

SERVİKAL TÜBERKÜLOZ LENFADENİT : OLGU SUNUMU

**Olcay ESER¹, Abdullah AYÇİÇEK², Çiğdem TOKYOL³,
Ergün KARAVELİOĞLU⁴, Serhat YILDIZHAN¹**

ÖZET

Tüberküloz gelişmekte olan ülkelerin önemli bir halk sağlığı sorunudur. Tüberküloz en çok akciğerleri tutmakla birlikte baş boyun bölgesindeki lenf bezleri, ağız, tonsil, dil, larenks ve farenks gibi ekstrapulmoner tutulumlar da mevcuttur. Boyunda kitle ile başvuran olgularda çoğu kez akciğer tüberkülozuna ait klinik bulgular bulunmadığından ayrıntılı inceleme ve tetkik gerekmektedir. 31 yaşında bayan hasta boyun bölgesinde şişlik şikâyetiyle polikliniğe başvurdu. Çekilen Bilgisayarlı Tomografi (BT) ve Magnetik Rezonans Görüntüleme(MR) incelemelerinde boyunda yumuşak doku kitlesi tespit edildi. Hasta opere edildi. Histopatolojik incelemede kazeifikasyon nekrozu ve mikroabse formasyonu izlendi.

Anahtar kelimeler: Servikal Kitle, Ekstra-Pulmoner Tüberküloz, Tüberküloz Lenfadenit

CERVICAL TUBERCULOSIS LYMPHADENITIS:CASE REPORT

ABSTRACT

Tuberculosis is an important public health problem in developing countries. Although tuberculosis is commonly found in lungs, it could be found in lymph nodes, mouth, tonsils, tongue, 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 symptom of neck mass. 31 year old female patient admitted to our clinic with complaint of swelling in the neck. Computed Tomography (CT) and Magnetic Resonance Imaging (MRI) of neck demonstrated soft tissue mass in the neck. Patient was operated. Histopathologic examination revealed caseation necrosis and microabscess.

Key Words: Cervikal Mass, Extra-Pulmonary Tuberculosis, Tuberculosis Lymphadenitis

¹Afyon Kocatepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nöroşirürji AD, Afyonkarahisar, drolcayeser@hotmail.com

²Afyon Kocatepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kulak-Burun-Boğaz AD, Afyonkarahisar,

³Afyon Kocatepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji AD, Afyonkarahisar

