

TÜBERKÜLOZ PERİTONİTİN EŞLİK ETTİĞİ BİR TÜBERKÜLOZ LENFADENİT VE MİLİER TÜBERKÜLOZ OLGUSU

A CASE OF TUBERCULOSIS LYMPHADENITIS AND MILLIARY TUBERCULOSIS WITH TUBERCULOSIS PERITONITIS

Ceyda MAHLEÇ Sena YAPICIOĞLU Yasemin YILDIRIM
Ufuk YILMAZ Hüseyin HALİLÇOLAR

Dr. Suat Seren Gögüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

Anahtar sözcükler: Tüberküloz lenfadenit, miliyer tüberküloz, tüberküloz peritonit

Key words: Tuberculosis lymphadenitis, milliary tuberculosis, tuberculosis peritonitis

ÖZET

Ateş, kilo kaybı, sarılık, boyunda şişlik yakınmasıyla başvuran 32 yaşındaki erkek olgunun akciğer radyogramında; bilateral, yaygın milier görünüm, boyun ve batin bilgisayarlı tomografisinde multipl lenfadenopati (LAP) ile batında asit saptandı. Servikal lenf bezi biyopsisi "kazeifiye granülomatöz inflamasyon" olarak rapor edildi ve biyopsinin direkt yayma bakısında asido-rezistan basil pozitif bulundu. Parasentez yöntemiyle elde edilen periton sıvısının asido-rezistan basil kültürlerinde "Mycobacterium tuberculosis" üredi. Periton, boyun, mediasten ve batında yaygın nekroze LAP ve akciğerde milier dağılımla karakterize, yaygın tutulumlu, ağır form tüberkülozun günümüzde nadir görülmesi ve hastalığın sıra dışı görünümünün ayırıcı tanıda güçlükler oluşturabilmesi nedeniyle olgumuzu sunmayı uygun gördük.

GİRİŞ

Tüberküloz gelişmiş ülkelerde genellikle gelişmemiş ülkelere göç edenlerde görülürken, gelişmekte veya gelişmemiş olan ülkelere halen önemli bir sağlık problemi olarak devam etmektedir (1-2). Tüberkülozun yaygın olduğu ülkelere hastalığın her formu sıklıkla saptanabilirken, gelişmiş ülkelere akciğer dışı organ tüberkülozu olguların

SUMMARY

A 32 year old male patient, suffering from fever, loosing weight, icterus and swollen neck, has applied to our clinic. Chest X-RAY showed bilateral disseminated milliary pattern, neck CT showed multiple LAP and abdominal CT showed multiple LAP and ascite. Cervical LAP biopsy was reported as "caseous granulomatous inflammation" and biopsy acid-fast staining was found positive. Culture of periton fluid for mycobacterium tuberculosis was positive. We present this case, because disseminated serious tuberculosis and disseminated LAP in peritoneum, neck, mediastinum, abdomen and milliary pattern in lung are rarely observed.

oldukça az bir oranını teşkil etmektedir (3). Tüberküloz, halen sebebi bilinmeyen ateş, lenfadenopatilerle seyreden hastalıkların ayırıcı tanısında akılda tutulmalıdır.

