

Tüberküloz Peritonitli Bir Olgu

Dr. Sibel ARINÇ (1), Dr. Servet Civelek BULUM (1), Dr. İsmail BAYAL (1)

ÖZET

Beş aydır devam eden karın ağrısı ,karında şişkinlik şikayetleri hastaneye başvuran 22 yaşındaki kadın hastaya laparoskopik inceleme ile periton biopsisi yapılmış olup periton biopsisinde "nekrozlu granümatöz iltahap" gelmesi üzerine tüberküloz peritonit tanısı konulan ve dördü spesifik tedavi ile düzelen hastayı sunmak istedik.

Anahtar kelimeler: Tüberküloz Peritonit

SUMMARY

A case of tuberculous peritonitis.

We present 22 years old female patient suffering from abdominal pain and dispepsia for five months. The diagnosis of tuberculous peritonitis was made after laparoscopic peritoneal biopsy revealing granulomatous inflammation with necrosis. The patient was cured with antituberculous therapy.

Key Words: Tuberculous Peritonitis

GİRİŞ

Tüberküloz(TB); mide, intestinal trakt, karaciğer, dalak, omentum, periton ve ürogenital sistem gibi çeşitli abdominal organları tutabilir. Periton, TB'un sık olarak tuttuğu abdominal organlardan biridir. Ekstrapulmoner TB tutulum bölgeleri arasında periton; lenfatik, genitouriner, kemik ve eklem, miliyer ve meningeal tutulumdan sonra görülen en sık bölgelerdir. Gelişmiş ülkelerde AIDS'li hastalar ve siyahlar, alkolikler, göçmenler gibi bazı risk grupları dışında oldukça nadir olan periton TB, gelişmekte olan ülkelerde hala asitin sık görülen nedenlerinden biridir. Ayrıca periton TB, periton diyalizi ve siroza bağlı asitin komplikasyonu olarak da görülebilir.

OLGU

22 yaşında bayan hasta 5 aydır devam eden, zaman zaman artan karın ağrısı, karında şişkinlik, halsizlik, gece terlemesi şikayetleri ile SSK İstanbul Hastanesine baş vurmuş. Hastaya burada yapılan laparoskopik periton biyopsisinde "nekrozlu granümatöz iltahap" görülmesi üzerine tüberküloz peritonit

tanısı konmuş. Hastaya dördü spesifik (INH 300 mg+ rifampisin 600 mg+ PZA 1500 mg+ ETB 1500 mg) tedavisi başlanmış, fakat hastada antitüberküloz tedavi sırasında toksik hepatit gelişince hastanemize sevk edilmiştir.

Hastanın özgeçmişinde beş ay önce doğum yaptığı bulunuyordu. Soygeçmişinde bir özellik yoktu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde TA:120/80 mmHg, Nabız 76/dk, bilateral solunum testleri normal, batın muayenesi normal olup asit tespit edilemedi. Asit bulunmadığı için hastadan ADA(adenozin deaminaz) çalışılmadı.

Laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre 13000/mm³, hemoglobin 7.7 gr/dl, Hematokrit %25.7, trombosit sayısı 480000/mm³, sedimentasyon 30 mm/saat, ALT 175 U/L, AST 547U/L, total bilirubin 2.9, direkt bilirubin 1.7 olup diğer biyokimyasal testleri normaldi. Hastanın karaciğer enzim yüksekliği ve bulantı, kusma şikayetlerinin devam etmesi üzerine anti-tüberküloz tedaviye 10 gün ara verildi. Karaciğer enzimleri normale döndü. Hastada bakılan HBsAg, anti-HCV, anti-HIV testleri negatif bulundu.

Hastanın çekilen akciğer grafisi normal bulundu. Balgamda ve idrarda uç kez tekrarlanan ARB (aside dirençli basil) incelemesi negatif ve PPD testi 18 mm bulundu. Hastanın tedavi öncesi çekilen toraks abdomen CT'sinde asitten başka bir patoloji saptanmadı. Hastanın karaciğer enzimleri normale döndükten sonra ilaçlar tek tek ve dozları yavaş yavaş artırılarak verildi. Hastanın biyokimyasal testlerinde karaciğer enzimlerinde yükselme olmadı. Hastanın şikayetleri ve klinik bulguları düzeldi. Hasta halen

kontrolümüz altında olup tedavisi sürdürülmektedir.

TARTIŞMA

CDC'nin 1986'da 3942 tüberkülozlu olguyu irdelediği çalışmada EPTB(ekstrapulmoner tüberküloz) oranı % 17.5 olarak belirlenmiştir. EPTB formlarının dağılımı; %30.9 tüberküloz lenfadenopati, %23 tüberküloz plörezi, %11.9 genitoüriner tüberküloz, %7.3 kemik ve eklem tüberkülozu, % 7.3 miliyer tüberküloz, %4.6 tüberküloz menenjit, % 3.3 periton tüberkülozu ve % 9.8 diğer formlar olarak belirlenmiştir.

