

İzole Tüberküloz Lenfadenite Bağlı Şilotoraks

Chylothorax due to Isolated Tuberculous Lymphadenitis

Arif ATEŞ

Hıdır ESME

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya
Şehir Hastanesi, Göğüs Cerrahisi
Kliniği, Konya, Türkiye
Department of Thoracic Surgery, Health
Sciences University, Konya City
Hospital, Konya, Türkiye

ORCID ID

AA : 0000-0002-7425-173X

HE : 0000-0002-0184-5377



ÖZ

Tüberküloz, tıptaki gelişmelere rağmen günümüzde de önemli bir sağlık problemi midir. Bunların %20'si başta lenf bezi ve plevra olmak üzere akciğer dışı tüberkülozdur. Gelişmiş ülkelerde nadir görülse de bazı ülkelerde tüberküloz lenfadenit ve buna bağlı şilotoraks görülebilmektedir. Bu yazıda, şilotoraks nedeniyle opere edilen bir hastanın tüberküloz lenfadenit tanısı alması üzerine bu konudaki farkındalığın artırılması amaçlandı.

Anahtar kelimeler: Mediasten, şilotoraks, tüberküloz.

ABSTRACT

Despite advances in medicine, tuberculosis is still an important health problem today. About 20% of these are extrapulmonary tuberculosis, primarily lymph node, and pleura. Although it is rare in developed countries, tuberculous lymphadenitis and related chylothorax can be seen in some countries. In this article, we aimed to increase the awareness on the diagnosis of tuberculous lymphadenitis in a patient which we operated for chylothorax.

Keywords: Mediastinum, chylothorax, tuberculosis.

GİRİŞ

Şilotoraks, süt renginde plevral sıvıda yüksek trigliserit ve düşük kolesterol seviyeleri ile karakterize nadir bir klinik durumdur.^[1] Genellikle travma veya malignitenin bir sonucu olarak büyük lenf damarlarının tıkanması sonucu oluşur.^[2] Tüberküloz lenfadenit nedeniyle oluşan şilotoraks, çok nadir sebep olarak görülebilir. Büyümüş mediastinal ve hiler lenf nodlarının torasik lenfatik kanal ve sisterna şili üzerinde baskı oluşturarak, azigos üzerinden interkostal venler arasındaki kollaterallerin açılmasıyla lenfatik sıvının plevral boşluğa drenaj yolu ile şilotoraksa sebep olduğu düşünülmektedir.^[3] Makalemize konu olgu, mediastinal tüberküloz lenfadenitin nedenli ve antitüberküloz tedaviden sonra tamamen remisyona girdiği gözlenen bir şilotoraks olgusudur.

Her gün, bağırsaklardan emilen 1,5–2,5 litre lenfatik sıvı sisterna şili ve duktus torasikus yoluyla venöz sisteme akar. Bu nedenle, şilotoraks durumunda, drenajın hemen ardından, aynı miktarda lenfatik sıvı plevral boşluğa dolar. Şilotoraks genelde biriken sıvı miktarı ile orantılı nefes darlığı şikayetine neden olur, ateş ve göğüs ağrısı yoktur. Şilöz sıvı her zaman sütü andırmaz ve bazı durumlarda hemorajik görünümde olur. Şilöz sıvı 400–6500/mm³ lenfosit içerir, uzun süreli drenaj T-lenfosit eksikliğine neden olabilir.^[4]

Cite this article as: Ateş A, Esmé H. Chylothorax due to Isolated Tuberculous Lymphadenitis. Journal of Izmir Chest Hospital 2023;37(2):100–102.

Geliş (Received): Şubat 22, 2023 Revize (Revised): Temmuz 14, 2023 Kabul (Accepted): Temmuz 23, 2023 Çevrimiçi (Online): Ağustos 14, 2023

Sorumlu yazar (Correspondence author): Arif ATEŞ, MD. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Şehir Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Konya, Türkiye.

Tel: +90 506 849 86 80 e-mail: arif_ates42@hotmail.com

© Copyright 2023 by Journal of Izmir Chest Hospital - Available online at www.ighdergisi.org

OLGU SUNUMU

Kronik hastalık öyküsü olmayan 70 yaşındaki kadın hasta, iştahsızlık, halsizlik, üç aydır hareketle nefes darlığı ve iki aydır kuru öksürük şikayeti ile acil polikliniğimize başvurdu. Muayenesinde, sağ akciğerin bazal segmentlerinde solunum seslerinde belirgin azalma olduğu tespit edildi. Diğer klinik muayene bulguları normaldi.

