



Endobronşial Tüberküloz Tanısında Bronkoskopinin Önemi

The Importance of Bronchoscopy in the Diagnosis of Endobronchial Tuberculosis

Ahmet Cemal Pazarlı,¹ Huri Özkan Yılmaz,¹ Nuri Havan²

Özet

Mycobacterium tuberculosis'in düşük oranda izole edilebildiği endobronşiyal tüberküloz, trakeobronşiyal ağacın tüberküloz ile infeksiyonu olarak tanımlanır ve erişkin popülasyonda sık rastlanmayan bir durumdur. Olgumuz alt solunum yolu enfeksiyonu ve pnömoni tanıları ile birkaç defa antibiyotik tedavisi uygulanmış, klinik ve radyolojik olarak tüberküloz düşünülmesine rağmen balgam örneklerinde aside dirençli basil direkt bakısı negatif sonuçlanmasına rağmen yapılan fiberoptik bronkoskopik inceleme ile endobronşiyal tüberküloz tanısı konularak, tedaviye yanıt alınmıştır. Ülkemizde akciğer tüberkülozu yaygın olduğundan, özellikle kronik öksürük şikâyetiyle başvuran hastalarda endobronşiyal tüberkülozdan şüphe edilmeli, bu tip olgularda bronkoskopik materyallerde tüberküloza yönelik tetkikler yapılması uygun olabilir.

Anahtar Sözcükler: Endobronşiyal tüberküloz, pnömoni, fiberoptik bronkoskopi.

Abstract

Endobronchial tuberculosis that *Mycobacterium tuberculosis* isolated in low rate is defined as infection with tuberculosis of the tracheobronchial tree and is a rare condition in adult population. The current case was diagnosed with a lower respiratory tract infection and pneumonia and administered antibiotic treatment several times, and was clinically and radiologically suggested to have tuberculosis; however, even the direct examination of acid resistant bacteria in the sputum samples were negative, and the patient was diagnosed with endobronchial tuberculosis through the fiberoptic bronchoscopy examination and responded to treatment. Since pulmonary tuberculosis is common in Turkey, particularly in patients that present with a chronic cough, endobronchial tuberculosis should be suspected, and in such cases, examinations for tuberculosis in bronchoscopic materials may be appropriate.

Key words: Endobronchial tuberculosis, pneumonia, fiberoptic bronchoscopy.

¹Elbistan Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Kahramanmaraş

²Afşin Devlet Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Kahramanmaraş

¹Clinic of Chest Diseases, Elbistan State Hospital, Kahramanmaraş, Turkey

²Department of Radiology, Afşin State Hospital, Kahramanmaraş, Turkey

Submitted (Başvuru tarihi): 07.04.2013 Accepted (Kabul tarihi): 17.06.2013

Correspondence (İletişim): Ahmet Cemal Pazarlı, Elbistan Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Kahramanmaraş
e-mail: cpazarli@hotmail.com



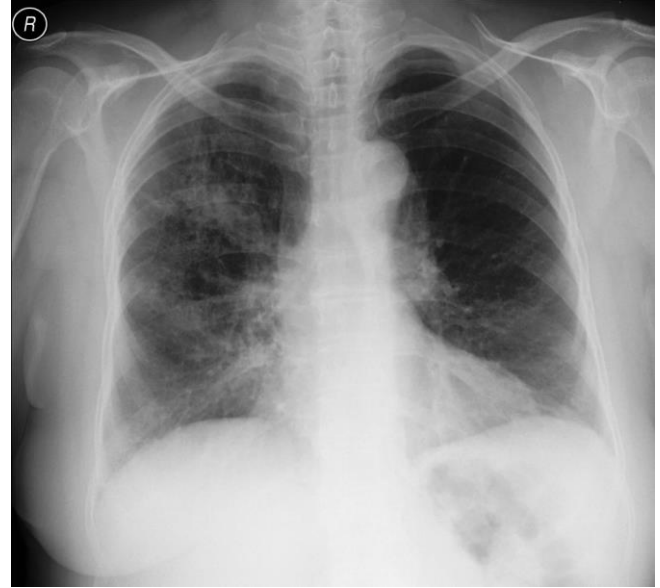
Endobronşiyal tüberküloz (EBTB) klinik ve radyolojik olarak astım, yabancı cisim aspirasyonu pnömoni ve özellikle ileri yaşlarda bronş kanseri ile karışabilmektedir. EBTB'nin bir başka özelliği de normal balgam incelemelerinde bakteriyolojik tanı olanaklarının nispeten sınırlı olmasıdır. Bu yazıda, klinik ve radyolojik olarak tüberkülozdan şüphelenilmesine rağmen üç adet balgam örneğinde, aside dirençli basil direkt bakışı negatif olan ve tanının bronkoskopik materyaller aracılığıyla konulduğu olgumuz nedeni ile EBTB'nin klinik ve bakteriyolojik özellikleri tartışılmıştır.

