

Tüberkülozu Düşündüren Endobronşiyal Lezyonun Kist Hidatik Olarak Tanı Alması

Endobronchial Lesion Suggesting the Endobronchial Tuberculosis Eventually Diagnosed as Hydatid Cyst: Case Report

Dr. Erkan ÇAKIR,^a
Dr. Gürsu KIYAN,^b
Dr. Refika ERSU,^c
Dr. Zeynep Seda UYAN,^c
Dr. Bülent KARADAĞ,^c
Dr. Fazilet KARAKOÇ,^c
Dr. Elif DAĞLI^c

^aÇocuk Göğüs Hastalıkları Kliniği,
Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve
Göğüs Cerrahisi Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
^bÇocuk Cerrahisi AD,
^cÇocuk Göğüs Hastalıkları BD,
İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 20.03.2010
Kabul Tarihi/Accepted: 24.05.2010

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Erkan ÇAKIR
Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve
Göğüs Cerrahisi Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
Çocuk Göğüs Hastalıkları Kliniği,
İstanbul,
TÜRKİYE/TURKEY
erkancakir1@yahoo.com

ÖZET Kist hidatik hastalığı son yıllarda vaka sayısında azalma olmakla birlikte ülkemizde halen önemli bir sağlık problemidir. Hastalığın tanısı, tipik olmayan radyolojik bulgular olduğunda gecikebilmekte ve tüberküloz gibi diğer solunum yolu hastalıkları ile karışabilmektedir. Hidatik kist membranının çocuklarda bronkoskopik görünümüne ait literatür bilgisi sınırlıdır. Tedaviye dirençli öksürük ve hemoptizi şikâyeti olan 5 yaşındaki erkek hastamızın akciğer grafisinde ve bilgisayarlı tomografisinde infiltrasyon ve patolojik boyutlarda lenfadenopatiler tespit edilmiştir. Tüberküloz teması olmayan ve kist hidatik indirekt hemaglutinasyon testi negatif olan hastaya dirençli akciğer infiltrasyonu ayırıcı tanısı için bronkoskopi yapılmış ve sıkça tüberkülozda ortaya çıkan bronş içi beyaz renkli lezyonlar görülmüştür. Mevcut bulgular eşliğinde hastaya endobronşiyal tüberküloz tanısı konmuştur. Tüberküloz tedavisine rağmen radyolojik ve bronkoskopik olarak düzelmeyen hastaya tekrar araştırmalar yapılmış ve kist hidatik indirekt hemaglutinasyon ile IgG pozitif bulunmuştur. Albendazol tedavisi başlanan hasta klinik, radyolojik ve bronkoskopik olarak tamamen düzelmeye göstermiştir. Kist hidatik hastalığı ülkemizde sık görülmesi nedeni ile dirençli infiltrasyonların ve bronş içi lezyonların ayırıcı tanısında akıldan tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ekinokokkozis, pulmoner; tüberküloz

ABSTRACT Hydatid disease is still one of the important health problems in Turkey despite decreasing in number. Diagnosis is delayed or confused with other pulmonary diseases such as tuberculosis in the patients with atypical radiological findings. There is little information in the literature about the bronchoscopic findings of hydatid disease in childhood. We present a 5 year-old patient with the complaints of cough and hemoptysis with persistent infiltration and lymph nodes refractory to treatment. He had no history of contact with tuberculosis and indirect hemagglutination test for cyst hydatid was negative. Bronchoscopy was performed for differential diagnosis of persistent pulmonary infiltration and endobronchial white lesions were detected likewise frequently seen in tuberculosis. Therefore he was diagnosed as endobronchial tuberculosis. Despite administration of antituberculosis drugs, radiological and bronchoscopic findings did not regress. Thus the patient was re-evaluated and indirect hemagglutination test and IgG antibodies for cyst hydatid were found to be positive. The clinical, radiological and bronchoscopic findings of the patient resolved with the albendazole treatment. Since it is frequent in our country, hydatid disease should be kept in mind particularly in refractory pulmonary infiltration and endobronchial lesions.

