

# Çomak parmakla başvuran adolesanda primer progresif tüberküloz

## Primary progressive tuberculosis in an adolescent presented with clubbing

Tanju ÇELİK<sup>1</sup>, Murat TUTANÇ<sup>1</sup>, Ramazan DAVRAN<sup>1</sup>, Vefik ARICA<sup>1</sup>, Mehmet KÖSE<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Hatay, <sup>2</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi

### ÖZET

Tüberküloz ülkemizde sık karşılaşılan hastalıklardan biridir, bu nedenle kronik solunum yolu yakınması olan çocuklarda kesinlikle araştırılmalıdır. Çomak parmak nedeniyle başvuran bir olgu eşliğinde klinik, radyolojik, bronkoskopik ve biyopsi bulguları ile primer tüberkülozun tartışılması amaçlanmıştır.

On beş yaşında erkek adolesan; öksürük, yan ağrısı, kilo kaybı, iştahsızlık ve halsizlik yakınmaları ile başvurdu. Fizik muayene sırasında her iki el parmaklarında çomak parmak görüldü. Radyografisinde sol alt lobda konsolidasyon ve parakardiyak alanda lenfadenopati ile uyumlu dansiteler görüldü. Balgamda asidorezistan bakteri (ARB) arandı. Bronkoskopik inceleme yapıldı. Biyopsi ve bronkoalveoler lavaj sıvısında asidorezistan bakteri (ARB) tespit edildi Tamı, bakteri kültürü ile doğrulandı.

Bu olgu adolesanlarda kilo kaybı, kronik öksürük, gece terlemesi, kanlı balgam yanı sıra çomak parmak görüldüğünde kronik akciğer hastalığının nedeni olarak tüberkülozun düşünülmesi gerektiğini vurgulamak için sunulmuştur.

**Anahtar kelimeler:** Adolesan, çomak parmak, primer tüberküloz

### ABSTRACT

Tuberculosis is one of the most frequently encountered diseases in our country, and it should be taken into account in children presented with complaints of chronic respiratory airway diseases. We aimed to discuss the clinical, radiological, bronchoscopic and biopsy findings of primary progressive tuberculosis in a case presented with clubbing. A 15-year-old male adolescent admitted to our clinic with complaints of coughing, chest pain, weight loss, anorexia and weakness. When patients were physically examined, clubbing was seen on both hand fingers. On chest radiogram, densities compatible with lymphadenopathy in paracardiac area and left lower lobe consolidation were seen. Acid-fast bacteria (AFB) were searched in the sputum. Bronchoscopic examination was done. In biopsy specimens and bronchoalveolar lavage fluid samples, growth of acid-fast bacteria were identified. Diagnosis was confirmed by bacterial culture. This case was presented to emphasize that the diagnosis of tuberculosis should be suggested as an etiologic factor for chronic lung disease when adolescents presented with weight loss, chronic coughing, night sweats, bloody sputum in addition to clubbing.

**Key words:** Adolescent, clubbing, primary tuberculosis

**Alındığı tarih:** 01.08.2011

**Kabul tarihi:** 15.08.2011

**Yazışma adresi:** Yrd. Doç. Dr. Tanju Çelik,  
Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen  
Tıp Fakültesi, Serinyol-Hatay  
**e-mail:** dr.tanju35@hotmail.com

### GİRİŞ

Tüberküloz her ülkede görülmesine rağmen, gelişmekte olan ülkelerde ve sosyoekonomik düzeyi düşük olan toplumlarda daha sık görülmektedir. Ülkemizde çocuk tüberkülozuna halen sık rastlan-

maktadır <sup>(1,2)</sup>. Tüberküloz en sık insandan insana damlacık yolu ile bulaşmaktadır <sup>(3,4)</sup>. Tüberküloz olgularının %90'ı akciğerlere yerleşmektedir. İlerleyici primer akciğer tüberkülozu çocuklarda tüberkülozun ender olmakla birlikte ağır bir komplikasyonudur. İlerleyici hastalık daima semptomatiktir

(2). Balgam çıkaran adolesanlar bulaştırıcı olabilir. Bu yazımızda kliniğimize kilo kaybı, öksürük, yan ağrısı iştahsızlık ve çomak parmak yakınmaları nedeniyle başvuran adolesanda klinik, radyolojik ve patolojik bulgularıyla primer tüberkülozu sunmayı amaçladık.

