

**Akciğerde Solid Kitle Görünümü Veren Tüberküloz Olgusu**

Tuberculosis Case Presented with a Solid Mass Lesion in the Lung

Nigar Dirican¹, Merve Pınar¹, Şule Atalay¹, H. Ahmet Bircan¹, İsa Döngel², Münire Çakır¹Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, ¹Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, ²Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Isparta**Özet**

Tüberküloz (TB), özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere tüm dünyada ciddi bir sağlık sorunudur. Özellikle TB insidansının yüksek olduğu bölgelerde çok farklı klinik ve radyolojik bulgularla ortaya çıkabilmektedir. Bu yazıda klinik ve radyolojik bulguları nedeniyle akciğer kanseri düşünüldüğümüz ve yaptığımız tetkikler sonucu tüberküloz tanısına ulaştığımız bir hastayı sunduk. Ülkemiz gibi TB insidans ve prevalansının yüksek olduğu ülkelerde her türlü klinik ve radyolojik görünümde TB'un ön tanılar arasında olması gerektiği düşüncesindeyiz.

Anahtar kelimeler: Akciğer tüberkülozu, kanser, kitle

Abstract

Tuberculosis (TB), especially in least developed and developing countries is a serious health problem all over the world. Particularly in areas with a high incidence of TB it can occur with many different clinical and radiological findings. In our case we presented a patient that we thought to be lung cancer, however diagnosed as tuberculosis after the evaluations. We think that in countries with high tuberculosis incidence and prevalence such as our country, tuberculosis should be kept in mind in differential diagnosis in every clinical and radiological feature.

Key words: Lung tuberculosis, cancer, mass.

Giriş

Tüberküloz (TB), özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere tüm dünyada ciddi bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Dünyada akciğer tüberkülozu prevalansı yüzbinde 139 olup¹, bu oran ülkemizde yüzbinde 30 olarak bildirilmiştir². Özellikle TB insidansının yüksek olduğu bölgelerde çok farklı klinik ve radyolojik bulgularla ortaya çıkabilmektedir. Bu makalede klinik ve radyolojik bulguları nedeniyle akciğer kanseri düşünülen ve yapılan tetkikler sonucu TB tanısı konulan vakamızı sunmayı amaçladık.

Olgu

74 yaşında erkek hasta bir ay önce başlayan prodüktif öksürük ve nefes darlığı şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Posteroanterior (PA) akciğer grafisinde sağ akciğer alt zonda parakardiyal nonhomojen dansite artışı saptandı (Şekil 1). Rutin kan tetkiklerinde lökositoz (12400, PMNL: %66), eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) ve C-reaktif protein (CRP) yüksekliği (sırasıyla; 89 mm/s, 77 mg/l) olması üzerine hastaya oral moksifloksasin tedavisi başlandı. 5 gün sonra şikayetlerinde gerileme olmayan hasta ileri tetkik ve tedavi amaçlı servisimize yatırıldı. Sigara öyküsü

Corresponding Author / Sorumlu Yazar:

Dr. Nigar Dirican
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
32260 Isparta, Türkiye
Tel: 0 246 211 9332
e-mail: nigardirican@yahoo.com

Article History / Makale Geçmişi:

Date Received / Geliş Tarihi: 24.02.2015
Date Accepted / Kabul Tarihi: 06.05.2015

