
Metastatik Akciğer Kanseri ile Karışan Bir Akciğer Tüberkülozu (Tbc) ve Tbc Lenfadenit Olgusu

Nazire UÇAR*, Bahar BERBEROĞLU*, Mihriban ÖĞRETENSOY*

* Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Merkezi, ANKARA

ÖZET

Ellidört yaşında kadın hasta, yaklaşık 2 ay önce başlayan halsizlik, omuz ağrısı, ateş, öksürük, kilo kaybı yakınmasıyla başvurdu. Öz geçmişinde, 10 yıl önce diabetes mellitus (DM) tanısı almıştı. Posteroanterior (PA) akciğer grafisinde, bilateral irili ufaklı multipl nodüler infiltrasyonlar ve bilgisayarlı toraks tomografisi (CT)'nde bilateral akciğer parankim alanlarını tutan multipl nodüler görünümeler saptandı. Bu bulgularla öncelikle metastatik akciğer kanseri ön tanısıyla araştırılan hastaya, rutin tetkiklerin yanısıra batın ultrasonografisi (USG), pelvik USG, bronkoskopi, sağ skalen biyopsi yapıldı. Biyopsi sonucu, kazeifiye lenf nodu olarak raporlandı (AGHH Pat: Lab 1098-98). Balgam ARB'leri menfi olan hastaya, yayma negatif akciğer tüberkülozu (Tbc) ve Tbc lenfadenit tanısıyla izoniazid (H), rifampisin (R), morfozinamid (Z), etambutol (E) şeklinde 4'lü antitüberküloz tedavi standart dozlarda başlandı. Tedavinin 6. ayında tam olarak klinik ve radyolojik düzelme sağlanarak antiTbc tedavi sonlandırıldı.

Anahtar Kelimeler: Metastatik akciğer kanseri, tüberküloz.

SUMMARY

A Case with Pulmonary Tuberculosis (Tbc) and Tbc Lymphadenitis Imitating Metastatic Lung Cancer

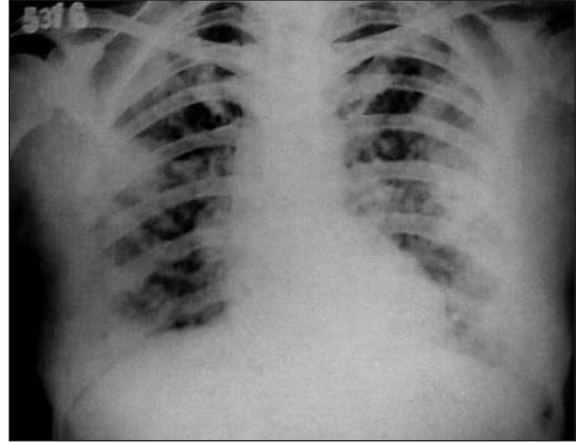
A 54 year-old woman was admitted to the hospital complaining of weakness, shoulder pain, fever, cough and weight loss for two months. There was a history of diabetes mellitus for ten years. Chest radiograph showed bilateral multiple nodular opacities. CT scan of the chest showed bilateral multiple nodular lesions in the lung paranchymes. With these findings metastatic lung cancer was first thought. In addition to routine examination, abdominopelvic ultrasonography, bronchoscopic examination and right scalen lymph node biopsy were performed. Biopsy revealed ceasating granulomatous lymph adenitis. She had negative smears for Acid Fast Bacilli (AFB). Antituberculous drugs (isoniasid, rifampicin, morphozinamid, ethambutol) at standart doses were started with the diagnosis of smear negative pulmonary tuberculosis (Tbc) and Tbc lymph adenitis. AntiTbc therapy was stopped at the sixth month with clinical and radiological recovery.

Key Words: Metastatic lung cancer, tuberculosis.

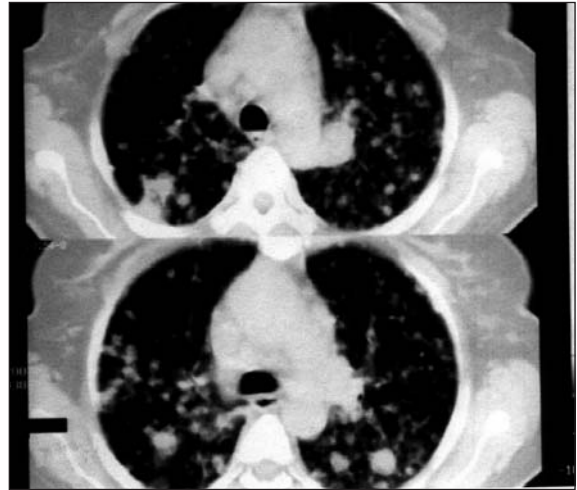
Tüberküloz tüm gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de halk sağlığını etkileyen önemli bir hastalıktır ve görülme sıklığı gittikçe artmaktadır. Farklı klinik görünümle ortaya çıktığında ise tanı güçleşmektedir. Özellikle diyabet, sarkoidoz, malignite ve AIDS gibi hastalıklarda immün sistem baskılanmış olduğu için tüberküloz farklı klinik ve radyolojik görünüm verebilir (1). Biz de klinik ve radyolojik olarak metastatik akciğer kanserini düşündüren ve yapılan tetkikler sonucu, yayma negatif akciğer tüberkülozu ve Tbc lenfadenit tanısı alan diyabetli bir kadın olgumuzu sunmayı uygun bulduk.