Key Words: Echinococcosis, pulmonary; tuberculosis

Kist hidatik hastalığı son yıllarda vaka sayısında azalma olmakla birlikte Türkiye gibi hastalığın sık görüldüğü ülkelerde önemli bir sağlık problemi olmaya devam etmektedir.¹⁻⁴ Erişkinlerde hastalık en sık karaciğerde görülmekte, çocuklarda ise en sık akciğerler tutulmaktadır.^{1,2,4,5} Klinikte sıklıkla ateş, öksürük ve hemoptizi gibi şikâyetlere yol açan hastalık, radyolojik olarak da yuvarlak opasite şeklinde görülmektedir.^{1,4,5} Kistin enfekte olması ya da patlaması durumunda radyolojik görünüm değişmekte ve hastalığın yanlış tanı almasına ya da tanının gecikmesine neden olmaktadır.⁶⁻⁸ Hastalığın tipik olmayan klinik ve radyolojik bulguları olduğunda sıklıkla dirençli ya da kronik pnömoni, tüberküloz veya yabancı cisim aspirasyonları ile karışabilmekte⁹⁻¹¹ ve bu durumda hava yollarının değerlendirilmesi amacıyla bronkoskopi gerekebilmektedir.^{12,13} Çocukluk çağında, bronş içi patolojilerin çoğunluğunu yabancı cisim aspirasyonları ve endobronşiyal tüberküloza ait lezyonlar oluşturmaktadır^{10,14} ve kist hidatiğin bronkoskopik görünümüne ait literatürde kısıtlı bilgi bulunmaktadır.^{9,15} Bu çalışmada, endobronşiyal tüberküloz tanısı almış ve tedaviye rağmen düzelmeyen radyolojik ve bronkoskopik bulguları olması nedeni ile tekrarlanan araştırmalarında kist hidatik hastalığı saptanmış bir hasta sunulmuştur.

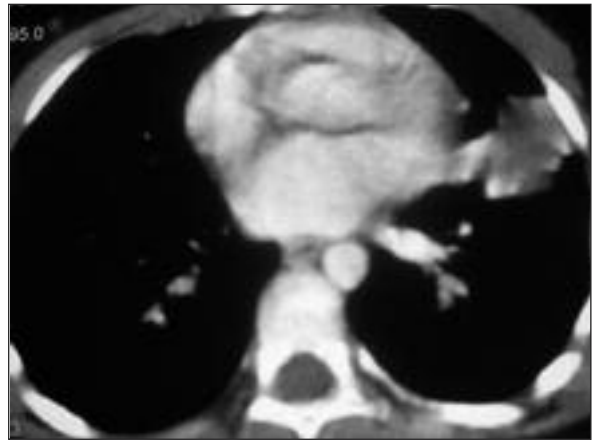
OLGU SUNUMU

Kliniğimize, antibiyotik tedavisine rağmen düzelmeyen pnömonik infiltrasyonu ve 4 aydır devam eden hemoptizisi olması nedeni ile gönderilen 5 yaşındaki erkek hasta tetkik ve tedavi amacıyla yatırıldı. Hikâyesinde 4 ay öncesine kadar sağlık sorunu olmayan hastanın, ani nefes darlığı atağı sonrasında 1 hafta içerisinde hemoptizilerinin başladığı ve 4 aydır ayda 1-2 kez olacak şekilde devam ettiği öğrenildi. Herhangi bir yabancı cisim aspirasyonu tariflemeyen hastanın, Kocaeli ili kırsalından geldiği ve çevresinde kedi-köpek-koyun gibi çok miktarda evcil hayvanların olduğu öğrenildi. Ailesinde tüberküloz ve diğer solunum yolu hastalıklarının bulunmadığı ve bilinen bir tüberküloz temasının da olmadığı belirtildi. Solunum

