

Otolaringoloji ve Endokrinoloji

Ömer Tarım

Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı, Prof. Dr.

Endokrin hastalıklara kulak-burun-boğaz (KBB) bulguları eşlik edebileceği gibi, ilk bulgu KBB ile ilgili olabilir. Bu ilişki bütün endokrin sistemi ilgilendirebilir.

Hipotalamus

Hipotalamik aktivitede değişikliğe neden olan birçok olay vazomotor rinit ile birliktelik gösterebilir. Ayrıca, hipotalamusu ilgilendiren bazı genetik sendromlar bazı KBB bulguları da gösterebilir. Laurence Moon Biedl sendromu (retinitis pigmentosa, polidaktili, mental retardasyon ve hipogonadizm) ve Alström sendromu (hipogonadizm, atipik retinitis pigmentosa ve diabetes mellitusla karakterize, otozomal resesif bir hastalık) aynı zamanda obesite ve sensörinöral işitme kaybı ile birliktedir. İşitme kaybı DIDMOAD (Wolfram) sendromunda da (diabetes insipidus, diabetes mellitus, optik atrofi, sağırlık) görülür (1). Olfaktor-genital displaziye (Kallmann sendromu) anosmi ana bulgudur (2). Kraniofarinjiomlar hipotalamus ve hipofizi infiltre ederek endokrin bulgulara neden olabilir. Bu tümör sfenoid ve nazofarinks bölgesinde kistik bir kitle ile karşımıza çıkabilir ve klinik bulgularla ya da sinüslerin görüntülenmesi sırasında tanı alabilir.

Hipofiz

Akromegali ve gigantizmde dil büyüktür. Birçok hastada ses tonu bas ve boğuktur. Nadiren, rekürren laringeal sinirin gerilmesine bağlı olarak vokal kord paralizisi gelişebilir.

Otolaringolojik hastalıklar ve travmaların kafa kaidesini etkilemesi sonucunda diabetes insipidus gelişebilir. Büyük hipofiz tümörleri sinüsleri infiltre edebilir.

Hipofizer cerrahide transseptal-transsfenoidal yaklaşım KBB uzmanının beyin cerrahına yol gösterdiği bir takım çalışmasıdır (3).

Tiroid

Gaves oftalmopatisinin cerrahi tedavisinde transantral orbital dekompresyon için KBB uzmanının yardımına ihtiyaç vardır. Bu işlemle inferior ve medial orbital duvarlar kaldırılarak fazla doku için hacim yaratılır (4).

Hipotiroidizmde seröz otitis mediaya ikincil iletim tipi işitme kaybı görülebilir (5). Pendred sendromunda olduğu gibi sensörinöral işitme kaybı da olabilir. Pendred sendromu otozomal resesif geçiş gösterir ve iyodun organifikasyonu kulsurludur. Hollander sendromunda ise sensörinöral işitme kaybı ile birlikte ötiroid guatr görülür. Yaygın mukozal ödem nedeniyle nazal obstrüksiyon, dilde kalınlaşma, fasial ödem, ses kalınlığı ve konuşmada yavaşlama görülebilir (6).

Tiroid kanseri bezde kitle, boyunda kaynağı belli olmayan bir kitle veya vokal kord paralizisi ile kendini gösterebilir. Akut bakteriyel tiroidit boyunda kitle, ses kısıklığı, vokal kord paralizisi veya solunum yolu obstrüksiyonu ile karşımıza çıkabilir. Bu durumda trakeostomi gerekebilir.

Kalsiyum ve Fosfat Metabolizması

Hiperparatiroidizmli hastalarda işitme kaybı, disfaji, dilde fasiikülasyon, fasial kemiklerde tümör ve oral mukozada lezyonlar olabilir. İşitme kaybı sensörinöraldir ve kalıcıdır. Fasial kemiklerdeki lezyonlar kahverengi tümörler (osteitis fibroza sistika) olarak tanımlanırlar. Bu tümörler benindir, en sık maksillada yerleşim gösterirler ve işlevsel ya da estetik sorun yaratmıyorsa çıkarılmaları gerekmez. Oral mukozada epulis denen lezyonlar tedavi gerektirmez.

Multipl endokrin neoplazi (MEN) tip 2A ve 2B'de medüller tiroid kanseri olabilir ve bu hastalar boyunda kitle ile KBB polikliniklerine başvurabilirler. Tip 2A ve 2B'de ortak özellik feokromositoma, tip 2A'nın ayırıcı bulgusu hiperparatiroidizm, tip 2B'nin ayırıcı bulgusu ise nöromalardır. Nöromalar, dudaklar, ağız boşluğu, burun, larinks ve gözleri örten mukozaları tutabilir. Bu lezyonlar benin olmakla birlikte MEN tanısını akla getirmelidir. MEN 2A ve 2B tanısı düşünülen hastalar preoperatif olarak feokromositoma açısından taranmalıdır (7).

Hiperkalsemi, hiperparatiroidizm olmaksızın, baş ve boyun malin tümörlerinde ve sarkoidozda da görülebilir. Sarkoidozda, nazal mukozada granüler lezyonlar, larinks ülserleri, boyunda kiteller, tükürük bezlerinde şişme görülebilir (8). Hiperparatiroidizm ve hipokalsemi sinir iritabilitesi, laringeal stridor, laringospazm ve Chvostek belirtisine neden olabilir. Hiperparatiroidizm sıklıkla boyun cerrahisinin komplikasyonu olabi-

lır. Ağır hipokalsemi ve hipomagnezemi bilateral vokal kord paralizisine neden olabilir (9).

İşitme kaybı olan çocuklarda hipofosfatazy ve hiperfosfatazy bildirilmiştir (10).