## OLGU

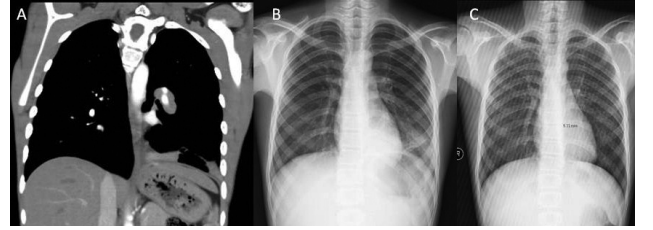
Yaklaşık 2-3 aydır süren öksürük, kilo kaybı, hal-sizlik, yan ağrısı ve iştahsızlık yakınmalarıyla başvuran 15 yaşında erkek olgunun fizik muayenesinde; ateş 38°C, TA: 100/60 mmHg, akciğer dinleme bulguları olarak solda alt lobda krepitan raller ve el parmaklarında çomak parmak tespit edildi. Diğer fizik muayene bulguları olağan olarak değerlendirildi. Bu olguya yapılan tam kan sayımı incelemesinde lökosit: 5200/ $\mu$ L, Hb:12,5g/dL, PLT: 337.000/ $\mu$ L, eozinofili %13,4, tam idrar tetkiki normal, eritrosit sedimentasyon hızı (ESR): 74 mm/h, CRP (+), Ig G: 1770 IU/mL, Ig E: 391 IU/mL, Ig A: 565 IU/mL, Ig M: 99,4 IU/mL olarak bulunmuştur. Biyokimya parametreleri, ASO, salmonella, brusella, toksoplazma, alfa fetöprotein ve RF tetkikleri normal olarak değerlendirildi.

Kronik öksürük ve çomak parmak bulguları ön plana alınarak kronik akciğer hastalığı olabileceği düşünüldü. Akciğer grafisinde sol alt lobda infiltrasyon veya kitle ile uyumlu dansite artışı saptandı. Toraks BT'de sol hemitoraksta akciğerde kitlesel lezyon ve perihiler lenfadenopati görüldü (Şekil 1 ve 2). Tüberküloz ya da kitle olabileceği düşünülerek toraks BT eşliğinde AC parankiminden biyopsi alındı. Biyopsi sonucu yaygın eozinofilik fibrozis, kronik inflamasyon bulguları olarak yorumlandı. Bu bulgularla interstisyel pnömoniden kuşkulandı. Ancak, bulguların nonspesifik olduğu düşünülerek olguya bronkoskopi yapılması planlandı. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatrik Göğüs Hastalıkları'nda yapılan bronkoskopi ve alınan bronkoalveolar lavaj sonucunda asidorezistan bakteri görüldü. Tüberküloz tanısı konarak üçlü anti-tüberküloz tedavi başlandı. Tedaviye başladıktan 2 ay sonra yapılan tetkiklerde ESR, CRP ve immünglobulinler normale döndü. Sekiz aylık üçlü anti tüberküloz tedavi sonucunda

olgunun tüm semptomları geriledi ve kilo alımı gerçekleşti. Temas açısından aile taraması yapıldı. Ailede tüberküloz tanısı düşünülen başka olgu saptanmadı.



Şekil 1. Aksiyal mediasten ve parankim pencere ve aynı kesit akciğer BT görüntüsünde sol akciğer alt lob superior segmentte paravertebral ve bunun periferinde heterojen dansitede komşuluğunda buzlu cam görünümü ve konsolidasyon alanı bulunan büyüğü 6x5 cm boyutunda iki adet lezyon görülmektedir.



