	Y.	1	62	1	-	34	-	2
10	85	6000	10	N.	Y.	-	60	1	-	38	-	1
11	96	5800	4	N.	Y.	-	63	-	-	34	-	3
12	86	5600	6	N.	Y.	1	65	-	-	32	-	2
13	80	7600	5	N.	Y.	-	60	-	-	38	-	2
14	87	5600	13	N.	Y.	-	67	-	-	31	-	2
15	84	7200	5	N.	Y.	-	60	1	-	36	-	3
16	94	8400	10	N.	Y.	1	60	-	-	38	-	1
17	82	6400	8	N.	Y.	-	62	1	-	35	-	2
18	91	5000	10	N.	Y.	-	60	2	-	38	-	-
19	89	8600	10	N.	Y.	-	60	-	-	39	-	1
20	83	7400	10	N.	Y.	1	60	2	-	36	-	1
21	96	8200	3	N.	Y.	1	68	2	-	29	-	-
22	88	7400	3	N.	Y.	-	65	-	-	35	-	-
23	91	8200	8	N.	Y.	-	70	-	-	30	-	-
24	87	8200	10	N.	Y.	1	70	-	-	29	-	-
25	86	6200	5	N.	Y.	1	63	2	-	32	-	2
26	86	5200	5	N.	Y.	1	63	1	-	35	-	-
27	83	7000	10	N.	Y.	1	61	1	-	36	-	1
28	91	8000	10	N.	Y.	-	66	2	-	32	-	-
29	80	5000	10	N.	Y.	-	65	1	-	32	-	2
30	84	8000	10	N.	Y.	1	60	2	-	34	-	3
31	90	6000	5	N.	Y.	1	62	2	-	34	-	1

Vaka No.	Hb. % mg.	Lökosit sayısı	Sed. hızı mm/h	Periferik yayma %								
				Erit.	Trom.	G.nöt.	P.nöt.	Eoz.	Bazo.	Lenf.	G.lenf.	Mono.
32	82	6000	5	N.	Y.	1	63	-	-	35	-	1
33	86	8600	6	N.	Y.	-	74	-	-	22	-	4
34	90	6000	10	N.	Y.	2	65	-	-	32	-	1
35	85	6000	12	N.	Y.	-	55	2	-	40	-	3
36	86	6600	5	N.	Y.	-	73	-	-	27	-	-
37	93	8000	10	N.	Y.	1	64	1	-	32	-	2
38	98	5600	10	N.	Y.	3	60	2	-	34	-	1
39	92	5200	10	N.	Y.	-	64	2	-	30	-	4
40	82	5600	3	N.	Y.	-	61	3	-	34	-	2
41	86	6400	3	N.	Y.	-	65	-	-	33	-	2
42	80	6200	10	N.	Y.	2	66	4	-	26	-	2
43	94	6000	6	N.	Y.	2	62	-	-	36	-	-
44	90	5600	5	N.	Y.	1	58	1	-	36	-	4
45	84	5800	10	N.	Y.	1	60	3	-	36	-	-
46	86	6200	5	N.	Y.	-	62	-	-	38	-	-
47	84	8200	8	N.	Y.	2	62	2	-	30	-	4
48	86	5200	12	N.	Y.	1	58	2	-	38	-	1
49	87	8000	6	N.	Y.	2	65	1	-	31	-	1
50	81	5600	6	N.	Y.	2	60	1	-	35	-	2
51	86	6000	10	N.	Y.	2	58	2	-	37	-	1
52	80	8000	6	N.	Y.	2	59	1	-	36	-	2
53	94	6600	12	N.	Y.	-	64	-	-	36	-	-
54	94	8000	3	N.	Y.	2	56	2	-	39	-	1
55	88	7200	5	N.	Y.	-	64	1	-	32	-	3
56	90	7200	5	N.	Y.	-	60	2	-	34	-	4
57	83	5200	12	N.	Y.	-	58	-	-	38	-	4
58	96	6600	10	N.	Y.	-	60	2	-	24	-	4
59	90	6000	10	N.	Y.	2	60	1	-	36	-	1
60	89	6200	5	N.	Y.	1	62	1	-	36	-	-

Tablo-11- Vakaların hematolojik tetkiklerinin sonuçları gösterilmiştir.

Vaka No.	AKŞ %mg	Üre %mg	Vaka No.	AKŞ %mg	Üre %mg
1	91	15	31	84	11
2	80	15	32	78	12
3	81	10	33	89	12
4	80	15	34	86	11
5	80	17	35	73	6
6	80	14	36	81	10
7	96	12	37	93	15
8	75	15	38	93	15
9	73	6	39	86	12
10	76	14	40	86	14
11	80	20	41	78	13
12	89	9	42	84	6
13	79	12	43	94	11
14	86	19	44	84	14
15	93	15	45	96	13
16	80	15	46	95	16
17	84	16	47	90	15
18	87	13	48	84	12
19	77	10	49	82	15
20	89	17	50	91	12
21	73	15	51	80	11
22	75	12	52	73	14
23	87	16	53	80	15
24	90	14	54	85	14
25	80	11	55	75	10
26	83	9	56	75	13
27	80	12	57	89	15
28	96	14	58	80	10
29	80	15	59	96	13
30	75	6	60	79	11

Tablo-12- Vakaların AKŞ ve Üre sonuçları gösterilmiştir.

Vaka No.	WDRL	PPD (mm)	Vaka No.	WDRL	PPD (mm)
1	-	21	31	-	8
2	-	16	32	-	26
3	-	13	33	-	18
4	-	22	34	-	21
5	-	17	35	-	14
6	-	26	36	-	22
7	-	16	37	-	3
8	-	18	38	-	14
9	-	8	39	-	16
10	-	15	40	-	20
11	-	18	41	-	16
12	-	15	42	-	14
13	-	21	43	-	4
14	-	3	44	-	12
15	-	16	45	-	3
16	-	26	46	-	18
17	-	15	47	-	19
18	-	22	48	-	17
19	-	18	49	-	22
20	-	4	50	-	20
21	-	16	51	-	14
22	-	13	52	-	14
23	-	16	53	-	17
24	-	13	54	-	18
25	-	26	55	-	4
26	-	6	56	-	13
27	-	12	57	-	22
28	-	25	58	-	24
29	-	14	59	-	16
30	-	4	60	-	18

Tablo-13- Vakaların WDRL ve PPD sonuçları gösterilmiştir.

