

# Bir Olguda Miliyer Tüberküloz, Pnömotoraks ve Pulmoner Tromboemboli

## A Case of Miliary Tuberculosis, Pneumothorax, and Pulmonary Thromboembolism: Original Image

Dr. Bülent ÖZBAY,<sup>a</sup>  
Dr. Bünyamin SERTOĞULLARINDAN,<sup>a</sup>  
Dr. Selvi AŞKER,<sup>a</sup>  
Dr. Selami EKİN,<sup>a</sup>  
Dr. Hanifi YILDIZ,<sup>a</sup>  
Dr. Mahmut SÜNNETÇİOĞLU,<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Göğüs Hastalıkları AD,  
<sup>b</sup>Enfeksiyon Hastalıkları AD,  
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Van

Geliş Tarihi/Received: 21.06.2008  
Kabul Tarihi/Accepted: 15.09.2008

*Bu olgu, Türk Torak Demeği 11. Yıllık Kongresi'nde poster sunumu olarak bildirilmiştir.*

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Dr. Bünyamin SERTOĞULLARINDAN  
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Göğüs Hastalıkları AD, Van,  
TÜRKİYE/TURKEY  
bunyaminsert@yahoo.com

**ÖZET** 30 yaşında kadın hasta, yüksek ateş, nefes darlığı ile kliniğimize başvurdu. Dört hafta önce 7. doğumunu yapan hastanın doğum sonrası şikayetleri başlamış ve son 3 gündür nefes darlığı şiddetlenmişti. Posteroanterior akciğer grafisi bilateral miliyer tutulum gösterdi. Fizik muayenede ateş 39.2° C, Nabız 130/dk, tansiyon arteriyel 90/60 mmHg, solunum sayısı 35/dk, oskültasyonda patoloji yoktu. Sağ bacağına derin ven trombozu saptandı. 6 L/dk oksijen alırken oksijen saturasyonu %69 ve PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> oranı 86 olarak bulundu. Toraks bilgisayarlı tomografisi miliyer tüberküloz görünümü ve emboli ile uyumlu dolum defektleri gösterdi. Tüberkülin deri testi pozitif idi. Her iki retina koroidinde tüberküloz odakları izlendi. Hastaya antitüberküloz tedavi, antikoagülan tedavi, sıvı ve beslenme desteği başlandı. PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> oranı tedavi ile hızla normale döndü. Tekrarlayan pnömotoraks gelişti. Tüp torakostomi uygulandı. Olgu miliyer tüberküloz, tekrarlayan pnömotoraks ve venöz tromboembolinin birlikte görülmesi nedeni ile ilginç bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Miliyer tüberküloz; pnömotoraks; pulmoner emboli

**ABSTRACT** A 30 years old woman complained of high fever and dyspnea. She delivered her 7<sup>th</sup> child 4 weeks ago. Symptoms had started after delivery and increased during the last 3 days. PA chest roentgenogram showed diffuse and bilateral miliary nodules. Physical examination revealed temperature 39.2°C, pulse 130/min, arterial tension 90/60 mmHg, respiratory rate 35/min, and lung sounds normal. Deep venous thrombosis was detected in the right leg. SaO<sub>2</sub> was 69% and PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> was 86 while on 6 L/min O<sub>2</sub> inhalation. Computed tomography of thorax showed filling defects as well as miliary nodules. The tuberculin skin reaction was positive. Bilateral tuberculosis foci were seen in the choroid of retina. Treatment consisted of antituberculous drugs, anticoagulants, fluid and nutritional support. PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> rapidly improved. Recurrent pneumothorax developed. A tube thoracostomy was inserted. This case was interesting regarding the coexistence of miliary tuberculosis, recurrent pneumothorax, and venous thromboembolism.

