



PER TONEAL TÜBERKÜLOZUN TANISI: OLGU SUNUMU

¹ Yavuz Sava KOCA

Diagnosis Of Peritoneal Tuberculosis:A Case Report

² Ercan BA

ÖZET

Tüm tüberküloz vakaları arasında tüberküloz peritonit insidansı %0,1 ile %0,7 arasındadır. Tüberküloz peritonit karında rahatsızlık hissi, i lik, kilo kaybı gibi spesifik olmayan klinik bulgu ve semptomlara sahiptir. Bazende asemptomatik seyredebilir. Bu nedenle abdominal rahatsızlıkların tanısında ayırıcı tanıda akılda bulundurulması gerekmektedir. Çalı mamızda tüberküloz peritonite yaklaşı mı ve tanı koyma yöntemlerini olgu e li inde klinisyenlerimize hatırlatmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: peritonit, tüberküloz

¹ Süleyman Demirel Üniversitesi
Tıp Fakültesi Genel Cerrahi
Anabilim Dalı

ABSTRACT

Tuberculous peritonitis is a rare event which can mimic advanced stage of acute abdomen. Peritoneal tuberculosis takes a high ratio of all cases with tuberculosis. They admitted to hospital with complaint of abdominnal discomfort, weight loss, fewer and increase in tumor markers. Delay in diagnosis increase morbidity and mortality

Key words: peritonitis, tuberculosis

² Süleyman Demirel Üniversitesi
Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim
Dalı

G R

Tüm tüberküloz çe itleri arasında tüberküloz peritonit insidansı %0.1 ile %0.7 arasında bildirilmi tir (1). Pulmoner tüberkülozu olanlarda, ekstra pulmoner tüberküloz asemptomatik oldu undan, intraabdominal ve gastrointestinal tüberkülozun gerçek insidansı bilinmemektedir. ABD'de 2001 yılında yapılan bir çalı mada pulmoner tüberkülozlu vakalarda %20 oranında ekstrapulmoner tüberküloz (8) ve abdominal tüberkülozlu vakaların da %20'sinde aktif pulmoner tüberküloz saptanmı tir (2). Kötü hijyen ko ulları, a ırı nüfus yo unlu u ve pastörize edilmemi sütün içilmesi tüberküloz peritonit geli iminde önemli risk olu turur. Hastalıktan üphelenilmedikçe, tanı rahatlıkla atlanabilir veya gecikebilir (3).

Submitted/Ba vuru tarihi:
26. 02. 2014
Accepted/Kabul tarihi:
01. 12. 2014
Registration/Kayıt no:
14 02 359

OLGU SUNUMU

Yetmi be ya nda erkek hasta karın a rısı, karın i kinli i ve kilo kaybı ikayetleriyle Genel Cerrahi poliklini ine ba vurdu. Hastanın öyküsünden 1 haftadır devam eden karında rahatsızlık hissini ardından geli en karında i lik ikayetinin oldu u, bu i li in giderek arttı ı ve son iki aydır 7 kilo kaybetti i ö renildi. Öz geçmi inde kompanse kronik böbrek yetmezli i di nde özellik yoktu. Yapılan fizik muayenesinde genel durumu iyi, bilinç açık, oryante ve koopere idi. Ate : 37°C, nabız 74/dk , kan basıncı 120/80 mmHg, solunum sayısı 16/dk idi. Karın muayenesinde asit ile uyumlu bulgular vardı, defans, rebaund yoktu. Alt kadrarlarda hassasiyet mevcuttu. Ayakta direkt batın grafisi normaldi. Batın ultrasonografisinde yaygın serbest mayi (assit) di nda patolojik bulgu yoktu. Tam kan sayımında beyaz küre 6,8K/µl, Hemoglobin 11,2 g/dl, trombosit sayısı 325000/ml tespit edilirken biyokimya de erlerinde serum LDH(laktat dehidrogenaz) 125 U/l , kreatinin 2,27mg/dl, albumin 5,92 g/dl olup di erleri normaldi. Akut faz reaktanlarından sedimantasyon 32 mm/st ve C reaktif protein 157,8mg/l bulundu. Hepatit markerleri negatifti. Hastaya yapılan tanısal parasentez sonucunda, asit sıvısında LDH 141U/l albümin 4,54 g/dl, glukoz 102mg/dl, ve Ca 125: 2792 U /ml saptanırken ARB (Aside Rezistans Basil) gram boyama negatif idi. Serum asit albümin gradienti (SAAG) 1,30 idi. Periton mayi sitolojisinde bol lökosit ve lenfosit hakimiyeti mevcuttu. Parasentez mayi kültüründe üreme olmadı. Çekilen tüm batın bilgisayarlı tomografisinde batında yaygın asit, batın ön duvarında omentumda infiltrasyon ve kalınlı ma ve heterojenite mevcuttu (ekil-1). Parasentez mayisinde çalı ılan adenoizin deaminaz (ADA) düzeyi 12,5 U/L olup normaldi. Hastaya diagnostik laparoskopi yapıldı. Eksplozasyonda saman sarısı renkte bulanık asit mayi izlendi. Tüm periton fragil ve ödemliydi. Ayrıca peritoneal yüzeylerde beyaz ve efaflı millier tutulumlar mevcuttu (ekil-2). Periton, omentum ve karaci erdeki lezyonlardan biyopsiler alındı.