KRONİK SİNÜS VE AKCİĞER ENFEKSİYONU YÖNÜNDEN VAKALARIN
TAKDİMİ

Kronik sinüs enfeksiyonu yönünden:

Vaka No. : 1

Anamnez : Baş ağrısı, burun tıkanıklığı ve postnazal akıntı.

Radyoloji : Frontal ve maksiller sinüsler kapalı.

Larengeal kültür: Pnömonokok üredi.

Vaka No. : 2

Anamnez : Burun tıkanıklığı ve baş ağrısı.

Radyoloji : Frontal ve maksiller sinüsler kapalı.

Larengeal kültür: Patojen stafilokok üredi.

Vaka No. : 3

Anamnez : Baş ağrısı, burun tıkanıklığı ve postnazal akıntı.

Radyoloji : Maksiller sinüslerde mukozal kalınlaşma.

Larengeal kültür: Pnömonokok üredi.

Vaka No. : 4

Anamnez : Baş ağrısı ve burun tıkanıklığı.

Radyoloji : Maksiller sinüslerde mukozal kalınlaşma.

Larengeal kültür: Üreme olmadı.

Vaka No. : 5

Anamnez : Baş ağrısı ve burun tıkanıklığı.

Radyoloji : Maksiller sinüsler kapalı.

Larengeal kültür: Beta hemolitik streptokok üredi.

Vaka No. : 10

Anamnez : Burun tıkanıklığı, baş ağrısı ve postnazal akıntı.

Radyoloji : Maksiller sinüsler kapalı.

Larengeal kültür: Patojen stafilokok üredi.

Vaka No. : 13

Anamnez : Burun tıkanıklığı ve postnazal akıntı.

Radyoloji : Frontal sinüsler kapalı, sağ maksiller sinüste mukosel.

Larengeal kültür: Pnömonokok üredi.

Vaka No. : 14

Anamnez : Baş ağrısı ve burun tıkanıklığı.

Radyoloji : Maksiller sinüslerde kapalılık ve mukozal kalınlaşma.

Larengeal kültür: Patojen stafilokok üredi.

Vaka No. : 22

Anamnez : Burun tıkanıklığı.

Radyoloji : Frontal sinüsler kapalı ve maksiller sinüslerde mukozal kalınlaşma.

Larengeal kültür: Beta hemolitik streptokok üredi.

Vaka No. : 24

Anamnez : Baş ağrısı ve burun tıkanıklığı.

Radyoloji : Frontal sinüsler kapalı.

Larengeal kültür: Üreme olmadı.

Vaka No. : 27

Anamnez : Baş ağrısı ve burun tıkanıklığı.

Radyoloji : Maksiller sinüslerde mukozal kalınlaşma.

Larengeal kültür: Beta hemolitik streptokok üredi.

Vaka No. : 28

Anamnez : Baş ağrısı ve burun tıkanıklığı.

Radyoloji : Frontal sinüsler kapalı.

Larengeal kültür: Üreme olmadı.

Vaka No. : 29

Anamnez : Baş ağrısı ve burun tıkanıklığı.

Radyoloji : Maksiller sinüslerde mukozal kalınlaşma.

Larengeal kültür: Beta hemolitik streptokok üredi.

Vaka No. : 33

Anamnez : Baş ağrısı, burun tıkanıklığı ve postnazal akıntı.

Radyoloji : Frontal ve maksiller sinüsler kapalı.

Larengeal kültür: Patojen stafilokok üredi.

Vaka No. : 34

Anamnez : Baş ağrısı ve burun tıkanıklığı.

Radyoloji : Sağ maksiller sinüs kapalı.

Larengeal kültür: Beta hemolitik streptokok üredi.

Vaka No. : 36

Anamnez : Baş ağrısı ve burun tıkanıklığı.

Radyoloji : Maksiller sinüsler kapalı.

Larengeal kültür: Alfa ve beta hemolitik streptokok üredi.

Vaka No. : 37

Anamnez : Baş ağrısı ve burun tıkanıklığı.

Radyoloji : Maksiller sinüslerde mukozal kalınlaşma.

Larengeal kültür: Patojen stafilokok üredi.

Vaka No. : 40

Anamnez : Burun tıkanıklığı ve postnazal akıntı.

Radyoloji : Sol maksiller sinüs kapalı.

Larengeal kültür: Beta hemolitik streptokok üredi.

Vaka No. : 42

Anamnez : Burun tıkanıklığı ve baş ağrısı.

Radyoloji : Sağ maksiller sinüste mukozal kalınlaşma.

Larengeal kültür: Beta hemolitik streptokok üredi.

Vaka No. : 44

Anamnez : Burun tıkanıklığı ve postnazal akıntı.

Radyoloji : Maksiller sinüsler kapalı ve solda mukosel.

Larengeal kültür: Patojen stafilokok üredi.

Vaka No. : 45

Anamnez : Baş ağrısı ve burun tıkanıklığı.

Radyoloji : Sağ maksiller sinüs kapalı.

Larengeal kültür: Üreme olmadı.

Vaka No. : 46

Anamnez : Burun tıkanıklığı ve baş ağrısı.

Radyoloji : Maksiller sinüslerde mukozal kalınlaşma.

Larengeal kültür: Patojen stafilokok üredi.

Vaka No. : 47

Anamnez : Baş ağrısı ve burun tıkanıklığı.

Radyoloji : Maksiller sinüsler kapalı.

Larengeal kültür: Beta hemolitik streptokok üredi.

Vaka No. : 49

Anamnez : Baş ağrısı ve burun tıkanıklığı.

Radyoloji : Sol maksiller sinüste mukozal kalınlaşma.