olmayan hastanın öz geçmişinde hipertansiyon (HT), nefrolitiazis ve 2004 yılında kolon adenokarsinomu nedeniyle total kolektomi operasyonu mevcuttu. Hastanın kullanmakta olduğu moksifloksasin tedavisine piperasilin-tazobaktam eklendi. Gönderilen balgam yaymasında asidorezistan bakteri (ARB) 3 kez negatif olarak saptandı. Çekilen Toraks Bilgisayarlı Tomografi (BT)' de sağ hiler bölgede yaklaşık 7 cm'lik, pulmoner arter ile arasında net planların izlenmediği içinde erime alanları olan, kitle-atelektazi kompleksi izlendi (Şekil 2). Mevcut bulgular ile hastaya fiberoptik bronkoskopi (FOB) yapıldı. Bronkoskopik olarak endobronşiyal lezyon saptanmadı, sağ ana bronş girişinden itibaren mukozal ödem ve raylanma bulguları mevcuttu, mukoza biyopsileri alındı ve bronş lavajı yapıldı. Bronş lavajının sitolojik incelemesi benign idi. Bronş mukoza biyopsisinde minimal inflamasyonlu bronş mukozaları ve fokal skuamöz metaplazi alanları görüldü. Bunun üzerine hastaya 18 Floro-Deoksi Hidrojenaz Pozitron Emisyon Bilgisayarlı Tomografisi (18 FDG PET-BT) çekildi. Üst mediastende sağ paratrakeal, sol hiler, subkarinal boyutları 8-14 mm arasında değişen hipermetabolik lenf bezleri, sağ akciğer orta lob lateral, alt lob anterior ve medial bazal segmentleri büyük oranda dolduran sağ ana bronşu çevreleyen düzensiz sınırlı yaklaşık 7 cm boyutlarında hipermetabolik (Suvmax: 11.7) kitlesel lezyon saptandı (Şekil 3). Endobronşiyal ultrasonografi (EBUS) ile örneklenen lenf bezlerinin sitoloji sonucu nondiagnostik olarak değerlendirildi. Transtoraksik tru-cut biyopsi yapıldı. Patoloji sonucu granülatöz inflamasyonla uyumlu olarak geldi. Ön tanılar arasında fungal, mikobakteriyel, nokardiya infeksiyonu düşünülen hastaya tanı amaçlı göğüs cerrahisi tarafından torakotomi ile parankim biyopsisi ve lenf nodu örneklemesi yapıldı. Biyopsi materyalinde ARB

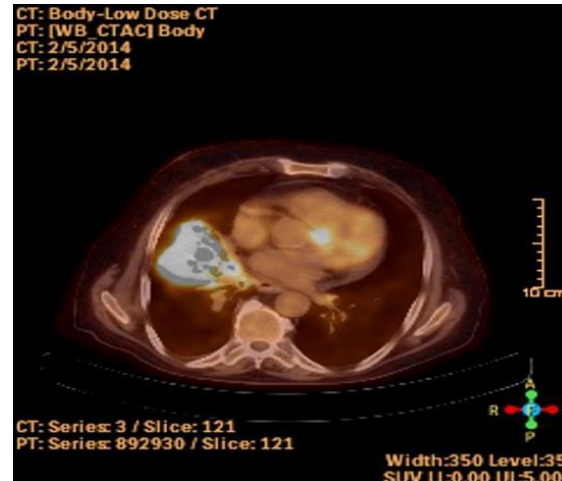
pozitif saptandı. Patolojisi granülatöz süpüratif inflamasyon olarak geldi. Hastaya standart dördü anti-TB tedavi başlandı. İlk başvuru sırasında gönderilen balgamında üreme olmadı. 6 ay sonra çekilen Toraks BT' de, lezyonun regrese olduğu izlendi (Şekil 4).



Şekil 1. PA akciğer grafisi.



Şekil 2. Başvuru sırasında çekilmiş Toraks BT transvers kesit.



Şekil 3. Tanı anında çekilen PET-BT görüntüsü



Şekil 4. 6 aylık tedavi sonrası Toraks BT transvers kesiti

Tartışma

Bu olgu sunumumuzda, akciğer TB' unun radyolojik olarak kitle şeklinde ortaya çıkabileceği gösterilmiştir. Her iki hastalığın prevalansının yüksek olması, klinik ve radyolojik bulgularının benzer olması gibi ortak özellikleri vardır. TB, özellikle endemik olduğu yerlerde ve kitle görünümü ile seyrettiği durumda akciğer kanseri ile karışabilir^{3,4}. Sonuçta yanlış tanı ve gecikmiş tedaviye neden olabilir.

