

KRONİK AKÇİĞER HASTALIĞI-DAVRANIŞ BOZUKLUĞU-KOMA

* Ayşegül ÖÜMEGÜL ** Osman YILMAZ * Galip AKHAN * Özden VURAL

(*) Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı

(**) Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

ÖZET

Bu yazında akciğer tüberkülozu olarak izlenen davranışsal bozukluk ve coma tablosuyla çok kısa sürede eksitus olan bir hasta; nekropsi bulgularıyla birlikte sunulmuştur.

Anahtar Sözcükler : Akciğer tüberkülozu, ansefalist, eksitasyon

Key Words : Tuberculosis pulmonary, encephalitis, exitation

OLGUNUN SUNUMU:

28 yaşında erkek hasta. Akciğer tüberkülozu+menenjit ve/veya meningoansefalist ön tanılarıyla 24 Ağustos 1988'de başka bir hastaneden sevkle Nöroloji Anabilim Dalına yattırıldı.

Yakınlarından hastalığının 1987 yılılarında, göğüs-sirt ağrısı, düzensiz ateş ve zayıflama şeklinde başladığı öğrenildi. Verem Savaş Dispanseri, Ocak-Temmuz 1988 arasında akciğer tüberkülozu tanılarıyla periyodik ve düzenli olarak hastayı izlemiştir. Üçlü anti-tüberküllü tedavisi uygulanan hastanın bu süreç içinde genç ve radyolojik durumunda önemli bir değişiklik olmadığı resmi kayıtlardan öğrenildi.

Ağustos ortalarında, şiddetli baş ağrısı, yüksek ateş, bulanık bilinc bulanıklığı yakınımlarıyla Devlet Hastanesi İntaniye Kliniğine getirilmiştir. Belirgin bir anemisi (Ht: %26) ve sedimentasyon yükseliği (60-110 mm) olan hastada BOS bulgularında orta derecede protein yükseliği belirlenmiştir. Mikroskopik incelemec normalmiş. Menenjit ve/veya meningoansefalist geliştiği düşünülmüş. Hastanın genel durumu giderek bozulmuş. Bu arada geceleri artan anlamsız konuşmalar, saldırgan davranışlar, hallucinasyonlar ortaya çıkmış. Sonunda hastanın komaya girmesi üzerine hastanemize sevk edilmiştir.

Klinigimizde yapılan değerlendirmeye:

FİZİK MUAYENE: 100/70 mmHg. Ateş: 37,5°C, Nb: 79/lak solunum düzensiz ve sekresyonlu, dinlemekle yaygın raller alınıyor, karaciğer 2 cm ele geliyor, diğer sistem muayencileri normal.

Nörolojik muayene: Bilinc kapalı, Glaskow coma skorasına göre EMV: 1,2,1 düzeyinde. Gözler primer pozisyonda sabit. Beyin sapı refleksleri alınmıyor, taraf bulgusu yok. DTR dört yanlı azalmış, patolojik refleks yok. Fundus bilateral fizyolojik, kuşku-

lu ense seriliği bulunuyor.

Laboratuar bulgular: Hb: %10,9, Ht: %33, BKH: 13500 KKH: 3,5 milyon, BOS açık ksantokromik, mikroskopik bakıda hücre görülmemiştir.

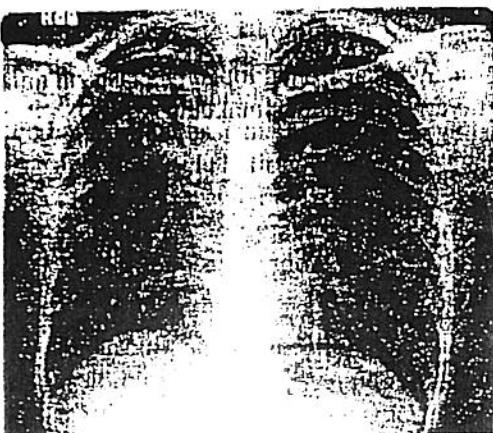
Gidiş: coma durumunda servisimize yatırılan hastaya destek tedavi ve non-spesifik antibiyotik uygulandı. Yaklaşık 20 saat içinde, hasta solunum ve dolaşımı yitirmeyiği tablosuyla eksitus oldu. Aynı gün otopsi yapıldı, klinikopatolojik konferansla bulgular ve sonuçlar tartışıldı.

