

ABDOMİNAL VE PELVİK LENF NODLARINDA TÜBERKÜLOZ LENFADENİT

Hilal ERMİŞ*, Münire GÖKIRMAK*, Ayşe KAFKASLI**,
Zehra BOZDAĞ***, Tamer BAYSAL****

- * İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, MALATYA
** İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, MALATYA
*** İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, MALATYA
**** İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Radyoloji Anabilim Dalı, MALATYA

ÖZET

Tüberküloz lenfadenit, daha çok servikal, daha az oranda da aksiller ve supraklaviküler lenf bezlerinde ağrısız büyüme ile kendini gösterir. Genellikle asemptomatiktir; ancak hastanın şişlik yakınması ile başvurması sonucu tanıya gidilir. Bazen de herhangi bir nedenle çekilen radyolojik görüntüleme yöntemleriyle tesadüfen fark edilir.

Altmış yaşında kadın hasta, idrar inkontinansı ve vajen cuff prolapsusu nedeniyle operasyona alındı. Operasyon sırasında batında ve pelvik bölgede yaygın konglomere lenf nodları tespit edilen hastadan alınan biyopsi sonucu tüberküloz lenfadenit olarak rapor edildi. Sonucun belirlenmesinden sonra yapılan sorgulamada hastanın müphem karın ağrıları ve iştahsızlığı olduğu öğrenildi. Tüberkülin cilt testinde endurasyon 50 x 35 mm olarak ölçüldü. İki aylık antitüberküloz tedavi sonrası çekilen abdominal bilgisayarlı tomografisinde, lenf nodlarında hafif regresyon saptandı.

Bu olgu, tesadüfen saptanmış olmakla beraber, minimal abdominal semptomları olan ya da görüntüleme yöntemleri ile abdominal lenf bezlerinde büyüme saptanan hastalarda, ayırıcı tanıda tüberküloz lenfadenitin de düşünülmesi gerektiğini göstermektedir.

Anahtar kelimeler: abdominal tüberküloz, tüberküloz lenfadenit

SUMMARY

Tuberculous Lymphadenitis in Abdominal and Pelvic Lymph Nodes

Tuberculous lymphadenitis presents with painless enlargement commonly in cervical and to a lesser degree in supraclavicular and axillary lymph nodes. Patients are usually asymptomatic and the disease is diagnosed during physical examination or radiological imaging performed for another reason.

Sixty-years old woman presenting with urinary incontinance and vaginal cuff prolapsus was operated. Intraoperatively, multiple conglomerated lymphadenopathies were observed in abdominal and pelvic region. Examination of biopsy specimens obtained from these lymph nodes revealed tuberculous lymphadenitis. When the patient was questioned again, it was learned that she had obscure abdominal pain and anorexia previously. PPD test revealed an induration of 50x35 mm. After two

Yazışma adresi: Dr. Hilal ERMİŞ, İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı 44069 / MALATYA
e-mail: hilalermis@yahoo.com

Alındığı tarih: 31. 03. 2004, kabul tarihi: 09. 11. 2004

Bu çalışma, 17th Asia Pacific Congress on Diseases of the Chest' de (29 Ağustos- 2 Eylül 2003, İstanbul, Türkiye) poster olarak sunulmuştur.

months of antituberculous therapy, a slight regression was observed in the size of lymph nodes at abdominal CT. Although this case was diagnosed coincidentally, it shows that abdominal tuberculous lymphadenitis must also be kept in mind in differential diagnosis, in patients presenting with obscure abdominal symptoms or in whom imaging techniques revealed enlargement of abdominal lymph nodes.

Key words: abdominal tuberculosis, tuberculous lymphadenitis

GİRİŞ

Ülkemizde ve dünyada tüberkülozun akciğer dışı tutulumlarına %3.2-4.5 oranında rastlanmaktadır (1,2,3). Çağımızın en önemli problemlerinden biri olan AIDS'li veya HIV ile enfekte kişiler nedeniyle ekstrapulmoner tüberküloz (EPTB) tüm tüberküloz olguları arasında giderek artan oranda görülmeye başlamıştır(1,4). İzole lenf bezi tüberkülozu, EPTB'un plevra tüberkülozundan sonra en sık izlenen formudur(4). Lenf bezi drenajına uygun olarak sıklıkla baş-boyun bölgesi lenf bezleri hastalığa yakalanırlar(5,6). Aksiller ya da inguinal nodları tutan tüberküloz lenfadenit seyrek, muhtemelen olguların %10'undan azıdır(1).