Şekil 2: Koronal BT (A) hilusta lenfadenopatiler, PA akciğer tedavi öncesi (B) hilusta lenfadenopati sol alt lobda infiltrasyon ve tedavi sonrası görüntüde (C) lezyonlarda tam iyileşme görülmektedir.

## TARTIŞMA

Çocuklarda primer tüberkülozun farklı tiplerine rastlanır. Genç erişkin ve adolesan yaşlarında ise kaviteli kronik akciğer tüberkülozuna rastlanır. Çocuklarda endobronşial tüberküloz intratorasik lenf bezlerinden progresif primer tüberküloz şeklinde gelişir (2,5). Akciğer grafisi ve bilgisayarlı tomografide hiler lenfadenopati ve sol alt lob infiltrasyonu izlendi. Endobronşial yayılımı düşündürebilecek hava hapsi veya tomurcuklu ağaç manzarası gözlenmedi. Klinik bulgulara ek olarak bu radyolojik bulgular eşliğinde primer progresif tüberküloz olabileceği düşünüldü. Endobronşial tüberküloz; başlangıçta bronkopnömoni, astım, yabancı cisim şeklinde semptom verebilir ya da sinsi seyredebilir. Birçok çalışmada tüberkülozun bazı tümoral, infeksiyon ve inflamatuvar hasta-

likları taklit edebildiği bildirilmektedir. Endobronşial tüberkülozun da akciğer kanserlerini taklit edebildiğini belirten çok sayıda yayın vardır. En sık öksürük ve hemoptizi yakınmalarıyla başvurmaktadır <sup>(1,6-11)</sup>. Hastamızda yaklaşık 2-3 aydır süren yan ağrısı, kilo kaybı, öksürük ve hafif ateş yakınmalarıyla başvurmuş olup, bronkoskopi ile endobronşial tüberkülozdan ayrıca tanısı yapıldı. Bronkoskopide de endobronşial tüberkülozu düşündürecek bulgulara rastlanmadı. Tüberküloz fizik muayene açısından değerlendirildiğinde birçok hastalığı taklit edebilmektedir. Hindistan'da yabancı cisim çıkarmak ya da endobronşial patolojileri araştırmak için yapılan bir bronkoskopi serisinde 85 hasta değerlendirilmiş ve %9,4 oranında endobronşial tüberküloz tespit edilmiştir <sup>(12)</sup>. Yine başka bir çalışmada primer tüberkülozlu çocuklarda yapılan bronkoskopi sonucu %41,7 oranında endobronşial tüberküloz tespit edilmiştir <sup>(13)</sup>.

Bizim hastamızda da akciğerde sol alt lobda kreptan rallerin duyulması ve parmak uçlarında çomaklaşma göstermesi kronik bir hipoksi olduğunu ve pulmoner bir patolojiden kaynaklandığını düşündürmüştür. Bu durumda çomak parmağa neden olan pulmoner patolojilerin ayrıca tanısı yapabilmek için öncelikle görüntüleme tekniklerinden yararlanıldı. Akciğer tüberkülozunda görüntüleme birçok patolojiyle karışabilir. Tanı yalnızca radyoloji ile konulamaz <sup>(3)</sup>. Olgumuzun çekilen akciğer grafisi ve toraks BT'sinde tüberküloz için tipik bulgu yoktu. Toraks BT eşliğinde yapılan akciğer biyopsisi de kesin tanı konmasına yardımcı olamadığı için bronkoskopi planlandı. Aslında tanı için bronkoskopinin biyopsi öncesi yapılması planlanmıştı, ancak hastanemizin koşulları nedeniyle daha sonra yapılabilirdi.

Olgumuzda biyopsi sonucu nonspesifik olarak değerlendirildiği için bronkoskopiye karar verildi. Bronkoskopi sonucunda tüberküloz tanısı konuldu.

Klinik ve bronkoskopik özellikleriyle endobronşial tüberküloz için yapılan bir çalışmada 9 hasta değerlendirilmiş, bu değerlendirme sonucunda 2 olguda tanı, yineleyen bronkoskopiler sonucunda konulmuştur <sup>(5)</sup>. Endobronşial tüberkülozda rijit bron-

koskopinin yanı sıra sanal bronkoskopinin de daha az invazif olması nedeniyle tanıya yardımcı bir yöntem olduğunu belirten çalışmalar vardır <sup>(14)</sup>.

