

Nadir Görülen Bir Özefageal Tüberküloz Olgusu

An Unusual Case of Esophageal Tuberculosis

¹Hatice Kutbay Özçelik, ²Sibel Yurt, ²Gülşah Günlüoğlu, ³Turan Aslan, ¹Murat Sezer, ²Filiz Koşar

¹Bezmalem Vakıf Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı ile değiştirilmesi

²Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

³Bezmalem Vakıf Üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları

Özet

Gelişmekte olan ülkelerde yaygın organ tüberkülozu önemli bir halk sağlığı problemidir. Ağızdan anüse kadar gastrointestinal sistemin herhangi bir yerinde tüberküloz görülebilir. Özefageal tüberküloz ise % 0,14 gibi çok az bir oranda görülür. Genellikle mediastinel lenf nodlarından direkt olarak yayılır. Bizim vakamız, polikliniğimize disfaji, odinofaji, kilo kaybı ve 6 aydır devam eden epigastrik ağrı şikayeti ile başvuran 55 yaşında bayan hasta idi. PA akciğer grafisinde; sol hemotoraksta hilustan perifer uzanan fibrotik bant izlenimi veren lineer opasite ve sol kostofrenik sinüste küntleşme mevcuttu. Toraks bilgisayarlı tomografisinde subkarinal ve sağ hiler milimetrik sekel kalsifik lenf nodları, torakal özefagusta karina düzeyinde ve hemen proksimalinde duvar kalınlaşması ve lümende daralma, sağ akciğer orta ve sol akciğer alt lobda subsegmenter atelettazi alanları izlendi. Üst gastrointestinal endoskopisinde; özefagusta 19. cm'de arka duvarda yaklaşık 1 cm çapında ülser lezyon görüldü. Bu bölgeden alınan biyopside tüberküloz ile uyumlu nekrotizan granülatöz iltihap izlendi. Antitüberküloz tedavinin 2. ayında yapılan endoskopide ülser lezyonun iyileştiği, alınan biopsi örneğinde tüberküloza ait bir bulgunun görülmediği saptandı. Sonuç olarak; disfaji ve kilo kaybı ile başvuran ve radyolojik bulgusu olan hastalarda ayırıcı tanıda özefageal tüberküloz düşünülmalıdır.

Anahtar kelimeler: Özefageal tüberküloz, disfaji, odinofaji

Abstract

Organ tuberculosis is an important problem for the public health in developing countries. Tuberculosis can be seen on any part of the gastrointestinal tract from mouth to anus. Esophageal tuberculosis is very rarely seen with 0.14% prevalence. It usually originates from mediastinal tuberculous lymphadenopathy. We report a 55-year-old woman who admitted to our hospital with complaints of dysphagia, weight loss, odinophagia and epigastric pain. The chest radiography revealed a linear opacity compatible with fibrotic tape was seen on chest x-ray. Thorax CT examination revealed milimetric calcified lymph nodes at subcarinal and the right hilar region, thickening of proximal part of esophageal wall through carinal level and subsegmenter collapse on left lower lobe. Ulcerative lesion with dimension of 1x1 cm localized in the 19th cm of the esophagus was seen on upper gastrointestinal endoscopy, suggesting esophageal carcinoma. Biopsy revealed necrotizing granulomatous ulceration which resembled tuberculosis. After antituberculous chemotherapy, the endoscopy repeated in end of the 2nd month of antituberculous therapy and the recovery of ulcer lesion was seen and the biopsy showed no signs of tuberculosis. Conclusion; esophageal tuberculosis should be kept in mind at differential diagnosis in patients who have complaints of dysphagia and loss weight and radiological signs.

