



Granülomatöz Lenfadenit: Zor Tanı

Granulomatous Lymphadenitis: Difficult Diagnosis

Kübra BAĞIR¹(ID), Hüseyin Aytaç ERDEM¹(ID), Elnaz EMDADİAN²(ID), Mehmet Sezai TAŞBAKAN²(ID),
Cengiz ÇAVUŞOĞLU³(ID), Meltem IŞIKGÖZ TAŞBAKAN¹(ID), Mustafa Hikmet ÖZHAN⁴(ID)

¹ Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

² Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

³ Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

⁴ Özel Klinik, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İzmir, Türkiye

Makale atfı: Bağır K, Erdem HA, Emdadian E, Taşbakan MS, Çavuşoğlu C, Işıkgöz Taşbakan M ve ark. Granülomatöz lenfadenit: Zor tanı. FLORA 2024;29(4):551-554.

ÖZ

Mycobacterium tuberculosis özellikle gelişmekte olan ülkelerde hala önemli bir halk sağlığı sorunudur. Tüberkülozun başta akciğer olmak üzere her organı tutabilen bir hastalık olması ve her organda farklı semptomlarla ortaya çıkması hastalığın tanısını zorlaştırmaktadır. Ekstrapulmoner tüberkülozun farklı prezentasyonları ayırıcı tanıda güçlükler yol açabilmektedir. Bu yazıda tanı koyma aşamasındaki zorlukları vurgulamak için bir tüberküloz lenfadenit olgusu tartışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Ekstrapulmoner tüberküloz; Tüberküloz; Tüberküloz lenfadenit

ABSTRACT

Granulomatous Lymphadenitis: Difficult Diagnosis

Kübra BAĞIR¹, Hüseyin Aytaç ERDEM¹, Elnaz EMDADİAN², Mehmet Sezai TAŞBAKAN²,
Cengiz ÇAVUŞOĞLU³, Meltem IŞIKGÖZ TAŞBAKAN¹, Mustafa Hikmet ÖZHAN⁴

¹ Department of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Ege University Faculty of Medicine Hospital, İzmir, Türkiye

² Department of Pulmonary, Ege University Faculty of Medicine Hospital, İzmir, Türkiye

³ Department of Medical Microbiology, Ege University Faculty of Medicine Hospital, İzmir, Türkiye

⁴ Clinic of Pulmonary, Private Clinic, İzmir, Türkiye

Mycobacterium tuberculosis remains a significant public health problem, particularly in developing countries. The fact that tuberculosis can affect any organ, particularly the lungs, and presents with different symptoms depending on the organ involved makes its diagnosis challenging. The varied presentations of extrapulmonary tuberculosis can pose challenges in differential diagnosis. This article discusses a case of tuberculous lymphadenitis to highlight the diagnostic difficulties associated with the condition.

Key Words: Extrapulmonary tuberculosis; Tuberculosis; Tuberculous lymphadenitis

Geliş Tarihi/Received: 23/09/2024- Kabul Ediliş Tarihi/Accepted: 31/10/2024

©Telif Hakkı 2024 Flora. Makale metnine www.floradergisi.org web adresinden ulaşılabilir.



Creative Commons Atıf-GayriTicari 4.0 Uluslararası (CC BY-NC 4.0) Uluslararası Lisansı ile lisanslanmış, açık erişimli bir makaledir.

Çevrim İçi Yayın Tarihi: 26.12.2024

GİRİŞ

Lenf nodları, retikuloendotelial sistemin bir parçası olup monositler, makrofajlar, timus, dalak, kemik iliği, kemik, visseral organların mukozayla ilişkili lenfoid doku, lenfatik damarlar ile birlikte bağışık yanıtın oluşmasında katkıda bulunurlar. Lenfadenopati, lenf bezi boyutu ve yapısının bozulduğu tüm lenf bezi hastalıklarına verilen ortak addır. Anamnez, fizik muayene ve laboratuvar değerlendirmesi sonucunda etiyolojinin saptanamadığı durumlarda histopatolojik inceleme lenfadenopati hakkında daha fazla bilgi sağlayabilir^[1].

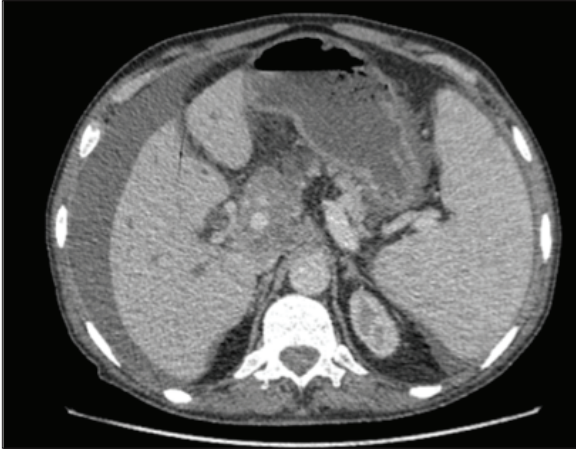
Granülom, birçok mikroorganizma, ilaçlar, uzun süreli antijenemi, makrofaj aktivitesi, T hücre yanıtları, B hücre aşırı aktivitesi, dolaşımdaki immün kompleksler ve çok sayıda biyolojik aracının karmaşık etkileşiminin nihai sonucudur^[2]. İnfeksiyonlar, otoimmün hastalıklar, yabancı cisim reaksiyonları veya maligniteler sonucu granülatöz lenfadenit tablosu gelişebilir^[3]. Histopatolojik granülatöz lenfadenit tanısı alan hastalarda standart kültür yöntemleri dışında mümkünse detaylı mikrobiyolojik inceleme yapılmalıdır. Ülkemiz gibi tüberkülozun endemik olduğu bölgelerde mikobakteriyolojik kültür dışında moleküler testlerden de yararlanılmalıdır^[4].

