

NADİR GÖRÜLEN BİR AKCİĞER DIŞI TÜBERKÜLOZ OLGUSU: İNTESTİNAL TÜBERKÜLOZ

A RARE CASE OF EXTRA-PULMONARY TUBERCULOSIS: INTESTINAL TUBERCULOSIS

**Ferhat EKİNCİ¹, Feyza ARSLAN¹, Alper AYGİN¹, Utku Erdem SOYALTIN¹,
Coşkun YILDIZ², Ümit BAYOL³, Alp ÖZGÜZER³, Harun AKAR¹**

¹ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İzmir, Türkiye

² Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, İzmir, Türkiye

³ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

Anahtar sözcükler: Akciğer dışı tüberküloz, asit

Key words: Extrapulmonary tuberculosis, ascite

Geliş tarihi: 26 / 05 / 2014

Kabul tarihi: 09 / 07 / 2014

ÖZET

Tüberküloz (TBC); tüm dünyada insidansı halen artmakta olan önemli bir sağlık sorunudur. Akciğer dışı yerleşimli tüberküloz olgularına geçmişe nazaran çok daha sık rastlanmaktadır. İntestinal tüberküloz gelişmekte olan ülkelerde halen görülmekte olan ve vakaların yaklaşık 1/3'ünde pulmoner tüberkülozun eşlik ettiği bir hastalıktır. Gastrointestinal sistem (GIS) tüberkülozu karın ağrısı, diyare, kilo kaybı, gece terlemesi ve nadiren GIS kanama şeklinde karşımıza çıkabilir. İntestinal tüberkülozun, başlıca enflamatuvar barsak hastalıkları olmak üzere pek çok hastalıkla klinik benzerlik göstermesi nedeniyle tanısı zordur. GIS tüberkülozunun tanısı zor olabilir ve tanıda en önemli öge TBC' nin akla getirilmesidir. Karın ağrısı, ishal, halsizlik, kilo kaybı, asit ile karşımıza gelen GIS tüberkülozu tanısı alan olgumuzu tartışmak istedik.

SUMMARY

Tuberculosis (TB) is an important health issue with a rising incidence all around the world. Extrapulmonary tuberculosis cases are encountered much more frequently compared to past. Intestinal tuberculosis (IT) is still seen in developing countries, and approximately one-third of the cases are accompanied by pulmonary tuberculosis. Gastrointestinal system (GIS) tuberculosis may present as abdominal pain, diarrhea, weight loss, nighttime sweating and rarely GIS bleeding. The diagnosis of IT is difficult because it mimics many other disorders especially inflammatory bowel diseases. The diagnosis of the GIS tuberculosis may be difficult. The most important entity in the diagnosis is to consider TB. We would like to discuss our case diagnosed as GIS tuberculosis presenting with abdominal pain, diarrhea, fatigue, weight loss, ascite.

GİRİŐ

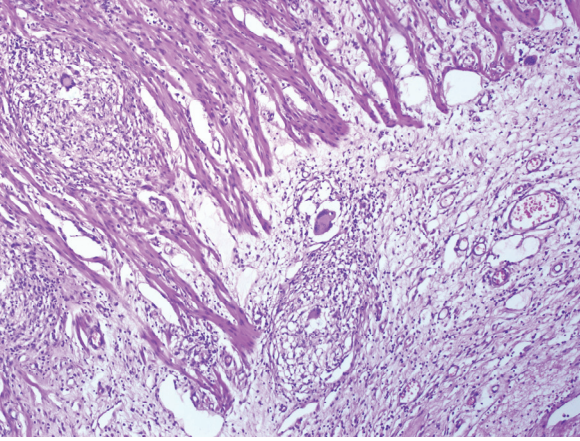
Tüberküloz (TBC), mycobacterium tuberculosis basilinin neden olduğu, genellikle solunum yoluyla aerosol biçiminde geçiő gösteren tüm organları tutabilen sistemik (1) ve sıklıkla günümüzde gözden kaçan bir enfeksiyondur. Gastrointestinal sistem (GİS) tüberkülozu ise, intraabdominal organların ve peritonun mycobacterium tuberculosis suőları tarafından enfekte edilmesi ile meydana gelir. GİS tutulumu hastalarda karın ağrısı, diyare, kilo kaybı, gece terlemesi ve nadiren barsak kanaması şeklinde karşımıza çıkabilir. Ülkemiz, TBC için endemik olan ülkeler arasında yer aldığı için bahsedilen yakınmalar ile başvuran hastalarda intestinal TBC'nin özellikle ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulması gereklidir. GİS tutulumu, akciğer dışı tüberküloz olgularında genitoüriner, lenfatik, iskelet sistemleri ile meninksler ve miliyer tüberkülozdan sonra en sık olarak tutulan altıncı bölgedir. GİS'in ösefagustan rektuma kadar olan herhangi bir yerini tutabilir ancak en sık olarak ileoçekal bölgede yerleşmektedir (2). TBC insidansının artışı ile birlikte daha da sık görülebileceği bildirilen intestinal tüberkülozun başta inflamatuvar barsak hastalıkları, intestinal lenfoma olmak üzere pek çok hastalıkla klinik benzerlik göstermesi nedeniyle tanısı zor olup, öncelikle bu tanının akla getirilmesi gerekmektedir (3).

