

Maligniteyi taklit eden asemptomatik bir tüberküloz olgusu

An asymptomatic case of tuberculosis mimicking malignancy

Fatih Üzer¹, Ömer Özbudak²

Özet

Tüberküloz en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. En sık akciğerleri tutar. Tipik klinik ve radyolojik bulgular olduğunda akciğer tüberkülozuna tanı koymak kolaydır. Pnömoni ve atelektazi görünümünün yanı sıra, daha nadir olarak bronşiyal astım ve maligniteyi taklit edebilmektedir. Asemptomatik, radyolojik olarak maligniteyi taklit eden bir olguyu sunuyoruz.

Anahtar sözcükler: Akciğer kanseri, atipik radyoloji, tüberküloz

Summary

Tuberculosis is one of the most important public health problems. It is most commonly seen in the lungs. It is easy to diagnose pulmonary tuberculosis with typical clinical and radiological findings. In addition to the appearance of pneumonia and atelectasis, it may mimic bronchial asthma and malignancy more rarely. We present a case of asymptomatic tuberculosis mimicking malignancy radiologically.

Key words: atypical radiology, lung cancer, tuberculosis

¹ Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Arş. Gör., Antalya

² Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Prof. Dr., Antalya

Üzer F., Özbudak Ö. | Maligniteyi taklit eden asemptomatik bir tüberküloz olgusu

Giriş

Tüberküloz (Tbc), gelişmekte olan ülkelerde en önemli halk sağlığı sorunlarından biri olmaya devam etmektedir. En sık akciğerleri tutmakla beraber ekstra pulmoner tutulum da olabilir. Akciğer tüberkülozlu hastalar sıklıkla çok belirgin bir klinik belirti ve bulguya sahip olmasa da, hastalık çok hafif tablolardan, tedavi edilmezse hızla ölüme götüren ağır tablolara kadar değişkenlik gösterdiği için klinik tablolar da geniş bir spektrum içinde dağılır. Genel olarak radyolojide orta veya ciddi tutulum görülünceye kadar klinik belirtiler hafiftir. Akciğer tüberkülozu; pnömoni ve atelektazi görünümünün yanı sıra, daha nadir olarak bronşiyal astım ve maligniteyi taklit edebilmektedir.^[1-2] Asemptomatik, radyolojik olarak maligniteyi taklit eden bir olguyu literatür eşliğinde sunuyoruz.

Olgu

Herhangi bir yakınması olmayan 44 yaşındaki erkek hasta kontrol amaçlı başvurdu. Fizik muayenesi normaldi. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu. Laboratuvar incelemesinde; hemoglobinin:

13,7 g/dl, lökosit: 5970 / mm³, sedimentasyon: 21 mm/sa olup diğer biyokimyasal parametreleri normaldi. Posterioranterior (PA) akciğer grafisinde sol akciğerde perihiler homojen dansite artışı ve sol alt zon lateralde pulmoner homojen opasite izlendi. **(Şekil 1)** Bilgisayarlı toraks tomografisinde (BT) sol üst lob posterior segmentte santrali nekrotik, periferinde spiküler uzanımları bulunan 34x29 mm boyutunda kitlesel lezyon izlendi. Sol hilus üst anterior komşuluğunda 12x9 mm boyutlarında öncelikle lenfadenopati/metastaz lehine değerlendirilen lezyon izlendi. Sol akciğer alt lob lateral bazal segment düzeyinde periferinde spiküler uzanım bulunan, santrali nekrotik, plevraya uzanım gösteren 30x22 mm boyutlarında kitle izlendi. **(Şekil 2)**

Pozitron emisyon tomografi (PET) BT'de sol akciğer üst lobdaki lezyonun maksimum standart uptake değeri (SUV max):11,1, sol akciğer alt lobdaki lezyonun SUV max'ı 4,7 olarak geldi. Ayrıca sol hilus bölgesinde, SUV max'ı 3,2 olan lenf nodu izlendi. **(Şekil 3)**

Hastaya bronkoskopi yapıldı. Endobronşiyal lez-



Resim 1.

