

Abdominal Tüberküloz

Abdominal Tuberculosis

Sevinç Bilgin, Özlem Soğukpınar, Ateş Baran, Murat Yalçınsoy, Belma Akbaba, Esen Akkaya
Sağlık Bakanlığı Süreyyapaşa Göğüs Kalp ve Damar Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

Özet

Amaç: Tüberkülozun (Tb) sık görüldüğü toplumlarda spesifik semptomu ve bulgusu olmayan abdominal tüberküloz (ATb) olguları sorun olmaya devam etmektedir.

Metod: Çalışmamızda tanı koymanın güç olduğu bu olgularda ön tanı, histolojik tanı, tedavi ve takip esnasında yaşanan sorunlar incelendi.

Bulgular: 8 olgu [K/E: 6/2, yaş ort: 37.8 (17-73)] retrospektif olarak değerlendirildi. Olguların hiçbirinde geçirilmiş TB öyküsü yoktu. Sadece bir olguda ailede TB öyküsü vardı. En sık görülen semptomlar sırasıyla kilo kaybı, ateş, iştahsızlık, karın şişliği idi. Olgular malignite, apse, TB, portal hipertansiyon, hepatosplenomegali, asit ön tanılarıyla tetkike alınmışlardı. Tanı; sırasıyla laparotomi, perkütan biopsi, küretaj, klinik ile konuldu. Histopatolojik tanı lokalizasyonları; periton, karaciğer, barsak, mezanter LAP, omentum, endometrium, tuba, dalak, plevra, servikal lenfadenopati (LAP) idi. Olguların tedavileri 2 ay HRZE, sonra HR/ HRE ile 10-12 ay olarak tamamlandı.

Sonuç: Sonuç olarak; ülkemiz gibi TB'nin sık görüldüğü toplumlarda, abdominal sorunların ayırıcı tanısında, ATB'nin düşünülmesi ile yapılacak erken tanı ve tedavi olası komplikasyonları ve hastalığın ilerlemesini azaltacaktır. (*Akciğer Arşivi 2007; 8: 23-6*)

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, batın, periton

Summary

Objective: Abdominal tuberculosis cases without a specific symptom evidence are still problem in communities in which tuberculosis is common.

Method: In our study, we examined the problems experienced during prediagnosis, method of diagnosis, treatment and after treatment in these cases where diagnosis is difficult to make.

Results: In our study, 8 cases (F/M:6/2; mean age: 37,8) were examined retrospectively. In none of cases there was a story of past tuberculosis. One of the cases had a family story of tuberculosis, and two cases pleural and lenfadenit tuberculosis as well as abdominal tuberculosis. The most common symptoms were loss of weight, fever, loss of appetite and abdominal swelling successively. The cases were examined with the prediagnosis of malignity, abscesse, tuberculosis, portal hypertension, hepatosplenomegali and ascites. Diagnosis was successively made as laparotomi, percutan biopsi, curetage and clinical/radiological. Histopatological localizations were periton, liver, intestine, mezanteric lymphadenopatia, omentum, endometrium, tuba overina, spleen, pleura, servical LAP successively. The treatment of the cases was completed with 2 months of HRZE and then HR/HRE in 10-12 months.

Conclusion: In conclusion, in communities such as our country where tuberculosis is endemic, early treatment that can be given considering tuberculosis in seperative diagnosis in abdominal problems can prevent complications and worsening of the illness. (*Archives of Lung 2007; 8: 23-6*)

Key words: Tuberculosis, abdomen, peritonitis

Giriş

Tüberküloz en çok akciğerleri etkileyen bir hastalık olmakla beraber, plevra, lenf bezi, beyin zarı, kemik, periton, batin gibi bir çok organı etkileyerek, çok değişik klinik tablolar gösterebilir. Tüberkülozun sık görüldüğü toplumlarda spesifik semptomu ve bulgusu olmayan abdominal tüberküloz olguları sorun olmaya devam etmektedir (1). Ülkemizde de Verem Savaş Daire Başkanlığı tarafından 2003 yılında Dünya Sağlık Örgütüne bildirilen yeni hasta sayısı 18555'tir (2). Buna göre ülkemizde tüberküloz insidansı yüzbinde 26'dır. Yapılan yayınlarda ülkemizde ATb olgularının nadir olmadığını göstermektedir (1,3-9). Abdominal tüberkülozda karın ağrısı, karın şişliği, ateş, kilo kaybı gibi nonspesifik semptomlar bulunur (1,4,5). Radyolojik bulgular da mezenterik LAP genişlemesi, periton ve mezenterde irregülerite, barsak duvarında kalınlaşma gibi nonspesifik ve maligniteyi taklit edebilir. Bizim bu çalışmadaki amacımız abdominal tüberkülozlu olguların erken tanı ve tedavisindeki önemi vurgulamak, mortalite ve komplikasyonları önlemek için yapabileceklerimiz literatürler ışığında yön vermektir.