OLGU

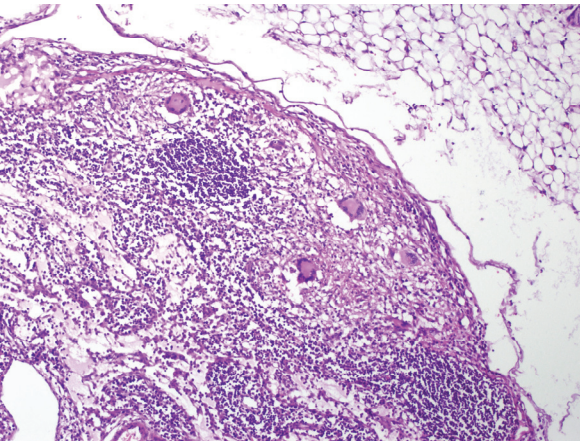
Bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan 19 yaşında erkek hasta 2 aydır devam eden karın ağrısı, ishal, halsizlik, kilo kaybı, Őikayetleriyle başvurduğu dış merkezde yapılan batın ultrasonografisinde (USG) yaygın asit saptanması nedeniyle ileri tetkik ve tedavi amacıyla iç hastalıkları

kliniğine yatırıldı. Fizik muayenesinde; kan basıncı 110/70 mmHg, Nabız 88/dk, solunum sisteminde bilateral alt zonlarda solunum sesleri azalmıő olarak saptandı. Batın muayenesinde Grade 3 asit saptandı. Kardiyovasküler sistem muayenesi ise olağan idi. Laboratuvar tetkiklerinde; Lökosit 16.900/mm³, Hemoglobin 8.19 gr/dl, trombosit 376000/mm³, eritrosit sedimentasyon hızı 71 mm/h, ALT 38 U/L, AST 45U/L olarak saptandı. ALP, GGT, total bilirubin ve koagülasyon değerleri normaldi. Akciğer grafisi normal saptandı. Asit örnekleme ile yapılan analizde serum asit albumin gradienti 0,9 g/dl, total protein 3.2, LDH 332 U/l saptandı ve 300/mm³ lökosit (%90'ı lenfosit) saptandı. CEA, CA 19.9, AFP, Beta- HCG gibi tümör belirteçleri normal saptandı. Asit sitolojisi benign idi. Batın USG'de hepatosplenomegali (HSM) ve yaygın asit dışında özellik saptanmadı. Skrotal USG normal di. Malignite tarama amaçlı istenen toraks ve abdomen tomografisinde, yaygın asit, HSM, bilateral plevral effüzyon ile akciğerde 4mm çaplı periferik ve subplevral lokalizasyonlu buzlu cam dansitesinde nodüler lezyonlar görüldü. Asit sıvısından bakılan ADA düzeyi 134 şeklinde artmış olarak saptandı, ve asit mayisinde 3 kez bakılan asit ARB ve PCR sonuçları negatif saptandı. Bu sırada 2 aydır devam eden diyare nedeniyle yapılan endoskopi normaldi. Kolonoskopide ileoçekal bölgeden inflamatuvar barsak hastalığı veya lenfoma uyumlu olabilecek endoskopik ülsere lezyonlar saptanması nedeniyle patoloji ve kültüre yollanmak üzere örnekler alındı. Alınan patoloji örneği non spesifik kolit şeklinde raporlandı, ARB negatifti, PCR ise bakılamadı. Kültür sonuçları henüz çıkmayan hastaya TBC peritoniti ön tanısıyla laporoskopi önerildi fakat hasta kabul

