



İntestinal Tüberküloz: Tanısal Zorlukları ile Beraber Nadir Bir Olgu

Intestinal Tuberculosis: A Rare Disease with Diagnostic Difficulty

Süleyman Utku Çelik¹, Ilgaz Kayıroğlu², Cihangir Akyol¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, ANKARA

²Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, ANKARA

Cukurova Medical Journal 2015;40(1):178-183.

ÖZET

Tüberküloz, artan sıklığı ile ülkemizde hala mortalite ve morbiditenin önemli bir nedenidir. Gastrointestinal sistemin aynı bölümlerini etkilemeleri, ülseratif lezyonlarla seyretmeleri, semptom ve muayene bulgularının benzer olması gibi nedenlerle intestinal tüberküloz ve Crohn hastalığı klinik olarak ayırt edilemeyebilirler. Olguda karın ağrısı nedeniyle hastaneye başvuran ve zorlu tanı aşamalarını takiben intestinal tüberküloz tanısı alan 31 yaşında kadın hasta sunulmuştur. Sadece intestinal bulguları olan hastalarda, Crohn hastalığı düşünülerek verilen antiinflamatuvar ve immünomodülatör tedavi hastalığın ilerlemesine neden olabileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle ayrıntılı testlerle intestinal tüberküloz tanısı irdelenmelidir.

Anahtar kelimeler: Crohn hastalığı, gastrointestinal, tüberküloz

ABSTRACT

Tuberculosis is an important cause of mortality and morbidity in Turkey with steadily increasing incidence. By effecting the same part of gastrointestinal tract and causing ulcerative lesions, symptoms and examination findings, intestinal tuberculosis and Crohn's disease are clinically indistinguishable. In this case, we present a successfully treated case of 31 year old woman with intestinal tuberculosis, despite the diagnostic difficulties. Patients who have only abdominal symptoms may face the risk of getting treated like inflammatory bowel diseases with antiinflammatory and immunomodulator agents which might cause a progression in the disease. Diagnosis of intestinal tuberculosis should be studied carefully.

Key words: Crohn's disease, gastrointestinal, tuberculosis.

GİRİŞ

Tarih öncesi çağlardan beri bilinen tüberküloz, ülkemizdeki morbidite ve mortalitenin önemli sebepleri arasında yer almaktadır¹. Özellikle kazeifikasyon nekrozları ile karakterize olan bu hastalık, multisistemik olarak seyretmekte ve akciğer dışında da birçok organı tutmaktadır. Hastalığın bu formuna ekstrapulmoner tüberküloz denilmektedir.

İntestinal tüberküloz ise ekstrapulmoner tüberkülozun klinik bir formudur ve onun ancak % 1-3 kadarını oluşturur².

İntestinal tüberkülozda gastrointestinal sistemin herhangi bir bölgesi tutulabilse de; en sık ileum ve ileoçekal bölge tutulumu olmaktadır. Nonspesifik abdominal ağrı ve ateş en sık görülen semptomlardır³. Diğer semptomlar ise kilo kaybı, bulantı, kusma, diyare, kabızlık ve rektal kanama olarak sıralanabilir⁴.

Ayırıcı tanısında; Crohn hastalığı başta olmak üzere amibiyaz, aktinomikoz, yersinia gibi enfeksiyon hastalıkları ve neoplazmlar mutlaka akılda tutulmalıdır. Kesin tanısı dokuda asidorezistan bakterinin gösterilmesi, kültürde üretilmesi veya polimeraz zincir reaksiyonu ile konur. Kolonoskopide yüzeysel ülser ve frajil nodülarite görülebilir ama nonspesifiktir⁵. Önemli noktalardan biri ise intestinal tüberkülozu, Crohn hastalığından ayırmaktır. Çünkü yanlış bir tanı ile seçilecek tedavi disseminasyona neden olarak tabloyu kötüleştirecek; morbidite ve mortalite riski artacaktır⁶. Bu yazıda, tanı süreci zorluklarla geçen bir intestinal tüberküloz olgusunu sunmayı ve olgu rehberliğinde konu ile ilgili literatürü gözden geçirmeyi amaçladık.

