

Hepatik psödotümör: İzole karaciğer tüberkülozu

Abdurrahman ÖNEN, Abdurrahman ŞENYİĞİT, İbrahim SARI

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi, Göğüs Hastalıkları ve Tbc ve Patoloji Anabilim Dalları, Diyarbakır

Özet

Çalışmada, klinik olarak primer karaciğer kanseri tanısı ile opere edilip postoperatif patoloji ile doğru tanısı konan ve biliyer tıkanıklığa neden olan bir izole ve kalsifikasyon göstermeyen hepatik makronodüler tüberküloz olgusu sunulmaktadır. Sekiz yaşında bir erkek çocuğu, hastanemize bir yıllık iştahsızlık, kilo kaybı, sarılık ve hepatomegali hikayesi ile başvurdu. Hastada tüberküloz hikayesi ve bulguları yoktu ve PA akciğer grafisi tamamen normal idi. Abdominal ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografide karaciğerde infiltratif tümöral kitle lezyonu tespit edildi. Preoperatif iğne biyopsisi nonspesifikti. Hasta, primer karaciğer tümörü tanısıyla opere edildi. İntraoperatif olarak karaciğer sol lobu medial segmentinde 6 cm çapında kapsülsüz, solid, sert kıvamlı ve damarlı kitle görüldü. Tümöral kitle ve safra kesesi rezeke edildi. Postoperatif patoloji karaciğer tüberkülozu ile uyumluydu. Tüberküloz vücudun başka bölgelerinde saptanmadı ve üçbuçuk yıllık takipte hastada semptom ve komplikasyon olmadı. Bu çalışmada infiltratif karaciğer tüberkülozunun ayırıcı tanısı, patogenezi ve tedavisi tartışıldı.

Anahtar kelimeler: Tüberküloz, karaciğer, psödotümör, çocuk

Summary

Hepatic pseudotumor: Isolated hepatic tuberculosis

We report a case of isolated uncalcified hepatic macronodular tuberculoma causing biliary obstruction, which was misdiagnosed as primary hepatic cancer and the correct diagnosis was made pathologically. An 8-year-old boy was admitted to our institution with a one-year history of hepatomegaly, jaundice, anorexia, and weight loss. The chest x-ray was entirely normal with no history or symptoms/signs of tuberculosis. The abdominal ultrasound and CT scan revealed an infiltrative tumour mass lesion in the liver. Preoperative needle biopsy was non-specific. The patient underwent surgery with a preliminary diagnosis of liver tumor. Intraoperatively, a solid, hard, and vascularised mass 6 cm in diameter with no capsule formation, located at the medial segment of the left lobe of the liver was noted. A total resection of the tumour including gall bladder was performed. Postoperative pathological evaluation revealed tubercloid infiltration of the liver. We found no other infiltration site of the disease and no symptoms and complication occurred during the 3.5 year follow-up. In this report, differential diagnosis, pathogenesis, and therapy of tubercloid infiltration of the liver are discussed.

Key words: Tuberculosis, liver, pseudotumor, child

Giriş

Milyer yayılım dışında karaciğer tüberkülozu nadir görülmektedir ve en sık görülen formu diffüz hepatik granülomudur (3,7). Ancak, büyük hepatik makronodüler tüberküloz ve psödotümör oldukça nadirdir ve çoğu klinik olarak primer veya sekonder karaciğer tümörleri ile karışır (7,12,13).

Bu çalışmada, ekstrahepatik tüberkülozu olmayan ve biliyer tıkanıklığa neden olan kalsifikasyonsuz soliter karaciğer tüberkülozu olan bir olgu sunulmaktadır. Preoperatif dönemde yapılan iğne biyopsisi tanıda yardımcı olmadı ve klinik olarak primer

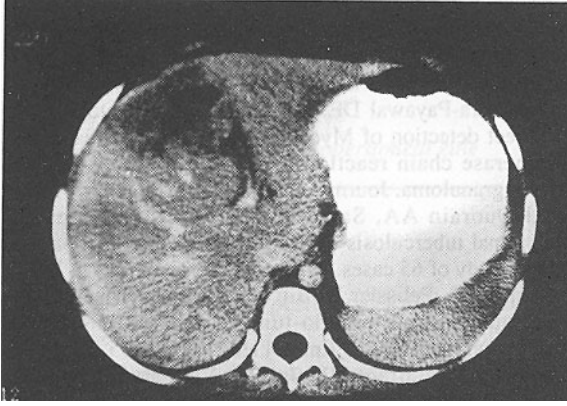
karaciğer kanseri tanısı alan hastada doğru tanı olan granüloamatöz hepatik tüberküloz postoperatif patoloji ile kondu.