⁴Bolvadin Dr.H.İ.Özsoy Devlet Hastanesi, Nöroşirürji, Afyonkarahisar

İletişim/ Corresponding Author: Olcay ESER

Geliş Tarihi / Received : 03.03.2012

Tel : +9 505 3777119 e-posta: drolcayeser@hotmail.com

Kabul Tarihi / Accepted : 24.04.2012

GİRİŞ

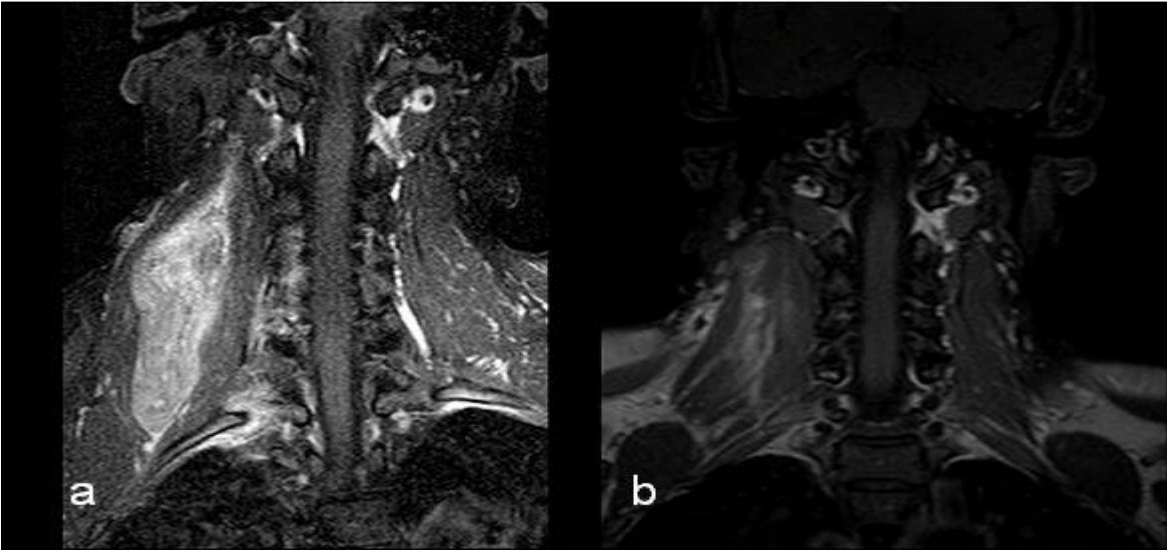
Bilinen en eski hastalıklardan biri olan tüberküloz günümüzde daha çok gelişmekte olan ülkelerin önemli bir halk sağlığı sorunu olmakla birlikte gittikçe artan immüno-supresif ilaç kullanımı ve immün yetmezlik virüsü (HIV) enfeksiyonu gibi nedenlerle gelişmiş ülkelerde de giderek artan oranlarda görülmektedir. Tüberküloz başta akciğeri tutmakla birlikte lenfojen, hematojen ve direkt yayılımla lenf düğümleri, plevra, böbrek, kemik ve eklemler, meninks, beyin, periton olmak üzere tüm organ ve dokuları tutabilmektedir (1). Akciğer dışı tüberküloz tutulumlarının 1/3'ünü, tüm tüberküloz olgularının ise %5'ini tüberküloz lenfadenit oluşturmaktadır (2). Servikal tüberküloz lenfadenit tablosunun kesin tanısı için klinik muayene ve radyolojik tetkikler yetmeyebilir. Kesin tanı biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesinde kazeifiye granülo-matöz inflamasyonun gösterilmesi veya aside dirençli bakteri'nin (ARB) direkt bakı ve/veya kültürde saptanmasıyla konabilmektedir (3,4). Biz bu makalede, 31 yaşında bayan hastada, kesin tanısı histopatolojik inceleme ile konulmuş servikal tüberküloz lenfadenit olgusunu literatür eşliğinde tartıştık.

OLGU

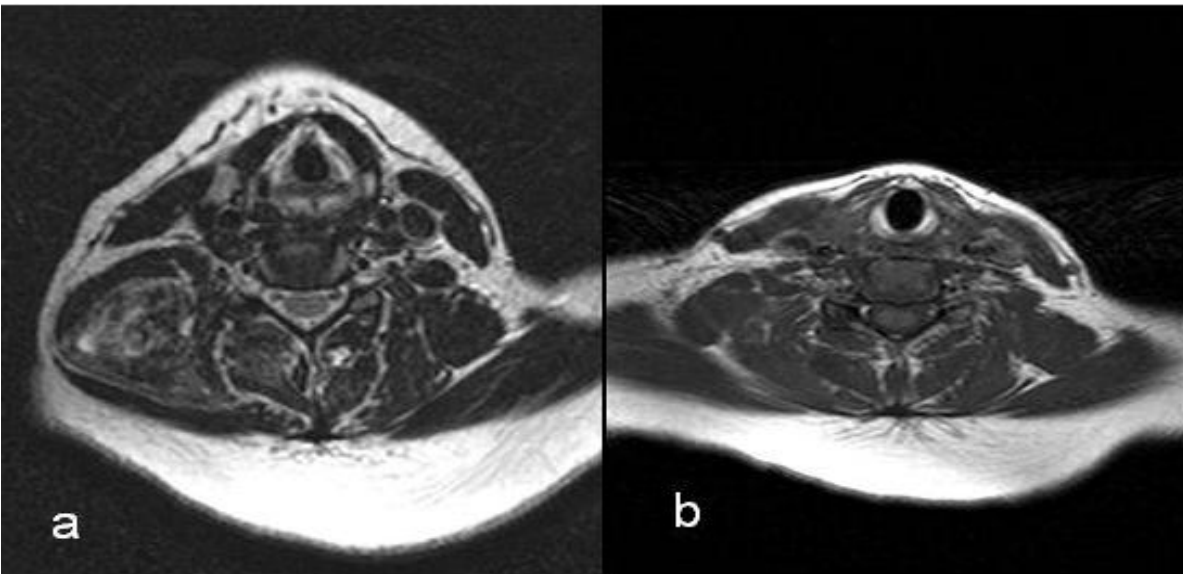
31 yaşında bayan hasta boyunda ağrısız şişlik şikâyeti ile polikliniğimize müracaat etti. Beş yıl önce dış merkezde aynı şikâyet nedeniyle ameliyat olduğu ve bir yıl sonra boyunda şişlik şikâyetinin tekrar başladığı öğrenildi. Fizik muayenede boynun sağ tarafında kas altında yerleşimli ağrısız, lastik kıvamında, sınırları net ayırt edilemeyen, ciltte renk ve ısı değişikliği yapmayan kitle palpe edildi. Kas gücü muayenesi normal ve derin tendon refleksleri (DTR) normo-aktifdi. Laboratuvar sonuçlarında Beyaz küre: 9780, Sedimantasyon:10 mm/saat, C reaktif protein (CRP):0,651 mg/dL idi. Hastanın Boyun BT ve MRG görüntülerde boynun sağ tarafında paravertebral kas grupları içinde C2 vertebra düzeyinden başlayıp T2 vertebra düzeyine kadar uzanan 8.5x5.5x4 cm boyutlarında, BT'de lineer, heterojen ve az miktarda kontrastlanan hipodens lezyon, MRG'de ise T2 ağırlıklı serilerde heterojen hiperintens sinyal değişikliği ve heterojen kontrastlanan malignite ile uyumlu lezyon olarak rapor edildi (Şekil 1 ve 2). Hasta Kulak Burun ve Boğaz (KBB) bölümü ile birlikte ameliyata alındı. Kitle cerrahi sınır ile birlikte çıkarıldı. Yapılan histopatolojik inceleme sonucunda granülo-matöz iltihap, fibroadipoz doku ve kas dokusu arasında izlenen granülom yapılarının santralinde fokal

