

# Özefagusa Rüptüre Olan Mediastinal Tüberküloz Lenfadenit

## *Rupture of the Esophagus with Mediastinal Tuberculosis Lymphadenitis*

<sup>1</sup>Hatice Kılıç, <sup>1</sup>Tuba Öğüt, <sup>1</sup>Ayşegül Şentürk, <sup>1</sup>Birkan Bozkurt, <sup>2</sup>H. Canan Hasanoğlu

<sup>1</sup>Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Ankara  
<sup>2</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD, Ankara

### Özet

Tüberküloz lenfadenit extrapulmoner tüberkülozun en sık görülen şeklidir. Tanısı oldukça güçtür. Sıklıkla haftalar ve aylar içerisinde şişen ağrısız lenf nodları şeklinde kendini gösterir. Mediastinal tüberküloz oldukça nadirdir; özefajial semptomlar ile kendini gösterir. Karın ağrısı yakınması ile başvuran 50 yaşındaki bayan hastada çekilen torakoabdominal bilgisayarlı tomografi (BT) 'de özefajial rüptür ve mediastinit bulguları saptanması üzerine yapılan torakotomide mediastinal tüberküloz uyumlu bulgular saptanması üzerine bu nadir olgu sunuldu.

**Anahtar kelimeler:** Mediastinit, tüberküloz lenfadenit, özefagus rüptürü

### Abstract

Extrapulmonary Lymphadenitis is the most common form of tuberculosis. It is very difficult to diagnose. Often within weeks or months, manifests itself in the form of the bottle painless lymph nodes. Mediastinal tuberculosis are very rare; shows with esophageal symptoms. A 50-year-old female patient referred with abdominal pain. Her thoracoabdominal computed tomography (CT) in esophageal rupture and mediastinitis findings on the identification underwent thoracotomy mediastinal tuberculous consistent findings on the identification of this rare case is presented.

**Key words:** Mediastinitis, tuberculous lymphadenitis, esophageal rupture

### GİRİŞ

Tüberküloz lenfadenit, ekstrapulmoner tüberkülozun en sık görülen formudur (1). Tüberküloz lenfadenit sıklıkla 20-40 yaşlarında giderek büyüyen ağrısız şişlik olarak kendini gösterir, başlangıçta sert kıvamda olan lenf nodu zamanla abseleşerek yumuşak hale gelir (2, 3). Mediastinal lenfadenit ise tüberküloz lenfadenitin %5'i kadar az görülen formudur (4). Semptomları disfaji ve ses kısıklığı şeklindedir (5). Tanısında akciğer grafisi ve tüberkülin deri testi yeterli olmamakla beraber dokuda mikroorganizmanın gösterilmesi gerekmektedir (3). Karın ağrısı şikayeti ile başvuran 50 yaşındaki bayan hastaya torakoabdominal bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. Özefajial rüptür ve mediastinit bulguları saptandı. Laparotomi ve torakotomi uygulanan hastanın mediastinal lenf nodlarında tüberküloz ile uyumlu bulgular saptandı. Kronik mediastinite yol açan en sık neden tüberkülozdur. Ancak iatrojenik bir neden olmaksızın spontan özefajial rüptüre yol açan tüberküloz lenfadenitin, literatürde daha önce görülmemeyen nadir bir komplikasyonu olması nedeni ile olgu sunuldu.

### OLGU

Elli yaşında bayan hasta, ani başlayan karın ağrısı nedeniyle acil servise başvurdu. Hastanın özgeçmişinde bilinen sistemik hastalık ve aktif tüberküloz geçirme öyküsü yoktu. Ancak tüberküloz temas öyküsü mevcuttu. Hastada immünsüpresyon söz konusu değildi. Serolojik markerlerinde HIV negatif idi. Geçirilmiş travma ya da endoskopi gibi girişimsel işlem geçirme öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde genel durum

orta, bilinci açık, koopere, oryante idi. Batın muayenesinde epigastrik bölgede defans ve hassasiyet mevcuttu. Hastaya acil serviste çekilen torakoabdominal BT'de karina düzleminden itibaren paraözefajial konumda öncelikle midenin kardias ve fundusuna ait olabilecek, mediasteni genişleten ve kalp-mediastinal vasküler yapıları anteriora deplase eden görünüm izlendi (Şekil-1). Bu görünüm paraözefajial perforo özefagus divertikülü veya abse ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hastaya spontan özefagus perforasyonu ve mediastinit ön tanısı ile genel cerrahi tarafından acil şartlarda laparotomi ve torakotomi yapıldı. Operasyon sırasında yapılan endoskopide özefagusta yapışıklıklar ve rüptür mevcuttu. Torakotomi işlemi sırasında mediastinal yapılar değerlendirilirken sağ hemitoraksta paraözefajial alanda ve hilusta konglomere görünümde lenf nodları tespit edildi. Buradan alınan biyopsi materyalinin patolojisinde antrakoz pigmentine rastlandı. Patolojik materyal süpüratif iltihabi süreç, tüberküloz ile uyumlu olarak değerlendirildi.