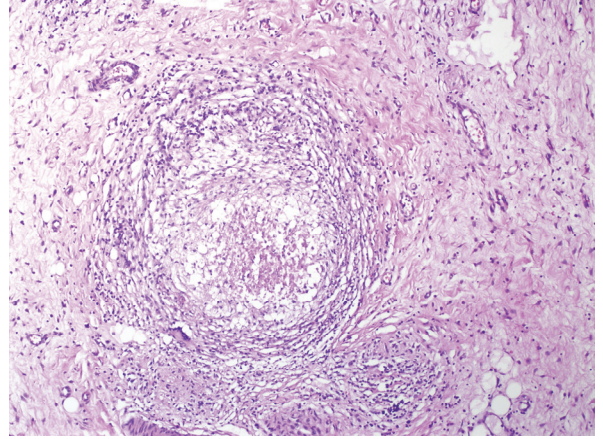
etmedi. Takiplerinde alınan asit kültürü ve intestinal biyopsi örneğinde TBC basili üreyen hastaya 4'lü anti TBC tedavisi başlanarak takip ve izleme alındı. Ayaktan takibinde tedavinin 2. haftasında asit geriledi, ateş, karın ağrısı ve diyare şikayeti düzeldi. Ayaktan tedavisinin 3. ayında şiddetli karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvuran hasta genel cerrahi tarafından apendisit tanısıyla opere edildi. İntaoperatif apendisit tanısı doğrulanmış apendektomi yapılan hastanın post operatif patolojik incelemesi kazeifiye granülom şeklinde raporlandı.



Resim 1. Barsak duvarında intramüsküler ve serozal granülomlar



Resim 2. Bölgesel lenf nodlarında birleşme eğilimi gösteren granülomlar



Resim 3. Barsak duvarında görülen granülomda minimal kazeifikasyon nekrozu

TARTIŞMA

Günümüzde gelişmekte olan ülkelerde son yıllarda tüberküloz sıklığında bir artış (4) saptanmış olup, bu artışın özellikle HIV(+) immunosupresif bireyler, kronik böbrek yetmezlikli hastalar veya madde ve ilaç bağımlılarında (5) olduğu bildirilmektedir. GİS tüberkülozu, eskiden edinilmiş olan dormant basilin reaktivasyonu ile primer olabileceği gibi, aktif akciğer tüberkülozunun hematojen yayılımı, infekte balgaminin yutulması, kontamine yiyecek içecekler ve komşuluk yoluyla gelişebilir; intestinal, peritoneal, nodal ve solit organ tutulumları oluşturabilir. Tüberküloz basilinun gastrointestinal sistemde en sık lokalizasyonu ileoçekal bölgedir (6). Hastamıza yapılan kolonoskopide, literatür ile uyumlu olarak ileoçekal bölgede inflamatuvar barsak hastalığı veya lenfoma ile uyumlu olabilecek endoskopik ülser görünümünde lezyonlar saptandı. GİS tüberkülozunun en sık ileum ve ileoçekal bölgede yerleşmesinin sebebi bu bölgenin lenfoid dokudan zengin olması, tüberküloz basilinun lenfoid dokuya olan afinitesi, minimal abortif aktivite ve çekal bölgedeki fizyolojik staz sorumlu tutulmaktadır (7, 8).