Gereç ve Yöntem

Çalışmamızda 1995-2005 yılları arasında SB Süreyyapaşa Göğüs ve Kalp Damar Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Has-

tanesinde; kliniğimize başvuran 8 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Olgular; yaş, cinsiyet, tüberküloz hastası ile temas öyküsü, tüberkülin deri testi sonuçları, sedimantasyon sonuçları, CA 125 yüksekliği ile birlikteliği, klinik semptomları, ön tanıları, tanı yöntemleri ve tedavi rejim ve süreleri açısından değerlendirildi.

Bulgular

Kliniğimize başvuran 8 olgunun 6'sı (%75) kadın, 2'si (%25) erkekti. Hastaların yaş ortalamaları 37,75 (17-73) idi. Olguların sadece birinde daha önceden tüberküloz hastası ile temas öyküsü bulunuyordu. Tüberkülin deri testi, bakılan 3 hastada müspetti. Olguların sedimentasyon sonuçlarının ortalaması 64 mm/saat (24-100) idi. İki olguda CA-125 bakılmış ve yüksek (44,1 U/ml; 59,41 U/ml) olarak saptanmıştı. Olguların en sık yakınmaları kilo kaybı (n=4), ateş (n=3), iştahsızlık (n=3), karın şişliği (n=2), terleme (n=2) idi. Diğer semptomlar daha az sıklıkta olup Tablo 1'de özetlenmiştir. Olguların ön tanılarında malignite ön planda idi, sadece bir olguda tüberküloz, bir olguda Crohn hastalığı düşünülmüştü. Olguların yarısına tanısız işlem olarak laparotomi (n=4), uygulanmış, iki olguya perkütan biyopsi (n=2), bir olguya küretaj (n=1), yapılmıştı. Olguların radyolojik bulguları, ön tanı ve tanı tekniği açısından karşılaştırmaları Tablo 2'de görülmektedir. Olgulardan bir tanesi Crohn Hastalığı ve beraberinde

Tablo 1. Olguların semptomları

Semptom	(n)	%	(n)	%
Kilo kaybı	4	50	Boyunda şişlik	12.5
Ateş	3	37.5	Karın ağrısı	12.5
İştahsızlık	3	37.5	Adet düzensizliği	12.5
Karın şişliği	2	25	Nefes darlığı	12.5
Terleme	2	25	Kabızlık	12.5
Göğüs ağrısı	1	12.5	İshal	12.5
Halsizlik	1	12.5		

Tablo 2. Olguların radyolojik bulguları, ön tanı ve tanı tekniği açısından karşılaştırmaları

Olgu No:	Radyoloji (USG/BT)	Ön Tanı	Tanı Tekniği
Olgu 1	İleoçekal ülsere kitle, mezenterde kitle ve pake yapmış LAP	Tb	Mezenter LAP biyopsi, Terminal ileum, sağ hemikolon biyopsi
Olgu 2	Myoma uteri	Peritonitis Karsinomatoza, Myoma Uteri (Tm?)	Laparotomik TAH,BSO,Omentum
Olgu 3	HSM	Portal hipertansiyon Etyolojisi	KC biyopsi, Servikal LAP eksizyon biyopsi
Olgu 4	Sağ over 1,5cm düzgün sınırlı ince duvarlı folikül kisti, endometrial kalınlaşma	Tubaovarian abse (Tm?)	Küretaj
Olgu 5	Plevral effüzyon, KC hipodens lezyon, hepatomegali, multipl mezenterik LAP	Crohn Hastalığı	Plevral biyopsi, Tedaviye yanıt
Olgu 6	Asit, mezenterik yağlı planlarda kirlenmeler	Asit Etyolojisi (Tm?)	Laparotomik periton biyopsisi
Olgu 7	HSM	HSM Etyolojisi (Tm?)	KC biyopsisi
Olgu 8	Splenomegali	Splenomegali Etyolojisi (Tm?)	Laparotomik Splenektomi

