

Poliserözit Olgularına Yaklaşım: Bir Olgu Nedeniyle

Mehmet Akif BÜYÜKBEŞE¹

ÖZET:

On yedi yaşında erkek hasta karında şişlik, halsizlik, ateş ve derin nefes almakla sağ yanda ağrı nedeniyle başvurdu. Başka bir hastaneden siroz ön tanısı ile gönderilen hastada fizik muayene bulguları, yer değiştirmeyen ve aralıklı olarak matite veren assit ve hepatomegali idi. Bilgisayarlı tomografide perikardiyal, plevral koleksiyon, assit ve omental kek tespit edildi. Kültürler steril kaldı. Plevral biyopsisi granülomatöz odaklar arasında Langhans tipi dev hücreleri gösteriyordu. Tüberküloz tanısı alan poliseröziteli hasta, tedavisinin birinci ayı sonunda oldukça düzelmişti.

Anahtar Kelimeler: Omental kek, tüberküloz, poliserözit

SUMMARY:

APPROACH TO POLYSEROSITIS: A CASE REPORT

Seventeen year old male patient was admitted because of abdominal distention, fever and right thoracolateral pain while deep breathing. Physical findings of the patient with the presumptive diagnosis of cirrhosis from another hospital were revealing abdominal dullness with skip areas on percussion, ascites without shifting and hepatomegaly. On computed tomography pericardial and pleural collection and ascites with omental cake were noticed. All culture studies were negative. Pleural biopsy specimen was performing giant Langhans cells through the granulomatous foci. At the end of the first month of the tuberculosis management, patient with polyserositis was fairly good.

Key Words: Omental cake, tuberculosis, polyserositis.

GİRİŞ:

Perikardial, plevral, periton iç ve dış yaprakları arasında normal fizyolojinin üzerinde sıvı toplanması poliserözite veya poliserözit diye anılır. Çeşitli nedenlerle inflamatuvar bir yanıt olarak karşımıza çıkabilen bu klinikopatolojik durumun bazen nedeni açıklanamaz (İdiyopatik poliserözite=Concato hastalığı) (1). Aşağıda nedeni bilinmeyen bir ateş olarak da ele alınabilecek bir poliserözit olgusu sunulacak ve literatür gözden geçirilecektir.

OLGU:

On yedi yaşında erkek, karında şişlik, halsizlik, ateş ve nefes almakta olan göğüste sağ yanda batma hissi nedeniyle başvurdu. Üç hafta önce titremeye yükselen ateşi başlayan hasta, on gün öncesine kadar işine devam edebiliyormuş. Baş ağrısı nedeniyle gittiği bir hekim tarafından sinüzit olduğu söylenerek piroksikam tablet ve ambroksol şurup verilmiş. Halsizliğin devam etmesi üzerine bir hastaneye yatırılmış. Burada yapılan batın ultrasonografik incelemesinde karaciğer konturlarında düzensizlik, ekojenitede hafif artma, yaygın serbest sıvı saptanarak siroz ön tanısı ile hastanemize sevk edilmiş. Hastanın özgeçmişinde iki buçuk yıl önce geçirilmiş bronşit vardı. Soygeçmişinde özellik yoktu. Koltuk altı ateşi 39,8°C olarak bulundu. Kalp sesleri derinden geliyordu ve sağ akciğerin bazal kısımlarında solunum sesleri dinlemekle

azalmıştı. Telegrafide kalb gölgesi artmıştı (KTI>0.58). her iki kostadiafragmatik sinüsü kapalıydı. Sonografik olarak sağda daha fazla olmak üzere bilateral koleksiyon saptandı. Karında hassasiyet vardı ve assit doğrulandı.

Sağ hipokondriumunda karna hızla basılı tutmakla ele çarpan kitle hepatomegali lehine yorumlandı (Buz belirtisi = Sign de glaçon). Assit pozisyonla yer değiştirmiyordu. Perküsyonla matite, açıklığı klasik olarak yukarı bakan bir matite şeklinde değildi; karın değişik odaklarında aralıklı olarak timpan sesler alınabiliyordu. Yapılan biyokimya testleri tablo I'de özetlenmiştir. Eş zamanlı torasentez ve serum biyokimyaları tablo II'de, parasentez ve serum biyokimyaları da tablo III'tedir. Hastanın göz dibi normal, hepatit B ve C serolojileri ile RF ve anti nükleer antikoru (-) bulundu. Protrombin zamanı ile aPTT normal sınırlardaydı. PPD 20X20 mm endürasyon veriyordu. Karın USG tekrarlandı. Karaciğer 160 mm, dalak 142 mm sagittal çaptaydı ancak portal ven çapı normaldi ve karaciğer ekojenitesi patolojik değildi. Gerek ateşin etyolojisini saptamak, gerekse karın içi organlar hakkında daha fazla bilgi sahibi olmak amacıyla yapılan bilgisayarlı karın ve toraks tomografisinde omentum kalınlaşmıştı ve radyolog bunu bir omental kek şeklinde yorumladı.