Olgu Sunumu

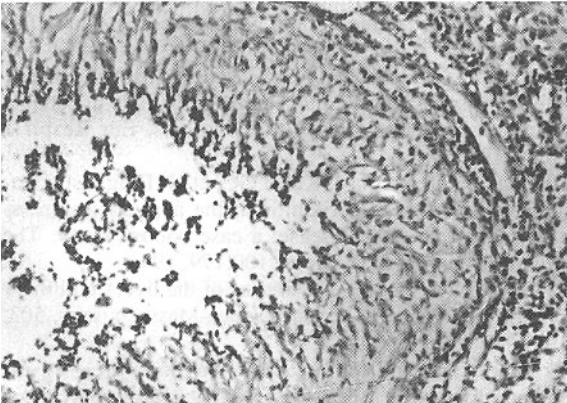
Sekiz yaşında bir erkek çocuğu, hastanemize bir yıllık iştahsızlık, kilo kaybı, sarılık ve hepatomegali hikayesi ile başvurdu. Hastanın ailesinde ve kendisinde tüberküloz hikayesi ve bulguları yoktu. Fizik muayenede sarılık, lokal epigastrik hassasiyet ve kot kenarını 3 cm geçen hepatomegali vardı. Vücut sıcaklığı 37°C, kalp atım hızı 88/dk, kan basıncı 125/70 mmHg ve solunum sayısı 19/dk idi. BCG'si bir bölgede pozitif ve tüberkülin deri testi (PPD) 72 saatte 4x4 mm'lik endurasyon oluşturdu.

Adres: Dr. Abdurrahman Önen, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, 21280 Diyarbakır
Yayına kabul tarihi: 27.08.2002

Laboratuvarında idrar ve kan biyokimyası normaldi. Periferik kan yaymasında belirgin hipokromi ve anizositoz vardı. Sedimantasyon hızı 70 mm/saat, serum alkalin fosfataz, gamma glutamil transpeptidaz ve bilirubin değerleri yüksekti. Serum aminotransferaz, alfa-fetoprotein, karsinoembriyjenik antijen, trombosit, protrombin zamanı ve parsiyel tromboplastin zamanı normal düzeylerde idi. Hbs Ag'i pozitif, anti-Hbs Ag'i negatif. PA akciğer grafisi tamamen normal idi. Abdominal ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografide karaciğer sol lobu mediyal segmentte hipodens ve heterojen, kalsifikasyonsuz, düzensiz sınırlı 5x6x7 cm boyutlarında, infiltratif tümöral kitle lezyonu tespit edildi (Resim 1). Radyolojik görüntü bir primer karaciğer kanseri düşündürdü. Hastaya iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı. Fakat, ne laboratuvar bulguları ne de iğne biyopsisinin nonspesifik bulguları kesin tanıyı koyduramadı.



Resim 1. Preoperatif abdominal BT. Karaciğer sol lob mediyal segmentte 5x6x7 cm boyutunda heterojen, hipodens ve düzensiz sınırlı kitle görünümü.



Resim 2. Hepatik kitlenin histopatolojik görünümü. Orta bölgede kazeifikasyon nekrozu, epiteliyal histiyositler ve periferde lenfositler (HEEx100).

Hasta, primer karaciğer tümörü tanısıyla opere edildi. İntraoperatif olarak karaciğer sol lobu mediyal segmentinde yaklaşık 5x6x7 cm boyutlarında kapsülsüz, solid, sert kıvamlı ve damarlı kitle görüldü. Tümöral kitle ve safra kesesi rezeke edildi. Abdominal eksplorasyonda diğer organlar makroskopik olarak normal bulundu. Postoperatif patoloji kazeifikasyon nekrozu, epiteliyal histiyositler, lenfosit ve fibroblast içeren infiltratif karaciğer tüberkülozu ile uyumluydu (Resim 2). Tüberküloz vücudun başka bölgelerinde saptanmadı. Hasta, antitüberküloz tedaviye alındı. 4 ay boyunca izoniyazid ve rifampin ile 2 ay boyunca pirazinamid verildi. Üçbuçuk yıllık takipte hastada semptom ve komplikasyon olmadı.

