

## Kriptik miler tüberküloz

### Cryptic miliary tuberculosis

Macit SANDIKÇI<sup>1</sup>, Bahri ABAYLI<sup>1</sup>, Derya GÜMÜRDÜLÜ<sup>2</sup>, Serkan YARAŞ<sup>3</sup>, Fatih Y. İŞIKSAL<sup>1</sup>, Murat ÖKSÜZ<sup>1</sup>, Fatih KOÇAK<sup>1</sup>, Melek ERGIN<sup>2</sup>

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji B.D.<sup>1</sup>, Patoloji<sup>2</sup>, Dahiliye<sup>3</sup> Anabilim Dalları, Adana

51 yaşında, erkek hasta, yaygın lenfadenopatiler, ateş, kilo kaybı, gece terlemesi yakınması ile kliniğimize kabul edildi. Yapılan incelemede hasta, kriptik miler tüberküloz olarak kabul edildi ve tedavisine başlandı. Kriptik Miler Tüberkülozda; hafif şiddetli klinik bulgular, uzun süreli hastalık ile birlikte, zayıflamış histolojik yanıt vardır. Klinik olarak etyolojisi bilinmeyen, ateş, negatif tüberkülin testi ve normal P-A akciğer grafisi ile kendini gösterir.

**Anahtar Kelimeler:** Miler tüberküloz

Ekstrapulmoner tüberküloz, patogeneze göre üç şekilde yayılım gösterir A) İnfekte pulmoner sekresyonun yutulması ile mukozal yerleşim ve gastrointestinal yayılım. Günümüzde nadir olmasına rağmen, genellikle yaygın, kaviteli pulmoner enfeksiyonlar sonucu ortaya çıkar. B) Subplevral odaktan, plevral aralığa yayılım. C) Lenfohematojen yayılım; kronik pulmoner veya ekstrapulmoner bir veya birkaç odaktan yayılım şeklindedir.

Günümüzde Pulmoner tüberküloz vakalarında azalma gözlenirken, AIDS gibi koinfeksiyon vakalarında, artış olduğu gözlenmektedir. Bir seriye göre, bu birliktelik %38 oranındadır (1).

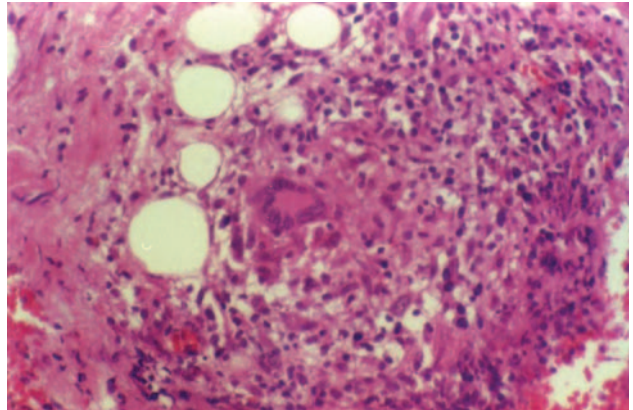
### OLGU

51 yaşında erkek hastamızın; iki ay önce, boyununun her iki yanında ve kasıklarında şişlikleri oluşmaya başlamış. Bir ay boyunca, değişik antibiyotikler kullanmış. Şişlikler büyümeye ve beraberinde, gece terlemesi, ateş, kilo kaybı iştahsızlık yakınmaları olmuş. Bu şikayetler ile hasta kliniğimize başvurdu. FM'de: Sol servikalde 1,5x1 cm, sağ servikalde 1x1 cm, sol postaurikülerde 4, sağ postaurikülerde 2 adet 0,5x0,5 cm çaplarında, bilateral aksillada 1x1 cm, bilateral ingüinalde ikişer adet 2x1 cm boyutlarında, sert, mobil lenfadenopatiler, kot kenarından 1cm palpabl hepatosplenomegali ve traube kapalılığı bulundu. Diğer sistem muayeneleri doğaldı.