Abdominal tüberküloz tanımına; büyük ölçüde periton, ileoçekal, anorektal tüberkülozla mezenterik lenf bezi enfeksiyonu girmektedir(1). Bağırsak hastalığı veya peritonit olmaksızın lenf nodlarının tüberküloz enfeksiyonu nadiren görülür. Bu şişmiş lenf nodları, karın ağrısı, ateş, ele gelen bir kitle veya kısmi bağırsak tıkanıklığı semptomlarına neden olabilir(7).

Abdominal ve pelvik lenf nodlarında tüberküloz lenfadenite literatürde az rastlanmakta olup, olgumuzu; nadir görülmesi ve tanıdaki güçlükleri nedeniyle sunmayı uygun bulduk.

OLGU SUNUMU

Altmış yaşındaki kadın hasta idrar inkontinansı ve vajen cuff prolapsusu nedeniyle jinekoloji polikliniğine başvurdu. Özgeçmişinde, 4 yıl önce lomber disk hernisi operasyonu, 2 yıl önce pelvik relaksasyon nedeniyle total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo-ooferektomi operasyonu mevcuttu. Sigara kullanmamıştı ve diyetle regüle

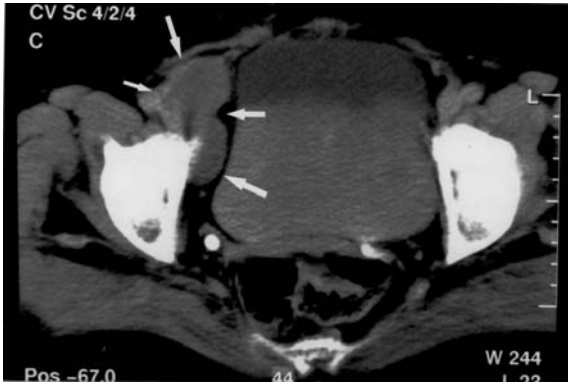
olan diabeti vardı. Jinekoloji kliniğinde değerlendirilen hastaya sarkopeksi operasyonu planlandı. Operasyon öncesi Göğüs Hastalıkları kliniğinde değerlendirilen hastada akciğerle ilgili herhangi bir patolojiye rastlanmadı.

Operasyon sırasında sağ pelvis tabanında sağ üreter trasesi üzerinde 1 adet 5x4 cm, 1 adet 2x3 cm ve 1 adet 2x3 cm'lik 3 lobülden oluşan bir kitle mevcuttu. Sağ iliak lenf bezi zinciri ile preaortik ve prekaval lenf nodları büyük, düzgün yüzeyle ve hafif sert kıvamlı palpe edildi. Ayrıca aort bifurkasyonunda fikse çok sayıda lenf nodu izlendi. Pelvik kitleden ve aort bifurkasyonundaki lenf nodlarından gönderilen frozen yer yer nekrotik alanlar içeren benign granülomatoz reaksiyon olarak değerlendirildi. Frozen kesiti histopatolojik tanı ile teyid edilen hasta ameliyattan sonra tüberküloz yönünden yeniden değerlendirildi. Geriye dönük anamnez alındığında hastanın uzun süredir iştahsızlığının ve müphem karın ağrılarının olduğu öğrenildi. Çekilen posteroanterior akciğer grafileri normal bulundu. Biyokimyasal parametreleri ve hemogramı normaldi. Eritrosit sedimentasyon hızı: 35 mm/saat idi. Tüberkülin cilt testi büllü olup, endurasyon 50x35 mm olarak ölçüldü. Balgam ARB, idrar ARB ve PCR sonuçları negatif bulundu. Hastanın takibinin yapılabilmesi amacıyla tedavi öncesi abdominal bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi (Resim 1). Bu bulgularla abdominopelvik tüberküloz lenfadenit tanısıyla H,R,Z,E ile antitüberküloz tedavi başlandı. Tedavinin 2. ayında sedimentasyonu 11 mm/saat'e düştü ve kontrol abdominal BT'de lenf nodlarında ve pelvik kitlede hafif regresyon saptandı (Resim 2). Hastanın tedavisi H, R ile altı aya tamamlanarak sonlandırıldı.

