

Yaşlı Bir Hastada İlk Bulgusu Cilde Drene Olmuş Lenf Bezi Apseleri Olan Miliyer Tüberküloz Olgusu

Esra Tanyel¹, Hanife Sarıkaya¹, Murat Varlık¹, Ahmet Yılmaz Çoban², Necla Tülek¹

Özet: Bu yazıda yaşlı bir hastada drene olmuş multipl subkutan apselerle seyreden miliyer tüberküloz olgusu tanımlanmıştır. Hasta ilk semptomlardan bir ay sonra kliniğimize kabul edildi. Apse materyali ve balgam örneklerinde asido-rezistan basil (ARB) görülünce tüberküloz tedavisine başlanmasına rağmen, hasta tedavinin dördüncü gününde kaybedildi. Tüberküloz tanısı kültür ile doğrulandı.

Anahtar Sözcükler: Miliyer tüberküloz, tüberküloz lenfadenit, subkutan apse, yaşlılık.

Summary: A case of miliary tuberculosis presenting as multiple drained subcutaneous abscesses in an elderly man. In this report, a case of miliary tuberculosis presenting as multiple drained subcutaneous abscesses in an elderly man was described. The patient was admitted to our department one month after his first symptom. We began the treatment after detection of acid-fast bacilli (ARB) in the smear of abscess material and sputum but he died in the fourth day of treatment. The diagnosis of tuberculosis was confirmed by positive culture.

Key Words: Miliary tuberculosis, tuberculous lymphadenitis, subcutaneous abscesses, elderly.

Giriş

Tüberküloz başta akciğerler olmak üzere birçok organı etkileyen, farklı klinik şekillerde görülebilen bir hastalık olup, 1980'lerden sonra edinsel immün yetmezlik sendromunun (AIDS) yayılımı ile paralellik göstererek hızla artmaya başlamıştır. Ancak bu defa da hastalığın miliyer ve ekstrapulmoner şekilleri daha sık görülmeye başlamıştır. Miliyer tüberküloz, tüberkülozun progresif ve yaygın formu olup, tedavi edilmiş tüberkülozdan yıllar sonra gelişebileceği gibi, primer infeksiyon esnasında da gelişebilir. Çok yaşlı ve genç hastalar ile HIV-pozitif hastalar miliyer tüberküloz gelişimi açısından risk altındadır. Alta yatan alkolizm, malignite, konnektif doku hastalığı, renal yetmezlik ve diabetes mellitus gibi durumların varlığında da miliyer tüberküloza daha sık rastlanmaktadır (1,2). Ekstrapulmoner tüberkülozun en sık görülen şekli tek ve büyümüş servikal lenf bezidir. Lenf bezleri tedavi edilmediğinde, zamanla flüktuasyon vererek ciltten drene olabilir (1,3,4). Bu yazıda, ilk bulgusu cilde drene olmuş lenf bezi apseleri olan miliyer tüberkülozlu yaşlı bir hasta sunulmuştur.

Olgu

Seksen beş yaşında, çiftçilikle uğraşan erkek hasta, boyunda akıntılı yaralar ve ateş şikayeti ile başvurdu. Bir aydır boyunun alt kısmında şişlikleri olan hasta, bu nedenle farklı hekimler tarafından verilen antibiyotikleri (oral olarak amoksisilin-klavulanik asid ve trimetoprim-sülfametoksazol, daha sonra intramüsküler ampisilin-sulbaktam) kullanmıştı. Son zamanlarda yutma güçlüğü gelişmesi, ateşinin kontrol altına alı-

namaması ve boyundaki şişliklerinden dışarı pü boşalması nedeniyle kliniğimize yatırıldı. Fizik muayenede; ateş 37.8°C, nabız 80/dakika, kan basıncı 100/60 mmHg, genel durum orta, bilinç açık, ancak, oryantasyon ve kooperasyon tam değildi. Öksürük ve balgam çıkarma yakınmaları mevcuttu. Boyunda sol submandibuler bölgede 3 cm çapında, sol mandibula üzerinde 1 cm çapında ve sağ supraklaviküler bölge üzerinde 0.5 cm'lik etrafları hiperemik fistül ağzları ve sarı renkli pürülan akıntı mevcuttu (Resim 1 A ve B). Laboratuvar bulgularında; lökosit 1480/mm³ (%80 PMNL, %16 lenfosit, %2.5 monosit), hemoglobin 9.9 gr/dl, hematokrit %28, trombosit 125 000 /mm³, eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) 60 mm/saat, C-reaktif protein (CRP) 200 mg/lt, ALT 28 U/lt, AST 98 U/lt, ALP 468 U/lt, total/direkt bilirübin 2.3/1.1 mg/dl olarak bulundu. Boyundaki apselerden alınan örneklerin Gram boyamasında Gram-pozitif kok görüldü. Hastanın nötropeni ve 39.8°C ateşi olması üzerine karbapenem ve glikopeptid tedavisi başlandı. Apselerden alınan örneklerin Ehrlich-Ziehl-Neelsen (EZN) boyamasında asido-rezistan basil (ARB) görüldü. PA akciğer grafisinde miliyer tüberkülozla uyumlu görünüm tespit edilmesi üzerine alınan balgam örneğinin EZN boyamasında da 3+ (pozitif) ARB görüldü. Tedavisine ikinci gününde dördüncü antitüberküloz tedavi (izoniazid, rifampisin, pirazinamid ve etambutol) eklendi.