Direkt akciğer grafisinde ve toraks bilgisayarlı tomografide bilateral pleval efüzyon mevcuttu (Şekil 1, 2). Pleval efüzyondan alınan yüksek yoğunluklu süt renginde sıvı trigliserit 187 mg/dL, kolesterol 40 mg/dL, laktat dehidrogenaz (LDH) 160 U/L ve albümin 18,6 g/dL içeriyordu. Mayinin biyokimya sonucu şilotoraks ile uyumlu olması üzerine tüp torakostomi uygulanarak drenaj sağlandı. Oral alımı kapatılıp periferik total parenteral nütrisyon (TPN) desteği başlandı. Hastada ilk gün 1700 cc takip eden beş gün boyunca 300 cc drenajın olması ve mediastinal lenfadenopatiler sebebiyle tanı ve tedavi amaçlı eksploratif torakotomi yapıldı.

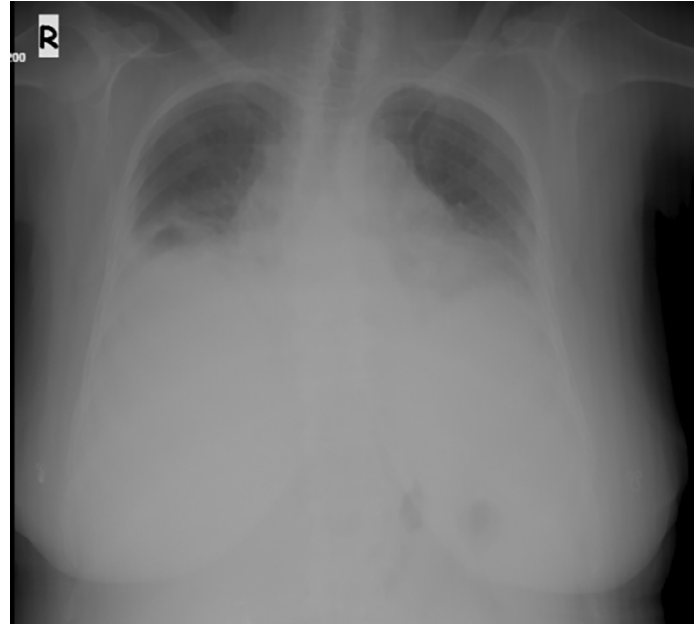
Ameliyat sırasında akciğer parankiminde patoloji tespit edilmedi. Dört numaralı lenf nodu, azigos ven ve süperior vena kavanın ortasında yerleşimli idi ve fikse görünümdeydi. Dört ve sekiz nolu lenf nodları total eksize edildi. Vena azigosun hemen üst kısmının mediyalindeki mediastinal plevala altından şilöz mayi geldiği görüldü. Vena azigosun üst ve alt kısımlarındaki tüm mediastinal yapılara polipropilen sütürlerle iki ayrı yerden ligasyon ve steril pudra ile plöredezis yapıldı. Steril pudra ile yapılan plöredezisin amacı, ligasyona rağmen duktus torasikustan gözle görülemeyen küçük kaçakların önlenmesidir. Postoperatif birinci gün 400 cc sonrasında sırasıyla 200 cc, 200 cc, 100 cc ve 50 cc drenajdan sonra akciğerler ekspansiyon oldu ve drenajı kesilen hastanın tüp torakostomisi sonlandırıldı.

İşlem sonrası patoloji tarafından kazeifikasyon gösteren granümatöz lenfadenit tanısı raporlandı. Ulusal Tüberküloz Sürveyans Sistemine bildirilen hastaya izoniazid, rifampisin, etambutol, pirazinamiden oluşan dördümlü antitüberküloz tedavi başlandı. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Ulusal Tüberküloz Tedavi Rehberi çerçevesinde tedavisi planlandı.^[5] Halen poliklinik hastası olarak takip edilmekte ve tedavinin ikinci ayında hastanın plörezezinin kaybolduğu ve mediastinal lenfadenopatilerinin küçüldüğü tespit edildi.

TARTIŞMA

1875 yılında, Quinke ilk travmatik şilotoraksı tanımladı. 1948 yılında Lampson ilk torasik kanal ligasyonunu yaptı. Torasik kanaldaki yırtılma veya sızıntı, pleval boşlukta şilöz sıvının birikmesine neden olur. Normal bir yetişkinde, duktus torasikus günlük 4 litreye kadar lenf sıvısı taşır. Bu taşınma önünde engel olursa pleval aralıkta hızla şilöz sıvı birikimi oluşur.