**Corresponding Address /
Yazı ma Adresi:**

Yavuz Sava KOCA

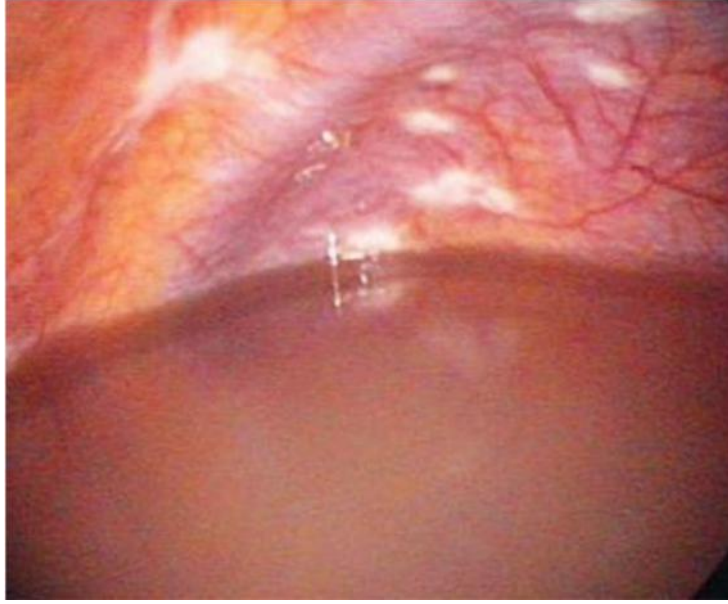
Süleyman Demirel Üniversitesi
Genel Cerrahi AD. ISPARTA

E-posta:
yavuzsavaskoca@gmail.com

© 2015 Düzce Medical Journal
e-ISSN 1307- 671X
www.tipdergi.duzce.edu.tr
duzcetipdergisi@duzce.edu.tr



ekil-1. Çekilen tüm batın bilgisayarlı tomografisinde batında yaygın asit, batın ön duvarında omentumda infiltrasyon ve kalınlaşma ve heterojenite mevcuttu.