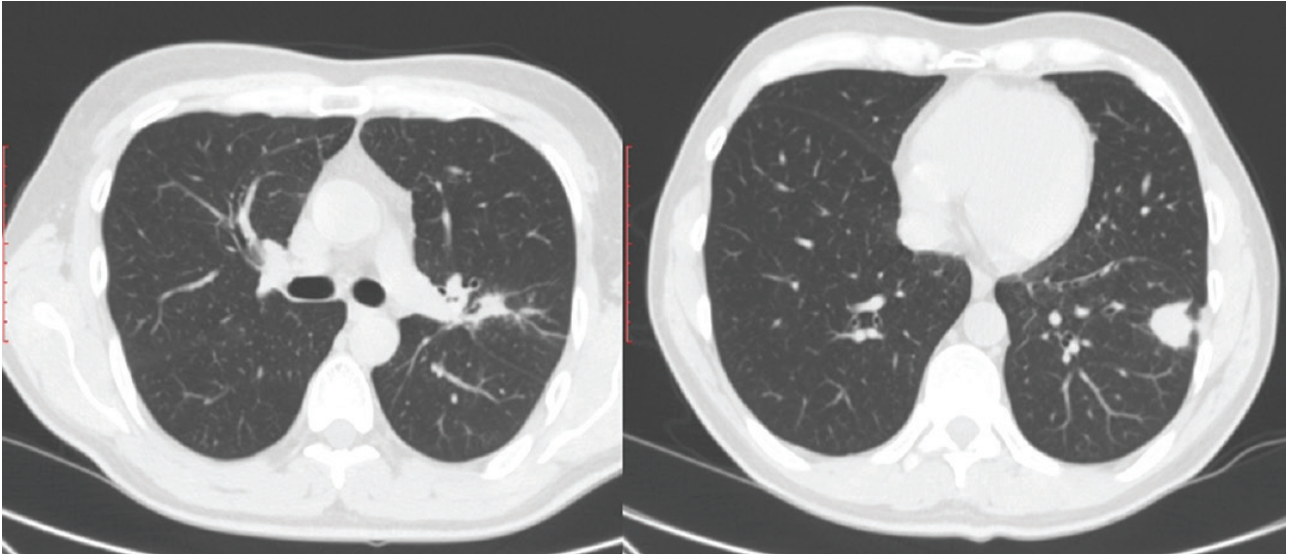
yon izlenmedi. Sol üst lobdan bronş lavajı, sitolojik fırçalama ve sol hiler transbronşiyal iğne aspirasyonu (TBİA) yapıldı. Bronş lavajında aside rezistan basil (ARB) negatif ve sitolojik incelemesi benign olarak tespit edildi. Hastaya bu bulgular ile sol üst lobdan ve alt lobdaki lezyonlardan transtorasik iğne aspirasyonu (trucut, TTİA) yapıldı. Patolojik incelemede nekrotizan granümatöz iltihap izlendi. Moleküler incelemede tüberküloz polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) negatif olarak geldi. Antitüberküloz tedavi başlandı. Tedavinin altıncı ayında çekilen kontrol PA akciğer grafisi ve bilgisayarlı toraks tomografisinde lezyonların belirgin olarak gerilediği görüldü (Şekil 4-5).

Tartışma

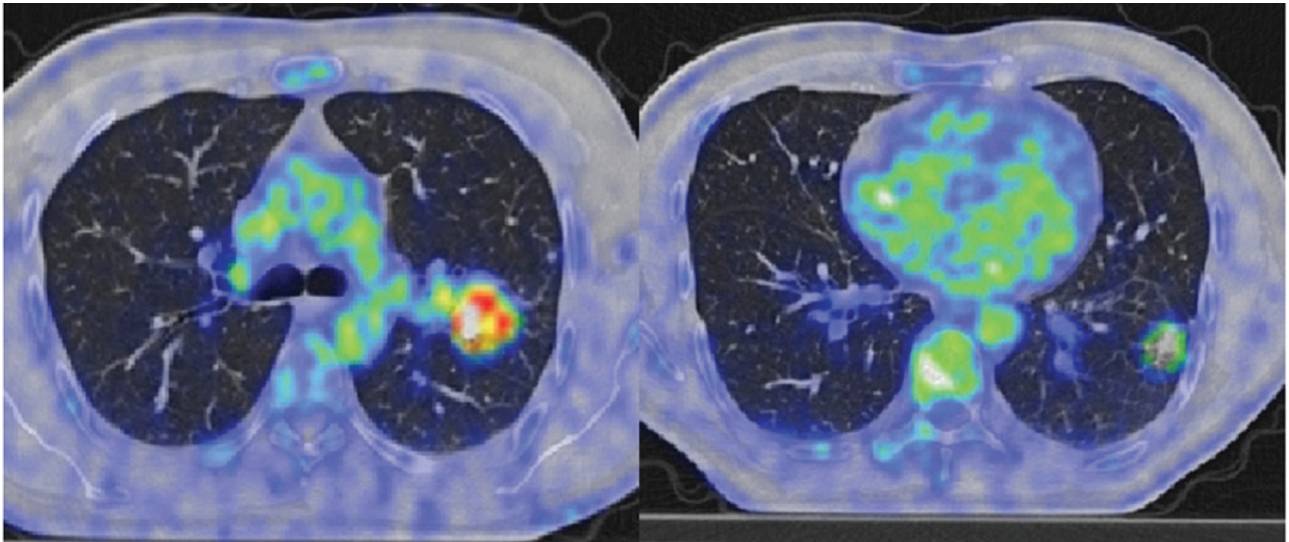
Akciğer tüberkülozu, enfeksiyon kaynaklı mortalite ve morbiditenin en önemli nedenlerinden biridir. Tanısının erken konması halk sağlığı açısından önemlidir. Akciğer tüberkülozuna tipik klinik ve radyolojik bulgular olduğunda tanı koymak kolaydır. Ancak olgumuzda olduğu gibi bazı tüberküloz olguları atipik klinik ve radyolojik bulgularla seyredebilir. Atipik bulgularla seyreden bu tür olgular yanlış tanı alabilir ve tanı gecikmesine sebep olabilir. Tüberküloz tanısının patolojik ve mikrobiyolojik olarak kanıtlanması gerekmektedir.