Larengeal kültür: Üreme olmadı.

Vaka No. : 51

Anamnez : Burun tıkanıklığı, baş ağrısı ve postnazal akıntı.

Radyoloji : Sol maksiller sinüs kapalı.

Larengeal kültür: Beta hemolitik streptokok üredi.

Vaka No. : 53

Anamnez : Burun tıkanıklığı ve postnazal akıntı.

Radyoloji : Sağ maksiller sinüste mukozal kalınlaşma.

Larengeal kültür: Beta hemolitik streptokok üredi.

Vaka No. : 54

Anamnez : Baş ağrısı ve burun tıkanıklığı.

Radyoloji : Maksiller sinüslerde mukozal kalınlaşma.

Larengeal kültür: Beta hemolitik streptokok üredi.

Vaka No. : 55

Anamnez : Baş ağrısı, burun tıkanıklığı ve postnazal akıntı.

Radyoloji : Maksiller sinüsler kapalı.

Larengeal kültür: Patojen stafilokok üredi.

Vaka No. : 56

Anamnez : Baş ağrısı ve burun tıkanıklığı.

Radyoloji : Maksiller sinüsler kapalı.

Larengeal kültür: Pnömonokok üredi.

Vaka No. : 58

Anamnez : Burun tıkanıklığı ve postnazal akıntı.

Radyoloji : Sol maksiller sinüs kapalı.

Larengeal kültür: Beta hemolitik streptokok üredi.

Vaka No. : 60

Anamnez : Burun tıkanıklığı ve baş ağrısı.

Radyoloji : Sağ maksiller sinüs kapalı.

Larengeal kültür: Pnömonokok üredi.

Kronik akciğer enfeksiyonu yönünden:

Vaka No. : 5

Anamnez : 8 yıllık astım bronşiyale hastası.

Radyoloji : Bilateral, yaygın kronik değişiklikler.

Larengeal kültür: Beta hemolitik streptokok üredi.

Vaka No. : 7

Anamnez : 10 yıl önce geçirilmiş akciğer tüberkülozu.

Radyoloji : Solda fibro-kalsifiye tüberküloz sekeli, yaygın kronik değişiklikler.

Larengeal kültür: Beta hemolitik streptokok üredi.

Vaka No. : 11

Anamnez : Daha önce kronik bronşitis tanısı konularak tedavi gördüğünü ifade etmekte.

Radyoloji : Bilateral,yaygın kronik değişiklikler.

Larengeal kültür: Patojen stafilokok üredi.

Vaka No. : 12

Anamnez : 10 yıllık astım bronşiyale hastası.

Radyoloji : Bilateral,yaygın kronik değişiklikler.

Larengeal kültür: Üreme olmadı.

Vaka No. : 15

Anamnez : Öksürük,balgam çıkarma ve nefes darlığı.

Radyoloji : Yaygın kronik değişiklikler.

Larengeal kültür: Üreme olmadı.

Vaka No. : 20

Anamnez : Öksürük,balgam çıkarma ve nefes darlığı.

Radyoloji : Bilateral,yaygın kronik değişiklikler.

Larengeal kültür: Alfa ve beta hemolitik streptokok üredi.

Vaka No. : 33

Anamnez : Öksürük ve balgam çıkarma.

Radyoloji : Yaygın kronik değişiklikler.

Larengeal kültür: Patojen stafilokok üredi.

Vaka No. : 35

Anamnez : Öksürük ve balgam çıkarma.

Radyoloji : Yaygın kronik değişiklikler.

Larengeal kültür: Beta hemolitik streptokok üredi.

Vaka No. : 38

Anamnez : 5 yıldan beri kronik korpulmonale tanısı ile tedavi görmekte.

Radyoloji : Bilateral,yaygın kronik değişiklikler ve kalpte büyüme.

Larengeal kültür: Pnömonokok üredi.

Vaka No. : 48

Anamnez : Öksürük,balgam çıkarma ve nefes darlığı.

Radyoloji : Sağda fissüritis sekeli,yaygın kronik değişiklikler.

Larengeal kültür: Beta hemolitik streptokok üredi.

Vaka No. : 52

Anamnez : Öksürük,balgam çıkarma ve nefes darlığı.

Radyoloji : Bilateral,yaygın kronik değişiklikler.

Larengeal kültür: Beta hemolitik streptokok üredi.

Vaka No. : 59

Anamnez : Öksürük ve balgam çıkarma.

Radyoloji : Yaygın kronik değişiklikler.

Larengeal kültür: Beta hemolitik streptokok üredi.

Anamnez ve radyolojisinde kronik sinüs ve akciğer enfeksiyonu bulguları olmadığı halde 6,18,26 ve 32 numaralı vakaların larengeal kültürlerinde üreme oldu.Diğer vakaların anamnez ve radyolojisinde kronik sinüs ve akciğer enfeksiyonuna ait bulgular olmadığı gibi larengeal kültürlerinde de üreme olmadı.

Vakaların kronik sinüs ve akciğer enfeksiyonlarına ait bulguları Tablo-14'te gösterilmiştir.