Sonuç olarak, ülkemizde tüberküloz halen önemini sürdüren bir hastalık olup, yineleyen akciğer infeksiyonlarında, kronik solunum yolu hastalıklarında, çomak parmak, amfizem gibi durumlarda kesinlikle akılda tutulmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Rylance J, Pai M, Lienhardt C, Garner P. Priorities for tuberculosis research: a systematic review. *Lancet Infect Dis* 2010;10(12):886-92. [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(10\)70201-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(10)70201-2)
2. Yosunkaya Ş, Gök M. Akciğer kanseriyle karışan iki endobronşial tüberküloz olgusu. *Genel Tıp Dergisi* 2005;15(3):125-128.
3. LoBue PA, Enarson DA, Thoen TC. Tuberculosis in humans and its epidemiology, diagnosis and treatment in the United States. *Int J Tuberc Lung Dis* 2010;14(10):1226-32. PMID:20843412
4. Taşçıl C, Uçar E, Maden E. Atipik Klinik ve Radyolojik Bulgularla Seyreden Akciğer Tüberküloz Olgusu. *Selçuk Tıp Dergisi* 2010;26(2):54-56.
5. Baran A, Sevinç AB, Güngör SB. Endobronşial Tüberküloz Klinik ve Bronkoskopik Özellikleri. *The Archives of Lungs* 2007;8(2):44-7.
6. Alsumrain M, Alberağdar E, Bennett-Vernner A, Klukowicz A, Miller R. Intracavitary and endobronchial tuberculosis. *Scientific World Journal* 2011;11:130-2. <http://dx.doi.org/10.1100/tsw.2011.18> PMID:21258755
7. Lachkar S, Casteigt J, Vasseur R. Pulmonary and renal tuberculosis with cerebral tuberculoma mimicking metastatic lung cancer. *Rev Mal Respir* 2008;25:97-9. [http://dx.doi.org/10.1016/S0761-8425\(08\)70475-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0761-8425(08)70475-3)
8. Qingliang X, Jianxin W. Investigation of endobronchial tuberculosis diagnoses in 22 cases. *Eur J Med Res* 2010;15(7):309-13. PMID:20696643
9. Al-Roomi E, Jamal W, Al-Mosawi A, Rotimi VO. Mycobacterium tuberculosis breast infection mimicking pyogenic abscesses in Kuwait. *Med Princ Pract* 2009;18:245-7. <http://dx.doi.org/10.1159/000204359> PMID:19349731
10. Roubille F, Gahide G, Granier M. Likely tuberculosis myocarditis mimicking an acute coronary syndrome. *Intern Med* 2008;47:699-701. <http://dx.doi.org/10.2169/internalmedicine.47.1062> PMID:18827419
11. Lavy A, Militianu D, Eidelman S. Diseases of the intestine mimicking Crohn's disease. *J Clin Gastroenterol* 1992;15:17-23. <http://dx.doi.org/10.1097/00004836-199207000-00006> PMID:1354228
12. Joshi S, Malik S, Kandath PW. Diagnostic and therapeutic evaluation of bronchoscopy. *Indian J Podiatry* 1995;62(1):83-87. <http://dx.doi.org/10.1007/BF02752190>
13. Chan S, Abadco DL, Steiner P. Role of flexible fiber optic bronchoscopy in the diagnosis of childhood end bronchial tuberculosis. *Pediatr Infect Dis J* 1994;13(6):506-09. <http://dx.doi.org/10.1097/00006454-199406000-00008>
14. Iwamoto Y, Miyazawa T, Kurimoto N, Miyazu Y, Ishida A, Matsuo K, Watanabe Y. Interventional bronchoscopy in the management of airway stenosis is due to tracheobronchial tuberculosis. *Chest* 2004;126(4):1344-52. <http://dx.doi.org/10.1378/chest.126.4.1344> PMID:15486402