OLGU

31 yaşında kadın hasta, yaklaşık 18 aydır mevcut olan karın ağrısı, kusma ve diyare semptomları ile bir gastroenteroloji kliniğine başvurmuştu. Burada gastrit ve irritabl barsak sendromu ön tanılarıyla takip edilmiş; yapılan kolonoskopide terminal ileumda obstrüksiyon ve yoğun granülasyonlarla birlikte yüzeysel ülserler görülmesi üzerine alınan biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesiyle Crohn hastalığı tanısı konularak medikal tedavisi (9mg/gün budesonid ve 3g/gün mesalazin) düzenlenmişti. Ayrıca hastaya, 39 °C'yi bulan ateşleri olduğundan, enfeksiyon hastalıkları kliniğinin önerileriyle antibiyotik tedavisi verilmeyle başlanmıştı.

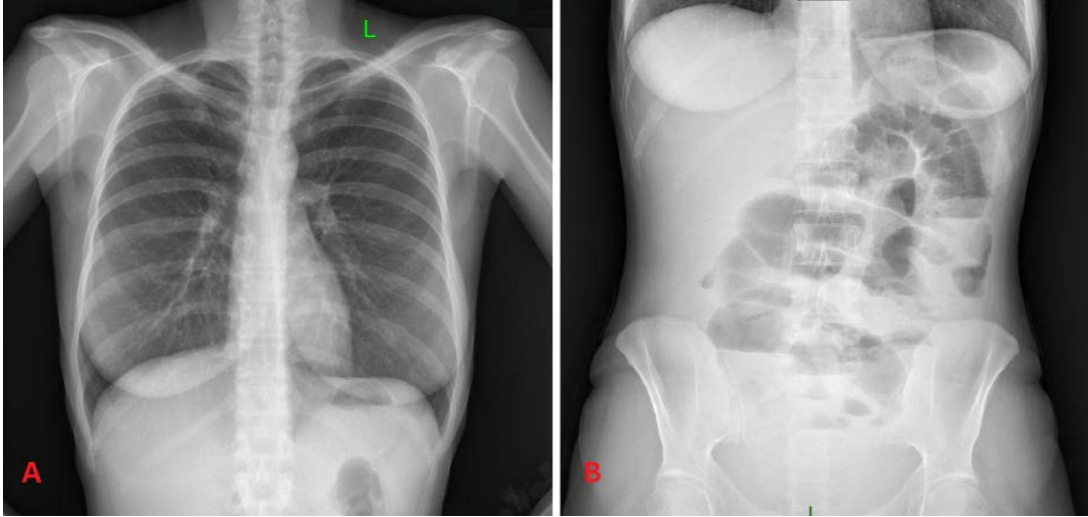
Semptomlarının geçmemesi, karın ağrısının artması ve tabloya ileusun da eklenmesi üzerine hasta kliniğimize başvurdu. Yaklaşık 4-5 gündür gaz-gayta çıkışı olmadığı öğrenilen hastanın muayenede genel durumu ortaydı ve hasta soluk görünümündü. Karında yaygın hassasiyet, distansiyon ve özellikle sağ alt kadranda defans mevcuttu. Ele gelen kitle yoktu. Kan basıncı: 100/70 mmHg, nabız: 90/dk ve ritmik, ateş: 38,2 °C, solunum sayısı: 17/dk idi. Kan tablosunda lökosit: $10,1 \times 10^9/L$, hemogloblin: 8,2 g/dL (eritrosit süspansiyonu ile replasman sonrası 10,5 g/dL),

