

SAĞ ÜST LOB ATELEKTAZİSİ İLE BAŞVURAN ENDOBRONŞİYAL TÜBERKÜLOZ OLGUSU

ENDOBRONCHIAL TUBERCULOSIS ADMITTED WITH THE RIGHT UPPER LOBE ATELECTASIS

Nigar DİRİCAN, Zekiye KULA, Bilim KEHYA, Münire ÇAKIR

Süleyman Demirel Üniveristesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, ISPARTA, Türkiye

Anahtar sözcükler: Endobronşiyal tüberküloz, bronkoskopi, tanı

Key words: Endobronchial tuberculosis, bronchoscopy, diagnosis

Geliş tarihi: 14 / 03 / 2016

Kabul tarihi: 23 / 03 / 2016

ÖZ

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. Endobronşiyal tüberküloz (EBTB), trakeobronşiyal ağacın mikrobiyolojik ve histopatolojik bulgularla kanıtlanmış tüberküloz enfeksiyonu olarak tanımlanmaktadır. 82 yaşında kadın hasta, kilo kaybı, gece terlemesi ve nefes darlığı yakınmasıyla başvurdu. Toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ üst lob bronşunda daralma ve üst lob atelektazisi görüldü. Hastaya yapılan bronkoskopiye sağ akciğer üst lob girişinde mukozal infiltrasyon görüldü, buradan forceps biyopsi ve lavaj yapıldı. Lavaj sıvısında ARB müsbet bulundu, biyopsi sonucu kazeifikasyon içeren granülomatöz süreçler olarak değerlendirildi. Hastaya altı aylık standart anti-tüberküloz tedavi başlandı. Tedavinin ikinci ayında atelektatik alan tama yakın geriledi. Radyolojik bulgularla malignite düşünülen her yaştaki olguda, ülkemiz gibi endemik bölgelerde tüberküloz akla getirilmelidir.

ABSTRACT

Tuberculosis, including in particular the least developed and developing countries is a serious health problem all over the world. Especially in areas with a high incidence of TB can occur in many different clinical and radiological findings. Endobronchial tuberculosis (EBTB) is defined as tuberculosis infection of the tracheobronchial tree proven by microbiologically and histopathologically findings. 82 year-old woman, admitted with complaint of weight loss, night sweats and shortness of breath. Computed tomography of the thorax was observed contraction in the right upper lobe bronchus and atelectasis upper lobe. In bronchoscopy, mucosal infiltration and hemorrhagic lesions on the entrance of right upper lobe were seen, biopsy and lavage were performed here. ARB had been found positive in lavage fluid, biopsy was assessed as a granulomatous processes with caseation. The patient started six-month standard antituberculosis treatment. Atelectasis areas regressed the second month of treatment. In patients of all ages with radiological findings suggestive of malignancy, tuberculosis should be considered in endemic areas like our country.

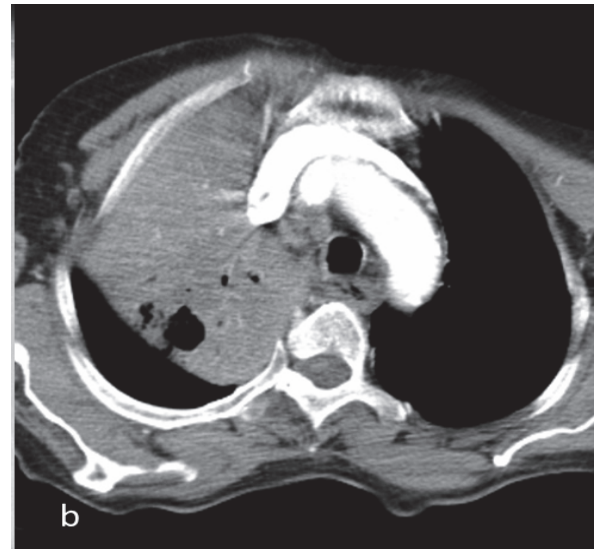
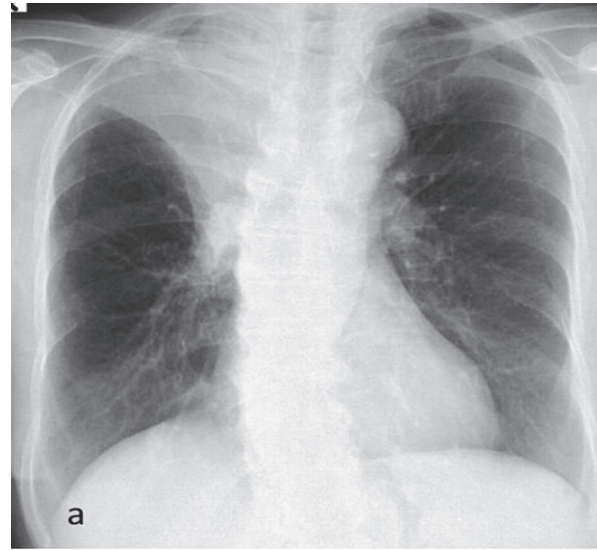
GİRİŞ