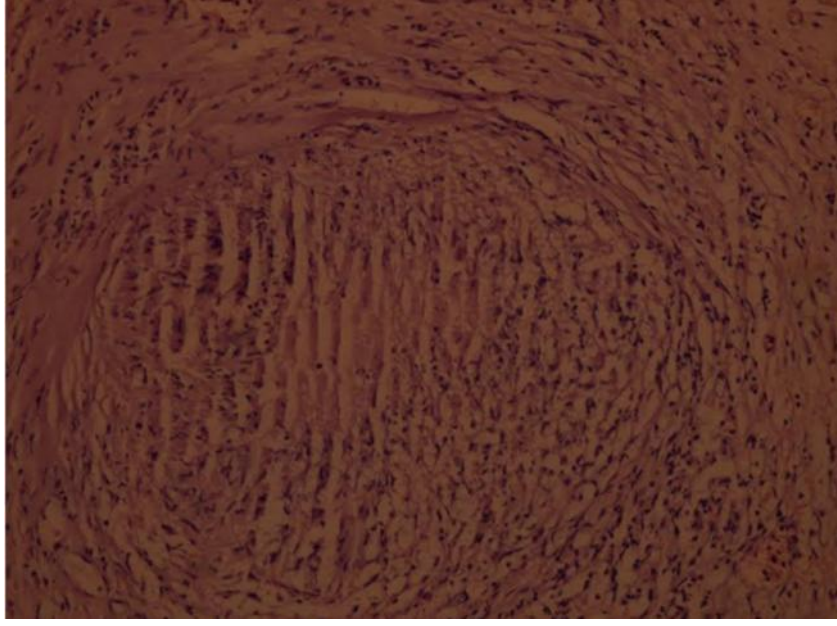


ekil-2. Peritoneal yüzeylerde beyaz ve sarı miller tutulumları mevcuttu.

TARTIŞMA

Tüberküloz peritonitli hastalarda karın ağrısı sıklıkla görülen bir semptom olup, genellikle karında distansiyonla beraberdir. Genelde lokalize edilemeyen belirsiz bir ağrı eklindedir. Ağrı daha çok periton ve mezenterin inflamasyonuna bağlıdır. Ağrı, seyrek olarak mezenter ve omentumdan gelen yapı kılkıklar dolayısıyla barsak anslarının birbirine dolanması sonucu gelen subakut tıkanıklık ağrısı olarak gelişebilir. Birbirine dolanmış barsak ansları karın muayenesinde kitle olarak ele gelebilir. Kusma, ishal ve kabızlık nadiren görülür. Hastaların patofizyolojisi tam belli değildir ve tüberküloz peritonit ile beraber barsakların direkt tutulumuna bağlı olma ihtimali düşüktür. Otuzbeç yaşlı mayı içeren bir derlemede tüberküloz peritonitli vakaların klinik gelişimlerinde %73 asit, %64,5 karın ağrısı, %61 kilo kaybı, %59 ateş ve %47,7 karında hassasiyet bulguları saptanmıştır (4).

Peritoneal tüberküloz ya da asidik tip, fibrotik-yapılı tip ve kuru-plastik tip olmak üzere üç klinik şekilde ortaya çıkabilir. Ya da asidik tip vakaların yaklaşık %90'ında görülüp, bol miktarda serbest veya loküle sıvı birikimi vardır. Fibrotik-yapılı tip daha az görülüp, omental tutulum, barsak ansları ve omentumun birbirine yapışması ve bazen loküle sıvı birikimiyle karakterizedir. Kuru-plastik tip ise oldukça nadir görülüp, kazeöz nodül, fibroz peritoneal reaksiyon ve yoğun yapı kılkıklar gelişir (5,6). Her üç peritoneal tüberküloz formunda da benzer klinik bulgular görülmekle beraber, kuru-plastik formunda karında distansiyon görülmez. Peritoneal tüberküloz subakut seyirli bir hastalık olup, semptomları birkaç hafta veya ay içinde gelişir. Beraberinde siroz gibi hastalıkların varlığı, hastalığın atipik seyretmesine sebep olarak tanımı geciktirebilir. Ayrıca yaşı hastalarda semptomlar oldukça silik olabilir. Bu nedenle, tanı geciktirebilir. Hastalarda aynı anda farklı formlar beraber görülebilir (5).



ekil-3: Patolojik incelemede nekrozitan granülomatöz iltihap tüberküloz ile uyumlu rapor edildi.