Yapılan kemik iliği aspirasyonunun Gram boyamasında bakteri görülmedi, EZN boyasında ise ARB yoktu. Kan kültürlerinde 2 farklı şişede metisiline dirençli *Staphylococcus hominis* üredi. Eksüda örneğinden yapılan kültürde *Pseudomonas aeruginosa* üredi. Yattığı süre içinde yapılan boyun ultrasonografisinde; sağ posterior servikal üçgende 46x28 mm boyutlarında ve juguler ven komşuluğunda daha küçük boyutlarda multipl lenfadenopatiler ve bu bölgede kaslar arasında sınırları düzensiz apse formasyonu düşündürülen sıvı koleksiyonu, sol

(1) Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Samsun

(2) Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Samsun



Resim 1 A ve B. Akıntılı fistül ağzıları.

boyun bölgesinde en büyüğü submandibuler bez komşuluğunda 13x9 mm ve juguler ven komşuluğu ile anterior servikal üçgende lenfadenopatiler ve kaslar arasında sınırları net ayrılmayan apse formasyonları mevcuttu. PA akciğer grafisinde tipik miliyer patern mevcuttu. Yüksek rezolüsyonlu toraks tomografisi (HRCT)'nde; her iki akciğerde yaygın olmakla birlikte üst loblarda daha belirgin çok sayıda milimetrik nodüller ve yer yer buzlu cam görünümünün izlenmesi, öncelikle tüberküloz ile uyumlu olarak değerlendirildi. Batın ultrasonografisinde hepatomegali mevcuttu.

Karbapenem ve glikopeptid tedavisinin üç ve antitüberküloz tedavisinin ikinci gününde ateşi düşen hastanın takiplerinde hipotermi ve hipotansiyonu oldu; genel durumu kötüleşti. Antitüberküloz tedavisinin dördüncü gününde hasta kardiyopulmoner arrest sonrası eksitus kabul edildi.

Bactec 12B şişesinde 18. günde üreme pozitif olarak saptandı. Üreyen bakteri *Mycobacterium tuberculosis* olarak tanımlandı.

İrdeleme

Ekstrapulmoner tüberküloz, akciğerdeki tüberkülozun erken döneminde veya kronik akciğer tüberküloz odağından lenfohematojen yolla yayılarak gelişir. Ekstrapulmoner tüberküloz en sık lenf bezleri, plevra ve osteoartiküler sistemde görülür. Lenfadenit ekstrapulmoner tüberkülozun en sık görülen formudur. En çok servikal bölge lenf bezleri tutulmakla birlikte, diğer bölgelerdeki lenf bezleri de etkilenebilir (4-6). Ülkemizde yapılan 636 vakalık bir çalışmada da lenfadenit ekstrapulmoner tüberkülozun en sık görülen şekli olarak belirtilmiştir (7). Dandapat ve arkadaşları (8)'nin periferik lenfadenopati 192 hastayı değerlendirdikleri çalışmalarında 80'inin tüberküloz lenfadenit olduğunu ve bunların 56'sının da servikal bölge tutulumu olduğunu tespit etmişlerdir. Jha ve arkadaşları (9) servikal lenfadenopati ile başvuran hastaları değerlendirdikleri çalışmalarında 94 hastanın 60'ında (%63.8) tüberküloza bağlı lenf bezi büyümesi tespit etmişlerdir. Geldmacher ve arkadaşları (10) tüberküloz lenfadenitli hastaları irdeledikleri çalışmalarında, en sık (%63.3) servikal lenf bezlerinin tutulduğunu,

bunu %26.7 sıklıkla mediastinal ve %8.3 sıklıkla aksiller lenf bezi tutulumunun izlediğini belirtmişlerdir.

Miliyer tüberküloz, konakçı savunma sisteminin yetersizliğinde, primer tüberkülozun hematojen yayılımı sonrası gelişmektedir (11). Akciğer grafisinde 2-3 mm çapında darı tanesine benzer şekilde küçük nodüller vardır. Ancak yaşlı ve HIV-pozitif kişilerde her zaman grafi bulguları görülmeyebilir (2,12).