OLGU

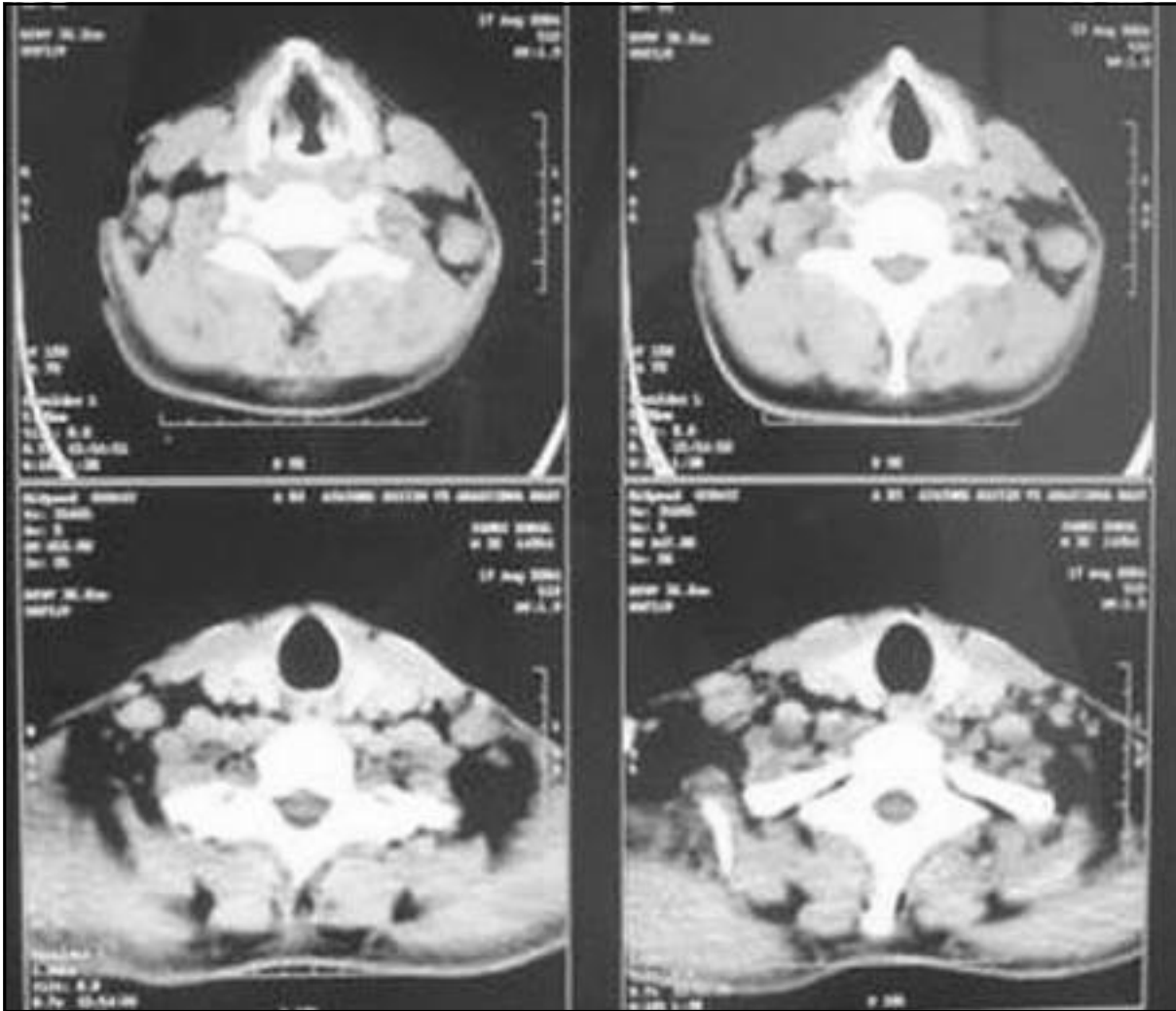
32 yaşında erkek hasta, bir aydan beri devam eden ateş, kilo kaybı ve üç hafta önce boyunda oluşan şişlik yakınmaları ile dahiliye

bölümüne başvurmuş. Lenfoma ön tanısı düşünülerek kemik iliği biyopsisi yapılan, sonucunun normal gelmesi üzerine alınan servikal lenf nodu biyopsisinin direk bakısında ARB görülen ve histopatolojik olarak kazeifiye granülomatöz inflamasyon saptanan olgu kliniğimize yatırıldı.

Fizik bakısında genel durumunun orta, zayıf yapılı, cilt ve skleralının ikterik olduğu gözlemlendi. Bilateral servikal, aksiller ve inguinal bölgelerde boyutları 0.5-3 cm arasında değişen, mobil, sert, ağrısız, ciltte enflamasyon ve endurasyon bulguları göstermeyen multipl



Resim 1. Olgunun PA Akciğer Grafiği.



Resim 2.

lenfadenopati saptandı. Batının distandü olduğu, perküsyonla matite alındığı görüldü. Bilateral pretibial ödemi mevcuttu.

