

Postoperatif tanı alan kitleyi taklit eden tüberküloz olguları

Mass mimicking tuberculosis cases diagnosed postoperatively

Fatih Meteroğlu¹, Özlem Abakay², Serdar Monis¹, Ali Birak¹

ÖZET

Tüberküloz farklı radyolojik görünümle ortaya çıkabilen bir hastalıktır. Sık olmamakla birlikte kitle görünümünde akciğer tüberkülozu olguları literatürde mevcuttur. Akciğerde kitle görünümü ile başvuran hastalarda tüberküloz tanısından emin olmak ve eşlik eden tümör tanısını kesin dışlamak bazen zor olmaktadır. Bu yazıda, kliniğimize akciğer grafiğinde kitle görünümü ile başvuran 42 ve 65 yaşındaki iki hastanın tanısında yaşanan güçlükler tartışıldı. Her iki olgunun bilgisayarlı tomografileri sonrası, Pozitron Emisyon Tomografileri çekildi. Üç kez bakılan balgamda Aside rezistans bakteri negatif idi. Fiberoptik bronkoskopik lavaj ve bronş biyopsileri negatif geldi. Bu nedenle her iki olguya cerrahi ile tanıya gidildi. İlk olguya mini torakotomi ile wedge rezeksiyonu yapıldı. Alınan parankim dokudan frozen (donmuş kesit) çalışıldı ve tüberkülozla uyumlu geldi. İkinci olgununda cerrahi sırasında frozen malign gelmesi nedeniyle sol üst lobektomi yapıldı. Ancak kesin patoloji raporu tüberküloz olarak geldi. Her iki olguya anti-tüberküloz tedavisi başlandı ve rutin kontrollerinde genel durumları iyi idi. Ülkemiz gibi tüberkülozun yaygın görüldüğü yerlerde akciğerde kitle görüntüsünde olan lezyonların değerlendirilmesinde tüberkülozun akıldan tutulması gerekir.

Anahtar kelime: Akciğer kanseri, tüberküloz, kitle

GİRİŞ

Tüberküloz radyolojik olarak bazı tümöral, inflamatuar ve sistemik hastalıklara benzer bulgular verecek tanı güçlüklerine yol açabilir. Tüberküloz (TB) ve akciğer karsinomu bazen birbirleriyle karışan ve bu nedenle tanı ve tedavide gecikmelere neden olabilen hastalıklardır. Tüberküloz farklı klinik ve radyolojik görünüm verebilir. Pozitron Emisyon Tomografi (PET), akciğer kanserinin mediastinal lenf nodu tutulumunu saptamada yüksek duyarlılık (%84) ve özgüllüğe (%89) sahiptir [1]. Lezyonların benign ve

ABSTRACT

Tuberculosis is a disease that occurs with different radiological manifestations. Although not frequent, tuberculosis cases seen as pulmonary masses have been reported in the literature. It is difficult to diagnose pulmonary tuberculosis definitely and to rule out a tumor in patients presenting with image of a pulmonary mass. In this paper, we discussed difficulties in diagnosis of two patients, aged 42 and 65 years, who admitted with a mass image on their chest x-rays to our clinic. Positron emission tomography images were taken following computerized tomography. Acid fast bacteria, bronchoalveolar lavage and bronchoscopic biopsies were not diagnostic. Therefore, surgery was used to establish the diagnosis. In the first patient, lobectomy was carried out with wedge resection due to peroperative suspected malignancy report of frozen section. Definitive report, however, yielded tuberculosis. Both patients received antituberculosis treatment and both were well at routine follow up examinations. Tuberculosis should be kept in mind when a mass is encountered in an endemic area such as our country. *J Clin Exp Invest* 2014; 5 (3): 462-465

Key words: Lung cancer, tuberculosis, mass

malign ayırımında cutoff SUV max değeri 2,5 olarak alınır [2]. Ülkemiz gibi tüberkülozun yaygın olduğu bölgelerde, akciğer kanseri evelemesinde tüberküloz açısından dikkatli olunmalıdır. Kitle lezyonu nedeniyle araştırılan iki akciğer tüberkülozlu sunuldu.

