

Servikal tüberküloz lenfadenit

İmran ŞAN¹, Necat ALATAŞ¹, Erkan CEYLAN², Mehmet GENCER², Ahmet YETKİN¹, Murat KAR¹

¹Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Şanlıurfa

²Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Şanlıurfa

Özet

Tüberküloz gelişmekte olan ülkelerin hala önemli bir halk sağlığı sorunudur. En çok akciğerleri tutan tüberküloz baş boyun bölgesinde lenf bezleri, ağız, tonsil, dil, burun, epiglot, larenks ve farenkste de yerleşebilir. Boyunda kitle ile başvuran olgularda çoğu kez akciğer tüberkülozuna ait bulgular bulunmadığından ayrıntılı inceleme ve tetkik gerekmektedir. Kliniğimizde 1999 ila 2004 yılları arasında boyunda kitle nedeniyle başvurup “tüberküloz lenfadenit” tanısı konmuş 16 olgu tanı ve tedavi yönüyle incelendi ve literatür ile kıyaslandı.

Cervical tuberculous lymphadenitis

Abstract

Tuberculosis is an important public's health problem in developing countries. Although tuberculosis is commonly found in lungs, it could be found in lymph nodes, mouth, tonsils, tongue, nose, epiglottis, larynx and pharynx of head-neck region. Since there is no specific finding of pulmonary tuberculosis, detailed investigations are required in patients admitted with the symptoms of neck mass. Between 1999 and 2004, 16 patients with tuberculous lymphadenitis in our clinic were reviewed according to the diagnostic and treatment modalities. Results were compared with the literature.

GİRİŞ

Tüberküloz gelişmekte olan ülkelerin önemli bir halk sağlığı sorunu iken “Kazanılmış İmmun Yetmezlik Sendromu (AIDS)” ve gittikçe artan immunosupresif ilaç kullanımı gibi nedenlerle gelişmiş ülkelerde de görülen bir enfeksiyöz hastalıktır. Mikobakteriyel etkenin hedef organı akciğerler olmasına rağmen baş boyun bölgesinde ikincil olarak en sık ‘servikal lenfadenit’ şeklinde görülür[1]. Etken mikroorganizmalar *Mycobacterium tuberculosis*, *M. avium intracellulare*, *M. kansasii* ve *M. fortuitum*’dur[2]. Servikal tüberküloz lenfadenit tablosunun kesin tanısı klinik muayene ve radyolojik tetkikler ile konamayabilir. Bazen boyunda kitle oluşturan diğer tablolar ile karışabilir. Kesin tanı biopsi materyalinden pozitif mikobakteriyel kültür veya pozitif mikobakteriyel boyama veya histopatolojik incelemede granülatöz iltihap ve kazeifikasyon nekrozunun tespiti ile konur[3]. Tedavisinde dördümlü antitüberküloz ilaçlar tek başına veya cerrahi eksizyon ile beraber kullanılır[4].

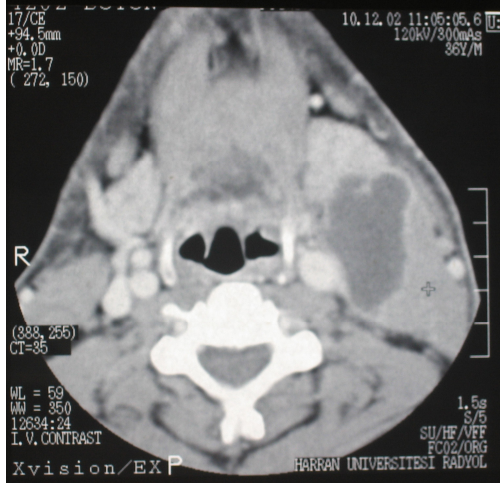
GEREÇ ve YÖNTEM

Kulak Burun Boğaz Hastalıkları polikliniğimize 1999–2004 yıllarında boyunda kitle yakınması ile başvuran “tüberküloz lenfadenit” tanısı konmuş ve takibi en az 6 ay süre ile yapılmış 16 olgu çalışma kapsamına alındı. Olguların yedisi erkek dokuzu bayan olup, yaşları 4 ila 71 (ortalama 31) arasında