Resim 1: Abdominal BT’de hastanın, biyopsi sonucu tüberküloz ile uyumlu gelen pelvik kitlesi.



Resim 2: İki ay dörtlü anti-tüberküloz tedavi sonrası radyolojik gerileme gösteren kitlenin BT kesiti.



TARTIŞMA

Tüberküloz basili enfeksiyonlarının hemen hepsinde primer odaktan bölgesel lenf bezlerine yayılım gerçekleşir. Basiller lenfatik dolaşım ile diğer lenf bezlerinde ve/veya basilleme sırasında basilin yerleştiği enfeksiyon odaklarında meydana gelen endojen reaktivasyonla, daha nadiren komşuluk yoluyla veya ekzojen reinfeksiyonla akciğer dışı organlarda enfeksiyona neden olabilirler^(1,3,8,9,10). Bu lenfohematojen yayım genellikle sınırlandırılır ve %90’dan fazla olguda pozitif tüberkülin reaksiyonu bırakarak iyileşme görülür^(9,10). EPTB’lere %12-75 oranında pulmoner tüberküloz eşlik etmektedir^(1,3,8). Bizim olgumuzda ameliyat öncesi ve sonrası yapılan tüm değerlendirmelerde pulmoner tüberküloza rastlanmadı. Tüberküloz lenfadenit, EPTB olguları içinde %28’lik görülme oranı ile sık rastlanan bir formdur^(9,11). Asyalılarda lenf bezi tüberkülozuna yatkınlık diğer ırklara göre daha belirgindir ve kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülür (5/3). *M. tuberculosis*’le oluşan

lenf bezi hastalığı genellikle 25-64 yaşları arasında görülmektedir⁽¹⁾. Olgumuz yaş ve cinsiyeti açısından literatürle uyumlu idi. Yine literatürde, BT ile boyunda, mediastende ve abdomende çok sayıda lenf nodu tespit edilen ve olgumuz gibi açık abdominal lenf nodu biyopsisi ile tüberküloz lenfadenit ve karaciğer tüberkülozu tanısı konan 16 yaşında bir kız çocuğu da bildirilmiştir⁽¹²⁾. Yine ülkemizde yapılan bir çalışmada, EPTB olgularının en fazla oranda (%27.7) 20-29 yaş grubunda toplandığı ve ortalama görülme yaşının 35.6 olduğu bildirilmiştir⁽¹³⁾.

EPTB olgularında PPD genellikle pozitifdir. Mikrobiyolojik inceleme sonucu kültürde üreme saptanan olguların %70’inde PPD pozitif iken, bu testin negatif olduğu olguların %50’sinde kültürde üreme saptanmıştır⁽⁵⁾. Lokalize tüberküloz lenfadenitli kişilerde negatif test olasılığı %10’dan azdır. Böylece, pozitif test tanıyı destekleyen, negatif bir test de tüberküloz olasılığını belirgin olarak azaltan bir bulgudur⁽¹⁾. Bizim olgumuzda da PPD kuvvetli pozitif bulunmuştu.