Laboratuvar incelemelerinde hemoglobin 6.8 g/dl, hematokrit %21, lökosit 7200/mm³ ve trombosit 103000/mm³ olarak belirlendi. Eritrosit sedimentasyon hızı 60 mm/saat olarak tespit edildi. Biyokimyasal parametreler ise, BUN 36 mg/dl, Kreatinin 1.5 mg/dl, Na 124 meq/L, K 5.5 meq/L, Ca 6.5 mg/L, total protein 4.9 g/dl, albumin 1.8 g/dl, total bilirubin 11.3 mg/dl, direk bilirubin 6.83 mg/dl, AST 1920 IU/L, ALT 209 IU/L ALP 700 IU/L ve LDH 3709 IU/L değerlerinde saptandı. PTZ 24 sn ve INR 2.2 idi.

Olgunun PA akciğer grafisinde sol sinüs kapalı idi. Parankimde bilateral mikronodüler dansite artımı izlendi (Resim 1).

Tüberkülin cilt testi negatif olarak saptanan, 3 kez gönderilen balgamda ARB taraması menfi olarak değerlendirilen hastanın çekilen boyun, toraks, batin BT'sinde, boyunda anterior ve posterior derin servikal zincirde, bilateral supraklavikular lokalizasyonda multipl LAP, akciğer parankiminde tüm lob ve

segmentlere yayılım gösteren multipl diffüz milimetrik milier nodüller izlendi (Resim 2,3).

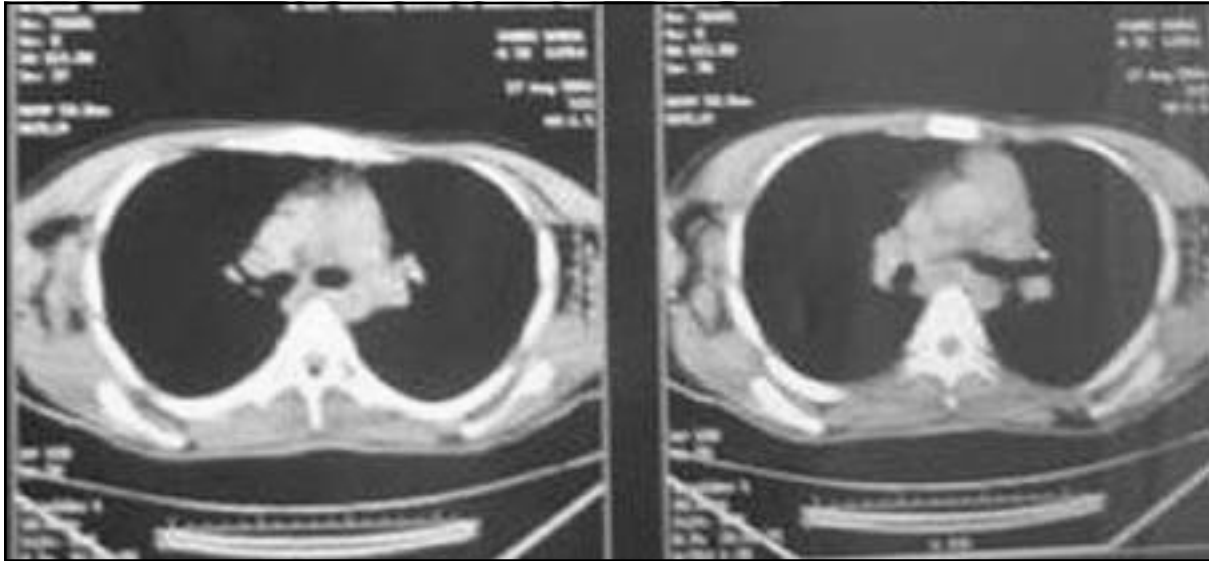
Batın kesitlerinde paraaortik, interaortik, çölia k lokalizasyonlarda multipl, kimi nekrotik özellik gösteren, lenfadenopatiler mevcuttu. Batında ayrıca serbest sıvı saptandı. Parasentezle alınan periton sıvısının direk bakısında ARB saptanmadı. Ancak periton sıvısı kültüründe 'Mycobacterium tuberculosis' üredi.

Lenf bezi biyopsisinin direkt bakısında ARB pozitif belirlenmesi, histopatolojik olarak kazeifiye granülomatöz iltihap saptanması, periton sıvısı kültüründe üreme olması üzerine hasta, tüberküloz lenfadenit, milier tüberküloz ve tüberküloz peritonit tanılarıyla dörtlü antitüberküloz tedaviye alındı. Tedavisinin birinci haftasında ateşin düştüğü, üçüncü haftasında eritrosit sedimentasyon hızının azaldığı, karaciğer fonksiyon testlerinin, bilirubinlerin, PTZ'nin düzeldiği izlendi.