Key words: Esophageal Tuberculosis, dysphagia, odinophagia

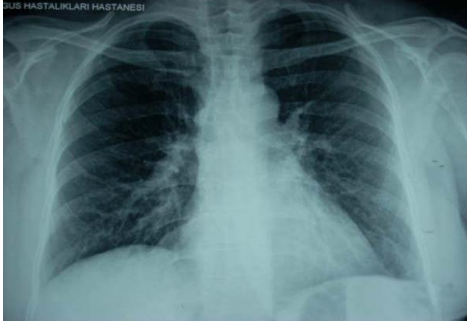
GİRİŞ

Gelişmekte olan ülkelerde gastrointestinal tüberküloz önemli bir halk sağlığı problemidir. Ağızdan anüse kadar gastrointestinal sistemin herhangi bir yerinde görülebilir. Özefageal tüberküloz ise %0,14 gibi çok az bir oranda görülür. Tüberküloz, özefagusu sıklıkla karina seviyesinde, özefagusun orta 1/3 bölümünde tutar (1). Genellikle mediastinel lenf nodlarından direkt olarak yayılır. Ayrıca enfekte balgamın yutulması, akciğerden direkt yayılım, retrograd lenfatik yayılım ile de meydana gelebilir (2). Primer olarak özefagusta tutulumu olan ve araştırma sonucunda vücudunun başka herhangi bir yerinde tüberküloza rastlanmayan olgular ise çok sınırlı sayıdadır (3, 4). Primer özefageal tüberkülozun nadir olmasının nedenleri; özefagusun koruyucu mekanizmaları, stratifiye skuamöz epitel, peristaltik temizlenme, salgı ve yiyeceklerin hızlı geçişidir (5). Klinik olarak bu hastalar ana semptom

olan disfaji ve kilo kaybından dolayı yanlış olarak özefageal karsinom olarak tanımlanırlar (6,7). Disfaji ve kilo kaybı ile başvuran ve özefagus karsinomu düşünülerek tetkik yapılan hastalarda özellikle tüberküloz insidansı yüksek bölgelerde yaşıyor ise; tüberküloz saptanabileceğini vurgulamak açısından bu vakayı sunmayı amaçladık.

OLGU

Disfaji, kilo kaybı, halsizlik, odinofaji ve epigastrik ağrı şikayeti ile polikliniğimize başvuran 55 yaşında bayan hastanın daha öncesine ait tüberküloz hastalığı, öyküsü ya da tüberküloz maruziyeti yoktu. Fizik muayenesinde tüm sistem muayeneleri normaldi. PA akciğer grafisinde; sol akciğerde hilustan perifer uzanan, fibrotik bant izlenimi veren lineer opasite ve sol kostofrenik sinüste küntleşme görüldü (Resim 1). Tam biyokimya ve hemogram tetkiklerinde patolojik bulgu tespit edilmedi.



Resim 1. Olgumuzun PA akciğer grafisi



Resim 3. Üst GİS endoskopisinde özefagustaki ülser lezyon

Sedimentasyon 13mm/saat idi. PPD endürasyonu 15 mm olarak ölçüldü. Balgamda ARB tespit edilmedi. Toraks BT'de subkarinal ve sağ hiler milimetrik sekel kalsifik lenf nodları, trakeal özefagusta karina düzeyinde ve hemen proksimalinde duvar kalınlaşması ve lümen daralma, sağ akciğer orta ve sol akciğer alt lobda subsegmenter atelektazi alanları izlendi (Resim 2). Üst gastrointestinal sistem endoskopisinde; özefagusta 19. cm'de arka duvarda, yaklaşık 1 cm çapında ülser lezyon görüldü (Resim 3). Endoskopide alınan enfeksiyonlar örneklerinin histolojik incelemesinde; tüberküloz ile uyumlu nekrotizan granümatöz iltihap görüldü (Resim 4). Hasta klinik ve radyolojik bulgular ile birlikte değerlendirilerek özefageal tüberküloz kabul edildi ve 4'lü antitüberküloz tedavi (izoniyazid 5mg/kg, rifampisin 10mg/kg, etambutol 25mg/kg, morfozinamid 50 mg/kg) başlandı. Tedavisinin 2. ayında klinik olarak rahatlayan hastanın yapılan endoskopisinde ülser lezyonun iyileştiği görüldü.

TARTIŞMA

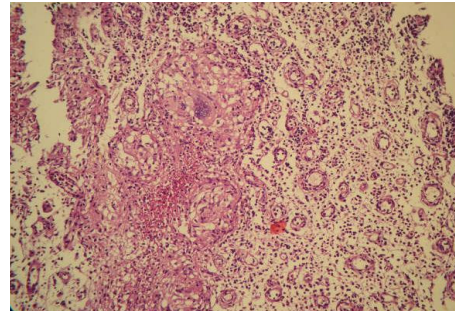
Özefagus tüberkülozu, tüberküloz insidansının yüksek olduğu ülkelerde bile çok nadirdir (7). Toplanan nekropsi materyellerinde insidansı %0.015'dir. Mediasten ve akciğere yakınlık ve özefageal mukozanın enfekte balgamla yıkanmasına rağmen; özefagustaki koruyucu mekanizmalar özefageal tüberkülozun nadirliğini açıklar. Sıklıkla oluşum nedeni, mediastinal lenf bezlerinin mycobacterium tuberculosis basili ile