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. Endobronşiyal tüberküloz (EBTB), parankim tutulumunun eşlik ettiği ya da etmediği trakeobronşiyal ağacın mikrobiyolojik ve histopatolojik bulgularla kanıtlanmış tüberküloz infeksiyonu olarak tanımlanmaktadır (1). İlk kez Morten ve arkadaşları tarafından 1698'de tanımlanmıştır (2). Bronş obstrüksiyonu, atelektazi ve sekonder pnömoniye neden olarak tüberkülozun alışılmış klinik ve radyolojik özelliklerin dışına çıkabilir ve başta astım, bronş kanseri gibi birçok hastalığı taklit edebilir. EBTB, basil yükü fazla olan ve bronşiyal stenoz gibi morbiditesi yüksek, komplikasyonlarla seyredabilen ağır bir durumdur (3,4). Bu açıdan erken tanı konması ve vakit kaybedilmeden tedaviye başlanması gerekmektedir. Bu yazıda sağ üst lob atelektazisine neden olan ve anti-tüberküloz tedavi ile regrese olan endobronşiyal tüberküloz olgusu literatür bilgileri eşliğinde sunulmaktadır.

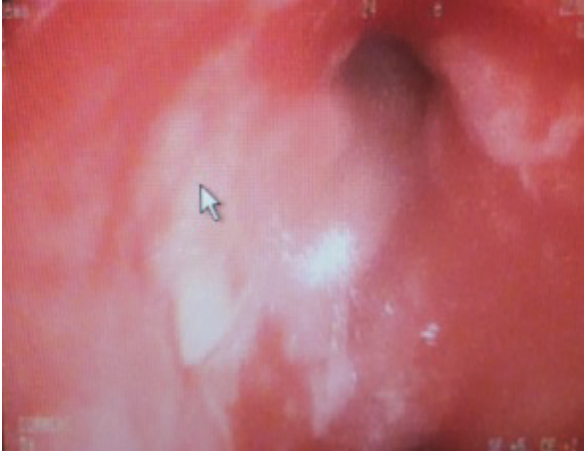
OLGU

İki yıldır devam eden öksürük, balgam çıkarma, nefes darlığı şikayetleri olan 82 yaşında kadın hasta, son altı aydır kilo kaybı, gece terlemesi olması nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde asbest maruziyeti dışında bir özellik yoktu. Fizik muayenede; TA: 120/70 mmHg, Nabız: 80/dk, Ateş: 36,7°C idi. Solunum sistemi muayenesinde sağ altta raller duyuldu, diğer sitem muayeneleri olağandı. Laboratuvar testlerinde tam kan sayımı ve biyokimyasal değerleri normal, eritrosit sedimentasyon hızı 45 mm/saat idi. Posteroanterior (PA) akciğer grafisinde sağ akciğer üst zonda, homojen dansite artışı mevcuttu (Resim 1a). Toraks Bilgisayarlı Tomografi'de sağ üst lob bronşunda daralma, üst lobda plevraya uzanan atelektazi izlendi (Resim 1b). Balgam yaymasında asidorezistan basil (ARB) pozitif saptandı. EBTB açısından ve maligniteyi ekarte et-

mek amacıyla fiberoptik bronkoskopi (FOB) yapıldı. Sağ üst lob girişinde üzeri kanamalı, yer yer beyaz renkli mukozal infiltrasyon bulguları görüldü, mukoza biyopsisi ve lavaj alındı (Resim 2). Mukoza biyopsisi granülatöz inflamasyon olarak rapor edildi. Bronşiyal lavaj ve postbronkoskopik balgamında ARB pozitif bulundu. Hastaya standart dördü antitüberküloz tedavi başlandı. Tedavinin ikinci ayında çekilen akciğer grafisinde sağ üst zondaki homojen dansite artışının tama yakın gerilediği görüldü (Resim 3).