Pitlik^[3] ve arkadaşlarının 10 yıllık bir süreyi

Resim 2.



Resim 3.



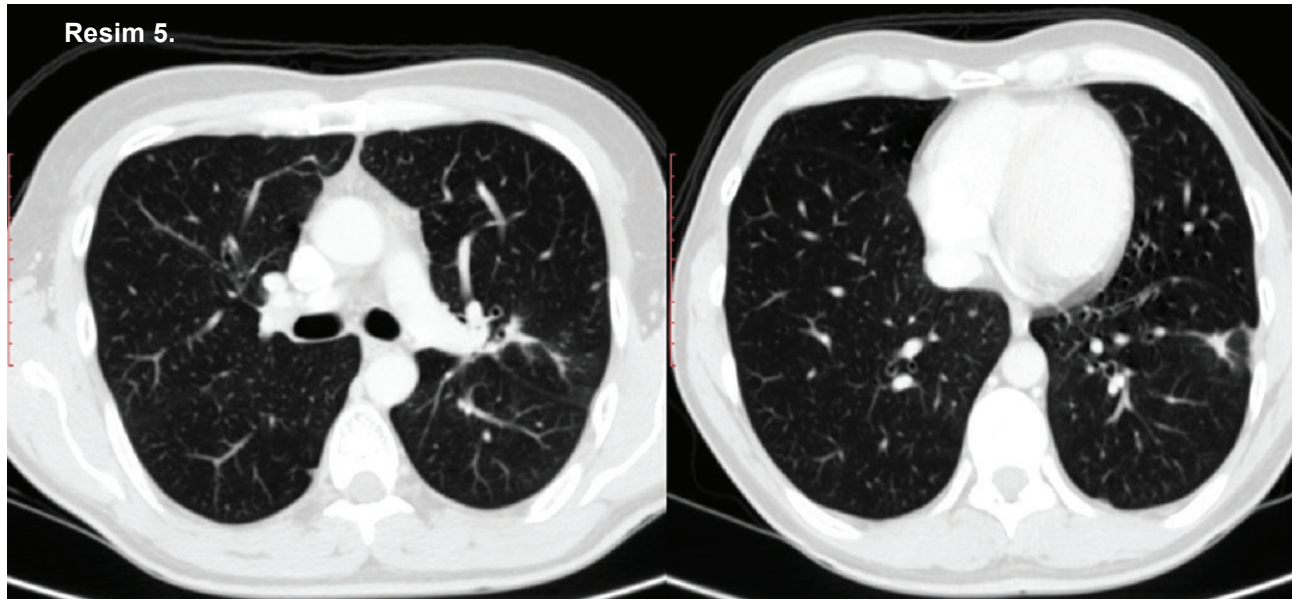
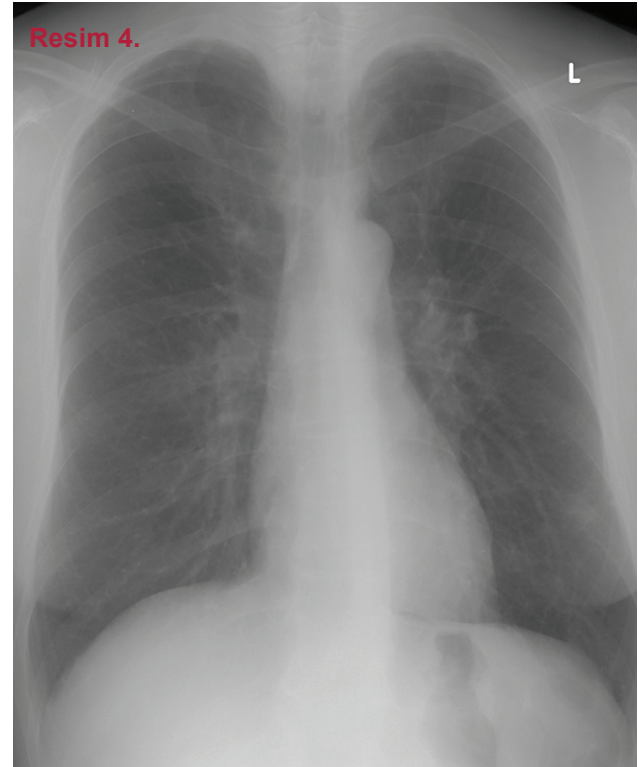
kapsayan çalışmada malignite nedeniyle tetkik edilen 70 bin hastanın 26'sında tüberküloz tespit edilmiş, hastalarda tüberkülozun klasik bulguları olan ateş, balgam, hemoptizi ve gece terlemesi yaygın gözlenmemiştir. Bu hastalar sıklıkla akciğer kanseri nedeniyle tetkik edilmiş olup, akciğer grafisinde en sık olarak "infiltrasyon" saptanmıştır. Rolston^[4] ve arkadaşlarının 2098 hastada yaptığı bir retrospektif çalışmada akciğer kanseri nedeniyle araştırılan hastaların %1,3'ünde enfeksiyon hastalıkları tespit edilmiştir. Bu enfeksiyon hastalıklarının %27'si tüberküloz olarak tespit edilmiştir. Bizim hastamız da herhangi bir yakınması olmayan ve akciğer kanseri ön tanısı ile tetkik edilen genç bir erkek hasta idi. Akciğer grafisinde sol parahiler bölgede homojen dansite artışı ve sol alt zonda homojen opasite izlendi.

