

Maligniteyi Taklit Eden Endobronşiyal Tüberküloz

Endobronchial Tuberculosis Mimicking Lung Cancer

Nilgün Yılmaz Demirci, Dilek Ernam, Özlem Selçuk Sönmez, Didem Fatma Birel, Atıla İhsan Keyf, Cebrail Şimşek
Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

ÖZET

Endobronşiyal tüberküloz, trakea ve büyük bronşların tüberküloz enfeksiyonuna bağlı tutulumudur. Bronş obstrüksiyonu, atelektazi ve sekonder pnömoniye neden olarak tüberkülozun alışılmış klinik ve radyolojik özellikleri dışına çıkabilir ve başta astım, bronş kanseri gibi birçok hastalığı taklit edebilir. Olgu 1; 74 yaşında bir kadın hastaydı ve göğüs ağrısı yakınmasıyla başvurmuştu. Toraks Bilgisayarlı Tomografi'de (BT) sağ hemitoraksta yer yer plevral kalınlaşmanın eşlik ettiği minimal plevra sıvısı, sağ hemitoraksta hacim kaybı vardı. FOB' da sağ üst lob bronş submukozal lezyon ve antrakotik lezyonla oblitere idi. Olgu 2; 38 yaşında bir kadın hastaydı, nefes darlığı ve göğüs ağrısı yakınmasıyla başvurmuştu. Toraks BT' de sağ hilusta bronkus intermedius daraltan yumuşak doku dansitesi izlendi. FOB'da sağda orta lob girişinde anterior duvardan mukozal kabarıklık saptandı. İki olguda da alınan biyopsi sonucu tüberküloz ile uyumluydu. Maligniteyi taklit eden tüberküloz olguları olmaları nedeniyle burada sunulmaktadır.

Anahtar sözcükler: akciğer kanseri, endobronşiyal tüberküloz, tüberküloz

ABSTRACT

Endobronchial tuberculosis is an involvement of the trachea and major bronchi by tuberculosis infection. Despite routine clinic and radiologic features bronchostenosis, atelectasis and obstructive pneumonia may develop and it is often misdiagnosed as bronchial asthma or lung cancer. The first case was a 74 year-old woman, admitted with complaint of chest pain. Computed tomography of thorax (CT) showed atelectasis on medial segment of right middle lobe and minimal pleural effusion on the right hemitorax. Fiberoptic bronchoscopy revealed a submucosal lesion which obscured right upper lobe bronchus totally. The second case was a 38 year-old woman, admitted with complaints of dyspnea and chest pain. Thoracic CT revealed solid mass obscuring right intermedius bronchus. Fiberoptic bronchoscopy revealed endobronchial lesion on the anterior wall of medial lobe of right lung. Biopsies were taken on both cases and histopathologic examination gave the diagnosis as endobronchial tuberculosis. Here we presenting two endobronchial tuberculosis cases because of mimicking lung cancer.

Keywords: endobronchial tuberculosis, lung cancer, tuberculosis

GİRİŞ

Trakea ve büyük bronşların tüberküloz enfeksiyonu ile tutulumu olan endobronşiyal tüberküloz (EBTB), 1920'lerdeki bronkoskop kullanımına kadar postmortem patolojik tanıydı.¹ Çocuklarda EBTB primer tüberkülozun en yaygın komplikasyonu olmakla birlikte, erişkinlerde bu durum daha nadirdir.^{2,3} Bronş obstrüksiyonu, atelektazi ve sekonder pnömoniye neden olarak tüberkülozun alışılmış klinik ve radyolojik özellikleri dışına çıkabilir ve

başta astım, bronş kanseri gibi birçok hastalığı taklit edebilir. Burada, maligniteyi taklit eden tüberküloz olguları olmaları nedeniyle literatür bilgileri eşliğinde sunulmaktadır.

OLGU 1

Yetmiş dört yaşında kadın hasta üç aydır süren, göğsün sağ tarafında, derin nefes almakla artan ağrı yakınması ile başvurdu.