Torasentez ve pleval sıvı analizi, şilotoraks tanısı koymada yeterli tanı yöntemidir. Pleval sıvının trigliserit içeriğinin analizi şilotoraks tanısını doğrulamaya yardımcı olur. 110 mg/dL'den daha yüksek bir seviye, pleval sıvının şilöz karakteri için %99 spesifiktir. Pleval sıvının trigliserit seviyesinin 50 mg/dL'den daha düşük tespit edilmesi, pleval sıvının şilöz olmadığını %95 negatif prediktif değerde yansıtır. Seviye 50–110 mg/dL ise tanı için kolesterol seviyesinin tespit edilmesi gerekir. Pleval sıvı kolesterol/serum kolesterol oranının 1'den küçük hesaplanması, şilotoraks lehine tanısaldır.^[3,6] Hastamın



Şekil 1: Direkt akciğer grafisi görüntüsü.



Şekil 2: Toraks bilgisayarlı tomografi görüntüsü.

zın pleval sıvısının tipik süt renginde görünümü, pleval sıvıdan elde edilen örnekte yüksek trigliserit konsantrasyonu, düşük pleval sıvı kolesterol/trigliserit oranı ile şilotoraks teşhisi konuldu.

Tüm şilotoraks olgularının %50'sinden fazlasında malignite tespit edilir. Malign sebepli şilotoraks olgularında lenfoma %60 oranında görülür ve non-Hodgkin hastalığı ağırlıktadır. Buna karşılık, lenfoma dışı olgular daha nadirdir. Malign olmayan etioloji başta travma, idiyopatik, doğuştan ve daha nadir görülenler şeklinde sıralanabilir. Konjenital şilotoraks, yenidoğanlarda pleval efüzyonun önde gelen nedenidir.^[7,8] Pek çok idiyopatik olgunun öksürük veya hıçkırıkla oluşan küçük travmalara ya da yağlı yiyecekler yemek gibi sekonder olarak gerçekleştiği düşünülmektedir. Daha nadir sebeplerden vena kava veya subklavyen ven trombozu, siroz, lenfanjioleiomyomatoz, kaposi sarkomu, filariasis ve ailesel lenfödem, sarkoidoz, radyasyon mediastiniti, hipotiroidizm, Gorham sendromu (tıp literatüründe kaybolan kemik hastalığı), masif osteoliz olarak

da bilinen bu hastalık, ilerleyici kemik kaybı [osteoliz] ile karakterize ve genellikle şilotoraksa bağlı nefes darlığı ile semptom veren nadir bir kemik bozukluğudur) sıralanabilir.^[9]

Her ne kadar şilotoraksın patogenezi kesin olarak bilinmese de plevral aralıkta şilöz sıvının, genişleyen mediastinal ve hiler lenf nodlarının sisterna şili ve duktus torasikusun sıkıştırması dolayısı ile torasik anastomozların, torasik kanal sistemi, azigos ve interkostal damarlar arasında açılmasıyla, ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bizim olgumuzda toraks bilgisayarlı tomografide çok sayıda büyümüş lenfadenopati tespit edilmesi, operasyon esnasında büyümüş lenf nodlarının duktus torasikusa kitlesel etki ile basısının gözlenmesi bu önermeyi güçlü bir şekilde desteklemektedir.

Amerikan Radyoloji Derneği (ACR) tarafından yayımlanan 2017 kriterlerine göre, şilotoraks etiyojisi bilinmiyorsa, lenfatik sistemin değerlendirilmesi için kontrastlı toraks ve abdominal bilgisayarlı tomografi (BT) taraması veya manyetik rezonans görüntüleme (MRG) önerilmektedir. Lenfanjiyografi, torasik kanal anatomisinin preoperatif olarak tanımlanması gerektiğinde veya sızıntının bulunduğu yer klinik olarak belirgin olmadığında yararlıdır.^[10] Biz olgumuzun tanı yönetiminde önerildiği üzere toraks kontrastlı bilgisayarlı tomografi çalışması yapıldı.

Literatürde tüberküloz lenfadenit ile ilgili az sayıda olgu bildirildi. Kim ve ark.^[9] pulmoner parankimde multipl difüz nodülleri ve abdominal lenfadenopatileri olan, 17 yaşında bir kadın hastada şilotoraks ve şilöz asit tespit etti. Ayrıca balgam ve plevral sıvısında tüberküloz basili üretti. El Hammoui ve ark.^[11] ayrıca mediastinal ve abdominal tüberküloz lenfadenite bağlı sekonder şilotorakslı bir hastada antitüberküloz ve destekleyici medikal tedavi ile tedavi ettiklerini bildirdi.

