

Tanıda Güçlük Çekilen Akciğer Tüberkülozlu Olgularımız#

Dursun Tatar*, Gürkan Ertuğrul*, Ali Kadri Çırak*,
Yasemin Özdoğan*, Rifat Özacar*, Hüseyin Halilçolar*

ÖZET

1992-1998 yılları arasında hastanemizde klinik ve laboratuvar bulguları ile akciğer tüberkülozu dışı ön tanımlarla yatan, bronkoskopi, transtorasik iğne aspirasyon biyopsisi (TTİAB) lenf nodu eksizyonu, plevra biyopsisi ve torakotomi gibi invaziv tanısal yöntemlerle tüberküloz (tb) tanısı alan 12 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Olguların tümü erkek ve yaş ortalaması 45.5 (15-74) idi. Akciğer radyogramlarında, altısında tek-çoğul kitle lezyonu, üçünde kalın duvarlı kaviter lezyon, birinde kitle+plörezi, birinde lobar pnömonik infiltrasyon ve birinde multipl hiler-mediastinal genişleme izlendi. Üç olguda balgam ve bronş aspirasyon sıvısında aside dirençli basil (ADB) kültür yöntemiyle, bir olguda TTİAB yaymasının direk bakısıyla olumlu, bir olguda skalen ve transbronşial, bir olguda plevra biyopsisi, dört olguda torakotomi ve iki olguda endobronşial mukoza biyopsi örneklerinin, histopatolojik incelemesi ile tb tanısı kondu. Sonuçta, ülkemizde yaygın olan akciğer tb'nin, akciğer kanseri, kist hidatik, sarkoidozis veya pnömoni gibi hastalıkları taklit edebileceği ve bu hastalıkların ayırıcı tanısında tb'nin gözönünde bulundurulması gerektiği vurgulandı.

Anahtar kelimeler: Akciğer tüberkülozu, ayırıcı tanı

SUMMARY

Cases of Pulmonary Tuberculosis Creating Difficulty in Diagnosis

Twelve cases of pulmonary tuberculosis diagnosed via bronchoscopy, transthoracic needle aspiration biopsy, lymph node excision, pleural biopsy and thoracotomy in our clinics between the years 1992-1998 were evaluated retrospectively. All patients were male and the mean age was 45.5(15-74). Eight patients had single or multiple mass lesions, 3 had thin walled cavitary lesions, 1 had a mass lesion and pleural effusion, another had lobar pneumonic infiltrations, and another had multiple hilar / mediastinal enlargement on their chest radiograms. Presumptive diagnoses of all patients were lung cancer (n:10), sarcoidosis (n:2), hydatid cyst (n:2), and pneumonia (n:1). The diagnosis was confirmed by the isolation of acid-fast basilli in 3 patients via sputum and bronchial aspiration fluid culture. Diagnosis was proven by histopathologic examinations of transthoracic needle aspiration biopsy in 1 patient, scalene lymph node biopsy in 1, pleural biopsy in 1, endobronchial biopsy in 2, and thoracotomy specimen in 4. In conclusion, pulmonary tuberculosis, endemic in our country, can mimic diseases such as lung cancer, hydatid cyst, sarcoidosis, pneumonia, and thus, must be considered in the differential diagnosis of these diseases.

Key words: Pulmonary tuberculosis, differential diagnosis

GİRİŞ

Akciğer tb, farklı radyolojik ve klinik görünümleri ile birçok hastalıkla karışabilmektedir. En sık taklit ettiği hastalıklar pnömoni, akciğer kanseri, lenfoma, komplike kist hidatik

ve akciğer absesidir. Akciğer tb, atipik yerleşim ve görünümüne yol açtığı durumlarda sıklıkla tanı gecikmelerine ve torakotomiye dek ilerletilen invaziv girişimlere neden olabilmektedir.

