

Nadir Bir Masif Asit Nedeni: Periton Tüberküloz Olgusu

A Rare Cause of Massive Ascite: Peritoneal Tuberculosis Case Report

Göktuğ Şirin, Zeynep Öztürk, Züleyha Akkan Çetinkaya, Mesut Sezikli

Kocaeli Derince Eğitim Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji, Kocaeli, Türkiye

ÖZET

Peritoneal tüberküloz, tüm tüberküloz vakalarının %0.1-0.7'sini oluşturmaktadır. Hastaların tanısında gecikme mortalite ve morbiditede artmaya sebep olmaktadır. Biz karın ağrısı ve asiti olan olgumuzda batın görüntülemesi ve endoskopilerde anlamlı patoloji saptanamayıp parasentez mayi örneklemede lenfosit hakimiyetli beyaz küre yüksekliği görülüp yapılan laparoskopi ile tanı koyduğumuz tüberküloz peritonit olgusunu sunduk.

Anahtar Kelimeler: Periton tüberküloz, asit

ABSTRACT

Peritoneal tuberculosis is 0.1-0.7 % of all tuberculosis cases. The delay of patients diagnosis gives rise to increased mortality and morbidity. We represented a case with stomachache and ascites. In abdominal imaging and endoscopy, we didn't observe any significant pathology, however observed lymphocyte dominancy and leukocyte elevation at paracentesis fluid sampling. We diagnosed tuberculosis peritonitis through the laparoscopy in this case.

Keywords: Peritoneal Tuberculosis, Ascite

İletişim (Correspondence):

Doç. Dr. Mesut SEZİKLİ

Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Kocaeli, Türkiye
Tel: 05335226167 / E-Mail: drsezikli@hotmail.com

GİRİŞ

Tüm tüberküloz (TB) çeşitleri arasında tüberküloz peritonit (TBP) insidansı %0.1 ile %0.7 arasında bildirilmiştir. Hastalık her iki cinste eşittir (1).

Kötü hijyen koşulları, aşırı nüfus yoğunluğu ve pastörize edilmemiş sütün içilmesi yanında alkolik karaciğer hastalığı, siroz, sürekli peritoneal diyaliz uygulanan kronik böbrek yetmezliği ve Human Immunodeficiency Virus (HIV) enfeksiyonu olanlarda TBP insidansı artmıştır (2-6).

Karında rahatsızlık hissi ve şişlik, kilo kaybı ve ateş gibi nonspesifik semptomlarla kliniğe başvuran hastaların tanısında gecikme mortalite ve morbiditede de artmaya sebep olmaktadır. Klinikte asit, pelvik ağrı, adneksiyel kitle, artmış CA-125 düzeyi, radyolojik görüntüleme yöntemlerinde izlenen omental kalınlaşma, lenfadenopati ile peritonitis karsinomatosa ile karışabilmektedir. Ayrıca abdominal tüberkülozlu vakaların %20'sinde aktif pulmoner TB saptandığı için tanıda zorluğa neden olabilmektedir (7).

Biz, karın ağrısı ve asiti olan olgumuzda batın görüntülemesi ve endoskopilerde anlamlı patoloji saptanamayan; parasentez mayi örneklemeinde lenfosit hakimiyetli beyaz küre yüksekliği görülüp yapılan laparoskopi ile tanı koyduğumuz tüberküloz peritonit olgusunu sunduk.

OLGU

Sağlık personeli olup hijyen koşulları iyi olan 33 yaşında erkek hastanın karında şişkinlik ve karın ağrısı şikayetleri üzerine yapılan ilk basamak tetkiklerinde asit saptandı. Yeni tanı asit nedeni ile gastroenteroloji kliniğine yatırıldı. Hastanın öyküsünden 15 gündür karında rahatsızlık hissi, ağrı ve giderek artan karın şişkinliği olduğu öğrenildi. Hastanın özgeçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Soygeçmişinde, kardeşinde 15 yıl önce geçirilmiş tüberküloz dışında bir özellik yoktu. Hastanın genel durumu iyi, vital bulguları stabildi. Batın muayenesinde sağ alt kadranda daha belirgin olan epigastrik hassasiyeti mevcuttu. Batın hafif distandü idi. Posterior-anterior akciğer grafisinde (PAAG) sağ hiler dolgunluk mevcuttu ve sağ bazalde sinüs kapalı idi. Batın ultrasonografide (USG) batın içi yaygın serbest sıvı ve dalak uzun aksı artışı (137mm) tespit edildi. Tam kan sayımında; anemi (12g/dl) saptanırken biyokimyasal parametreleri normaldi. Sedimantasyon hızı 56mm/saat ve C-reaktif protein (CRP) 98.8mg/L idi. CA-125:580U/ml olarak saptandı. Hastaya yapılan tanısal parasentez sonucunda asit sıvısında

