

Çocuklarda Nadir Bir Karında Kitle Nedeni; Yersinia Pseudotuberculosis

*A Rare Cause of Abdominal Pain;
Yersinia Pseudotuberculosis*

Turan Yıldız¹, Fatih Kılıçbay², Hatice Sağlam Fitöz³

¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Sakarya

²Derince Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları, Kocaeli

³Akyazı Devlet Hastanesi Radyoloji Anabilim Dalı, Sakarya

Özet

Başvuru Tarihi: 17.09.2013 **Kabul Tarihi:** 12.05.2014

Yersinia pseudotuberculosis (YP) enfeksiyonu özellikle gelişmiş ülkelerde giderek artmaktadır. YP nadiren lenf adenit ve karında sağ alt kadranda kitleye neden olarak ameliyat edilmektedir. Olgumuz 12 yaşında kız hasta, kusma ve karın ağrısı nedeni ile yapılan incelemede (Fizik Muayene, Ultrasonografi ve Bilgisayarlı Tomografik değerlendirme) sol alt kadranda kitle tespit edilerek ameliyat edildi. Önce diagnostik laparoskopi yapıldı, sol kadranda kitle olduğu görüldü ve laparotomi yapılmasına karar verildi. Kitlenin abseleşmiş lenfadenit olması nedeniyle YP olabileceği düşünüldü. Laparotomide apse drenajı, mezenter ve lenf nodu biyopsisi alındı. Ameliyat sonrası tanı seroloji ve patoloji ile YP olarak doğrulandı. Hastanın tedavisi düzenlenip postoperatif 10 günde sorunsuz olarak taburcu edildi. Postoperatif üçüncü ay kontrolünde klinik ve ultrasonografi bulguları normaldi.

Uzun süren karın ağrısı nedeni ile başvuran ve karının herhangi bir bölgesinde kitle saptanan hastalarda bazen görüntüleme teknikleri ayırıcı tanıda yetersiz kalabilmektedir. Cerrahin ikilemede kaldığı bu kitlelerde YP ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Hastanın YP için serolojik analizinin yapılması doğru tanıyı sağlayacak ve gereksiz cerrahi girişimi engelleyecektir.

Anahtar Kelimeler: Yersinia Psödotuberculosis, Karın Ağrısı; Kitle; Çocuk

Abstract

Application: 17.09.2013 **Accepted:** 12.05.2014

Yersinia pseudotuberculosis (YP) infection has increased especially in developed countries. YP rarely causes lymphadenitis and abdominal mass in the right lower quadrant that patient should be operated for his reason. Our case is 12 years old girl with abdominal pain, vomiting that she has mass in the left quadrant. Firstly, diagnostic laparoscopy was performed, left lower quadrant mass was detected and laparotomy was performed. We thought that this mass could be YP during surgery because we detected lenfadenitis and abscess. Consequently abscess drainage, mesentery and lymph node biopsy were done in laparotomy. The diagnosis was confirmed with seroloc and pathology. The patient was discharged on 10th day after surgery. The third postoperative month, the clinical and ultrasound findings were normal.

Imaging techniques with long-term abdominal pain and abdomen mass in some patients are not sufficient for the differential diagnosis. YP should be considered in the differential diagnosis of masses that the surgeon's dilemma. Serological analysis will provide a correct diagnosis of the patients with YP and prevent to unnecessary surgical intervention.