enfekte olarak genişlemesi ve perinodal inflamasyon sonucu özefagus duvarına yapışarak ülserasyona yol açmasıdır (3,8). Komşuluk yoluyla olan bu yayılım dışında, sadece özefagusta lokalize ve vücudun başka hiçbir yerinde tüberküloz bulgusuna rastlanmayan özefageal tüberküloz olguları çok nadirdir (4,8). Biz de olgumuzdaki tutulumun mediastinal ve hiler lenfadenitlere sekonder olduğunu düşündük. Ayırıcı tanıda; özefageal karsinoma, fungal ve viral enfeksiyonlar, sfiliz ve Crohn hastalığı akla gelmelidir. Disfaji ve kilo kaybı ana semptomlardır (7). Odinofaji, retrosternal ağrı, öksürük ve ateş olabilir. Bizim hastamızda da bu semptomlar mevcuttu. Ayrıca kanama ve perforasyon gibi nadir komplikasyonlar da raporlanmıştır (9). Iwamoto ve arkadaşları tarafından yoğun hematemeze sebep olan aorto-özofageal fistül, Huang ve arkadaşları tarafından submukozal tümör görüntüsü olan ösofageal tüberküloz vakaları bildirilmiştir (10,11). PA akciğer grafisi ve bilgisayarlı tomografi ile pulmoner ve mediastinal lenf nodu tutulumu görülebilir. Patolojik tanı için endoskopik biyopsi gereklidir. Bu lezyonlar hipertrofik, granüler ya da ülseratif olabilir. Bizim hastamızda da ülseratif form gözlenmiştir. Cerrahi müdahale fistül formasyonu meydana geldiğinde, perforasyon olduğunda ya da kanama devam ederse düşünülmelidir. Bizim hastamızda komplikasyon olmadığından antitüberküloz tedavi başlandı ve 2 ay sonra yapılan endoskopide regresyon izlendi.

Sonuç olarak; Primer özofageal tüberküloz çok nadirdir ve maligniteden ayrımı zor olabilir ancak, yaşlı, diabetik ve bağışıklığı



Resim 2. Olgumuzun Bilgisayarlı Toraks Tomografisi mediasten penceresi, karina seviyesinde özefagusta lümen daralma ve duvar kalınlaşması



Resim 4. Histolojik incelemede nekrotizan granümatöz iltihap görülmekte.

baskılanmış, disfaji ve kilo kaybı ile başvuran hastalarda mediastinal LAP'lar da varsa özofagus tüberkülozu akla gelmelidir. PA akciğer grafisi, BT ve endoskopik muayene hastalığın tanısında değerlidir. Lokal komplikasyonlar için cerrahi müdahale ve antitüberküloz tedavi ile hastalarda iyi sonuçlar elde edilir.

KAYNAKLAR

1. Rom W N, Garay S M(Ed): Tuberculosis. Lipincott Williams and Wilkins, Philadelphia 2004; 523-30
2. Kramer P: Infectious of the esophagus; in Bockus HL(ed): Gastroenterology, Philadelphia, ed 3. Saunders 1974, pp329-38.
3. Desai C, et al. Spontaneous esophageal perforation due to mediastinal tuberculosis lymphadenitis- Atypical presentation of tuberculosis. J Postgrad Med 1999; 45(1): 13-4.
4. Iwamoto I, et al. Isolated esophageal tuberculosis. Indian J Gastroenterol 1995; 14(1): 25-6.
5. Eroğlu A, Kürkçüoğlu C, Karaoğlanoğlu N, Yılmaz O, Gürsan N. Esophageal tuberculosis abscess: an usual cause of dysphagia . Diseases of Esophagus 2002; 15:93-5.
6. Tornieporth N, Lorenz R, Gain T, Rosch T, Classen M: An usual case of active tuberculosis of the esophagus in an adult. Endoscopy 1991; 23:294-6.
7. Mokoena T, Shama DM, Ngakane H, Bryer JV: Esophageal tuberculosis: A review of eleven cases. Postgrad Med J 1992; 110-5.
8. Tassios P et al. Tuberculous esophagitis report of a case and review of modern approaches to diagnosis and treatment. Hepato Gastroenterol 1995; 42:185-8.
9. Sood A, Sood N, Kumar R, Midda V. Primary tuberculosis of ösophagus. Indian J Gastroenterol 1996; 15:75.
10. Iwamoto I, Tomita Y, Takasaki M, Mine K, Koga Y, Nabeshima K, Takechi Y. Esophagoaortik fistula caused by esophageal tuberculosis: report of a case. Surg Today 1995; 25(4):382-4
11. Yao-Kuang Huang, Yi-Cheng Wu, Yun-Hen Liu, Hui-Ping Liu. Esophageal tuberculosis mimicking submukosal tumor. Interactive cardiovascular and torasic Surgery 2004; 3:274-6