

# Mediyastinal Lenf Bezi Tüberkülozu

Şerife Akalın<sup>1</sup>, M. Kemal Çelen<sup>1</sup>, Mehmet Faruk Geyik<sup>1</sup>, Ömer Faruk Kökoğlu<sup>2</sup>, Salih Hoşoğlu<sup>1</sup>, Celal Ayaz<sup>1</sup>

**Özet:** Nedeni bilinmeyen ateşin başta gelen nedenlerinden biri enfeksiyon hastalıklarıdır. Tüberküloz nedeni bilinmeyen ateş vakalarında ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken hastalıklardandır. Tüberküloz her doku ve organı tutabilen çok geniş klinik spektruma sahip bir hastalıktır. Akciğer dışında yerleşen çeşitli doku ve organ tüberkülozları ekstrapulmoner tüberküloz adı altında toplanır. Ekstrapulmoner tüberküloz sinsi olarak primer enfeksiyondan yıllar sonra ortaya çıkabileceği gibi hızla ilerleyerek akut bir tablo oluşturabilir. Dört haftadan uzun süren ateş şikayetiyle gelen, mediyastinal lenf bezi tüberküloz olgusu irdelendi.

**Anahtar Sözcükler:** Ekstrapulmoner tüberküloz, nedeni bilinmeyen ateş.

**Summary:** Mediastinal tuberculous lymphadenitis. One of the common causes of fever of unknown origin (FUO) are infectious diseases. Tuberculosis must be thought in the differential diagnosis of fever of unknown origin cases. Tuberculosis can involve every tissue and organ and has a wide clinical spectrum. In this article, a case with fever longer than four weeks and diagnosed as mediastinal tuberculous lymphadenitis was presented.

**Key Words:** Extrapulmonary tuberculosis, fever of unknown origin.

## Giriş

Nedeni bilinmeyen ateş (NBA), 38.3°C'nin üzerinde, en az üç hafta süren ve hastanede yapılan bir haftalık incelemeye karşın nedeni bulunamamış ateş olarak tanımlanmıştır (1). Yeni mikrobiyolojik tekniklerin, görüntüleme yöntemlerinin serolojik testlerin gelişmesi NBA olgularına yaklaşımı değiştirmiştir.

Tüberküloz her doku ve organı tutabilen çok geniş klinik spektruma sahip bir hastalıktır. Akciğer dışında yerleşen ve ekstrapulmoner tüberküloz (EPT) adı altında toplanan çeşitli doku ve organ tüberkülozları sinsi olarak ilerleyerek primer enfeksiyondan yıllar sonra ortaya çıkabileceği gibi hızla ilerleyerek akut bir tablo oluşturabilir. Tüberküloz nedeni bilinmeyen ateşin başta gelen nedenlerindedir. Dört haftadan uzun süren ateş şikayetiyle gelen, ekstrapulmoner tüberküloz olgusu irdelendi.

## Olgu

Yirmi beş yaşında, ev hanımı, yaklaşık bir aydır süren ateş, terleme ve zayıflama şikayetiyle başvurdu. Bu şikayetlerle birkaç kez tedavi alan ve şikayetleri geçmeyen hasta NBA tanısıyla kliniğe yatırıldı. Fizik muayenede ateş 38.4 °C, nabız 88/dakika, dil kuru ve paslı, diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar bulgularında; İökosit 7000/mm<sup>3</sup> (%60 PNL, %35 lökosit, %5