değişmekte idi. Tüm olgulara rutin kulak burun boğaz muayenesi ile birlikte nazal, nazofarengeal ve larengeal endoskopik inceleme yapıldı. Akciğer grafileri ve Mantoux saflaştırılmış protein derivesi deri testi (PPD) sonuçları ile Göğüs Hastalıkları konsültasyonu yapıldı. Tüm olgulara boyun ultrasonografik ve bilgisayarlı tomografik inceleme yapıldı. Kitleye ince iğne aspirasyon biopsisi uygulandı. Onaltı olgunun tamamına cerrahi girişim ile lenfadenopati eksizyonu veya abse boşaltılması ile beraber insizyonel biopsi uygulanıp, histopatolojik incelendi. Ayrıca drene edilen pürülan materyel standart kültür işlemine tabi tutulurken aynı zamanda yayma preparatta aside dirençli bakteri incelemesi ve Loewenstein besiyerine de ekim yapıldı. Olgularımızın hiç birine polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) incelemesi yapılmadı. Olgular poliklinik kontrolüne çağrılarak gerekli görülenlere ultrasonografik veya bilgisayarlı tomografik inceleme ile takip edildi.

SONUÇLAR

Onaltı olgunun beşinde ultrasonografik ve bilgisayarlı tomografik incelemede abseleşmiş lenf adenit tespiti edildi (Resim 1).



Resim 1: Bilgisayarlı tomografide abseleşmiş tüberküloz lenfadenit görünümü

On olguda ise lenfadenopatiler solid yapıda idi (Resim 2). Bir olguda ise boyunda dev boyutta kistik kitle yapmıştı (Resim 3).

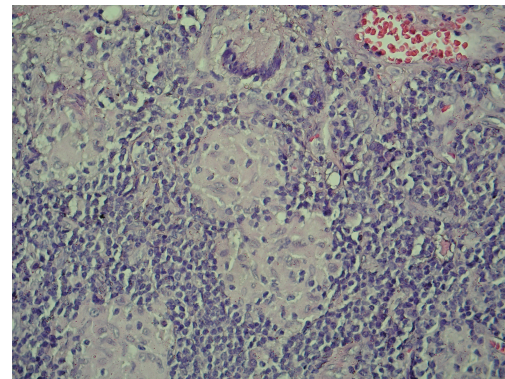


Resim 2: Bilgisayarlı tomografide solid tüberküloz lenfadenit görünümü



Resim 3: Boyunda dev kistik lezyon oluşturan tüberküloz lenfadenit MR görüntüsü

Kistik kitleli olgu dışındaki tüm olgularda lenfadenopatiler konglomerasyon yapmış şekilde birden fazla sayıda idi. İki olguda tüberkülozlu hasta ile temas öyküsü vardı. Sadece bir olguda yapılan hematolojik incelemede hafif düzeyde anemi tespit edildi. Olguların yalnızca ikisinde yapılan Göğüs Hastalıkları konsültasyonu sonucu “Geçirilmiş Akciğer Tüberkülozu” tanısı kondu. Diğer 14 olguda ise akciğer tüberkülozuna dair herhangi bir muayene ve radyolojik bulgu yoktu. İnce iğne aspirasyon biopsisi dokuz olguda “nonspesifik iltihabi bulgular” şeklinde rapor edildi. Hiçbir olguya ince iğne aspirasyon biopsisi ile tanı konamadı. PPD testi ise onbir olguda pozitif idi. Olguların altısına abse drenajı ve kavite kenarından insizyonel biopsi uygulandı. Altı olguda çok sayıda olan lenfadenopatilerin bir ya da ikisi histopatolojik tanı amaçlı kapsülü ile beraber çıkarıldı. Dört olguda ise tüm lenfadenopatiler fonksiyonel boyun disseksiyonu şeklinde çıkarıldı. Olgularımızın tamamında histopatolojik tanı “tüberküloz ile uyumlu kazeifiye granülomatöz lenfadenit” şeklinde rapor edildi (Resim 4). Olgulara ilk 2 ay süre ile INH, rifampisin, morfozinamid, etambutol’den oluşan dörtlü, daha sonraki 10 ay ise INH ve rifampisinden oluşan ikili antitüberküloz tedavi verildi. Olguların tamamı bu tedaviye cevap verdi ve lenfadenopatiler klinik ve radyolojik olarak tespit edilemez hale geldi. Bir olgumuzda operasyon sonrası fistül gelişti. Antitüberküloz tedavi altında birinci ayda fistül spontan kapandı.