* Bu çalışma Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği (TUSAD) XXIV. Ulusal Kongresi (5-9 Haziran 1999, İstanbul)'nde sunulmuştur.
* İzmir Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Bronkoskopiden torakotomiye kadar invaziv girişimler sonucu akciğer tb tanısı alan olguların demografik, klinik, radyolojik ve laboratuvar özellikleri araştırıldı.

GEREÇ ve YÖNTEM

Servisimizde 1992-1998 yılları arasında klinik ve laboratuvar bulgularıyla akciğer tb dışı ön tanılarla yatan ve değişik tanı yöntemleriyle tb tanısı alan 12 olgu retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR

Olguların tümü erkek ve yaş ortalaması 45.5 (15-74) idi. Başvuru yakınmaları sıklık sırasına göre, göğüs ağrısı, kilo kaybı (dokuz olgu), öksürük (sekiz olgu), terleme, halsizlik, iştahsızlık, balgam çıkarma, ateş, ses kısıklığı ve hemoptizi (bire olgu) idi.

Sekiz olguda ortalama 33 (3-68) paket yılı sigara kullanımı öyküsü vardı.

Olguların akciğer radyogramları incelendiğinde altısında tek-çoğul kitle lezyonu, üçünde kalın duvarlı kaviter lezyon, birinde kitle+plörezi, birinde lobar pnömonik infiltrasyon ve birinde mediastinal genişleme saptandı.

Yedi olguda tüberkülin testi olumlu ve ortalama endürasyon çapı 19 mm (10-32 mm), beşinde ise olumsuz idi.

Üç olgumuzda balgam ve/veya bronş aspirasyonunda Mycobacterium tuberculosis saptanırken, dokuz olgumuzda histopatolojik incelemeler sonunda tb tanısı kondu. Tüm olgularda uygulanan standart tb tedavisi ile şifa elde edildi. Olgulara ait veriler Tablo 1'de gösterilmiştir.

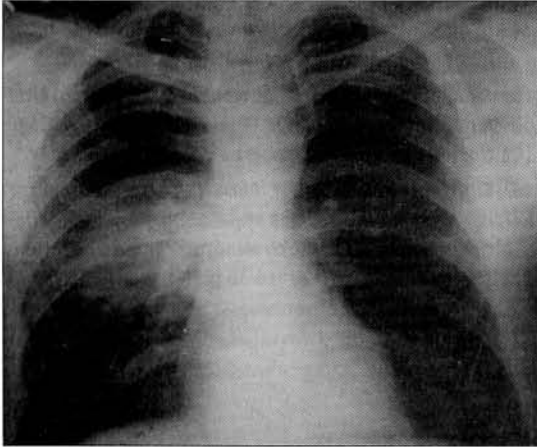
TARTIŞMA

Akciğer tb tanısında en etkin ve basit yöntem balgamda Mycobacterium tuberculosis'in saptanmasıdır. Ancak klinik ve radyolojik bulgular tb ile uyumlu, örneklerin alınma işlemi ve bakteriyolojik inceleme yöntemlerinin gerektiği biçimde uygulandığı olguların % 10-25'inde basil saptanamamaktadır (1). Radyolojik olarak diğer hastalıkları taklit edebilmesi nedeniyle, tb'nin sık görüldüğü toplumlarda tb tedavisine başlamadan önce kesin tanı için yeterli materyalin elde edilmesi önemlidir (2). Tüberküloz şüpheli, balgam ADB olumsuz olgularda fiberoptik bronkoscopi (FOB), hem ayırıcı tanıda, hem de ADB bakışı için bronş lavajı ve diğer örneklerin elde edilmesine olanak sağladığından önemli bir tanisel yöntemdir (3). ADB olumsuz tb olgularında bronkoskopinin tanıya katkısı 41 olguluk bir çalışmada % 34, seksen dokuz olguluk bir diğerinde % 67.4 olarak bildirilmiştir (4,5). Tüm olgularımıza en az üç kez balgamda homojenizasyon yöntemiyle basil gösterilememesi nedeniyle FOB uygulandı, bir olguda bronş aspirasyon sıvısında, bir diğerinde ise postbronkoskopik balgam örneğinde ADB saptandı. İki olguda (11 ve 12 no'lu olgular) endobronşial tümöral lezyondan ve bir olguda (1 no'lu olgu) transbronşial akciğer biyopsisi yöntemiyle alınan örneklerin histopatolojik incelemesinde nekrotizan granülomatöz reaksiyon gözlenmesi ile tb tanısı kondu. Çalışmamızda FOB'un tanıya katkısını % 41.6 oranında saptadık. Endobronşial tb (EbTb), erişkinlerde primer tb'nin progres-