Tüberküloz lenfadenit en sık servikal lenf bezleri olmak üzere supraklavikuler, submandibuler, preaurikuler ve submental lenf bezlerini tutmaktadır. Mediastinal veya abdominal tüberküloz olguları da daha nadir olarak bildirilmekle birlikte ekstrapulmoner tüberküloz (EPTB) olguları ciddi klinik tablolar ile karşımıza çıkabilir. Bu olguda bir yıldır karın ağrısı, ishal, halsizlik, kilo kaybı, asit şikayetleri ile tetkik edilen, histopatolojik olarak granülatöz lenfadenit tanısı olup, tekrarlanan biyopsisinde tüberküloz lenfadenit tanısı alan bir olgu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Miyelofibrozis tanısı ile düzenli kan transfüzyonu ve hidroksiüre tedavisi alan 74 yaşındaki erkek hastanın yaklaşık bir yıl önce kilo kaybı, iştahsızlık ve halsizlik şikayetleriyle başvurduğu dış merkezde yapılan tetkiklerinde splenomegali ve intraabdominal lenf nodları saptanmış. Yaklaşık bir yıldır şikayetleri devam eden hasta ileri tetkik amacıyla hastanemize yönlendirilmiş-

tir. Hastanın öyküsünde iki ay önce yapılan endosonografide pankreas baş komşuluğunda 55 x 40 mm'ye ulaşan konglomere lenf nodu saptanması üzerine çölyak alanda yuvarlak ve triangelüler lenf nodlarından biyopsi yapıldığı, biyopsi sonucunun granülatöz hastalıklar ile uyumlu olduğu öğrenildi. Yaklaşık bir ay önce ise endobronşial ultrasonografi (EBUS) uygulandığı; yapılan histopatolojik incelemenin yaygın nekroz ve granülatöz inflamasyon olarak sonuçlandığı, plevra ponksiyon sıvısında aside dirençli basil (ARB) saptanmadığı, tüberküloz polimeraz zincir reaksiyonu (PZR) negatif ve mikobakteriyoloji kültüründe üreme olmadığı öğrenildi. Hasta, bu süre zarfında karında hassasiyet, şişlik, ishal ve kusma şikayetlerinin artması ve kilo kaybının olması (yaklaşık vücut ağırlığının %10'u kadar) üzerine kliniğimize yatırıldı. Fizik muayenesinde genel durumu orta, bilinci açık, oryante ve koopere olup batında yaygın hassasiyet, asit ve splenomegali mevcuttu. Vital bulguları ateş= 37 °C, tansiyon arteriyel= 120/70 mmHg, nabız= 77/dakika olan hastanın yapılan hemogram ve biyokimyasal tetkiklerinde lökosit sayısı= 4050/µL (%78 nötrofil), C-reaktif protein= 3 mg/L (üst sınır= 5), sedimentasyon= 16 mm/saat olarak görüldü. Etiyolojiyi araştırma amacıyla çekilen tüm vücut bilgisayarlı tomografide; sağ mediastende ve sağ hiler bölgede santral nekrotik görünümlü lenf nodları, splenomegali, batin içi serbest sıvı, portal hilus düzeyinde portal ven ve koledokta belirgin darlığa sebep olan konglomere nekrotik patolojik lenf bezleri kümesinde önceki görüntülemelere göre progresyon olduğu, granülatöz süreçlerin ön planda düşünülmesi ancak malignitenin dışlanamadığı şeklinde sonuçlandı (Şekil 1,2). Brusella, sifiliz, toksoplazma, HIV açısından istenen serolojik tetkikleri ve interferon gama salınım testi (IGRA) negatif olan hastadan tekrar biyopsi yapılması planlanmasına rağmen portal hilus düzeyinde tıkanıklığa yol açan konglomere lenfadenopatilerin olması nedeniyle açık eksploratif laparotomi/eksizyonel biyopsi yapılmasına karar verildi. Periportal eksizyonel biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesi periportal nekrotik lenf nodu olarak sonuçlandı. Mikobakteriyolojik incelemesinde ARB saptanmayan materyalin kültüründe operasyondan altı hafta sonra *Mycobacterium tuberculosis* kompleks üremesi



Şekil 1. Batın BT transvers kesitte nekrotik görünümlü lenf nodları.