Tartışma

Karaciğer tüberkülozu, genellikle vücudun başka bir bölgesindeki tüberküloz odağından miliyer yayılım sonucu gelişir (7,11,12,13) ve sıklıkla sarılık ve hepatomegaliye neden olarak hepatosellüler karsinomu taklit eder (7,12,13). Primer karaciğer tüberkülozu ve tüberkülozu literatürde sporadik olarak rapor edilmiş ve bunların büyük çoğunluğu küçük yuvarlak tüberkül veya abseler şeklinde tariflenmiştir. Birkaç cm çapında makronodüler tüberkülomlar (8) özellikle de kalsifiye olmayan formları çok nadir bildirilmiştir (5,6). Bildiğimiz kadarıyla, literatürde safra yolları tıkanıklığının nedeni olarak karaciğer tüberkülozu sadece birkaç olgu bildirilmiştir (13). Bu çalışmadaki olgumuzda 6 cm çapına ulaşan oldukça büyük, safra yolları tıkanıklığına ve hepatomegaliye neden olan, tümör benzeri makronodüler tüberküloz mevcuttu.

Psödötümör hepatic tüberküloz hem nadirdir hem de başlangıçta nadiren doğru tanı konabilmektedir ve ayırıcı tanıda hepatobiliyer kanserlerden ayırmak gerekir. Karaciğer tüberkülozu olgularının ancak % 10'undan daha azında konvansiyonel yöntemlerle asit-fast basil tespit edilebilmekte ve bu olgularda bağışıklık sistemi zayıf olduğu için çoğunun tanısında PPD'nin pek yararı olmamaktadır (1,10). Bu sunulan olguda, PPD 72 saatten sonra 4x4 mm olarak ölçüldü. Klinik olarak mikobakteri enfeksiyonundan şüphelenilmeyebilir ve hepatic tüberkülozlu olguların ancak % 15-20'sinde aktif klinik veya radyolojik bulgu mevcuttur (3,11). Dolayısıyla, bu olgulara rad-

yolojik olarak tanı koymak da hala zordur. Doğru tanı için bazen sadece hepatik nodülde kalsifikasyon olması tek bir ipucu olabilir (12). Böylece, bu olguların çoğunda antitüberküloz ilaçlarla ampirik tedaviye yanıtı göre tanı retrospektif olarak konabilmektedir (3). Hastamızda, radyolojik olarak karaciğer tüberkülozu tanısı koyduracak bulgu yoktu ve hem klinik hem de radyolojik olarak bir maligniteyi andırıyordu. Bu nedenle, olgumuzda ilk ayırıcı tanımız primer hepatosellüler karsinomdu.

Hepatik tüberkülozun tanısı hala karaciğerin histopatolojik tetkiki ile en doğru şekilde mümkündür (2). Abdominal tüberkülozda iğne aspirasyon biyopsisinin tanısal değeri düşüktür. Kazeifikasyon nekrozu görülmeyebilir ve karaciğer biyopsisinin tek bulgusu hepatik granülom olabilir (3). Al-Quorain ve ark (4) karaciğer iğne aspirasyon biyopsisi yaptıkları 350 hastanın sadece 11'inde tanı koyabilmişler. Bizim olgumuzda, iğne biyopsisi bulguları nonspesifikti ve tanıda yardımcı değildi. Karaciğer tüberkülozu tanısında en duyarlı yöntemlerden biri laparoskopik olarak karaciğerdeki lezyonların görülmesidir (3,11). Olgumuzda, sadece bir solid kitle vardı ve normal karaciğer dokusu ile tamamen kaplıydı. Bu nedenle laparotomi ile lezyonu görüntülemek mümkün değildi.