albumin:3.2gr/dl, glukoz:109mg/dl, total protein:5.8gr/dl, laktat dehidrogenaz (LDH):322U/L saptanırken beyaz küre 2700 idi. Serum asit albumin gradienti (SAAG) 0,6 (<1.1) olarak saptandı ve periton mayi hücre sayımında lenfosit hakim olarak değerlendirildi (lenfosit:1400, nötrofil:900, monosit:500). Parasentez mayi kültüründe üreme olmadı, aside rezistan basil (ARB) negatifti. Hastanın çekilen batın ve toraks tomografilerinde asit, artmış dalak uzun aksı (14cm), sağ paratrekeal alanda birkaç adet 5mm'den küçük lenf nodları, sağ hemitoraksta yaklaşık 18mm kalınlığında plevral sıvı ve sağ akciğerde atelettazik alanlar saptandı. Hastanın kardeşinde 15 yıl önce geçirilmiş tüberküloz öyküsü olması ve parasentez mayisinde eksüdatif vasıflı lenfosit hakimiyeti olması üzerine hastanın parasentez mayisinden adenoazin deaminaz (ADA), ARB ve mikobakteri polimerase chain reaction (PCR) çalışıldı; negatif olarak sonuçlandı. Hastaya gastroskopi ve kolonoskopi yapıldı; normal olarak raporlandı. Parasentez mayi sitolojisi temizdi. Hastaya tüberküloz peritoniti ön tanısı ile tanısal laparoskopi yapıldı. Laparoskopide peritoneal yüzeylerde yaygın nodüler milimetrik lezyonlar mevcuttu. Periton biyopside kazeifikasyon nekrozu saptandı. Mevcut bulgular tüberküloz peritoniti ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hastaya anti tüberküloz tedavi başlandı. Hastanın bir ay sonraki kontrolünde akut faz reaktanlarında düzelme görüldü. Dokuzuncu aydaki kontrolünde biyokimyasal parametreleri ve akut faz reaktanları normal tespit edildi. Asit tamamen kaybolmuştu.

TARTIŞMA

Tüberküloz peritonit (TBP), ekstrapulmoner tüberkülozun en sık görülen formudur ve dünya çapında artan tüberküloz prevalansıya eş olarak artış göstermektedir. Genellikle immünsüpre, kötü hijyen koşullarına sahip kişilerde sık görünmektedir (8,9). Fakat bizim hastamız genç bir sağlık personeli idi.

TBP genellikle aktif pulmoner tüberkülozdan kan yoluyla yayılma ile gelişirken nadiren de tüberküloz basillerinin barsak veya fallopian tüpleri gibi komşu organlardan direkt yayılımı sonrası ortaya çıkabilir. TBP ve peritoneal karsinomatozis radyolojik bulguları, klinik semptomları ve laboratuvar sonuçları benzerdir. TBP erken tanısının ve tedavisinin hasta mortalitesi üzerine olumlu etkisi aşıkardır (10).

Asit, TBP'in klinik belirtilerinden biridir. Otuz beş çalışmadan yapılan bir derlemede TBP'li vakaların

klirik gelişlerinde %73 asit, %64.5 karın ağrısı, %61 kilo kaybı, %59 ateş ve %47.7 karında hassasiyet sıklıkla saptanan bulgulardır (11). Bizim hastamız asit ve karın ağrısı şikayeti ile gelmişti.

Asit, peritoneal kavitede anormal loküle olmayan serbest sıvı birikimidir.

TBP'inde asit, periton kapillerlerinin artan geçirgenliği sonucu ortaya çıkar. TBP'inde asit sıvısı non-portal ve eksüda özelliğindedir. Eritrositler saptanabilir. Olgularda lökosit sayısı genellikle yüksek olmakla birlikte 100/mm³ gibi düşük de olabilir. TBP'te lökositlerin çoğunu lenfositler oluşturur. Bizim hastamızda beyaz küre 2700, lenfosit hakim olarak değerlendirildi (lenfosit:1400, nötrofil:900, monosit:500).