Olgunun tedavisi oniki aya tamamlandı.

TARTIŞMA

Tüberküloz lenfadenit %27.5 oranıyla akciğer dışı tüberkülozun en sık görülen formu-



Resim 3.

nu oluşturmakta ve yerleşim yeri sıklıkla servikal lenf nodları olmaktadır. Mediastinal lenfadenomegali ve parankim infiltrasyonu primer akciğer tüberkülozunun klasik görünümünü oluştururken, izole mediastinal tüberküloz erişkinlerde nadir saptanmakta ve tanıya ulaşmada problem yaşanabilmektedir (4). Mezenterik lenf bezi tüberkülozu abdominal tüberkülozun bir parçası olup, jeneralize tüberkülozun bir uzantısı olabileceği gibi, primer tüberkülozun gastrointestinal yoldan geliştirdiği bir form da olabilmektedir (5). Gerek servikal gerekse mediastinal ve mezenterik tüberküloz lenfadenitin oluşturduğu klinik tablo ile lenfomaların oluşturdukları klinik, benzerlik göstermekte ve histopatolojik tanı olmadan iki hastalığın ayırt edilebilmesi mümkün olmamaktadır (4,6,7).

Histopatolojik olarak tüberküloz lenfadenit; kazeoz tip ve lenfomatöz tip olmak üzere iki şekilde görülmekte ve sıklıkla rastlanan kazeöz tip olmakla birlikte, lenfomatöz tip oldukça nadir saptanmaktadır (4). Kazeöz tip, klasik tüberküloz lenfadenit lenfbezi özelliklerini gösterirken lenfomatöz tip lenfomalardaki lenf bezi özelliklerini göstermektedir (4,6). Lenfomalarda lenf bezinde nekroz veya granülom oluşumu ve kalsifikasyon alışkın olunmayan bir bulgudur. Lenfadenomegalili bir olguda radyodiyagnostik olarak belirlenen nekroz ve kalsifikasyon, lenfomadan çok tüberküloz tanısını telkin etmektedir. Ancak lenfomalarda tedaviyi veya radyoterapiyi takip eden dönemde nadiren kalsifikasyon görülmektedir (8). Sunduğumuz olgu sebebi bilinmeyen ateş, lenfadenomegaliler, anemi, karaciğer fonksiyon testleri ve bilirubinlerde yükselme tablosuyla başvurmuştur. Klinik tablonun; lenfoma ve tüberküloz kliniğini düşündürmesi nedeniyle bu hastalıklar ön tanıda öncelikle düşünülmüştür.

Tüberkülin testinin ve balgamda üç kez gönderilen ARB bakışının negatif olmasına rağmen

men PA akciğer gr afisinde milier yayılım olması ilk aşamada tanı problemi oluşturmuştur. Ancak anemi ve servikal, inguinal, aksiller bölgede multipl lenfadenopatinin olması, ilk başvurduğu merkezde PA akciğer radyogramının dikkate alınmayıp, lenfoma düşünülmemesine ve kemik iliği biyopsisi yapılmasına neden olmuştur. Akciğer radyogramına ek olarak bilgisayarlı tomografide lenf bezlerinde nekroz ve kalsifikasyon saptanması "tüberküloz" tanısını desteklemiş ve histopatolojik olarak lenf bezinde "kazeifikasyon nekrozu" saptanması tüberküloz tanısını doğrulamıştır.

Lenfomanın tüberkülozla komplike olması nadirdir (%1.18) (9). Lenfoma ve tüberküloz lenfadenit birlikteliği durumunda; her iki hastalıktaki lenf bezi özelliklerini, ek klinik bulguları, mikrobiyolojik tetkikleri, BT bulguları ve polimeraz chain reaction (PCR) analiz sonuçlarını göz önüne almak gerekir (2,9-11). Tüberküloz lenfadenitte histopatolojik olarak "kazeifikasyon nekrozu" klasik bulgu olup, lenfomanın seyrinde kazeifikasyon nekrozuyla karşılaşılırsa tüberkülozla komplike olduğu düşünülebilir (8,10,11). Ancak histopatolojik değerlendirmede lenf bezinde kazeifikasyon nekrozu yapan Kikuchi-Fujimoto hastalığı (Histiyositik nekrotizan lenfadenit) ve fungal enfeksiyonların da göz önüne alınması gerekir (12). Bizim olgumuzda, lenf bezinde lenfoma ve diğer etyolojik nedenler lehine histopatolojik bulgu saptanmamış ve lenf bezinde basil gösterilmesi başka hastalık veya enfeksiyonu ekarte ettirmiştir.