Olgu 1

Kırk iki yaşında erkek hasta. Yaklaşık 3 aydır halsizlik ve öksürük şikâyetleri ile kliniğimize başvurdu. Hastanın genel durumu iyi, fizik muayenede daha

¹ Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AD, Diyarbakır, Türkiye

² Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD, Diyarbakır, Türkiye

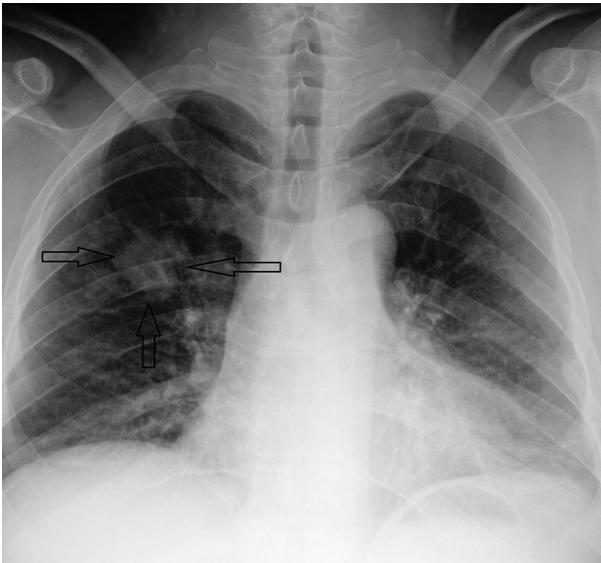
Correspondence: Fatih Meteroğlu,

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AD, Diyarbakır, Türkiye Email: drfatihmeteroglu@hotmail.com

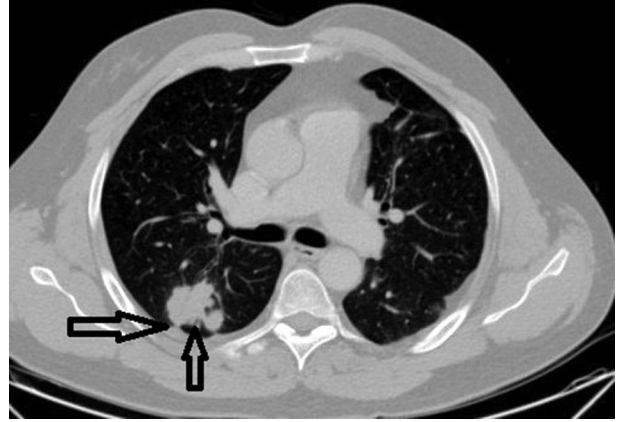
Received: 05.06.2014, Accepted: 11.09.2014

Copyright © JCEI / Journal of Clinical and Experimental Investigations 2014, All rights reserved