Vaka No.	Kr.Sinüs enf.		Kr.Akc. enf.		Kültür	Vaka No.	Kr.Sinüs enf.		Kr.Akc. enf.		Kültür
	Anam.	Rad.	Anam.	Rad.			Anam.	Rad.	Anam.	Rad.	
1	+	+	-	-	+	31	-	-	-	-	-
2	+	+	-	-	+	32	-	-	-	-	+
3	+	+	-	-	+	33	+	+	+	+	+
4	+	+	-	-	-	34	+	+	-	-	+
5	+	+	+	+	+	35	-	-	+	+	-
6	-	-	-	-	+	36	+	+	-	-	+
7	-	-	+	+	+	37	+	+	-	-	+
8	-	-	-	-	-	38	-	-	+	+	+
9	-	-	-	-	-	39	-	-	-	-	-
10	+	+	-	-	+	40	+	+	-	-	+
11	-	-	+	+	+	41	-	-	-	-	-
12	-	-	+	+	-	42	+	+	-	-	+
13	+	+	-	-	+	43	-	-	-	-	-
14	+	+	-	-	+	44	+	+	-	-	+
15	-	-	+	+	-	45	+	+	-	-	-
16	-	-	-	-	-	46	+	+	-	-	+
17	-	-	-	-	-	47	+	+	-	-	+
18	-	-	-	-	+	48	-	-	+	+	+
19	-	-	-	-	-	49	+	+	-	-	-
20	-	-	+	+	+	50	-	-	-	-	-
21	-	-	-	-	-	51	+	+	-	-	+
22	+	+	-	-	+	52	-	-	+	+	+
23	-	-	-	-	-	53	+	+	-	-	+
24	+	+	-	-	-	54	+	+	-	-	+
25	-	-	-	-	-	55	+	+	-	-	+
26	-	-	-	-	+	56	+	+	-	-	+
27	+	+	-	-	+	57	-	-	-	-	-
28	+	+	-	-	-	58	+	+	-	-	+
29	+	+	-	-	+	59	-	-	+	+	+
30	-	-	-	-	-	60	+	+	-	-	+

Tablo-14- Vakaların kronik sinüs ve akciğer enfeksiyonu yönünden bulguları gösterilmiştir.

T A R T I Ŗ İ A

Poliklinik kayıtlarının incelenmesi:

1.1.1983-31.12.1983 tarihleri arasında yapılan toplam poliklinik muayene sayısı 11813'tür. Tablo-1 incelendiğinde 84(%0.71) vakaya kronik basit larenjitis tanısı konulmuş olduğu, bunların 36 (% 42.9)'sinin kadın, 48 (% 57.1)'inin erkek olduğu ve en fazla vakanın 26 (% 30.9) vaka ile 31-40 yaş grubunda olduğu görülmektedir.

1.1.1984-31.12.1984 tarihleri arasında yapılan toplam poliklinik muayene sayısı 13973'tür. Tablo-2 incelendiğinde 97(%0.69) vakaya kronik basit larenjitis tanısı konulmuş olduğu, bunların 44 (% 45.4)'ünün kadın, 53 (% 54.6)'ünün erkek olduğu ve en fazla vakanın 31 (% 31.9) vaka ile 31-40 yaş grubunda olduğu görülmektedir.

1.1.1985-31.12.1985 tarihleri arasında yapılan toplam poliklinik muayene sayısı 11186'dır. Tablo-3 incelendiğinde 98(%0.87) vakaya kronik basit larenjitis tanısı konulmuş olduğu, bunların 43 (% 43.9)'ünün kadın, 55 (% 56.1)'inin erkek olduğu ve en fazla vakanın 27 (% 27.5) vaka ile 31-40 yaş grubunda olduğu görülmektedir.

1.1.1986-31.12.1986 tarihleri arasında yapılan toplam poliklinik muayene sayısı 17192'dir. Tablo-4 incelendiğinde 143(%0.83) vakaya kronik basit larenjitis tanısı konulmuş olduğu, bunların 62 (% 43.4)'sinin kadın, 81 (% 56.6)'inin erkek olduğu ve en fazla vakanın 43 (% 30.0) vaka ile 31-40 yaş grubunda olduğu görülmektedir.

1.1.1987-31.7.1987 tarihleri arasında yapılan toplam poliklinik muayene sayısı 10614'tür. Tablo-5 incelendiğinde 84 (%0.79) vakaya kronik basit larenjitisi tanısı konulmuş olduğu, bunların 38 (% 45.3)'inin kadın, 46 (% 54.7)'sinin erkek olduğu ve en fazla vakanın 24 (% 28.5)'vaka ile 31-40 yaş grubunda olduğu görülmektedir.

1.1.1983-31.7.1987 tarihleri arasında yapılan toplam poliklinik muayene sayısı 64778'dir. Tablo-6 incelendiğinde 506 (%0.78) vakaya kronik basit larenjitisi tanısı konulmuş olduğu, bunların 223 (% 44.1)'ünün kadın, 283 (% 55.9)'ünün erkek olduğu görülmektedir. Vakaların yaş gruplarına göre dağılımında 11-20 yaş grubunda 43 (% 8.4) vaka, 21-30 yaş grubunda 106 (% 20.9) vaka, 31-40 yaş grubunda 151 (% 29.8) vaka, 41-50 yaş grubunda 126 (% 24.9) vaka, 51-60 yaş grubunda 66 (% 13.0) vaka ve 61-70 yaş grubunda ise 14 (%2.7) vaka olduğu görülmektedir.

Tez çalışması kapsamına alınan 60 vakanın yaş, cins ve şikayet sürelerinin incelenmesi:

Tablo-7 incelendiğinde tez çalışması kapsamına alınan 60 kronik basit larenjitisi vakasının 28 (% 46.7)'inin kadın, 32 (%53.3)'sinin erkek olduğu görülmektedir. Kadın ve erkek vakaların oranları "Student's t Testi" ile analiz edildi. İstatistiksel olarak fark önemli bulunmadı ($t = 0.416$; $p > 0.05$).

Vakaların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde 11-20 yaş grubunda 2 (% 3.3) vaka, 21-30 yaş grubunda 10 (% 16.6) vaka, 31-40 yaş grubunda 22 (% 36.6) vaka, 41-50 yaş grubunda 17 (% 28.3) vaka, 51-60 yaş grubunda 9 (% 15.0) vaka olduğu ve 61-70 yaş grubunda vaka olmadığı görülmektedir. Yaş gruplarına göre dağılımın istatistiksel olarak önemli bir farklılık gösterip göster-

mediği "Tek Örneklem Chi-Kare Testi" ile kontrol edildi. Parklılığı önemli olduğu saptandı ($\chi^2 = 19.833$; $p < 0.01$).

Bu sonuçlara dayanarak kronik basit larenjitis vakalarında cinse göre dağılımın benzer olduğunu, yaş gruplarına göre dağılımın önemlilik arz ettiğini ve en fazla vakanın 31-40 yaş grubunda görüldüğünü söyleyebiliriz. Bu sonuçlar polikliniğe başvuran vakaların yaşa ve cinse göre dağılımları ile de uyumludur.