Alındığı tarih: 8 Aralık 2007; **Revizyon sonrası alınma:** 19 Aralık 2007; **Kabul tarihi:** 8 Mart 2008

Yazışma adresi (Address for correspondence): Dr. Nilgün Yılmaz Demirci, Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara; Tel: 0 (312) 355 21 10; E-posta: nilgundemirci@gmail.com

© 2010 Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği (TÜSAD)

Solunum 2010;12(1): 39-42

Solunum Dergisi'ne www.solunum.org.tr adresinden ulaşabilirsiniz.

Ek hastalığı yoktu. Pasif sigara içiciliği vardı. Hemogram ve biyokimya değerleri normaldi. Sedimantasyonu 65 mm/saat idi. Tüberkülin cilt testi negatifti. Fizik muayenesinde ateş 36.5°C, arteryel kan basıncı 110/80 mmHg, kalp hızı 76/dakika idi. Solunum sistemi muayenesinde sağda alt zonda solunum sesleri azalmıştı, perküsyonda matitesi mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Çekilen postero-anterior akciğer (PA-AC) grafisinde sağda 4. kot ön kol alt hizasından başlayıp periferik uzanan, kalp ve diafragma konturlarını silen non-homojen dansite artışı izlendi (Şekil 1). Toraks BT'de sağ hemitoraksta yer yer plevral kalınlaşmanın eşlik ettiği minimal plevra sıvısı, sağ hemitoraksta hacim kaybı mevcuttu (Şekil 2). Hastanın fiberoptik bronkoskopisinde (FOB) sağ üst lob bronşu etrafı hiperemik submukozal lezyon ve antrakotik lezyonla oblitere idi. Buradan lavaj ve bronş biyopsileri alındı. Balgam ve bronkoskopik lavajda asidorezistan basil (ARB) teksif negatifti. Lavaj sitolojisi iltihabi olay olarak değerlendirildi. Bronş biyopsisinde kazeifikasyon nekrozu içeren granümatöz inflamasyon tüberküloz ile uyumlu bulundu. Hastaya antitüberküloz tedavi başlandı. Lavaj ve balgam ARB kültürlerinde üreme olmadı. Dördüncü aydaki kontrolde yapılan FOB'da sağ üst lobdaki submukozal lezyon tama yakın grese izlendi.

OLGU 2

Otuz sekiz yaşında kadın hasta, altı aydır süren, eforla ve istirahatte olan nefes darlığı ve göğüs ağrısı yakınması ile başvurdu. Ek hastalığı ve sigara öyküsü yoktu. Oğlu bir aydır yayma pozitif akciğer tüberkülozu tanısı ile tedavi almaktaydı. Hemogram ve biyokimya değerleri normaldi. Sedimantasyonu 24 mm/saat idi. Tüberkülin cilt testi negatifti. Fizik muayenesinde ateş



Şekil 1.

37.2°C, arteryel kan basıncı 120/70, kalp hızı 82/dakika idi. Solunum sistemi ve diğer sistem muayeneleri doğaldı. Çekilen PA-AC grafisinde sağ hiler dolgunluk izlendi (Şekil 3). Toraks BT'de sağ hilusta bronkus intermedius daraltan, en geniş yerinde 4x4 cm boyutlarında, heterojen kontrastlanan, yumuşak doku dansitesi izlendi. Sağda orta lob segmentlerinde yer yer nodüler artımları ile sağ alt lob süperior ve posterior bazal segment düzeyinde, plevral çekintilerin eşlik ettiği heterojen retiküler infiltrasyon alanları izlendi (Şekil 4). Üç kez yapılan balgam ARB teksif incelemesi negatif olarak değerlendirildi. FOB'da sağda orta lob girişinde anterior duvarda üzeri beyaz renkli, nekrotik görünümlü mukozal kabarıklık mevcuttu. Buradan lavaj ve bronş biyopsileri alındı. Bronkoskopik lavajda ARB teksif negatifti. Lavaj sitolojisi iltihabi olay olarak değerlendirildi. Bronş biyopsisinde kazeifikasyon nekrozu içeren granümatöz inflamasyon tüberküloz ile uyumlu bulundu. Hastaya antitüberküloz tedavi başlandı. Lavaj ve balgam ARB kültürlerinde üreme olmadı. Hasta daha sonra takiplerine gelmedi.

