

# Multipl pulmoner nodül ile seyreden akciğer tüberküloz olgusu

Nil TOKER, Hacer OKUR, Yasemin BÖLÜKBAŞI, Feyza ÇOLLAK, Efsun Gonca UĞUR, Emine UYSAL

## SUMMARY

### A case of pulmonary tuberculosis presenting as multiple pulmonary nodules

*In this paper we presented a case with tuberculosis presenting as multiple pulmonary nodules. He was 30 years old. He had no symptom. His chest x-ray showed multiple pulmonary nodules on left lung fields. Physical examination was normal. VATS revealed diagnosis of pulmonary tuberculosis.*

**Key words:** Tuberculosis, multiple pulmonary nodules

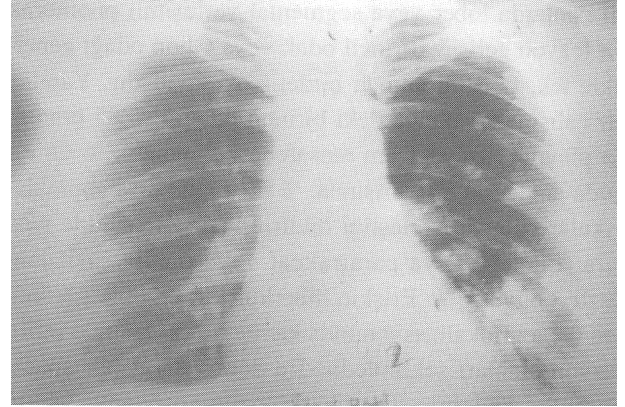
**Anahtar kelimeler:** Tüberküloz, multipl pulmoner nodül

Akciğer tüberkülozu, tüm dünyada yaygın olarak görülen bir infeksiyon hastalığıdır (1). Hastalık her iki cinsi ve her yaş grubunu etkileyebilir (2). Akciğer tüberkülozu, değişik radyolojik bulgularla karşımıza çıkabilir (2-4). Hiler ve mediastinal lenfadenopati birincil tüberkülozun en sık görülen radyolojik bulgusu iken, postprimer akciğer tüberkülozlu olguların yaklaşık % 50'sinde kaviter lezyon saptanır (1). Multipl pulmoner nodül, akciğer tüberkülozunun yaygın olmayan radyolojik bulguları arasındadır (5,6). Bu yazıda, multipl pulmoner nodülle seyreden bir tüberküloz olgusu sunulmuştur.

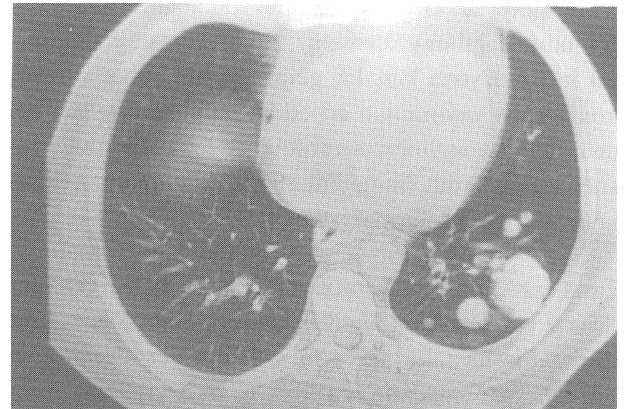
## OLGU

30 yaşında erkek hasta, yakınmasız. Çalıştığı teneke presleme işinde rutin işyeri taramasında çekilen akciğer grafisinde lezyon saptanması üzerine merkezimize sevk edilmiş. Özgeçmişinde 1993 yılında akciğer tüberkülozu tanısıyla 6 ay izoniazid (H), rifampisin (R), pirazinamid (Z) ve streptomisin (S) kullanmış. 12 paket-yıl sigara anamnezi olan hasta 1,5 aydır sigara kullanmamaktaydı. Fizik muayenesinde bir özellik saptanmadı. Postero-anterior akciğer grafisinde, sol akciğerde çapları 1-3 cm arasında değişen, multipl, sol alt zonda bazıları bileşme eğiliminde olan hiperdens kenarları düzenli nodüller görüldü (Resim 1). Eritrosit sedimentasyon 30 mm/saat olup