Miliyer tüberkülozda hematolojik anormallikler olarak, anemi, lökopeni, lökositoz, monositoz, lenfopeni, monositopeni, lökomoid reaksiyonlar, trombositopeni ve pansitopeni bilinen bulgulardır (13). Sıklıkla saptanan kronik hastalık anemisi olmakla beraber, lökopeni ve trombositopeni sık saptanan bulgular değildir (14). Pansitopeni, DİK ve

hemolitik anemi oldukça nadirdir (13,15). Bizim olgumuzda ise hematolojik olarak anemi dışında patolojik bulguya rastlanmamıştır.

Miliyer tüberkülozda sıklıkla tutulan organlar akciğer, karaciğer, dalak, lenf bezleri ve kemik iliğidir (20). Akciğer dışı organ tutulumunda histopatolojik olarak granülom oluşumu belirlenirken, kemik iliğinde granülom oluşumu %82.5 oranında olup ilişkili hastalıklar sıklıkla "tüberküloz, brusella, tifo ve fungal infeksiyonlar" olmaktadır (17,18). Bir başka histopatolojik bulgu da hemofagositik sendromdur (19). Olgumuzda ise anemi nedeniyle yapılan kemik iliği biyopsisinin histopatolojik olarak sonucu "normal" olarak değerlendirildi.

Hepatomegali miliyer tüberkülozda sık görülmemesine rağmen nadir olarak belirtilmiş ve splenomegali de vakaların %10'unda klinik olarak tespit edilmiştir (20). Hepatosplenomegali gençlerde enderdir fakat miliyer tüberkülozlu çocukların %50'sinde gözlenmiştir (21). Miliyer tüberkülozlu hastalarda sarılık ve asitin saptanması nadir olmasına rağmen karaciğer fonksiyon testlerindeki yükseklik sık görülmektedir (20,22). Hipoalbuminemi ve hiponatremi ise sıklıkla gözlenmektedir. Olgumuzda ise minimal hepatomegali ve asit mevcut iken splenomegali yoktu. Ayrıca karaciğer fonksiyon testlerinde yükseklik, hiperbilirubinemi, hipoalbuminemi ve hiponatremi mevcuttu.

Hepatik granülom, miliyer tüberkülozlu olguların %90'ında karaciğer biyopsisi yapılarak bulunmakta, hepatik semptomların olduğu %80 hastada kazeifikasyon nekrozu görülmektedir. Karaciğer biyopsi materyalinin direk bakışında da tüberküloz basili yaklaşık olarak %10-24 oranında izlenmektedir (20). Olgumuzda ise periton sıvısı kültüründe mikobakterium tüberkülozis üremesi nedeni ile karaciğer biyopsisine gerek görülmedi. Periton sıvısı kültüründe üreme olması nedeniyle hasta tüberküloz peritonit olarak değerlendirildi.

İlk başvuruda miliyer tüberkülozlu her üç hastanın birinin PA akciğer grafisinde tipik miliyer veya tüberküloz hastalığına ait olabilecek lezyonlar olmayabilir (20). Bu yüzden başlangıç akciğer grafisi tanıya ulaşmada yardımcı olmayabilir. Olgumuzun PA akciğer radyogramında parankimde bilateral mikronodüler dansite artımının mevcut olması, ön tanıda tüberkülozu düşündürmüştür.