alanlarda kazeifikasyon nekrozu ve mikroabse formasyonu, periferinde Langhans tipi dev hücreler ve lenfositler izlendi (Şekil 3). Hasta postoperatif dönemde sorunsuz idi. İlk gün mobilize edildi. Hastaya Göğüs Hastalıklarının önerisiyle dördü antitübeküloz tedavisi başlandı.

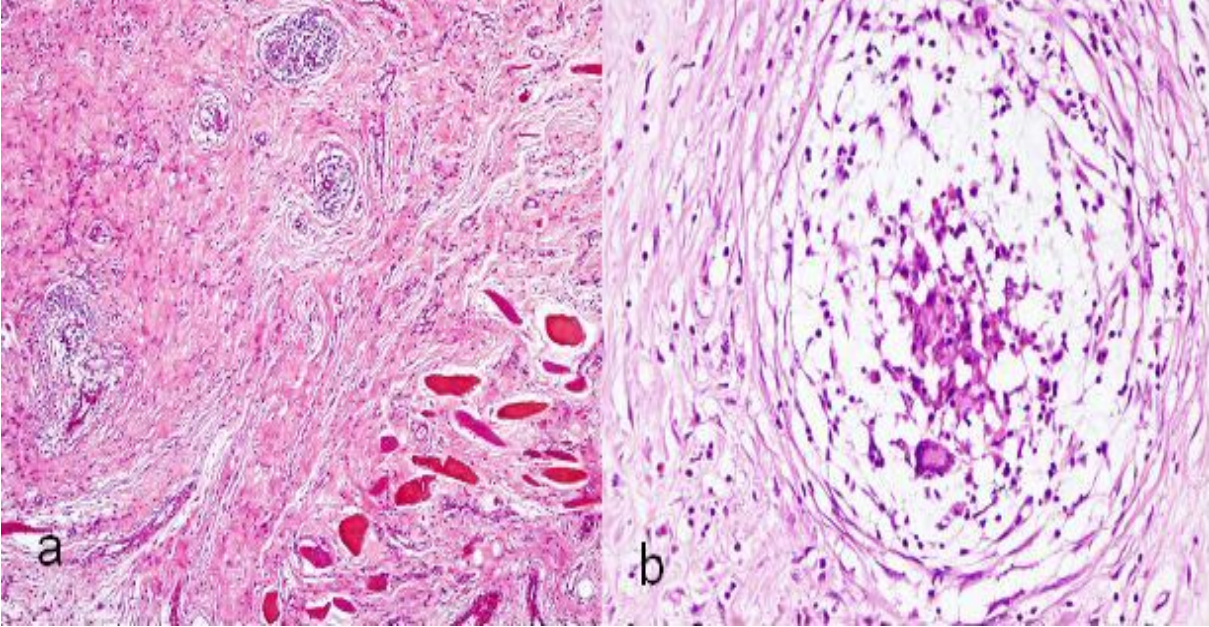
Şekil 1: a) Preoperatif koronal MRG’de servikal bölgede adale içinde hiperintens görünüm veren kitle b) Postoperatif koronal MRG servikal bölgede kitlenin çıkarılmış hali.