Altta yatan primer bir hastalık odağı olmaksızın izole abdominopelvik lenf bezlerinde tüberküloz lenfadenit nadiren görülmektedir⁽⁷⁾. Olgumuzda operasyon sırasında; tüberküloz peritonit, ileoçekal veya anorektal tüberküloza ait herhangi bir bulgu saptanmadı ve bu nedenle abdominal tüberküloz grubuna dahil edilememektedir. Bununla birlikte, pelvisteki kitle dışında genitoüriner tüberkülozu destekleyecek gerek klinik ve gerekse laboratuvar veri de mevcut değildi. Bundan dolayı olgumuzu izole abdominopelvik lenf nodu tüberkülozu olarak kabul ettik. Literatürde de, izole inguinal tüberküloz lenfadenit tespit edilen tek vaka bildirilmiştir⁽¹⁴⁾. Klinik manifestasyonlarının ve laboratuvar çalışmalarının sonuçlarının spesifik olmaması nedeniyle abdominal tüberkülozun teşhisi zordur. Hastalarda son derece değişik bulgular görülmektedir. Çeşitli serilerde en çok rastlanan bulgular; karın ağrısı, karın şişliği, iştahsızlık/kilo kaybı, ateş, gösterilebilir asit ve abdominal kitlelerdir^(1,15). Bizim olgumuza da tesadüfen operasyon sırasında tanı konulmuş olmakla birlikte, müphem şikayetlerinin olduğu, daha sonradan yapılan sorgulama sırasında ortaya çıkmıştır. Ayrıca spesifik semptomların olmayışı nedeniyle, EPTB’lu olgularda semptomların başlamasından tüberküloz tanısı konuluncaya kadar geçen süre de oldukça uzundur, bu sürenin iskelet sistemi tüberkülozunda 637 ± 91.1 günü bulduğu

gösterilmiştir⁽¹³⁾.

Pulmoner hiler ve mediastinal lenfadenitler rutin çekilen göğüs grafilerinde genellikle farkedilebilmektedirler. Oysa abdominal lenfadenitlerin bu metodla tespiti zordur⁽¹¹⁾. Abdominal tüberküloz lenfadenitle ilgili yayınlanan literatürlerin çoğu da, daha çok tanıya katkı sağlayacak radyolojik teknik üzerinedir^(16,17). Abdominal lenfadenopatilerin belirlenmesinde ultrasonografi, BT ve manyetik rezonans görüntülemenin önemli yeri vardır^(16,18). Son yıllarda radyolojik görüntüleme yöntemleri eşliğinde yapılan girişimler sayesinde, hastaların tanı amaçlı cerrahi operasyon geçirme olasılıkları azalmaktadır. Literatürde, 66 abdominal tüberkülozlu hastadan 37'sinde ultrasonografi ile lenfadenopati tespit edilmiş ve bunların 19'una ultrasonografi eşliğinde yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisiyle tüberküloz tanısı konmuştur⁽¹⁹⁾. Peritonitten şüphelenilen vakalarda ise, kılavuzlu biyopsi ile laparoskopik değerlendirme tercih edilen tanı yöntemidir. Yine sıvının paracentezi tanıya yardımcıdır. Ancak az miktarda sıvı varsa ve laparotomi kolayca olanaklı değilse sınırlı bir laparotomi en güvenli ve tanı koydurucu yoldur^(20,21).

Tedavinin kilit taşı kemoterapidir. Kesinleştirilmiş ya da kuvvetle düşünülen tüberküloz lenfadenitli olgularda tedaviye hemen başlanmalıdır. Lenf bezi tüberkülozu için günümüzde geçerli olan tedavi, standart kısa süreli kemoterapi rejimleridir^(22, 23). Biz de olgumuza dörtlü ilaç tedavisi başladık ve altıncı ayın sonunda tedavisini sonlandırdık.

