

## RHINOSPORİDİOSİS İki vaka nedeniyle

Dr. Tahir E. PATIROĞLU\*      Dr. Kuten KURTKAN\*\*  
Dr. Tuncer BEYOĞLU\*\*\*

### ÖZET

Rhinospordiosis, *R. seeberi*'ye bağlı olarak oluşan ve muköz membranlarda polipoid yapılar'a karakterize olan kronik bir hastalıktır. En sık nazofarenkste yerleşir. Polipoid yapılar hiperplastik epitelle örtülüdür. Bu epitelde mantarın değişik gelişim devreleri görülür. Mikroskopik muayenede patognomonik tanı bulgusu sporangiumların gösterilmesidir. Poliplerin stromasında granülasyon dokusu, yabancı cisim dev hücreleri de görülebilir. Erkeklerde, çocuk ve genç adultlerde daha sıktır. En sık klinik semptom burun tıkanıklığıdır. Geniş cerrahi eksizyon ve küretaj en sık kullanılan seçkin tedavidir. Bilinen kemoterapötik ve antifungal ajan yoktur.

Bu bulguların ışığı altında maksiller sinüsten başıyan ve birinde etmoidal bölgeye, diğerinde nazofarenkse ilerleyen iki Rhinospordiosis vakası takdim edildi. Bu nedenle literatür gözden geçirildi ve kısaca tartışıldı.

### SUMMARY

Rhinospordiosis is a chronic disease caused by *R. seeberi*, and characterised by polypoid structures in mucous membranes. It is mostly encountered in the nasopharynx. The polypoid structures are covered by hyperplastic epithelium. Different developmental stages of fungus are seen in this epithelium. The pathognomonic diagnostic finding in microscopic examination is the sporangium. Granulation tissue and foreign body-type giant cells may be seen in the stroma of polypoid structures. The disease is more frequent in men, children and young adults than the others. The most frequent clinical symptom is nasal cavity obstruction. Wide surgical excision and curettage are the treatments of choice mostly used. There are no known antifungal and chemotherapeutic agents.

Under the light of these findings, we presented two cases of Rhinospordiosis arising from the maxillary sinus, and spreading to nasopharynx in one case, ethmoidal area in the other. We reviewed the literature and discussed the cases.

\* K. Ü. Gevher Nesibe Tıp Fak. Patoloji Bilim Dalı Öğr. Görevlisi.

\*\* K. Ü. Gevher Nesibe Tıp Fak. K. B. B. Bilim Dalı Öğr. Görevlisi.

\*\*\* K. Ü. Gevher Nesibe Tıp Fak. K. B. B. Bilim Dalı Asistanı.

Rhinosporidiosis, phycomycetes sınıfından Rhinosporidium seeberi'nin sebep olduğu ve müköz membranlarda polipoid yapılarla beliren kronik bir mantar enfeksiyonudur. İlk vakalar Arjantin'de 1896'da Seeber, 1893'de Hindistan'da O'Kinealy tarafından yayınlanmış ve 1900'de hastalığın etkeni Wernicke tarafından R. seeberi olarak isimlendirilmiştir.<sup>1-7</sup>

Bu mantar ışık mikroskopunda erken trofosit devresinde tek çekirdekli bir çekirdeğe sahiptir. Vakuollü olan sitoplazma kitin bir membranla çevrilidir. Giderek 30 - 50 mikron çapa ulaştığında trofosit bölünür ve olgun sporangiuma dönüşür. Seri mitotik aktivite gösteren sporangium 140 - 150 mikron çapta olup 16.000 kadar spor taşır.<sup>1,2,4,6</sup>

Hastalığa endemik olarak Hindistan ve Seylan'da, sporadik olarak Brezilya, Arjantin, Afrika, İtalya, Malaya, Amerika, İngiltere, Küba, Paraguay, Ekvator, İskoçya, Meksika, Filipin, İran, Türkiye ve İsrail'de rastlanılmaktadır.<sup>1-7</sup>

Hastalık en sık olarak burun ve nazofarenkste, ikinci sıklıkta konjunktiva ve lakrimal kesede, daha az olarak da larinks, bronş, kulak, deri, uvula, penis, v.s.'de görülür.<sup>1-7</sup> Seyrek olarak yaygın tipleri tanımlanmıştır.<sup>1,2</sup>