CA-125 yüksekliği peritoneal inflamasyonun göstergesi olup hemen her asit vakasında yükselir. Spesifik tanı aracı olarak kullanılamaz. Bizim olgumuzda da periton inflamasyonunun bir göstergesi olarak CA-125 seviyesi artmıştı.

TBP için geçerli klinik tanı yöntemleri zaman alıcı ve verimsizdir. Kesin tanı kazeöz granülomlarının görülmesini gerektirir. Asit TBP tanısı için bir nevi havuz olmakla birlikte boyama, PCR ve kültür yöntemleri yetersiz kalabilmektedir. Akciğer dışı mikobakteri enfeksiyonu tanısı koymak nonspesifik klinik nedeni ile oldukça zordur. Konvansiyonel tanı yöntemlerinden periton sıvı örneğinin Ziehl - Neelsen boyaması, mikobakteri kültürü, peritonit sıvısının mikroskopik incelemesi ve patolojik inceleme duyarlılıkları düşüktür. Ayrıca zaman kaybına yol açarlar. Klinik şüphe çok önemlidir. Uygun ve yeterli klinik örnekler gerektiren bu tür vakalarda laparoskopi, laparotomi ve periton biyopsisi gibi invazif işlemler faydalıdır. Laporoskopik periton biyopsisi hızlı tanıya gidişte çok avantajlı bir yöntemdir. Ayrıca portal asit gradientinin 1.1'in altında olması, lenfosit hakimiyeti bize TBP düşündürdüğü diğer bulgulardır (11,12).

Tüberküloz peritonit her yeni tanı asitin ayırıcı tanısında düşünülmelidir. Ön tanı/tanı oranı ise çok yüksek olduğu bilinmelidir. Bizim bu vakayı yazma sebebimiz her ne kadar nadir olmasa da atlanma oranı yüksek olan ve gitgide tırmanışa geçen tüberküloza dikkat çekmektir.

KAYNAKLAR

1. Marshall JB. Tuberculosis of gastrointestinal tract and peritoneum. Am J Gastroenterol 1993;88:989-99.

2. Sanai FM, Bzeizi KI. Systematic review: tuberculous peritonitis-presenting features, diagnostic strategies and treatment. Aliment Pharmacol Ther 2005;22:685-700.

3. 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. Am J Med 1996;100:179-85.

4. Manohar A, Simjee AE, Haffejee AA, et al. Symptoms and investigative findings in 145 patients with tuberculous peritonitis diagnosed by peritoneoscopy and biopsy over a five years period. Gut 1990;31:1130-2.

5. Akpolat T. Tuberculous peritonitis. Perit Dial Int 2009;29:s166-9.

6. Khatri GR, Frieden TR. Controlling tuberculosis in India. N Engl J Med 2002;347:1420-5.

7. al Karavi MA, Mohamed AE, Yasawy M, et al. Protean manifestation of gastrointestinal tuberculosis: report on 130 patients. J Clin Gastroenterol 1995;20:225-32.

8. sharma MP, Bhatia V. Abdominal tuberculosis. Indian J Med Res. 2004;120:305-315.[PubMed]

9. Riquelme A, Calvo M, Salech F, Valderrama S, Pattillo A, Arellano M, Arrese M, Soza A, Viviani P, Letelier LM. Value of adenosine deaminase (ADA) in ascitic fluid for the diagnosis of tuberculous peritonitis: a meta-analysis. J Clin Gastroenterol 2006;40:705-10.

10. Lingenfelter T, Zak J, Marks IN, Steyn E, Halkett J, Price SK. Abdominal tuberculosis: still a potentially lethal disease. Am J Gastroenterol 1993;88:744-50.

11. Menzies RI, Fitzgerald JM, Mulpeter K. Laparoscopic diagnosis of ascites in Lesotho. Br Med J (Clin Res Ed) 1985;291:473-75.

12. Portillo-Gómez L, Morris SL, Panduro A. Rapid and efficient detection of extra-pulmonary Mycobacterium tuberculosis by PCR analysis. Int J Tuberc Lung Dis 2000;4:361-70.