

İnfracorbital yerleşimli tüberküloz lenfadenit: Olgu sunumu

Infraorbitally located tuberculous lymphadenitis: a case report

Dr. Ümit Hardal, Dr. Gökhan Altın, Dr. Mustafa Paksoy, Dr. Sedat Aydın, Dr. Alev Oktay

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Kulak Burun Boğaz Kliniği, İstanbul, Türkiye

İnsanlık tarihinin en eski hastalıklarından biri olan tüberküloz son yıllarda tekrar önemli bir sağlık sorunu haline gelmeye başlamıştır. En çok akciğerlerde yerleşmekle beraber; lenf bezi, deri, meninks, dalak, srenal bezler gibi organları da tutmaktadır ve akciğer dışı tutulumlar ekstrapulmoner tüberküloz formları altında incelenmektedir. Tüberküloz lenfadeniti ekstrapulmoner tüberkülozun en çok rastlanan klinik formudur ve en sık servikal lenf nodları etkilenmektedir. Elli yaşında kadın hasta, üç aydır giderek büyüyen, sol medial kantusdan başlayıp nazolabial sulkusa uzanan, sert kıvamlı, fikse kitle yakınması ile başvurdu. Manyetik rezonans görüntü incelemesinde T₁ ağırlıklı görüntülerde kas yapıları ile izointens, T₂ ağırlıklı görüntülerde ise hiperintens izlenen, kontrast madde tutan 20x18x15 mm ölçülerinde solid kitle tespit edildi. Genel anestezi altında kitle çıkarıldı ve histopatolojik inceleme sonucu tüberküloz lenfadenit olarak bildirildi. Tüberkülozun baş-boyunda servikal bölge dışında da lenfadenite neden olabileceğini ve ayırıcı tanıda akıldan çıkarılmaması gerektiğini gösteren bu olgu, literatür eşliğinde tartışıldı.

Anahtar Sözcükler: Lenfadenit; mikobakteri enfeksiyonu; tüberküloz.

Tuberculosis, which is one of the oldest diseases of the human kind, is again becoming an important health issue in recent years. Although mostly seen in lungs, it can also be localized in the lymph nodes, skin, meninges, spleen, srenal tissues, which is referred to as extrapulmonary forms of tuberculosis. Tuberculous lymphadenitis is the most common clinical form of extrapulmonary tuberculosis and it is generally localized in cervical lymph nodes. A 50-year-old female patient presented with a hard fixed mass originating from medial cantus ending at nasobial sulcus. In the magnetic resonance imaging examination, a solid contrast enhancing mass 20x18x15 mm in size, which was isointensely monitored with muscular structures in T₁ based visuals and hyperintense in T₂ sequences, was seen. The mass was excised under general anesthesia and histopathological examination revealed tuberculous lymphadenitis. Thus, the case is discussed according to literature and shows us that tuberculosis may be the reason for lymphadenitis in the areas out of the cervical region and it should always be kept in mind in the differential diagnosis.

Key Words: Lymphadenitides; mycobacterium infection; tuberculoses.

İnsanlığın en eski hastalıklarından biri olan tüberküloz, tıptaki ilerlemelere rağmen, bugün bile başta akciğer olmak üzere birçok organı etkileyerek insanların ölümüne neden olabilmektedir. 1980'den

sonra edinsel immün yetmezlik sendromunun (AIDS) artmasıyla birlikte tüberküloz da tekrar artmaya başlamıştır ve hastalığın miliyer, ekstrapulmoner tipleri artık daha çok görülmektedir.

Geliş tarihi / Received: 18 Mart 2008 Kabul tarihi / Accepted: 25 Haziran 2008

İletişim adresi / Correspondence: Dr. Sedat Aydın, İstasyon Caddesi, Merdivenli Sok., Özkan Apt., No: 5/6, 34860 Kartal, İstanbul, Türkiye.

Tel: +90 216 - 473 20 23 Faks (Fax): +90 216 - 352 15 78 e-posta (e-mail): sedataydin63@yahoo.com

29. Türk Ulusal Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kongresi'nde sözlü sunum olarak sunulmuştur, 26-31 Mayıs 2007, Antalya, Türkiye. Presented at the 29th Turkish National Congress of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, May 26-31, 2007, Antalya, Turkey.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün 2004 yılındaki verilerine göre; 2002 yılında tüm dünyada yeni gelişen tüberkülozlu olgu sayısı dokuz milyona ulaşmış ve bunlardan iki milyonunun tüberküloz nedeniyle öldüğü bildirilmiştir.^[1] Primer olarak akciğer hastalığı olarak kabul edilen tüberkülozun 1984 yılından bu yana ekstrapulmoner formlarının görülme oranı hızla artmaktadır.^[2] Altta yatan alkolizm, malignite, bağ dokusu hastalığı, böbrek yetmezliği ve diyabetes mellitus gibi durumların varlığında da miliyer tüberküloza oldukça sık rastlanmaktadır.^[3]

Lenfadenitler tüm tüberküloz olgularının %25'den fazlasını oluşturur ve ekstrapulmoner tüberkülozun en sık görülen formudur. En sık servikal bölge lenf bezlerinde görülür ve en fazla posterior üçgeni tutar.^[4] Burada kliniğimize sol infraorbital bölgede subkutan yerleşimli kitle ile başvuran bir tüberküloz olgusu sunulmuş ve ilgili literatür eşliğinde tartışılmıştır.