trombosit: $433 \times 10^9/L$, CRP: 120 mg/L, sedimentasyon hızı: 60 mm/sa, albumin: 1,9 g/dL, böbrek fonksiyon testleri ve karaciğer enzim düzeyleri normal sınırlardaydı. Hastanın kan kültürleri, gayta kültürü ve idrar kültüründe üreme olmadı. Ayakta direkt batın grafisinde birkaç adet geniş tabanlı hava-sıvı seviyesi mevcuttu ancak gastrointestinal sistem perforasyonunu düşündürecek bulgu yoktu. Posteroanterior akciğer grafisinde patolojik bulgu yoktu (Resim 1). Yapılan torako-abdomino-pelvik bilgisayarlı tomografide akciğer sağ ve sol üst loblarda sentriasiner mikronodüller, jejunal barsak ansı proksimalinden terminal ileum düzeyine kadar barsak anslarında 4 cm'yi bulan genişleme, inflamatuvar barsak hastalığını düşündürecek şekilde ileum proksimali, terminal ileum ve çıkan kolon düzeyinde segmental duvar kalınlaşmaları ile çevre yağ dokuda düzensiz dansite artımları, mezenterde büyüğü 10 mm ölçülen çok sayıda lenf nodülleri ve intraabdominal serbest sıvı saptandı (Resim 2). Hastanın bu bulgular ile oral alımı kapatıldı ve hastaya nazogastrik dekompresyon yapılarak ileusa yönelik medikal destek tedavisi verildi.

Bu dönemde, klinik şüphe üzerine yapılan bronkoalveolar lavaj sıvısı incelemesinde asidorezistan basil saptanması ve kültürde mycobacterium tuberculosis complex üremesi üzerine dördü anti-tüberküloz tedavi başlandı. Crohn ön tanısıyla başlanan budesonid ve mesalazin tedavileri kesildi. Takipler sırasında hastanın genel durumunda bir düzelme olmamakla birlikte muayene bulgularında kötüleşme görüldü. Kan tablosuna lökositoz ($11,5 \times 10^9/L$), trombositopeni ($42 \times 10^9/L$), fibrinojen düşüklüğü (0,8 g/L), D-dimer düzeyinde artış (1873 µg/L) ve kanama profilinde bozulma (protrombin zamanı: 23,7 sn, INR: 1,99) eklenen hasta ameliyata alındı. Ameliyat sırasında yapılan eksplorasyonda terminal ileum ile çıkan kolonun iskemik ve oldukça yapışık olduğu, tüm kadrarlarda periton üzerinde sayısız nodüler yapının olduğu görüldü. Hastaya terminal ileum rezeksiyonu ile sağ hemikolektomi yapılarak uç ileostomiyle birlikte Hartman

prosedürü uygulandı. Ameliyattan bir gün sonra drenlerinden hemorajik mayi gelmesi ve hastada eritrosit süspansiyonu replasmanına karşın hipovolemi bulguları olması üzerine hasta, kanama odağının kontrolü açısından yeniden ameliyata alındı. Laparotomide bir odak bulunamaması üzerine karın içine hemostaz amaçlı kompresler yerleştirildi ve 24 saat sonra bu kompresler yine ameliyat şartlarında çıkarıldı. Perioperatif dönemde toplamda 8 ünite kadar eritrosit süspansiyonu replasmanı verildi. Hasta, takipleri sırasında karın yıkama, yara debridmanı ve ileostomi revizyonu

için toplamda 5 defa daha ameliyat edildi; 12 günü mekanik ventilatöre bağımlı olmak üzere toplam 19 gün yoğun bakım ünitesinde takip edildi. Bu süreçte anti-tüberküloz tedavisine devam edilen hastaya ait spesimenin histopatolojik inceleme sonucu intestinal tüberkülozla uyumlu olarak raporlandı. Hasta, anti-tüberküloz tedavisi düzenlenerek postoperatif 29. günde kısmi şifa ile taburcu edildi. Kontrollerinde genel durumu iyi izlenen hastanın 3 ay sonra ileostomisi stoma çevresinden yapılan insizyonla kapatıldı. Ameliyat sonrası komplikasyon olmadı.