OLGU SUNUMU

Ellidört yaşında, kadın hasta, 2 ay önce başlayan halsizlik, ateş, gece terlemesi, kuru öksürük, omuz ağrısı, 2 ayda 10 kilo zayıflama öyküsüyle başvurdu. Öz geçmişinde; 10 yıldır diabetes mellitus tanısıyla oral antidiyabetik kullandığı öğrenildi. Fizik muayenesinde; sol ön servikal zincirde 0.5 x 0.5 cm çapında multipl lenfadenopati saptandı. Solunum sistemi muayenesi doğaldı. Laboratuvar tetkiklerinde; sedimentasyon 75 mm/saat ve açlık kan şekeri 137 olarak bulundu. Diğer tetkikler normal sınırlardaydı. Balgamda, bronkoskopik lavajda ve mide suyunda ARB negatif bulundu. PA akciğer grafisinde; bilateral retikülo nodüler dansite artışı, toraks CT'de bilateral akciğer parankim alanlarını tutan, en büyüğü 18 mm çapa ulaşan ve yer yer birleşerek geniş konsolidasyon alanları oluşturan nodüler görünüm, mediastende en büyüğü 12 mm çapa ulaşan multipl LAP izlendi (Resim 1, 2). Bu görünüm metastazla uyumlu olarak raporlandı. Yapılan bronkoskopide mukoza hiperemikti ve her iki sistemden bol sekresyon gelmekteydi. Endobronşiyal lezyona rastlanmadı. Lavaj sitolojisi, iltihap tablosu olarak değerlendirildi. Batın USG'de, splenik venin posteriorunda paraortik, en büyüğü 2 cm çapında birkaç adet hipoekoik LAP ile uyumlu görünüm izlendi. Pelvik USG'de, uterusu intraluminal yerleşimli 5 x 6 cm kitle izlendi ve bu görünümün myom veya maligniteye ait olabileceği belirtildi. Hastaya transtorasik ince iğne aspirasyon biyopsisi (TTİAB) için toraks USG yapıldı, ancak uygun alan bulunamadı. Daha sonra skalen lenf nodu biyopsisi yapıldı. Sonuç; kazeifiye lenf no-



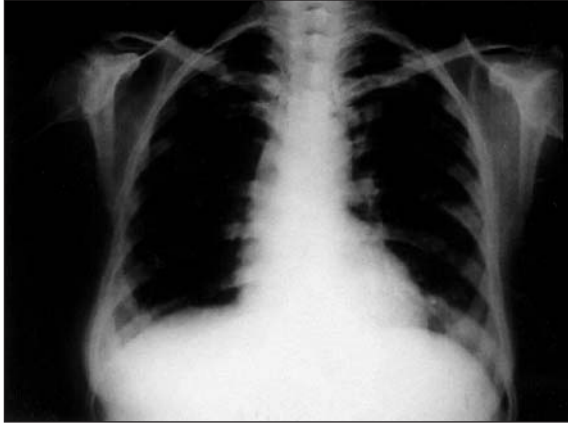
Resim 1. Tedavi öncesi PA akciğer grafisi.



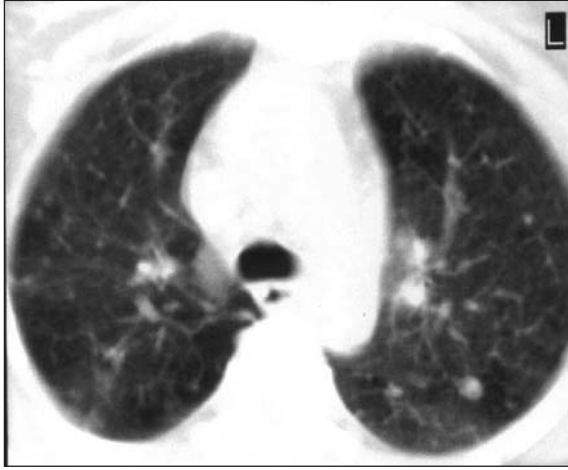
Resim 2. Tedavi öncesi toraks CT'si.

du olarak raporlandı (AGHH Pat. Lab 1098-98). Daha sonra tekrarlanan kadın hastalıkları konsültasyonunda, uterustaki kitlenin miyoma uteriye ait olduğu ve asemptomatik olması nedeniyle takibe alındığı belirtildi.