Stell ve McLoughlin yaptıkları çalışmada kronik basit larenjitisin cinsler arasındaki dağılımını benzer ve en fazla vakanın olduğu yaş grubunu ise 41-50 yaş grubu olarak bulmuşlardır(30). Bizim çalışmamızda en fazla vakanın olduğu yaş grubu % 36.6 oranı ile 31-40 yaş grubu olarak bulundu. 41-50 yaş grubu ise % 28.3 oranı ile ikinci sırada yer aldı. Bu durumu ülkemiz insanının kronik hastalıklara karşı zamanla hastalığını önemsememesine bağlayabiliriz.

Vakalarımızın şikayet süreleri Tablo-8'de incelendiğinde 5 yıl ve daha az süre şikayetleri olan vaka sayısının 48 (% 80.0) olduğu ve en az şikayet süresinin 1 yıl, en uzun şikayet süresinin ise 13 yıl olduğu görülmektedir.

Vakaların mesleklere göre dağılımı ve vokal sisteminin yönünden incelenmesi:

Tablo-9 incelendiğinde vakaların 23 (% 38.3) ünün ev kadını, 15 (% 25.0)'inin işçi, 7 (% 11.6)'sinin öğretmen, 5 (% 8.3)'inin memur, 2 (% 3.3)'sinin din adamı, 2 (% 3.3)'sinin bakkal, 1 (% 1.6)'inin diş hekimi, 1 (% 1.6)'inin pazarlamacı, 1 (% 1.6)'inin şoför, 1 (% 1.6)'inin seyyar satıcı ve 2 (% 3.3)'sinin işsiz olduğu görülmektedir. Bunlardan 7 öğretmen, 2 din adamı ve 1 seyyar sa-

tıcıda yani toplam 10 (% 16.6) vakada vokal suistimalin söz konusu olduğu kabul edildi.

Stell ve McLoughlin çalışmalarında vokal suistimalin söz konusu olduğu vakaların oranını % 17 olarak bulmuşlar ve bunun önemli bir faktör olmadığını kabul etmişlerdir (30).Bizim vakalarımızda vokal suistimalin söz konusu olma oranı olan % 16.6, % 17'ye göre farklı olup olmadığı "Student's t Testi" ile analiz edildi. Farkın istatistiksel olarak önemli olmadığını saptandı ($t = 0.0845$; $p > 0.05$).

Vakaların sigara içme alışkanlıklarının incelenmesi:

Tablo-10 incelendiğinde 23 (% 38.3) vakanın sigara içtiği, geriye kalan 37 (% 61.6) vakanın sigara içmediği görülmektedir. Sigara içen 23 vakanın 7 (% 30.5)'si kadın, 16 (% 69.5)'si ise erkektir. Yine sigara içen vakaların 21 (% 91.3)'i 1 paket, 2 (% 8.6)'si 1 paketten fazla sigara içmekte ve 21 (% 91.3) vaka 10 yıldan fazla, 2 (% 8.6) vaka ise 10 yıldan daha az sigara içmektedir.

Dünya Sağlık Teşkilatının 1983 yılında yayınladığı bir raporda gelişmekte olan ülkelerin çoğunda genç ve erişkin nüfusun sigara içme oranı % 50 olarak kabul edilmektedir (29).Vakalarımızda sigara içme oranı olan % 38.3, gelişmekte olan ülkelerde sigara içme oranı olan % 50 ile farklı olup olmadığı yönünden "Student's t Testi" ile test edildi. Farklılığın önemli olmadığını görüldü ($t = 1.859$; $p > 0.05$). Bu sonuca göre vakalarımızın sigara içme oranı ile genel popülasyonun sigara içme oranının benzer olduğu ve kronik basit larenjitisin etiyolojisinde sigara içmenin önemli bir faktör olmadığı görülmektedir. Ayrıca vakalarımızın sigara içme alışkanlıkları incelendiğinde 23 sigara içen vakanın 16 (%69.5)'

sı erkek, 7 (% 30.5)'si ise kadındır. Sigara içen erkek vakaların oranı, sigara içen kadın vakaların oranının iki katından daha fazladır. Gerek tez çalışması kapsamına alınan vakaların, gerekse polikliniğe başvuran kronik basit larenjitis vakalarının cinse göre dağılımında erkek, kadın oranları arasında önemli bir fark bulunmamıştır. Sigara içme kronik basit larenjitisin etiolojisinde önemli bir faktör olsaydı hastalığın erkeklerde daha çok görülmesi beklenirdi. Stell ve McLoughlin çalışmalarında kronik basit larenjitisin etiolojisinde sigara içmenin önemli bir faktör olmadığını göstermişlerdir (30).

Vakaların hematolojik tetkik sonuçlarının incelenmesi:

Hematolojik tetkikler yönünden normal değerler hemoglobin için % 80-100 mg, lökosit sayısı için 5000-10000, sedimentasyon hızı için erkeklerde 0-15 mm/h, kadınlarda 0-20 mm/h, periferik yayma için eritrositler normal, trombositler yeterli, granül nötrofiller % 1-3, parçalı nötrofiller % 50-75, eozinofiller % 1-5, bazofiller % 0.1-0.5, lenfositler % 20-40, genç lenfositler % 0.1-0.5, monositler ise % 1-10 olarak kabul edildi (23,38).

Tablo-11 incelendiğinde vakalarımızın hepsinde hematolojik tetkik sonuçlarının normal değerlerde olduğu görülmektedir. Buna dayanarak kronik basit larenjitis vakalarında hemoglobin, lökosit sayısı, sedimentasyon hızı ve periferik yayma değerlerinin özellik arz etmediğini ve etiolojide hematolojik faktörlerin önemli olmadığını söyleyebiliriz. Stell ve McLoughlin çalışmalarında sadece hemoglobin değerlerini incelemişler ve normal bularak aneminin kronik basit larenjitisin etiolojisinde önemli bir faktör olmadığını kabul etmişlerdir (30).

