

**Olgu Sunumu****Servikal Tüberküloz Lenfadenit****Olcay ESER<sup>1</sup>, Abdullah AYÇİCEK<sup>2</sup>, Çiğdem TOKYOL<sup>3</sup>, Serhat YILDIZHAN<sup>1</sup>,  
Ergün KARAVELİOĞLU<sup>4</sup>**<sup>1</sup>Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroşirurji Anabilim Dalı, Afyonkarahisar<sup>2</sup>Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Afyonkarahisar<sup>3</sup>Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Afyonkarahisar<sup>4</sup>Bolvadin Dr. Halil İbrahim Özsoy Devlet Hastanesi, Nöroşirurji Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

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 tutulumlarda mevcuttur. Boyunda kitle ile başvuran olgularda çoğu kez akciğer tüberkülozuna ait klinik bulgular bulunmadığından ayrıntılı inceleme ve tetkik gerekmektedir. Otuz bir yaşında kadın hasta, boyun bölgesinde şişlik yakınmasıyla polikliniğe başvurdu. Çekilen Bilgisayarlı Tomografi (BT) ve Magnetik Rezonans Görüntüleme (MR) incelemelerinde boyunda yumuşak doku kitlesi belirlendi. Hasta opere edildi. Histopatolojik incelemede kazeifikasyon nekrozu ve mikroabse formasyonu izlendi.

**Anahtar kelimeler: Servikal kitle, ekstra-pulmoner tüberküloz, tüberküloz lenfadenit***J Nervous Sys Surgery 2014; 4(3):111-114***Cervical Tuberculous Lymphadenitis**

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. Since there is no specific finding of pulmonary tuberculosis, detailed investigations are required in patients admitted with the symptoms of a neck mass. A 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 the neck demonstrated soft tissue mass in the neck. Patient was operated. Histopathologic examination revealed caseation necrosis and microabcess.

**Key words: Servikal mass, extra-pulmonary tuberculosis, tuberculous lymphadenitis***J Nervous Sys Surgery 2014; 4(3):111-114*

**B**ilinen 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 insan yetmezlik virüsü (HIV) enfeksiyonu gibi nedenlerle gelişmiş ülkelerde de görülmektedir. Tüberküloz başta akciğeri tutmakla birlikte, lenfojen, hematojen ve direkt yayılımla lenf düğümleri, plevra, böbrek, kemik, eklemler, meninks, beyin, periton olmak

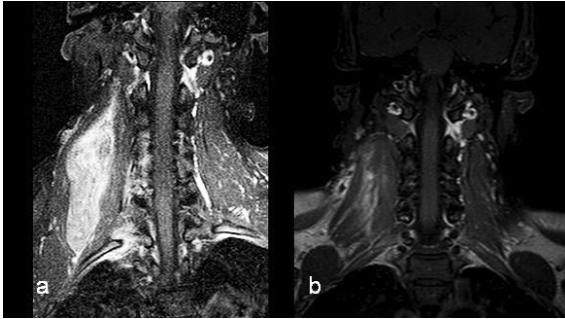
üzere tüm organ ve dokuları tutabilmektedir <sup>(1)</sup>. Akciğer dışı tüberküloz tutulumlarının 1/3'ini, tüm tüberküloz olgularının ise % 5'ini tüberküloz lenfadenit oluşturmaktadır <sup>(2)</sup>. Servikal tüberküloz lenfadenit tablosunun kesin tanısı klinik muayene ve radyolojik tetkikler ile konamayabilir. Kesin tanı biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesinde kazeifiye granülomatöz inflamasyonun gösterilmesi veya aside dirençli bakterinin (ARB) direkt bakı ve/veya kültürde saptanmasıyla olduğu bildirilmiştir <sup>(3,4)</sup>. Biz bu makalede, 31 yaşında kadın hastada, kesin tanısı histopatolojik inceleme ile konulmuş servikal tüberküloz lenfadenit olgusunu literatür eşliğinde tartıştık.