Keywords: Yersinia Psödotuberculosis, Abdominal Pain; Mass; Child

Özet

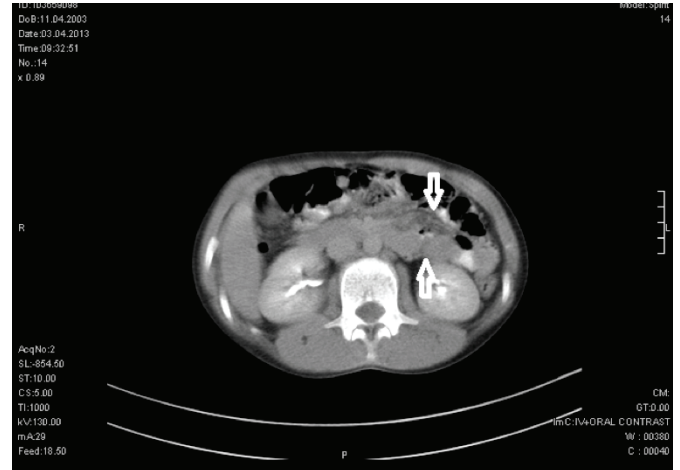
Yersinia Pseudotuberculosis (YP) yersinia türleri arasında alt gruplarından biridir. Son zamanlarda gelişmiş ülkelerde giderek daha fazla dikkati çekmektedir. Akut gastroenteritlerde YP'e, Salmonella ve Campylobacter'den daha sık karşılaşıldığı bildirilmektedir¹. YP enfeksiyon'u genellikle akut gastroenterit ve mezenterik lenfadenite neden olur ve mezenterik lenfadenit durumunda akut apandisit kliniğine benzer bulgular verir^{2,3,4}. Fakat karında kitle nadir olarak bildirilen bir durum olup bu da genellikle sağ alt kadranda tespit edilir^{2,5}. Biz bu çalışmada karın ağrısı, kusma nedeni ile başvuran fizik muayene ve incelemelerde sol üst kadranda kitle saptanan YP'lü hastamızın klinik, görüntüleme yöntemleri, hastaya yaklaşım ve sonuçlarını tartıştık.

Vaka Sunumu:

Yaklaşık 1 aydır karın ağrısı, kusma şikâyetleri olan 12 yaşındaki kız hasta başvurduğu 2. basamak çocuk cerrahisi kliniğinde yapılan Fizik Muayene, Ultrasonografide (USG) ve Bilgisayarlı Tomografi (BT) de karında kitle saptanarak kliniğimize gönderildi. Hasta 32 kg ağırlığında idi. Tansiyon arteriel 80/60 mm/Hg, nabız 72/dk, solunum sayısı 22/dk idi. Palpasyonda karında hassasiyeti mevcuttu, ribaund, defans yoktu. Sol kadranda ele gelen yaklaşık 4x5 cm boyutlarında kitle mevcuttu. Barsak sesleri normoaktifti. Ayrıca hastada imperfore hymen mevcuttu. USG' de over ve adneksler normaldi. Gaz ve gaita çıkışı normaldi. Biyokimya ve kan sayımı incelemesinde; beyaz küre sayısı 11,500/mm³ (73,2% nötrofiller, 19,7% lenfosit, % 0,7'si ise monosit), C-reaktif protein (CRP) 10.5 mg/dl idi, diğer değerler normaldi. USG incelemede; Umblikus düzeyinde orta hatta karın içerisinde, iliak bifurkasyon anteroinferiorunda 31x26 mm boyutlarında periferik vaskülarizasyon artışı izlenen kalın duvarlı heterojen içyapıda kistik-nekrotik lezyon izlendi (enfekte mezenter, duplikasyon kisti, nekrotik kitle) şeklinde rapor edildi. Lezyon etrafında enflame mezenter ve lenf nodları izlendi. Yine yapılan karın BT; Umblikus sol superolateralinde yaklaşık 3 cm çapında jejunal segmentler komşuluğunda düzgün sınırlı lezyon, USG ile karşılaştırıldığında kitlenin yer değiştirdiği ve ayırıcı tanıda urakus kisti veya duplikasyon kisti olabileceği şeklinde rapor edildi (Resim 1).

Bunun üzerine hastaya ayırıcı tanı ve tedavi amaçlı Laparoskopi yapılmasına karar verildi. Laparoskopide sol üst kadranda,