Resim 4: Granülomatöz görünümü olan lenfadenit histopatolojik görüntüsü (x400, HE)

TARTIŞMA

Gelişmemiş ülkelerin bir halk sağlığı problemi olan tüberküloz, gelişmiş ülkelere ve Afrika'da gittikçe yaygınlaşan AIDS'le birlikte bu ülkelerde de sıklıkla görülmeye başlamıştır[5, 6]. En çok akciğerleri tutan tüberküloz baş boyun bölgesinde lenf bezleri, ağız, tonsil, dil, burun, epiglot, larenks ve farenkste de yerleşebilir. Servikal tüberküloz lenfadenit tanısı konan olgularda çoğu kez akciğer tüberkülozuna ait bulgular bulunmadığından ayrıntılı inceleme ve tetkik gerekmektedir. Buna rağmen tanı koymak bazen oldukça güç olmaktadır. Öykü ve fizik muayene, radyolojik ve laboratuvar inceleme, PPD testi, ince iğne aspirasyon biopsisi tanı koymada genellikle yetersiz kalır[1]. İnce iğne aspirasyon biopsinin tanı değeri %52,9 iken sitolojik inceleme için alınan materyalde PCR ile *M. tuberculosis* gen identifikasyonunun tanı değeri %76,4'e yükseldiği tespit edilmiştir[7]. İki testin kombine edildiğinde ise bu oran %82,4'e çıkmaktadır. Böyle bir oranın açık biopsi yapılmasını azaltabileceği düşünülse de ülkemiz şartlarında histopatolojik tanının en önemli belirleyici olduğu açıktır. Kendi olgularımızda da ince iğne aspirasyon biopsisi tüm hastalara yapmamıza rağmen tanı için yol göstericiliği yetersiz kalmıştır. Ülkemizde özellikle perifer merkezlerde PCR testine ulaşmadaki zorluk da aşıkardır.

Pozitif kültür sonuçları literatürde %10 ila 60 arasında değişmektedir[5, 8]. Kültür ve yapılan antibiyogram tedavinin etkin olması yönünden çok önemlidir. Kendi olgularımızda pozitif kültür sonucumuzun olmaması mikobakteriyoloji laboratuvarımızın teknik yetersizliğinden kaynaklanabilir. Erişkinlerdeki tüberküloz lenfadenitte etken daha çok *M. tuberculosis* iken; atipik mikobakteriler küçük çocuklarda ve bağışıklık sistemi baskınlanmış olgularda etken olarak karşımıza çıkar[9].

Tüberküloz lenfadenitte Mantoux saflaştırılmış protein derivesi deri testi (PPD) sonuçları literatürde yüksek oranda pozitif olarak bildirilmiştir[1, 8, 9]. Hatta bilgisayarlı tomografik tetkikte birden çok veya birden çok odaklı ortası radyolüsen, fasial planları minimal etkilemiş kitlelerde pozitif PPD ile beraberse tüberküloz lenfadenit düşünülmesi gerektiğini ifade edilmiştir[1]. Fakat bu yaklaşım hastaya tedavi başlamak için yeterli

değildir. Ancak öntanıda tüberkülozun daha öncelikle düşünülmesini sağlar. Kendi serimizde PPD pozitifliğini %69 olarak tespit ettik.