monosit), hemoglobin 13 gr/dl, hematokrit %37.8, trombosit 344 000/mm<sup>3</sup>, sedimantasyon 113 mm/saat, ALT 17 Ü/lt, AST 21 Ü/lt, RF negatif, ASO 324 Ü, *Brucella* ve *Salmonella* aglütinasyonları negatif olarak bulundu. Üç günlük takip sonrası ateşin kontinü devam etmesi ve relatif bradikardisi olması üzerine salmonelloz ön tanısı ile siprofloksasin 500 mg tablet günde iki kez başlandı. Kültürlerinde üremesi olmadı. On günlük tedaviye rağmen ateşi düşmedi. Bunun üzerine tedaviler kesilerek kültürleri tekrarlandı, balgam ve idrarda ARB arandı ve tüberküloz için ekim yapıldı Yaklaşık beş günlük takip sonrası şikayetleri devam etti. Hastada 45 gündür olan ateş, terleme, iştahsızlık, kilo kaybı vardı ve tüm araştırmalara rağmen enfeksiyon odağı ve malignite bulunamadı Yattığı süre içinde tanı amaçlı PA akciğer grafisi tekrarlandı, batın-pelvik ultrasonografi, batın ve kraniyal tomografi, lumbal ponksiyon yapıldı. Hepsi normal bulundu. Yatışının 20. günü çekilen toraks tomografisinde multipl mediyastinal lenfadenopatiler tespit edildi. Mediastinoskopi kabul etmeyen hastaya ekstrapulmoner tüberküloz olabileceği düşünülerek tedaviden taniya gitmek için izoniazid 300 mg, rifampisin 600 mg, morfazinamid 2 gr, streptomisin 1 gr başlandı. Hastanın beş gün sonra ateşi düştü

Yirmi gün sonra klinik olarak tamamen düzelen hasta kontrollere gelmek üzere taburcu edildi. İkinci ayda hastaya başka hastanede mediastinoskopi yapılmış ve patolojide kazeifikasyon nekrozu içeren granüloamatöz iltihap olarak değerlendirilmişti. Mediastinal lenf bezi tüberkülozu tanısı alan ve dokuz aydır takip edilen hastanın şikayetleri tekrarlamadı.

## İrdeleme

NBA serilerinde enfeksiyonları takiben kollajenozlar ve neoplazmlar ilk sırada gelmektedir. Enfeksiyonlar ülkemiz ve yurt dışı serilerinde en sık nedenlerdir (1,3-5). Bu nedenle has-

(1) Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır

(2) Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

XI. Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Kongresi (30 Mart-3 Nisan 2003, İstanbul)'nde bildirilmiştir.

tarahın öncelikle mikrobiyolojik ve serolojik tetkikleri yapılmalıdır. Görüntüleme yöntemleri ile lezyon saptama, organ ve doku biyopsileri, gerekirse laparotomi kesin tanıya götüren yöntemlerdir. Yurt dışı serilerde NBA etyolojisinde infeksiyon sıklığı %21-36 arasında değişmektedir (1,16). Ülkemizde NBA serilerinde infeksiyon nedeni olarak tüberküloz sıklığı %23-71 arasındadır (4,6). Bu olguların çoğunluğunu miliyer tüberküloz oluşturmaktadır (6). Ülkemizden bazı serilerde de çoğunluğu akciğer dışı organ tüberkülozu oluşturmaktadır (6,10,14). Simon ve arkadaşları (15), en sık genitoüriner tüberküloz ve bunu takiben tüberküloz lenfadenit ve kemik-eklem tüberkülozu saptamışlardır Weir ve arkadaşları (8) ise en sık genitoüriner tüberküloz (%22.2), tüberküloz lenfadenit (%20), tüberküloz plörezi (%15.5), abdominal tüberküloz (%8.8) ve kemik-eklem tüberkülozu saptamışlardır.

Kesin tanıya ulaşamayan ve ateşi devam eden olgularda olası tanılara yönelik tedavilerle tedaviden tanıya yaklaşım denebilir (7). EPT tanısı pulmoner tüberkülozdan daha güçtür. Tüberkülozdan şüphe edilmesi ve tüberkülozla temas öyküsü önemlidir. Sunulan olguda temas öyküsü yoktu. EPT olgularında tüberküloz maruziyetini, Weir ve arkadaşları (8) %65; Peronne ve arkadaşları (11) %42, Taşova ve arkadaşları (10) ise %25 olarak bildirmişlerdir.

EPT'da şikayetlerin başlaması ile tanı arasında geçen süre çoğunlukta uzundur. Çeşitli çalışmalarda tanı süresi bir hafta ile dört yıl arasında belirtilmiştir (10,11). Bu olgulara yaşarken tanı koymak otopsi ile tanı koymaktan daha zordur (13). Taşova ve arkadaşları (10)'da %68.4 olguda otuz gün sonrasında tam koymuşlardır. EPT hemen her yaş grubunu ilgilendirir (8,12). Tüberkülozda tespit edilen nonspesifik semptomlar olguların sadece 1/3'ünde görülür. Olgumuzda bu semptomların hepsi vardı. Fizik muayene bulguları ise genellikle belirsizdir. Bu durum tanının gecikmesine, hatta yanlış tanıya neden olabilir (8).

