

ENFLAMATUAR BARSAK HASTALIĞINI TAKLİT EDEN İNTESTİNAL TÜBERKÜLOZ OLGUSU

A CASE OF INTESTINAL TUBERCULOSIS MIMICKING INFLAMMATORY BOWEL DISEASES

Yelda VAROL ¹ Atike DEMİR ¹ Zeynep BAŞER ¹ Serhan OLCAY ¹
Şevket DERELİ ¹ Nur YÜCEL ² Rifat ÖZACAR ¹

Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir
¹ Göğüs Hastalıkları Bölümü, ² Patoloji Bölümü

Anahtar sözcükler: Barsak tüberkülozu, Crohn hastalığı

Key words: Intestinal tuberculosis, Crohn's disease

ÖZET

Tüberküloz; tüm dünyada insidansı halen artmakta olan önemli bir sağlık sorunudur. Tüberkülozlu hastaların yaklaşık %1'i intestinal tüberkülozdur. Ancak tüberküloz insidansının artışı ile birlikte intestinal tüberkülozun da daha sık görüleceği belirtilmektedir. İntestinal tüberkülozun, başlıca enflamatuar barsak hastalıkları olmak üzere pek çok hastalıkla klinik benzerlik göstermesi nedeniyle tanısı zordur. Kırkdört yaşında kadın hasta birbuçuk aydır devam eden ishal, karın ağrısı, halsizlik, kilo kaybı yakınması ile gastroenteroloji kliniğine başvurmuş. Crohn hastalığı ön tanısı ile izlenen hastanın kolonoskopisinde ileoçekal bölgede enflamatuar barsak hastalığı ile uyumlu ülserasyonlar saptanmış. Akciğer radyogramında kaviter lezyon saptanması üzerine sevk edilen olgunun balgam direkt bakısında asidorezistan basil (ARB) saptandı ve kültüründe Mycobacterium tuberculosis üredi. Aktif akciğer tüberkülozu tanısı alan hastanın kolonoskopik biyopsi preparatları intestinal tüberküloz ile uyumlu olarak değerlendirildi. Aktif akciğer tüberkülozu ve intestinal tüberküloz tanıları ile antitüberküloz tedavi başlandı. Olgumuzda akciğer tüberkülozu saptan-

SUMMARY

Tuberculosis is an important health issue with a rising incidence all around the world. Nearly 1% of the tuberculosis patients are intestinal tuberculosis (IT). It is predicted that IT prevalence will increase along with the rise of tuberculosis prevalence. The diagnosis of IT is difficult because it mimics many other disorders especially inflammatory bowel diseases. A forty four year old woman patient applied to a gastroenterology clinic with the symptoms of diarrhea, abdomen pain, weight loss, debility lasting for an one and half month. She went through colonoscopy with the pre-diagnosis of Crohn's Disease and colonoscopy revealed inflammation in her ileocecum concordant with inflammatory bowel disease. The case was further investigated upon the upper lobe cavity lesion in chest radiography suggestive of TB, acidoresistant bacillus (ARB) was determined in the direct sputum microscopy and Mycobacterium tuberculosis proliferated in the sputum culture. The colonoscopic biopsies of the patient who was diagnosed as pulmonary tuberculosis had the typical formations of IT. Antituberculosis treatment according to the diagnosis of lung and intestinal tuberculosis was started. In our case, determination of the lung tuberculosis facilitated

ması intestinal tüberküloz tanısını kolaylaştırmıştır. Ancak sadece intestinal bulguları olan olgularda Crohn hastalığı düşünülerek verilen steroid ve immünomodülatör tedavi hastalığın progresyonuna neden olabilir. Bu nedenle sadece kolonoskopik muayene değil, yanı sıra histopatolojik inceleme, akciğer radyogramı ve tüberkülin deri testinin birlikte değerlendirilmesi intestinal tüberküloz tanısı için önemlidir.