Tüberküloz lenfadenitin kesin tanısı biopsi materyalinden pozitif mikobakteriyel kültür veya pozitif mikobakteriyel boyama veya histopatolojik incelemede granülatöz iltihap ve kazeifikasyon nekrozunun tespiti ile konur[3]. Serimizdeki tüm olgulara almış olduğumuz örneğin histopatolojik incelemesinde granülatöz iltihap ve kazeifikasyon nekrozunun tespiti ile tanı konulmuştur.

Sonuç olarak servikal tüberküloz lenfadenit'in spesifik muayene ve radyolojik bulguları yoktur. Anemi ve lökositöz tüberküloz enfeksiyonları için zayıf göstergelerdir. Göğüs filmlerinin tanıda önemi azdır. PPD deri testinin de atipik mikobakterilerde daha fazla olmak üzere negatif sonuçlanabileceği unutulmamalıdır. Özellikle periferik merkezlerde ülkemiz şartlarında PCR ile bakteri gen tespitinin zorluğu aşıkardır. Kültür ve ince iğne aspirasyon biopsisinin uygun teçhizat ve ekip gerektirdiği gözönünde bulundurulduğunda tüberküloz lenfadenitlerde en uygun tanı aracının histopatolojik inceleme olduğu kanatine varılmıştır. Bu tanı ile verilecek antitüberküloz tedavi yüksek oranda başarı sağlar.

KAYNAKLAR:

1. Ibekwe AO, al Shareef Z, al Kindy S. Diagnostic problems of tuberculous cervical adenitis (scrofula). Am J Otolaryngol, 1997; 18: 202-205.
2. Kanlikama M, Ozsahinoglu C, Akan E, Ozcan K. Mycobacterial species causing cervicofacial infection in Turkey. Eur Arch Otorhinolaryngol, 1993; 250: 237-239.
3. Kanlikama M, Mumbuc S, Bayazit Y, Sirikci A. Management strategy of mycobacterial cervical lymphadenitis. J Laryngol Otol, 2000; 114: 274-278.
4. Khalil EA, Elsiddig, KE, Elsafi, ME, el-Hag IA. Supra-sternal notch tuberculous abscess: a report of three cases. Trans R Soc Trop Med Hyg, 2000; 94: 58-60.
5. Al-Serhani, AM. Mycobacterial infection of the head and neck: presentation and diagnosis. Laryngoscope, 2001; 111: 2012-2016.
6. Karasalihoğlu A, Sarıkahya İ, Koten M, Tirit S, Adalı MK, Yaşar H. Servikal

- Tüberküloz Lenfadenitler. Türk Otorinolarenoloji XX. Ulusal Kongresi Tutanakları 1989; 159-161
7. Baek CH, Kim SI, Ko YH, Chu KC. Polymerase chain reaction detection of Mycobacterium tuberculosis from fine-needle aspirate for the diagnosis of cervical tuberculous lymphadenitis. Laryngoscope, 2000; 110: 30-34.
 8. Levin-Epstein AA, Lucente FE. Scrofula-the dangerous masquerader. Laryngoscope, 1982; 92: 938-943.
 9. Munck K, Mandpe AH. Mycobacterial infections of the head and neck. Otolaryngol Clin North Am, 2003; 36: 569-576.

Yazışma adresi:

İmran Şan
Karahan Cad. 1. Sokak No:8/5
63200 Şanlıurfa
Tel: 0 532 2527741
Faks: 0 414 3151181
e-mail: isan37@yahoo.com,
imransan@hotmail.com,