Şekil 2. Batın BT koronal kesitte nekrotik görünümlü lenf nodları.

(rifampisin, izoniazid, etambutol ve pirazinamid duyarlı) üzerine olgu izoniazid 5 mg/kg/gün, rifampisin 10 mg/kg/gün, pirazinamid 25 mg/kg/gün, etambutol 20 mg/kg/gün antitüberküloz tedavisi başlanarak, kontrol ve tedavisinin devamı amacıyla verem savaş dispanserine yönlendirildi. Hastanın tedavisi devam etmektedir.

TARTIŞMA

Türkiye, Dünya Sağlık Örgütü tarafından tüberküloz açısından endemik kabul edilen ülkeler arasında yer almaktadır. Akciğer tüberkülozunda kli-

nik ve radyolojik tanı daha kolay olmakla birlikte EPTB'de semptomların spesifik olmaması, yavaş seyirli bir başlangıç göstermesi tanıda gecikmelere yol açmaktadır^[5]. Bu nedenle özellikle ülkemiz gibi endemik bölgelerde lenfadenopati nedeniyle tetkik edilen hastalarda tüberküloz akla gelmelidir. Klinik özellikler organa özgü olduğundan ilgili bölgeden alınacak örneklerin mikobakteriyolojik ve histopatolojik incelemesi gereklidir. Tanıda altın standart, doku örneğinden alınan kültürde *M. tuberculosis* üremesi olup tüberkülin deri testi, eritrosit sedimentasyon oranı, biyopsi ile alınan örneklerde moleküler testlerin çalışılması tanıda yardımcıdır. Ancak üreme olmaması, IGRA testinin negatif olması tüberküloz tanısını tamamen ekarte ettirmemektedir. Tüberküloz tanısında kullanılan PZR gibi moleküler testlerin duyarlılığı %43-84, özgüllüğü %75-100 arasında değişmektedir^[6]. Olguda, EBUS ve endosonografik olarak ilk alınan lenf bezi biyopsi örneklerinde PZR negatif saptanmış ve üreme olmamıştır.

Lenfadenopatili hastalarda etiyolojiyi aydınlatmak zaman zaman zorlu bir süreç ve sabırlı bir takibi gerektirebilir. Yaygın granülomatöz lenfadenopati tanısı ile tetkik edilen hastalarda tanı koyulamaz ise tekrar ve daha invaziv cerrahi yöntemler ile alınan biyopsiler için çaba harcanmalıdır. Tüberküloz tedavisinin uzun süreli olması, ilaç yan etkileri ve direnç durumu, ekonomik, sosyal ve psikolojik faktörler ve tedavide uyumda yaşanabilecek zorluklar göz önüne alınacak olursa ampirik tedavi doğru bir seçenek olmayabilir. Klinik olarak tüberkülozun tamamen dışlanamadığı durumlarda tekrarlayan biyopsilerle lenfadenopati ayırıcı tanısının yapılması gerektiğini unutmamak gerekir.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazarlar bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

YAZAR KATKISI

Anafikir/Planlama: KB, EE, MIT, MHÖ

Analiz/Yorum: KB, HAE, MST, ÇÇ

Veri Sağlama: KB, HAE, EE, ÇÇ, MHÖ

Yazım: KB, EE, MST, MIT

Gözden Geçirme ve Düzeltme: HAE, MST, ÇÇ

Onaylama: KB, HAE, MIT, MHÖ

KAYNAKLAR

1. Habermann TM, Steensma DP. Lymphadenopathy. *Mayo Clin Proc* 2000;75:723-32. [https://doi.org/10.1016/S0025-6196\(11\)64620-X](https://doi.org/10.1016/S0025-6196(11)64620-X)
2. Maini R, Nagalli S. Lymphadenopathy. In: *StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.*
3. Schirmer P, Renault CA, Holodniy M. Is spinal tuberculosis contagious?. *Int J Infect Dis* 2010;14:e659-e66. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2009.11.009>
4. Erbay M, Özsü S, Ayaydın ES, Türkyılmaz A, Özçelik N, Bülbül Y, et al. Causes of mediastinal/hilar granulomatous lymphadenitis. *Tüberk Toraks* 2018;66:212-6 <https://doi.org/10.5578/tt.67018>
5. Tanyel E, Deveci A, Şensoy L, Temoçin F, Öztomurcuk D. Evaluation of adult extrapulmonary tuberculosis patients. *Klimik Derg* 2023;36:52-7. <https://doi.org/10.36519/kd.2023.4206>
6. Kim YJ, Kang JY, Kim SI, Chang MS, Kim YR, Park YJ. Tuberculosis-related causes of lymphadenopathy. *BMC Infect Dis* 2018;18:457. <https://doi.org/10.1186/s12879-018-3344-x>

Yazışma Adresi/Address for Correspondence

Dr. Kübra BAĞIR

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi,
İnfeksiyon Hastalıkları ve
Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı,
İzmir, Türkiye

E-posta: kubrabagir@gmail.com