tam kan sayımı, periferik yayması, rutin kan biyokimyası ve tam idrar tahlili bulguları normaldi. PPD 13 mm olarak ölçüldü. 2 balgam örneği yaymasında aside dirençli basil (ARB) saptanmadı. İndirekt hemaglutünasyon testi (İHA), alfa-feto protein ve CEA negatif bulundu. Bilgisayarlı akciğer tomografisinde (BT), sol akciğerde multipl, bazıları periferik yerleşimli, değişik çaplarda, alt lop kesitlerinde birleşme eğilimi gösteren nodüler lezyonlar görüldü (Resim 2). Batın BT, beyin BT ve kemik sintigrafisi normal olarak değerlendirildi.



Resim 1. Hastanın arka-ön akciğer grafisi.



Resim 2. Hastanın toraks BT'si.

Üroloji konsültasyonunda patoloji saptanmadı. Metastatik akciğer tümörü ön tanısı ile hastaya BT rehberliğinde transtorakal kesici biyopsi yapıldı. Patolojisinde küçük nekrotik doku hücreleri rapor edildi. Laboratuvar ve klinik verilerle kesin tanı konulamayan hastaya VATS ile tanısal amaçlı açık akciğer biyopsisi yapıldı. Sol akciğer alt loba nodüler lezyonlardan multipl punch biyopsiler alındı. Patolojisinde nekrozlu granülomatöz iltihap saptandı. Histopatolojik olarak bu bulgularla akciğer tüberkülozu tanısı konuldu. Hastaya izoniazid, rifampisin, etambutol ve pirazinamid içeren tedavi rejimi verildi.

## TARTIŞMA

Akciğer grafisinde 2 veya daha fazla sayıda nodülün varlığı multipl pulmoner nodül olarak adlandırılır. Multipl pulmoner nodül etiolojisinde gelişimsel anomaliler, infeksiyon hastalıkları, immünolojik hastalıklar, neoplaziler, inhalasyonla alınan yabancı partiküllerin neden olduğu hastalıklar, emboli ve travma en başta düşünülmeleri gereken lezyonlardır (7,8). Tüberküloz, çeşitli radyolojik görünümlemler ile karşımıza çıkabilir. Birincil tüberkülozda tipik olarak, akciğerin periferinde, orta ve alt zonlarda lobar veya segmental yerleşimli pnömonik bir lezyon gelişir. Birincil odak veya Ghon odağı genellikle tek, % 25 oranında birden çok sayıdadır. Yapılan bir çalışmada, akciğerdeki birincil odağın % 85 oranında plevral yüzeye 1 cm mesafede bulunduğu, % 66 olguda akciğerin alt yarısında, % 12 olguda ise supraklavikular bölgede yerleştiği bildirilmiştir. Genellikle aynı taraf hilere ve/veya paratrakeal veya mediastinal lenf bezleri büyür (1,9). Erişkin tüberkülozunun tipik görünümü üst lop lokalizasyonunda kavite ve çevresinde infiltrasyon alanları şeklindedir. En-dobronşiyal (air space) nodüller, endobronşiyal tüberkülozun en önemli kanıtıdır. Bu nodüller 2-10 mm çaplı belirsiz konturlu olup, birleşme eğilimi göstererek fokal bronkopnömoni alanları oluştururlar. Geniş konsolidasyon alanları lobar veya lobuler dağılım gösterebilir. Bu lezyonlar, endobronşiyal inflamasyona karşılık gelmektedir. Tüberkülozun bronkojenik yayılımının en erken bulgusu bronşiyal lümeni doldurmuş lineer sentrilobüler lokalizasyonda izlenen lezyonlardır. Bu nodüller ağaç dalının tomurcuğunu (tree in bud) andırmaktadır (10,11).

Hastamızda ön tanılarımız arasında en başta gelenler birincil ve metastatik akciğer kanseri, kist hidatik, granülomatöz hastalıklar ve tüberküloz yer almaktaydı (7,12,13). Tanı amacı ile serolojik ve bakteriyolojik incelemeler yapıldı. Hidatik kist açısından serolojik testler negatif bulundu. Tümör belirteçleri normal değerlerde ölçüldü.