Hastaya HRZE ile 4'lü antiTbc tedavi standart dozlarda başlandı. Tedavinin 1. ayında klinik düzelme ve radyolojik regresyon sağlandı, 2. ayında, kültürde 10 koloni üreme oldu. Bunun dışında tedavi süresince balgam ve açlık mide suyu ARB teksif ve kültürleri negatif olarak bulundu. Altıncı ayda klinik ve radyolojik iyileşme ile antiTbc tedavi sonlandırıldı. Hastanın tedavi sonrası PA akciğer grafisi ve toraks CT'si Resim 3 ve 4'te görülmektedir. DM nedeniyle de hastaya glibenklamid 2 x 1 ve 1600 cal. DM diyeti verildi.



Resim 3. Tedavi sonrası PA akciğer grafisi.



Resim 4. Tedavi sonrası toraks CT'si.

TARTIŞMA

Tbc insanlık tarihinin bilinen en eski hastalıklarından. Önlenebilir ve tedavi edilebilir olmasına rağmen, günümüzde özellikle gelişmekte olan ülkelerde ciddi bir sorun olmaya devam etmektedir. Bunun en önemli nedenlerinden biri hastalığın tanısında geç kalınmasıdır ki bu hem hastanın tedavisini güçleştirmekte, hem de hastalığın toplumda yayılmasına neden olmaktadır. Ancak her zaman tüberküloz tanısı koymak kolay olmamaktadır. Gerek radyolojik gerekse klinik olarak spesifik bulgulara sahip olmadığından özellikle ARB'nin teksif ve kültürde gösterilemediği durumlarda tanı koymak zor olmaktadır. Bu nedenle diğer hastalıkların ayırıcı tanısında mutlaka Tbc de gözönünde bulundurulmalıdır.

Hastamızın öyküsünde 2 ay önce başlayan halsizlik, kilo kaybı, öksürük ve ateş gibi semptom-

lar herhangi bir hastalığa özgü değildi. Fizik muayenede sol ön servikal zincirdeki multipl LAP'lar öncelikle malignite ve infeksiyon hastalıklarını düşündürmekteydi. Ancak lenf nodları birbirinden bağımsız, sert, ağrısız ve ciltte fistül ve pigmentasyon artışının olmayışı tüberküloz lenf adenitten uzaklaştırdı.

PA akciğer grafisi bilateral irili ufaklı multipl nodüler infiltrasyonlar şeklindeydi. Toraks CT'si, metastatik akciğer CA ile uyumlu olarak raporlanmıştı. Akciğerin metastatik malignitelerinin radyografik paterni incelendiğinde, tek veya multipl nodüler görünümün en sık radyolojik bulgu olduğu saptanmıştır (2). Bizim hastamızda da bilateral multipl nodüler görünümün olması, metastatik akciğer CA'yı düşündürmekteydi. Batın USG'sinde en büyüğü 2 cm çapında birkaç adet paraaortik lenfadenopati bulunması, pelvik USG'sinde uterusu intraluminal yerleşimli 5 x 6 cm kitle izlenmesi ve bu kitlenin myom veya maligniteye ait olabileceğinin raporlanması metastatik akciğer CA tanısını destekler nitelikteydi. Primer CA'nın tanısını koymak amacıyla tetkiklere devam edildi. Akciğerdeki lezyonlardan TTİAB yapılması planlandı. Ancak, Toraks USG'de uygun bir alan bulunamadı. Metastatik akciğer CA'ların tanısında bronkoskopi, giderek artan bir önem kazanmaktadır ve böyle hastalarda pulmoner parankimal tutulumun değerlendirilmesinde kullanılabilir ilk invaziv girişim olarak önerilmektedir (2). Bu nedenle, bizde hastamıza bronkoskopi uyguladık. Hastanın bronkoscopisinde, endobronşiyal lezyona rastlanmadı. Lavaj sitolojisi, iltihap tablosu olarak değerlendirildi. Skalen lenf nodu biyopsisinin, "kazeifiye granülomatöz reaksiyon, tüberkülozla uyumlu" olarak raporlanması sonucu, bronş lavajı, balgam, mide suyu ARB'lerinin menfi olması nedeniyle yayma negatif akciğer tüberkülozu tanısı konuldu. Tüberkülozun radyolojik özelliği, lokalizasyonunun tipik olması ve kavitasyonun sık görülmesidir. Olguların %95'inde lezyonlar üst lobların süperior segmentlerinde yerleşir (3). Kavitasyon dışında, lokal eksudatif lezyonlar, bronkopnömonik, miliyer görünüm, lokal fibrokalsifiye lezyonlar ve tüberküloma şeklinde de görünüm verebilir (4,5).

