

Tiroid Tüberkülozu

İlknur DİLEK (*), Ferhan ÖZSEKER (*), Ethem ÜNVER (*), Sevinç BİLGİN (*), Esen AKKAYA (*)

SUMMARY

Tyroid Tuberculosis

Tuberculosis of the thyroid gland is a rare condition and histological diagnosis ranges between 0.1 % and 1.15 %. This paper presents, a female patient with thyroid tuberculosis admitted to our clinic cervical mass and fistula formation, August 2002. She had total thyroidectomy operation on February 2001 and the pathology was thyroid thyroid tuberculosis. She wasn't given any antituberculosis medication and chest X-ray was normal. Fistula material was culture positive for acid-fast bacilli. She was given antituberculosis medication for 6 months and currently she has no complaint.

Key words: Tuberculosis, thyroid tuberculosis, extra pulmonary tuberculosis

Anahtar kelimeler: Tüberküloz, tiroid tüberkülozu, ekstrapulmoner tüberküloz

Tiroid tüberkülozu oldukça nadir görülen bir ekstrapulmoner organ tüberkülozudur. Histolojik tanı sıklığı % 0.1 ile % 1.8 arasında değişmektedir (1,2). Tüberküloz prevalansının yüksek olduğu ülkelerde de olgu raporları halinde yayımlar vardır (2). Eşlik eden pulmoner tüberkülozun var olmadığı olgularda öncelikli tanı olarak düşünmek güçtür. Kontrastlı bilgisayarlı tomografi bulguları tanıyı akla getirmekle birlikte, kesin tanı histolojik ve bakteriyolojik bulgularla konabilir (2).

OLGU

G.Ş. 42 yaşında bayan hasta; Ağustos 2002 tarihinde boyunda şişlik ve akıntı şikayeti ile SSK Süreyyapaşa Göğüs ve Kalp Damar Hastalıkları Eğitim Hastanesi III. Göğüs Kliniğine tetkik ve tedavi için yatırıldı. Öz geçmişinde; 5 Şubat 2001'de diffüz hiperplazi ve nodüler guatr ön tanıları ile geçirilmiş total tiroidektomi ameliyatı vardı. Soy geçmişinde; kızı altı ay önce akciğer tüberkülozu tanısı ile tedavi görmüştü. Fizik muayenesinde cilt nemli, boynunun sağ tarafında şişlik ve akıntı vardı, insizyon hattı hiperemik ve ödemliydi. Diğer sistem

muayeneleri normaldi. P-A akciğer grafisi normaldi. Eritrosit sedimentasyon hızı 25 mm/saat idi. Hemogramında anemisi vardı (hemoglobin 10.6 g/dl, hematokrit % 32.3). Rutin biyokimya tetkikleri normal sınırlar içindeydi. Boyundaki akıntıdan alınan sürüntü materyalinin bakteriyolojik incelemesinde adi kültür antibiyogramda üreme yoktu ve direkt bakıda aside dirençli basil (ARB) görülmüdü. Löwenstein-Jensen besi yerinde kültürde aside dirençli basil (ARB) üredi. Hastanın tiroid ameliyatı için yattığı SSK İstanbul Eğitim Hastanesi'nden dosyası istenerek tetkikleri incelendi. Ekim 2000'de yine boyunda şişlik şikayeti olduğu ve bu nedenle incelemeye alındığı görüldü. Ekim 2000 tarihli boyun ultrasonografisinde (US) tiroid sağ lobda en büyüğü 10.4 mm çapında farklı boyutlarda, sol lopta 5.7 mm çapta düzgün kenarlı, etrafı hipoekojen halo ile çevrili tiroid ekojenitesinde nodüller, sağ sternokleiodomastoid kası üzerinde 30x18 mm boyutunda düzgün kenarlı hipoekojen lezyon alanı olarak rapor edilmişti. Kasım 2000 tarihli boyun manyetik rezonans incelemesinde sağ sternokleiodomastoid kası anteroinferiorunda yaklaşık 5 cm boyutlu, lobüle konturlu, çevresel kontrast madde tutan, düzgün sınırlı lezyon, çevresel invazyon yok, tiroid sağ lobunda yaklaşık 1 cm boyutlu, düzgün sınırlı nodül olarak rapor edilmişti. Ocak 2001 tarihli Tc 99 ile çekilen tiroid sintigrafisinde bilateral diffüz hiperplazi ve sağ lobun üst bölümünde yerleşik hipoaktif nodül vardı. Bu bulgularla Şubat 2001'de nodüler guatr ön tanısı ile ameliyat edilmişti. Patolojisi (SSK İstanbul Eğitim Hastanesi, B01586/01) lenfositik tirodit ve minimal nekrozlaşma gösteren granüloamatöz iltihap, tüberküloz ve sarkoidoz yönünden araştırılması uygundur şeklinde rapor edilmişti. Ancak, hasta taburcu olduktan sonra kontrole gitmediğinden antitüberküloz tedavi verilememiştir.

Merkezimizde, alınan sürüntü materyalinde aside dirençli basil üremesi ve patoloji raporu sonucunda hastaya tiroid tüberkülozu tanısı ile 13 Ağustos 2002'de INH 300 mg/gün, Rifampisin 600 mg/gün, Etambutol 1500 m/gün, Pirazinamid 1500 mg/ gün dozlarında başlandı. Altı ay tedavi sonunda tüm şikayetleri düzelen hastanın tedavisi sonlandırıldı.

TARTIŞMA

Tiroid tüberkülozu oldukça nadir görülüp, histolojik olarak tespit edilen olguların sıklığı % 1.15-0.1 arasında değiştiği bildirilmektedir (1,3). Ülkemizde tüberküloz sıklığı yüksek olmakla birlikte, tiroid tüberkülozu sık-

lığı ile ilgili veri bulunamamıştır. Akciğer tutulumunun olmadığı olgularda ilk tanı olarak akla gelmesi zordur. Bizim olgumuzda da akciğer tutulumu olmayıp, habaset düşünülerek ameliyat edilmişti.