Tablo I: Patolojik biyokimya değerleri

Sed: 105 mm/sa
Hb: 11,5 g/dl
Hct: %35
MCV: 75 fl
Lökosit: 5900/mm ³
Trombosit: 458000/mm ³
ALT: 84 U/L (<32)
AST: 75 U/L (N<32)
ALP: 716 IU/L (N<200)
GGT: 197 U/L (N:7-49)
LDH: 528 U/L (N<350)
Protein elektroforezi: α2 bandında artma, albumin fraksiyonunda çok hafif azalma
Demir: 12 (48-187 ug/dl)
Demir bağlama kapasitesi: 48 (155-300ug/dl)
Ferritin: 975 ng/ml (N<20)

Tablo II: Eş zamanlı torasentez sıvısı ile serumun karşılaştırılmaları.

	PLEVRAL SIVISI	SERUM	PLEVRAL SIVI/SERUM
Protein	4,52 gr/dl	5,8 g/dl	>0,5
LDH	1060 IU/L	528 IU/L	>0,6
Glukoz	78 mg/dl	84 mg/dl	
Lökosit	2800/mm ³	5900/mm ³	(%68 lenfo, %32 polimorf)
Rivalta	++++		
Renk	Bulanık sarı		
Amilaz,			
Kolesterol	(N)	(N)	
Trigliserid			

Tablo III: Eş zamanlı parasentez sıvısı ile serumun karşılaştırılmaları.

	ASSİT SIVISI	SERUM	ASSİT SIVI/SERUM
Protein	4,98 gr/dl	5,8 g/dl	>0,5
Albumin	1,37 g/dl	2,6g/dl	
LDH	1159 IU/L	528 IU/L	>0,6
Glukoz	66 mg/dl	84 mg/dl	
Lökosit	300/mm ³	5900/mm ³	(%95 lenfosit)
Dansite	1020		
Rivalta	+		
Renk	Bulanık sarı		
Amilaz,			
Kolesterol	(N)	(N)	
Trigliserid			

Not: Serum alb - assit alb = 0,93 > 1,1

Akciğerde parenkimde aktif lezyon bulunmazken, bilateral sağda fazla olmak üzere plevral ve perikardial efüzyon saptandı. Torasentez ve parasentez kültürlerinde üreme olmadı; gram boyamada organizma görülmedi; Aside Rezistan Basil (ARB) ve sitolojik incelemeler de bir sonuç vermedi. Hastaneye kabul edililişinin yirmi dördüncü gününde plevral biyopsi yapıldı ve granümatöz odaklarda Langhans tipi dev hücreler görülerek tüberküloz tanısı kondu. Hastaya steroidi de içeren dördümlü bir rejimle tedavi başlatıldı. Beşinci günde ateş düşmüş, onuncu günde iştah açılmıştı. Birinci ayın sonunda sedimentasyon 48 mm/saatti. Ekokardiyogramda fizyolojinin üzerinde sıvı saptanmadı. USG'de karaciğer ve dalak normalin üst sınırındaydı.

TARTIŞMA

Nedeni bilinmeyen ateş etyopatogenezinde infeksiyonlar ve ülkemizde tüberküloz önde gelen nedendir. Ancak tüberküloz çok değişik klinik tablo ile karşımıza çıkabilmektedir. Seröz yapraklar arasında fizyolojinin üzerinde sıvı toplanması ile prezente olan bu hastada özgeçmişinde bronşit bulunması dışında klinikteki hekimi tüberküloz yönünde ilerlemeğe iten bir sebep yok gibi gözükmemektedir. Hastalık kayıtlarının istenilen boyutlara varamadığı ülkemizde bronşit geçirdiğini söyleyen hastalarda mutlaka tüberküloz da ayırıcı tanıya sokulmalıdır. PPD'nin anlamlı endürasyonu destekletici olmuştur ancak anerjizan bir yanıt alınmaması kollajenozlar gibi nedeni bilinmeyen ateşin öteki nedenlerinden uzaklaşmamızı kolaylaştırabilir (2). Poliserözite yapan nedenler tablo IV'de özetlenmiştir. Hastanın erkek olması, eklem ağrısından yakınmaması, malar raş yokluğu, aftöz lezyonlardan ve güneş allerjisinden bahsetmemesi ile Lupus tanısından uzaklaşıldı. Literatürde bu hastalığa genişçe bir yer ayrılmıştır(3,4).