Yukarıda belirtilen yerleşimlerde saplı veya sapsız, karnabakar manzarasında polipoid gelişimlerle beliren lezyonlar klinik olarak aktif büyüme gösterir ve kolayca kanarlar. Burunda yerleştiğinde burun tıkanıklığı, burun akıntısı ve burun kanaması genel bulguları oluşturur. Nadiren baş ağrısı ve ateş görülebilir.<sup>1,2</sup>

Lezyonlar ışık mikroskopunda incelendiğinde hiperplastik epitelle örtülü polipoid dokularda sporangiumlar görülür. Bu bulgu hastalık için patognomoniktir.<sup>1,2</sup> Biopsi alınamayan vakalarda burun akıntısından yapılan yayma preparatlarda sitolojik olarak etken gösterilerek tanı konabilir.<sup>4,5</sup>

Tedavi cerrahidir. Etkin medikal tedavisi yoktur.<sup>3</sup>

Biz bu yazımızda yukarıda tanımlanan özellikleri aksettirmesi nedeniyle iki vakamızı yayınlamayı uygun bulduk.

### VAKA TAKDİMLERİ

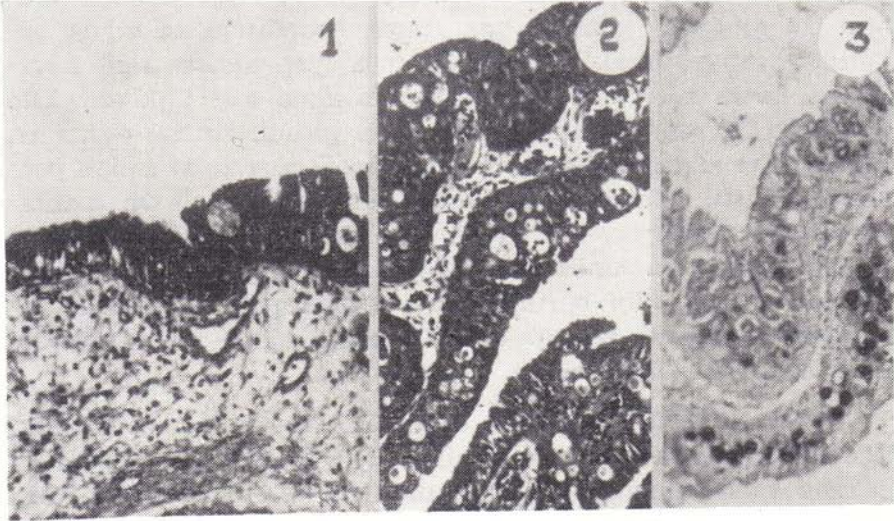
*Vaka 1:* A. Ç. 53 yaşında erkek. Bir senedir devam eden baş ağrısı ve burun tıkanıklığı nedeniyle müracaat etti. Fizik mua-

yenede sağ burun boşluğunu dolduran ve etmoidal bölgeye uzanan bol miktarda polipoid yapı vardı. Nazofarenkste sağda pürülan akıntı görüldü. Grafide sağ maksiller sinüste tam havalanma kaybı izlendi. Lokal anestezi altında sağ Caldwell - Luc ameliyatı ile sağ maksiller sinüs içine girildi, sinüsü tamamen dolduran ve malignite düşündürülen polipoid oluşumlar açılan pencereden taşdı. Etmoid bölge tamamen harabolmuş ve nazofarenkse doğru açılıyor, sinüs iç duvarlarındaki defektler burun ile ilişkiyi sağlıyordu. Sinüs içini ve etmoid bölgeyi dolduran, sinüs duvarını harap edip burun içine ilerleyen polipoid yapılar tamamen temizlendi, etmoidektomi yapıldı, sağlam kemik duvarların mukozası kürete edildi.