Hastaya laparotomi uygulandı ve kitle total olarak çıkarıldı. Postoperatif patoloji tüberküloza bağlı soliter hepatik psödötümör ile uyumluydu. Kanımızca, karaciğer kitlelerinin tanısında primer tetkik aracı, USG eşliğinde perkütan biyopsidir. Ancak, bununla tanı konamadığı durumlarda malignensileri ekarte etmek için laparoskopik veya açık biyopsi başvurulabilecek yöntemlerdir. USG, sintigrafi ve BT gibi noninvazif işlemlerin karaciğer tüberkülozlu olgularda tanıdan ziyade takipte özellikle de uzun süren nonoperatif tedaviye yanıtı görmede yardımcı olabilecek yöntemler olduğunu düşünüyoruz.

Hepatik tüberküloz tedavisinde en sık kullanılan antitüberküloz tedavi kombinasyonu, 2 aylık izoniiazid, rifampin ve pirazinamid tedavisi ve devamında 4-7 aylık izoniyazid ve rifampin tedavisidir (9). Hastamıza, 4 ay boyunca izoniyazid ve rifampin ile 2 ay boyun pirazinamid tedavisi uygulandı. Hasta bu antitüberküloz tedaviye yanıt verdi. Üç buçuk yıllık takip sırasında hastanın herhangi bir yakınması olma-

dı ve normal gelişimi devam etti.

Sonuç olarak, birçok hepatik kitle nedenlerinden biri de tüberkülozdur. Karaciğerde üniform ve solit bir kitle görüldüğünde, ayırıcı tanıda sadece malignite değil hepatik tüberküloz da düşünülmelidir. Bu nedenle, özellikle gelişmekte olan ülkeler gibi tüberküloz prevalansının yüksek olduğu yerlerde karaciğer kitlelerinin ayırıcı tanısında hepatik tüberkülozmayı akılda tutmak önemlidir. Bu olgularda, preoperatif dönemde dikkatli bir şekilde yapılan non- veya minimal invazif tanı araçları ve intraoperatif olarak da frozen biyopsi, olası bir tüberküloz tanısını ayırd etmede faydalı olabilir.

Kaynaklar

1. Abdel-Dayem HM, Naddaf S, Aziz M, et al: Clinical Nuclear Medicine 22:310, 1997
2. Akcan Y, Tuncer S, Hayran M, et al: PCR on disseminated tuberculosis in bone marrow and liver biopsy specimens: correlation to histopathological and clinical diagnosis. Scand J Infect Dis 29:271, 1997
3. Alcantara-Payawal DE, Matsumura M, Shiratori Y, et al: Direct detection of Mycobacterium tuberculosis using polymerase chain reaction assay among patients with hepatic granuloma. Journal of Hepatology 27:620, 1997
4. Al-Quorain AA, Satti FMB, Al-Freih HM, et al: Abdominal tuberculosis in Sauda Arabia: A clinicopathological study of 65 cases. Am J Gastroenterol 88:75, 1993
5. Berbard E, Pelissier E, Birtwisley, et al: Tuberculose hepaticque a forme pseudo-tumorale. A propos d'une observation. Ann Gastro Enterol Hepatol 21:135, 1985
6. Brauner M, Buffard MD, Jeantils V, et al: Sonography and computed tomography of macroscopic tuberculosis of the liver. J Clin Ultrasound 17:563, 1989
7. Levine C: Primary macronodular hepatic tuberculosis: US and CT appearances. Gastrointest Radiol 15:307, 1990
8. Moskovic E: Macronodular hepatic tuberculosis in a child: computed tomographic appearances. Br J Radiol 63:656, 1990
9. Schaberg T, Rebhan K, Lode H: Risk factors for side effects of isoniazid, rifampin and pyrazinamide in patients hospitalized for pulmonary tuberculosis. Eur Respir J 20:26, 1996
10. Shakil AO, Korula J, Kanel GC, et al: Diagnostic features of tuberculous peritonitis in the absence and presence of chronic liver disease: a case control study. The American Journal of Medicine 100:179, 1996
11. Sherlock S, Dooley J: Diseases of the liver and biliary system. Tenth ed. Blackwell Science Massachusetts, 503, 1997 ???
12. Tan TCF, Cheung AYC, Wan WYL, et al: Tuberculoma of the liver presenting as a hyperechoic mass on ultrasound. Br J Radiol 70:1293, 1997
13. Wee A, Nilsson B, Wang TL, et al: Tuberculous pseudotumor causing biliary obstruction. Acta Cytol 39:559, 1995