sistemi muayenesinde iki taraflı akciğer sesleri normal olan hastanın, diğer sistem muayenelerinde de özellik saptanmadı, tek BCG skarı olduğu görüldü. Laboratuvar incelemelerinde tam kan sayımı ve biyokimyasal tetkikleri normal değerlerde bulunan hastanın sedimentasyon hızı 45 mm/saat, protrombin zamanı 10.7 saniye, parsiyel tromboplastin zamanı 22.8 saniye, protrombin aktivasyonu %114 ve INR 0.94 olarak bulundu. Tüberkülin cilt testi 2 mm idi. Akciğer grafisinde sol orta zonda konsolidasyonu olan hastanın (Resim 1), akciğer bilgisayarlı tomografisi (BT)'nde de sol üst lobda pnömonik konsolidasyonu ve medias-tende boyutları 2 cm'ye ulaşan lenfadenopatiler (LAP) olduğu görüldü (Resim 2). Hastaya nonspesifik antibiyotik tedavisi başlanırken, tüberküloz



RESİM 1: Sol orta zonda kalp sınırlarını silen pnömonik infiltrasyon.



RESİM 2: Sol üst lob lingulada pnömonik infiltrasyon.



RESİM 3: Sol üst lob lingula ağzını tıkayan bronş içi lezyon.

açısından 3 defa açlık mide suyunda aside rezistan basil (ARB) arandı ve negatif olarak bulundu. Kist hidatik indirekt hemaglutinasyon (İHA) testi de negatif sonuçlanan hastaya persistan pnömoni ve hemoptizi ayırıcı tanısına yönelik fleksibl fiberoptik bronkoskopi (FOB) (Olympus®, BF 3C160, 2.8.) yapıldı. FOB'da sol üst lob lingula ve apikal segment ağzını tıkayan gri-beyaz renkli bronş içi lezyon olduğu görüldü (Resim 3). Lezyon bölgesinden alınan bronkoalveoler lavaj (BAL) sıvısında ARB negatif olarak saptandı. Hastaya, tedaviye dirençli pnömonik infiltrasyonu, akciğer BT'de mediastinal patolojik boyutlarda LAP'leri ve FOB'da bronş içi lezyonları olması nedeni ile izoniazid, rifampisin, pirazinamid ve etambutolden oluşan antitüberküloz tedavi ve endobronşiyal tüberküloza yönelik metilprednizolon (2 mg/kg/gün) başlandı ve hastane yönetimi tarafından hastalık bildirimi yapıldı. Hastanın ailesi tüberküloz açısından araştırıldı ve kaynak olgu tespit edilemedi. Tedavinin 2. ayında çekilen akciğer grafisinde pnömonik konsolidasyonda değişiklik olmadığı, akciğer BT'de ise LAP'lerin kaybolduğu, fakat konsolidasyonun devam ettiği görüldü. Bronş içi lezyonun kontrolü amaçlı yapılan FOB'da ise bronş içi lez-

yonların aynı şekilde devam ettiği görüldü. Lezyondan biyopsi alınması amacıyla çocuk cerrahisi ile konsülte edilen hastanın rijid bronkoskopisinde (Storz®) lezyonun çok frajil ve kanamalı olduğu belirtilerek klinik-radyolojik izlem ve bronkoskopi tekrarı önerildi. Hastanın mediastinal LAP'lerinin kaybolması ve şikâyetinin olmaması nedeni ile tüberküloz tedavisi izoniazid ve rifampisin olarak devam edildi. Tedavinin 6. ayında yapılan FOB kontrolünde lezyonların yine devam ettiği, akciğer grafisinde de konsolidasyonun gerilemediği görüldü. Hayvan teması öyküsü olan hastaya olası kist hidatik hastalığı açısından tekrar İHA testi ve beraberinde kist hidatik IgG düzeyleri istendi. İHA 1/512 titrede pozitif gelen hastanın kist hidatik IgG düzeyleri de pozitif olarak bulundu. Batın ultrasonografisi istenen hastada karaciğerde kist saptanmadı. Hastaya kist hidatik hastalığına yönelik albendazol tedavisi başlandı ve hastalık bildirimi yapıldı. Tedavinin 2. ayında yapılan FOB kontrolünde bronş içi lezyonların tamamen kaybolduğu saptanırken (Resim 4), akciğer grafisinde de lezyonun boyutlarının önemli ölçüde gerilediği görüldü. Albendazol tedavisi 6 aya tamamlanan hastada klinik ve radyolojik tam iyileşme sağlandı. Hasta tedavi bitiminden itibaren 3 aydır sorunsuz şekilde izlenmektedir.



