

## AKCİĞER TÜBERKÜLOMALARI

Dr. A. KEMAL AGUN x

### ÖZET :

*Yazar; Akciğer Tümörlerinin tanımlaması, patogenezi ve sınıflaması hakkında kronolojik bilgi verdikten sonra muhtelif araştırmacıların fikirlerine değinmiştir. Tümörlerin ayırıcı tanısı ve tedavisi konusunda diğer bazı araştırmacıların görüşlerine uygun, bazılarının fikirlerine çelişkili kanaat bildirmiştir.*

Tümörler 50 yıl öncesine kadar "Akciğerlerin yuvarlak ve keskin hududlu tümör lezyonları" adı altında Assman mihrakları, Prefizik infiltralar, Dev Primer Komplekler ve Dolu Kavernler gibi lezyon gruplarıyla birlikte mütalaa edilmekteydi.

Steinlinger; Fleischer; Gerharz; V. Jakson-Wartenhorst (1924) akciğerlerdeki kiraz ilâ erik büyüklüğündeki yuvarlak, keskin kenarlı mihraklara "Yuvarlak Tümör Odağı" deyimini ortaya atmışlardır, (1).

Tümör "Büyük Soliter Tümör Odağı" şeklinde anlam kazanırken radyolojik bakımdan tümör türünde olan ve olmayan diğer orijinli yuvarlak gölgeler bu kapsam içinde mütalaa edilmiştir ki bu husus da karışıklara yol açmış bulunmaktadır.

Ayrıca röntgen tetkiklerinde görülen ve çoğu kez bir yuvarlaklık göstermeyen tümör odaklarına da "Rundherd" yani Yuvarlak odak denmesinde tam bir uygunluk göstermemektedir. Akciğerlerde gördüğümüz yuvarlak gölgelerin tümör türünde oluşunu histolojik olarak ilk kez Gohn bildirmiş ve anatomo-patolojik yönden Exütaif-bronkopnömonik bir odağın nekrozu ile içindeki doku artıklarından ve tümör granülasyon dokusunun kazeifikasyondan kalsifikasyona kadar değişiklik göstermesi şeklinde tarif etmiştir.

1921 yılında Jacobus ve Key radyolojik tanı konmuş ve cerrahi müdahale ile tespit edilmiş ilk vak'ayı "Akciğer tümörünü taklit eden Soliter Tümör" adı altında yayınladılar. Yazarlardan Steinlinger (1930) bunlara "münferit mihrak"; Staub (1932) "Akciğer Tümörünün yuvarlak mihrak şeklindeki tipi"; Wang (1935) "Akciğer tümörünün izole şekilleri" ve nihayet Uhlinger (1939) Prefizik İnfiltralar şeklinde değişik isimler vermişlerdir.

J. Dumarest'e (1947) göre Tüberküloz Dev Primer Şankr, Postprimer Tüberküloz ve dolu kavitelelerden ayırt etmek lazımdır. Dorland ise Tüberkülozmayı Tüberküloz basilinin husule getirdiği bir Neoplazm şeklinde tarif etmiştir, (2). Daha sonraları Avrupa ve Alman literatüründe Akciğer Tüberkülozunu terimi yerleşmiş ve en nihayet 1949 da Konzentry bunun standart olarak kullanılmasını önermiştir.

O. Hillerdal (3) Tüberkülozmayı Moyer gibi yalnız radyolojik esaslara göre tanımlamaktadır. Yazar 211 Tüberküloz vak'asını 15 yıl süreyle tetkik ettiği 34593 şahsın muayenesi sonucu bulmuş ve bunları 5 ayrı grupta mütalaa etmiştir. Bir ve ikinci gruplardaki toplam 139 vakada 192 adet Tüberkülozmayı büyük bir titizlik içinde tetkik ve takip etmiştir. Yazar'a göre bu vak'aların hepsi latent olup tüberküloz natürleri saptanmıştır ki hastaların % 82.7 si 40 yaşın altında kimselerdi. Tüberkülozların hepsi post-primer devreye ait olup, çapları 1-5 cm arasında değişmekte ve ekserisi klavikülatu ve hilüs civarında lokalizeydi. Bu 192 Tüberkülozmadan 49 tanesinde erime görülmüştür. 3-11 yıl süreyle müşahede altında tutulan 139 hastadan 133 tanesinde muhafazakâr tedavi veya Kollapsoterapi uygulanmış olup 6 vak'ada ise rezeksiyon yapılmıştır. Bütün vak'alarda hayat bakımından prognoz iyi olmuştur. Bunlarda Sanatoryal kür ve şimioterapi az etkin olmuştur. Bu nedenle latent haldeki Tüberküloz vak'alarını muntazam kontrol altında takip etmek gerekir. Etyolojisi şüpheli olanlardan bilhassa Neoplazma ihtimali mevcut olan vak'alarda Rezeksiyon indikasyonu konmalıdır. Bu ara tüberkülozmalarda kavite oluşumu ve yayılma görülürse şimioterapi ve pnömotoraks tatbik edilmesi gerekir. Yazar'a göre Tüberküloz vak'alarının ekserisinde rezeksiyon endike değildir. Ancak büyük ve birkaç Tüberküloz gösteren hastalarda tasarruflu ekseriz yapılabilir.