Klinik yaklaşım: Akciğer tüberkülozu ve meningoansefalist ön tanılarıyla cle alınan hastanın hastaiğin öyküsü; daha önce izlendiği ve televizyondan sağlık kuruluşlarındaki kayıtları dikkate alınarak bir bütün olarak gözden geçirildiğinde olayın farklı boyutları olabileceğini ortaya çıktı.

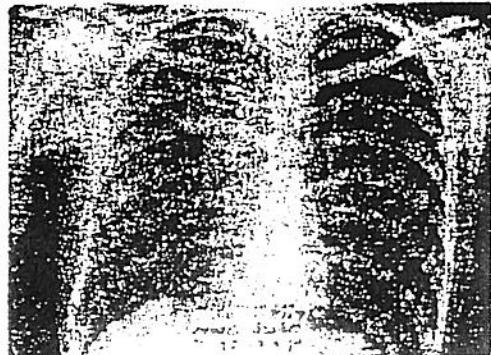
Hasta, ilk olarak Ocak 1988'de Akciğer tüberkülozu olarak değerlendirilip düzenli tedavi görmesine karşın klinik ve radyolojik düzelmeye olmuş, aksine molay stirekli ilerlemiştir. Tüm balgam kültürlerinde ARB negatiftir. Bu durum progressif bir hastalığı da düşündürbilir. (Röntgen filmleri 1,2,3,4)

Akciğerlerde gözlenen patolojinin düzlenmemesi yanında belirgin bir anemi ve BOS'la orta derecede protein yükseliği söz konusudur. Laboratuar bulguları menenjitli desteklememektedir.

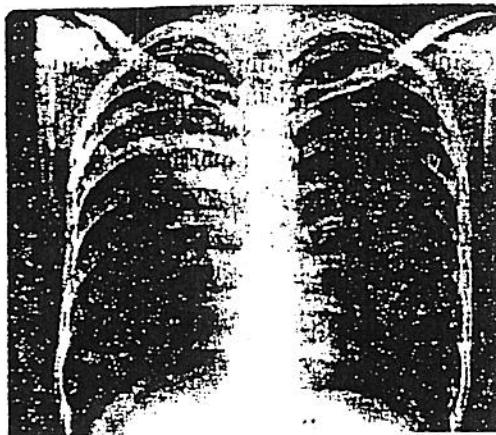
Poliklinik kayıtlarından 2 Ağustos 1988'de uzun süredir devam eden baş ağrısı nedeniyle hastanın muayene edilerek "Gerilim baş ağrısı" ön tanııyla non-spesifik analjezik verildiği öğrenilmiştir. Kronik bir hastalıkta da baş ağrısı olabilir ama klinik patolojik bulgu belirlenmemesine rağmen, geriye dönük düşüncenin içinde cerebral bir patoloji de akla gelmektedir.