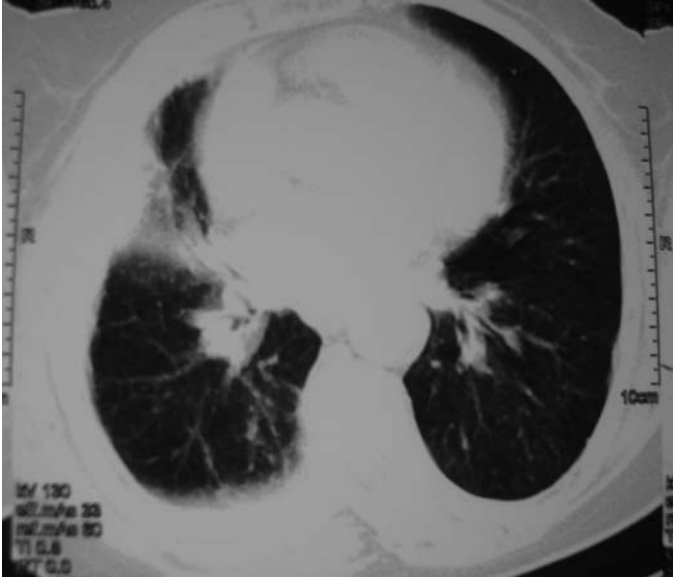
TARTIŞMA

EBTB, trakeobronşiyal ağacın tüberküloz enfeksiyonu olarak tanımlanır. Aktif pulmoner tüberkülozlu hastaların %10-40'ında görülen EBTB'de çoğu kez PA akciğer grafisinde lezyon bulunmadığından tam güçtür. Klinik ve radyolojik olarak bronşiyal astım veya akciğer kanseri gibi hastalıklarla karışması, tanı ve tedavide gecikmeye neden olup, bronkostenoza gibi komplikasyonlara yol açmaktadır. Bu nedenle önemli bir sağlık problemidir.⁴⁻⁶

Erişkinlerde %18, çocuklarda ise %30-60 oranında görülür. Klasik olarak EBTB kadınlarda ve 2.-3. dekatlarda daha sık görülmektedir.^{6,7} Bizim iki olgumuz da kadındı.

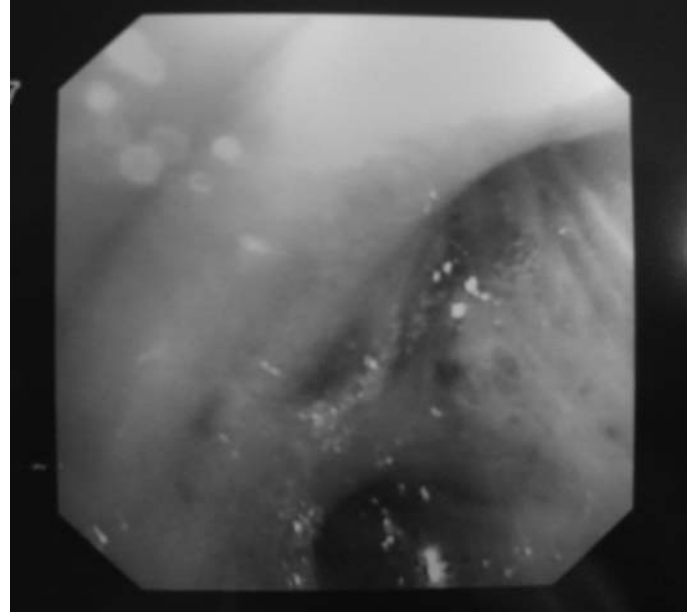


Şekil 2.



Şekil 3.