Sonuç olarak, abdominal tüberküloz lenfadenit tanısı, klinik ve laboratuvar bulguların yetersizliği nedeniyle ancak radyolojik şüphe ve histopatolojik inceleme ile konulabilmektedir. Ülkemiz gibi, tüberkülozun yaygın olduğu bölgelerde, servikal, aksiller ve mediastinal lenfadenopatiler başta olmak üzere, tüm lenfadenopatilerin ayırıcı tanısında tüberküloz da unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Iseman MD. A Clinician's guide to tuberculosis. Philadelphia: Lippincott and Wilkins, 2000;145-197.
2. Kalaç N, Başay N, Mutluay N ve ark. Ekstrapulmoner tutulum gösteren tüberküloz olguları. *Tüberküloz ve Toraks* 1999;47: 213-215.
3. Tavusbay N, Aksel N, Çakan A ve ark. Ekstrapulmoner tüberkülozlu olgularımız. *Solunum Hastalıkları* 2000;11:294-298.
4. Metha JB, Dutt A, Harvill L, Mathews KM. Epidemiology of extrapulmonary tuberculosis: A comparative analysis with preAIDS era. *Chest* 1999;99:1134-1138.
5. Thompson MM, Underwood MS, Sayers RD, ve ark. Peripheral tuberculous lymphadenopathy: A review of 67 cases. *Br J Surg* 1992;79:763-764.
6. Weir Mr, Thomson GF. Extrapulmonary tuberculosis. Experience of a community hospital and review of the literature. *Am J Med* 1985;79:467-476.
7. Gilinsky NH, Marks IN, Kottler RE, ve ark. Abdominal tuberculosis. *Br J Surg* 1980;67:887-889.
8. Hugosson C, Nyman RS, Brismar J, ve ark. Imaging of tuberculosis. V. Peripheral osteoarticular and soft tissue tuberculosis. *Acta Radiologica* 1996;37:512-516.
9. Powell DA. Tuberculous lymphadenitis. In: Schlossberg D, ed. *Tuberculosis*. New York: Springer-Verlag, 1994:113-120.
10. Sayar A, Güleç H, Ölçmen A, ve ark. Tüberküloz dışı nedenlerle cerrahi uygulananlarda mediastinal ve hiler tüberküloz lenfadenit sıklığı. *Tüberküloz ve Toraks* 1999;47:340-344.
11. Kato M, Kinoshita T. Tuberculous lymphadenitis. *Nippon Igaku Hoshasen Gakkai Zasshi* 1997;57:567-571.
12. Nakamaru R, Takei S, Wagai F, Watanabe H. A case of tuberculous lymphadenitis diagnosed by the open abdominal lymph node biopsy. *Recent Prog Med* 1990;81:33-34.
13. Demiralay R. Akciğer ve akciğer dışı organ tüberkülozunun klinik ve epidemiyolojik özelliklerinin karşılaştırılması. *Tüberküloz ve Toraks* 2002;50:264-271.
14. Thami GP, Kaur S, Kanwar AJ, ve ark. Isolated inguinal tuberculous lymphadenitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2002;16:297-298.
15. Jain R, Sawhney S, Bhargava DK, Berry M. Diagnosis of abdominal tuberculosis: sonographic findings in patients with early disease. *Kekkaku* 1991;66:425-428.
16. Ghazinoor S, Desser T, Jeffrey RB. Increased through-transmission in abdominal tuberculous lymphadenitis. *J Ultrasound Med* 2004;23:837-841.
17. Ueda T, Murayama T, Hasegawa Y, Bando K. Tuberculous lymphadenitis: a clinical study of 23 cases. *Kekkaku* 2004; 79:349-354.
18. De Gaetano AM, Vecchioli A, Minordi LM ve ark. Role of diagnostic imaging in abdominal lymphadenopathy. *Abdom Imaging* 2000;25:627-632.
19. Malik A, Saxena NC. Ultrasound in abdominal tuberculosis. *Abdom Imaging* 2003;28:574-579.
20. Borhanmanesh F, Hekmat K, Vaezzadeh K, Rezai HR. Tuberculous peritonitis. Prospective study of 32 case in Iran. *Ann Intern Med* 1972;76:567-572.

21. Sheldon CD, Probert CSJ, Cock H, ve ark. Incidence of abdominal tuberculosis in Bangladeshi migrants in East London. *Tuberc Lung Dis* 1993;74:12-15.
22. American Thoracic Society. Treatment of tuberculosis and tuberculosis infection in adults and children. *Am J Respir Crit Care Med* 1994;149:1359-1375.
23. T.C. Sağlık Bakanlığı Verem Savař Daire Başkanlığı. Türkiye’de Tüberkülozun Kontrolü için Bařvuru Kitabı. Ankara, 2003.