

## TÜBERKÜLOM'DA TANI GÜÇLÜĞÜ (X)

Ümit ACAR, Tansu MERTOL, Cengiz ÖZDEMİR, Bilgehan BİLGE

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirürji Anabilim Dalı

### ÖZET

Tüberküloz genellikle akciğer veya lenf tüberkülozuna sekonder olarak gelişir. Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa'da intrakranial yer kaplayan oluşumlar içinde %1'den az oranda görülür. Olguların %80'i 25 yaş altındadır. Nöroradyolojik tetkiklerde tümöral süreçlerle ayırımı kolaylıkla yapılamaz.

İlk gittiği hastanede Bilgisayarlı Tomografi (BT) ile malign glial tümör tanısı alan 55 yaşındaki kadın hasta Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) ve Digital Subtraction Angiografi (DSA) ile tromboze arteriovenöz malformasyon (AVM) öntanısı ile opere edildi. Lezyon total çıkarılarak histopatolojik olarak tüberküloz tanısı koyuldu.

Bu olgu nedeniyle tüberkülozun klinik, BT, MRG ve anjiyografik bulguları ile tanıda karşılaşılan güçlükler literatür ışığı altında tartışıldı.

**Anahtar sözcükler:** Intrakranial tüberküloz, Tüberküloz, Intrakranial kitle.

### SUMMARY

Tuberculoma is generally secondary to the pulmonary or lymphoid tuberculosis. The incidence of tuberculoma is less than 1% as an intracranial mass lesion, in United States and Europe. 80 % of patients are younger than 25 years of age. The differential diagnosis of tuberculoma from the intracerebral mass lesion is very difficult with the neuroradiologic techniques.

55-year-old female patient was evaluated. Radiological investigations including MRG, CT and DSA showed a glial tumour or thrombosed AVM. The mass lesion was extirpated totally and the histopathologic evaluation revealed tuberculoma.

Here, the difficulties of the diagnosis of tuberculoma is discussed in the light of literature.

**Key Words:** Intracranial tuberculosis, tuberculoma, intracranial mass lesion.

Toplum içinde sosyoekonomik yapı ile yakından ilgili hastalıkların arasında yer alan tüberküloz intrakranial yerleşimi nadir olmakla birlikte genellikle görülen formu tüberküloz menenjitidir. Intrakranial tüberkülozün diğer bir formu da tüberkülozdur (1).

Gelişmiş ülkelerde %1'den çok daha düşük bir insidansa sahip olan intrakranial tüberküloz enfeksiyonunun gelişmekte olan ülkelerdeki insidansının da benzeri şekilde belirgin bir azalma gösterdiği bildirilmektedir (1,2).

Tanı konduktan sonra uygun kemoterapi ile başarılı sonuçlar elde edilebilen (1,3,4) tüberkülozün nörodiagnostik bulguları başka patolojilerle sıklıkla karışabildiğinden, bu konuya dikkati çekmek için son zamanlarda karşılaştığımız bir olgumuzu sunuyoruz.

### OLGU SUNUMU

55 yaşındaki bayan hasta beş yıl önce başlayan ve ara ara şiddetlenen baş dönmesi ve dengesizlik yakınması olduğunu, zaman zaman da söylemek istediği sözcükleri konuşmakta güçlük çektiğini

(X): Bu çalışma 1992 Ürgüp Türk Nöroşirürji Kongresinde poster olarak sunulmuştur.

belirtiyordu. Hastanın nörolojik bakışında bilinç açık, koopere ve oriente idi. Kranial sinir bakışında sol alt quadranopsi, serebellar bakıda oldukça siliik ataksisi dışında başka bir bulguya rastlanmadı. Fizik bakışında da belirgin bir patoloji görülmeyen hastanın tetkikleri içinde direkt akciğer grafisinde her iki kostofrenik sinüslerde küntleşme ve bilgisayarlı beyin tomografisinde (BBT) de sağ parietooksipital bölgede kontrastsız kesitlerde izodens, yer yer hipodens alanlar içeren, kontrastlı kesitlerde de yoğun kontrast tutan bir yer kaplayan oluşum tespit edildi (Şekil 1).

BBT bulgularına göre tümör veya bir AVM olabileceği düşünülen hastaya digital subtraction angiografi yapıldı ve BBT'de görülen kitlenin avasküler yapıda olduğu belirlendi (Şekil 2). Bunun üzerine hastaya MRG tetkiki yapılarak sağ parietooksipital bölgede yaygın beyaz cevher ödemi, orta hat yapılarında şifte yol açan ve yoğun paramanyetik ajan tutulumu gösteren, glial tümörle uyumlu olabilecek lezyon tespit edilerek (Şekil 3) hasta opere edildi. Sağ parietal kraniotomi ile kitle total olarak extirpe edildi. Hastanın peroperatif frozen incelemesinde kitlenin tüberküloz olduğu anlaşıldı. Postoperatif dönemde klinik olarak belirgin bir düzelme gösteren hastaya gerekli konsültasyonlar sonucunda streptomycin, rifampisin, izoniazid ve piazolina kombinasyonu başladı. Hastada bu tedaviye başlandıktan sonra bulantı, kulak çınlaması, baş dönmesi yakınmaları ve azotemi tablosu gelişmesi üzerine tedavi protokolü değiştirildi ve izoniazid, etambutol kombinasyonu başlandı.

Bu arada hastanın ısrarlı özgeçmiş sorgulaması tekrarladığında 20 yıl kadar önce şüpheli bir akciğer enfeksiyonu geçirdiği öğrenildi.