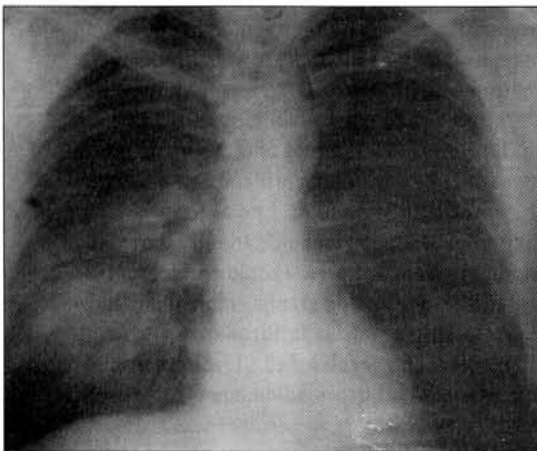
Tablo 1. Olgularımızın Genel Özellikleri

Olgu	Yaş	PA Akciğer Radyogramı	Ön Tanı	ADB	Tanı Yöntemi	Tanı
1	28	Kitle lezyonu	Akciğer Ca sarkoidoz	Olumsuz	Transbronşiyal biyopsi, Skalen lenf nodu eksizyonu	Akciğer tb, Endobronşiyal tb, Lenfadenit tb
2	73	Kitle	Akciğer Ca	Olumsuz	Torakotomi	Akciğer tb
3	67	Kitle+plörezi	Akciğer Ca Kist hidatik	Olumsuz	Plevra biyopsisi	Akciğer tb, tb plörezi
4	72	Kavite kitle	Pnömoni	Olumsuz	Bronkoscopi	Akciğer tb
5	29	Kitle (Resim 1-3)	Akciğer Ca Kist hidatik	Olumsuz	Torakotomi	Akciğer tb, Lenfadenit tb
6	52	Kitle	Akciğer Ca	Olumsuz	TTİAB	Akciğer tb
7	40	Kitle	Akciğer Ca	Olumsuz	Torakotomi	Akciğer tb
8	51	Kalın cidarlı kavite	Akciğer Ca	Olumsuz	Torakotomi	Akciğer tb
9	44	Kalın cidarlı kavite	Akciğer Ca	Olumsuz	Bronkoscopi	Akciğer tb
10	60	Kalın cidarlı kavite	Akciğer Ca	Olumsuz	Balgam kültürü	Akciğer tb
11	15	Pnömonik infiltr.	Akciğer Ca	Olumsuz	Bronkoscopi	Endobronşiyal tb
12	17	Pnömonik infiltr.+ mediastinal LAP	Sarkoidoz	Olumsuz	Bronkoscopi	Endobronşiyal tb