Resim 1. a. Başvuru PA Akciğer Grafisi **b.** Başvuru Toraks BT



Resim 2. Bronkoskopi Görüntüsü



Resim 3. Kontrol PA AC Grafisi

TARTIŞMA

EBTB, trakeabronşiyal ağacın tüberküloz infeksiyonu olarak tanımlanır. Akciğer tüberkülozu olan hastalara rutin olarak bronkoskopi yapılmadığı için gerçek insidansı bilinmemektedir (5). Ancak, çalışmalarda aktif akciğer tüberkülozlu hastalarda görülme oranının %10-40 olduğu bulunmuştur (6). Patogenezi tam olarak anlaşılamamıştır. Olası mekanizmalar; akciğerdeki tüberküloz odağından balgamla atılan basilin direk trakeobronşiyal ağaca implantasyonu, komşu lenf nodundaki tüberküloz odağından direk infiltrasyon, intratorasik lenf nodunun trakea ya da bronş içine rüptürü,

lenfatik ve hematogen yayılım olarak düşünülmüştür (6).

EBTB genellikle genç ve kadınlarda daha sık görülmektedir (5,7). Görülme sıklığının üçüncü dekatta pik yaptığı, kadın/erkek oranının 5.4/1 olduğu bulunmuştur (8). Son zamanlarda yapılan bir çalışmada yaşlı hastalarda da insidansın yüksek olduğu, 60 yaşın üstünde oranın %27.3 olduğu saptanmıştır (7). Bizim olgumuz 82 yaşında kadın hastaydı.

EBTB'lu hastalar farklı klinik bulgularla gelebilir. EBTB'ye ait semptomlar akciğer kanseri gibi sinsi, astım ya da pnömoni gibi akut başlangıçlı olabilir. Geç tanı konma insidansı yüksektir, birkaç günden, birkaç yıla kadar değişen semptom süresi olduğu belirtilmiştir (6). En sık semptom haftalar veya aylar içinde ilerleyen öksürüktür. Balgam çıkarma nadirdir, aktif kaviter EBTB'da bildirilmiştir. Hemoptizi olabilir, ancak massif hemoptizi nadirdir. Atektaziye bağlı olarak nefes darlığı ve hırıltılı solunum gelişebilir (9). İştahsızlık, kilo kaybı, gece terlemesi gibi sistemik semptomlar EBTB'da belirgin olmayabilir (10). Bizim olgumuzda semptomlar uzun süreli sinsi başlangıçlıydı, öksürük ve nefes darlığı ön plandaydı, son aylarda sistemik belirtiler eklenmişti.

EBTB radyolojik olarak konsolidasyon, kavite, kitle, atelektazi, plevral efüzyon ve hiler genişleme gibi farklı bulgularla ortaya çıkabilmektedir (5,7). Yaklaşık %10-20 olguda akciğer grafisi normal olabilmektedir (6). Olgumuzun akciğer grafisinde sağ hilus düzeyinden üst zona doğru minör fissür ile sınırlı atelektazi ile uyumlu homojen dansite artışı mevcuttu. Toraks Bilgisayarlı Tomografi'de sağ üst lob bronşunda daralma, üst lobda plevraya uzanan atelektazi izlendi. Ülkemizde tomografi bulguları ile maligniteyi taklit eden olgu sunumları mevcuttur (11,12).

Hastamızın bronkoskopi öncesi bakılan balgamında ARB pozitif saptandı. EBTB açısından ve maligniteyi ekarte etmek amacıyla FOB yapıldı. Bronkoskopik işlemler biyopsi de dahil olmak

üzere, fırçalama ve yıkamalar elde edilebilir, bronkoskopik biyopsi tanıyı teyit için en güvenilir yöntemdir. Bronşiyal biyopsi ile pozitiflik oranı %30-84 arasında değişmektedir (13). Altın ve ark.'larının yaptığı çalışmada bronşiyal ince iğne aspirasyonu ile karşılaştırılınca oran %84'e, %16 bulunmuştur (14).