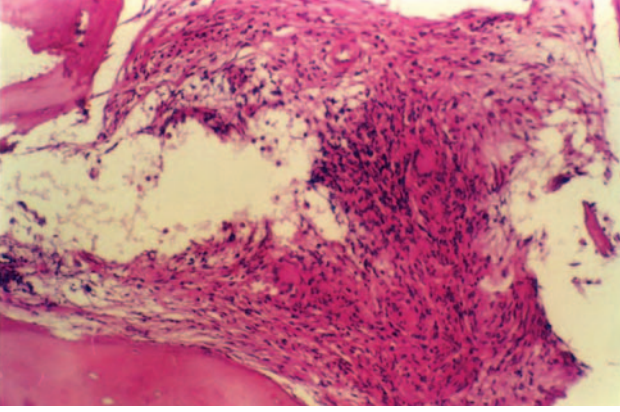
51 years old, male patient, applied to our clinic with common LAPs, fever, losing weight and night sweating complains. The patient diagnosed as miliary cryptic tuberculosis with clinical and laboratory investigations. There are mild clinical findings, decreased histologically response with long lasting disease in cryptic miler tuberculosis and clinically, there are fever with unknown etiology, negative tuberculin test and normal lung graphy.

**Key words:** Miliary tuberculosis

**Hemogramda:** BK:12500, Hct:36, Plt:547000, **Biokimyada:** Glk:84, Na:140, K:5,5, Tbil0,8, Dbil:0,6, AST:140, ALT:71, ALP:1476, GGT:245, LDH:770, Tprotein:6,6, Alb: 3,9, Beta-2 mikroglobulin:5536 idi. PY'da Beyaz kürede belirgin parçacıklı hakimiyeti ve eozinofili, trombositler küme, eritrositler normokrom normositerdi P-A akciğer grafisi normal, PPD (-), HIV (-) idi. Tüm hepatit markerleri(-), PCR-m.Tbc; (-) balgamda:5 defa dARB(-), idrar kültürlerinde üreme olmadı, dARB(-) idi. İnguinal lenfadenopati (LAP) eksizyonel biopsi 2 defa:Kazeifiye granülatöz iltihap olarak geldi (Resim 1) Kemik iliği aspirasyonunda;fokal alanlarda mononükleer hücre birikimi (infiltrasyonu telkin etmemektedir), eozinofilik prekürserlerde artış, selülarite normal olarak

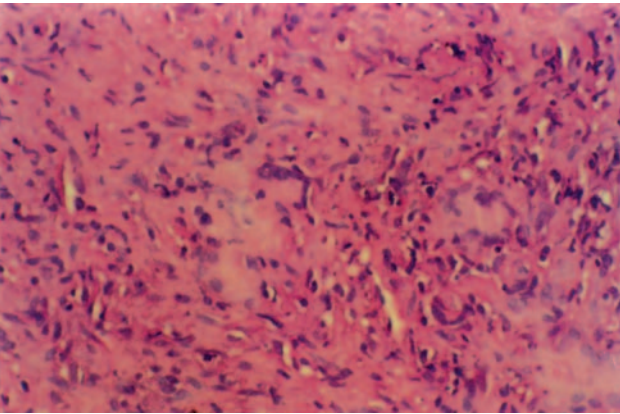


**Resim 1.** İnguinal bölgede yumuşak dokuda fokal kazeifikasyon alanları da içeren granülatöz doku (HE x100)



**Resim 2.** Kemik iliğinde çok sayıda granülom yapılar (HE x40)

değerlendirildi. Kemik iliği aspirasyon kültüründe üreme olmadı, Kemik iliği biopsisi: Kazeifiye granülom (Resim 2). Batın USG: Hepatosplenomegali, panendoskopi'de: alkelen reflü gastritis, gradA özafajit, endoskopik biopsi; kr gastrit olarak değerlendirildi. Özefagusmideduedonum grafisi, çift kontrastlı kolon grafisi, ince barsak pasaj grafisi normaldi. Peritonoskopi'de: Hepatik ve peritoneal Tbc?, karaciğer biopsisi; granülomatöz hepatit (Resim 3), Batın CT'de:Hepatosplenomegali, karaciğer ve dalakta multipl nodüler lezyonlar (Tbc ile uyumlu), bilateral, aksiller paraaortik, parakaval, retropankreatik, çölyak ve mezenterik lokalizasyonda yeryer konglemerat oluşturmuş lenfadenopatiler izlendi. Hasta Kriptik Milier Tüberküloz olarak kabul edildi ve tedavisi başlandı.



**Resim 3.** Karaciğerde portal alanlarda çok sayıda dev hücre de içeren Granümler (HE x100)

## TARTIŞMA

Milier Tüberküloz; progressif yaygın hematojenik yayılım anlamına gelir, ve üç gruba ayrılır.

