

## İki Olgu Nedeniyle Miliyer Tüberküloz

\*Gülşah GÜVEN, \*Lale Pulat SEREN, \*\*Afşin ÜNVER, \*\*\*Abdülkadir BOZAYKUT

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

\*Uzman Dr, \*\*Asistan Doktor, \*\*\*Klinik Şefi

**Yazışma Adresi:** Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Süt Çocuğu Kliniği, Üsküdar, İstanbul **Tel:** 0 216 3910680

### ÖZET

Yaşları üç ve üçbuçuk ay olan ateş, öksürük ve kilo alamama şikayetleri ile kliniğimize başvuran ve miliyer tüberküloz tanısı alan iki olguyu ; bu yaş grubunda nadir görülmesi nedeni ile sunmayı ve literatür bilgileri ışığında tekrar tartışmayı amaçladık.

**Anahtar kelimeler :** Miliyer tüberküloz, süt çocuğu, tüberküloz

### SUMMARY

#### **Two case report. Miliary tuberculosis**

Two girls aged 3 and 3,5 months old who were admitted to our hospital with fever, cough and growth retardation and diagnosed as miliary tuberculosis are presented because of rare presentation in this age group and discussed under the light of literature.

**Key words:** Miliary tuberculosis, infant, tuberculosi

### GİRİŞ

21. yüzyıla girdiğimiz şu günlerde tarihi insanlık tarihi kadar eski olan ve AIDS insidansının dünyada artması ile yeniden güç kazanan tüberküloz ( Tbc ) tıp dünyasında halen önemli ve global bir sorun olarak varlığını devam ettir-mektedir.1990'lı yılların başlarında Tbc insidansının geçmiş yıllara oranla Amerika Birleşik Devletleri'nde % 40, İsviçrede % 30 ve İtalya' da % 25 oranında arttığı bil-dirilmektedir (1). Miliyer Tbc, dissemine Tbc enfeksiyonunun süt çocukluğu döneminde en sık rastlanılan klinik formudur. Çok miktarda Tbc basilinin lenfo-hematojen yolla akciğer, dalak, karaciğer ve kemik iliği gibi organ ve dokulara yayılımı ile ortaya çıkar. Adını 19. yüzyıl patoloğları oluşan tüberküllerini darıya benzetmelerinden dolayı almıştır (2).Genellikle ateş, öksürük ve kilo kaybı gibi nonspesifik belirtilerle başlar. Hepatosplenomegali daha sonra tabloya eşlik eder. Bu semptomlardan 3-6 hafta sonra darı tanesi büyüklüğündeki tüberküller uniform bir şekilde her iki akciğere de yayılırlar. Klinik tablo hafif sinsi seyirden ,ağır klinik seyire kadar değişkenlik gösterebilir. Menenjit ve peritonit belirtileri ise % 20-40 arasında tabloya eşlik edebilir (1-2). Serolojik tanı teşhise ancak %40 oranında yardımcı olduğundan aile anamnezi, klinik ve radyolojik bulgular tanıda önemlidir . Tedavi edilmezse fatal sonuçlanır. Bu makalede yaşları 3 ve 3,5 ay olan iki süt çocuğunu miliyer Tbc için erken sayılabilecek dönem olması nedeni ile sunmayı uygun gördük.

### OLGU 1

Üç aylık kız hasta ateş, nefes darlığı ve kilo alamama şikayetleri ile getirildi. Hikayesinden 15 gün önce ateşinin yükselip öksürüğünün başladığı, bir gün öncesinde de nefes darlığının ortaya çıktığı, özgeçmişinde miadında normal yolla 2750 gr olarak z doğduğu, soygeçmişinde ailenin ilk ve tek çocuğu olup, anne baba arasında akrabalık bulunmadığı öğrenildi. Anne ve babada tbc anamnezi alınmamış olmakla birlikte dedenin halen aktif Tbc nedeni ile tedavi aldığı öğrenildi.Fizik muayenesinde genel durum kötü, renk soluktu. Ateş 39 C, nabız 145/dk, solunum 52/dk, ağırlık 3800 gr. (3-10 p ), boy 55 cm. ( 3-10 ), baş çevresi 36 cm. (3-10 p) idi. Toraks muayenesinde interkostal retraksiyonları ve bilateral ince ralleri vardı. Kalp muayenesinde özellik saptanmadı. Karaciğer 5 cm. , dalak 3 cm. ele geliyordu. Diğer sistem muayenelerinde generalize lenfadenomegali dışında özellik yoktu. Laboratuar incelemelerinde hemoglobin 9,9 g/dl, lökosit 19000/mm<sup>3</sup> (% 69 lenfosit,% 28 PNL, %3 monosit), trombosit 218000/ mm<sup>3</sup>, ESR 17 mm/h, CRP 23 mg/dl idi. Akciğer posterioanterior grafisinde ( PA AC ) 1-2 mm çaplı kaideye doğru yoğunlaşan nodüller mevcuttu. Batın ultrasonografisinde karaciğer ve dalakta en büyüğü 8 mm çapında olan multipl lezyonlar ve yaygın lenfadenomegali saptandı.Yüksek rezolüsyonlu toraks bilgisayarlı spiral tomografi ( HRCT) tetkikinde her iki akciğer parenkim alanlarında 2 mm.büyüklükte yaygın retikülodümler dansiteler izlendi. PPD negatifti.