RESİM 4: Tedavi sonrası bronş içi lezyonlarda tam düzelleme.

TARTIŞMA

Kist hidatik hastalığı tüm dünyada özellikle de endemik olarak görüldüğü ülkelerde önemli bir sağlık sorunudur.^{2,4} Sağlam pulmoner kistler akciğer grafisinde tipik olarak tekli ya da çoklu yuvarlak opasiteler şeklinde görülürler. Hidatik kist enfekte ya da rüptüre olduğunda radyolojik görüntü tipik olmayabilir ve bu da tanının yanlış konulmasına ya da gecikmesine yol açabilir.^{6-8,11} Komplike hidatik kistler, iyileşmeyen pnömoni, plörezi, tüberküloz, apse, yabancı cisim aspirasyonu ya da nadiren tümör gibi çeşitli akciğer hastalıklarını taklit edebilmektedir.^{7-9,11,13} Akciğerleri tutan hidatik kist hastalığı klinik olarak hemoptizi, ateş ve öksürüğe neden olabilmekte ve hastalığın tanısı temelde hikâye, klinik ve radyolojik bulgulara dayanarak konulabilmektedir. Hastalığın bulguları tipik olduğunda tanı için bronkoskopi gerekmez, iken, tipik olmayan bulgular olduğunda bronkoskopi ayırıcı tanıda gerekebilmektedir.^{12,13} Hastamızın kliniği kist hidatik hastalığı ile uyumlu olmasına rağmen tipik radyolojik bulgulara sahip değildi. Hastamıza dirençli pnömoni ayırıcı tanısı için yapılan bronkoskopide bronş içi lezyon tespit edildi. Açlık mide suyunda ve BAL'da ARB negatif olmasına ve aile hikâyesi bulunmamasına rağmen, sıklıkla tüberkülozda karşımıza çıkan bronş içi

lezyonlarının olması, BT'de mediastinal patolojik boyutlarda LAP'lerinin olması ve tedaviye rağmen düzelmeyen pnömonik infiltrasyonunun olması nedeni ile hastaya tüberküloz tedavisi başlandı. Başlangıçta alınan negatif İHA sonucu da kist hidatik hastalığından uzaklaşılmasına neden oldu. Tüberküloz tedavisine rağmen hastanın iyileşmemesi nedeni ile olası kist hidatik hastalığı açısından tekrarlanan kist hidatik İHA ve IgG sonuçlarının pozitifleşmesi sonucu hastamıza kist hidatik tanısı kondu. İlk bakılan İHA testinin, hastada henüz pozitifleşme süresine ulaşamadığı bir dönemde yapıldığı düşüncesine varıldı. Albendazol tedavisi ile bronş içi lezyonların kaybolması ve hastanın radyolojik olarak düzelmesi de hastalığın tanısını sağlamlaştırdı.