EBTB patogenezi henüz kesin değildir. Enfekte lenf nodüllerinin trakeobronşiyal ağacı erozyona uğratması, parankimdeki kaviter lezyonlardan kaynaklanan çok miktardaki basilin mukozaya implante olması veya peribronşiyal alanda yerleşim gösteren parankim lezyonlarından hematojen veya lenfojen yayılım sonucu gelişmektedir.^{4,5} Olgularımızın ilkinde lenf nodu veya parankim lezyonu olmadığından patogenezi net değildir ancak ikincisinde sağ hiler lenf bezi ve peribronşiyal yerleşim gösteren parankim lezyonlarının patogenezi sorumlu olduğu düşünülmüştür. EBTB'ye ait semptomlar akciğer kanseri gibi sinsi, astım gibi akut başlangıçlı olabilir. Semptomlar aktif dönemde öksürük, balgam çıkar-



Şekil 4.

ma başta olmak üzere, nefes darlığı, göğüs ağrısı ve ateş iken, fibrozis evresinde nefes darlığı ve *wheezing*'dir.⁸ Bizim olgularımızda hastalık sinsi başlangıçlıydı ve ilkinde göğüs ağrısı, ikincisinde ise nefes darlığı ile göğüs ağrısı şikâyetleri ön plandaydı.

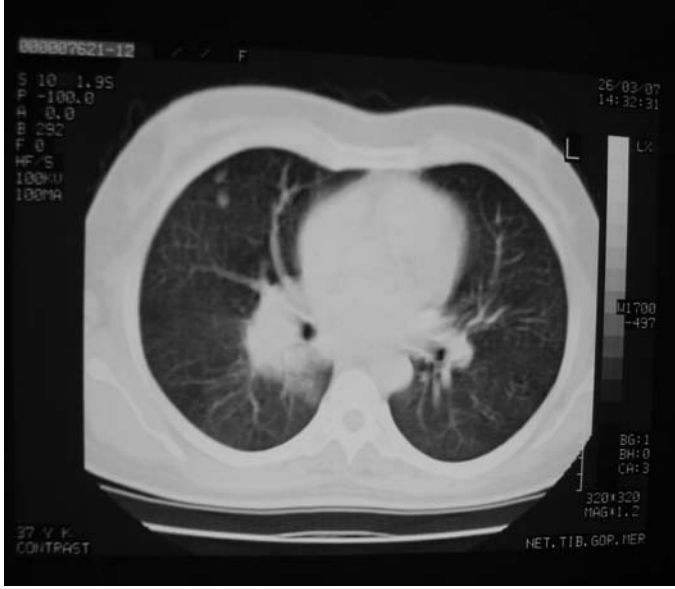
EBTB'da bakteriyolojik tanı olanakları sınırlıdır. Yapılan çalışmaların çoğunda EBTB'li olguların balgamlarında teksif yöntemiyle ARB pozitifliği az bulunmuştur.^{3,9} Lee ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, bronkoskopi öncesi alınan balgam örneklerinde %17 oranında ARB pozitif bulunurken, bronş lavajı ve/veya fırçalama yapıldığında bu oranın %79'a



Şekil 5.



Şekil 6.



Şekil 7.

çıkacağı belirtilmektedir. EBTB’de balgamda basil pozitifliği-nin düşük olmasının nedeni lezyonun proksimalinde granülasyon dokusu gelişmesi ile bronşta daralma ve ona bağlı balgam çıkışında zorluk olabileceği düşünülmüştür. Sonuç olarak balgam ve/veya bronş lavajında ARB teksif negatifliği EBTB tanısını ekarte ettirmez.⁸ Olgularımızın ikisinde de balgam ve bronşiyal lavajda teksifle ARB negatifti. Takipte kültürlerin-de üreme olmadı.

EBTB, radyolojik olarak hiler ve perihiler kitle, atelektazi ve mediastinal genişleme şeklinde izlenebilir. Ancak normal de olabilir.^{7,9} Olgularımızın ilkinde atelektazi, ikincisinde ise hiler genişleme en belirgin radyolojik özelliklerdi. EBTB tanısında FOB önemli bir tetkiktir. Meng ve arkadaşları çalışmalarında, lezyonları en sık sol akciğer alt lob apikal segment, lingula ve üst lob apikoposteriora bildirirken,¹⁰ Lee ve arkadaşları çalışmalarında, sağ üst lob anterior segment ve ara bronşta daha sık gördüklerini bildirmişlerdir.⁸ Biz de Lee ve arkadaşları gibi birinci olguda lezyonu sağ üst lobda, ikincisinde ise sağ ara bronşta gördük.