Vakaların metabolik tetkik sonuçlarının incelenmesi:

Metabolik tetkikler yönünden normal değerler ağılık kan şekeri için % 70-110 mg ve üre için % 5-25 mg olarak kabul edildi (38).

Tablo-12 incelendiğinde vakaların hepsinde ağılık kan şekeri ve üre neticelerinin normal değerlerde olduğu görülmektedir. Buna dayanarak kronik basit larenjitisin etiyolojisinde diabetes mellitus ve üremi gibi metabolik hastalıkların önemli bir faktör olmadığını söyleyebiliriz. Stell ve McLoughlin çalışmalarında kronik basit larenjitisin etiyolojisinde diabetes mellitus ve üreminin önemli bir faktör olmadığını göstermişlerdir (30).

Spesifik hastalıklara yönelik tetkik sonuçlarının incelenmesi:

Spesifik hastalıklara yönelik tetkiklerden PPD testi için 0-4 mm.lik endürasyon (-), 5-9 mm.lik endürasyon şüpheli, 10 mm.ve daha yüksek endürasyon (+) olarak kabul edildi (12).

Tablo-13 incelendiğinde vakalarımızın PPD testinin 7(%11.6) vakada (-), 3 (% 5.0) vakada şüpheli ve 50 (% 83.3) vakada ise (+) olduğu görülmektedir.

Ülkemizde mobil üniteler ve tüberküloz dispanserlerince yapılmış olan kitle PPD ve mikrofilm taramalarında 1968 yılında 1.662.344 kişiye PPD yapılmış ve % 81.9 oranında (+) bulunmuş, 1969 yılında 2.166.828 kişiye PPD yapılmış ve % 82.9 oranında (+) bulunmuş ve 1970 yılında 1.951.055 kişiye PPD yapılmış ve % 82.3 oranında (+) olarak bulunmuştur (37).Yine Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesinde sağlık personelinin PPD ve mikrofilm taramalarında 792 kişiye PPD yapılmış ve BCG lilerde % 93 oranında, BCG sizlerde

ise % 82 oranında (+) olarak bulunmuştur (4).Vakalarımızın PPD testi sonuçlarının bu sonuçlar ile benzer olduğu görülmektedir.

Tablo-13'te görüldüğü gibi vakalarımızın hepsinde TDR testini (-) tir.

Bu sonuçlara dayanarak kronik basit larenjitis vakalarında PPD testinin bir özellik göstermediğini ve sifilizin kronik basit larenjitis etiyolojisinde önemli bir faktör olmadığını söyleyebiliriz.Stell ve McLoughlin çalışmalarında sifilizin kronik basit larenjitisin etiyolojisinde önemli bir faktör olmadığını göstermişlerdir (30).

Vakaların kronik sinüs ve akciğer enfeksiyonu yönünden incelenmesi:

Tablo-14 incelendiğinde anamnezinde ve radyolojisinde kronik sinüs enfeksiyonu kanıtları olan vakaların sayısı 31 (% 51.6) olup,bunlardan larengeal kültürlerinde üreme olanların yani bakteriyolojik olarak enfeksiyon kanıtı olanların sayısı 26 (% 43.3) dir.Anamnezinde ve radyolojisinde kronik akciğer enfeksiyonu kanıtları olan vakaların sayısı ise 12 (% 20.0) olup,bunlardan larengeal kültürlerinde üreme olanların yani bakteriyolojik olarak enfeksiyon kanıtı olanların sayısı 9 (% 15.0) dur. Anamnezinde ve radyolojisinde kronik sinüs ve akciğer enfeksiyonu kanıtları olan vakaların toplam sayısı 43 (% 71.6),anamnezinde,radyolojisinde ve bakteriyolojik tetkikinde kronik sinüs ve akciğer enfeksiyonu kanıtları olan vakaların ayrı ayrı toplamı ise 35 (% 58.3) tir.Bunlardan 2 vakada hem sinüs hem de akciğer enfeksiyonu olması nedeniyle gerçek toplam vaka sayısı 33 (% 55.0) tür.Anamnezinde ve radyolojisinde kronik sinüs ve akciğer enfeksiyonu kanıtları olma-

diğı halde larengeal kültürlerinde üreme olan vaka sayısı ise 4 (% 6.6) tür.

Anamnezinde, radyolojik ve bakteriyolojik tetkikinde enfeksiyon kanıtları olan 33 (% 55.0) vakada kronik sinüs ve akciğer enfeksiyonu olduğu kabul edildi. Stell ve McLoughlin çalışmalarında kronik sinüs ve akciğer enfeksiyonu olan vakaların oranını % 53 olarak bulmuşlar ve bunu kronik basit larenjitisin etiyolojisinde önemli bir faktör olarak kabul etmişlerdir (30). Bizim vakalarımızda bulduğumuz kronik sinüs ve akciğer enfeksiyonu oranı olan % 55.0, % 53'e göre farklı olup olmadığını "Student's t Testi" ile analiz edildi. Farkın istatistiksel olarak önemli olmadığını saptandı ($t = 0.311$; $p > 0.05$). Bu sonuçta göre kronik basit larenjitisin etiyolojisinde kronik sinüs ve akciğer enfeksiyonlarının önemli bir faktör olduğu görülmektedir.

Anamnez ve radyolojisinde enfeksiyon kanıtı olduğu halde larengeal kültürlerinde üreme olmayan vakalar daha önceden geçirilmiş enfeksiyon sekelleri şeklinde, anamnez ve radyolojisinde enfeksiyon kanıtı olmadığı halde larengeal kültürlerinde üreme olan vakalar ise diğer solunum yolu enfeksiyonlarının mevcut olabileceği şeklinde yorumlandı.