## OLGU 2

3,5 aylık kız hasta düzelmeyen bronkopnömoni nedeniyle özel bir hastaneden sevk edildi. Hikayesinde 20 gün önce öksürüğünün başladığı, 7 gün öncesinde de ateşinin eklen-diği, başvurdukları özel bir hastanede interne edilerek seftriakson tedavisi aldığı halde iyileşme olmadığı öğrenildi. Özgeçmişinde miadında 3300 gr. olarak sorunsuz doğduğu öğrenildi, dayısının aktif akciğer tüberkülozu nedeni ile tedavi altında olduğu öğrenildi. Soygeçmişinde başka bir özellik yoktu.

Fizik muayenesinde ağırlık 3650 gr. ( 3-10 ), boy 52 cm. ( 3-10 ), baş çevresi 36 cm. (3-10p ), vücut ısısı 38 C, bilinç açık, deri rengi normal, nabız 120/dk düzenliydi. Solunum sistemi muayenesinde solunum 66/dk ve yaygın ince ralleri mevcuttu. Batın muayenesinde karaciğer 4 cm, dalak 4 cm olarak saptandı. Diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi. Laboratuvar incelemelerinde; hemoglobin 9,6 g/dl, lökosit 10900/ mm<sup>3</sup>, trombosit 338000/mm<sup>3</sup>, ESR 29mm/h, CRP 0,8 mg/dl idi. PA AC grafisinde 2-3 cm. çapında yaygın nodül görüntüsü veren miliyer akciğer tbc ile uyumlu bulgular görüldü. HRCT incelemesinde yaygın 1-2 mm çapında retikülonodüler dansiteler görüldü. Her iki olgunun başvuru anında alınan açlık-tokluk kan şekeri, serum elektrolit, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, ürik asit, kan protein ve lipitleri, rutin idrar bakıları normaldi. İdrar ve kan kültürlerinde üreme olmadı. Hepatit, salmonella, brusella ve TORCH seroloji testleri negatifti. Klinik ve laboratuvar bulguları ile ağırlıklı olarak miliyer tüberküloz düşünülen hastalarda tanıya yönelik olarak açlık mide suyu ve BOS örneklerinde aside rezistans basil yönünden hem direkt mikroskopik inceleme hem de katı ( Löwenstein-Jensen besiyeri ) ve sıvı besiyelerine ekim yapılmış ancak mikobakterium izole edilememiştir. Aşısız ve PPD değerleri negatif olan olguların göz ve göz dibi incelemeleri normal saptanmıştır. Her iki olgu miliyer tbc'de nörolojik tutulum olma ihtimali yüksek olduğu için incelenmiş, beyin omurilik sıvıları incelenmiş ve tüberküloz yönünden negatif saptanmıştır. Genel durumlarının kötüleşmesi üzerine olgulara mikrobiyolojik olarak basil gösterilmediği halde anti-

tüberküloz tedavi başlandı. Tedavinin ortalama ikinci haftasında her iki olgunun genel durumlarında düzelme, kilo alma ve iştahlarında artma gözlemlendi.

Ortalama birinci ayın sonunda akciğer filmlerinde düzelme başladı. Klinik tablo ve laboratuvar bulgularında düzelme olması üzerine tedaviye devam edildi. İki ayın sonunda taburcu edilen olgulardan birincisi bir yıl süre ile izlendi, ikinci olgu ise bir süre sonra kontrollere gelmedi.

