

# Akciğer kanseri ile karışan iki endobronşial tüberküloz olgusu

Şebnem Yosunkaya, Mehmet Gök

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya

**Amaç:** Nadir görülen ve klinik, radyolojik, bronkoskopik bulguları ile başka akciğer hastalıklarını taklit eden bir hastalık olan endobronşial tüberküloz (EBTB)'un tartışılması amaçlandı. **Olgu:** Öksürük, göğüs ağrısı, hemoptizi şikayetleri ile başvuran ve daha önce araştırıldıkları merkezlerde akciğer kanseri tanısı alan iki EBTB olgusu sunuldu. Her iki olgunun radyolojilerinde kitle görünümü vardı ve balgamlarında basil negatifti. Her iki olguya tanı bronkoskopik biopsi ve lavaj sıvısında ve post bronkoskopik balgamda teksif ile pozitiflik ve kültürlerde tüberküloz basilli üremesi ile tanı kondu. **Sonuç:** Akciğer tüberkülozu akciğer kanseri ile benzer bulgular verebileceği için, bronş lavajında ve postbronkoskopik balgamda ARB bakılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Akciğer kanseri, tüberküloz, endobronşial tüberküloz

## Two cases with endobronchial tuberculosis imitating lung cancer

**Objective:** We aimed to discuss endobronchial tuberculosis (EBTB), a rare condition and its clinical, radiologic and broncoscopic presentations can be confused with several pulmonary disorders. **Case:** Two patients with EBTB suffered from cough, chest pain and hemoptysis that were diagnosed as lung cancer in different medical centers were presented. The cases were that showed mass image in CT scan and X-Ray of the chest. The sputum smears were negative in both of the patients. Definitive diagnosis was established via the fiberoptic bronchoscopic biopsy and pozitif culture of a M. tuberculosis from bronchial lavage and post-bronchoscopic sputum. **Conclusion:** Because of the similar findings of tuberculosis with lung cancer, ARB should be investigated in the bronchial lavage and post-bronchoscopic sputum.

Key words: Lung cancer, tuberculosis, endobronchial tuberculosis

Genel Tıp Derg 2005;15(3):125-128

Yaşlılarda görülen atipik lokalizasyonlu akciğer tüberkülozu klinik ve radyolojik olarak bronş kanseri ile karışabilmektedir (1). Özellikle endobronşial tüberküloz (EBTB) atipik radyolojik yerleşim göstermesi ile tanıda zorluğa neden olabilir. Olgularının çoğunda radyolojik olarak hiler lenfadenopati, konsolidasyon, atelektazi veya obstrüktif amfizem tespit edilir. Bazen herhangi bir radyolojik anormalliğe neden olmadan bronkoskopide belirlenebilir (2). EBTB hastalığı klinik, radyolojik ve bronkoskopik olarak sıklıkla akciğer kanseri ile karışır. Bu yazıda kliniğimize

akciğer kanseri ön tanıları ile sevk edilen iki EBTB olgusunun klinik, radyolojik ve patolojik özelliklerini sunmayı amaçladık.

## 1. olgu

Elli dört yaşında kadın hasta. 10 ay önce sağ tarafta göğüs ağrısı ve bu dönemde başlayan nefes darlığı, kuru öksürük şikayetleri ile başvurduğu hastanede çekilen akciğer bilgisayarlı tomografisinde (BT) sağ akciğer üst zon santralde solid kitle görünümü tespit edilmiş. Bronkoskopide herhangi bir patoloji tespit edilmemiş, balgamda ve bronş lavajında aside dirençli basil (ARB) negatif tespit edilmiş. Klinik-radyolojik akciğer kanseri tanısı konan hastaya herhangi bir tedavi uygulanmamış. Son aylarda şikayetlerine, halsizlik, iştahsızlık, kilo kaybı eklenmiş olarak kliniğimize başvurdu ve yatırıldı. Fizik muayenesinde ateş 36.6 °C, arteriyel basınç

Yazışma adresi: Dr.Şebnem Yosunkaya, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı 42080, Meram, Konya.