Rodenbach K.L. (4) ise 5 Tüberküloz vak'asını takdim etmiş ve ftizyogenezisi hakkında geniş bilgi vermiştir. İmmünobiolojik durum ve Vegetatif fonksiyonların Tüberküloz oluşumunda önemli rolleri olduğunu iddia etmiştir. Yazar'a göre klinik seyir yönünden özellik göstermeyen Tüberkülozların bir latent ve bir de aktif devresi olabilir ki sonradan tedricen bir Ftiziye dönüşebilir. Yazar Tüberkülozmalarda prognozu O. Hillerdalin aksine iyi görmemekte ve Keil Eksizyon veya Segment Rezeksiyonu tavsiye etmektedir.

N. Oprea ve arkadaşları (5) erişkinlerdeki Tüberkülozların patogeneziine dair 120 vak'ada tomografik ve Bronkoskopik inceleme yapmışlardır. Vak'alardan % 91.6 sında tek, % 7.5'unda çift ve %0.8'inde ise üçüz tüberküloz bulmuşlardır. Lokalizasyon bakımından tüberkülozların çoğu üst loblarla ve periferde yerleşmiştir. Ayrıca tüberküloz ile birlikte % 65 segment bronşiti, 9 85'inde diffüz bronşiti ile % 35 inde perifokal Amfizem ve Atelektazik fibrozis ve % 93 oranında mediastinal Adenopati refakat lezyonu olarak bulunmuştur. Yazar ve arkadaşları Tüberkülozların Adenopati ile aynı segmentte oluşundan dolayı bir Adeno-bronşik delinme sonucu aspirasyondan bahsetmektedirler.

Dr. Bülent Çintan (6) ise Yuvarlak Gölgelemlerden Tüberkülozların erkeklerden çok kadınlarda ve sağda apikal segmentte lokalize olduğunu söylemektedir. Gene aynı yazar

Kazeöz-Pnömonik ve Bronkopnömonik lezyon veya odakların ankapüle olması sonucu gelişen yuvarlak gölgelere tam anlamı ile TÜBERKÜLOMA demektir ki, biz de bu kamdayız. Tüberkülostatik ilaçların kazeöz odaklara pek kolayca diffüze olmadıkları ve nekrotik doku artıklarının bu ilaçlar üzerine inhibitör tesiri dolayısıyla bu tip Tüberkülolarda cerrahi tedavinin gerekli olduğunu söylemektedir. Tabiatıyla bunun yanı sıra konservatif ilaç tedavisinin de etkenliğini inkar etmemektedir.

Meschan (7) Tüberkülomayı radyolojik görüntüsü ile 0.5-4 cm veya daha büyük, üst loblarda lokalize iyi sınırlanmış elipsoid veya sterik lezyon olarak tanımlamıştır. Satelit lezyonları olabileceği gibi kalsifikasyon gösterebilirler, ve ARB (+) bulunabilir. Granülomalar içinde ilk akla gelen, primer veya post-primer tüberkülozla ilişkisi olan keskin kenarlı tek veya multipl nodüler lezyonlardır.

F. Grosse-Brochhoff ve arkadaşları (8) ise 61 yaşındaki bir Akut bakteriyel Rundherdpnömonisinden bahsetmektedir ki bu çok nadirdir. Ayrıca Dr. Sili Mehdi (9) Rundherd yani yuvarlak gölge nedeniyle 18 vak'ada Segmentektomi ve 11 vak'ada ise Subsegmentektomi ameliyatı uygulandığını ve komplikasyonların % 27.9 ila % 27 arasında görüldüğünü söylemiştir. Yazar çapı 3 cm. den büyük olan Tüberkülolarda 6 aylık medikal tedaviden sonra iyilik göstermeyen vak'alara ameliyat ve mümkünse ekonomik rezeksiyon tavsiye etmektedir. Buna ilaveten, ameliyat materyallerinin hemen hemen hepsinde daima ARB.nin müspet bulunması, Tüberkülolaların regnessiyonlarının geç ve güç oluşu ve bilakis çoğu kez kaviter erimeler göstermesi ile ARB. menfi yuvarlak gölgelerde neoplazm ve tüberkülomanın ayırıcı tanısının güçlüğü gibi sebeplerle Cerrahi müdahaleyi savunmaktadır.

Boratav, M. ve Aksüğü, H. (10-11) tüberkülolaların patogenezisine değinmişler ve Hillerdal-Rattiman-Sater'in sınıflamalarına göre 3 gruba ayırmışlardır. Akciğerlerde çapı 1 cm den büyük primer odağa Tüberkülo olarak tanımlayan Durax ve Calver ile yukardaki yazarların fikirlerini benimsemişlerdir. Abella ve Delarue Akciğer tüberkülolalarının zengin periferik kapiller ağı ile damarlaşma gösterdiğini bildirmişlerdir. Tüberküloza terimi Akciğer dışı yuvarlak odaklar içinde kullanılmıştır. Örneğin ilk kez 1893 de Starr tarafından beyindeki spesifik yuvarlak odak için, daha sonraları Akciğer dışı organların yuvarlak lezyonlarını tanımlamada; 1934 de Hirsck ve Klein; 1947 de Rausch-Vergen; 1948 de Bazday; 1950 de Grace-Samson ve Tu; 1953 de Armstrong tarafından kullanılmıştır. (10,11) Ruttiman ve Suter ile Bariety ankapstik dolu kaviterleri Tüberküloplar grubuna sokmaz iken Herter, Sommer ve Mongold kaviteden oluşan yuvarlak odaklara Tüberkülo demişlerdir.