Hematolojik ve biyokimyasal tetkikler de çoğu kez nonspesifiktir. Sedimentasyon yüksekliği, anemi, transaminazlarda yükselme, hiponatremi, lökositoz, lökopeni, trombositopeni olabilir (8). Bu hastada sadece sedimentasyon yüksekti.

Sonuç olarak EPT, NBA'da araştırılması gereken hastalıkların başında gelmelidir. Tüberküloz tanısı zordur. Görüntüleme yöntemleri, histopatoloji ve tedaviden tanıya gitme sebebi bilinmeyen ateşlerde başvurulması gereken yöntemlerden olmalıdır.

## Kaynaklar

1. Petersdorf RG, Beeson PB. Fever of unexplained origin: report on 100 cases. *Medicine* 1961; 40: 1-30
2. Tabak F, Mert A. Nedeni bilinmeyen ateş. *İnfeksi Hast Ser* 1998; 1: 35-43
3. De Kleijn EM, van der Meer JW. Fever of unknown origin (FUO): report on 53 patients in a Dutch university hospital. *Neth J Med* 1995; 47: 54-60
4. Saltoğlu N, Taşova Y, Yılmaz G, Dündar İH. Nedeni bilinmeyen ateş: 54 olgunun değerlendirilmesi [Özet]. *In: Tekeli E, Willke A, eds. 8. Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Kongresi* (6-10 Ekim 1997, Antalya) *Kongre Program ve Özet Kitabı*. İstanbul: Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği & Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti, 1997: 670
5. Mert A, Tabak F, Dumankar A, Aykaç İ, Süve İ, Aktuğlu Y. Nedeni bilinmeyen ateş: 50 olgu bildirişi. *Klinik Derg* 1996; 9: 18-21
6. Coşkun D, Dağ Z, Göktaş P. Nedeni bilinmeyen ateş olguları [Özet]. *In: Tekeli E, Willke A, eds. 8. Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Kongresi* (6-10 Ekim 1997, Antalya) *Kongre Program ve Özet Kitabı*. İstanbul: Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği & Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti, 1997: 667
7. Esposito AL, Gleclman RA. A. Diagnostic approach to the adult with fever of unknown origin. *Arch Intern Med* 1979; 139:575-9
8. Weir MR, Thornton GF. Extrapulmonary tuberculosis. Experience of a community hospital and review of the literature. *Am J Med* 1985; 79: 467-78
9. Martens G, Willcox PA, Benatar SRI. Miliary tuberculosis: rapid diagnosis, hematologic abnormalities, and outcome in 109 treated adults. *Am J Med* 1990; 89: 291-6
10. Taşova Y, Saltoğlu N, Mıdıklı D, Kandemir Ö, Aksu HSZ, Dündar İH. Erişkinde 98 ekstrapulmoner tüberküloz olgusunun değerlendirilmesi. *Klinik Derg* 2000; 13: 17-23
11. Perronne C, Saba J, Behloul Z, et al. Pyogenic and tuberculous spondylodiscitis (vertebral osteomyelitis) in 80 adult patients. *Clin Infect Dis* 1994; 19: 746-50
12. Rieder HL, Snider DE, Cauthen GM. Extrapulmonary tuberculosis in United States. *Am Rev Respir Dis* 1990; 141: 347-51
13. Bobrowitz ID. Active tuberculosis undiagnosed until autopsy. *Am J Med* 1982; 72:650-8
14. Araz M, Okan V, Sırmatel F, Demirci F, Kepekçi Y, Uçarer O. Nedeni bilinmeyen ateş. 30 olgunun değerlendirilmesi. *Klinik Derg* 2000; 13: 8-11
15. Simon HB, Weinstein AJ, Pasternak MS, Swartz MN, Kunz LJ. Genitourinary tuberculosis. Clinical features in general hospital population. *Am J Med* 1997; 63: 410-20
16. De Kleijn EM, Vandenbroucke JP, Meer JWM. Fever of unknown origin (FUO). A prospective multicenter study of 167 patients with FUO, using fixed epidemiologic entry criteria. *Medicine* 1997; 76: 392-400