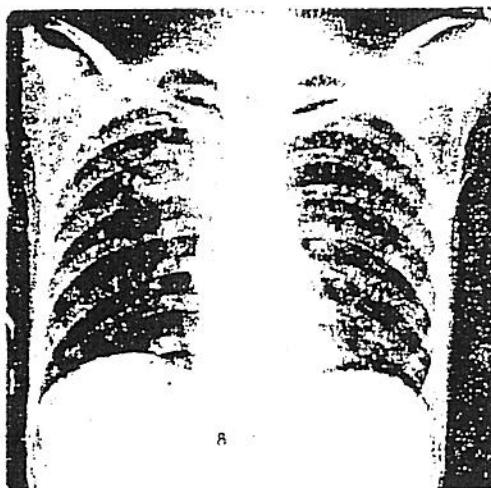
Ocak ayı akciğer radyoloji görünümü



Temmuz ayı akciğer radyoloji görünümü



Nisan ayı akciğer radyoloji görünümü



Ağustos ayı akciğer radyoloji görünümü

Hasta 5-6 gün içinde yavaş yavaş ağırlaşmıştır. Bu arada "Psikotik reaksiyon" olarak değerlendirilecek düzeyde davranış ve düşunce bozuklukları ortaya çıkmıştır. Sonunda hasta bir gece içinde komaya girmiştir. Bu tablo kronik bir enfeksiyon hastalığının terminal devresine pek uymamaktadır.

Klinik olarak olgu; Akciğer+SSS enfeksiyonu olarak kabul edilememiştir. Beyin tomografisi yapılamadığından olayın aydınlatılabilmesi için nekropsi gereğine karar verilmiştir.

Nekropsi sonuçları: Solunum sistemi incelemede sağ akciğer üst lopta sertçe görünüm, kirli sarı odaklar, apektik bronşa açılan erime alanı, sol akciğer üst ve alt loplarda kirli sarı renkli odaklar ve nodüller. (Resim:1)

Üro-genital sistem incelemesinde; her iki böbrekte büyümeye, bazılarında crimeler bulunan 3 cm büyülüge varan nodüller (Resim: 2). Trachea bifurkasyonunda kesitleri kirli sarı renkli alanlar içeren, yer yer paketler oluşturan büyümüş lenf ganglionları;

endokrin sisteminde ise, sol surrenalde kirli sarı renkli crimedeki alanları gözlendi.

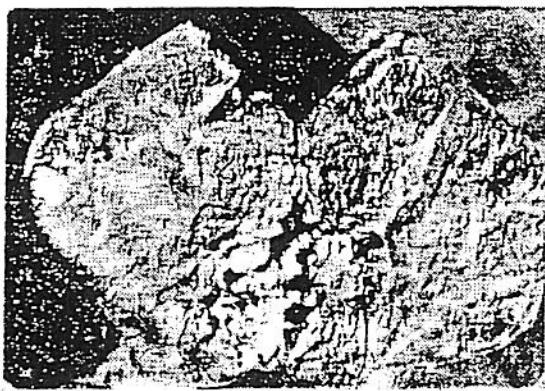
Santral Sinir Sisteminde; sağ hemisferin frontalinde yan ventrikül ön boynuzunu dolduran ve çevresini infiltre eden 5x4x4 cm ölçülerinde, kirli sarı kitle belirlendi. Cerebellum kesitlerinde, ponsun üzerinde ve önünde 4. ventrikül açılan 4x2, 5x2,5 cm ölçülerinde koyu kırmızı hematom ve 4. ventrikül duvarlarında kanamalı görünüm ortaya çıktı. (Resim 3 ve 4).

TARTIŞMA:

Nekropsi bulgularında ortaya konduğu gibi olay; primer akciğer kanseromu ve bunla bağlı olarak gelişen multisistemik metastazdır. Yapılan histopatolojik incelemede, akciğerdeki primer tümörün, beyin, böbrekler, surrenal ve paratrakeal lenf ganglionlarındaki tümör dokularının çok katlı yassı epitel hücreli kanserom olduğu görülmüştür. (Resim:5)



Resim 1: Akciğerlerdeki kirli sarı nodüllerin yakın planдан görünüşü



Resim 2: Böbrekteki nekroz alanları ile birlikte nodüler görünüm

Bilindiği gibi akciğer kanserinde, sistemik yayılımın en önemli formunun beyin metastazları oluşturur. (1,4,6) Bu komplikasyonun sıklığı %14-65 arasında değişmektedir. (2,5,6) Bu oran küçük hücreli karsinomda %63, adenokarsinomda %40, çok katlı yassı epitel hücreli karsinomda %17, büyük hücreli karsinomda %14'dür. Genellikle primer akciğer tümörü tanısı konulduktan sonra vakaların yaklaşık %20'sinde 1 yıl içinde beyin metastazları ortaya çıkmaktadır. (4,6)