LAP- lenfadenopati, HSM- hepatosplenomegali, TAH- total abdominal histerektomi, BSO- bilateral salpingo ooferektomi, KC- karaciğer

plevra tüberkülozu tanısıyla gelip, barsak hastalığının tüberküloz tedavisine verdiği yanıt ile abdominal tüberküloz düşünülmüş, kontrol için yapılan kolonoskopinin normal olması ile tanı doğrulanmıştır. Diğer olguların ise tümünde tanı histopatolojik olarak konmuştu. Bu olgu hariç diğerlerinin tümü dış merkezlerde (Cerrahi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Dahiliye klinikleri) tanı konularak tedavi ve takip amaçlı merkezimize yönlendirilmiş olgulardı (n=7).

Olguların hiçbirinde preoperatif asit incelemesi ve alınan biyopsi materyalinin asidorezistan basil (ARB) açısından direk ve kültür incelemeleri yapılmamıştı.

Olguların tedavilerinde HRZE (izoniazid, rifampisin, prazinaamid, ethambutol) ile tedaviye başlandı. 2 ay HRZE tedavisinin ardından 1-4 ay HRE ve 6-10 ay HR ile tedaviye devam edildi. Toplam tedavi süresi 10-12 aya tamamlandı. 8 olgudan 6'sının tedavisi tamamlandı, postoperatif perforasyon gelişen bir olgu ile, kontrolleri Verem Savaş Dispanseri'ne (VSD) yönlendirilen bir olguya daha sonra ulaşılmadı. Olguların tanı lokalizasyonları, tedavi ve prognoz açısından karşılaştırılmaları Tablo 3'te izlenmektedir.

Tartışma

Abdominal tüberküloz ekstrapulmoner tüberkülozlar içerisinde nadir bir gruptur. Ancak Türkiye gibi tüberkülozun endemik olduğu bölgelerde halen sorun teşkil etmektedir (1,3-9). Tüberküloz peritonit genellikle lenf nodülündeki kazeoz lezyonun rüptürü ile ve daha az sıklıkla intestinal odaktan direk invazyonla veya hematogen yolla yayılır (4,10).

Yapılan çalışmalarda abdominal tüberkülozda en sık görülen semptom karın ağrısı iken, çalışmamızda kilo kaybı ön planda idi. Ateş ve iştahsızlık bunu takip ediyordu, karın ağrısı ise sadece bir olguda mevcuttu (1,4,5).

Tanrikulu ve ark. 39 olguluk serilerinde 13'ünde ailede tüberküloz hikayesi, 7'sinde ise daha önce geçirilmiş tüberküloz

öyküsü bildirilmiş (4). Bizim olgularımızda ise hiçbirinde eskiden tüberküloz geçirme öyküsü yoktu. Sadece bir hastada tüberküloz hastası ile temas öyküsü bulunuyordu. Yine Bayramiçli ve ark. 31 olguluk serilerinde 11 olguda beraberinde akciğer tüberkülozu varlığı bildirilirken bizim olgularımızın biri hariç hiçbirinde pulmoner tüberküloz olmaması dikkat çekiyordu (5).

Abdominal tüberküloz inflamatuvar barsak hastalıkları, maligniteler ve diğer enfeksiyöz hastalıklar gibi pekçok durumu taklit edebilir (11). Olgularımızda da intraabdominal kitle, mezenterik LAP, asit, hepatomegali, splenomegali, mezenterik yağlı planlarda kirlenme gibi nonpatognomonik radyolojik bulgular bulunuyordu. Mevcut bulgularla tüm hastalarımızın sadece bir tanesinde tüberküloz ön tanıda düşünülmüştü. Diğerlerinde ise ön tanıları arasında maligniteyi taklit edebilen abdominal tüberkülozlu olgularda, diğer tümör belirteçleri negatif iken CA125 yüksekliği ile birlikteliği bildirilmiş (8,9,7). Bizim olgularımızda da bakılan 2 olguda CA125 yüksekliği saptandı. Bilgin ve ark. çalışmalarında CA 125 yüksekliğinin over karsinomu ile periton tüberkülozu arasında tanı yanlışlıklarına yol açtığını bildirmişlerdir (9).