## TARTIŞMA

Tbc enfeksiyonundan ortalama 3-6 hafta sonra özellikle malnütrisyonlu ve immun supresyonlu çocuklarda görülen miliyer tbc, halen ciddi bir problem olarak varlığını devam ettirmektedir. Tedavi edilmediği takdirde fatal sonuçlanması erken teşhis ve tedavinin önemini bir kat daha arttırmaktadır. Ancak erken tanıya sanıldığı kadar kolay değildir. Miliyer Tbc'de PPD % 40 oranında pozitif olabilirken, en iyimser durumlarda bile süt çocukluğu döneminde tbc basilinin serolojik yöntemlerle gösterilme olasılığı % 30-35' dir ( 3 ). Ancak teşhiste pozitif aile anamnezi, radyolojik görüntü ve klinik belirtiler özellikle miliyer tbc'de son derece önemli indikatörlerdir. HOer iki vakamızda da PPD'nin ve mikrobiyolojik göstergelerin negatif olmasına rağmen birinci olguda dedenin, ikinci olguda ise dayının aktif tbc'li olması, PA AC grafilerinin ve HRCT'nin miliyer tbc için spesifik sayılabilecek kriterler sunması ve her iki olgunun da nonspesifik tedaviden fayda görmediği gibi mevcut şikayetlerin artarak devam etmesi bizi miliyer tüberküloz tanısı koymaya yöneltti. Nitekim başlanan anti-tüberküloz tedavi ile semptom ve radyolojik bulguların düzelmesi tanımızın doğru olduğunu kanıtlamıştır.

Maltezou ve arkadaşlarının 16 yıllık bir süreçte bildirdikleri 102 extra-pulmoner tbc'li olgunun sadece 3 tanesini miliyer tbc oluşturmuştur ( 4 ). Bu üç vakada bizim olgularımızda olduğu gibi ateş, öksürük ve kilo alamama şikayetleri ile başvurmuşlar, ortalama yaş 6 ay olup PPD pozitif ve mikrobiyolojik göstergeler pozitif bulunmuştur. Dünya Sağlık Örgütü (WHO)

2000 yılında çocukluk döneminde akciğer tbc tanısı için kullanılabilecek bir rehber hazırlanmıştır (5). Buna göre: 1) Şüpheli tbc: Akciğer grafisinde tbc'ü düşündüren bulgular (parenkimal lezyon ile birlikte veya parenkimal lezyon olmadan perihiler opasite) ile birlikte tbc şüphesi uyandıran klinik bulgular ( iki haftadan uzun süren öksürük veya wheezing olması ) 2) Olası tbc: Akciğer grafisinde tbc'i kuvvetle düşündüren bulgular (parenkimal lezyon ile birlikte veya parenkimal lezyon olmadan hiler lenfadenopati veya miliyer görünüm) 3) Kesin tbc: Kültürde M. Tüber-külozisin mevcudiyeti Ülkemiz gibi gelişmekte olan toplumlarda hızlı tanı ve tedavinin çok büyük bir önem arz ettiği miliyer tbc gibi klinik durumlarda tedavideki gecikme nedeni ile olası ağır komplikasyonlar ve mortalite riskini arttırdığından WHO'nun bu rehberinin ülkemizde tbc teşhisinde bir endikatör olarak kullanılabileceği kanısındayız.

#### **KAYNAKLAR**

1. Haas DW. *Mycobacterium tuberculosis*. In :Mandel GL, Bennett JL, Dolin R. *Principles and Practice of Infectious Diseases*. Vol 2 fifth ed .Philadelphia: WB: Churchill Livingstone, 2000: 2576-2604.
2. Neman M.D. *Pediatric Tuberculosis and Clinician's Guide to tuberculosis*. Lippincott Williams Philadelphia, 2000:253-269.
3. American Thoracic Society. *Diagnostic Standards and Classification of tuberculosis in adults and children*.AMJ Resp Care Med.2003;161:1376-1385.
4. Maltezou H.C, Spyridis P, Kofetzis D.A. *Extrapulmonary tuberculosis in Children*. Arch Dis Child. 2000;83:342-364.
5. World Health Organization: *Provisional guidelines for the diagnosis and classification of the EPI target diseases for primary health care, Surveillance and special studies*.2000;32: 24-29