Hematolojik bulgular non-spesifik olup tanısızdır. Hafif veya orta derecede normokrom normositer anemi ve trombositoz sıklıkla görülür. Lökosit sayısı genelde normaldir. Ancak lenfomonositoz görülebilir (7,8). Eritrosit sedimentasyon hızı hemen daima artmıştır (7), fakat vakaların yaklaşık yarısında 60 mm/st' i a maz (4,7) Olgumuzda sedimantasyon hızı 32 mm/st olup yüksekti. Diğer hematolojik değerler normaldi. Asit peritoneal kavitedeki anormal sıvı birikimidir. Normal olarak periton boşluğunda, diğer seröz boşluklarda olduğu gibi az miktarda (<50 ml) ve yüksek proteinli (4 gr/dl) bir sıvı vardır. Tüberküloz peritonitinde asit sıvısı eksüda vasfında olup çoklukla saman sarısı renktedir, mikroskopik incelemede genellikle eritrositler saptanır, %9 vakada belirgin hemorajik asit görülebilir (7). Vakaların çoğunda asitteki lökosit sayısı 500 ile 1500/mm³ arasındadır ama lökosit sayısı 100/mm³ gibi düşük olabileceği gibi 5000/mm³'e kadar artabilir (2). Tüberküloz peritonitte lökositlerin çoğunu lenfositler oluşturur. Olgumuzda direkt bakıda bol lökosit görülmü ve %80 lenfosit hakimiyeti rapor edilmiştir. Asit sıvısında sitoloji peritoneal karsinomatozis varsa pozitifdir ve malign asit için altın standarttır. Adenozin deaminaz (ADA) aminohidrolaz olup adenozini inozine çeviren bir enzimdir. ADA aktivitesi B lenfositlerine göre T lenfositlerinde daha fazla olup, T hücrelerinin differensiasyonuyla orantılı olarak artar. Tüberküloz basilleri tarafından T hücreleri uyarıldığı için, peritoneal tüberküloz'da gelişen asit sıvısında ADA artar. Asit sıvısında ADA ölçümünün sensitivite ve spesifitesinin %90'ın üzerinde olduğu bildirilmiştir (7). Asit sıvısında 30 U/L üzerindeki ADA değerleri sınırdışı olarak kabul edilmektedir ve bu değer üzerindeki değerlerin tüberküloz basiliğini saptamadaki sensitivitesi %100, spesifitesi %95'tir (4). Tanısal doğruluk değerinin yüksek olması ve kolay yapılabilen bir test olması nedeniyle TBP düşünülen vakalarda rutin olarak bakılması önerilen bir testtir (7). Olgumuzda ise ADA değeri 12,5 U/L olarak normal referans aralığında idi. Artmış serum CA 125 düzeyi vakaların %77 (9) ile %100 (10)'ünde mevcut olup, ilerlemiş ovarial kanserlerle karışmasına neden olur. Daha sonra bu test TBP'nin indirekt markeri olarak önerilmiştir. Antitüberküloz tedavisiyle beraber CA 125 seviyesinin hızlı bir şekilde düşmesi ve asitin kaybolmasıyla normale döndüğü bildirilmiştir (10). Buna karşılık asit ve serum CA 125 seviyesinin etiyolojide farklı olmaksızın, tüm asitli vakalarda arttığını bildiren

çalımlar da vardır (11, 12). CA125 yüksekliği peritoneal inflamasyonun nonspesifik göstergesidir. Olgumuzda CA125 seviyesi 2792 U/ml olup artmıştır.

Asitin Ziehl-Neelsen (AZN) boyasıyla boyanmasıyla sadece vakaların %3'ünde tüberküloz basilleri saptanabilir. Direkt boyamayla basillerin saptanabilmesi için basil sayısının en az 5000/mL'nin üzerinde olması gerekir. Ancak asit kültüründe üreme olması için, basil sayısının 10/mL olması yeterlidir (4). Olgumuzda AZN boyama testi negatiftir.

Dünyanın farklı bölgelerinden yapılan bir çok çalışmada peritoneal tüberküloz vakalarında PPD pozitiflik oranı %24 ile %100 arasında bildirilmiştir. Yapılan 10 farklı çalışmanın meta-analizinde bu oran %53 olarak bildirilmiştir (4). Ayrıca aynı bölgelerden yapılan çalışmalarda da çok farklı sonuçlar bildirilmiştir (5). Bu sebeplerden dolayı, tuberkulin cilt testinin (PPD) uygulanması tartışmalı ve bazıları tarafından da gereksiz olarak kabul edilmektedir. Olgumuzda PPD testi negatiftir.

