

Bir özofagus tüberkülozu olgusu

A case of esophageal tuberculosis

Firdevs ATABEY*, Cemal BES**, Levent DALAR*, Z. Senem ELİBOL*,
S. Kerem OKUTUR**, F. Kerim KÜÇÜKLER**, Funda SEÇİK**, Arman POLUMAN*

*Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3.Klinik, İstanbul
**Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Dahiliye Kliniği, İstanbul

ÖZET

Tüberküloz ülkemizde sık rastlanan bir enfeksiyon hastalığıdır, ancak özofagus tüberkülozu çok nadir görülen bir ekstrapulmoner tüberküloz formudur. Genellikle *Mycobacterium Tuberculosis* basili ile enfekte mediastinal lenf bezlerinin genişleyerek perinodal inflamasyon ile özofagus duvarına invaze olması sonucu ortaya çıkar. Burada, mediastinal tüberküloz lenfadenite sekonder gelişen ve beraberinde endobronşiyal tutulum izlenen bir özofagus tüberkülozu olgusunu sunduk.

Anahtar Kelimeler: Özofagus tüberkülozu, Mediastinal tüberküloz lenfadenit, Endobronşiyal tutulum.

SUMMARY

Tuberculosis in Turkey is a common infectious disease but esophageal tuberculosis is a rare form of extrapulmonary tuberculosis. It usually occurs when tuberculous bacilli infected mediastinal lymph nodes enlarge and with perinodal inflammation invade esophagus wall. Here we present a case of esophageal tuberculosis secondary to mediastinal tuberculous lymphadenitis with endobronchial involvement.
Key Words: Esophageal tuberculosis, Mediastinal tuberculous lymphadenitis, Endobronchial involvement.

GİRİŞ

Tüberküloz ülkemizde sık rastlanan bir enfeksiyon hastalığıdır, ancak özofagus tüberkülozu çok nadir rastlanan (%0.4) bir ekstrapulmoner tüberküloz formudur (1). Bildirilen özofagus tüberkülozu vakalarının büyük çoğunluğunu mediastinal tüberküloz adenite sekonder gelişen olgular oluşturur (2, 3, 4, 5). Primer olarak özofagusta tutulumu olan ve araştırma sonucunda vücudunun başka herhangi bir yerinde tüberküloza rastlanmayan olgular ise çok sınırlı sayıdadır (2, 6).

Bizim olgumuz da mediastinal tüberküloz adenite sekonder gelişen bir özofagus tüberkülozu olgusu idi, ancak eşzamanlı olarak endobronşiyal tutulum izlenmesi onu diğer benzer olgulardan ayırıyordu.

Yazışma Adresi:

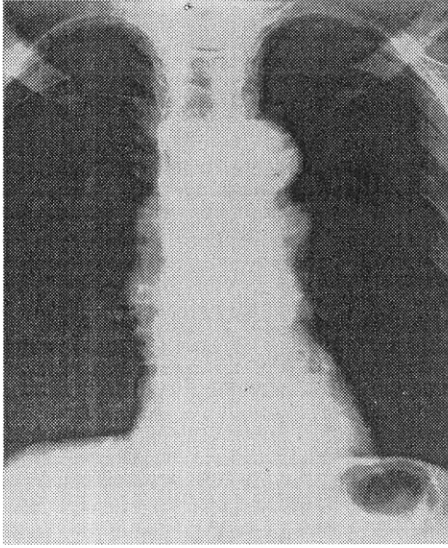
Dr. S. Kerem OKUTUR
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
3. Dahiliye Servisi
Tel.: (0212) 559 05 88
E-mail: keremo1978@ekolay.net

OLGU SUNUMU

Bingöl doğumlu olup on yıldır İstanbul'da yaşayan 68 yaşında erkek hasta kliniğimize öksürük, balgam çıkarma ve yutma güçlüğü şikayetleriyle başvurdu. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde bir özellik yoktu Solunum sistemi muayenesinde; dinlemekle bilateral tüm akciğer alanlarında, dağınık ve seyrek ral ve ronküsler duyuldu, diğer sistem muayeneleri doğaldı. BCG skarı olmayan, sedimantasyon hızı 68mm/saat ve PPD endürasyonu 12 mm. olan hastanın biyokimyasal değerleri ve hemogramı normal sınırlardaydı. PA akciğer grafisinde sol hiler genişleme izleniyordu (Resim 1).

Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT); en büyüğü subkarinal bölgede ve yaklaşık 3 cm. çapında olan, sağ alt paratrakeal, sol hiler ve subkarinal bölgelerde heterojen dansitede lenfadenomegaliler (LAM) izlenmekteydi. Subkarinal LAM özofagus duvarına infiltrate olup, özofagus dokusu ile arasında intakt yağlı plan gözlenmemekteydi (Resim 2, 3).

Yutma güçlüğü olması ve toraks BT'de subkarinal LAM kitlesinin özofagusu infiltrate ettiğinin görülmesi üzerine yapılan özofagoskopis-



Resim 1: PA akciğer grafisinde sol hiler genişleme de, özofagus lümeninde 30-32. cm'ler arasında ve tabanı mukoza seviyesinden çökük, üzerinde beyaz eksüda bulunan ülser görüldü. Buradan alınan biyopside; yüzeyde eksüdatif membran ile kaplı ülserde özofagus mukozası, subepitelyal alanda yoğun lenfosit infiltrasyonu ve epitelooid histiositlerden oluşan granülom formasyonu görüldü. Bulgular tüberküloz ile uyumluydu.

Olası hiler LAM basısını aydınlatmak amacıyla yapılan bronkoskopisinde; sol alt lob ile üst lobu ayıran karina hafif ödemli ve genişlemişti. Alt lob girişte ödemliydi. Superior segment girişi içine girilemeyecek derecede daralmıştı. Bazal segmentlerin girişi ödem ve mukozal düzensizlikle çepeçevre daralmıştı. Sol alt lob girişindeki mukozadan yapılan biyopside nekrotizan granümatöz iltihap saptandı. Postbronkoskopik balgamın mikrobiyolojik incelemesinde aside rezistans bakteri (ARB) pozitif olarak bulundu.

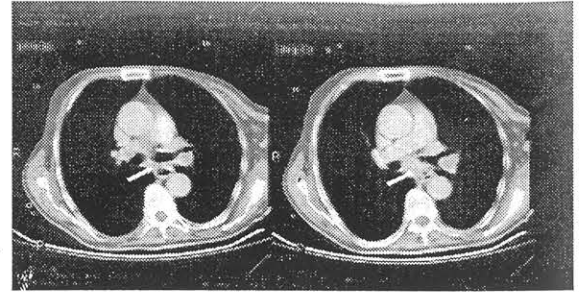
İzoniiazid 5mg/kg, Rifampin 10mg/kg, Etambutol 25mg/kg, Morfozinamid 50mg/kg şeklinde antitüberkülo tedavi başlanan hastada, ARB direkt muayenede 20 günde negatifleşti ve özofageal semptomlar hafifledi.

TARTIŞMA

Özofagus tüberkülozu nadir görülen bir ekstrapulmoner tüberküloz formudur. Sıklıkla



Resim 2: Olgunun toraks BT'si



Resim 3: Olgunun toraks BT'sinde multipl LAM'lar ve özofagus infiltrasyonu

oluşum nedeni, mediastinal lenf bezlerinin Mycobacterium Tuberculosis basili ile enfekte olarak genişlemesi ve perinodal inflamasyon sonucu özofagus duvarına yapışarak ülserasyona yol açmasıdır (2, 3, 4, 5). Komşuluk yoluyla olan bu yayılım dışında, sadece özofagusda lokalize ve vücudun başka hiçbir yerinde tüberküloz bulgusuna rastlanmayan özofagus tüberkülozu olguları çok nadirdir (2, 6).

Bizim olgumuzdaki özofagus tutulumu da hiler ve mediastinal tüberküloz adenite sekonder olarak meydana gelmişti. Ancak aynı zamanda olguyu ilginç kılan özellik, bu ikisi ile birlikte eş zamanlı olarak endobronşiyal tutulumun da olmasıdır.

Ekstrapulmoner tüberküloz formlarının en sık görüleni olan tüberküloz lenfadenitte, enfeksiyon genellikle akciğerlerde başladığı için akciğer parankiminin drene olduğu bölgesel lenf düğümleri en sık enfekte olan bölgelerdir. Bu lenf düğümleri; her iki akciğerin hiler bölgesini dolduran bir interbronşiyal grup, trakea bifurkasyonunda yer alan subkarinal bir grup ve posterior mediastende trakeaya komşu olan bir paratrakeal grup içerirler (8). Mediastinal

lenf düğümleri en çok kullanılan primer bölgesel drenaj sahası olmalarına karşın, bildirilen lenf düğümü tüberkülozu olgularının yalnızca %5'ini oluştururlar. Lenf düğümü tüberkülozuna ait önemli patolojik olaylar arasında çevre dokuda kompresyon oluşturması, lenf düğümlerinde kazeifikasyon ve parçalanma bulunması ve hasta lenf düğümleri iyileşirken fibrozis oluşması yer alır (7).