Akciğer dışı tüberkülozun bir formu olan abdominal tüberküloz, tipik olarak intestinal, peritoneal ve mezenterik lenf nodları tutulumu ile seyreden üç klinik formda görülebilir (9). Abdominal tüberküloz tanısının konulması, özellikle eşlik eden akciğer tüberkülozu olmayan hastalarda belirti ve bulguların çoğu vakada nonspesifik olması nedeniyle güçtür. İntestinal tüberküloz şüphesi olan hastalarda pozitif tüberkülin deri testi (PPD) yararlı olabilir fakat spesifik değildir (10). Tanı basilin gösterilmesi esasına dayanır ancak basilin gösterilmesi testlerin farklı sensitivite ve spesifiteleri nedeniyle kolay olmamaktadır. Abdominal tüberkülozun en sık semptomları karın ağrısı (%93), iŐtahsızlık, genel durum bozukluğu, ateş, gece terlemesi, kilo kaybı, diyare, asit ve intestinal obstrüksiyon bulgularıdır. En sık görülen laboratuvar bulguları ise anemi, sedimentasyon yüksekliği, hipoalbuminemi (11, 12). Alınan biyopsiler sayesinde basil aranması için EZN boyası, kültür yapılması, polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) yöntemiyle basil aranması da sağlanmış olur. Alınan doku preparatlarında TBC PCR sensitivitesi %60-85, kültürde üreme ise ancak %25-40 olguda pozitifdir (13). Kültür sonuçlarının uzun sürmesi ve pozitiflik oranlarının düşük değerlerde kalması nedeniyle, son yıllarda mikobakteriyel enfeksiyonların tanısında PCR önerilmektedir (14). Asit sıvısı örneklemeğinde, serum asit albumin gradientinin (SAAG) 1,1'in altında olması lenfoplazmositer hücreden zengin bulunması tüberküloza bağlı asitin en önemli özellikleridir. Asit sıvısında adenozin deaminaz (ADA) seviyesi 39 IU/L kesim noktası olarak alındığında sensitivitesi %100, spesifitesi ise %97'dir

(16). Vakamıza yapılan asit örneklemeğinde SAAG 0,9 olarak hesaplanmış olup bakılan ADA düzeyi ise 134 IU/L şeklinde artmış bulunması GiS tüberkülozu lehine değerlendirilmiştir. İntestinal TBC şüphelenilen olgularda, sıklıkla tanısız amaçlı olarak kullanılan kolonoskopi ve beraberinde yapılan biyopsi ile makroskobik olarak ülseratif, hipertrofik ya da her ikisinin birlikte görüldüğü lezyonlar görülürken; mikroskopik olarak kolon mukoza ve submukozasında granülo-matöz inflamasyon, nekroz ve dev hücreler görülmektedir (17, 18, 19). Kolonoskopik biyopside kazeifiye granülom görülmesi intestinal TBC için tipik olmakla birlikte görülme sıklığı ancak %30'lardadır (20). Laparoskopik görünüm ve peritondan elde edilen biyopsilerin tanıda önemli olduğu bildirilmiştir. Olgumuzda, laparoskopik işlemini hasta kabul etmediği için yapılamamıştır. Laparoskopik ile teshis % 95'lere varan oranda doğrulanabilmektedir. Diğer yandan, asit varlığında fibro-adheziv bantların perforasyon riskini arttırması, laparoskopik girişimi riskli kılabilir (21). Laparotomi abdominal tüberkülozda en spesifik ve duyarlı tanı yöntemi olarak kabul edilmektedir (22). İç hastalıkları klinik pratiğinde, uygun klinik durumda bu olguya benzer yakınmaları olan hastalarda intestinal TBC' den şüphelenilmesi ve bu tanının akla getirilmesi ve gerekli tanısız akıŐ Őemasının uygulanması ilk ve en önemli aşamadır. Kilo kaybı yakınması, asit, anemi, ESH yüksekliği ile başvuran olgumuzda olası nedenler dıŐlandıktan sonra tanıya ulaŐtıęımız intestinal TBC'li vakamızı sunmak istedik.