Resim 1. Akciğer grafisi (A) ve ayakta direkt batin grafisi (B).



Resim 2. Bilgisayarlı tomografi'den bir kesit; barsak duvarında kalınlaşma (ok) ve barsak anslarında genişleme.

TARTIŞMA

Tüberküloz giderek artan sıklığıyla küresel bir halk sağlığı sorunudur. Günümüzde tüm dünyada yılda 8-10 milyon yeni tüberküloz vakası saptanmakta ve tahminen 3 milyon insan bu hastalıktan ölmektedir¹. Ekstrapulmoner tüberküloz, akciğer dışı tüberküloz formlarına verilen genel bir isimdir. Tüm tüberküloz olgularının yaklaşık % 80'i pulmoner, % 20'si ise ekstrapulmonerdir².

Tüberküloz enterit, enfekte balgamın yutulması, kontamine yiyeceklerin sindirilmesi, hematojen yayılım ve komşu organlardan direkt yayılım sonucu oluşabilir. İntestinal lezyonlar ülseratif (en yaygın), hipertrofik veya ülserohipertrofikdir. Bu tablo tüm gastrointestinal trakt boyunca görülebilmekle birlikte en sık (% 85-90) ileum ve ileoçekal bölge tutulumu olmaktadır. Daha sonra sırasıyla kolon, apendiks ve jejunum, rektum, duodenum, mide ve özefagus yerleşimi görülür⁴. İleoçekal bölgenin anatomik (ileal içerik ile temas süresi) ve fizyolojik (lenfoid doku yoğunluğu) özellikleri nedeni ile Crohn hastalığı, ülseratif kolit, neoplazmlar, lenfoma, leiomyoma, izole ülserler ve intestinal tüberküloz gibi çok çeşitli hastalıklar bu bölgede görülebilir. Barsak hastalıklarının % 9-14'ünün bu bölgede geliştiği ve bunların da % 50 kadarının ülseratif hastalıklar olduğu bildirilmiştir⁷.

İntestinal tüberküloz her yaşta görülmekle beraber kadın ve erkekte eşit sıklıkta bulunmaktadır⁸. Nonspesifik abdominal ağrı ve ateş en sık görülen semptomlardır³. Diğer semptomlar ise kilo kaybı, diyare ve kabızlık şikâyetleridir. Bunların dışında hastada halsizlik, bulantı, kusma, melena, rektal kanama ve abdominal hassasiyet de görülebilir. Asit ise ayırıcı tanıda inflamatuvar barsak hastalıklarından çok tüberkülozu ön plana çıkarmalıdır^{4,9}.

Hastalığın olası komplikasyonları; obstrüksiyon, perforasyon, fistül oluşumu ve intestinal kanamadır. Rektal lezyonlar genellikle anal fissür, fistül veya perirektal abseler şeklinde

görülürler¹⁰. % 25-50 kadar hastada ise batında, sağ alt kadranda palpe edilebilen bir kitle vardır¹¹.

Kontrastlı baryum grafisi ve kolonoskopi, ülserleri, striktürleri, deforme çekumu, ileoçekal valv bozukluğunu veya fistülleri gösterebilir. Abdominal bilgisayarlı tomografi, ekstralüminal patolojileri ve özellikle de lenfadenopatileri saptayabilir¹¹. Görülebilecek diğer patolojik bulgular ise proksimal barsak segmentlerinde dilatasyon ve ileoçekal bölgede konsantrik mural kalınlaşmalardır. Aynı zamanda bu hastaların akciğer grafilerinde % 25-30 oranında geçirilmiş tüberküloza ait bulgular da saptanabilmektedir¹². Kesin tanı, kolonoskopi veya laparotomi ile alınan biyopsi materyalinin kültürü ve histopatolojisi ile konulmaktadır¹³. Bizim olgumuzda, akciğer grafisinde pulmoner tüberkülozu destekleyecek bir bulgu saptanmamıştır. Tüberküloz tanısı klinik şüphe sonucu yapılan bronkoalveolar lavaj sıvısı incelemesinde asidorezistan basil saptanması ve kültürde üreme olmasıyla; intestinal tutulum tanısı ise laparotomi sonrasında çıkarılan barsak segmentinin histopatolojik değerlendirilmesi ile konmuştur.