Chung ve arkadaşları,⁷ EBTB’deki bronkoskopik bulguları aktif kazeöz, ödemli-hiperemik, fibrostenotik, tümöral, granüler, spesifik olmayan bronşitik lezyonlar ve ülseratif olmak üzere ye-

di gruba ayırarak sınıflama yapmışlardır. Bu sınıflamaya göre birinci olgumuzda ödemli hiperemik, ikinci olgumuzda ise aktif kazeöz lezyonlar mevcuttu. İkinci olguda gördüğümüz ödemli ve hiperemik lezyon üzerinde beyaz peynirimsi plakların varlığı ile tanımlanan aktif kazeöz tip EBTB’de en sık izlenen lezyon olarak bildirilmektedir.^{8,9} Altın ve arkadaşlarının 50 EBTB olgu ile yaptıkları çalışmada, tanı yöntemleri arasında bronşiyal biyopsi, diğerlerine göre daha avantajlı olarak bulunmuştur.¹¹ Bir başka çalışmada da EBTB’li olguların %10.3’üne bronkoskopik biyopsi ile tanı konulmuştur.⁸ İki olgumuzda da tanı FOB eşliğinde yapılan bronş biyopsisinde histopatolojik olarak kazeifiye granümatöz iltihabın gösterilmesi ile konuldu.

Sonuç olarak, akciğer tüberkülozu farklı klinik ve radyolojik formlarla karşımıza çıkabilmektedir. Başta akciğer kanseri ve astım gibi birçok hastalığı taklit edebilmektedir. Tüberküloz enfeksiyonunun yaygın olduğu bizim gibi ülkelerde klinik ve radyolojik bulgular akciğer kanserini düşündürse bile, ayırıcı tanıda tüberküloz her zaman akla gelmelidir.

KAYNAKLAR

1. Smart J. Endo-bronchial tuberculosis. *Br J Tuberc* 1951; 45:61-68.
2. Mattheus JI, Mataresa SL, Carpenter JL. Endobronchial tuberculosis is simulating lung cancer. *Chest* 1984;4:642-644.
3. Keyf İA, Turay Yılmaz Ü, Biber Ç ve ark. Akciğer kanserini taklit eden tüberküloz: üç olgu nedeniyle. *Solumum Hastalıkları* 1999;10:267-270.
4. Smith LS, Schillaci RF, Sarlin RF. Endobronchial tuberculosis: serial fiberoptic bronchoscopy and natural history. *Chest* 1987;91:644-647.
5. Kashyap S, Mohapatra PR, Saini V. Endobronchial tuberculosis. *Indian J Chest Dis Allied Sci* 2003;45:247-256.
6. Gökırmak M, Ermiş H, Mutlu L. Endobronchial tuberculosis in a patient with bronchial asthma treated with high doses of inhaled corticosteroids. *TRJ* 2005;6:119-122.
7. Chung HS, Lee JH. Bronchoscopic assessment of the evolution of endobronchial tuberculosis. *Chest* 2000;117:385-392.
8. Lee JH, Park SS, LeeDH, et al. Endobronchial tuberculosis: Clinical and bronchoscopic features in 121 cases. *Chest* 1992;102:990-994.
9. Ip MSM, So SY, Law WK, Mok CK. Endobronchial tuberculosis revisited. *Chest* 1986;89:727-730.
10. Meng YW, Zhang D, Yi JF, Luo YL. Diagnosis of endobronchial tuberculosis by fiberoptic bronchoscopy. *Di Yi Jun Yi Da Xue Xue Bao* 2005;25:591-592.
11. Altın S, Çıkrıkçıoğlu S, Morgül M, et al. 50 endobronchial tuberculosis cases based on bronchoscopic diagnosis. *Respiration* 1997;64:162-164.