

İzole tek taraflı inguinal tüberküloz lenfadenit: olgu sunumu

Isolated unilateral inguinal tuberculous lymphadenitis: case report

Selim SAYIN¹, Erol ARSLAN¹, Şeref DEMİRBAŞ¹, Nazire Gökçe SOMAK¹, Gürhan TAŞKIN¹, Kenan SAĞLAM¹

ÖZET

Tüberküloz, dünyada ve ülkemizde halen önemini kaybetmeyen ciddi bir hastalıktır. En sık akciğere yerleşmesine rağmen, akciğer dışı yerleşim de gösterebilir. İnguinal tüberküloz lenfadeniti çok nadir akciğer dışı yerleşim gösteren tüberküloz lenfadenit şeklidir. Bu olgu sunumunda, 25 yaşında erkek hastaya eksizyonel biopsi yapılarak, histopatoloji yardımıyla tanı koyup tedavi ettiğimiz, izole tek taraflı inguinal tüberküloz lenfadeni olgusu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz lenfadenit, İnguinal lenfadenit, Ekstra pulmoner tüberküloz

ABSTRACT

Tuberculosis is still an important disease all over the world. Despite lungs being the most frequently affected organ from tuberculosis, other sites of infection are also reported. Inguinal tuberculosis lymphadenitis is an extremely rare form of extrapulmonary tuberculous lymphadenitis. In this case, a 25 years old male with isolated unilateral tuberculous lymphadenitis and its treatment is presented. The diagnosis was made with histological examination following excisional biopsy.

Key Words: Tuberculous lymphadenitis, inguinal lymphadenitis, extrapulmonary tuberculosis

¹ Gülhane Askeri Tıp Akademisi, İç Hastalıkları Bilim Dalı, ANKARA



İletişim / Corresponding Author : Selim SAYIN

Gülhane Askeri Tıp Akademisi, İç Hastalıkları Bilim Dalı, ANKARA

Tel : +90 312 304 40 15

E-posta / E-mail : sayinselim@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received : 27.08.2012

Kabul Tarihi / Accepted : 24.05.2013

DOI ID : 10.5505/TurkHijyen.2013.87609

Sayın S, Arslan E, Demirbaş Ş, Somak NG, Taşkın G, Sağlam K. İzole tek taraflı inguinal tüberküloz lenfadenit: olgu sunumu. Turk Hij Den Biyol Derg, 2013; 70(2): 71-4.

GİRİŞ

Tüberküloz ülkemizde ve dünyada halen önemini devam ettiren ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Gelişmiş ülkelerde özellikle son yıllarda ortaya çıkan ve artış gösteren HIV enfeksiyonu ve dirençli vakaların görülmesi nedeniyle tüberkülozun önemi bir kez daha artmıştır (1).

Tüberküloz basili en sık akciğere yerleşmesine rağmen diğer doku ve organlara da yerleşerek hastalık oluşturabilir. Akciğer dışı organ ve dokuların tutulumu olarak bilinen akciğer dışı tüberküloz (AD-TB) daha çok çocuk yaşlarda geçirilen birincil enfeksiyonun yavaş bir ilerleyişiyle yıllar sonra ortaya çıkabileceği gibi, hızlı ilerleyerek akut bir ya da neden olabilir. AD-TB'nin en sık formlarından biri de tüberküloz lenfadenittir (2). İnguinal lenfadenit en az tutulum bölgesi olup, tek taraflı inguinal lenfadenit ise sadece bir kaç vaka ile sınırlıdır (3, 4). Burada izole tek taraflı inguinal tüberküloz lenfadenit tanısı alan olgu sunulacaktır.