**Akut Milier Tüberküloz:** Histolojik olarak belirgin doku reaksiyonu vardır. Çocuklarda veya gençlerde, primer enfeksiyondan hemen sonra veya tedavi edilmemiş kronik organ tutulumlu Tbc olgularında, terminal dönemde gözlenir. Altta yatan; siroz, neoplazi, gebelik, romatolojik gibi, immün sistemi zayıflatan hastalıklar olabilir. Plevral efüzyon, menenjit, peritonit, hastaların yaklaşık 1/3'ünde görülür. P-A akciğer grafisinde, yaygın infiltratif tutulum hemen daima vardır. SSS tutulumunda, uygunsuz ADH salınımı, buna bağlı olarak hiponatremi gözlenebilir. Kemik iliğinden tanı, dört büyük seride, %9-41 arasındadır. Steroid tedavisi, Tbc menenjitli hastalarda, rutin olarak tavsiye edilir.

**Kriptik Milier Tüberküloz:** (Kronik Hematojen Tbc): Hafif şiddetli klinik bulgular, uzun süreli hastalık ile birlikte, zayıflamış histolojik yanıt vardır. Primer enfeksiyondan uzun süre sonra, immün sistemi zayıf hastalarda, genellikle ileri yaşlarda ortaya çıkar. Klinik olarak; etyolojisi bilinmeyen ateş, negatif tüberkülin testi ve normal P-A akciğer grafisi vardır. İleri dönemde, hematolojik anormallikler ortaya çıkabilir.

**Non Reaktif Tüberküloz:** Organizma sayısı fazla ancak az miktarda organize doku cevabı vardır. Karaciğer, dalak, böbrek, kemik iliği tutulumu gözlenir ancak, menikslerin tutulumu genellikle yoktur. Sepsis ve hematolojik anormallikler (trombositopeni, lökopeni, anemi, lökomoid reaksiyon, polisitemi, miyelofibrosis) yaygındır. Pansitopeni, ateş, kilo kaybı vakalarında Milier Tbc mutlaka düşünülmelidir (1).

İzole hepatik Tbc, son derece nadirdir. AIDS'li hastalarda hepatik tutulum %5-10 civarındadır (2). Milier Tbc'de karaciğerde, en yaygın görülen lezyon hepatik granülmudur. Bununla birlikte, Tüberküloz ve apse diğer görülebilen formlarıdır. Nadir olarak portal ven tutulumu sonucu, portal hipertansiyon gelişebilir. Serolojik olarak karaciğer enzim, kolestatik enzim yüksekliliği ve nadir olarak sarılık görülür. Çok nadir olarak, Fulminan hepatik yetmezlikli, vakalar bildirilmiştir.

Hastaların %25'inde, akciğer grafisi normaldir. Boyama ve kültürlerle tanı; %24-60 oranındadır. PCR ile sıvı ve doku tetkiklerinde, sensitivitenin %88, spesifitenin %100 olduğu görülür. Peritoneal ve plevral sıvıda Adenosindeaminaz (ADA)'ın sensitivitesi %86, spesifitesi %100 dür (3).

Hasta milier Tüberküloz yanında, yaygın LAP, eozinofili ve beta-2 mikroglobulin seviyesinin yüksek bulunmasından dolayı özellikle, maliğn lenfoma yönünden araştırıldı. Tetkikler sonucu, maliğn

lenfoma ekarte edildi. Hasta, Kriptik Milier Tüberküloz (kronik hematojen) olarak kabul edildi ve tedavisi başlandı.

**KAYNAKLAR:**

1. Haas D.W. *Mycobacterium Tuberculosis*, In: Gearld L Mandell, John E. Bennett, Raphael Dolin, Editors. *Principles and Practice of Infectious Disease*. Section 2. 5ed. USA. 2000, 2597-8.
2. C. M. Wilcox, S.L. Friedman *Gastrointestinal Manifestation of the Acquired Immundeficiency Syndrome*, In: M. Feldman, B. F. Scharschmidt, M. H. Sleisenger, Editors. *Gastrointestinale and Liver Disease*, 6ed. W. B. Saunder Company 1998; 387-409.
3. Dominique-CharlesValla, Jean-Pierre Benhamou, *Hepatic Granuloma and Sarcoidosis*, *Clinics in Liver Disease*. 2000. 4 (1);275.