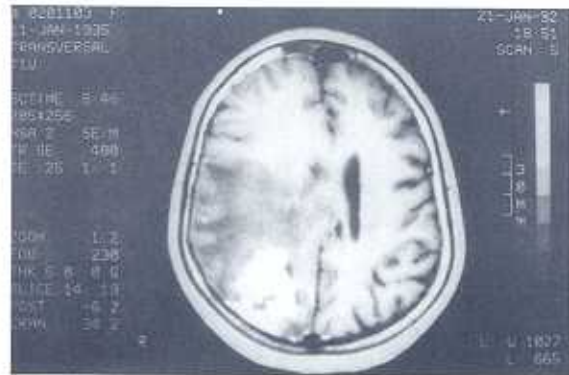
Hastanın postoperatif 1. ay kontrolünde yakınmalarında regresyon olduğu tespit edilerek BBT kontrolleri ile izlem programına alındı.



Şekil 1. Olgunun CE (+) BBT görünümü



Şekil 2. Olgunun Sağ Karotid angiogramı



Şekil 3. Olgunun MRG Görünümü (Gd-DTPA + ve direkt kesitler)

## TARTIŞMA

Intrakranial tüberküloz enfeksiyonu genellikle akciğer, batın veya ürogenital sistem kökenli tüberkülozun hematogen yolla yayılımı sonucu ortaya çıkar(1,5,6). Hematojen yolla serebral dokuya ulaşan patojen ajan serebral korteks veya meninkslerde küçük granülomlar oluşturur. Bu granülomlar ya subaraknoid mesafeye açılarak tüberküloz menenjitisi ya da birleşerek tüberküloz oluştururlar(1,5).

Tüberküloz klinik olarak diğer intrakranial yer kaplayan oluşumlar ile benzer klinik tablolar gösterirler (1,6,7,8).Olguların %42'sinde ekstrakranial bulgu görülmeyebilir(9). Bizim olgumuzda da hastanın ekstrakranial sistemlerine ilişkin herhangi bir bulgu tespit edilmemiştir.

Tüberkülozün tanısı için başvurulabilecek tetkikler içinde spesifik bir yöntem yoktur. Bazı olguların direk kraniyografilerinde kalsifikasyonlar görülebilmektedir(5). BBT'nin tanıdaki önemi ise tartışmalıdır. Bazı olgularda hipodens lezyon görülebildiği gibi bazı olgularda da hipodens görülen nekrotik sahanın periferinde belirgin kontrast

tutulumu gösteren lezyon şeklinde görülebilmektedir(3,5,7,10, 11,12). Yine MRG tekniğinde de tüberküloz spesifik bir özellik henüz bildirilmemiştir.

Tanıdaki bu güçlükler hastaların tedavilerine önemli etkilerde bulunmaktadır. Nöroradyolojik tetkiklerde yer kaplayan oluşum şeklinde görülen tüberkülozlar antitüberküloz kemoterapiden oldukça yarar görmekteyken.Bu tip hastalarda progresif kafa içi basınç artımı, antitüberküloz ajanlara rezistans veya hastanın tolerans azlığı durumlarında dekompresif amaçlı olarak cerrahi tedavi endikasyonu vardır(1,3,4,8).

Bizim olgumuzda da elde edilen DSA, BBT ve MRG tetkikleri hastada avasküler bir tümoral patolojiyi göstermiş ve bu nedenle de hasta cerrahi tedaviye alınmıştır.

Sonuç olarak, her ne kadar spesifik bir nöroradyolojik bulgu bulunmamasına karşın sosyoekonomik yönden gelişmekte olan ülkemizde tüberküloz ve komplikasyonları ile sık sık karşılaşabileceğimizin unutulmaması gerekir.

## KAYNAKLAR

1. Ramamurthi B. Tuberculoma and Syphilitic Gumma In: Yamans I, ed.Neurological Surgery, third edition Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1990; 6: 3752-3758.
2. Datsu DK, Lalitha VS, Prabhakar V. Pathological analysis of intracranial space-occupying lesion in 1000 cases including children. J Neurol Sci 1968; 6: 575-592.
3. Vengsarkar US, Pisipaty RP, Parekh B et al. Intracranial tuberculoma and the CT. Scan J Neurosurg 1986; 64: 568-574.
4. Victor JF. Brainstem tuberculoma in adult patient: Diagnosis and treatment. Surg Neurol 1990; 34: 383-389.
5. Lee HS, Rao KCVG. Cranial CT and MRI.Second Edition. New-York:Mc Graw Hill Book Company, 1987; 580-583.
6. Elisevich K, Arpiv JE. Tuberculoma masquerading as a meningioma. J Neurosurg 1982; 56: 435-438.
7. Ramamurthy B, Varadarajan GM. Diagnosis of tuberculomas of the brain. J Neurosurg 1961; 18: 1-7.
8. Whittle IR, Allsop JL, Besser M. Tuberculoma mimicking pinealoma. J Neurosurg 1983; 59: 875-878.
9. Mayers MM, Kaufmann DF, Miller MM. Recent cases of intracranial tuberculomas. Neurology 1978; 28: 256-260.
10. Lee HS, Kumar ARV, Lorber B. Tuberculosis of CNS presenting as mass lesions. Diagnostic dilemma. Pa Med 1979; 82: 36-38.
11. Welchman JM. CT of intracranial tuberculomata. Clin Radiol 1979; 30: 567-579.
12. Harriman DGE. Greenfield's Neuropathology. Chicago: Wiley and Sons Company. Year Book., 1964; 580-583.