ince barsak mezosunda yaklaşık 3-4 cm çapında, diseksiyonla klivaj vermeyen kitle saptandı. Kitle laparoskopi ile çıkarılmayacağı düşünülerek laparotomiye geçildi. Sağ tansvers insizyonla karına girildi. Batın sol kadranda mezenterik ince bağırsak mezosunda yaklaşık 3x4 cm boyutunda kitle saptandı. Kitlenin mezodan ayrılmayacağı düşünülerek bağırsağa kitlenin her iki yanından yaklaşık 3 cm uzaklıktan barsak rezeksiyon anastomozu ile beraber kitle eksizyonuna karar verildi. Bağırsağa rezeksiyon yapıldı, kitlenin serbestleştirilmeye çalışıldığında tamamen mezoya yapışık bir kitle ile karşılaşıldı. Diseksiyona çalışılırken kitle rüptüre oldu ve bol miktarda pü geldi. Kitlenin enfeksiyon kaynaklı olduğu düşünülerek drene edildi, kültür ve patolojiye materyal gönderildi. Malignite olabileceği düşünülerek peritoneal sıvıdan seroloji ve ayrıca lenf nodu biyopsisi gönderildi. Barsak anastomozu yapılarak cerrahi işlem sonlandırıldı.



Resim 1:

Umblikus sol superolateralinde yaklaşık 3 cm çapında jejunal segmentler komşuluğunda düzgün sınırlı kitlenin Bilgisayarlı Tomografi Görünümü-aktivasyonu

Ameliyat sonrası YP olabileceği düşünülerek seroloji gönderildi ve tanı doğrulandı. Hastaya sefazolin-sodyum 50 mg/kg, amikasin 15 mg/kg, ornidazol 20 mg/kg intravenöz tedavisi başlandı. Şikâyetleri düzelen hasta operasyondan 10 gün sonra taburcu edildi. Patoloji sonucu; Düzensiz fibrozis, polimorf nüveli lökositlerden zengin hücresel artıklar, aktif kronik iltihabi reaksiyon, bir kaç dev hücre içeren granülom yapıları ile Yersinia Psödötuberkulozis ile uyumlu şekilde rapor edildi. Hasta ameliyat sonrası kontrole çağrıldı, klinik şikayeti olma-

yan hastan USG incelemesi normal olarak değerlendirildi. Hastanın imperfore hymen nedeni ile ameliyatı planlanmaktadır.

Tartışma:

Yersinia pseudotuberculosis (YP) gram negatif cocobasil olup, kuşlarda, vahşi ve evcil hayvanlarda primer patojendir. Enterik patojen olarak insanda değişik klinik semptomlara neden olmaktadır. Diare, karın ağrısı, bakteremiye bağlı sistemik ateş, yaşamı tehdit eden diyabet, siroz veya immun yetmezlik, skarlatiniform döküntü, artrit, konjuktivit, üveit, plevral efüzyon ve eritama nodozum gibi belirtiler rapor edilmiştir^{2,5-10}

Akut mezenterik lenf adenit dünyada çok yaygın olup sıklıkla akut apandisit ile karışmaktadır. Ancak YP lenf adenitine bağlı mezenterik lenfadenit nadiren gözleendiği bildirilmekte ve özellikle gelişmiş ülkelerde görülme sıklığının giderek arttığı bildirilmektedir^{2,6,7,11,12}, YP olgularının %75 i 5-20 yaş arasındaki bireylerdir. YP genellikle mezenterik adenit, mide barsak iltihabı, peritonit veya intestinal ülser olmak üzere 4 değişik tabloda karşımıza çıkar⁷. Karın ağrısı, ateş ve kusma mezenterik lenf adenitin en sık gözlenen klinik bulgularıdır. Bu bulgular apandisit de benzer bulgularıdır^{2,3,11}. Ancak YP enfeksiyonuna bağlı karın içi kitle yapan mezenterik adenit durumu çok az sayıda raporlanmıştır, ancak genellikle bu kitleler sağ alt kadranda olup apandisit ile karışmaktadır. Diğer taraftan karın içi kitle yapan başka nedenlerde bulunmaktadır; nöroblastom, wilms tümörü, Hodgkin hastalığı, non-Hodgkin lenfoma, dermoid tümörler, iltihabi pseudotumorler, metastazlar, nadir mezenterik tümör ve benzerleri sayılabilir^{6,11}