OLGU

25 yaşında erkek hasta, iki ay önce başlayan sol inguinal bölgede ağrılı şişlik yakınmasından dolayı 10 gün önce beta-laktam antibiyotik kullanmış fakat yakınmalarının geçmemesi üzerine polikliniğimize başvurmuştur. Hasta seksüel olarak aktif değildi ve sistem sorgulamasında ateş, öksürük, terleme, kilo kaybı, dizüri, hematüri ve travma öyküsü mevcut değildi. Fizik muayenesinde ateş: 36.8 °C, nabız: 88 vuru/dakika ve arteriel kan basıncı: 120/70 mmHg idi. Sol inguinal bölgesinde ağrılı, mobil, yaklaşık 3X1 cm çaplı fiks lenf nodu mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar tetkiklerinde Hb: 16.3 g/dl, Lökosit: 9700/mm³ (%73 nötrofil, %22 lenfosit, %5 monosit), eritrosit sedimentasyon hızı 6mm/saat idi. Rutin biyokimyasal ve tam idrar tetkiki normal olarak gözlenmiştir. Lenfadenopati açısından HBsAg, Anti-HCV, AntiHIV1-2, *Brucella*, Toksoplazma, kızmıkçık, sitomegalovirüs ve Herpes grubu tetkikleri yapıldı ve etken saptanmadı. Yapılan inguinal

ultrasonografisinde büyüklüğü yaklaşık 42X14 mm boyutunda, multiple, kanlanmaları belirgin artmış, çevresi ödematöz görünümde, kortikal hipertrofisi belirgin lenf nodları saptandı. PPD testi pozitif tespit edilen hastanın inguinal lenf noduna eksizyonel biyopsi yapıldı. Histopatolojisinde nekrotizan granülatöz lenfadenit mevcuttu ve Erlich-Ziehl-Neelsen (EZN) boyamada aside dirençli basil izlendi. Aktif akciğer tüberkülozu açısından çekilen akciğer grafisinde patoloji saptanmadı. Hasta ülkemiz için endemik sayılabilecek bir bölge olan Güneydoğu Anadolu bölgesinde doğmuş ve göç ederek Akdeniz bölgesinde yaşamaya başlamıştı. Hastaya tüberküloz lenfadenit tanısıyla iki ay boyunca izoniazid (İNAH), rifampisin (RİF), etambutol (EMB), pirazinamid içeren dördümlü antitüberküloz tedavisi verildi. Sonraki dört ay boyunca İNAH ve RİF içeren ikili tedavi alan hastanın yakınmalarında tamamen düzelme olması üzerine tedavisi sonlandırıldı.

TARTIŞMA

AD-TB'nin önemli bir grubunu oluşturan tüberküloz lenfadenitler, primer hastalığın lenfohematojen yolla yayılan ve latent kalan tüberküloz basilin, konak direncinin düşmesi ya da duyarlılığının artması sonucu hayatın herhangi bir devresinde reaktif olması ya da basilin direkt yayılımı sonrası gelişir (2). AD-TB sıklığı ve tutulum yerleri ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Ülkemiz için tüberküloz vakalarının yaklaşık %70'inin akciğer, %30'unun ise AD-TB olduğu bildirilmiştir. AD-TB tutulum yeri, sıklık sırasına göre plevra, ekstratorasik lenfadenit, intratorasik lenfadenit ve diğer bölgeler olarak saptanmıştır (3).

Madagaskar'da yapılan bir çalışmada en sık akciğer dışı tüberküloz tutulumunun plevra olduğu vurgulanırken, Almanya'da yapılan bir çalışmada en sık genitoüriner tüberkülozun görüldüğü belirtilmektedir (5, 6). Amerika Birleşik Devletleri'nde 3942 AD-TB olgusunun incelendiği

bir çalışmada tutulum yerlerinin lenf bezi (%30), plevra (%23), genitoüriner (%11) olduğu bildirilmektedir (3).