**Key Words:** Tuberculosis, miliary; pneumothorax; pulmonary embolism

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2009;29(1):277-80

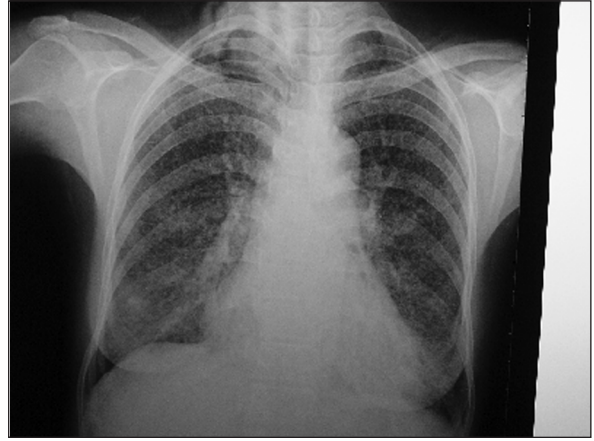
**M**ycobacterium tuberculosis ve daha sıklıkla hematojen yayılım ile gelişen miliyer tüberküloz, akut solunum sıkıntısı sendromu (ARDS), akut solunum yetmezliği ve yol açtığı diğer komplikasyonlar ile hayatı tehdit eden bir hastalıktır.<sup>1,2</sup> Gebelik, miliyer tüberküloz ve derin ven trombozu gelişmesinde artmış riske sahiptir.<sup>3,4</sup> Postpartum dönemde pulmoner emboli riski daha fazladır.<sup>4</sup> Pulmoner emboli ve miliyer tüberküloz ile başvuran ve rekürren pnömotoraks gelişen bir kadın olgumuzu sunuyoruz.

## OLGU SUNUMU

Dört hafta önce 7. doğumunu yapan 30 yaşında kadın olgu; yüksek ateş, nefes darlığı, halsizlik ve iştahsızlık şikayetleriyle, acil kliniğimize başvurdu. Doğum sonrası şikayetleri başlamış, başlangıçta ateş, iştahsızlık gece terlemesi ve hafif nefes darlığı varken son 3 günde nefes darlığı şiddetlenmişti. Fizik muayenede ateş 39.2°C, nabız 130/dk, TA 90/60 mmHg, solunum sayısı 35/dk, akciğer oskültasyonunda patoloji yoktu. Sağ alt ekstremitede sol alt ekstremitede ile kıyaslandığında belirgin çap artışı vardı ve Homan's testi pozitif. Göz dibi bakısında bilateral fundus bölgesinde tüberküloz ile uyumlu odaklar saptandı (Resim 1). Posteroanterior akciğer grafisi bilateral olarak yaygın milimetrelilik nodüller lezyonlar ile karakterize miliyer tüberküloz ile uyumlu tutulum gösterdi (Resim 2). Toraks bilgisayarlı tomografisi her iki akciğerde yaygın milimetrik boyutta sentriasiner nodüller ve emboli ile uyumlu bilateral pulmoner arterlerde dolun defektleri gösterdi (Resim 3, 4). Ekokardiyografisinde sistolik pulmoner arter basıncı 35 mmHg olup sol kalp fonksiyonları normal bulundu. Laboratuva-



RESİM 1: Sol göz dibinde temporal bölgede miliyer tüberküloz odakları.

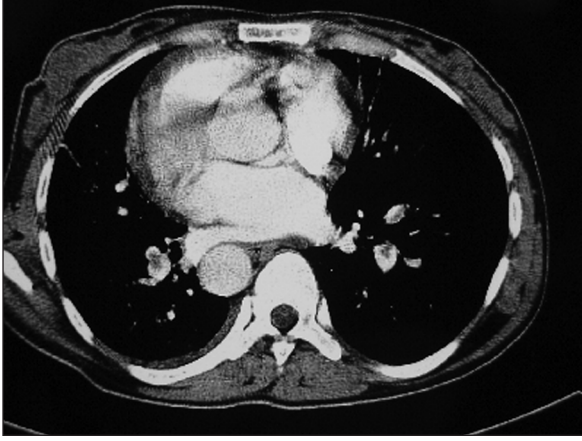


RESİM 2: Hastanın başvuru posteroanterior akciğer grafisi.