Mezenterik lenf adenit YP'in en sık karşılaşılan formudur. Genellikle sağ alt kadranda ağrısı, kusma ve ateş'e neden olarak

akut apandisit ile karışır. Çok nadiren olarak enfekte lenf nodu aşırı büyüyerek karında kitleye neden olur. Şu ana kadar bildirilen kitleler sağ alt kadranda⁵. Bu olgularda öncelikle apandisit düşünülerek laparotomi yapılır ancak ameliyat sırasında apandisit olmadığı görülerek YP şüphelenir ve ameliyat sonrası tanı seroloji ile doğrulanarak kesinleştirilir. Bizim olgumuzda karında kitle nedeni ile laparotomi sırasında YP düşünülerek tanı konuldu. Ancak hastamızın uzun süren bir hikâyesi vardı ve kitle alışık olmadığımız şekilde sol üst kadranda idi. Radyolojik görüntülemelerde ağırlıklı olarak tümoral kitle lehine yorumlanmıştı (duplikasyon kisti, nekrotik kitle, urakus kisti veya duplikasyon kisti, enfekte mezenter kisti). Bu nedenle kesin ayırıcı tanı amaçlı başlangıçta laparotomi yapıldı, kitlenin laparoskopik olarak çıkarılamayacağı düşünülerek laparotomi yapıldı. Olguda işlem sırasında YP olabileceği düşünülerek bu ameliyat sonrası serolojik ve patolojik olarak doğrulanarak tedavisi düzenlendi.

Sonuç:

Uzun süren karın ağrısı ve ateş şikâyeti olan ve buna karında kitle eşlik eden hastalarda çok nadirde olsa YP olabileceği düşünülmelidir. Bu hastalarda görüntüleme yöntemleri doğru tanıya yetersiz kalabilir. Bu nedenle serolojik değerlendirme yapılmalıdır. Böylece gereksiz cerrahi girişimler engellenebileceğini düşünmekteyiz.

Çıkar Çatışması:

Yazarlar arası çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Kaynaklar

1. Pallister C, Rotstein OD. Yersinia enterocolitica as a cause of intra-abdominal abscess: the role of iron. *Can J Surg*. 2001 Apr;44(2):135-6.
2. Jelloul L, Fremont B, Dyon JF, et al. Mesenteric adenitis caused by Yersinia pseudotuberculosis presenting as an abdominal mass. *Eur J Pediatr Surg*. 1997;7:180-183.
3. Tertti R, Vuento P, Mikkola P, et al. Clinical manifestation of Yersinia pseudotuberculosis infection in children. *Eur J Microbiol Infect*. 1989;8:587-591.
4. Volk WA, Gebhardt BM, Hammaskjold MC, Kaomer RJ. *Medical microbiology*. Lippincott-Raven, Philadelphia, 1995;pp 236-264.
5. Sue K, Nishimi T, Yamada T, Kamimura T, Matsuo Y, Tanaka N. A right lower abdominal mass due to Yersinia mesentery lymphadenitis. *Pediatr Radiol* 1994;24:70-71.
6. Saari TN, Triplett DA. Yersinia pseudotuberculosis mesenteric adenitis. *J Pediatr* 1974;85:656-661.
7. Van Noyen R, Selderslanghs R, Bekaert J. Causative role of Yersinia and other enteric pathogens in the appendicular syndrome. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1991;10:735-741.
8. Kemper CA, Davis RE, Deresinski C, Dorfman F. Inflammatory pseudotumor of intra-abdominal lymph nodes manifesting as recurrent fever of unknown origin: a case report. *Am J Med* 1991;90:519-523.
9. Larsen JH. Yersiniosis in children: diagnostic and clinical manifestations. *Contrib Microbiol Immunol* 1991;12:278-281.
10. Zippi M, Colaiacomo MC, Marcheggiano A, Pica R, Paoluzi P, Iaiani G, Caprili R, Maccioni F. Mesenteric adenitis caused by yersinia pseudotuberculosis in a patient subsequently diagnosed with Crohn's disease of the terminal ileum. *World J Gastroenterol* 2006;12 (24):3933-3935.
11. Volk WA, Gebhardt BM, Hammaskjold MC, Kaomer RJ. *Medical microbiology*. Lippincott-Raven, Philadelphia, (1995) pp 236-264.
12. Krober MS, Bass JW, Barcia PJ. Scarletiform rash and pleural effusion in a patient with Yersinia pseudotuberculosis infection. *J Pediatr* 1983;102:879-881