**Alındığı tarih:** 20.12.2011**Kabul tarihi:** 03.03.2014**Yazışma adresi:** Doç. Dr. Olcay Eser, Osmangazi Mah. Bayındır Sitesi 110 Sok. No: 57 Uydukent / Afyonkarahisar**e-mail:** drolcayeser@hotmail.com

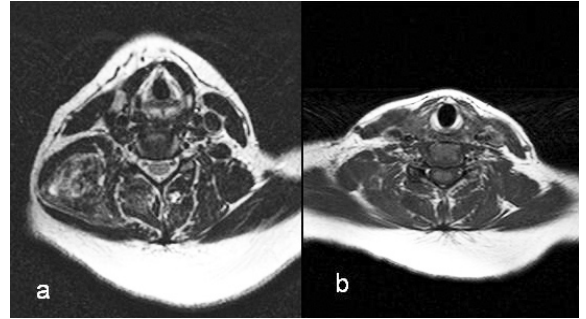
## OLGU

Otuz bir yaşında kadın hasta, boyunda ağrısız şişlik yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Beş yıl önce dış merkezde aynı yakınma nedeniyle ameliyat olmuş. Bir yıl sonra boyunda şişlik yakınması yine başlamış. 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 DTR'leri normo-aktifti. Laboratuvar sonuçlarında WBC: 9,78 Sedimentasyon:10 mm/saat, CRP: 0,651 mg/dL idi. Hastanın çekilen boyun BT ve MRG görüntülerde boynun sağ tarafında paravertebral kas grupları içinde C2 vertebra düzeyinden başlayıp T2 vertebra düzeyine kadar

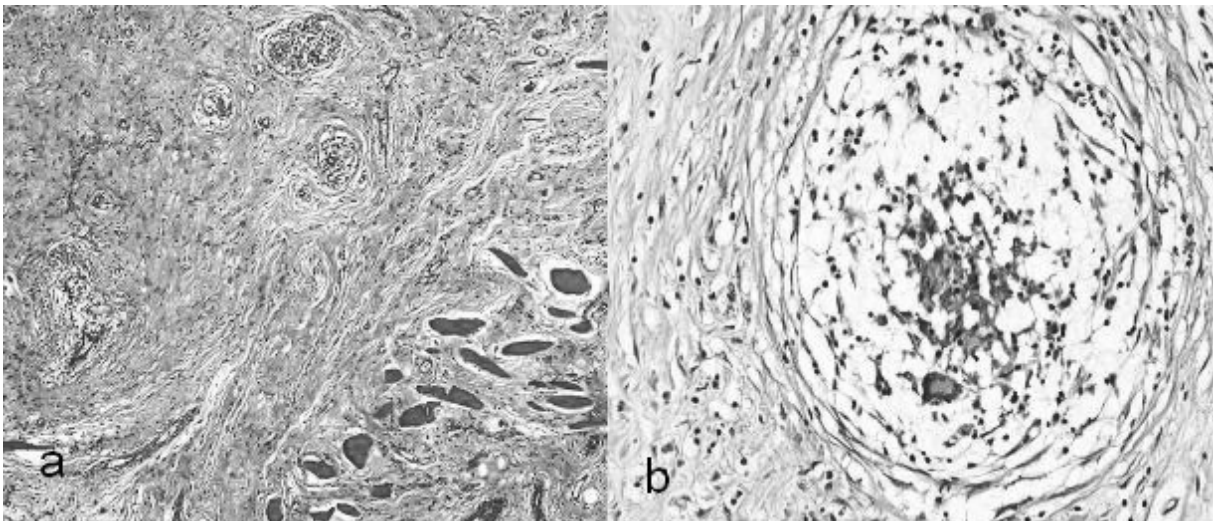
uzanan 8.5x5.5x4 cm boyutlarında, BT'de lineer, heterojen ve az miktarda kontrastlanan hipodens lezyon, MRG'de ise T2 ağırlıklı serilerde heterojen hiperintens sinyal değişikliği ve heterojen kontrastlanan malignite ile uyumlu lezyon olarak rapor edildi (Şekil 1 ve 2). Hasta kulak burun boğaz (KBB) ile birlikte ameliyat edildi. Kitle cerrahi sınır ile birlikte çıkarıldı. Yapılan histopatolojik inceleme sonucunda granümatöz 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 dörtlü antitübeküloz tedavisi başlandı.



Resim 1. a) Preoperatif koronal MRG'de servikal bölgede adale içinde hiperintens görünüm veren kitle. b) Postoperatif koronal MRG servikal bölgede kitlenin çıkarılmış hâli.



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



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

Ekstrapulmoner tüberküloz, primer enfeksiyon sırasında lenfo-hemotajen yolla diğer organlara yayılan ve latent kalan tüberküloz basiline, organizmanın direncinin düşmesi ya da duyarlılığının artması sonucu yaşamın herhangi bir devresinde reaktif olması ile gelişir <sup>(3)</sup>. 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 <sup>(8)</sup>. Servikal tüberküloz lenfadenit pulmoner veya başka sistem tutulumu olmaksızın tek belirti olabilir <sup>(9)</sup>. Servikal tüberküloz lenfadenitli hastaların %14-20'sinde akciğer grafisinde pozitif bulgular saptanır <sup>(4)</sup>. Hastamızın akciğer grafisi normaldi.