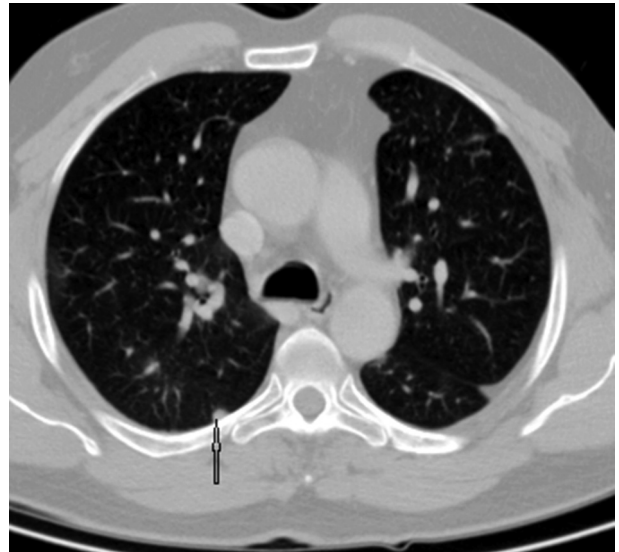
önce sol hemitorakstan geçirmiş olduğu operasyon skarı mevcuttu. Akciğer sesleri; bilateral ronküsleri mevcuttu. Laboratuvarında bir özellik yoktu. Özgeçmişinde yaklaşık 5 yıl önce tüberküloz tanısıyla anti-tüberküloz tedavisini almıştı. KOAH tanısıyla da halen bronkodilatatör kullanmaktadır. Sedimantasyonu 17mm\h, üç kez balgamda bakılan aside rezistans bakterisi (ARB)(-) idi. Hastanın çekilen akciğer grafiğinde sağ akciğer üst lobda kitle lezyonu mevcuttu (Resim 1a). Bunun üzerine hastaya tümör tarama amaçlı toraks bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. BT’ de subkarinal bölgede milimetrik kalsifikasyon içeren 1,5 x 1 cm boyutunda lenf bezi izlenmiştir. Sağ akciğer üst lob posterior segmentte multipl tübülodüler yapıların birleşerek oluşturduğu toplam boyutu 3,8 x 3,3 cm boyutunda kitlesel lezyon izlenmiştir. Sağ akciğer orta lob lateral segmentte 4,4 mm, sağ alt lob posterobazal segmentte 3,1 mm lezyon izlendi (Resim 1b, 1c). Hastaya PET-CT çekildi. PET-CT’ de sağ akciğer üst lobdaki 3x3.5 cm ebadında ki lezyonda SUVmax değeri 6,7 olarak ölçüldü. Ayrıca sağ akciğer üst lobda nodüller lezyonda ise SUVmax 3,6 olarak ölçüldü. Hastaya fiberoptik bronkoskopi yapıldı. Alınan lavaj ve endobronşiyal biyopsi benign geldi. Konseyde görüldü ve operasyon kararı verildi. Operasyonda sağ akciğer apikoposterior segmentte yaklaşık 5x4 cm ebadındaki kitleye wedge rezeksiyonu uygulandı ve frozen (soğuk kesit) sonucu benign gelmesi üzerine rezeksiyon yapılmadı. Kesin patoloji sonucu tüberkülozla uyumlu gelmesi üzerine anti-tüberküloz tedavisi başlandı.