Kronik basit larenjitisin etiyolojisi klasik kulak-burun-boğaz kitaplarında sigara içme, vokal sistimal, alt ve üst solunum yolu enfeksiyonu, anemi gibi hematolojik hastalıklar, diabetes mellitus ve üremi gibi metabolik hastalıklar ve sifiliz gibi geçirilmiş başlıklar şeklinde anlatılmakta, fakat bu faktörlerin önemli olduğunu destekleyen çalışmalar ve istatistiksel sonuçlar gösterilmemektedir (6,10,15,26). Nitekim 1976 yılında İngiltere'de kro-

nik basit larenjitis etiyolojisi üzerinde çalışma yapmış olan Stell ve McLoughlin, son 10 yıl içinde İngiliz ve Amerikan literatüründe çalışmalarının sonuçlarını karşılaştırabilecek referans bulamadıklarını belirtmek zorunda kalmışlardır (30). Biz de çalışmamızda aynı sorunla karşılaştık.

S O N U Ç

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak-Burun-Boğaz Anabilim Dalı polikliniğine 1.1.1983-31.7.1987 tarihleri arasında başvuran kronik basit larenjitis vakalarının oranları, yaşa ve cinse göre dağılımları incelenmiş, 1986-1987 yıllarında başvuran vakalardan rastgele örnekleme metodu ile seçilen 60 kronik basit larenjitis vakası, yaşa ve cinse göre dağılımları, etiyolojik faktörlerin önemi yönünden araştırılarak şu sonuçlar elde edilmiştir:

- 1- Poliklinik muayenelerinde kronik basit larenjitis tanısı alan vakaların oranı % 0.78, kadın vakaların oranı % 44.1, erkek vakaların oranı % 55.9 ve en fazla vakanın olduğu yaş grubu ise % 29.8 oran ile 31-40 yaş grubu olarak bulunmuştur.
- 2- Tez çalışması kapsamına alınan 60 kronik basit larenjitis vakasının cinse göre dağılımında kadın vakaların oranı % 46.7, erkek vakaların oranı % 53.3 ve en fazla vakanın olduğu yaş grubu ise % 36.6 oranı ile 31-40 yaş grubu olarak bulunmuştur. Cinse göre dağılımdaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ve yaş gruplarına göre dağılımın ise önemli olduğu gösterilmiştir.
- 3- Vakaların çoğunda (% 80.0) şikayet sürelerinin 5 yıl ve daha az süre olduğu bulunmuştur.

- 4- Vakalarda vokal suistimal oranı % 16.6 olarak bulunmuş ve bunun etiyolojide önemli bir faktör olmadığı istatistiksel olarak gösterilmiştir.
- 5- Vakalarda sigara içme oranı % 38.3 olarak bulunmuş ve bunun etiyolojide önemli bir faktör olmadığı istatistiksel olarak gösterilmiştir.
- 6- Vakaların hepsinde hemogloblin miktarı, lökosit sayısı, sedimentasyon hızı ve periferik yayma normal olarak bulunmuş ve etiyolojide hematolojik faktörlerin önemli olmadığı gösterilmiştir.
- 7- Vakaların hepsinde AKŞ ve Üre değerleri normal olarak bulunmuş ve etiyolojide diabetes mellitus ve üremi gibi metabolik hastalıkların önemli bir faktör olmadığı gösterilmiştir.
- 8- Vakaların hepsinde WDRL testi (-) bulunmuş ve etiyolojide sifilizin önemli bir faktör olmadığı gösterilmiştir.
- 9- Vakalarda PPD testi % 82.3 oranında (+) olarak bulunmuş ve kronik basit larenjitis vakalarında PPD testinin bir özellik arz etmediği gösterilmiştir.
- 10- Vakalarda kronik sinüs ve akciğer enfeksiyonu oranı % 55.0 olarak bulunmuş ve kronik basit larenjitisin etiyolojisinde kronik sinüs ve akciğer enfeksiyonlarının önemli bir faktör olduğu istatistiksel olarak gösterilmiştir.

Ö Z E T

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak-Burun-Boğaz Anabilim Dalı polikliniğine 1.1.1983-31.7.1987 tarihleri arasında başvuran kronik basit larenjitisli vakaların oranları, yaş ve cinse göre dağılımları incelendi. 1986-1987 yıllarında polikliniğe başvuran kronik basit larenjitis vakalarından rastgele örnekleme metodu ile seçilen 60 vaka, yaş ve cinse göre dağılımları, etiyolojik faktörlerin önemi yönünden araştırıldı. Elde edilen sonuçlar literatür ile karşılaştırılarak tartışıldı.

L İ T E R A T Ü R L E R

- 1- ALTUĞ, H., ŞENOCAK, F. ve SUMAN, O.: Otolarengoloji, Hilal Matbaacılık, İstanbul, 1973, 387-442.
- 2- AKAN, D., KATOĞYAN, A., SAYAR, T., DWRAKOĞLU, İ.: Kulak-Burun-Boğaz sahasındaki lepra lepramatöz değişiklikler, Türk ORL Derneği XIV. Milli Kongresi, Çeltit Matbaacılık, İstanbul, 1979, 483-491.
- 3- BAILEY, M.C. and WINDLE-TAYLOR, P.C.: Tuberculous laryngitis: A Series of 37 patients, Laryngoscope, 91:1, 93-99, 1981.
- 4- BALCI, K., COŞKUNSEL, M., CEMİTÇİ, S.: D.Ü. Tıp Fakültesi sağlık personelinin mikrofilm ve tüberkülin tarama sonuçları, Tüberküloz ve Toraks, 33:2, 176-178, 1985.
- 5- BALLENGER, J.J.: Diseases of the Nose, Throat and Ear, Eleventh Ed., Lea and Febiger, Philadelphia, 1969, 273-383.
- 6- BUCHAN, K.A. et AL.: Aetiology and epidemiology of viral croup in Glasgow 1966-72, J. Hyg. (Camb), 73:1, 143-150, 1974.
- 7- CEVANŞİR, B., GÜREL, G.: Foniatri, sesin oluşumu, bozuklukları ve korunmasında temel ilkeler, Sanal Matbaacılık, İstanbul, 1982, 174-192.
- 8- CİNGİ, E.: Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları, Uğur Matbaası, Eskişehir, 1982, 354-369.
- 9- CLEMONS, J.E. and PORTILLA, W.: Laryngeal abscesses, USA. Otolaryngol. Head Neck Surg., 87:31, 339-341, 1979.
- 10- ELLIS, M.: Acute laryngitis, Chronic laryngitis in: BALLANTYNE, J., GROVES, J.: Scott-Brown's Diseases of the Ear, Nose and Throat, 3. Ed., Butterworths Co., London, Vol:4, 1971, 311-373.