Olgularımıza laparotomi ve/veya laparotomi dışında alınan biyopsi materyallerinde histopatolojik olarak granülatöz iltihap ve kazeifikasyon nekrozu gösterilmesi ile tanı kondu. Abdominal tüberkülozlu olguların kolonoskopik verilerinde ülser, nodül, deforme çekum ve ileoçekal valv, striktür, multipl fibröz bantlar ve polipoid lezyonlar bildirilmiştir (5,12). Kolonoskopik lokalizasyonlar ve lezyonların benzerliği Crohn Hastalığı ve intestinal tüberküloz arasında tanı karışıklığına yol açabilmektedir. Crohn tanılı bir olgumuzda; bir yıl önce şikayetleri nedeniyle başvurduğu merkezde yapılan kolonoskopisinde transvers kolon distalinde daralma, ileoçekal valv dahil olmak üzere striktürel ülserler ve terminal ileumda yüzeysel erozyonlar saptanmıştı. Alınan biyopsi materyallerinin

Tablo 3. Olguların tanı yeri, tedavi ve prognoz açısından karşılaştırmaları

Olgu No	Tanı Yeri	Tedavi	Prognoz
Olgu 1	Mezenter LAP, Terminal İleum, Sağ Hemikolon	İlgili VSD' de tedavi	Düzelme
Olgu 2	Omentum, Barsak Mezosu, Sağ Tuba overia	HRZE / 2 AY + HR / 8 AY	Düzelme
Olgu 3	Karaciğer, Servikal LAP	HRZE / 2 AY + HRE / 2AY + HR / 8 AY	Düzelme (Hepatosplenomegali, Özefagus Varisi)
Olgu 4	Endometrium	HRZE / 2 AY + HR / 8 AY	Düzelme
Olgu 5	Plevra, Terminal İleum, Transvers Kolon, İleoçekal valv	HRZE / 2 AY + HR / 10 AY	Düzelme
Olgu 6	Periton	HRZE / 1 AY+ ?	Operasyon Komplikasyonu (Barsak perforasyonu)
Olgu 7	Karaciğer	HRZE / 2 AY+ ?	Kontrol dışı
Olgu 8	Dalak, Periton	HRZE / 2AY + HRE / 4 AY + HR / 6 AY	Düzelme

histopatolojik incelemeleri sonucu Crohn Hastalığı tanısı almış ve takibe alınmıştı. Takipleri sırasında gelişen plevral efüzyon nedeniyle merkezimize gönderilen hastaya yapılan kapalı plevra biyopsisi ile tüberküloz plörezi tanısı kondu. Tüberküloz tedavisi verilen hastanın batin şikâyetlerinin de düzelmesi ile eski kolonoskopi sonuçlarının yanlış değerlendirilmiş olabileceği düşünülerek, tedavi sonu altıncı ayda kolonoskopisi tekrar edildi. Olgunun kolonoskopi sonucunun normal rapor edilmesi ile tüberkülozun yanlış yorumlanarak Crohn Hastalığı tanısı aldığına karar verildi. Periton tüberkülozu abdominal tüberküloz içerisinde daha sık bir gruptur (1). Peritoneal tüberküloz tanısında bir litreden fazla aspire edilen asit mayinde ARB ve kültür çalışılması sensitivite oranını %80'in üzerine çıkarmaktadır (1). Akgün ve ark. çalışmasında asit mayinde ARB direkt bakıda %47, kültürde %17 oranında müspet saptanmış. Akgün bu çalışmada oranlarının düşüklüğünü bir litreden daha az materyal almalarına bağlamıştır. Abdominal tüberküloz tanısı koymak için öncelikle abdominal tüberküloz akılda tutulmalı, sonrasında alınan tüm örnekler ARB açısından direkt bakı ve/veya Löwenstein Jensen besiyeri kültürü, Bactec kültürü, PCR ile araştırılmalıdır. Olgularımızın tamamı genel cerrahi, dahiliye, kadın hastalıkları ve doğum gibi diğer bölümler tarafından tanılarını konularak merkezimize gönderilmişti. Olgularımızın %50'sine laparotomi uygulanmasına rağmen ön tanılar arasında abdominal tüberküloz düşünülmediği için geldikleri merkezlerde asit aspirasyon mayi ya da alınan biyopsi materyalleri ARB yönünden, direkt bakı veya kültür açısından değerlendirilmemişti. Bayramiçli ve ark. çalışmasında enterokutanöz fistülde, asit mayinde ve biyopsi materyalinde ARB gösterilmişti (5). Uzunkoç ve ark. 11 olguluk serilerinde tüm olguların asit mayinde M. tuberculosis için PCR pozitif saptanmıştır (7). Olgularımızın tamamına Isoniazid, Rifampisin, Etambutol ve Pirazinamid'den oluşan dördümlü tüberküloz tedavisi başlanmış, iki ay sonra idame fazlarına geçilerek tedavileri 10-12 aya tamamlanmıştır. Olguların tedavilerindeki ilaç seçim ve süre açısından farklılıklar hastalığın yaygınlığına ve tutulan organların tedaviye yanıtına bağlı olarak değişmiştir. Bir olgumuz kontrolleri için VSD'ye yönlendirilmiş, bir olgumuzda da laparotomi sonrası barsak perforasyonu gelişmesi sebebiyle cerrahi bölümüne sevk edilmiştir. Sonrasında bu iki olguya ulaşılamadı. Karaciğer tüberkülozu tanılı hastamızda tedavi son-