### TARTIŞMA

Extrapulmoner tüberküloz öncelikle akciğer parankimi ve hiler lenf nodundan mikroorganizmanın kan akımı ve lenfatikler aracılığıyla diğer organlara yayılımı sonucu oluşur (1). HIV enfeksiyonu ve immünsüpresyon ekstrapulmoner tüberküloz gelişimi açısından risk oluşturmaktadır (3). Ekstrapulmoner tüberkülozisin görüldüğü yerler sıklık sırasına göre lenf nodu (%69), omurga (%51), santral sinir sistemi (%18), abdomen (%18), kas-iskelet sistemi (%18), perikard (%3), meme (%3), plevra (%2), göz



**Şekil 1.** Hastanın toraks BT görüntüsü

(%1), cilt (%1), miliyer (%1) şeklindedir (1). Sıklıkla posterior ve anterior servikal, supraklavikuler, axiller, prearrikuler, ingüinal lenf nodlarında görülür (2). Ayrıca intratorasik (mediastinal, hiler, paratrakeal) ve abdominal formları da mevcuttur (2). Hastalık sıklıkla 20-40 yaş arasında kendini gösterir (3). Klinik olarak haftalar ve aylar içinde büyüyen ağrısız şişlikler olarak kendini gösterir (2). Hastalarda beraberinde ateş, kilo kaybı, gece terlemesi görülebilir (2). Başlangıçta lenf nodları mobil, sert ve ayrık yapıda iken zamanla abseleşerek yumuşak yapı alır (2). Mediastinal tüberküloz ise tüberküloz lenfadenitin %5'i kadar az görülen bir formudur (4). Mediastinal lenf nodları içinde ise en sık sağ paratrakeal ve sağ hiler lenf nodu tutulur (6,7). Semptomları sıklıkla disfaji ve ses kısıklığı şeklindedir (5). Disfaji görülmesinde neden olarak mediastinal lenfadenopatinin ekstinsik bası etkisi, özefagal ülser, fistül gelişimi, granülomatöz mediastinit gelişiminin etkili olabileceği düşünülmektedir (8). Disfaji, katı ve sıvılara karşı görülür (8). Mediastinal tüberkülozde komplikasyon olarak bronkoözefagal ve trakeoözefagal fistül gelişimi görülebilir (8). Fistül gelişiminde disfaji aspirasyonlar nedeniyle daha çok sıvılara karşı gelişir (8). Kronik öksürük, ateş, tekrarlayan pnomoni atakları ile kendini gösterir (8). Ancak iatrojenik bir neden ya da travma söz konusu olmayan durumlarda özefagal perforasyon mediastinal tüberküloza bağlı olarak beklenmeyen bir komplikasyondur.

Mediastinal tüberküloz tanısı oldukça güçtür; çünkü çoğunlukla akciğer grafisi normaldir ve tüberkülin deri testi pozitif bulgu verir (3). Tanı lenf nodundan alınan doku örneğinin patolojik ve mikrobiyolojik incelenmesi sonucu konulur (3). Tedavisi pulmoner tüberküloz tedavisine benzerdir (2). 9 aylık tedavi rejimi önerilmektedir. Tedavinin ilk 2 ayında izoniazid, rifampisin ve pirazinamid takip eden 7 ayında izoniazid, rifampisin önerilmektedir (9). Steroid tedavisi inflamasyonu engellemek için bronş gibi hayati organ basısında ya da kozmetik açıdan risk var ise önerilmektedir (2). Tedavi rejimi olarak Prednisolon 6 hafta boyunca 40mg/gün, sonraki 4 hafta tedrici azaltılarak verilebilir (2).

Sonuç olarak mediastinal tüberküloz tanısı güçlükle koyulabilen bir tüberküloz formudur. Ancak akut mediastinit kliniği ile başvuran, ancak travma ya da iatrojenik girişim öyküsü bulunmayan olgumuzda spontan özefagus rüptürü saptanmıştır. Biyopsi sonucu tüberkülozu destekler bulgular izlenmiştir. Literatürde akut mediastinite yol açan tüberküloz lenfadenit ve spontan özefagus rüptürü birlikteliği izlenmemesi nedeni ile olgumuz sunulmuştur.

#### KAYNAKLAR

1. Subash Chandir, Hamidah Hussain, Naseem Salahuddin et al. Extrapulmonary Tuberculosis: A retrospective review of 194 cases at a tertiary care hospital in Karachi, Pakistan, J Pak Med Assoc, Vol. 60, No. 2, 2010:105-8.
2. Gupta P. Difficulties in managing lymph node tuberculosis. Lung India 2004;21:50-3.
3. Golden MP, Vikram HR. Extrapulmonary tuberculosis: an overview. Am Fam Physician 2005 1;72(9):1761-8.
4. Solak O, Sayar A, Metin M, et al. The Coincidence of Mediastinal Tuberculosis Lymphadenitis in Lung Cancer Patients. Acta Chir Belg 2005;105:180-2.
5. Park SH, Chung JP, Kim IJ, et al. Dysphagia due to mediastinal tuberculous lymphadenitis presenting as an esophageal submucosal tumor: a case report. Yonsei Med J 1995;36(4):386-91.
6. Bloomberg TJ, Dow CJ. Contemporary mediastinal tuberculosis. Thorax 1980;35: 392-6.
7. Farrow PR, Jones DA, Stanley PJ, et al. Thoracic lymphadenopathy in Asians resident in the United Kingdom: the role of mediastinoscopy in initial diagnosis. Thorax:1985;40(2):121-4.
8. Udare AS, Mondel PK, Badhe PV, et al. Spectrum of imaging findings in dysphagia due to mediastinal tuberculosis. Eur Radiol Soci ECR 2012: C-2054