TB peritonit en sık 25-45 yaşları arasında görülür. Ortalama görülme yaşı 37'dir. Kadınlarda erkeklere göre biraz daha sık görülür.(K/E oranı 1/3)

Hastalık genelde sinsi başlar ve hastaların çoğunda aylardır devam eden şikayetler vardır. En sık görülen semptom aside bağlı karın şişliğidir. (%83) Ateş, kilo kaybı, gece terlemesi, iştahsızlık, halsizlik, kunt ve yaygın karın ağrısı, bulantı, kusma, ishal görülebilir. Olgumuzda da beş aydır devam eden halsizlik ve karın şişliği şikayetleri bulunmaktaydı.

Tüberküloz peritonit, abdominal lenf nodlarından yayılabildiği gibi gastrointestinal odaktan, fallot tüplerinden, miliyer tüberküloz odağından da yayılabilir. Tüberküloz peritonite %25-83 oranında plöro-pulmoner tüberküloz eşlik etmesine karşılık diğer bölge tutulumlarına da az olmayarak rastlanmaktadır. AIDS'li hastalarda TB peritonit insidansı yüksektir. PPD pozitifliği %30-100 arasındadır. Olgumuzda akciğer tutulumu olmamasına karşılık PPD pozitifliği dikkat çekiciydi. Olguda anti-HIV testleri negatif bulunmuştur.

Periton biopsisi lenfoma kanser gibi diğer hastalıkları elimine etmemizi ve hızlı tanı koymamızı sağlar. Laparatomide %3-12 arasında mortalite riski vardır. Olgumuzda periton biopsisi sonrası herhangi bir komplikasyon oluşmamıştır.

Tüberküloz peritonitte asit sıvısında mononükleer hücre artışı olmasına rağmen diğer hastalıklarla ayırıcı tanısı için yeterli değildir. Asit sıvısında beyaz küre sayısı 150-4000 /mm³ olabilir ve lenfosit hakimiyeti vardır. AIDS'li hastalarda asit sıvısında mononükleer hücre artışı görülmeyebilir. Sirozlu hastalarda görülen TB peritonitte asit sıvısı eksudatif karakterde olmayabilir.

Akut formları bakteriyel peritonite benzemektedir. Hastaların bir kısmında akut abdomen nedeni ile cerrahi uygulanmıştır. Dialize giren hastalarda tüberküloz peritonit bildirilmiş olup bunların tanısı, antibiyotiklere cevap vermemesi ve kültür pozitifliği ile konulmuştur. Gaita kültürünün TB peritonit tanısında yeri belli değildir. Olguda çalışılan gaita

ARB incelemesi negatif bulunmuştur.

Asit sıvısında ADA düzeyinin tesbiti teşhiste oldukça yardımcı bir yöntemdir. ADA pürin katabolizmasında yer alan adenozini inozine çeviren bir enzimdir. Hücrel immünite ile uyarılan T lenfositlerin artışına bağlı olarak asitte yükselir. Sınır değeri 33 Ünite/L alınarak %100 sensitivite ve % 95 spesifite bildirilmiştir. Olguda asit tesbit edilemediği için ADA çalışılmamıştır.

Perforasyon, apse ve fistül oluşumu, torsiyon ve stenozun oluşturduğu intestinal obstruksiyonlarda, masif kanamalarda cerrahi tedavi gerekir. Olgumuzda cerrahi tedaviyi gerektirecek herhangi bir komplikasyona rastlanmamıştır.

Akciğer TB tedavisinde kullanılan ilaçlar aynı şekilde ve efektif olarak periton TB tedavisinde de kullanılabilir. INH, RIF, PZA ve ETB'dan oluşan dörtlü rejim iki ay verildikten sonra, INH ve RIF'ter oluşan ikili rejimin 6-18 ay sürdürülmesi önerilmektedir. Olgumuzda da tedaviye dörtlü spesifik ile başlanılmış olup medikal tedavi sürdürülmektedir.

KAYNAKLAR

1. **Savaş C, Şimşek H:** Tüberküloz peritonit. İnfeksiyon Bülteni 1996; 1: 21-22.
2. **Taşova Y:** Ekstrapulmoner tüberküloz. 9. Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Kongresi: 1999; 144-119.
3. **Haas D. W, Prez R.** Mycobacterium tuberculosis. In: Mandell, Douglas and Bennett. Principles and Practice of Infectious Diseases: 2213-2243,1995
4. **Hossain J et al.** Laparoscopy does have error in the tuberculous peritonitis. BMJ 1996; 313; 1145-1146.
5. **Saab S.** Diagnostic features of tuberculous peritonitis. Am J Med 1996; 5: 568-9.
6. **Aygen B, Doğanay M.** Ekstrapulmoner Tüberküloz. Topçu Wilke A, Soyletir G, Doğanay M. İnfeksiyon Hastalıkları. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, 1996; 865-69.