Gelişmiş ülkelerde AD-TB'nin yaklaşık %30'unu tüberküloz lenfadenit oluşturmaktadır, ülkemizde de durum benzer şekildedir (3). Periferal tüberküloz lenfadenit sıklıkla göçmenlerde ya da endemik bölgeye yolculuk öyküsü olanlarda görülmektedir. İzole inguinal tüberküloz lenfadenit nadir bir durumdur. Birçok çalışmada en sık tutulum bölgesi anterior ve posterior servikal zincir, supraklavikular lenf bezleri olarak belirtilmiştir (7). Mediastinal ve hiler lenf bezi tutulumu primer tüberküloz vakalarında daha sıktır (8). İzole tek taraflı inguinal tüberküloz lenfadenit ise sadece birkaç vaka ile sınırlıdır (3, 4, 9). Hastamızın endemik sayılabilecek bir bölgede doğması ve mevsimlik işçi olarak göç etmesi literatür ile benzerlik gösterirken tek taraflı inguinal tutulumun olması ile sınırlı sayıdaki vakalar arasına girebilir.

Vakamızda tek taraflı inguinal tüberküloz lenfadenit patogenezi net açıklanamamıştır. En kabul edilebilir açıklama klinik bulgu vermeyen primer akciğer tüberküloz odağından hematojen yayılımı sonrası dominant enfeksiyonun lokal reaktivasyonu olarak değerlendirilebilir. Hastamızda akciğer tüberkülozu açısından yapılan akciğer grafisinde ve toraks tomografisinde tutulum saptanmamıştır. Üç gün üst üste sabah alınan balgam örneklerinde EZN boyama ile aside dirençli basil görülmemiştir. Alınan balgam örnekleri BACTEC-MGCIT960 sıvı kültür sisteminde kültüre edilmiş ancak üreme saptanmamıştır. Genital muayenesinde herhangi bir patoloji bulunmamıştır. Şüpheli cinsel ilişki öyküsünün olmaması, Türkiye için endemik bir bölge olan Güneydoğu Anadolu Bölgesinde doğması ve yoğun iç göç alan Akdeniz Bölgesinin bir ilinde yaşaması primer akciğer enfeksiyonu geçirebileceğini düşündürmektedir.

Tüberküloz lenfadenitte kesin tanı lenf bezi materyalinde tüberküloz basilinin saptanması ve histopatolojik incelemede nekrotizan granülatöz inflamasyonun gösterilmesi ile konulmaktadır (10). Yayımda tüberküloz basilinin gösterilmesi veya bakterinin kültürde üretilmesi zordur. Kültür pozitifliği çeşitli çalışmalarda %10-60 arasında bildirilmektedir (11). Vakamızda yapılan eksizyonel biyopsi materyalinde direk bakıda bakteri varlığı tespit edilmiştir. Lenfadenitin tek taraflı olması ve ön tanıda tüberküloz lenfadenitin öncelikli olarak düşünülmemesi nedeniyle biyopsi materyali kültüre alınmamıştır. Kültür duyarlılığı direkt boyama duyarlılığından yüksek olduğu için tanıda mikroskopik inceleme ile kültürün birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir. Ancak kültürden sonuç almak uzun bir süre gerektirdiğinden mikroskopik inceleme duyarlılığı düşük olmasına rağmen en sık kullanılan yöntemdir (12-14). Hastamıza yapılan PPD testinin pozitif olarak değerlendirilmesi tanıda yardımcı bir testtir. Fakat PPD negatifliğinde aktif tüberküloz vakalarının %20'sinde negatiflik tespit edilebilir (3).

Tüberküloz lenfadenitli olgularda akciğer tutulumu %5-70 arasındadır (15). Ayrıca gelişmiş ülkelerde AD-TB ve HIV pozitifliği arasında ciddi bir birliktelik olmasına rağmen ülkemizde ve bizim olgumuzda böyle bir birliktelik saptanmamıştır (16, 17). Hastamızın tek taraflı inguinal tüberküloz lenfadenit olması, sınırlı sayıda bildirilen benzer olgular arasına girmesiyle önem kazanmaktadır.