İntestinal tüberkülozun ayırıcı tanısında; Crohn hastalığı, amibiyaz, neoplazmlar, yersinia enfeksiyonu ve aktinomikoz akılda tutulmalıdır. Ancak belki de en önemlisi ve zoru intestinal tüberkülozu, Crohn hastalığından ayırmaktır. Çünkü intestinal tüberküloz olan bir hastaya yanlışlıkla Crohn tanısı konularak immünsüpresif tedavinin başlaması disseminasyona neden olarak; tabloyu kötüleştirip durumun morbidite ve mortalitesini arttıracaktır⁶.

İntestinal tüberküloz ile Crohn hastalığının klinik bulguları benzerdir ve bu iki hastalığın birbirini taklit ettiği uzun yıllardır bilinmektedir. Ayırıcı tanıda kolonoskopi ve histopatolojik inceleme yararlıdır¹⁴. Kolonoskopi ile ülserasyonun yeri, büyüklüğü, şekli ve rengi belirlenip biyopsi alınmalıdır. Ancak ülseratif lezyonlar benzer görünüme sahip olduğundan ve mukozal biyopsiler

barsak duvarının bütünü hakkında bilgi vermediğinden kolonoskopi ile her zaman doğru tanıya ulaşılamamaktadır. Cai ve arkadaşlarının 52 hastada yaptığı bir çalışmada kolonoskopi ile % 21,2 oranında yanlış tanı konduğu saptanmıştır. Bu nedenle ileoçekal ülserlerin tanısında endoskopinin önemli bir yeri olmakla birlikte diğer klinik verilerle beraber değerlendirilmesi önerilmektedir⁴. Ayrıca histopatolojik tanı Crohn için hala altın standart olsa da tüberküloz için her zaman yeterli olmayabileceğinden hastadan doku kültürleri alınması ve gereklilik halinde serolojik çalışmaların yapılması da çok önemlidir⁵.

Tedavi diğer tüberküloz tiplerinden farklı değildir ve ana tedaviyi en az 9-12 aylık standart dördümlü antitüberküloz ilaç tedavisi (etambutol, rifampisin, izoniazid ve pirazinamid) oluşturmaktadır. Gerekirse tedavi 2 yıla dek uzatılabilmekte, ayırıcı tanısı yapılamayan olgularda antitüberküloz ilaçlarla en az 6-8 haftalık deneme tedavisi önerilmektedir¹⁵. Tüberküloz prevalansının ülkemiz gibi yüksek olduğu yerlerde şüphede kalındığında antitüberküloz tedavi ile tedaviden tanıya da gidilebilmektedir. Cerrahi tedavi oldukça sınırlıdır ve komplike vakalar ile obstrüksiyon, perforasyon, fistül ve striktür gibi medikal olarak tedavi edilemeyecek durumlarda başvurulmalıdır¹⁶.