Sonuç olarak, sebebi bilinmeyen ateş ve lenfadenomegali ayırıcı tanısında tüberküloz halen göz önüne alınması gereken hastalıkların başında gelmektedir. Radyolojik bulgular tüberkülozu düşündürüyorsa, gerek lenf bezi gerekse periton sıvısı materyallerinden etkenin belirlenebilmesine yönelik mikrobiyolojik tetkikler yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Hanania N, Hoffstein V. Tuberculosis presenting with generalized lymphadenopathy, pulmonary infiltrates, youngman. Arch Intern Med. 1993; 153(10); 1265-7.
2. Kim YJ, Sung KJ, Kim MS, et al. CT manifestations of cervical tuberculosis lymphadenitis. J Otolaryngol 1993;
3. Jakubowski A, Elwood RK, Enanson DA. Clinical features of abdominal tuberculosis. J Infec Dis 1988; 158(4): 6.
4. Uzaslan Kunt E. Akciğer ve Akciğer organ tüberkülozları. Cilt 3. Bursa; Uludağ Üniv. Basımevi 1999: 2.
5. Rajev J, Sawhney S, Bhargava D, et al. Diagnosis of abdominal tuberculosis: sonografic findings in patients 1955; 165 : 1391-5.
6. Foon KA, Fisher RI. Williams Hematology 6th ed. Newyork. McGraw-Hill Co, 2001; 1237-61.
7. Yang ZG, Min PQ, Sone S, et al. Tuberculosis versus lymphomas in the abdominal lymph

- nodes: evoluotic CT. AJR 1999; 172(3): 619-23.
8. Alobeidy ST, Ilowite J, Donoca V, et al. Calcification in untreated mediastinal Hodgkin's lymphoma. J Thorac Imaging 2001; 16(4): 304-6.
 9. Meleno M, Genona O, Dominigues, et al. Tuberculosis in patients with lymphomas. Medicina 1992; 52(4): 291-5.
 10. Koylu R, Tozkoparan E, Pabuscu Y, et al. Unusual military tuberculosis presenting with generalised lymphadenopathy and abdominal involvement. Int J Tuberc Lung Dis 1997; 1(5) 474-6.
 11. Hormann K, Garbrecht M. Malignant lymphoma and tuberculosis. Laryngol Rhicol Otol 1985; 64(12): 614-7
 12. Tsag WY, Cha JK. Fine needle aspiration cytologic diagnosis of Kikuchi's lymphadenitis. A report of 27 cases. Pathol 1994; 102 (4): 454-8.
 13. Singh KJ, Ahluwalia G, Sharma SK, et al. Significance of haematological manifestations in patients with tuberculosis. J Assoc Physicians 2001; 49; 778, 790-4.
 14. Ghabrial MW, Albornoz MA. Immun thryobocytopenia; a rare presenting manifestation of tuberculosis. Am J Hematol 2001; 67: 139-43.
 15. Huo PH, Yang PC, Kuo SS, et al. Severe immune hemolytic anemia in disseminated tuberculosis with response to antituberculosis therapy, Chest 2001; 119(6); 1961-3.
 16. Gonzales VM, Martinez RM, Forcelledo FM, et al. Millitary tuberculosis. Autopsy study of 29 cases. An Mediastinoskopi Interna 1995; 12(1): 17-20.
 17. Villata-Castel E, Valdes-Sanchez MD, Guera-Vales JM, et al. Significance of granulomas in bone marrow : a study of 40 cases. Eur J Haematol 1998 ; 41(1): 12-6.
 18. Ersöz C, Polat A, serin MS, et al. Fine needle aspiration (FNA) cytology in tuberculosis lymphadenitis. Cytopathology 1998; 9(3): 2001-7.
 19. Al- Talag AH, Mohammed AE, Dafulla MM, et al. Hemophagocytic syndrome. Saudi Med J 2000; 21(10): 979-82.
 20. Essop AR, Posen JA, Hodginson JH, Segal I. Tuberculosis hepatitis: a clinical review of 96 cases. Q J Med 1984; 212: 465-77.
 21. Sharma SK, Shamim SQ, Banerjee CK, Sharma BK. Disseminated tuberculosis presenting as massive hepatosplenomegaly and hepatic failiure. Am J Gastroenterol 1981; 76: 153-6.
 22. Prout S, Benatar SR. Disseminated tuberculosis hepatitis: a study of 62 cases. SA fr Med J 1980; 58: 835-42.
-

Yazışma Adresi:

Dr. Ceyda MAHLEÇ
İzmir Dr Suat Seren Göğüs hastalıkları ve
Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Yenişehir / İZMİR
Tel : 0 232 433 33 33