Sinner WN. (12) Tüberkülolaların diğer graülomlardan ve bronkojenik karsinomlardan veya soliter metastatik tümörlerden ayırımının zorluğuna işaret ettikten sonra preoperativ dönemde "Akciğer İğne Biopsi" siyle tanı konabileceğini ve Torakotomiye gerek kalmayacağını bildirmiştir. 2726 hastada 5300 İğne biopsisi yapılmış, 1664 maliyensi, 613. inflamatuvar lezyon (220 Nönspesifik ve 303 spesifik) 48 abse veya ampiyem, 33 diğer inflamatuvar lezyonlarla 107 tüberküloza saptanmıştır. Yaklaşık % 10 tüberküloza olgusunda direkt mikroskopik yaymada ARB nüspet ve diğer %10 olguda

kültürle ARB nüspet bulunmuştur.

Sutton, D ve Putman, CE (13, 14) Kronik, iyi sınırlı, yuvarlak Granülamatoz akciğer lezyonu şeklinde 0,5-4 cm arası nodüler opasite diye tanımlanmışlardır. Coin lezyonlarla karışabilir ve hastalar genellikle asemptomatikler. İnternal kalsifikasyon göstermesi benign olduğunun bir işaretidir " demektedirler.

Akciğer Tüberkülozları nomenklatürü hakkında henüz bir fikir birliğine varılmamış olmasına rağmen biz genellikle keskin kenarlı, yuvarlak veya oval, sapı 1.5 cm. den büyük, homogen tüberküloz odağı şeklinde tanımlamaktayız. Radyolojik tanımlanabilirler ise de Akciğerin diğer Coin lezyonları ile ayırıcı tanısı için ekseri ileri ayırıcı tanı metotları uygulanması gereği gözönünde tutulmalıdır. Sili, m (9) gibi; 3-6 aylık medikal tedaviden sonra iyilik göstermeyen olgularda ekonomik rezeksiyon önermekteyiz.

#### SUMMARY:

#### PULMONARY TUBERCULOMAS

The Author has touched on the idea as of different researches following presenting chronological information about the diagnosing, pathogenesis and classification of the pulmonary tuberculomas. The author has put forward concordant view with some researchers while contradictory with the others.

#### LİTERATÜR :

- 1- Sabar, İR.: Tüberkülozlar-tüberküloz mecm. Cilt X, No: 3, 136-143 (1955).
- 2- The American Illustrated Medical Dictionary: Tüberküloz, 21 (1947).
- 3- Hillerdal, O.: Tuberculomas. Acta Tuberkoluz Scandinavia IV, 788 (1954).
- 4- Rodenbach, KL.: Grobe solitare Tuberkulose Rundherd. (tuberculoms) Der Lunge Beitrag Klinik Teburkülose 106, 539-542, (1952).
- 5- Opera, N.: et al: A L'etude de la Pathogenie du Tuberculoma chez l'adulte Rev. Tuberculose 20, No: 11-12, 1110 (1956)
- 6- Çintan, B.: Akciğer Tüberkülozunda Yuvarlak Gölgeler. Tüberküloz Mecm. XIII., 88-96 (1959).
- 7- Meschan, I.: Tuberculomas and Granulomas Roentgen Signs in diagnostic İmaging. 4, 433 ve 506 W.B. Saunders Company West Washington Square Philadelphia PA. 19105 (1988).

- 8- Grosse -Brockoff, R. et al.: Akute Rundherd Pneumonie. Deutsch. Med. Wochenschrift 95, 1547-1549 (1970).
- 9- Sili, M.: Tüberküloalarda Subsegmental rezeksiyon ve neticeleri Tüberküloz mecm. XXIII, 1-2, 145-154, (1969).
- 10- Boratav, M.: Akciğer Tüberkolamaları: Tüberküloz Cilt XIV, 2, 96-106 (1959).
- 11- Aksüfür, H.: Tüberkülomada radyolojik görünüş, Akciğerlerde lokalizasyon, sıklık ve cinsin rolü. Tüberküloz, Cilt XIV., 3, 158-166 (1939).
- 12- Sinner, WN.: Fine Needle Biopsy of Tuberculomas. -Chest (6): 836 (1985).
- 13- Sutton, D. : A text book of Radiology and İmaging, I, 455, Longmen Grup UK Limited Yayınevi (1987).
- 14- Putman, C.E. : Textbook of diagnostic imaging, I, 553-544. W.B. Saunders Company Yayınevi (1988).