RESİM 3: Toraks bilgisayarlı tomografisinde her iki akciğerde sentriasiner nodüller.

rında sedimentasyon 78 mm/s, CRP 107 mg/dL, WBC 4400/mm<sup>3</sup>, Hb 8.5 gr/dL idi. Puls oksimetre ile oksijen saturasyonu %69 ölçüldü. 6 L/dk oksijen alırken arteriyel kan gazı pH 7.58, PaO<sub>2</sub> 39 mmHg, PaCO<sub>2</sub> 27 mmHg, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> oranı 86 idi. Biyokimyasal analizde AST, ALT, LDH artmıştı. Hepatit belirteçleri negatif saptandı. Vaskülit ve kollajen vasküler hastalık belirteçleri negatifti. Tiroid fonksiyon testleri normaldi (Tablo 1). Üç kez yapılan balgam Erlich Ziehl Neelsen (EZN) boyamasında bir kez şüpheli aside-alkole dirençli bakteri pozitifliği ve iki kez negatif sonuç bildirildi. Pürifiye protein derivesi testi yapıldı ve endürasyon çapı 20 x 20 mm ölçüldü. Kemik iliği aspirasyon biyopsisi granülomatöz iltihap olarak değerlendirildi. Batın ultrasonunda karaciğer normalden büyük saptandı.



RESİM 4: Pulmoner emboli ile uyumlu toraks bilgisayarlı tomografi görünümü.

TABLO 1: Hastanın geliş ve 8. hafta sonrası laboratuvar değerleri.

pH	7.58	7.42
PaO <sub>2</sub>	39	70
PaCO <sub>2</sub>	27	36
SO <sub>2</sub>	83	95
Na	127	136
K	3.8	4.5
Cl	95	106
AST	130	16
ALT	29	10
LDH	1085	653
Ca	7.2	8.5
WBC	4.4	5.5
HGB	8.5	8.3
HTC	26	22.9
PLT	393	360
Sedimentasyon	78	77
CRP	107	13.3
albumin	1.9	3.3
globulin	4.5	4.4
ALP	471	270
GGT	312	90

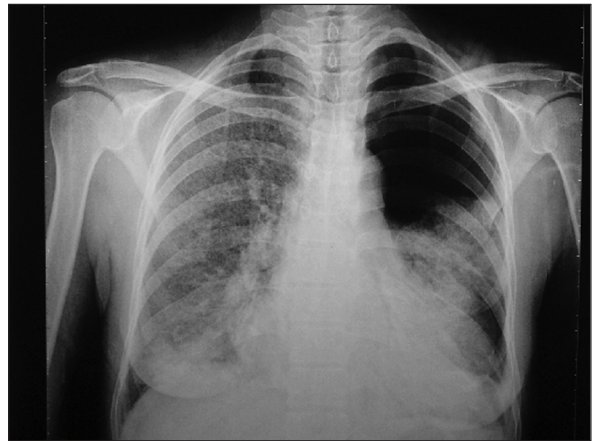
CRP: C-reaktif protein, GGT: Gama glutamil transferazı, ALP: Alkalen fosfataz, LDH: Laktik dehidrojenaz, AST: Aspartat aminotransferaz, ALT: Alanin aminotransferaz.

Hastaya klinik, radyolojik ve patolojik olarak miliyer tüberküloz, derin ven trombozu ve pulmoner emboli tanısı konuldu. Antitüberküloz, antikoagülan, destek tedavi başlandı. Tedaviden 3 gün sonra oda havası solurken arteriyel kan gazı pH 7.53 PaO<sub>2</sub> 58 mmHg, PaCO<sub>2</sub> 28 mmHg ve PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> 276 oldu. Balgam ve kemik iliği tüberküloz kültüründe