SLE
Hipotiroidi
FMF
Nefrotik sendrom
Erişkinde Still
Tüberküloz
İdiyopatik (Concato)
Diğer: K
onjestif kalb yetersizliği

Tablo IV: Poliserözite nedenleri

Tiroid fonksiyon testleri doğaldı. Proteinüri tespit edilmemiştir; düşük albumin değeri akut faz reaksiyonu olarak değerlendirildi. Ailevi öykünün yokluğu, siklik karın ağrısı yahut ateşin belirtilmemesi de ülkemizde hatırı sayılır olan FMF hastalığını ekarte etmemizi sağlamıştır. Genç erkek hastada kalb yetersizliği de düşünülmemiştir. Herhangi bir yaşta başlayabilen romatoid faktör ve antinükleer antikörlerin genellikle negatif olduğu, ateşe eşlik eden raşın varlığı en tipik olmak üzere; lenfadenomegaliyle hepatosplenomegalinin bulunabildiği; anemi, trombositoz ve lökositozla uyumlu kan tablosuna rastlanılan başka bir poliserözit nedeni olan Still hastalığına uymayan yönleriyle dışlandı (5,6).

Tüberküloz sık bir hastalık olsa da tanı her zaman kolay olmayabilmekte, bu hastada olduğu gibi seröz yapraklardan birinden biyopsi materyali alarak granümatöz odak aramak gerekebilmektedir. Yaygın koleksiyonda hipoalbuminemisinin de katkısı olsa gerektir. Ancak albumin eksikliği ne proteinüri, ne malabsorbsiyon ne de kronik karaciğer hastalığına ikincildir. Hastanın masif proteinürisi yoktur. Hafif yüksek aminotransferazlar ise hepatit serolojilerinin negatif olması, USG de parenkimin doğallığı ve protombin zamanında uzama olmaması ile ayırt edilebilmiştir.

Sedimentasyonu 100 mm/saatin üzerine çıkaran hastalıklar arasında tüberküloz mutlaka akla gelmelidir. Diğerleri SLE, RA gibi kollajenozlar, febris romatika ile infektif endokardit gibi kardiyoloji kliniklerinin hastalıkları, miyelofibroza Waldenström makroglobulinemisi gibi hematolojik durumlardır. Bunlardan migratuvar poliartrit ve serözite ile gelen miyelofibrozu literatürde bulunmaktadır (7). Hastanın diğer manifestasyonları ile birleştirildiğinde tüberküloz ön tanısı derhal konabiliyor.

Anemi kronik hastalık lehinedir ve yüksek ferritin akut faz cevabı olarak yorumlanmıştır (8).

Kültürlerin negatif kaldığı durumlarda da tüberküloz ve tümörler hatırlanmalıdır. Hastanın sitolojisi normaldir. ARB'yi her zaman görmek mümkün olamamaktadır. Löwenstein tekniği de oldukça zaman alabilmektedir.

Bilgisayarlı tomografide karın içerisinde tümör, lenfadenopati, abse gibi yer kaplayan kitle görüntüleri elde edilebilir (9).

Omental kek bu görüntülerden biridir. Omental kek; bölgede düzensiz yumuşak doku dansitelerinin varlığı, kalın solid kenarlarla çevrili düşük yoğunlukta kitleler; yumuşak dokularla, barsak ve sıvıların iyi organize olamayan yapılarının yol açtığı karışık görüntü, intravenöz kontrast madde injeksiyonundan sonra düşük yoğunlukta lenf nodüllerinin multiloküler görünüm vermesi şeklinde özetlenebilir (10). Bu durum, çeşitli nedenlerle ortaya çıkabilmektedir (11).