OLGU SUNUMU

Elli yaşında ev hanımı bayan hasta sol yanakta kitle nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın öyküsünden kitlenin üç ay önce farkedildiği ve geçen süre içinde giderek büyüdüğü öğrenildi. Hastanın gece terlemesi, kilo kaybı gibi yakınmaları yoktu. Hastanın sistemik muayene bulguları normal idi. Kulak burun boğaz bakışında sol medial kantusdan başlayıp nazolabial sulkusa kadar uzanan subkutan yerleşimli, üzerindeki cilde fiks, semi mobil, sert kıvamlı 2x1.5 cm boyutlarında ağrısız, üzerinde hiperemi ve fistül traktı bulunmayan solid kitle vardı. Laboratuvar bulgularında lökosit 7010/mm³, (%62.2 nötrofil, %28.8 lenfosit, %6.3 monosit, %2.1 eozinofil, %0.6 bazofil), hemoglobin 14.2 g/dl, hematokrit %42.1, eritrosit sedimentasyon hızı 2 mm/saat, PPD (purifiye protein derivate) 5 mm olarak saptandı. Postero-anteriyor akciğer grafisi normal idi (Şekil 1).

Hastanın orbita ve paranazal sinüslere yönelik manyetik rezonans görüntülemesinde; sol orbitonazal bileşkede, inferior kesimde cilt ve cilt altına yerleşik, T1A sekanslarda kas yapıları ile izointens; T2A sekanslarda ise hiperintens izlenen, preseptal alana doğru kısmen uzanan, nazal kemiğe bitişik olan ancak dekstrüksiyon yapmayan, infraorbital uzanımı izlenmeyen, kontrast madde tutan 20x18x15 mm boyutlarında solid kitle vardı. Kitlenin radyolojik görüntüsünün mezenkimal kökenli tümörler ile uyumlu olduğu görüldü (Şekil 2a, b).

Kitleden yapılan ince iğne aspirasyon biyopsi sonucu benign karakterde sitolojik bulgularla uyumlu olarak bildirildi. Hastaya genel anestezi altında frozen kesit eşliğinde kitle eksizyonu uygulandı ve hem cerrahi sırasında yapılan frozen değerlendirme sonucu hem de parafin kesit sonuçları tüberküloz lenfadeniti ile uyumlu olarak bildirildi.

TARTIŞMA

Temelde bir akciğer hastalığı olarak düşünülen tüberküloz, lenfohemotojen yayılımla bütün organ sistemlerini tutabilme özelliğine sahiptir. Diğer organlar akciğer tutulumu olmaksızın da hastalıktan etkilenebilmektedir.^[4] Gelişmiş ülkelerde 1900'lü yılların başından itibaren tüberküloz olgularında azalma başlamış, 1950 yılında tüberküloz tedavisi için geliştirilen ilaçların devreye girmesi ile bu azalma daha da belirginleşmiştir. Hastalık 1985'den sonra tüberkülozla savaşın azalması, bazı bölgelerde yoksulluğun artması, dünya nüfusunun ve yaşlı nüfusun artması, HIV gibi immün suprese hasta sayısının artması gibi çeşitli nedenlerle yeniden artmaya başlamıştır.^[4] Bu artışta ekstrapulmoner tüberküloz olgularının pulmoner tüberküloza oranla payı daha fazladır.^[5] Bizim olgumuzda beslenme bozukluğunu düşündüren bir fizik bulgusu yoktu, vücut kütle indeksi normal sınırlar içinde idi ve bağışık yetmezlik yapan herhangi bir etken de yoktu.

Tüberküloz erkeklerde daha sık görülmesine rağmen son yıllarda yapılan çeşitli çalışmalarda kadınlardaki insidansının daha yüksek olduğu bildirilmiştir.^[6] Dandapat ve ark.^[7] bu durumu



Şekil 1. Hastanın posteroanterior akciğer grafisi.



Şekil 2. Kitlenin (a) koronal, (b) aksial planda manyetik rezonans görüntülemesi.

erkek egemen toplumlarda kadınların daha kötü beslenmesine ve 11-30 yaş kadınların görünümle-
rindeki değişikliklerin farkına erkeklerden daha
çabuk varmalarına bağlamışlardır.