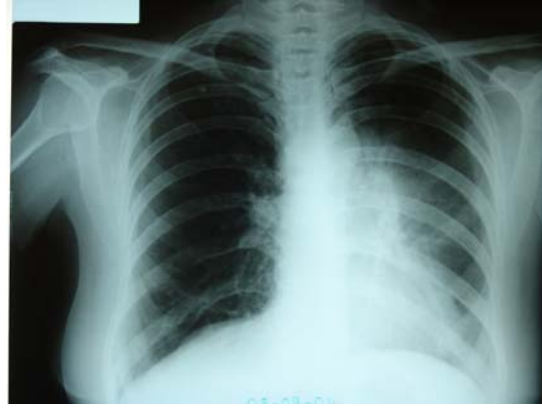
e-posta: syosunkaya@e-kolay.net

140/70 mm/Hg, kalp hızı 68/dk idi. Sağ ön servikalde bir adet ağrısız, sert, 2x2 cm ebadında lenfadenopati saptandı. Solunum sistemi muayenesinde dinlemekle sağda önde ve koltuk altında inspiyum sonu ince raller vardı. Eritrosit sedimentasyon hızı 36 mm/saat bulundu. Diğer hematolojik ve biyokimyasal tetkikler normal sınırdıydı. Balgamda, bronkoskopik lavajda, mide suyunda ARB negatif idi. P-A akciğer grafisinde sağ parakardial alanda kalp kenarını silen nonhomojen gölge koyuluğu artışı ve sağ üst zonda periferde lokalize infiltratif alan mevcuttu (Şekil 1). Toraks BT'de sağ akciğer orta lobda kenarları düzgün olmayan ve kalbin kenarlarını silen homojen gölge koyuluğu artışı, üst lobda konturları ve boyutları belirsiz kitle ve bilateral hiler, sağ paratrakeal, aortapulmoner pencerede en büyüğü 1.5 cm ebadında lenf adenopatiler görüldü (Şekil 2). Bronkoskopide sağ ana ve lob bronşlarının mukozası ödemli ve hiperemikti. Sol bronş sistemi normal olarak değerlendirildi. Endobronşial lezyona rastlanmadı. Sağ orta lob bronşundan lavaj ve bronş biyopsileri alındı. Lavaj sitolojisi akut iltihap olarak değerlendirildi. Bronş biyopsisinde kazeifikasyon nekrozu içeren granülomatöz inflamasyon belirlendi.

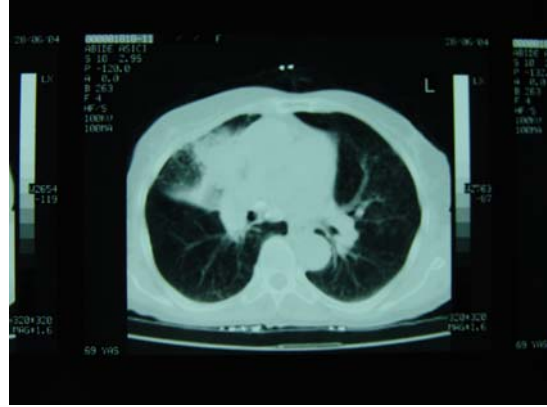
Hastaya antitüberküloz tedavi standart dozlarda başlandı. Broş lavajı kültüründe 4 hafta sonra tüberküloz basili üredi ve tüm ilaçlara duyarlı olarak rapor edildi. Tedavinin 2. ayında balgamda teksifle ARB negatif bulundu. Belirgin klinik ve radyolojik iyileşme gözlemlendi.

## 2. olgu

Elli altı yaşında kadın hasta. Nefes darlığı, öksürük, hemoptizi şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Altı yıldır ataklar şeklinde öksürük, nefes darlığı, hışıltılı solunumu olan hastanın son aylarda iştahsızlık, kilo kaybı, nefes darlığı ve öksürükte artış ve birkaç kez balgamla karışık kan tükürme şikayetleri olmuş. Hastanın 1 ay önce izlendiği hastanede akciğer kanseri düşünülerek kliniğimize sevk edilmiş. Fizik muayenesinde ateş 36.7 °C, TA 130/60 mmHg, kalp hızı 80/dk idi. Akciğerlerin oskültasyonunda solda üstte daha belirgin olmak üzere solunum sesleri azalmıştı, ekspiryum uzamış ve yaygın ekspiratuar sibilan ronküsler mevcuttu. Eritrosit sedimentasyon hızı 37 mm/saat idi. Rutin kan değerleri normaldi. P-A akciğer grafisinde sol hilusda kitle ve perihiler