Resim 1a. Sağ üst lobda lezyon



Resim 1b. Toraks bilgisayarlı tomografide, Sağ üst lobda lezyon

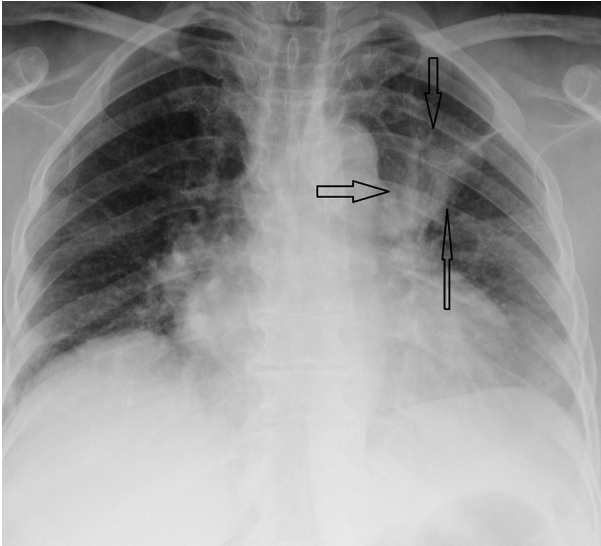


Resim 1c. Toraks bilgisayarlı tomografide, Sağ alt lobda satelit nodül

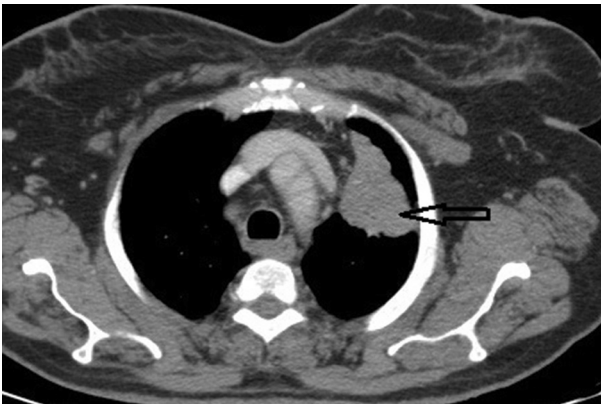
Olgu 2

Altmış beş yaşında bayan hasta. Yaklaşık 4 aydır göğüs ağrısı, nefes darlığı, huzursuzluk, endişe, tahammülsüzlük, uykusuzluk şikâyetiyle kliniğimize başvurdu. Hastanın genel durumu orta, fizik muayenede sol hemitoraks üst zonda akciğer sesleri alınmıyordu. Özgeçmişinde hipertansiyon, diyabet ve geçirilmiş miyokard infarktüs öyküsü vardı. Laboratuvarında açlık kan şekeri;244mg\dl, Beyaz küre sayısı: 26100, Solunum fonksiyon testi; FVC: 1.44 (%70), FEV1: 1.28 (%76), FEV1\FVC: 2.73 (% 89), PEF: 2.73 (% 53) idi. Eritrosit sedimantasyonu hızı 32mm\h, üç kez bakılan balgam ARB(-) idi. Hastanın çekilen akciğer grafiğinde sol akciğer üst lobda kitle

lezyonu mevcuttu (Resim 2a). Hastanın bilgisayarlı tomografiğinde sol üst lobda solid kitle görülmekteydi (Resim 2b, 2c.). Fiberoptik bronkoskopik biyopsi sonucu negatif gelmesi üzerine PET-BT çekildi. PET-BT' de sol akciğer üst lob anterior segmentten sol hiler bölgeye uzanan 53x55 mm' lik kitlede FDG tutulumun SUVmax değeri 11,2 olarak ölçüldü. Mediasteninin negatif olması üzerine hastaya torakotomi yapıldı ve kitleden frozen(soğuk kesit) çalışıldı. Frozen sonucu malign geldi. Sol üst lobektomi ve mediastinal lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Ancak patolojinin uzun dönem takibi ve mikrobiyoloji kültür sonucu tüberküloz olarak geldi. Hastaya anti-tüberküloz tedavisine geçildi. Hastanın takiplerinde kesin tanının olması ve tedaviye cevap vermesi nedeniyle anksiyete tablosu da tamamen düzeldi.



Resim 2a. Sol üst lobda lezyon.



Resim 2b. Toraks bilgisayarlı tomografide, Sol üst lobda solid kitle



Resim 2c. Toraks bilgisayarlı tomografide, Sol üst lobda satelit nodül

TARTIŞMA

Akciğer kanseri dünyada en önemli ölüm nedenidir. Tüberkülozun endemik olduğu bölgelerde, tüberkülozun kitle görünümüyle seyrettiği durumlarda kanserle karışabilir [3]. Chawalparit ve ark[4].'nın kitle görünümü olan 10 olguluk tüberküloz hastalarından oluşan seride lezyonların ortalama çapının 2,3cm ve yerleşim yerlerinin ise en sık sağ alt lob lokalizasyonda olduğunu bildirmişlerdir. Bizim olgumuzun birinde sağ, diğeri sol üst lob yerleşimliydi. Sağ taraf kitlenin tomografiğinde etrafında satelit nodülleri mevcuttu. Bunun yanında, kanseri taklit eden tüberküloz olgularına bakıldığında en sık neden olarak endobronşiyal tüberküloz görülmektedir [5]. Fakat bizim olgumuzda endobronşiyal lezyon saptanmadı. Tüberkülozun endemik olduğu bölgelerde, hastalara biyopsi yapmadan tüberküloz olarak takip etmek yanlış tedaviye ve akciğer kanseri tanısında gecikmeye yol açabilir [6]. Yakın zamanda yayınlanan akciğer kanseri ile pulmoner tüberkülozun karıştığı durumları değerlendiren bir çalışmada nodül büyüdükçe ve sınırları düzensiz oldukça tümör olasılığının arttığı belirtilmiş, ancak malign nodüllerin %20 kadarında da sınırların düzgün olacağı vurgulanmıştır [7]. Aynı çalışmada, nodül içinde yağ ve kalsifikasyon dışında izlenen herhangi bir içyapı morfolojisinin akciğer kanseri ayırımında kullanılmayacağı belirtilmiş, kavitasyonun hem tüberkülozda hem de akciğer kanserinde görülebileceği vurgulanmıştır. Tüberküloz hastalarında kavitasyon %30–50 arasında görülmeyle birlikte büyüklükleri ve duvar kalınlıkları değişkenlik gösterir [8].