Ülkemizde, Büyüksirin ve ark.^[12] plevral efüzyonla başvuran 22 yaşında bir kadın hastanın şilöz plevral aspirasyon sıvısında *Mycobacterium tuberculosis* ürediğini ve antitüberküloz tedavisi ile olumlu yanıt aldığını bildirdi. Biz sunduğumuz bu olgumuzda tüberküloz basili gösteremesek de eksize edilen mediastinal lenf bezlerinde patolojik olarak tüberküloz lenfadenit tanısı koyuldu.

Tüberküloz lenfadenit ile ilişkili şilotoraksın tedavisinde, gerektiğinde, antitüberküloz tedavisi (izoniyazid, rifampisin, etambutol, pirazinamid), terapötik torasentezle birlikte uygulanır. Ciddi dispne durumunda, plöroperitoneal şant veya göğüs tüpü ile drenaj gerekebilir. Kötü beslenme ve immünojenik bozukluklar, tekrarlayan plevral sıvı drenajı olan olgularda ortaya çıkabilir. Silöz sıvı yüksek konsantrasyonlarda protein, lipit, elektrolit ve lenfositler içerir.

Olgumuzda hastane yatışı süresince iyi bir destek ve replasman tedavisiyle ve hemen başlanan antitüberküloz tedaviye ikinci ay kontrollerinde klinik ve radyolojik yanıtla plörezinin kaybolması neticesinde immün defekt ve malnütrif bir durum gözlenmedi. Sonuçta, tüberküloz hastalığının nispeten daha yaygın olduğu ülkemizde, şilotoraks tespit edilen durumlarda iyi bir inceleme ve ileri tetkik planlanmalı ve mediastinal lenfadenopati sebepli şilotoraks durumunda tüberküloz düşünülmelidir.

Disclosures

Informed Consent: Written informed consent was obtained from the patient for the publication of the case report and the accompanying images.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: The authors have no conflict of interest to declare.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

Hasta Onamı: Olgu sunumu ve beraberindeki görüntülerin yayınlanması için hastadan yazılı bilgilendirilmiş onam alındı.

Hakem değerlendirmesi: Dışarıdan hakemli.

Çıkar Çatışması: Çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışmanın herhangi bir finansal destek almadığını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Biewer ES, Zürn C, Arnold R, Glöckler M, Schulte-Mönting J, Schlensak C, et al. Chylothorax after surgery on congenital heart disease in newborns and infants -risk factors and efficacy of MCT-diet. *J Cardiothorac Surg* 2010;5:127.
2. Chalret du Rieu M, Baulieux J, Rode A, Mabrut JY. Management of postoperative chylothorax. *J Visc Surg* 2011;148:e346–52.
3. Kim KJ, Park DW, Choi WS. Simultaneous chylothorax and chylous ascites due to tuberculosis. *Infect Chemother* 2014;46:50–3.
4. Kant S, Verma SK, Anand SC, Prasad R, Verma RK. Development of bilateral chylothorax in a younger female secondary to tuberculosis. *Lung India* 2011;28:56–9.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı. Tüberküloz tanı ve tedavi rehberi. 2. baskı. Ankara: Artı6 Medya Tanıtım Matbaa; 2019.
6. Bielsa S, Pardina M, Porcel JM. Chylothorax due to enlarged tuberculous lymph nodes. *BMJ Case Rep* 2014;2014:bcr2014204582.
7. Ergaz Z, Bar-Oz B, Yatsiv I, Arad I. Congenital chylothorax: Clinical course and prognostic significance. *Pediatr Pulmonol* 2009;44:806–11.
8. Attar MA, Donn SM. Congenital chylothorax. *Semin Fetal Neonatal Med* 2017;22:234–9.
9. Kutlu O, Demirbas S, Sakin A. Chylothorax due to tuberculosis lymphadenitis. *North Clin Istanbul* 2017;3:225–8.
10. Expert Panel on Vascular Imaging and Interventional Radiology.; Majdalany BS, Murrey DA Jr, Kapoor BS, Cain TR, Ganguli S, et al. ACR appropriateness criteria® chylothorax treatment planning. *J Am Coll Radiol* 2017;14:S118–26.
11. El Hammoui MM, Drissi G, Achir A, Benchekroun A, Kabiri EH, Benosman A. Spontaneous bilateral chylothorax revealing a mediastinal and abdominal lymph node tuberculosis. *Rev Pneumol Clin* 2014;70:173–6.
12. Büyüksirin M, Konya A, Polat G, Polat Kaardağ S, Ürpek G, Tibet G. Case of chylothorax due to Mycobacterium tuberculosis. *Toraks Derg* 2006;7:216–7.