Peritonitis karsinomatoza, peritoneal mezotelyoma, lenfoma, tüberküloz bunlardandır (10,12). Kadınlarda over kanseri açıklanamaya asit ve omental kek görünümünde mutlaka hatırlanmalıdır. Hastanın oldukça genç ve erkek olması tümöral patolojileri daha az akla getirecektir. Tomografiler karsinomatoz yapılarla tüberküloz ayırımını sağlayabilmekteler (10,12):
1. Mezenterik değişiklikler tüberküloz peritonitte daha siktir (%98'e %70)

2. Mikronodüller her iki hasta grubunun yaklaşık yarısında varken, makronodüllere (capı 5 mm ve daha üzerinde olan) tüberküloz peritonitli olgularda daha fazla rastlanılmaktadır (%52'ye %12)
3. Peritoneal karsinomatoziste omentum daha irregüler infiltridir.

4. Splenomegali ve splenik kalsifikasyon oranı tüberkülozda daha çoktur.

Tüberküloz poliserözitelerinde kısa dönem tedaviler de denenebilmektedir (13). Ancak ülkemiz bunun için elverişli değildir. Karında kitle ile gelen genç olgularda bu tanı akla gelmelidir (14).

Poliserözitlere neden olduğu bildirilen organizmalar arasında Haemophilus influenza da vardır (15). İlaçlardan metotreksat ve amiodaron bildirilmişlerdir (16,17).

Özetle; ülkemizde kardiyak nedenler dışlandıktan sonra poliserözit yapan nedenler arasında tüm organlarda hastalık etkeni olabilen tüberküloz hatıra getirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Baykan TB, Tüzüner N, Sav A, İnce Ü (Çeviri): Dolaşım sistemi. In Anderson WAD, Scotti TM. (Eds) Kısa patoloji (Synopsis of Pathology). 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 1987: 329-387.
2. Yılmaz M, Birgül G, Altıntaş D, Kendirli SG: Correlation between atopic diseases and tuberculin responses Allergy 2000; 55:664-667.
3. Low VH, Robins PD, Sweeney DJ: Systemic lupus erythematosus serositis. Australas. Radiol. 1995; 39:300-302.
4. Mier A, Weir W: Ascites in systemic lupus erythematosus. Ann. Rheum. Dis. 1985; 44: 778-779.
5. Falkenbach A, Lembcke B, Schneider M, Wigand R, Mulert-Ernst R, Caspary W: Polyserositis in adult Still's disease with onset during pregnancy. Clin. Rheumatol. 1994; 13: 513-517.
6. Arnett FC: Rheumatoid arthritis. In Goldman L, Bennette JC. (Eds) Cecil Textbook of Medicine. 21st edit. Philadelphia: WB Saunders Co., 2000: 1492-1499.
7. Agus B, Weintraub HS: Miyelofibrosis associated with migratory polyarthritis and serositis. J. Rheumatol. 1986; 13:476-477.
8. Ford ES, Cogswell ME: Diabetes and serum ferritin concentration among US adults. Diabetes Care 1999; 22:1978-1983.
9. Marasco WJ, Fishman EK, Kuhlman JE, Hruban RH: Splenic abscesses as a complication of septic yersinia: CT evaluation. Clin. Imaging 1993; 17:33-35.
10. Epstein BM, Mann JH: CT of abdominal tuberculosis. Am. J. Roentgenol. 1982; 139: 861-866.
11. Rubesin SE, Levine MS: Omental cakes: colonic involvement by omental metastases. Radiology 1985; 154:593-596.
12. Ha HK, Jung JI, Lee MS, et al: CT differentiation of tuberculous peritonitis and peritoneal carcinomatosis. Am. J. Roentgenol. 1996; 167:743-748.
13. Bakir F, Sabri G: Preliminary observations on short-course chemotherapy in tuberculous serositis. Respiration 1984; 46:133-138.
14. Vucicevic Z, Suskovic T, Ferencic Z: A female patient with tuberculous polyserositis, and congenital tuberculosis in her new-born child. Tuber. Lung Dis. 1995; 76:460-462.
15. Mehl A: Haemophilus influenzae polyserositis. J. Pediatr. 1998; 112:160-161.
16. Klein Z, Altaras M, Beyth Y, Fishman A: Polyserositis as an unusual sign of methotrexate toxicity. Gynecol. Oncol. 1996; 61:446-447.
17. Staubli M, Zimmermann A, Bircher J: Amiodarone-induced vasculitis and polyserositis. Postgrad. Med. J. 1985; 61: 245-247.