OLGU

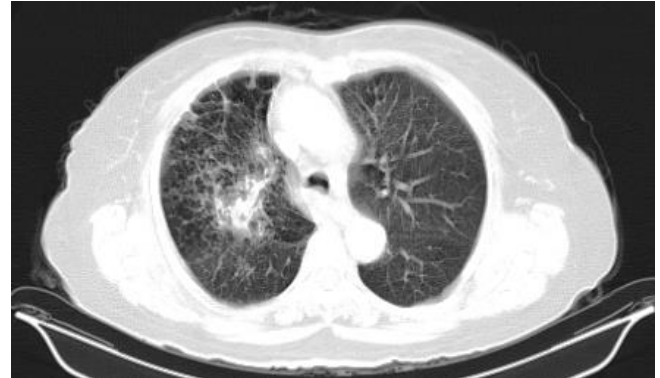
Seksen yaşında kadın hasta, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı tanısı ile tedavi altında iken üç aydır süren non-produktif öksürük nedeni ile çeşitli sağlık kuruluşlarına başvurmuş, alt solunum yolu enfeksiyonu ve pnömoni tanıları ile birkaç kez nonspesifik antibiyotik tedavisi kullanılmıştı. Hastanın PA akciğer grafisinde sağ hilustan başlayan, sağ üst lob ve sağ alt zona uzanan heterojen dansite artışı (Şekil 1), çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde parankim kesitlerinde sağ akciğerde üst lobda, posterior segmentte yer yer konsolidasyonun eşlik ettiği diğer kesimlerde peribronkovasküler alanda buzlu cam dansitesinde yaygın milimetrik nodüler dansite artışı, mediasten kesitlerinde ise sağ üst lob girişini daraltan yumuşak doku dansitesi izlendi (Şekil 2 ve 3). Laboratuvar incelemelerinde; sedimentasyon 64 mm/saat, Hb 10 g/dL, lökosit 8200 /mm³ iken, rutin biyokimyasal parametrelerinde patoloji yoktu. Hastadan alınan 3 balgamın, aside dirençli basil direkt bakışı negatif sonuçlanması üzerine hastaya FOB uygulandı. Bronkoskopide sağ üst lobu kısmen tıkayan antrakozis ile birlikte karnıbahar görünümü fibrinöz karakterli lezyon ve sağ üst lob intermedier bronş ayırım karinasında destrüksiyon izlendi (Şekil 4). Fibrinöz yapıdaki lezyondan alınan biyopsi sonucu granümatöz inflamasyon olarak raporlandı ve bronş lavaj sıvısında, aside dirençli basil direkt bakıda bulunduğu hastaya EBTB tanısı ile standart antitüberküloz tedavi başlandı.

Antitüberküloz tedavi 2. ayında PA akciğer grafisinde anlamlı regresyon (Şekil 5) ve tedavi sonrası kontrol toraks BT incelemesinde; konsolide alanlarda hafif, peribronkovasküler buzlu cam dansitesindeki milimetrik nodüler dansite artış alanlarında tama yakın regresyon saptandı (Şekil 6). Kontrol FOB'da fibrinöz yapıdaki lezyonun tama yakın gerilediği gözlemlendi (Şekil 7). Tekrarlanan bronş lavajında aside dirençli basil direkt bakınınun negatif

sonuçlanması üzerine hastanın tedavisine idameye geçilecek devam edildi.



Şekil 1: Postero-anterior akciğer grafisi: Sağ hilustan başlayan ve sağ üst lob ve sağ alt zona uzanan heterojen dansite artışı.



Şekil 2: Toraks BT (parankim kesiti): Sağ akciğerde üst lobda, posterior segmentte yer yer konsolidasyonun eşlik ettiği diğer kesimlerde peribronkovasküler alanda buzlu cam dansitesinde yaygın milimetrik nodüler dansite artışı.



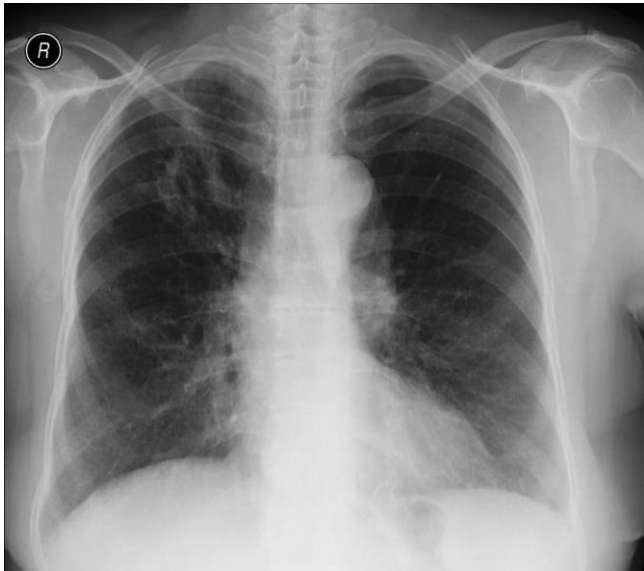
Şekil 3: Toraks BT (mediasten kesiti): Sağ akciğer üst lob girişini daraltan yumuşak doku dansitesi.