Akciğer TB' u ve kanserinin öksürük, balgam, ateş, hemoptizi, kilo kaybı ve nefes darlığı gibi benzer belirtileri vardır. Ülkemizden yapılmış bir olgu serisinde kitle görünümü ile başvuran altı vakada, halsizlik ve kilo kaybının ön planda ve ortalama semptom süresinin 7 hafta olduğu görülmüştür⁴. Bizim vakamızda 4 haftadır olan öksürük ve nefes darlığı şikayeti mevcuttu.

Akciğer TB' nun PA akciğer grafisinde başlıca görünüm şekilleri parankimal hastalık, lenfadenopati, 2-3 mm' lik nodüllerle karakterize miliyer hastalık, plevral effüzyon ve kaviter lezyon şeklindedir. Parankimal lezyonlar, özellikle üst loblarda fibrotik değişiklikler ve homojen ya da nonhomojen

konsolidasyon ile karakterizedir. Akciğer kanseri hiler ya da mediastinal genişleme, nodül, atelektazi, pnömonik konsolidasyon, kaviter lezyon, diyafram yüksekliği ve plevral effüzyon gibi radyolojik bulgular ile ortaya çıkabilir⁵. Akciğer grafisi ve BT'de görülen spesifik bulgular ile akciğer TB'u ve kanseri birbirinden ayrılabilir. Bununla birlikte, bazı TB lezyonları klinik ve radyolojik olarak malign bir durumu taklit edebilir⁶.

Cherian ve ark.³ 597 akciğer tüberkülozlu olguyu inceledikleri çalışmada 11 hastada kitle benzeri lezyonlar saptamışlar ve lezyonların olguların büyük bir kısmında alt lob yerleşimli olduğunu göstermişler, eşlik eden kavitasyon, kalsifikasyon veya satelit lezyona rastlamamışlardır. Kitle görünümü ile prezente olan 10 olguluk tüberküloz hastasından oluşan seride, lezyonların ortalama çapının 2,3 cm yerleşim yerlerinin ise en sık sağ alt lob lokalizasyonda olduğunu ve 8 (% 80) olguda eşlik eden mediastinal lenfadenopatiler olduğunu bildirmişlerdir⁶. Ülkemizden yapılmış bir olgu serisinde kitle veya nodül görünümü ile başvuran 6 vakada, TB'un nasıl akciğer kanserini taklit ettiği tartışılmış ve en sık yerleşim yeri sağ üst lob olarak saptanmıştır⁴. Kitle görünümünün kaviter ve düzensiz sınırlı, boyutunun 6 cm olduğu bir vakada, lezyon sol alt lob yerleşimliymiş, bu bulgunun tüberküloz için tipik olmadığı belirtilmiştir⁷.

Bizim olgumuzda da kitle lezyonu sağ orta lob-alt lob yerleşimliydi ve yaklaşık 7 cm boyutlarındaydı. Ayrıca pulmoner arter ile arasında net planlar izlenemiyordu ve mediastinal ve hiler lenf nodları eşlik etmekteydi.

Akciğer TB ve kanserinin karıştığı durumları değerlendiren bir çalışmada nodül büyüdükçe ve sınırları düzensiz oldukça tümör olasılığının arttığı belirtilmiş, ancak malign nodüllerin %20

kadarında da sınırların düzgün olacağı belirtilmiştir⁵. Aynı çalışmada, nodül içinde yağ ve kalsifikasyon dışında izlenen herhangi bir iç yapı morfolojisinin akciğer kanseri ayırımında kullanılamayacağı belirtilmiş, kavitasyonun hem tüberkülozda hem de akciğer kanserinde görülebileceği vurgulanmıştır. Bunun yanında, kanseri taklit eden tüberküloz olgularına bakıldığında en sık neden olarak endobronşial tüberküloz görülmektedir⁸. Bizim olgumuzda endobronşiyal lezyon saptanmamıştır.