Şekil 1. Birinci olgunun başvuru P-A akciğer grafisi



Şekil 2. Birinci olgunun akciğer bilgisayarlı tomografisi



Şekil 3. İkinci olgunun başvuru P-A akciğer grafisi

bölgede nonhomojen gölge koyuluğu artışı mevcuttu (Şekil 3). Bronkodilatör tedavi başlandı. Balgamda teksifle ARB incelemesi 3 kez negatif geldi. Bronkoskopide sol üst lob bronş orfisi ödemli, hiperemikti ve mukozadan kabarık, parlak gri plaklar

mevcuttu. Bronş lavajında ARB teksifle pozitif geldi. Lavaj sitolojisi kronik iltihap olarak rapor edildi. Bronkoskopi sonrası alınan balgam örneklerinde de 3 kez ARB pozitif geldi. Bactec kültüründe tüberküloz basili üredi. Antitüberküloz tedavisinin 15. gününde çekilen kontrol P-A akciğer grafisinde infiltratif görünümün gerilediği gözlemlendi.

## Tartışma

Klasik olarak endobronşial tüberküloz genç kadınlarda sık görülür (1,3). Yapılan bir çalışmada (4), yaşlı tüberkülozlu hastaların % 15'inde EBTB bulunmuş ve bunların % 64'üne başlangıçta yanlış tanı konduğu bildirilmiştir. Akciğer parankiminde atelettazi ya da konsolidasyona yol açan ve bronşial tutulum gösteren tüberküloz, otopsi sonuçlarına göre % 40-80 sıklığında bildirilmiştir (5). Ancak her tüberküloz hastası bronkoskopik yöntemle değerlendirilmediği için klinik pratikte bu sıklıkta endobronşial patolojiye neden olan tüberkülozlu hasta belirlenmemektedir.

EBTB patogenezi farklı olabilir. EBTB çocuklarda intratorasik lenf bezlerinden progressif primer tüberküloz şeklinde gelişir (6). Erişkinlerde ise parankim lezyonlarının direk veya lenfatik yolla bronş içine yayılımı ile endobronşiyal yerleşimli granüloamatöz lezyonlar gelişir (7). Bizim ilk olgumuzda orta lobda lokalize olan parankim lezyonundan bronş duvarına ve lümene yayılım olduğu, ikinci olguda ise hiler lenf bezlerinin üst lob bronşuna açıldığı düşünüldü.

EBTB, akciğer kanseri gibi sinsi başlangıçlı veya astım, yabancı cisim aspirasyonu ya da pnömoni gibi ani başlangıçlı olabilir. En sık bildirilen başvuru semptomu öksürüktür. Hemoptizi olabilir, ancak massif hemoptizi nadirdir. Atelettaziye bağlı olarak nefes darlığı gelişebilir (7). Bizim her iki olgumuzda da hastalık sinsi başlangıçlıydı.

Hastalarımızın bronkoskopiden önce bakılan balgamlarında teksif yöntemiyle ARB tespit edilemedi. İkinci olguda bronkoskopiden sonraki günlerde çıkan balgamlarda teksifle ARB pozitif geldi. Bir seride 121 EBTB vakasının 21'inde bronkoskopiden önce balgamda ARB tespit edilmiş ve bronkoskopi sonrası balgam tetkiklerinde pozitiflik oranı çok daha artmıştır (8). Bu seride bakteriyolojik tanı koyma oranı % 7.9 olarak

bildirilmiştir. EBTB'da balgamda basil pozitifliğinin düşük olmasının nedeni, lezyonun proksimalinde granülasyon dokusu gelişimi ile bronşda daralma ve buna bağlı mukus çıkışındaki zorluk olabilir.