*Vaka 2 :* H. C. 78 yaşında erkek. Bir senedir burun tıkanıklığı, nefes almada zorluk, sağ burun deliğinden damla damla su gelmesi ve sağ kulağının ağır işitmesi şikâyetleri ile geldi. Fizik muayenede sağ burun boşluğunu dolduran ve sağ koanadan nazofarenkse sarkan bol polipoid yapı görüldü. Grafide sağ maksiller sinüste tam havalanma kaybı vardı ve sinüs üst sınırı tam takip edilemiyordu. Lokal anestezi altında sağ Caldwell - Luc insizyonu ile girildiğinde kemiğin kanin fossada harabolduğu görüldü. Bu bölgeden dışarı polipoid ve nekrotik dokuların taşıdığı ve mukoid sekresyonun geldiği izlendi. Sinüs içini dolduran, arka duvarı ve etmoid bölgeyi harabedip nazofarenks ve burun içine ilerleyen polipoid yapıların tamamı temizlendi ve sağlam kemik duvarların mukozası kürete edildi.

Patolojik incelemede her iki vakada da benzer yapılar görüldü.

*Mikroskopi :* Polipoid yapılar geniş sahalarda kalınlaşmış çok katlı yassı epitelle örtülü olup bazı sahalarda birkaç sıralı solunum yolu epiteli ile örtülüdür (Şekil : 1). Epitel adaları içinde değişik büyüklükte kistik boşalma sahalalarında büyük soluk bazofilik veya soluk eozinofilik, bazıları kırıntılar halinde, bazıları da lökositlerle infiltrate mantar sporangiumları görüldü (Şekil : 2). Bu sporangiumlar PAS ile pozitif boyanma gösterdi (Şekil : 3). Epitel altı sahalarda ödemli ve kanamalı bağ dokusu içinde yer yer yoğunluk gösteren löko - lenfo - plazmositer iltihabi hücre infiltrasyonu izlendi.



Şekil : 1 — Solunum yolu epitelinden hiperplastik çok sıralı yassı epitele geçiş (H - E  $\times$  200)

Şekil : 2 — Papiller yapılar içindeki değişik büyüklükteki inküzyonlar içinde yer alan sporangiumlar (H - E  $\times$  200)

Şekil : 3 — Sporangiumların PAS boyası ile pozitif görünümü (PAS  $\times$  200)

### TARTIŞMA

Oldukça seyrek olarak rastlanan ve yayınlanan serilerin uzun bir zaman dilimini kapsamasına rağmen 40'ın üzerine çıkmayan<sup>5</sup> Rhinosporidiosis vakalarının 1978 yılına kadar TÜBİTAK kaynaklarında Türkiye'de hiç mevcut olmayışı nedeniyle hastanemizde saptadığımız iki tipik vakayı yayınlamayı uygun bulduk.

Klinik özellikleri tanı koydurucu güçte olmamakla birlikte histolojik incelemede sporangiumların epitel adaları içine yerleşmesi hastalığın simgesi olmaktadır.

Literatürde belirtildiği gibi etkenin tam tanımlanamıyan karakterleri arasında kültür vasatları ve hayvan inokülasyonlarında ürememe özelliği vakalarımızda da gözlenmiştir. Bu nedenle mantarın saf olarak elde edilememesi tanının lezyondaki sporangiumun direkt görülmesi ile olabileceği anlaşılmıştır.

Yayınladığımız iki vaka literatürde belirtilen klinik ve histolojik özellikleri tipik olarak yansıtmaktadır.

## KAYNAKLAR

- 1 — Denis, D. Joseph., Dobson, Richard L., Mc Guire, Joseph.: Clinical Dermatology Vol. 3, Section 17:25, Harper-row, Publishers, Hagerstown. Maryland. New York. London. 1976.
- 2 — Domonkos, Anthony N.: Diseases of the Skin. Sixth Ed. W. B. Saunders Company, Philadelphia. London. Toronto. 1971, p. 378-379.
- 3 — Engzell, V. C. G., Jones, A. W.: Rhinosporidiosis in Uganda. J: Laryngol Otol, 87: 1217, 1973.
- 4 — Fortin, R., Meisels, A.: Rhinosporidiosis. Acta Cytol, 18:170, 1974.
- 5 — Khan, Ali Afzal., Khaleque, K. A., Huda, M. N.: Rhinosporidiosis of the nose. Laryngol, 83: 461, 1969.
- 6 — Lasser, Abraham., Smith, W. Howard.: Rhinosporidiosis. Arch. Otolaryngol, 102: 308, 1976.
- 7 — Pillai, O. S. Radhakrishna.: Rhinosporidiosis of the larynx. J. Laryngol Otol, 88: 277, 1974.