TARTIŞMA

Tüberküloz enfeksiyonunun yaygın olduğu ülkemizde, inatçı öksürüklerde klinik ve radyolojik bulguları spesifik olmayan EBTB tanısı da düşünülmeli, hızlı tanı ve oluşabilecek komplikasyonların izlemi açısından bronkoskopik tetkik öncelikli olmalıdır.



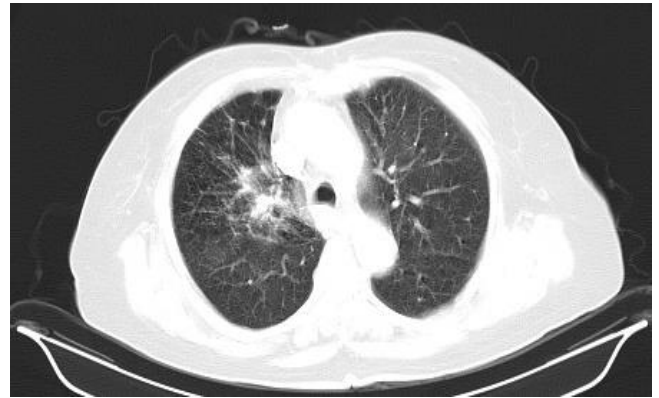
Şekil 4: FOB'da sağ üst lobu kısmen tıkayan antrakoizis ile birlikte karni-bahar görünümlü fibrinöz karakterli lezyon ve sağ üst lob, intermedier bronş ayırım karinasındaki destrüksiyon.



Şekil 5: 2 aylık tüberküloz tedavi sonrası postero-anterior akciğer grafisi.

EBTB, enfekte lenf nodüllerinin trakeabronşiyal 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 (1-3). Endobronşiyal tüberküloz akciğer tüberkülozunun ciddi komplikasyonlarından biridir (4). Akciğer tüberkülozunda endobronşiyal tüberküloz

gelişme insidansının %5,8 oranında olduğu bildirilmiştir. Ancak her tüberkülozlu hastaya bronkoskopik muayene yapılmadığı için gerçek insidansın bu orandan yüksek olduğu düşünülmektedir (5). Endobronşiyal lezyonların tanı ve takibinde esas olan bronkoskopik incelemedir. Toraks BT'nin diğer patolojileri ekarte etmede faydalı olduğu bildirilmiştir (6). Olgumuzda klinik ve radyolojik bulguların uyumlu olmasına rağmen balgam aside dirençli basil direkt bakısı negatif sonuçlanmış, tanı bronkoskopi ile alınan biyopsi ve lavaj örnekleri ile konulmuştur.



Şekil 6: 2 aylık tüberküloz tedavi sonrası kontrol Toraks BT.



Şekil 7: İki aylık tüberküloz tedavi sonrası kontrol FOB.

Endobronşiyal tüberkülozun klinik bulguları çeşitlidir; kronik prodüktif öksürük, göğüs ağrısı, hemoptizi, güçsüzlük, dispne veya ateş mevcut olabilir. En sık rastlanan semptom öksürüktür. Akman ve ark.'nın (7) çalışmasında da öksürük en sık rastlanılan semptom olarak belirtilmiştir. Endobronşiyal tüberküloz bronkojenik karsinom, polipoid kitle, astım, yabancı cisim aspirasyonu, pnömoni ve atelektaziye taklit edebilir. Bizim olgumuz 3 aydır devam eden

öksürük şikâyetiyle radyolojik ve klinik bulgulara göre pnömoni tanısı alıp birkaç kür antibiyotik kullanmış ve klinik yanıt olmaması nedeni ile başvurmuştu.