Akciğer tüberkülozunda görülen ateş, gece terlemesi, kilo kaybı, iştahsızlık, halsizlik, aşırı terleme gibi bulgular servikal tüberküloz lenfadenitte daha az görülmektedir. Hastamızda bu yakınmalar bulunmamaktaydı. Akciğer dışı tüberküloz hastalarında bulgular sessiz ve yavaş ilerleyen bir seyir göstermektedir. Hastamızda da 4 yıldır var olan boyunda ağrısız şişlik yakınması 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 hipoeoik olarak görülmektedir. BT'de ise santral, düşük dansiteli, periferik irregüler kontrastlanma artışı gösteren konglomere nodal kitleler olarak izlenir <sup>(10)</sup>.

Servikal tüberküloz lenfadenit ayırıcı tanısında lenfoma, neoplazi, sarkoidoz, kistik higroma, karotis tümörü, bakteriyel ve paraziter enfeksiyonlar, reaktif hiperplazi, brankiyal ark kisti gibi hastalıklar vardır <sup>(11)</sup>.

Öykü ve fizik muayene, radyolojik ve laboratuvar inceleme, PPD testi, ince iğne aspirasyon biopsisi tanı koymada genellikle yetersiz kalır <sup>(12)</sup>. 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 <sup>(13)</sup>. İki testin kombine edildiğinde ise bu oran %82.4'e çıkmaktadır. Olgumuzda da laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri tanı koymada yetersiz kalmış, tanı histopatolojik inceleme sonucunda konulabilmiştir.

Pozitif kültür sonuçları literatürde %10 ile 60 arasında değişmektedir <sup>(5)</sup>. 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 <sup>(14)</sup>. Kültürde üreme olmaması tüberküloz tanısını ekarte ettirmez.

Tüberküloz lenfadenitte Mantoux saflaştırılmış protein derivesi deri testi (PPD) sonuçları literatürde yüksek oranda pozitif bildirilmiştir <sup>(12,14)</sup>. 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 belirtilmiştir <sup>(12)</sup>. 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 olgularda, fistülizasyon varlığında ve tanı amaçlı olarak yapılmalıdır <sup>(10)</sup>.

Sonuç olarak, ekstrapulmoner tüberkülozun spesifik muayene ve radyolojik bulguları yoktur. Klinik bulgular organa spesifik olduğu için hastalar yakınmalarıyla ilgili bölümlere başvurmak-tadır. Bu nedenle ekstrapulmoner tüberkülozun tüm branş hekimlerince bilinmesi ve tanı aşamasında anımsanması önemlidir.

## KAYNAKLAR

1. İnönü H, Köseoğlu D, Pazarlı C, Yılmaz A, Doruk S, Yenişehirli G, et al. 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, et al. Tüberküloz lenfadenit: Üç olgu. *Ankem 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 yayınlanan 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;114:274-8. <http://dx.doi.org/10.1258/002221500190554>
5. Al-Sherhani AM. Mycobacterial infection of the head and neck: presentation and diagnosis. *Laryngoscope* 2001;111:2012-6. <http://dx.doi.org/10.1097/00005537-200111000-00027>
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. İntraorbital yerleşimli tüberküloz lenfadenit: Olgu sunumu. *Kulak Burun Boğaz İhtisas Derg* 2009;19:220-3.
8. Tatar D, Alptekin S, Coşkunol İ, Aydın M. Lenf bezi tüberkülozlu olguların özellikleri. *Solunum Hastalıkları* 2007;18:20-5.
10. Bayazit YA, Bayazit N, Namiduru M. Mycobacterial cervical lymphadenitis. *Otorhinolaryngol Relat Spec* 2004;66:275-80. <http://dx.doi.org/10.1159/000081125>
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;18:202-5. [http://dx.doi.org/10.1016/S0196-0709\(97\)90083-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0196-0709(97)90083-1)
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;110:30-4. <http://dx.doi.org/10.1097/00005537-200001000-00006>
14. Munck K, Mandpe AH. Mycobacterial infections of the head and neck. *Otolaryngol Clin North Am* 2003;36:569-76. [http://dx.doi.org/10.1016/S0030-6665\(03\)00032-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0030-6665(03)00032-X)