Bu vakada pulmoner tüberkülozun tespiti, intestinal tüberküloz tanısı koymayı kolaylaştıran bir unsur olmuştur. Yine de tüberküloz tedavisi başlanmasına rağmen tanıda gecikme olmuş; hastanın genel durumunun bozulması üzerine kesin tedavi cerrahi müdahale ile mümkün olabilmektedir. Görüldüğü gibi izole vakalarda tanı gecikmesi ve uzun süreli yanlış tedavi tabloyu daha da ağırlaştırabilmektedir. Sonuç olarak, sunduğumuz vaka, kronik intestinal semptomların ayırıcı tanısında intestinal tüberkülozun da olması gerektiğini vurgulamaktadır. Ülkemiz gibi tüberküloz insidansının yüksek olduğu bölgelerde ekstrapulmoner tüberkülozun da sık görülebileceği her zaman akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Kochi A. The global tuberculosis situation and the new control strategy of the World Health Organization. *Tubercle*. 1991;72:1-6.
2. Farer LS, Lowell AM, Meador MP. Extrapulmonary tuberculosis in the United States. *Am J Epidemiol*. 1979;109:205-17.
3. Miah AR, Sharma YR, Rahman MT, Raihan A, Roy PK, Hasan M. Clinicopathological profile of patients with abdominal tuberculosis. *J Nepal Health Res Counc*. 2011;9:169-75.
4. Cai J, Li F, Zhou W, Luo HS. Ileocecal ulcer in central China: case series. *Dig Dis Sci*. 2007;52:3169-73.
5. Sibartie V, Kirwan WO, O'Mahony S, Stack W, Shanahan F. Intestinal tuberculosis mimicking Crohn's disease: lessons relearned in a new era. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2007;19:347-9.
6. Park YS, Jun DW, Kim SH, *et al*. Colonoscopy evaluation after short-term anti-tuberculosis treatment in nonspecific ulcers on the ileocecal area. *World J Gastroenterol*. 2008;14:5051-8.
7. Wong WM, Lai KC, Yiu WC, Wong BC, Chan FL, Lai CL. Intestinal tuberculosis mimicking fistulizing Crohn's disease. *J Gastroenterol Hepatol*. 2007;22:137-9.
8. Li X, Liu X, Zou Y, Ouyang C, Wu X, Zhou M, Chen L, Ye L, Lu F. Predictors of clinical and endoscopic findings in differentiating Crohn's disease from intestinal tuberculosis. *Dig Dis Sci*. 2011;56:188-96.
9. Ha HK, Junf JI, Lee MS, Choi BG, Lee M, Kim YH, Kim PN, Auh YH. CT differentiation of tuberculous peritonitis and peritoneal carcinomatosis. *AJR Am J Roentgenol*. 1996;167:743-8.
10. Ha HK, Ko GY, Yu ES, Yoon K, Hong WS, *et al*. Intestinal tuberculosis with abdominal complications: radiologic and pathologic features. *Adbom Imaging*. 1999;24:32-8.
11. Golden MP, Vikram HR. Extrapulmonary tuberculosis: an overview. *Am Fam Physician*. 2005;72:1761-8.
12. Pulimood AB, Amarapurkar DN, Ghoshal U, *et al*. Differentiation of Crohn's disease from intestinal tuberculosis in India in 2010. *World J Gastroenterol*. 2011;17:433-43.

13. Yönel O, Hamzaoğlu HO. What is the most accurate method for the diagnosis of intestinal tuberculosis? Turk J Gastroenterol. 2010;21:91-6.
14. Zhou ZY, Luo HS. Differential diagnosis between Crohn's disease and intestinal tuberculosis in China. Int J Clin Pract. 2002;60:212-4.
15. Tony J, Sunilkumar S, Thomas V. Randomized controlled trial of DOTS versus conventional regime for treatment of ileocecal and colonic tuberculosis. Indian J Gastroenterol. 2008;27:19-21.
16. Mukewar S, Mukewar S, Ravi R, Prasad A, S Dua K. Colon tuberculosis: endoscopic features and prospective endoscopic follow-up after anti-tuberculosis treatment. Clin Transl Gastroenterol. 2012;3:e24.

Yazışma Adresi / Address for Correspondence:

Dr. Süleyman Utku Çelik
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı
ANKARA
E-mail: s.utkucelik@hotmail.com

Geliş tarihi/Received on : 12.07.2014

Kabul tarihi/Accepted on: 04.09.2014