GİRİŞ

Tüberküloz; tüm dünyada insidansı halen artmakta olan önemli bir sağlık sorunudur. Her yıl dünyada 9 milyon tüberküloz olgusu görülmektedir (1). Bunların yaklaşık %1'i intestinal tüberkülozdur (2). Tüberküloz, barsaklarda en fazla distal ileum ve çekuma yerleşir. İleoçekal ülserasyonların nedenlerinin başında intestinal tüberküloz ve Crohn hastalığı gelmektedir. Tüberküloz insidansının artışı ile birlikte daha da sık görüleceği bildirilen intestinal tüberküloz'un başta enflamatuar barsak hastalıkları olmak üzere pek çok hastalıkla klinik benzerlik göstermesi nedeniyle tanısı zordur (3).

OLGU

Kırkdört yaşında kadın hasta, birbuçuk aydır devam eden ishal, karın ağrısı, halsizlik ve kilo kaybı yakınmaları ile gastroenteroloji kliniğine başvurmuş. Crohn hastalığı ön tanısı ile tetkik edilen hastanın kolonoskopisinde ileoçekal bölgede enflamatuar barsak hastalığı ile uyumlu ülserasyonlar saptanmış ve biyopsi alınmış. Rutin inceleme sırasında çekilen akciğer grafisinde patoloji saptanması üzerine hastanemize sevk edilmiş.

Fizik Bakı: Genel durum orta, zayıf, soluk görünümde. TA: 110/70 mmHg Nb: 88/dk Solunum sayısı: 20/dk Ateş: 37.4°C. Solunum sistemi bakısında patoloji saptanmadı. Palpasyonla karın sağ alt kadranda hassa-

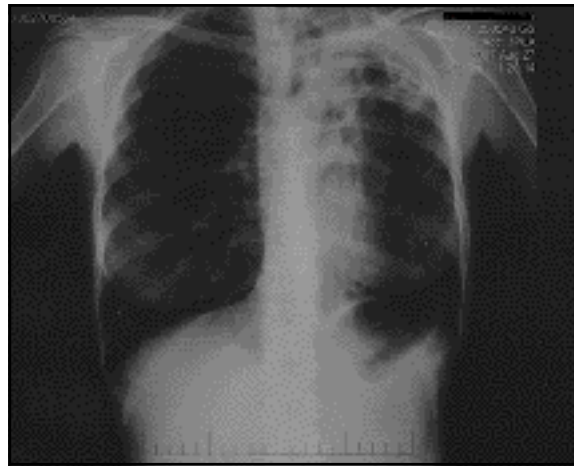
the diagnosis of intestinal tuberculosis. But the patients who only have abdominal symptoms may have the risk to be treated like inflammatory bowel disease with steroids and immunomodulator therapy which might cause a progression of the disease. As a conclusion we think that evaluation of the histopathological examination, chest radiography and tuberculin skin testing along with the colonoscopy contributes significantly to the diagnosis of intestinal tuberculosis.

siyet mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri normal idi.

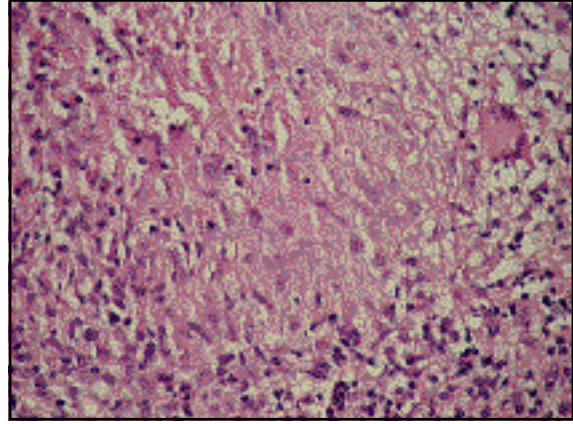
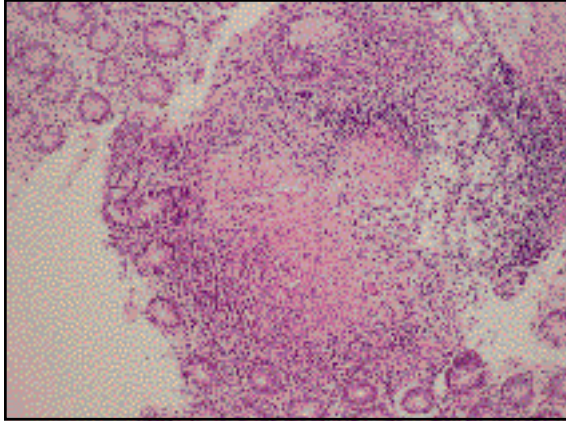
Akciğer grafisinde sol hemitoraksta volüm kaybı, sol üst zonda erime alanları ve 3-4 cm çapında kaviter lezyon içeren nonhomojen dansite artışı saptandı (Resim 1).