KAYNAKLAR

1. Fanning A. Tuberculosis: 6 extrapulmonary disease. *CMAJ* 1999; 160:1597-1603.
2. Sharma MP, Bhatia V. Abdominal tuberculosis. *Indian J Med Res* 2004;120:305-15.
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. Namisaki T, Yoshiji H, Fujimoto M, et al. Two cases of colonic tuberculosis presenting with massive melena. *Int J Clin Pract* 2004;58:1162-64.
5. Todd AS, Walter JC. Gastrointestinal tuberculosis. *Current Gastroenterology Reports* 2003;5:273-7.
6. Leung VK, Law ST, Lam CW, et al. Intestinal tuberculosis in a regional hospital in Hong Kong: a 10 year experience. *Hong Kong Med J* 2006; 12: 264-71./// Sanai FM, Bzeizi KI. Systematic review: tuberculous peritonitis - presenting features, diagnostic strategies and treatment. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 22: 685-700
7. Namisaki T, Yoshiji H, Fujimoto M, et al. Two cases of colonic tuberculosis presenting with massive melena. *Int J Clin Pract* 2004;58:1162-4.
8. Chatzicostas C, Koutroubakis IE, Tzardi M, et al. Colonic tuberculosis mimicking Crohn's disease: case report. *BMC* 2002;2:1-4./// Shah S, Thomas V, Mathan M, et al. Colonoscopic study of 50 patients with colonic tuberculosis. *Gut*1992;33:347-51.
9. Jain R, Sawhney S, Bhargava DK et al. Diagnosis of abdominal tuberculosis: sonographic findings in patients with early diagnosis. *AJR Am J Roentgenol* 1995; 165:1391-5.
10. Comert FB, Comert M, Kulah C, et al. Colonic tuberculosis mimicking tumor perforation: A case report and review of the literature. *Digestive Dis Sci* 2006;51:1039-42.
11. Bolukbas C, Bolukbas FF, Kendir T, et al. Clinical presentation of abdominal tuberculosis in HIV seronegative adults. *BMC Gastroenterol* 2005;5: 21.
12. Demir K, Okten A, Kaymakoglu S, et al. Tuberculous peritonitis-reports of 26 cases, detailing diagnostic and therapeutic problems. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2001;13: 581-5
13. Yonal O, Hamzaoglu HO. What is the most accurate method for the diagnosis of intestinal tuberculosis? *Turk J Gastroenterol* 2010; 21: 91-6.
14. Subnis BM, Bakhshi GD, Shaikh A, et al. *Bombay Hospital Journal Special Issue* 2009;78-80.
15. Riquelme A, Calvo M, Salech F, et al. Value of adenosine deaminase (ADA) in ascitic fluid for the diagnosis of tubercular peritonitis: a meta-analysis. *J Clin Gastroenterol* 2006; 40: 705-10.
16. Namisaki T, Yoshiji H, Fujimoto M, et al. Two cases of colonic tuberculosis presenting with massive melena. *Int J Clin Pract* 2004;58:1162-4.
17. Saenz EV, Magro PMH, Fernandez JFAT, Ovalle MV. Colonic tuberculosis. *Digestive Dis Sci* 2002;47:2045-8.
18. Marshall JB. Tuberculosis of the gastrointestinal tract and peritoneum. *Am J Gastroenterol* 1993; 88:989-99.
19. Bhargava DK, Tandon HD, Chawala TC, et al. Diagnosis of ileocecal and colonic tuberculosis by colonoscopy. *Gastrointest Endosc* 1985; 31: 68-70.
20. Pulimood AB, Peter S, Ramakrishna B, et al. Segmental colonoscopic biopsies in the differentiation of ileocolic tuberculosis from Crohn's disease. *J Gastroenterol Hepatol* 2005;20: 688-96.
21. Machado N, Grant CS, Scrimgeour E. Abdominal tuberculosis- experience of a university hospital in Oman. *Acta Tropica* 2001;80:187-190/// Bhargawa DK, Shriniwas S, Chopra P et al. Peritoneal tuberculosis: laparoscopic patterns and its diagnostic accuracy. *Am J Gastroenterol* 1992; 87: 109-12.
22. Lisehora GB, Peters CC, Lee YT et al: Tuberculous peritonitis – do not miss it. *Dis Col Rectum* 1996;39: 394-9.

Yazışma Adresi:

Dr. Ferhat EKİNCİ
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
İç Hastalıkları Kliniği, İzmir, Türkiye
drferhatekinici@hotmail.com