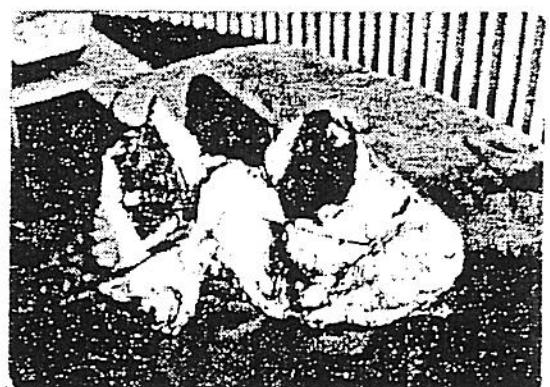
Serebral metastazlar; primer hastalığın sciri sırasında herhangi bir devrede belirlenebilir. Bunun yanında akciğer kanserleri, "Paraneoplastik sendrom" şeklinde de bulgu verebilir. En sık gözlenen semptom ve yakınmalar; baş ağrısı, epilepsi ve KIBAS'ur. Bazan da subaraknoid kanama, subdural effüzyon, büyük intrakraniyal kistler gibi beklenmedik biçimde akut bir nörolojik tablo da yapabilir. (4,6,7)

Sunulan olguda yaklaşık 1 yıl sonra metastaz gelişmiştir. Preterminal devredeki "Psikoz" tablosuna

varıncay kadar frontal lobluk metastazın anlamı lirti vermediği anlaşılmaktadır.



Resim 3: Sağ hemisfer frontalinde kitle. (Metastaz)



Resim 4: Scerebellum kesitinde, 4. ventrikül açılan büyük hematom.



Resim 5: Böbrekte çok katlı yassı epitel hücreli karsinom metastazı. Hematoxilen-Eoksinx70

Terminal devredeki koma; BT yapılamadığından, hasta yaşadığı sürece net olarak açıklanamamıştır. Komanın cerebellumdaki 4. ventriküle açılan büyükçe hematomun basisine bağlı olarak gelişirdiği patoloji bulgularıyla belirlenmiştir. BOS'un hemorajik olmaması da cerebellar kanamanının ileri terminal devrede olduğunu göstermektedir. Cerebellar kanamanın akciğer kanserlerinde çok ender ortaya çıktığı bildirilmiştir. (3,4,6)

Olgu; hastalık sürecinin niteliği, terminal devreye kadar nörolojik yönden asemptomatik oluşu, cerebellar kanama nedeniyle eksitus oluşu gibi özellikleri nedeniyle patolojik görüntüleriyle birlikte sunulmuştur.

SUMMARY

In this article, a patient, that has been followed as Tuberculosis pulmonary and died of behavior disorders and coma table, have presented with necropsy features.

KAYNAKLAR:

- 1- Auerbach et all. *histological type of lung cancer in relation to smoking mhabits, year of diagnosis and cites of metastases*. Chest 1975;67:382-385
- 2- Carter D, egleston J. *Tumors of the lower respiratory tract. Atlas of tumor Pathology AFIP*, Washington 1983;17:65-77
- 3- Cohen et all. *Primer carcinoma of the lung? A review of 417 histologically proved cases*. Chest 1966;49:67-69
- 4- Galichich JJ, Narayan S. *Metastatic Brain Tumors. Neurosurgery volume one New York. Edit by Wilkins RII, Setti RS. Mc Graw-Hill Book Company 1985. Section C;597-610.*
- 5- Gamache WF, Posner BJ. *Metastatic brain tumors. Neurological Surg 1982;5:2872-2898*
- 6- Scoggin CII. *pulmonary neoplasms. Cecil Text-book of Medicin 18 th edition. edit by Wyngaarden JB, Smith LH 1988. WB Saunders Company Philadelphia; 457-463*
- 7- Warren et all. *Lung cancer and metastasis. arch Pathol 1964;78:467-469.*