Akciğer kanserlerinin ayırıcı tanısında ve yaygınlığının belirlenmesinde kullanılan PET-BT' nin, tüberküloz hastalarında kullanımı sınırlıdır. Çünkü tüberkülozda da artmış FDG tutulumu saptanabilmektedir. Bu yüzden tüberküloz ve akciğer kanseri ayırıcı tanısında tek başına yardımcı olamamaktadır. PET-BT'deki FDG tutulumlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, 12'si tüberküloz olan 16 benign ve 14 malign lezyonun SUV max değerlerine bakıldığında, malign lezyonlarda 11,02 ve benignlerde 10,86 gibi yakın değerler bulunmuştur. Bu çalışmada tüberkülozlar değerlendirilmeden çıkarıldığında ise aradaki fark anlamlı olarak ortaya çıkmıştır⁹. Akciğer kanseri kuşkusunu olan ve tüberküloz tanısı alan 25 hastalık diğer bir çalışmada PET-BT' de yüksek FDG tutulumları nedeniyle, özellikle TB'un endemik olduğu bölgelerde sonuçların dikkatli yorumlanması gerektiği sonucuna varılmıştır¹⁰. Bizim vakamızda PET-BT'de FDG tutulumunun değeri (UVmax: 11.7) yüksek saptanması tek başına tüberküloz olasılığının ekarte edilmesini sağlayamamıştır.

Sonuç olarak, akciğer tüberkülozunun radyolojik olarak birçok hastalığı taklit edebileceği unutulmamalıdır. Özellikle akciğer kanseri olmak üzere birçok akciğer hastalığı ile karışılabilirliği akılda tutulmalı ve tüberküloz prevalans ve insidansının nispeten yüksek

olduğu bir ülkede yaşadığımız için ayırıcı tanıda uygun tanı yöntemlerine başvurulmalıdır.

Kaynaklar

1. WHO Global tuberculosis control: a short update to the 2009 report. www.who.int/tb/publications/global_report/2009
2. TC Sağlık Bakanlığı Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı. Türkiye'de Verem Savaşı 2009 Raporu.
3. Cherian MJ, Dahniya MH, al-Marzouk NF, et al. Pulmonary tuberculosis presenting as mass lesions and simulating neoplasms in adults. *Australas Radiol* 1998; 42(4): 303-8.
4. Dalar L, Sökücü SN, Karasulu AL, Altın S. Tuberculosis Can Mimic Lung Cancer: A Case Series. *Türk Toraks Dergisi* 2013; 14(1):30-5
5. Bhatt MLB, Kant S, Bhaskar R. Pulmonary tuberculosis as differential diagnosis of lung cancer. *South Asian J Cancer* 2012;1(1):36-42.
6. Chawalparit O, Charoensak A, Chierakul N. HRCT of pulmonary tuberculosis mimics malignancy: a preliminary report. *J Med Assoc Thai* 2006;89(2):190-5.
7. Madhusudhan KS, Gamanagatti S, Seith A, Hari S. Pulmonary infections mimicking cancer: report of four cases. *Singapore Med J* 2007;48(12):327-31
8. Van den Brande P, Lambrechts M, Tack J, Demedts M. Endobronchial tuberculosis mimicking lung cancer in elderly patients. *Respir Med* 1991;85(2):107-9
9. Sathekge MM, Maes A, Pottel H, Stoltz A, Van de Wiele C. 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(9):598-601.
10. Zheng Z, Pan Y, Guo F, et al. Multimodality FDG PET/CT Appearance of Pulmonary Tuberculoma Mimicking Lung Cancer and Pathologic Correlation in a Tuberculosis-Endemic Country. *Southern Medical Journal* 2011;104(6):440-5.