Akciğer kanserlerinin ayırıcı tanısında ve yaygınlığının belirlenmesinde kullanılan PET/BT, tüber-

küloz hastalarında sınırlı kullanıma sahiptir. Çünkü tüberkülozda da artmış tutulum saptanabilmektedir. Bu nedenle PET/BT tüberküloz ve akciğer kanseri ayırıcı tanısında tek başına yardımcı olamamaktadır. PET/BT deki FDG tutulumlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, 12'si tüberküloz olan 16 benin lezyon ile 14 malin lezyonun SUVmax değerlerine bakıldığında, malin lezyonlarda 11,02 (SD: 6,6) ve beninler de 10,86 (SD: 8,9) gibi yakın değerlerde bulunmuştur. Bu çalışmada tüberkülozlar değerlendirilmeden çıkarıldığında ise aradaki fark anlamlı olarak ortaya çıkmıştır [9,10]. Bizim vakamızda çekilen PET/BT sonucu FDG tutulum değeri (6,7- 11,2) idi. Bu değerler tek başına kanser olasılığının ekarte edilmesini sağlayamamıştır. Tüberküloz hastalığının teşhisinde teknolojik ilerlemeler kaydedilmesine rağmen, halen teşhis, tedavi ve takipte karışıklıklar devam etmektedir. Çünkü akciğer tüberkülozu çeşitli radyolojik görünümlemlerle karşımıza çıkabilir. İleri yaşta görülen post-primer tüberkülozda özellikle üst lobların apiko-posterior ve alt lobun apikal segmentlerinde infiltrasyon daha çok görülür [11].

Sonuç olarak, akciğer tüberkülozunun radyolojik olarak birçok hastalığı taklit edebileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle tüberküloz hastalığının, özellikle akciğer kanseri olmak üzere birçok akciğer hastalığı ile karışılabilmesi akılda tutulmalı ve ayırıcı tanı için uygun tanı yöntemlerine başvurulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Toloza EM, Harpole L, McCrory DC. Noninvasive staging of non-small cell lung cancer a review of the current evidence. *Chest* 2003;123:137-146.
2. Knight SB, Delbeke D, Stewart JR, Sandler MP. Evaluation of pulmonary lesions with FDG-PET. Comparison of findings in patients with and without a history of prior malignancy. *Chest* 1996;109:982-988.
3. Broughton WA, Bass Jr JB. Tuberculosis and diseases caused by atypical mycobacteria. In: Albert R, Spiro S, Jett J, Eds. *Comprehensive Respiratory Medicine*. New York: Mosby; 1999:296-297.
4. Chawalparit O, Charoensak A, Chierakul N. HRCT of pulmonary tuberculosis mimics malignancy: a preliminary report. *J Med Assoc Thai* 2006;89:190-195.
5. Van den Brande P, Lambrechts M, Tack J, Demedts M. Endobronchial tuberculosis mimicking lung cancer in elderly patients. *Respir Med* 1991;85:107-109.
6. Singh VK, Chandra S, Kumar S, et al. A common medical error: lung cancer misdiagnosed as sputum negative tuberculosis. *Asian Pac J Cancer Prev* 2009;10:335-338.
7. Bhatt MLB, Kant S, Bhaskar R. Pulmonary tuberculosis as differential diagnosis of lung cancer. *South Asian J Cancer* 2012;1:36-42.
8. Gadkowski LB, Stout JE. Cavitary pulmonary disease. *Clin Microbiol Rev* 2008;21:305-333.
9. Sathekge MM, Maes A, Pottel H, et al. Dual time-point FDG PET-CT for differentiating benign from malignant solitary pulmonary nodules in a TB endemic area. *S Afr Med J* 2010;100:598-601.
10. Nordin AJ, Rashmizal H, Abdul Rahim N, Rossetti C. Potential false positive active extra pulmonary tuberculosis lesions on FDG PET/CT imaging in malignancy. *Dicle Med J* 2010;37:42-47.
11. McAdams HP, Erasmus J, Winter JA. Radiologic manifestations of pulmonary tuberculosis. *Radiol Clin North Am* 1995;33:655-678.