yonu şeklinde gelişebilir ve akciğer maligniteleri ile karışabilir (6). EbTb, tb prevalansına göre değişmekle birlikte, % 0.72-36.8 oranlarında bildirilmektedir (7-10). Olgularımız içinde EbTb oranı % 25'tir. EbTb sıklıkla genç kadınlarda görülmekte fakat tb kontrol programlarıyla, primer tb'de olduğu gibi, endobronşial tb görülme yaşı ileri yaşlara kaymaktadır. Alt lobların tutulumu daha siktir. Çıkrıkçıoğlu ve Tahaoglu'nun serilerinde olduğu gibi olgularımız 2-3. dekatlarda yer almaktaydı (9,11). EbTb'de akciğer radyogramları normal olabileceği gibi pnömonik infiltrasyon, konsolidasyon, kollaps, obstrüktif amfizem, tansiyon kavitesi, hiler adenopati gibi görünüm de saptanabilir (8,12). Olgularımızda pnömonik infiltrasyon yanı sıra 1 ve 12 nolu olgularda hiler ve mediastinal adenopati izlendi. Tüberküloz, histoplazmoz gibi infeksiyon hastalıkları, primer lenf bezi maligniteleri, metastatik maligniteler ve sarkoidoze bağlı lenf bezi büyümeleri, PA akciğer radyogra-



Resim 1: Olgu 5'in 1992 PA akciğer radyogramı



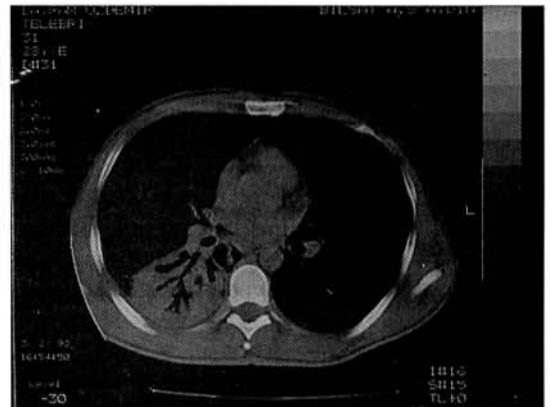
Resim 2: Olgu 5'in 1993 başvuru PA akciğer radyogramı

mında mediastinal genişlemenin en sık nedenidir. (8,16). Mediastinal kitle etyolojilerinin araştırıldığı 782 olguluk bir çalışmada tb lenfadenit % 6 oranıyla 5. sırayı almıştır. Kır'ın 78 olguluk serisinde ise % 12.8 oranıyla 3. sırada yer almıştır (15).

Hiler-mediastinal lenfadenopati, parankimal lezyonlar ve tüberkülin testi olumluluğu birlikteliğinde tb tanısına ulaşmak kolay iken parankimal lezyonların eşlik etmediği, bronkoskopik olarak endobronşial lezyonun gözlenmediği olgularda tanı güçlüğü yaşanmaktadır (13). Uçan ve ark. mediastinal tb lenfadenitli 10 olgunun sekizinde tüberkülin testini olumlu saptamışlar ve bunun anerjizan hastalıklarla ayırıcı tanıda önemli olduğunu vurgulamışlardır (14). Bizim tüberküloz lenfadenit saptanan iki olgumuzda da tüberkülin testi olumlu idi.

Olgularımızda sıklıkla düşünülen ön tanı malignite (9/12), sarkoidoz (2/12), pnömoni (2/12) ve kist hidatik (2/12) idi. Kist hidatik ön tanısıyla incelenen iki olgudan birine (5 no'lu olgu) tanısal amaçlı torakotomi uygulandı. Sağ alt lobektomi örneğinin histopatolojik incelemesi tüberküloz olarak rapor edildi. Diğerine (3 no'lu olgu) ilk başvurusunda, sol akciğer üst lob periferik yerleşimli kitle lezyonuna TTİAB uygulandı, aspire edilen sıvının sitolojik ve bakteriyolojik incelemesi tanısal değildi. Olgu radyolojik izleme alındı. Bir ay sonra, kitlenin büyüme ve plörezi görünümü ile başvurdu, Abraham's iğnesiyle elde edilen plevra biyopsisi örneğinin, histopatolojik incelemesi ile tb tanısı kondu. Bronkoskopi ve transtorasik girişimlerle tanıya ulaşamadığımız ve toraks bilgisayarlı tomografi bulguları kuvvetle malignite düşündüren 4 olgumuza, tanısal amaçlı torakotomi uygulandı ve tb tanısı kondu.