- 11- GAZİOĞLU, K.: Akciğer Hastalıkları, Tek Ofset Matbaası, İstanbul, Cilt:1, 1978, 333-368.
- 12- GERTLER, R. and RAMAGES, L.: Tuberculous laryngitis-a one year harvest, Journal of laryngology and otology, 99:11, 1119-1125, 1985.
- 13- GESLİN, P., DEVİCTOR, D., HOULT, G.: Diagnostic microbiologique des épiglottitis, Path. Biol., 31:2, 120-122, 1983.
- 14- HALL, S., COLMAN, B.H.: Kulak-Burun boğaz Hastalıkları el Kitabı, Güven Kitabevi, Ankara, 1978, 163-168.
- 15- JACKSON, C. and JACKSON, C.L.: Diseases of the Nose, Throat and Ear, 2. Ed., W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1959, 576-609.
- 16- KAHİMTÜRK, E., DÜNDAR, A.: Larenksin prekanseröz lezyonları: Baş ve boyun kanserleri simpozyumu, Hilâl Matbaacılık, İstanbul, 1980, 230-243.
- 17- KARATAY, S.: Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları, Çeltüt Matbaacılık, İstanbul, 1978, 253-272.
- 18- KAYA, S., ŞENVAR, A., MİNGİ, C.: Pemphigus vulgaris, Türk ORL. Derneği XV. Milli Kongresi, Çeltüt Matbaacılık, İstanbul, 1982, 818-821.
- 19- KHAN, W. et AL.: Haemophilus influenzae type B resistant to ampicillin. A report of two cases, J. Am. Med. Assoc., 229: 298-301, 1974.
- 20- KLEINSASSER, O.: Microlaryngoscopy and Endolaryngeal Microsurgery, Saunders Co., London, 1969, 32-54.
- 21- LACROIX, J. et AL.: Group A Streptococcal supraglottitis, The Journal of pediatrics, 109:1, 20-24, 1968.

- 22- MAYOSMITH, H.F. et AL.: Acute epiglottitis in adults, The New England Journal of Medicine, 314:18, 1133-1138, 1968.
- 23- MÜFTÜOĞLU, E.: Klinik Hematoloji, D.Ü. Tıp Fakültesi Yayınları, Diyarbakır, 1986, 281-287.
- 24- ÖZAN, V.: Oto-Rhino-Laryngologie Ders Kitabı, Hisnütabi at Basımevi, İstanbul, 1949, 308-335.
- 25- PARELLO, L. et AL.: Traitement des laryngites, Rev. Laryng., 91:453-464, 1970.
- 26- SALMON, L.F.W.: Acute laryngitis, Chronic laryngitis in: BALLANTYNE, J., GROVES, J.: Scott-Brown's Diseases of the Ear, Nose and Throat, 4. Ed., Butterworths Co., London, Vol:4, 1979, 345-420.
- 27- SCHALEN, L. et AL.: Inefficacy of penicillin V in acute laryngitis in adults, Ann. Otol. Rhinol. Laryngol., 94:1, 14-17, 1985.
- 28- SCHWARTZ, R.H. et AL.: Acute epiglottitis caused by beta-hemolytic group C streptococci, Am. J. Dis. Child., 136:6, 558-559, 1982.
- 29- Smoking control strategies in developing countries, Technical report series, WHO, Geneva, 1983, 695:9-16.
- 30- STELL, P.M. and MCLOUGHLIN, M.P.: The aetiology of chronic laryngitis, Clinical otolaryngology, 1:3, 265-269, 1976.
- 31- ŞEKERCİOĞLU, N., ÖZ, F., ÖZ, B.: Bir olgu nedeniyle rhinosklerom, Türk Otolarengoloji Arşivi, 24:1-2, 5-11, 1986.
- 32- ŞEŞEN, T., GÜNEY, E., TANYERİ, Y.: Tüm Kulak-Burun-Böğaz belirtileri gösteren geç devre sifiliz olgusu, Türk ORL Derneği XV. Milli Kongresi, Çeltik Matbaacılık, İstanbul, 1982, 814-817.
- 33- TALAVERA, T.F.I., RAPKIN, R.H.: Antibiotic usage in the management of acute laryngotracheobronchitis (Croup), Clinical Pediatrics, 13:12, 1074-1075, 1974.

34- TAN, O., KANINTÜRK, E.: Wegener's granulomatosis, Türk ORL. Cemiyeti X. Milli Kongresi, Çeltüt Matbaacılık, İstanbul, 1970, 370-382.

35- TOMSH, M. O. et AL.: Ampicillin resistant haemophilus influenzae type B infection, J. Am. Med. Assoc., 229:295-297, 1974.

36- TRAVIS, L. W., HYBELS, R. L., NEWMAN, M. H.: Tuberculosis of the larynx, Laryngoscope, 86:4, 549-558, 1976.

37- VIDİNEL, İ.: Akciğer Hastalıkları, Ege Ün. Matbaası, İzmir, 1981, 351-362.

38- WINTROBE, M. M., THORN, G. W., ADAMS, R. D., BRAUNWALD, E., ISSELBACHER, K. J., PETERSDORF, R. G.: Harrison's Principles of Internal Medicine, Seventh Ed., Mc Graw-Hill Co., 1974, 2039-2044.

39- WRIGHT, M. G.: Rheumatoid laryngitis, Proc. R. Soc. Med., 66:1110-1111, 1973.

40- YAĞIZ, C., DEVRANOĞLU, İ., ŞİRİNSOHN, M., BORA, P.: Relapsing polikondrit, Türk Otolarengoloji Arşivi, 24:1-2, 78-83, 1986.