EBTB'nin bir başka özelliği de bakteriyolojik tanı olanaklarının nispeten sınırlı olmasıdır. Bunun nedeni mukusun endobronşiyal granülasyon tabakası tarafından engellenmesidir. Ayrıca, basilin saptanabilmesi için mukozada ülserasyon olması gerektiği savunulmaktadır (8). Ülkemizde yapılan çalışmalarda basil pozitifliği oranı %14-50 arasında değişmektedir (9,10). Kvale ve ark. (11) lavaj sıvısında ARB aranmasının laboratuvarlara gereksiz bir yük getirdiğini savunsalar da aksini bildiren görüşlerde vardır (12). Bizim olgumuzda balgam aside dirençli basil direkt bakışı negatif iken, bronş lavajında basil pozitif tespit edildi. Ayrıca FOB'da sağ üst lob girişini kısmen tıkayan fibrinöz karakterde karnıbahar görünümü kitle ve insidental olarak antrakozis tespit edilmiş, biyopsi ile histopatolojik olarak malignite ekarte edilerek tüberküloz tanısı ile tedaviye başlanmıştır.

Olgumuzda tedaviye klinik, radyolojik yanıt mevcuttu. Bu tür olgularda kontrol FOB'un mutlak endikasyonu olmamasına rağmen, olgumuzda tanı anında balgam ARB yaymalarının negatif olması ve bakteriyolojik olarak bronş lavajı örneğiyle tanı desteklendiğinden, kontrol FOB uygulanmış ve hastanın tedavisinde idameye geçilebilmesi amaçlı bronş lavajı örneği alınarak ilk FOB'da sağ üst lob girişinde tedavi sonrası oluşabilecek stenozun kontrol edilmesi de amaçlanmıştır.

Sonuç olarak; ülkemizde akciğer tüberkülozu yaygın olduğundan, özellikle kronik öksürük şikâyetiyle başvuran hastalarda endobronşiyal tüberkülozdan şüphe edilmeli, bakteriyolojik tanının sınırlı olduğu bu tip olgularda, bronkoskopik materyallerde tüberküloza yönelik tetkikler yapılmalıdır.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Bu makalede herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir.

YAZAR KATKILARI

Fikir - A.C.P., H.Ö.Y., N.H.; Tasarım ve Dizayn - A.C.P., H.Ö.Y., N.H.; Denetleme - A.C.P., H.Ö.Y., N.H.; Kaynaklar - A.C.P., H.Ö.Y.; Malzemeler - A.C.P., N.H.; Veri

Toplama ve/veya İşeme - A.C.P., H.Ö.Y.; Analiz ve/veya Yorum - A.C.P., N.H., H.Ö.Y.; Literatür Taraması - A.C.P., H.Ö.Y., N.H.; Yazıyı Yazan - A.C.P.; Eleştirel İnceleme - A.C.P.

KAYNAKLAR

1. Weber A, Bird KT, Janower ML. Primary tuberculosis in childhood with particular emphasis on changes affecting the tracheobronchial tree. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med* 1968; 103:123-32. [\[CrossRef\]](#)
2. Smith LS, Schillaci RF, Sarlin RF. Endobronchial tuberculosis. Serial fiberoptic bronchoscopy and natural history. *Chest* 1987; 91:644-7. [\[CrossRef\]](#)
3. Davidson PT. Tuberculosis: new views of an old disease. *N Engl J Med* 1985; 312:1514-5. [\[CrossRef\]](#)
4. Park MJ, Woo IS, Son JW, Lee SJ, Kim DG, Mo EK, et al. Endobronchial tuberculosis with expectoration of tracheal cartilages. *Eur Respir J* 2000; 15:800-2. [\[CrossRef\]](#)
5. Chung HS, Lee JH. Bronchoscopic assessment of the evolution of endobronchial tuberculosis. *Chest* 2000; 117:385-92. [\[CrossRef\]](#)
6. Lee JH, Chung HS. Bronchoscopic, radiologic and pulmonary function evaluation of endobronchial tuberculosis. *Respirology* 2000; 5:411-7. [\[CrossRef\]](#)
7. Akman M, Yılmaz T, Çelik N. Akciğer kanserini taklit eden endobronşiyal tüberküloz. *Solunum Hastalıkları* 1995; 6:441-9.
8. Ip MS, So SY, Lam WK, Mok CK. Endobronchial tuberculosis revisited. *Chest* 1986; 89:727-30. [\[CrossRef\]](#)
9. Tahaoğlu K, Kızkın Ö, Karagöz T, Başözdemir N. Endobronşiyal tüberküloz. *Solunum* 1993; 18:146-53.
10. Çıkrıkçıoğlu S, Altın S, Özyurt H. Bronkoskopik tanı konulan 26 endobronşiyal tüberküloz olgusu. *Solunum* 1993; 18:140-5.
11. Kvale PA, Johnson MC, Wroblewski DA. Diagnosis of tuberculosis: routine cultures of bronchial washings are not indicated. *Chest* 1979; 76:140-2. [\[CrossRef\]](#)
12. Ergün P, Atalay F, Güler M. Fiberoptik bronkoskopi ile tanı konulan tüberküloz olguları. *Solunum Hastalıkları* 1999; 10:1-5.