EBTB radyolojik bulguları hiler ve perihiler kitle, atelettazi ve mediastinal genişleme olarak bildirilmektedir (3,4). Ancak, radyoloji normal de olabilir. İki olgumuzda da kitleyi andıran akciğer grafisi ve BT görüntüleri hastaların klinik ve radyolojik olarak akciğer kanseri tanısı almalarına neden olmuştur. ARB negatif olguların incelendiği bir çalışmada (9) mediastinal lenfadenopatiler ile tüberküloz arasında kuvvetli ilişki bulunmuştur. Ancak akciğer karsinomlarında da mediastinal lenf bezleri tutulumu olabileceği için bu bulgunun ayırıcı tanıya bir katkısı olamaz.

EBTB'deki bronkoskopik bulgular aktif kazeöz, ödemli-hiperemik, fibrostenotik, tümöral, granüler, spesifik olmayan bronşitik lezyonlar ve ülseratif olmak üzere yedi forma ayırmıştır (10). Bu gruplandırmaya göre ilk olgumuzda ödemli-hiperemik, ikinci olgumuzda ödemli-hiperemik ve aktif kazeöz lezyonlar vardı. İkinci olgumuzda gördüğümüz ödemli ve hiperemik mukoza üzerinde beyaz, jelatinöz plakların EBTB için çok tipik olduğu bildirilmektedir (3,8).

Bir çalışmada (11), balgam ve mide suyunda ARB negatif olguların % 55'ine bronş biyopsisinde histopatolojik olarak kazeifiye granüloamatöz iltihabın gösterilmesi ve/veya bronş lavajında teksifle ARB'nin pozitif bulunmasıyla erken dönemde tanı konabileceği bildirilmektedir.

Sonuç olarak, akciğer tüberkülozu akciğer kanseri ile karışabilecek klinik, radyolojik ve bronkoskopik görünüme sahip olabilir. Bu nedenle yapılan tüm bronkoskopilerde bronş lavajında ve postbronkoskopik balgamda ARB tetkiki gerekir.

## Kaynaklar

1. Navio P, Jimenez D, Perez-Rodriguez E, Gaudio J, Lastra E, Valino J. Atypical locations of pulmonary tuberculosis and the influence of the roentgenographic patterns and sample type in its diagnosis. *Respiration* 1997;64:296-9.
2. Weber AL, Bird KT, Janower ML. Primary tuberculosis in childhood with particular emphasis on changes affecting the tracheobronchial tree. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med* 1968; 103:123-32.
3. Ip MSM, So SY, Lam WK, Mok CK. Endobronchial tuberculosis revisited. *Chest* 1986; 89:727-30.

4. Van den Brande P.M., F. Van de Mierop, Verbeken E K Demendts M. Clinical spectrum of endobronchial tuberculosis in elderly patients. Arch Intern Medicine 1990(150).
5. Kurasawa T, Kuze F, Kawai M, Amitani R, Murayama T, Tanaka E, et al. Diagnosis and management of endobronchial tuberculosis. Intern Med 1992;31:593-8.
6. Weber AL, Bird KT, Janower ML. Primary tuberculosis in childhood with particular emphasis on changes affecting the tracheobronchial tree. Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med 1968;103:123-32.
7. Rom WN, Garay S. Tuberculosis. 1996, Little, Brown and Company:373-412.
8. Lee JH, Park SS, Lee DH, Shin DH, Yang SC, Yoo BM. Endobronchial findings in pulmonary tuberculosis. Clinical and broncoscopic features in 121 cases. Chest 1992; 102:990-4.
9. Balbay ÖA, Çalışır HC, Ertürk A, Öğretensoy M. Balgam yayma negatif akciğer tüberkülozu olgularında bronş lavajı, bronş biyopsisi ve post bronkoskopik balgamın tanısallığı. Tüberküloz Toraks Derg 2001;49:124-8.
10. Chung HS, Lee JH. Bronchoscopic assessment of evolution of endobronchial tuberculosis. Chest 2000; 117:385-92.
11. Çıkrıkçoğlu S, Yılmaz V, Kılıçaslan Z. Fiberoptik bronkoskopi ile tanı konulan tüberküloz olguları. Solunum 1989;14:196-8.