rası özefagus varisi ve hepatosplenomegali devam etti. Diğer olgularımızda düzelme kaydedildi.

Sonuç olarak; abdominal tüberküloz tanısındaki en önemli adım, halen nonspesifik semptom ve nonspesifik bulgularla karşılaşıldığında klinisyenin abdominal tüberküloz yönünde duyacağı şüphedir. Şüphede yönünde yapılacak, hastaya en az zarar verecek tetkiklerden, daha invaziv tetkiklere doğru izlenecek tanı algoritmi ile erken tanı ve tedavi sağlanacak, maliyet, mortalite ve morbidite azalacaktır.

Kaynaklar

1. Akgün Y, Yılmaz G, Taçyıldız İ. Intestinal and peritoneal tuberculosis. *Ulus. Travma Derg.* 2002; 8: 43-8.
2. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO report 2005. Geneva, World Health Organisation (WHO/HTM/TB/2005.349).
3. Mihmanlı A, Bilgin S, Özşeker F, Baran A, Güneşlioğlu D, Akkaya E. Tüberküloz peritonitte tanı. *Toraks Dergisi* 2003;4: 21-4.
4. Tanrıkulu A Ç, Aldemir M, Gürkan F, Suner A, Dağlı C E, Ece A. Clinical review of tuberculous peritonitis in 39 patients Diyarbakir, Turkey. *J. Gastroenterol. Hepatol.* 2005;20: 906-9.
5. Bayramiçli O U, Dabak G, Dabak R. A clinical dilemma: abdominal tuberculosis. *World J Gastroenterol* 2003 May; 9: 1098-101.
6. Bölükbaş C, Bölükbaş F F, Kendir T, Dalay R A, Akbayır N, Sokmen M H, İnce A T, Guran M, Ceylan E, Kılıç G, Ovunc O. Clinical presentation of abdominal tuberculosis in HIV seronegative adults. *BMC Gastroenterol* 2005;5:21.
7. Uzunkoç A, Harma M, Harma M. Diagnosis of abdominal tuberculosis: Experience from 11 cases and review of the literature. *World J Gastroenterol* 2004 December 15;10: 3647-9.
8. Çakır M, Dilber E, Yarış N, Mungan İ, Ökten A. A case of tuberculous peritonitis with elevated CA 125. *Turk J Pediatr.* 2005; 47: 100-2.
9. Bilgin T, Karabay A, Dolar E, Develioglu OH. Peritoneal tuberculosis with pelvic abdominal mass, ascites and elevated CA 125 mimicking advanced ovarian carcinoma: a series of 10 cases. *Int J Gynecol Cancer* 2001;11:290-4.
10. Crofton SJ, Horne N, Miller F. Klinik tüberküloz. Erişkinde nonpulmoner tüberküloz (çeviri). İstanbul: Çevik matbaa;1995; 130-2.
11. Jadvar H, Mindelzun RE, Olcott EW, Levitt DB. Still the great mimicker: abdominal tuberculosis. *Am J Roentgenol* 1997; 168: 1455-60.
12. Misra SP, Misra V, Dwivedi M, Gupta SC. Colonic tuberculosis: clinical features, endoscopic appearance and management. *J Gastroenterol Hepatol.* 1999; 14: 723-9.