üreme olmadı. Hastanın ateşleri gece ve sabah saatlerinde olmak üzere uzun süre sebat etti. Kalın damla yaymada plazmodium saptanmadı. Grubel-widal testi negatif saptandı. Brucella Wright aglütinasyon testi 2 kez negatif saptandı. Kan kültürü ateşli dönemlerde altı kez alındı ve negatif saptandı. Yatışının 10. gününde solda pnömotoraks gelişen hastaya tüp torakostomi ile su altı drenaj uygulandı (Resim 5). Tedavi ile solunum yetmezliği tablosu kısa sürede gerileyen olgunun ateşinin düşmesi uzun zaman aldı ve 1 ay sonrasında klinik olarak normale döndü ve taburcu edildi. Olgu 3 hafta sonra ani nefes darlığı ile tekrar acilimize başvurdu çekilen toraks bilgisayarlı tomografi ile solda pnömotoraksın tekrarladığı ve sağda da minimal pnömotoraks geliştiği saptandı. Tüp torakostomi ile su altı drenaj uygulandı. Genel durumu düzelen olgu taburcu edildi.

## TARTIŞMA

Miliyer tüberküloz ARDS'nin yaygın olmayan bir nedeni olmakla birlikte bu olgularda ARDS sık görülmektedir ve artmış ölüm oranı ile ilişkilidir. Antitüberküloz tedavi tüberküloz ilişkili ARDS'de hemen başlanmalıdır. Gecikmiş tanı ve tedavi bu olgularda ana ölüm nedeni olarak tanımlanmıştır.<sup>1,5</sup> Olgumuz postpartum dönemde idi ve ARDS kliniği mevcuttu. Başka hastalığa sahip değildi. Biz postpartum dönemin hastanın kliniğini olumsuz etkilediğini düşünüyoruz. Olgumuzda antitüberküloz tedaviyi klinik şüphemizin oluşması ve radyolojik olarak miliyer tutulumun gösterilmesi, patolojik olarak



RESİM 5: Sol hemitoraksta pnömotoraks.

kemik iliği aspirasyon biyopsisinde granülatöz iltihab saptanması ve göz dibi muayenesinde tüberküloz odaklarının izlenmesi sonucu hemen başladık. Tedaviden 24 saat sonra hastamızda belirgin iyileşme fark ettik. Entübasyon gerekli olmadı. Ancak olgunun ateşinin düşmesi daha uzun zaman aldı. Biz de bu olgularda erken başlanan tedavinin sağkalımda en önemli etken olduğunu düşünüyoruz. Pnömotoraks miliyer tüberkülozun nadir bir

komplikasyonudur. Tekrarlaması ise daha nadir görülmektedir.<sup>6</sup> Olgumuzda yatışının 10. gününde ve taburcu olduktan 3 hafta sonra 2 kez rekürren pnömotoraks gelişti. Tüp torakostomi ile su altı drenajı uygulandı. Olgu şifa ile taburcu oldu. Olgumuzu eşzamanlı miliyer tüberküloz ve pulmoner emboli tanısı konulan ve rekürren pnömotoraks gelişen nadir bir olgu olarak sunuyor ve erken tedavinin hayat kurtarıcı olduğunu vurgulamak istiyoruz.

## KAYNAKLAR

1. Kim JY, Park YB, Kim YS, Kang SB, Shin JW, Park IW, et al. Miliary tuberculosis and acute respiratory distress syndrome. *Int J Tuberc Lung Dis* 2003;7(4):359-64.
2. Köksal D, Özcan A, Özkara S. [Acute respiratory failure due to pulmonary tuberculosis and its successful treatment with medical therapy: a case report]. *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 2006;26(4):449-52.
3. Isobe Z, Suga T, Hamaguchi S, Yamaguchi S, Hara K, Aoki F, et al. [A case of miliary tuberculosis showing acute respiratory failure during pregnancy]. *Nihon Koryuiki Gakkai Zasshi* 2007;45(11):874-8.
4. Toglia MR, Weg JG. Venous thromboembolism during pregnancy. *N Engl J Med* 1996; 335(2):108-14.
5. Lee PL, Jerng JS, Chang YL, Chen CF, Hsueh PR, Yu CJ, et al. Patient mortality of active pulmonary tuberculosis requiring mechanical ventilation. *Eur Respir J* 2003;22(1): 141-7.
6. Peiken AS, Lamberta F, Seriff NS. Bilateral recurrent pneumothoraces: a rare complication of miliary tuberculosis. *Am Rev Respir Dis* 1974;110(4):512-7.