Laboratuvar: Lökosit: 11.200/mm³ Hb: 10.1 gr/dl Hct: %33 ESR: 48 mm/h AKŞ: 78 mg/dl BUN: 28 mg/dl Kreatinin: 1.7 mg/dl ALT: 38 U/L AST: 42U/L Diğer biyokimya tetkikleri normal sınırlarda. Batın USG: Normal.

Hastanın balgam ve gaita direkt bakısında asidorezistan basil (ARB) saptandı. Aktif akciğer tüberküloz tanısı alan hastanın kolonoskopik biyopsi preparatları tekrar değerlendirildi ve intestinal tüberküloz ile uyumlu bulundu (Resim 2 ve 3).



Resim 1. Olgunun PA akciğer grafisi.



Resim 2 - 3. Kolonoskopik biyopsi; barsak dokusu içinde granülom formasyonu.

Aktif akciğer tüberkülozu ve intestinal tüberküloz tanıları ile antitüberküloz tedavi başlandı. Balgam ve gaita kültüründe M. tüberkülozis üreyen hastanın tedavisinin 15. gününde diyaresi kesildi ve 1. ayında balgam ARB direkt bakısı negatif bulundu.

TARTIŞMA

Tüberküloz, genellikle akciğerleri etkilemekle birlikte pek çok organı tutabilir. Barsaklarda en fazla distal ileum ve çekuma yerleşir, bu bölgeleri jejunum, ileum, kolon ve rektum izler (4). Çekum, apendiks ve ileumun terminal bölümünden oluşan ileoçekal bölgede anatomik ve fizyolojik özellikleri nedeniyle çok çeşitli hastalıklar (ör: intestinal tüberküloz, Crohn hastalığı, kanser, ülseratif kolit, izole ileoçekal ülser, lenfoma, leiomyoma) gelişir. Barsak hastalıklarının %9-14'ünün bu bölgede geliştiği ve bunların da %45-50'sinin ülseratif hastalıklar olduğu bildirilmektedir (3-6).

İntestinal tüberküloz ile Crohn hastalığının subfebril ateş, zayıflama, karın ağrısı ve diare gibi klinik bulguları benzerdir (3). Bu iki hastalığın birbirini taklit ettiği uzun yıllardır bilinmektedir (7). Ayırıcı tanıda kolonoskopi ve histopatolojik inceleme yararlıdır (8). Kolonoskopi ile ülserasyonun yeri, büyüklüğü,

şekli ve rengi belirlenip biyopsi alınabilir. Ancak ülseratif lezyonlar benzer görünüme sahip olduğu için kolonoskopi ile her zaman doğru tanıya ulaşılamaz. Ayrıca mukozal biyopsiler barsak duvarının bütünü hakkında bilgi vermediği için kolonoskopinin yararı sınırlıdır. Olgumuzda gastroenteroloji kliniğinde akciğer lezyonları saptanmadan önce Crohn hastalığı ön tanısı ile tetkik edilmiştir. 52 hastada yapılan bir araştırmada kolonoskopi ile %21.2 oranında yanlış tanı konduğu saptanmıştır. Bu nedenle ileoçekal ülserlerin tanısında endoskopinin önemli bir yeri olmakla birlikte kolonoskopik ve patolojik bulgular diğer klinik verilerle birlikte değerlendirilmelidir (3).