Çocukluk çağında bronş içi lezyonlar sıklıkla karşımıza tüberküloz seyrinde^{10,11} ya da kronik yabancı cisim aspirasyonları sonrası cismin granülo-matöz görünüm alması şeklinde çıkmaktadır.^{9,14} Kist hidatik membranının bronkoskopik görüntüsü erişkinlerde beyaz-sarı membranöz lezyon olarak tanımlanmış iken,^{12,13} çocukluk çağında ise literatürde çok az bilgi bulunmaktadır.^{9,15} Olgumuz çocukluk çağında bronş içi lezyonların ayırıcı tanısında kist hidatik hastalığının da akıld tutulmasına yönelik önemli katkı sağlamıştır.

KAYNAKLAR

1. Durakbasa CU, Sander S, Sehiralti V, Tireli GA, Tosyalı AN, Mutus M. Pulmonary hydatid diseases in children: outcome of surgical treatment combined with perioperative albendazole therapy. *Pediatr Surg Int* 2006;22(2):173-8.
2. Tatar D, Güneş E, Berktaş Ö, Perim G. [Our paediatric cases diagnosed as pulmonary hydatidosis]. *The Archives of Lung* 2003;4(1): 31-5.
3. Dogan R, Yuksel M, Cetin G, Suzer K, Alp M, Kaya S, et al. Surgical treatment of hydatid cysts of the lung: Report on 1055 patients. *Thorax* 1989;44(3):192-9.
4. Anadol D, Göçmen A, Kiper N, Özçelik U. Hydatid disease in childhood: a retrospective analysis of 376 cases. *Pediatr Pulmonol* 1998;26(3):190-6.
5. Celik M, Senol C, Keles M, Halezeroglu S, Urek S, Hacıbrahimoglu G, et al. Surgical treatment of pulmonary hydatid disease in children: report of 122 cases. *J Pediatr Surg* 2000;35(12):710-3.
6. Pekmezci S, Kılıç İE. [The Diagnosis of the hydatid disease: imaging methods, serological and cytopathological examinations]. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2006;2(9):13-6.
7. Turgut AT, Altın L, Topcu S, Kilicoglu B, Altınok T, Kaptanoglu E, et al. Unusual imaging characteristics of complicated hydatid disease. *Eur J Radiol* 2007;63(1):84-93.
8. Köksal D, Altınok T, Kocaman Y, Tastepe I, Özkara S. Bronchoscopic diagnosis of ruptured pulmonary hydatid cyst presenting as nonresolving pneumonia: report of two patients. *Lung* 2004;182(6):363-8.
9. Hatun K, Dalenda N, Hela H, Mohamed F. An unusual bronchial foreign body: an hydatid cyst membrane. *Tunis Med* 2000;78(2): 143-5.
10. Cakir E, Uyan ZS, Oktem S, Karakoc F, Ersu R, Karadag B, et al. Flexible bronchoscopy for diagnosis and follow up of childhood endobronchial tuberculosis. *Pediatr Infect Dis J* 2008;27(9):783-7.

11. Tatar D, Ertuğrul G, Çırak AK, Özdoğan Y, Özacar R, Halilçolar H. [Cases of pulmonary tuberculosis creating difficulty in diagnosis]. *The Archives of Lung* 2000;1(1): 13-6.
12. Saygi A, Oztek I, Güder M, Süngün F, Arman B. Value of fiberoptic bronchoscopy in the diagnosis of complicated pulmonary unilocular cystic hydatidosis. *Eur Respir J* 1997;10(4): 811-4.
13. Yılmaz A, Tuncer LY, Damadoglu E, Sulu E, Takir HB, Selvi UB. Pulmonary hydatid disease diagnosed by bronchoscopy: A report of three cases. *Respirology* 2009;14(1):1413.
14. Karakoc F, Cakir E, Ersu R, Uyan ZS, Colak B, Karadag B, et al. Late diagnosis of foreign body aspiration in children with chronic respiratory symptoms. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2007;71(2):241-6.
15. Menry P, Khalfallah A, Lakhali A, Hafsa K, Karoni H. Bronchoscopy in the diagnosis of complicated pulmonary hydatid cyst in children. *Rev Mal Respir* 1984;1(5):313-7.