Erişkin tüberküloz lenfadenitine genellikle pul-
moner tüberküloz eşlik etmemekle birlikte olgula-
rın ortalama %30'unda akciğer ve lenf bezlerinin
eş zamanlı tutulumu bildirilmiştir.^[8] Bu olgularda
boyun lenf bezlerindeki tutulum çoğunlukla akci-
ğerdeki hastalıkla aynı tarafta olmaktadır. Bizim
hastamızda akciğer tüberkülozuna rastlanmadı.
Lenfadenit tüberkülozun tanısı materyalde tüber-
küloz basilinun saptanması veya patolojik ola-
rak nekrotizan granülomatöz iltihabın saptanması
ile konmaktadır. Tanı için kullanılacak yöntemin
öncelikle ince iğne aspirasyon biyopsisi olduğu
belirtilmesine karşın bu yöntemin tanısal değeri
yapılan çalışmalarda farklılıklar göstermektedir.
Chao ve ark.^[9] tüberküloz lenfadenitte İİAB'nin
duyarlılığını %88 olarak bulmuşlardır. Thompson
ve ark.^[10] ise İİAB ile hiçbir olguda tanı koyama-
mışlardır.

Ülkemizde ise Nimet ve ark.nın^[11] yaptıkları
çalışmada 36 hastanın ikisine İİAB ile tanı konula-
bilmiştir. Bizim hastamızda ise iki defa İİAB yapıl-
masına rağmen sitopatolojik tanıyı kesinleştirmek
mümkün olmadı.

Tüberküloz lenfadenitin tedavisi temelde medi-
kal tedavidir. Cerrahi, tanı konması için biyopsi
amaçlı olarak ya da antimikrobiyal tedaviye rağ-
men lenfadenopatilerin sebat etmesi durumunda

gerekli olabilmektedir.^[12,13] Bizim hastamızda ise
nazoorbital bileşkede kitlenin radyolojik ön tanı-
sında mezenkimal tümör şüphesi olması nedeniyle
kitle frozen kesit çalışma planlanarak çıkarıldı.
Sonucun tüberküloz olarak bildirilmesinden sonra
hastaya antitüberküloz tedavi başlandı ve hastanın
yapılan ameliyat sonrası 12. ay kontrolünde yinele-
me gözlenmedi.

Sonuç olarak, tüberkülozun baş boyunda servi-
kal bölge dışında da lenfadenite neden olabileceği-
ni gösteren bu olgu nedeniyle atipik yerleşimli baş
boyun kitlelerinde tüberkülozun da ayırıcı tanıda
göz önünde bulundurulması gerektiğini düşün-
mekteyiz.

KAYNAKLAR

1. 8th WHO annual report on global TB control. WHO/HTM/TB/2004.331.
2. Al-Serhani AM. Mycobacterial infection of the head and neck: presentation and diagnosis. *Laryngoscope* 2001;111:2012-6.
3. Fitzgerald D, Haas DW. Mycobacterium tuberculosis. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. *Mandell, Douglas, Bennett's principles and practice of infectious diseases*. 6th ed. New York: Churchill Livingstone; 2005. p. 2852-86.
4. Raviglione MC, O'Brien RJ. Tuberculosis. In: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, editors. *Harrison's principles of internal medicine*. 15th ed. New York: McGraw-Hill; 2001. p. 1024-34.
5. Bayraktar İ, Yılmaz V, Atabey F, Mirici AT, Can H, Saraç S. Ağız tüberkülozunun akciğer tüberkülozu ile birlikte bulunuşu. *Solunum* 1990;15:94-8.
6. Williams RG, Douglas-Jones T. Mycobacterium march-
es back. *J Laryngol Otol* 1995;109:5-13.

7. Dandapat MC, Mishra BM, Dash SP, Kar PK. Peripheral lymph node tuberculosis: a review of 80 cases. *Br J Surg* 1990;77:911-2.
8. Karagöz T, Şenol T, Bekçi TT. Tüberküloz lenfadenit. *Türk Toraks Dergisi* 2001;1:74-9.
9. Chao SS, Loh KS, Tan KK, Chong SM. Tuberculous and nontuberculous cervical lymphadenitis: a clinical review. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;126:176-9.
10. Thompson MM, Underwood MJ, Sayers RD, Dookeran KA, Bell PR. Peripheral tuberculous lymphadenopathy: a review of 67 cases. *Br J Surg* 1992;79:763-4.
11. Aksel N, Tavusbay N, Çakan A, Özsöz A. Lenf bezi tüberkülozlu olgularımız. *Akciğer Arşivi*: 2005;1:30-3.
12. Penfold CN, Revington PJ. A review of 23 patients with tuberculosis of the head and neck. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1996;34:508-10.
13. Maher D, Raviglione MC. The global epidemic of tuberculosis: a World Health Organization perspective. In: Schlossberg D editor. *Tuberculosis and nontuberculous mycobacterial infections*. 4th ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company; 1999. p. 104-15.