Tüberkülozlu hastaların 1/3'ünün atipik görünümde olduğu bildirilmiştir. Hastanemizde yapılan bir çalışmada atipik radyolojik görünüm oranı %16.5 olarak bildirilmiştir (6). Ayrıca, Woever %20, Özsoy %25, Küçükusta %8.75, Yaman %8 oranlarında, tüberkülozda olağan dışı tutulum saptamışlardır. Hastanemizde yapılan diğer bir çalışmada, diyabetiklerde tüberkülozun önemli bir özelliğinin, olağan dışı yerleşim olduğu ortaya çıkmıştır (7). Üst lobların anterior segmenti, orta lob ve lingula, alt lobların bazal segment tutulumu (alt lob süperior hariç) tüberkülozun olağan dışı yerleşim yerleri olarak kabul edilmektedir (8). Bizim hastamızda da bu segmentlerde tutulum olup, Tbc'nin olağan dışı yerleşimi mevcuttu. Tbc'nin akciğer parankiminde bu tip yerleşimi, özellikle altta yatan predispozisyon varlığında ortaya çıkmaktadır. Bunlar; DM, gebelik, silikozis, kifoskolyoz, böbrek yetmezliği, geçirilmiş mide rezeksiyonu, alkolizm, kortikosteroid kullanımı, karaciğer bozuklukları gibi durumlardır. Ancak, bu ilişkiyi açıklayabilecek yeterli bilgi mevcut değildir (9). Hastamızın diyabetik oluşu, Tbc'nin olağan dışı tutulumunu açıklayabilir.

Sonuç olarak; akciğer Tbc metastatik akciğer CA ile karışabilecek radyolojik görünüme sahip olabilir. Özellikle diyabetiklerde Tbc'nin olağan dışı yerleşimi sık görülmektedir. Bu nedenle, böyle hastalarda malignite araştırılırken Tbc'de akılda tutulmalı ve balgamda ARB mutlaka aranmalıdır. ARB'nin negatif olduğu durumlarda skalen lenf nodu biyopsisi ile tanıya gidilebilir.

KAYNAKLAR

1. Yenel F. İmmün sistemi yetersiz kişilerde tüberküloz. Kocabaş A (ed). *Tüberküloz Kliniği ve Kontrolü*. Adana: Çukurova Üniversitesi Matbaası 1991: 137-9.
2. Biber Ç, Bilen S, Yılmaz Ü ve ark. Metastatik akciğer kanserlerinin değerlendirilmesinde fiberoptik bronkoskopinin yeri. *Solunum Hastalıkları* 1997; 2: 261-6.
3. Linnigton GA. Diffüze interstitial pattern. *A Diagnostic approach to Chest Diseases*. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins 1987: 306-31.
4. Rossaman MD, Mayack RL. Akciğer Tüberkülozu. Schlossberg D (ed). *Tetik Kurt C (Çeviri ed). İstanbul: Bilimsel ve Teknik Kurulları Çeviri Vakfı* 1995: 75-83.
5. Bayındır Ü. Akciğer tüberkülozunun radyolojisi. Kocabaş A (ed). *Tüberküloz Kliniği ve Kontrolü*. Adana: Çukurova Üniversitesi Basımevi 1991: 219-26.
6. Arab HC, Ok U, Güler MZ ve ark. Akciğer tüberkülozunda radyoloji ve atipik radyolojik bulgular. *Solunum Hastalıkları* 1992; 2: 119-27.
7. Yetiş M. *Diabetes mellitus ve akciğer tüberkülozu, uzmanlık tezi*. Ankara 1998.
8. Hadlock FP, Park SK, Awe RJ, Rivera M. Unusual radiographic findings in adult pulmonary tuberculosis. *AJR* 1980; 134: 1015-8.
9. Chang SC, Lee PY, Perng RP. Lower lung field tuberculosis. *Chest* 1987; 91: 230-2.

Yazışma Adresi:

Dr. Nazire UÇAR

Atatürk Göğüs Hastalıkları ve

Göğüs Cerrahisi Merkezi

Keçiören, ANKARA