Diğer taraftan endobronşiyal tüberküloz ise iki yolla gelişir: Primer tüberküloz infeksiyonu seyirinde bölgesel lenf bezlerinin inflamasyonu ve bronşa yapışarak ülserasyonu ile; ya da reenfeksiyon tüberkülozu sırasında kaviteden bronşa atılan çok miktardaki basilin bronşa yüzeyel ülserasyonu ile (9, 10). Bölgesel lenf bezlerinin inflamasyonu sonucu gelişen endobronşiyal tüberkülozda mekanizma şöyledir: tüberküloz basilini sınırlandıramayan bireylerde geç aşırı duyarlılıkla birlikte bölgesel lenf bezlerinde belirgin hiperemi ve büyüme bulunur ve trakea ile bronşlara dışarıdan bası oluşur. Lenf düğümü merkezlerinde nekroz ve kazeifikasyon geliştiğinde belirgin perinodal inflamasyon lenf düğümlerinin havayollarının dış yüzeylerine yapışmalarına yol açar. Lenf düğümleri bronş duvarını aşındırdıkça submukozal tüberküller, intraluminal polipler ve granülasyon dokusu oluşur (7). Böylece klinik inceleme yöntemleri ile

giderek daha sık gözlediğimiz endobronşiyal tüberküloz ortaya çıkar.

Olgumuzu ele alırsak; BCG skarı olmayan yaşlı hastada olası hücresel bağışıklık inhibisyonu sonucu geliştiğini düşündüğümüz bu postprimer tüberküloz formu, lokalize lenfohematojen yayılım ile mediastinal lenf düğümlerinin tutulumuna, buradan da komşuluk yolu ile özofagusun ve sol alt lob bronşunun ülserasyonuna yol açmıştır. Hücresel bağışıklığın olası inhibisyonuna rağmen olgumuzda var olan PPD pozitifliği tüberkülin virajı ile açıklanabilir. Lenfosit subpopulasyon analizleri yaptırılmadı.

Üç tüberküloz formunun, yani özofagus, mediastinal lenfadenit ve endobronşiyal tüberkülozun bir arada görüldüğü bu nadir ve ilginç olgu, daha sıklıkla çocuk ve genç erişkin yaşta ki hastalarda izlediğimiz alışılmış durumun dışında, yaşlı hastaların da immün yapıları ile ilişkili olarak atipik seyir izleyen tüberküloz formları gösterebildiklerini bir kez daha vurguluyor.

Sonuç olarak tüberkülozun bu nadir görülen formlarının birlikteliğini, tüberküloz enfeksiyonunun patolojik süreçlerini farklı açılardan gözden geçirerek, yeni açılımlara olanak tanınması açısından, tartışmaya değer bulduk.

KAYNAKLAR

1. Lewis S, Field S. Intestinal and peritoneal tuberculosis. In: Rom WN, Garay S, editors. Tuberculosis. 1996; p:588.
2. Tassios P, et al. Tuberculous esophagitis report of a case and review of modern approaches to diagnosis and treatment. Hepato Gastroenterol 1995; 42:185-8.
3. Desai C, et al. Spontaneous esophageal perforation due to mediastinal tuberculosis lymphadenitis - Atypical presentation of tuberculosis. J Postgrad Med 1999; 45(1):13-4.
4. Peridoma JA, et al. Tuberculosis of the esophagus. Dis Esophagus 1998;11(1): 72-4.
5. Sugiura T, et al. Esophageal tuberculosis: a rare but not to be forgotten entity. Am J Med 2001;110(5): 415-6.
6. Iwamoto I, et al. Isolated esophageal tuberculosis. Indian J Gastroenterol 1995; 14(1): 25-6.
7. Powell DA. Tüberküloz Lenfadeniti. In: Schlossberg D, ed. Tüberküloz. 1995: 113-20.
8. Arseven O, Tabak L. Solunum Sisteminin Gelişimi ve Yapısal Özellikleri. In: Arseven O, ed. Akciğer Hastalıkları. 2002: 16-18.
9. Kalyoncu F, et al. Endobronchial tuberculosis. A report of 15 cases. S Afr Med J 1989; 75: 395-6.
10. Seçik F, et al. 3 endobronşiyal tüberküloz olgusu. XXI. Ulusal Türk Tüberküloz ve Göğüs Hastalıkları Kongresi, 17-19 Ekim 1996, Kongre Kitabı: 275-8.