İntestinal tüberküloz tanısında kolonoskopi ve kolonoskopik biyopsiler yanında doku kültürü çok önemlidir, histopatoloji tek başına güvenilir olmayabilir (2). Tüberküloz basili kültürü spesifiktir ancak 4-6 hafta sonra sonuçlanması dezavantajdır. Biyopsi örneğinin PCR ile incelenmesi duyarlı ve güvenilir bir yöntemdir (4,9). Hastamızda da şiddetli diyare sırasında istenen gaita örneğinde asidorezistan basil (ARB) saptanmış ve kültüründe Mycobacterium tuberculosis üremiştir.

İntestinal tüberküloz olgularının sadece %15-20'sinin akciğer radyogramında aktif

tüberküloz bulguları izlenmektedir (10,11). Bir araştırmada olgularının sadece %30'unun akciğer grafisinde primer enfeksiyon bulgusu saptanmıştır (12). Olgumuzun klinik bulguları ile birlikte, akciğer grafisinde tüberkülozu düşündüren lezyonların olması, balgam incelemesinde basil saptanması ve daha önce yapılan kolonoskopik biyopsilerin tekrar değerlendirilmesi, aktif akciğer tüberkülozu yanında intestinal tüberküloz tanısının konmasını kolaylaştırmıştır.

Sadece intestinal bulguları olan hastalarda Crohn hastalığı veya intestinal tüberküloz

tanısı için dikkatli olunmalıdır. Çünkü Crohn hastalığı düşünülerek verilen steroid ve immünomodülatör tedaviler tüberkülozun progresyonuna neden olabilir. Ayırıcı tanısı yapılamayan olgularda antitüberküloz ilaçlarla en az 6-8 haftalık deneme tedavisi önerilmektedir (2,3).

Sonuç olarak ülkemiz gibi tüberküloz insidansının yüksek olduğu bölgelerde akciğer dışı tüberkülozun da sık görülebileceği her zaman akılda tutulmalı ve klinik, radyolojik, histopatolojik ve bakteriyolojik incelemeler birlikte değerlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO Report 2004. Geneva Switzerland. ISBN 92 4 156264 1.
2. Sibartiea V, Kirwanb WO, O'Mahonya S. Intestinal tuberculosis mimicking Crohn's disease: lessons relearned in a new era. Eur J Gastroenterol Hepatol 19: 2007; 347-9.
3. J Cai, F Li, W Zhou, H-S Luo. Ileocecal Ulcer in Central China: Case Series. Dig Dis Sci, C Springer Science+Business Media, Inc. 2006.
4. Wong WM, Lai K-C, Yiu W-C. Intestinal tuberculosis mimicking fistulizing Crohn's disease. Journal of Gastroenterology and Hepatology 22: 2007; 137-9.
5. Parashar K, Kyawhla S, Booth IW, et al. Ileocolic ulceration: a long-term complication following ileocolic anastomosis. J Pediatr Surg 23: 1988; 226-8.
6. Yamasaki T, Sugito M, Yoshikawa I, et al. Ileocecal ulcer caused by hemotherapy. Gastrointest Endosc 55: 2002; 411.
7. Brohee G. Crohn's disease and intestinal tuberculosis. Acta Gastroenterol Belg 1950; 13: 1091-105.
8. Zhou ZY, Luo HS. Differential diagnosis between Crohn's disease and intestinal tuberculosis in China. Int J Clin Pract 60: 2002; 212-4.
9. Anand BS, Schneider FE, El-Zaatari FA, et al. Diagnosis of intestinal tuberculosis by polymerase chain reaction on endoscopic biopsy specimens. Am J Gastroenterol 89: 1994; 2248-9.
10. Marshall JB. Tuberculosis of the gastrointestinal tract and peritoneum. Am J Gastroenterol 88: 1993; 989-99.
11. Horvath KD, Whelan RL. Intestinal tuberculosis: return of an old disease. Am J Gastroenterol 93: 1998; 692-6.
12. Al Karawi MA, Mohamed AE, Yasawy MI, et al. Protean manifestations of gastrointestinal tuberculosis. Report on 130 patients. J Clin Gastroenterol 20: 1995; 225-32.

Yazışma Adresi:

Dr. Yelda VAROL
Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi
Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Göğüs Hastalıkları Kliniği,
35110 Yenışehir / İZMİR
Tel: 0 232 433 33 33
e-posta: yeldavatansever@hotmail.com