EBTB'deki bronkoskopik bulgular aktif kazeöz, ödemli-hiperemik, fibrostenotik, tümöral, granüler, spesifik olmayan bronşitik lezyonlar ve ülseratif olmak üzere yedi forma ayrılmıştır (8). Bu gruplandırmaya göre olgumuzda ödemli-hiperemik ve aktif kazeöz lezyonlar vardı. Mukoza üzerinde beyaz, jelatinöz plakların EBTB için çok tipik olduğu, en sık görülen bronkoskopik bulgu hipertrofiye bağlı lümen daralması ve ayrıca en sık tutulan bölge ise sağ üst lob bronşu ve sağ ana bronş olarak değerlendirilmiştir. 21 vakada bronkoskopiden önce balgamda ARB tespit edilmiş ve bronkoskopi sonrası balgam tetkiklerinde pozitiflik

oranı çok daha artmıştır (9). 22 olgunun değerlendirildiği çalışmada hastaların sadece % 13,6'sında balgamda basil pozitif bulunmuştur (7).

EBTB tedavisinde en önemli hedef tüberküloz basilinin eradike edilmesi ve bronkostenoz gelişiminin önlenmesidir (15). Erken tedaviye başlanması bu açıdan önemlidir. Stenoz gelişen hastalarda anti- tüberküloz tedavi yeterli değildir ve bu hastalarda kortikosteroid tedavi tartışmalıdır. Ayrıca cerrahi ve bronkoskopik tedavi yöntemleri gerekli olabilir (6).

Sonuç olarak, EBTB akciğer kanseri ile karışabilecek klinik, radyolojik ve bronkoskopik görünüme sahip olabilir. Bu olgulara özellikle bronkoskopik muayene ve bronkoskopik materyalde tüberküloz tanısına yönelik incelemelerin yapılması önemlidir. Tedavinin gecikmeden başlatılmasıyla olası komplikasyonların önüne geçilebilir ve bronş stenozu gibi morbiditelerin görülme sıklığı azaltılabilir.

KAYNAKLAR

1. Kashyap S, Mohapatra PR, Saini V. Endobronchial tuberculo-sis. Indian J Chest Dis Allied Sci 2003;45: 247-56.
2. Hudson EH. Respiratory tuberculosis: Clinical diagnosis. In: Heaf ERG, ed. Symposium on Tuberculosis. London: Cassell and Co. 1957: 321-64.
3. Kurasawa T, Kuze F, Kawai M, Amitani R, Murayama T, Tanaka E, et al. Diagnosis and management of endobronchial tuberculosis. Intern Med 1992;31: 593-98.
4. Chan HS, Sun A, Hoheisel GB. Endobronchial tuberculosis corticosteroid treatment useful? A report of 8 cases and review of the literature. Postgrad Med J 1990;66: 822-26.
5. Ozkaya S, Bilgin S, Findik S, Kök HÇ, Yuksel C, Atici AG. Endobronchial tuberculosis: histopathological subsets and microbiological results. Multidiscip Respir Med 2012;7:34
6. Xue Q, Wang N, Xue X, Wang J. Endobronchial tubercu-losis: an overview. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2011;30:1039-44.
7. Qingliang X, Jianxin W. Investigation of endobronchial tuberculosis diagnoses in 22 cases. Eur J Med Res 2010;15:309-13
8. Chung HS, Lee JH. Bronchoscopic assessment of the evaluation of endobronchial tuberculosis. Chest 2000; 117:385-92
9. Lee JH, Park SS, Lee DH, Shin DH, Yang SC, Yoo BM. Endobronchial tuberculosis: Clinical and bronchoscopic features in 121 cases. Chest 1992;102:990-94
10. Hoheisel G, Chan BKM, Chan CHS, Chan KS, Teschler H, Costabel U. Endobronchial tuberculosis: diagnostic features and therapeutic outcome. Respiratory 1994; 88(8):593-97.
11. Yosunkaya Ş, Gök M. Akciğer kanseri ile karışan iki endobronşial tüberküloz olgusu. Genel Tıp Derg 2005;15(3):125-28

12. Erden EŞ, Babayiğit C, Demirköse M, Bilgiç H, Yıldız M, İnci M et al. A Case: Endobronchial Tuberculosis Mimicking Central Bronchial Tumor. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi 2013; 27(2);119-23
13. W. Yu, Z. Rong, Clinical analysis of 90 cases with endobronchial tuberculosis. Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi 1999; 22(7): 396-98.
14. Altın S, Cikrikcioglu S, Morgul M, Kosar F, Ozyurt H. 50 endobronchial tuberculosis cases based on bronchoscopic diagnosis. Respiration 1997;64(2):162-64
15. Rikimaru T. Endobronchial tuberculosis. Expert Rev Anti Infect Ther 2004;2(2):245-51

Yazışma Adresi:

Nigar Dirican
Süleyman Demirel Üniveristesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, ISPARTA, Türkiye
nigardirican@yahoo.com