Akciğer kanserini düşündüren düzensiz kenarlı konsolidasyonlar, kalın duvarlı kaviter lezyonlar ve plevral effüzyon tüberkülozda da görülebilir. Tüberkülozda daha çok sol akciğer üst lob posterior ve alt lob süperiorda bulgu vermekle beraber akciğerin herhangi bir lobu tutulabilmektedir.^[1-4] Hastamızda da sol üst lob posteriorda ve sol alt lob bazal anterior segmentte opasite izlendi.

Akciğer kanseri düşünülen olgularda hastalığın yaygınlığını ve evresini belirlemek amacıyla PET BT kullanılmaktadır. Başta enfeksiyon hastalıkları ve romatolojik hastalıklar olmak üzere, PET BT yanlış pozitiflik gösterebilir. Tüberküloz insidansının yük-

sek olduğu ülkelerde tüberküloz yanlış pozitiflik yapan nedenlerin başında gelmektedir.^[5] Hastamızda da PET BT de tarif edilen lezyonlarda granülo-matoz hastalıklarda görülebilen yüksek SUV max tutulumu tespit edilmiştir.

Akciğer kanserinin tanısında altın standart patolojidir. Tüberküloz tanısı ise uygun klinik ve radyolojik bulgularla beraber mikrobiyolojik olarak konur. Hastamızda yapılan bronkoskopik incelemede endo-bronşiyal lezyon tespit edilmedi. Alınan bronş



lavajın patolojik incelemesi benign olup, tüberküloz kültüründe üreme tespit edilmedi. Yapılan transtorasik ince iğne aspirasyon biyopsisinin patolojik inceleme-sinde nekrotizan granüloamatöz iltihap izlendi. Tbc tanısı patolojik olarak konuldu.

Sonuç olarak akciğer tüberkülozu farklı klinik ve radyolojik formlarla karşımıza çıkabilmektedir.

Başta akciğer kanseri ve astım olmak üzere birçok hastalığı taklit edebilmektedir. Tüberküloz enfeksiyonunun yaygın olduğu bizim gibi ülkelerde klinik ve radyolojik bulgular akciğer kanserini düşündürse bile, genç hastalarda özellikle atipik radyolojide ayırıcı tanıda tüberküloz her zaman akla gelmelidir.

Kaynaklar

1. Skoura E, Zumla A, Bomanjia J. Imaging in tuberculosis. International journal of infectious diseases 2015; 32: 87–93.
2. Yılmaz A, Alıcı İO, Demirci NY et al. The clinical and bronchoscopic features of cases with endobronchial tuberculosis mimicking radiologically malignancy. Solunum 2011; 13(3): 170–5.
3. Pitlik SD, Fainstein V, Bodey GP, M.D. Tuberculosis mimicking cancer-A Reminder. The American Journal of Medicine 1984;78: 822-5.
4. Rolston KVI, Rodriguez S, Dholakia N, Whimbey E, Raad I. Pulmonary infections mimicking cancer: a retrospective, three-year review. Support Care Cancer 1997; 5: 90-3.
5. Goo JM, Gilim J, Do KH et al. Pulmonary tuberculoma evaluated by means of FDG PET: Findings in 10 cases. Radiology 2000; 216:117–21.

Geliş tarihi: 27.07.2017

Kabul tarihi: 03.09.2017

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.09.2017

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi:

Arş.Gör. Fatih Üzer

e-posta: uzerfatih@gmail.com