Tüberküloz 65 yaş üstü kişilerde sıkça rapor edilen hastalıklardandır. Yaşlılarda infeksiyon genelde, genç yaşta edinilen infeksiyonun reaktivasyonu şeklinde gelişir. Yaşla birlikte hücrel immün sistemde zayıflama, beslenme yetersizliği, diabetes mellitus gibi eşlik eden hastalıklar, steroid kullanımı nedenleriyle tüberkülozun reaktivasyon riski artmaktadır. Yüksek ateş, gece terlemesi, kilo kaybı, hepatosplenomegali ve lenfadenopati ile seyreden miliyer tüberküloz, yaşlılarda klinik bulgu vermeyebilir. Ancak şüphelenildiğinde erken tanı konabilmektedir (12).

Olgumuz 85 yaşında ve son bir aya kadar belirgin şikayet tanımlamıyordu. Boyunda şişlikler ve ateşinin olması üzerine doktora başvurmuş ve nonspesifik tedaviler kullanmıştı. Ancak boyundaki apselerin cilde drene olması ve ateşinin kontrol altına alınamaması üzerine kliniğimize başvurmuş ve eksüda örneğinden yapılan EZN boyamasında ARB tespit edilmiştir. PA akciğer grafisi ve toraks HRCT tetkiklerinde miliyer tüberkülozla uyumlu bulguların olması üzerine yapılan balgam incelemesinde 3+ (pozitif) ARB tespit edilmiştir. Bu olguda tüberküloz lenfadenit beraberinde miliyer tüberkülozun da olma-

sı ilginçtir. Literatürde Kondo ve arkadaşları (13) miliyer tüberkülozlu 62 yaşındaki bayan hastada sağ uylukta tümör dokusundan alınan örnekte tüberküloz basilini tespit etmişlerdir. Hastanın kan ve eksuda örneklerinden alınan kültürlerde üreyen mikroorganizmalar, sekonder enfeksiyon etkeni olarak kabul edilmiştir.

Miliyer tüberkülozda basilin yayılımı ile radyolojik bulguların ortaya çıkması için 4-6 haftalık bir süre gerekir (14). Bizim olgumuz ileri yaşta olup, immün sistemdeki baskılanma nedeniyle miliyer tüberkülozun geliştiğini, sistemik bulgularının zayıf olması nedeniyle de erken fark edilemediğini düşünmekteyiz.

İleri yaşta hastalarda tüberkülozla ilgili herhangi bir semptom varlığında miliyer tüberküloz yönünden de araştırılması gerektiği düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Fitzgerald D, Haas DW. Mycobacterium tuberculosis. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. *Mandell, Douglas, Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*. 6th ed. New York: Churchill Livingstone, 2005: 2852-86
2. Southwick FS. *Infectious Diseases in 30 Days*. New York: McGraw-Hill, 2003:107-53
3. Cook VJ, Manfreda J, Hershfield ES. Tuberculous lymphadenitis in Manitoba: incidence, clinical characteristics and treatment. *Can Respir J* 2004; 11(4): 279-86
4. Golden MP, Vikram HR. Extrapulmonary tuberculosis: an overview. *Am Fam Physician* 2005; 72(9): 1761-8
5. Nissapatom V, Kuppasamy I, Rohela M, Anuar AK, Fong MY. Extrapulmonary tuberculosis in Peninsular Malaysia: retrospective study of 195 cases. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2004; 35 Suppl 2:39-45
6. Cagatay AA, Caliskan Y, Aksoz S, et al. Extrapulmonary tuberculosis in immunocompetent adults. *Scand J Infect Dis* 2004; 36(11-12): 799-806
7. Ilgazlı A, Boyacı H, Basyigit I, Yıldız F. Extrapulmonary tuberculosis: clinical and epidemiologic spectrum of 636 cases. *Arch Med Res* 2004; 35(5): 435-41
8. Dandapat MC, Mishra BM, Dash SP, Kar PK. Peripheral lymph node tuberculosis: a review of 80 cases. *Br J Surg* 1990; 77(8): 911-2
9. Jha BC, Dass A, Nagarkar NM, Gupta R, Singhal S. Cervical tuberculous lymphadenopathy: changing pattern and concepts in management. *Postgrad Med J* 2001; 77(905): 185-7
10. Geldmacher H, Taube C, Kroeger C, Magnussen H, Kirsten DK. Assessment of lymph node tuberculosis in northern Germany: a clinical review. *Chest* 2002; 121(4): 1177-82
11. Geppert E, Leff A. The pathogenesis of pulmonary and miliary tuberculosis. *Arch Intern Med* 1979; 139: 1381-3
12. Crossley KB, Peterson PK. Infections in the elderly. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. *Mandell, Douglas, Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*. 6th ed. New York: Churchill Livingstone, 2005: 3517-24
13. Kondo H, Inoue T, Horiuchi N, Iwata M, Taniguchi K. Miliary tuberculosis associated with subcutaneous tuberculous abscess. *Nihon Kokyuki Gakkai Zasshi* 1998; 36(10): 908-12
14. Osma E. *Solunum Sistemi Radyolojisi*. İzmir: Çağdaş Ofset, 2000: 199-206