Tiroid tüberkülozu, tüberküloz basilinin milier yayımı sırasında tiroid bezine yerleşmesi sonucu ortaya çıkmaktadır (2). Diffüz milier tip ve fokal, kazeöz tip olmak üzere iki tipi vardır (3,4). Diffüz milier tutulumda klinik bulgu olmasına karşılık, fokal kazeöz form çoğu zaman habasetleri, daha az olarak da akut apse, kronik lenfositik tiroidite neden olan diffüz büyümeyi taklit edebilmektedir (3,4). Bizim olgumuz ikinci tip ile uyumluydu ve nodüler guatr ön tanısı ile ameliyat edilmişti.

Kontrastlı bilgisayarlı tomografide tüberküloza ait nodüller özgül görüntü vermekle birlikte, US görüntüsü ile habis lezyondan ayırt etmek pek mümkün değildir (2). Kontrastlı bilgisayarlı tomografide çevresi kontrast tutan merkezi nekrotik lezyon şeklinde görüntü verir ve inflamasyona bağlı olarak komşu kaslarda, derialtı dokuda ve deride kalınlaşma tespit edilir (2). Soğuk apse oluştuysa, çevresi kontrast tutan düşük dansiteli lezyon tiroid tüberkülozu için oldukça tipiktir (2). Heterojen, hipoekoik, solid kitle ve komşu dokularda kalınlaşma ve sınırın tam ayırt edilememesi de US'de tiroid tüberkülozunu düşündüren bulgulardır (2,5). Bizim olgumuzda ameliyat öncesi tiroid US ve boyun MRG tetkikleri yapıldı. US'de ve MRG'de komşu dokularda apse görüntüsünün olması tüberkülozu düşündürmekle birlikte, tiroid görüntüsünün tüberküloz için tipik olmaması, akciğer tutulumunun olmaması ve sintigrafide soğuk nodül olması habaseti de düşündürdü.

Tiroid tüberkülozu tanısı koyabilmek için mikrobiyolojik olarak tiroid bezinde ARB varlığının gösterilmesi, nekrotik veya apse formasyonu gösteren tiroid bezinin ve tiroid dışında başka bir tüberküloz odağının gösterilmesi gereklidir. Tanıda histolojik ve bakteriyolojik pozitiflik yeterli olmakla birlikte, ARB yayma ve kültür negatif olgularda histolojik bulgular da, özellikle tüberküloz sıklığının fazla olduğu ülkelerde, tanı için yeterli olabilir (5,6). Tiroid tüberkülozu tanısı bir çok olguda

ameliyat sonrası ya da otopside konulmakla birlikte, ince iğne aspirasyon biyopsisi tanı koymak için oldukça etkin bir yöntemdir (7). Bizim olgumuzda ise ameliyat sonrası tirod tüberkülozu tanısı konmuş, daha sonra boyundaki akıntıdan alınan sürüntü materyalinde ARB üremesi ile bakteriyolojik olarak da tanı desteklenmiştir.

Tiroid tüberkülozunda tedavi, diğer organ tüberkülozundan farklı değildir. Dört ana ilaçla başlanacak olan antitüberküloz tedavi ile prognoz oldukça iyidir (7). Bizim olgumuz ameliyat olmuş, kontrole gitmemesi nedeni ile tedavide bir yıllık bir gecikme olmuştur. Tüberkülozun yalnızca tiroide sınırlı olmayıp komşu kas ve cilt altı dokusuna yayılması ile apse ve akıntı gelişmişti. Başlanan antitüberküloz tedavi ile tam tedavi sağlandı.

Sonuç olarak; tiroid tüberkülozu oldukça nadir görülmele birlikte, tiroid bezinin nodüler tutulumu ve diffüz büyümesine, komşu dokularda apse formasyonunun eşlik ettiği durumlarda, akciğer grafisi normal olsa da tiroid tüberkülozu akılda tutulmalıdır. Özellikle tüberküloz sıklığının yüksek olduğu ülkelerde ince iğne aspirasyon ya da doku biyopsisinden elde edilen materyalin sitolojik ve patolojik incelemesinin yanı sıra tüberküloz yönünden de değerlendirilmesi gerektiği kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Barnes P, Weatherson R: Tuberculosis of the thyroid: Two cases reports. Br J Dis Chest 73:187-91, 1979.
2. Kang BC, Lee SW, Shim SS and et al: US and Ct findings of tuberculosis of the thyroid. Three cases reports. J Clin Imaging 24:283-6, 2000.
3. Mondal A, Patra DK: Efficacy of fine needle aspiration cytology in the diagnosis of tuberculosis of the thyroid gland: a study of 18 cases. J Laryngol Otol 109:36-8, 1995.
4. Das DK, Pont CS, Chachra KL: Fine needle aspiration cytology diagnosis of tuberculosis thyroiditis: A report eight cases. Acta Cytologica 36:517-21, 1992.
5. Ergün P, Atalay F, Güler M ve ark: Akciğer tüberkülozu, tüberküloz lenf adenit ve tüberküloz tiroidit: Bir olgu nedeniyle. Solunum Hastalıkları 10:197-99, 1999.
6. Sachs MK, Dickinson G, Amazon K: Tuberculosis associated with mediastinal lymphadenitis. Tubercle 68:229-31, 1987.
7. el Malki HO, el Absi M, Mohsine R, and et al: Tuberculosis of the thyroid. Diagnosis and treatment (abstract). Ann Chir 127:385-87, 2002.