Paget hastalığı erişkinlerin hastalığı olmakla birlikte, konu bütünlüğü açısından, kafatası kemiklerini tuttuğu ve sensörinöral işitme kaybına neden olduğu hatırlanabilir. Bu hastalarda tinnitus ve vertigo gelişebilir.

Osteogenezis imperfektada iletim tipi sağırılık görülebilir. Bu durum, klinik ve histolojik olarak otosklerozdan farksızdır. Cerrahi tedavi ve işitme cihazı gerekebilir (11).

Osteopetrozis (Albers-Schönberg hastalığı) de otolojik komplikasyonlara neden olabilir. Temporal kemik tutulumu sensörinöral ve iletim tipi sağırılığa yol açar. Genellikle, bu durumun işitme cihazı dışında tedavisi yoktur. Ayrıca fasial paralizisi görülebilir ve tekrarlayıcı olabilir; genellikle dekompresyon önerilir. Diş çürükleri sık görülür ve ağrıdır; mandibula osteomyeliti gelişebilir (12).

Adrenal Korteks

Adrenal yetersizlikli (Addison) hastalar dil kuruluğu, deri ve dilin hiperpigmentasyonu ile başvurabilirler. Endolenfatik hidrops (Meniere sendromu), koku ve tad alma kusurları bildirilmiştir. Cushing sendromunda ise ay dede yüz görünümü ve belirgin supraklaviküler yağ yastıkları görülebilir.

Gebelik

Gebelikte ilgili en sık KBB sorunu ağır vazomotor rinittir. Bu durum genellikle ikinci veya üçüncü trimesterde görülür. Hazırlayıcı etken olmayabilir ve tedaviye dirençlidir. Vokal kordlardaki damarsal yapıların şişmesine bağlı olarak ses kısıklığı da görülebilir. Aşırı boğaz kuruluğu ('laringitis sicca gravidarum') olabilir. Bu sorunlar doğumdan sonra düzeler. Son olarak, yüz felci sıklığı gebelerde üç misli daha fazladır ve tedavisi genellikle yakın izleme sınırlıdır (13).

Diabetes Mellitus

Sensörinöral işitme kaybı, diyabetli bireylerde, normal topluma göre daha erken görülmektedir. Yaşlı diyabetlilerin bir sorunu da malin nekrotizan dış kulak iltihabıdır. Korkulan bir diğer enfeksiyon da mukormikozistir (14).

Hipoglisemi

Reaktif postprandial hipoglisemi, Meniere sendromu, tekrarlayan işitme kaybı ve vertigo nöbetleri ile kendini gösterebilir. Ancak bu ilişki kanıtlanamamıştır (15).

Lipid Metabolizması

Hiperlipidemi yüzde ksantomalara ve sensörinöral işitme kaybına yol açabilir. Abetalipoproteinemide başvuru bulguları ataksi, akantozis ve sensörinöral işitme kaybı olabilir (16).

Kaynaklar

1. Ito H, Takamoto T, Nitta M, et al. DIDMOAD (diabetes insipidus, diabetes mellitus, optic atrophy and deafness) syndrome associated with myocardial disease. *Jpn Heart J* 1988; 29:371-5.
2. Jenkin A, Renner D, Hahn F, Larsen J. A case of primary amenorrhea, diabetes, and anosmia. *Gynecol Endocrinol* 2000; 14:65-70.
3. Carrua RL, Jho HD, Ko Y. Transnasal-transsphenoidal endoscopic surgery of the pituitary gland. *Laryngoscope* 1996; 106:914-8.
4. Harner SG. Orbital decompression techniques. In: Gorman CA, Waller RR, Dyer JA, eds. *The eye and orbit in thyroid disease*. New York: Raven Press, 1984: 221-36.
5. Chaoki ML, Maoui R, Benmiloud M. Comparative study of neurological and myxoedematous cretinism associated with severe iodine deficiency. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1988; 28:399-408.
6. Friis J, Johnsen T, Feldt-Rasmussen U, et al. Thyroid function in patients with Pendred's syndrome. *J Endocrinol Invest*. 1988; 11:97-101.
7. Werbel SS, Ober KP. Pheochromocytoma. Update on diagnosis, localization, and management. *Med Clin North Am*. 1995; 79:131-53.
8. Benjamin B, Dalton C, Croxson G. Laryngoscopic diagnosis of laryngeal sarcoid. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1995; 104: 529-31.
9. Lye WC, Leong SO. Bilateral vocal cord paralysis secondary to treatment of severe hypophosphatemia in a continuous ambulatory peritoneal dialysis patient. *Am J Kidney Dis* 1994; 23:127-9.
10. Scnuknecht HF. *Pathology of the ear*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1974: 172-84.
11. Bergstrom L. Osteogenesis imperfecta: otologic and maxillofacial aspects. *Laryngoscope* 1977;87 (Suppl):1-42.
12. Stocks RM, Wang WC, Thompson JW, et al. Malignant infantile osteopetrosis: otolaryngological complications and management *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 199; 124: 689-94.
13. Hilsinger RL Jr, Adour KK. Idiopathic facial paralysis, pregnancy, and the menstrual cycle. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1975; 84: 433-42.
14. Duck SW, Prazma J, Bennett PS, Pillsbury HC. Interaction between hypertension and diabetes mellitus in the pathogenesis of sensorineural hearing loss. *Laryngoscope* 1997; 107: 1596-605.
15. de Vincentiis I, Ralli G. New pathogenetic and therapeutic aspects of Meniere's disease. *Adv Otorhinolaryngol* 1987; 37:97-100.
16. Pulec JL, Pulec MB, Mendoza I. Progressive sensorineural hearing loss, subjective tinnitus and vertigo caused by elevated blood lipids. *Ear Nose Throat J* 1997; 76: 716-20.