Sonuç olarak; ülkemizde yaygın olan akciğer tb'nin, akciğer kanseri, kist hidatik, sarkoidozis veya pnömoni gibi hastalıkları taklit edebileceğini ve bu hastalıkların ayırıcı tanısında gözönünde bulundurulması gerektiğini vurgulamak istedik.



Resim 3: Olgu 5'in 1993 toraks BT kesiti

KAYNAKLAR

1. Keleşoğlu N. Tüberküloz tanısında bakteriyolojik yöntemler. Kocabaş A (ed). Tüberküloz; kliniği ve kontrolünde. Ankara: Emel matbaası, 1991; 211-7.
2. Jayasundora CIW, Attapattu M, Kumarasingh MP. Atypical presentations of pulmonary tuberculosis diagnosed by fiberoptic bronchoscopy. *Postgrad Med J* 1993; 6: 621-3.
3. Çıkrıkçıoğlu S, Yılmaz V, Kılıçaslan Z. Fiberoptik bronkoscopi ile tanı konulan tüberküloz olguları. *Solunum* 1989; 14:196-8.
4. Danek SJ, Bower JS. Diagnosis of pulmonary tuberculosis by flexible bronchoscopy. *Am Rev Respir Disease* 1979; 199:677-8.
5. Willcow PA, Benatar SD, Patgieter PD. Use of the flexible bronchoscope in diagnose of sputum negative pulmonary tuberculosis. *Thorax* 1982; 37: 598-9.
6. Matthews J, Matarese SL, Carpenter JL. Endobronchial tuberculosis simulating lung cancer. *Chest* 1984; 86: 643-4.
7. Alataş F, Özdemir N, Metintaş M ve ark. 4 olgu nedeniyle endobronşiyal tüberküloz. *Solunum Hastalıkları* 1998; 9: 349-57.
8. Lee JH, Park SS, Lee DH et al. Endobronchial tuberculosis. *Clinical and bronchoscopic features in 121 cases. Chest* 1992; 102: 990-4.
9. Çıkrıkçıoğlu S, Altın S, Özyurt P ve ark. Bronkoscopik tanı konulan 26 endobronşiyal tüberküloz. *Solunum Hastalıkları*. 1995; 6: 441-9.
10. Aktoğu S, Yorgancıoğlu A, Çırak K ve ark. Akciğer tüberkülozunda epidemiyolojik, klinik ve radyolojik bulgular (5480 olgunun analizi). *Solunum* 1995; 20: 213-22.
11. Tahaoğlu K, Kızgın I, Karagöz T ve ark. Endobronşiyal tüberküloz. *Solunum* 1993; 18: 146-53.
12. Ip MSM, So SY, Lam WK, Mok CK. Endobronchial tuberculosis revisited. *Chest* 1986; 89: 443-4.
13. Amoroso JK, Smith PR, Cohen JR et al. Tuberculosis mediastinal lymphadenitis in adults. *Radiology* 1978; 126: 365-8.
14. Uçan ES, Ateş M. Erişkinlerde hiler adenopati ve tüberküloz. *Tüberküloz ve Toraks* 1986; 34: 41-6.
15. Kır A, Baran C, Yılmaz A, Atasalihli A. Mediastinal kitleler (78 olgunun analizi). XX. Türk Tüberküloz ve Göğüs Hastalıkları Kongresi. Kongre Kitabı 1994; 22: 39-44.
16. Christensen EE, Dietz GW, Ahn CH et al. Initial roentgenographic manifestations of pulmonary mycobacterium tuberculosis, *M. kansasi*, *M. intracelluaris* infections. *Chest* 1981; 80: 132-6.