Şekil 2: a) Preoperatif axial MRG görüntülemesinde sağda adale içinde kitle görünümü, b) Postoperatif axial MRG görüntülemesinde sağda kitlenin tamamen çıkarıldığı görülmektedir.



Şekil 3: a) Fibromusküler doku içinde izlenen granülom yapıları (HEx40) b) Granülom yapısının santralinde kazeifikasyon nekrozu ve mikroabse formasyonu, periferinde Langhans tipi dev hücreler ve lenfositler izlenmiştir (HEx200)



TARTIŞMA

Gelişmekte olan ülkelerde bir halk sağlığı sorunu olan tüberküloz, AIDS'in gittikçe yaygınlaştığı gelişmiş ülkelerde ve Afrika'da sıklıkla görülmeye başlamıştır (5,6). Özellikle malignite, böbrek yetmezliği, HIV enfeksiyonu, diabetes mellitus, bağ dokusu hastalığı, siroz, alkolizimi olan ve immünoesif ilaç kullanan hastalarda tüberküloz daha sık görülmektedir (7).

Ekstrapulmoner tüberküloz, primer enfeksiyon sırasında lenfo-hemotajen yolla diğer organlara yayılan ve latent kalan tüberküloz basilinin, organizmanın direncinin düşmesi yada duyarlılığının artması sonucu hayatın herhangi bir evresinde reaktif olması ile gelişir (3). Ekstrapulmoner tüberkülozda plevra tüberkülozundan sonra en sık görülen lenf bezi tüberkülozudur. Primer enfeksiyondan yaklaşık 4-12 ay sonra lenf drenajına uygun olarak en sık anterior ve posterior servikal lenf bezleri tutulur bunu supraklavikuler, submandibuler ve preauriküler lenf bezleri tutulumu izlemektedir (8). Servikal tüberküloz lenfadenit pulmoner veya başka sistem tutulumu olmaksızın tek belirti olabilir (9). Servikal tüberküloz lenfadenitli

hastaların %14-20'sinde akciğer grafisinde tüberküloz ile uyumlu bulgular saptanabilmektedir (4). Bizim hastamızın akciğer grafisi normaldi.

Akciğer tüberkülozunda görülen ateş, gece terlemesi, kilo kaybı, iştahsızlık, halsizlik, aşırı terleme gibi bulgular servikal tüberküloz lenfadenitte daha az görülmektedir. Bizim hastamızda bu şikâyetler bulunmamaktaydı. Akciğer dışı tüberküloz hastalarında bulgular sessiz ve yavaş ilerleyen bir seyir göstermektedir. Hastamızda da 4 yıldır var olan boyunda ağrısız şişlik şikâyeti mevcuttu.

Tüberküloz lenfadenitte klinik ve fiziksel bulguların azlığı tanının gecikmesine neden olmaktadır. Erken dönemde lenf nodülleri sert ve lastik kıvamındadır. Zaman geçtikçe çevre dokulara yapışır ve hareket ettirilemezler ve malignitelerle karıştırılabilirler. Abse formasyonunu alırlarsa komşu dokulara veya deriye fistülize olabilirler. Servikal ultrasonografide bu lenfadenitler kalın kapsüllü, multiloküler ve hipoekoik olarak görülmektedir. BT'de ise santral düşük dansiteli, periferik irregüler kontrastlanma artışı gösteren konglomere nodal kitleler olarak izlenir (10).

Servikal tüberküloz lenfadenit ayırıcı tanısında lenfoma, neoplazi, sarkoidoz, kistik higroma, karotis tümörü, bakteriyel ve paraziter enfeksiyonlar, reaktif hiperplazi, brankial ark kisti gibi hastalıklar dikkate alınmalıdır (11).

Öykü ve fizik muayene, radyolojik ve laboratuvar inceleme, PPD testi, ince iğne aspirasyon biopsisi tanı koymada genellikle yetersiz kalır (12). İnce iğne aspirasyon biopsisinin tanı değeri %52,9 iken sitolojik inceleme için alınan materyalde PCR ile *M. tuberculosis* gen identifikasyonunun tanı değeri %76,4 e yükseldiği tespit edilmiştir (13). İki testin kombine edildiğinde ise bu oran %82,4'e çıkmaktadır. Bizim vakamızda da Laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri tanı koymada yetersiz kalmış, tanı histopatolojik inceleme sonucunda konulabilmiştir.