Olgumuzda kavitenin, asiner gölgelerin bulunmaması bronşiyal yayılımın olmadığını, postprimer tüberküloz kesinlikle lenfohematojen yayılım yapmadığı için de, lezyonların birincil tüberkülozdaki hematojen yayılımla uyumlu bulduk. Geçirdiği akciğer tüberkülozu sırasında düzenli antitüberküloz tedaviyi tamamladığını belirten hastanın, hastanemize başvurduğunda hiçbir şikayetinin olmaması, operasyon sonrası sadece ameliyat yerinin ağrıdığını belirtmesi, nodüllerden bazılarının kemik dansitesinde olması lezyonların sekel olma ihtimalini akla getirmektedir. Patoloji raporunda belirtilen nekrozlu granülomatöz iltihap hastalığın aktivitesini göstermeyip, sekel lezyonlarda da saptanabilir. Hastanın takip edilmesi uygun bir yaklaşım olabilirse de, biz lezyonlarının büyüklüğü ve yaygınlığından dolayı antitüberküloz tedaviye yeniden başlamayı uygun gördük. İlaç direncini bilmediğimiz hastaya HRZE içeren antitüberküloz tedavi başladık.

Sonuç olarak, akciğer tüberkülozu multipl pulmoner nodül olarak karşımıza çıkabilir. Tüberkülozun yaygın görüldüğü ülkemizde multipl pulmoner nodül ayırıcı tanısında tüberküloz düşünülmelidir.

## KAYNAKLAR

1. **Andreu J, Caceres J, Pallisa F, Martinez-Rodriguez M:** Radiological manifestations of pulmonary tuberculosis. *Eur J Radiol* 51:139-49, 2004.
2. **Franco R, Santana MA, Matos E, Sousa V, Lemos ACM:** Clinical and radiological analysis of children and adolescents with tuberculosis in Bahia, Brasil. *BJID* 7:73-81, 2003.
3. **Erinle SA:** An appraisal of the radiological features of pulmonary tuberculosis in Ilorin. *Niger Postgrad Med J* 10:264-9, 2003.
4. **Rathman G, Sillah J, Hill PC et al:** Clinical and radiological presentation of 340 adults with smear-positive tuberculosis in The Gambia. *Int J Tuberc Lung Dis* 7:942-7, 2003.
5. **Cappabianca S, Barbieri A, Del Vecchio W, Sergi D, Grassi R:** Recrudescence of pulmonary tuberculosis: radiological and CT features in an asymptomatic Southern Italian young population. *Radiol Med* 104:404-11, 2002.
6. **Franquint T, Muller NL, Gimenez A, Martinez S, Madrid M, Domingo P:** Infectious pulmonary nodules in immunocompromised patients: usefulness of computed tomography in predicting their etiology. *J Comput Assist Tomogr* 27:461-8, 2003.
7. **Glen A, Lillington A:** Diagnostic approach to chest diseases. Third edition 158-171.
8. **Fraser and Pare** Diagnosis of Diseases of the Chest Fourth Edition Volume II 1053-1059.
9. **Ayşe Willke Topçu** İnfeksiyon Hastalıkları Ayşe Willke Topçu 396-430.
10. **Lee JY, Lee KS, Jung KJ, et al:** Pulmonary tuberculosis: CT and pathologic correlation. *J Comput Assist Tomogr* 24:691-8, 2000.
11. **Baran R, Tunacı A, Rozenans İ:** Pulmoner tüberkülozun erken aktif döneminin ve antitüberküloz tedavi sonrası değişikliklerin High Resolution CT ile değerlendirilmesi. *Solunum Hastalıkları* 1995, 6.
12. **Ariyürek MO, Karcaaltınçaba M, Demirkazık FB, Akay H, Gedikoğlu G, Emri S:** Bilateral multiple pulmonary tuberculous nodules mimicking metastatic disease. *Eur J Radiol* 44:33-6, 2002.
13. **Fan ZM, Zeng QY, Huo JW et al:** Macronodular multi-organ tuberculosis: CT and MR appearances. *J Gastroenterol* 33:285-8, 1998.