Sonuç olarak immün yetmezlik, primer akciğer tüberkülozu ve şüpheli cinsel ilişki öyküsü olmaksızın tek taraflı inguinal lenfadenopati olgularında tüberküloz lenfadenit akılda tutulmalıdır. Tüberküloz lenfadenit olgularında mikrobiyolojik tanının zor olması ve her merkezde uygun tanı yöntemlerinin yapılamamasından dolayı özellikle inguinal bölgede saptanan lenfadenopatilerde eksizyonel biyopsiye sıcak bakılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. WHO. Global Tuberculosis Control 2010. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2011.
2. Taşbakan MS, Pullukçu H, Sipahi OR, Işıkgöz Taşbakan M, Özköken Çalık S ve ark. Evaluation of 694 tuberculous lymphadenitis cases reported from Turkey between 1997-2009 period by pooled analysis method. *Mikrobiyol Bul*, 2010; 44(3): 385-93.
3. Loukeris D, Zormpala A, Chatzikonstantinou K, Androulaki A, Sipsas NV. Primary unilateral tuberculous inguinal lymphadenitis. *Eur J Intern Med*, 2005; 16(7): 531-3.
4. Güler E, Güler S, Uçmak H, Dağlı CE, Davutoğlu M. An Unusual Presentation of Extrapulmonary Tuberculosis in an Adolescent: Isolated Unilateral Inguinal Lymphadenitis. *Turk J Med Sci*, 2007; 37(6): 387-9.
5. Rasolofo Razanamparany V, Ménard D, Aurégan G, Gicquel B, Chanteau S. Extrapulmonary and pulmonary tuberculosis in antananarivo (madagascar): high clustering rate in female patients. *J Clin Microbiol*, 2002; 40(11): 3964-9.
6. Lenk S, Schroeder J. Genitourinary tuberculosis. *Curr Opin Urol*, 2001; 11(1): 93-8.
7. Sayın I, Bişkin S, Cakabay TT, Yazıcı ZM, Meriç A, Kayhan FT. Tuberculous Lymphadenitis. *Kulak Burun Bogaz İhtis Derg*, 2010; 20(4): 184-90.
8. Chang CS, Lee PY, Perng RP. Clinical role of bronchoscopy in adults with intrathoracic tuberculous lymphadenopathy. *Chest*, 1988; 93(2): 314-7.
9. Thami GP, Kaur S, Kanwar AJ, Bhalla M. Isolated inguinal tuberculous lymphadenitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2002; 16(3): 297-8.
10. Karagöz T, Şenol T, Belçi TT. Tüberküloz Lenfadenit. *Toraks Derg*, 2001; 2(1): 74-80.
11. Bayazit YA, Bayazit N, Namiduru M. Mycobacterial cervical lymphadenitis. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec*, 2004; 66(5): 275-80.
12. Parrish NM, Carroll KC. Role of the clinical mycobacteriology laboratory in diagnosis and management of tuberculosis in low-prevalence settings. *J Clin Microbiol*, 2011; 49(3): 772-6.
13. Aslan G. Tüberküloz tanısında yeni yaklaşımlar. I. Ulusal Klinik Mikrobiyoloji Kongresi. 12-16 Kasım, Antalya. 2011; 84-91.
14. Özbey N, Akçalı A, Tatman-Okur M. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi sağlık uygulama ve araştırma merkezi 2009-2011 yılı tüberküloz laboratuvar verilerinin değerlendirilmesi. *Turk Hij Biyol Derg*, 2012; 69(3): 149-54.
15. Hopewell PC. Overview of clinical tuberculosis. In: Bloom BR, eds. *Tuberculosis: Pathogenesis, protection and control*. Washington DC: American Society for Microbiology, 1994; 25-46.
16. Shafer RW, Kim DS, Weiss JP, Quale JM. Extrapulmonary tuberculosis in patient with human immunodeficiency virus infection. *Medicine (Baltimore)*, 1991; 70 (6): 384-97.
17. Özbay B, Uzun K. Extrapulmonary tuberculosis in high prevalence of tuberculosis and low prevalence of HIV. *Clin Chest Med*, 2002; 23(2): 351-4.