Pozitif kültür sonuçları literatürde %10 ile 60 arasında değişmektedir (5). Kültür ve yapılan antibiogram tedavinin etkin olması yönünden çok önemlidir. Erişkinlerdeki tüberküloz lenfadenitte etken daha çok *M.tuberculosis* iken; *atipik mikobakteriler* küçük çocuklarda ve bağışıklık sistemi baskılanmış olgularda etken olarak karşımıza çıkmaktadır (14). Kültürde üreme olmaması tüberküloz tanısını ekarte ettirmez.

Tüberküloz lenfadenitte Mantoux saflaştırılmış protein derivesi deri testi (PPD) sonuçları literatürde yüksek oranda pozitif bildirilmiştir (12,14). Hatta bilgisayarlı tomografik tetkikte birden çok veya birden çok odacıklı ortası radyolusen, fasial planları minimal etkilemiş kitlelerde pozitif PPD ile beraberse tüberküloz lenfadenit düşünülmesi gerektiği ifade edilmiştir (12). Fakat bu yaklaşım hastaya tedavi başlamak için yeterli değildir.

Tüberküloz lenfadenit tedavisinde kemoterapi esastır. Cerrahi rekürrens ve fistülizasyona neden olabileceğinden dolayı daha çok ilerlemiş ve dirençli vakalarda, fistülizasyon varlığında ve tanı amaçlı olarak yapılmalıdır (10).

Sonuç olarak ekstrapulmoner tüberkülozun spesifik muayene ve radyolojik bulguları yoktur. Klinik bulgular organa spesifik olduğu için hastalar şikayetleriyle ilgili bölümlere başvurmaktadır. Bu nedenle ekstrapulmoner tüberkülozun tüm branş hekimlerince bilinmesi ve tanı aşamasında hatırlanması önemlidir.

KAYNAKLAR

1. İnöü H, Köseoğlu D, Pazarlı C, Yılmaz A, Doruk S, Yenişehirli G ve ark. Bir üniversite hastanesinde takip edilen ekstrapulmoner tüberkülozlu olguların özellikleri. *Tur Toraks Der* 2010;11(4):167-72
2. Serin DÇ, Pullukçu H, Arda B, Hekimgil M, Taşbakan MS, Ceylan N ve ark. Tüberküloz lenfadenit: Üç olgu. *Aknem Der* 2010;24(3):136-40
3. Taşbakan MS, Pullukçu H, Sipahi OR, Taşbakan MI, Çalık ŞÖ, Yamazhan T. Türkiye’de 1997-2009 yılları arasında yayımlanan 694 tüberküloz lenfadenit olgusunun havuz analiz yöntemi ile değerlendirilmesi. *Mikrobiyol Bul* 2010;44:385-93
4. Kanlikama M, Mumbuc S, Bayazit Y, Sirikci A. Management strategy of mycobacterial cervical lymphadenitis. *J Laryngol Otol* 2000;114:274-78
5. Al-Sherhani AM. Mycobacterial infection of the head and neck: presentation and diagnosis. *Laryngoscope* 2001;111:2012-16

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. Hardal Ü, Altın G, Paksoy M, Aydın S, Oktay A. İnfraorbital yerleşimli tüberküloz lenfadenit: Olgu sunumu. Kulak Burun Boğaz İhtisas Derg 2009;19:220–23.
8. Tatar D, Alptekin S, Coşkunol İ, Aydın M. Lenf bezi tüberkülozlu olguların özellikleri. Solunum Hastalıkları 2007;18:20–25.
9. Öksüzler Ö, Tuna E, Özbek C, Özdem C. Servikal tüberküloz Lenfadenit. KBB-Forum 2008;7(4):102–06.
10. Bayazıt YA, Bayazıt N, Namiduru M. Mycobacterial cervical lymphadenitis. Otorhinolaryngol Relat Spec 2004;66:275–80.
11. Kapucu B, Baylan O, Cıncık H, Küçükodacı Z, Sıldıroğlu O. Maligniteyi taklit eden servikal tüberküloz lenfadenit olgusu. Genel Tıp Derg 2010;20(4):155–60.
12. Ibekwe AO, al Shareef Z, al Kindy S. Diagnostic problems of tuberculous cervical adenitis (scrofula). Am J Otolaryngol 1997;18:202–05
13. 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.
14. Munck K, Mandpe AH. Mycobacterial infections of the head and neck. Otolaryngol Clin North Am 2003;36:569–76.