Peritoneal tüberküloz'da gelişen asit sıvısında fazla miktarda protein ve hücresel elemanlar mevcut olduğundan, komputere tomografide yüksek attenuasyonlu (20-45 HU) sıvı değerleri saptanır. Peritonda sıklıkla kalınlaşma ve nodularite vardır. Peritonda diffüz regüler kalınlaşma olmasıyla beraber, mezenter ve barsak duvarında da kalınlaşma olması kuvvetle TBP'yi bu organda periton duvarındaki kalınlaşma ve çok sayıda nodüller görünümünü mevcuttu ve tüberküloz peritonit ile uyumlu görülmekteydi.

Laparoskopi ile peritonda kalınlaşma, hiperemi, asitle beraber olan yapışıklıklar, yaygın ve tüm karına yayılmış beyaz sarımsı miliyer nodüller (<5 mm) ve peynirimsi materyal varlığı önemli bulgulardır (13). Olgumuzda laparoskopi esnasında tüm peritoneal yüzeylerde beyaz millier yayılmış 5mm'den küçük çok sayıda lezyon ve saman sarısı renkte bulanık asit mayi izlendi (ekil-2). Batın içerisinde kitle veya başka patolojik görüme rastlanmadı. Peritondan, karaciğer dokusundan biyopsiler alındı. Patoloji sonucu nekrozitan granülomatöz iltihap olup tüberküloz ile uyumlu rapor edildi (ekil-3).

Sonuç olarak asit etiyolojisi araştırılırken periton duvarında kalınlaşma olan hastalarda malign sebeplerin yanında tüberküloz ısrarla aranmalıdır. Tanı koymada en güvenilir ve hızlı yöntemimiz diagnostik laparoskopi olduğu kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Marshall JB. Tuberculosis of gastrointestinal tract and peritoneum. *Am J Gastroenterol* 1993;88:989-99.
2. Al Karavi MA, Mohamed AE, Yasawy M, et al. Protean manifestation of gastrointestinal tuberculosis: report on 130 patients. *J Clin Gastroenterol* 1995;20:225-32.
3. CDC. Centre for disease control tuberculosis surveillance report. CDC 2001: Atlanta.
4. Sanai FM, Bzeizi KI. Systematic review: Tuberculous peritonitis presenting features, diagnostic strategies and treatment. *Aliment Pharmacol Ther* 2005;22:685-700.
5. Akhan O, Pringot J. Imaging of abdominal tuberculosis. *Eur Radiol* 2002;12:312-23.
6. Bhargave DK, Shrinivas, Chopra P. et al. Peritoneal tuberculosis: laparoscopic patterns and its diagnostic accuracy. *Am J Gastroenterol* 1992;87:109-12.
7. Manohar A, Simjee AE, Haffejee AA, et al. Symptoms and investigative findings in 145 patients with tuberculous peritonitis diagnosed by peritoneoscopy and biopsy over a five years period. *Gut* 1990;31:1130-2.
8. Demir K, Otken A, Kaymakoglu S, et al. Tuberculous peritonitis-report of 26 cases, detailing diagnostic and therapeutic problems. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2001;13:581-5.
9. Koç S, Beydilli G, Tulunay G, et al. Peritoneal tuberculosis mimicking advanced ovarian cancer: A retrospective review of 22 cases. *Gynecologic Oncology* 2006;103:565-9.
10. Mas MR, Cömert B, Sa lamkaya U, et al. CA-125; a new marker for diagnosis and follow-up of patients with tuberculous peritonitis. *Digest Liver Dis* 2000;595-7.
12. Devarbhavi H, Kaese D, Williams AW, et al. Cancer antigen 125 in patients with chronic liver disease. *Mayo Clin Proc* 2002;77:538-41.
13. Haga Y, Sakamoto K, Egami H, et al. Clinical significance of serum CA 125 values in patients with cancers of the digestive system. *Am J Med Sci* 1986;292:30-4.
13. Khatri GR, Frieden TR. Controlling tuberculosis in India. *N Engl J Med* 2002;347:1420-5.