
Başvurdurucu Yakınması Ateş, Karın Ağrısı ve İshal Olan Periton Tüberkülozu Olgusu

Y. Ziya DEMİROĞLU*, Aysel KOCAGÜL ÇELİKBAŞ**, Selda SAYIN KUTLU**,
Şebnem EREN**, Nurcan BAYKAM**, Başak DOKUZOGUZ**

* Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, ADANA

** Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, ANKARA

ÖZET

Periton tüberkülozu (TB); abdominal organların TB'sinden komşuluk yoluyla veya miliyer TB'nin seyri sırasında hematojen yolla oluşur. Hastalar genellikle ateş, karın ağrısı, şişkinlik, kilo kaybı gibi yakınmalarla kliniğe başvurur. İshal sık görülen bir semptom değildir. Bu bildiri de ishal, ateş, karın ağrısı yakınmaları ile kliniğimize başvuran ve fizik muayenede batında asit saptanan TB olgusu sunulmuştur. Tanı ultrasonografide batında saptanan asit sıvısının spesifik kültüründe *Mycobacterium tuberculosis* üremesi sonucunda konulmuştur. Sonuç olarak; hastaneye karın ağrısı, ateş ve ishal şikayeti ile gelen ve muayenesinde batında asit tespit edilen hastalarda TB peritonit ayırıcı tanıda öncelikle düşünülecek hastalıklardan biridir.

Anahtar Kelimeler: Periton tüberkülozu, Asit, Karın ağrısı, İshal

SUMMARY

Peritoneal Tuberculosis Presenting with Fever, Abdominal Pain and Diarrhea: Case Report

Tuberculous peritonitis may occur by spread from adjacent intraabdominal tuberculous diseases or hematogenously spread during miliary tuberculosis. Presenting symptoms are usually fever, abdominal pain, abdominal swelling and weight loss, diarrhea is not a common symptom. We report a patient with peritoneal tuberculosis who were presented with diarrhea, fever, abdominal pain and ascites. *Mycobacterium tuberculosis* was isolated from ascites. Peritoneal tuberculosis should be considered in patients presenting with fever, abdominal pain, diarrhea and ascites.

Key Words: Tuberculosis, Peritoneal, Ascites, Abdominal pain, Diarrhea

Tüberküloz (TB) tüm dünyada yaygın olarak görülen bir infeksiyon hastalığıdır. Dünya nüfusunun 1/3'ü TB basili ile infekte olup, her yıl yaklaşık 8 milyon kişi TB hastalığına yakalanmakta ve 2 milyon civarında insan ölmektedir^[1]. Hastalık daha çok pulmoner yerleşim gösterir. Ekstrapulmoner tutulum ise %20 civarındadır. Ekstrapulmoner TB olgularının yaklaşık %3'ünü periton TB'si oluşturur^[2]. Periton TB'si hematojen yolla veya TB salpenjit, intestinal, abdominal lenf bezi TB'si gibi komşu bölgeden direkt yayılım sonucunda gelişir. Hastaların çoğunda ateş ve kilo kaybı, uzun süreli karın ağrısı ve karında şişlik gibi şikayetler vardır. Bakteriyel peritonite benzer şekilde akut başlangıç olabilir^[3].

Bu çalışmada, başvurdurucu yakınması ateş, karın ağrısı ve ishal olan periton TB'si olgusu sunulmaktadır. İlgili literatür tartışılmıştır.

OLGU SUNUMU

Yirmidokuz yaşında erkek hasta; ateş, ishal, bulantı, kusma ve karın ağrısı yakınmaları ile başvurdu. Öyküsünden son bir ayda iştahsızlık nedeniyle 5-6 kg kaybettiği, 10 gün önce üşüme-titretilme ile yükselen, özellikle geceleri daha fazla olan ateş ile birlikte günde üç-dört kez sarı-sulu karakterde ishal ve karın ağrısı yakınmalarının başladığı öğrenildi.

Fizik muayenesinde; ateş 38.5°C, nabız 100/dakika, tansiyon 120/60 mmHg bulundu. Halsiz görünümdeydi. Kalp sesleri ritmik ve taşikardikti. Apekte 2/6° sistolik üfürüm saptandı. Karaciğer midklaviküler hatta 2-3 cm ele geliyordu, Traube kapalıydı ancak dalak palpe edilemedi.

Laboratuvar incelemelerinde; lökosit 2150/mm³ (nötrofil 1490), hemoglobin 9.8 g/dL, trombosit sayısı 158.000/mm³, C-reaktif protein (CRP) 225 mg/L, eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) 121 mm/saat olarak saptandı. Biyokimyasal testler normaldi. Serum adenozin deaminaz (ADA) düzeyi 13 IU/L bulundu. Dışkı makroskopik olarak sarı-sulu, mukuslu özellikte olup, mikroskopisinde 8-10 lökosit olduğu görüldü. Dışkı kültüründe patojen bakteri üremedi. Diğer kültürlerinde üreme olmadı. PPD 15 mm ölçüldü.

Radyolojik tetkiklerinde; PA akciğer grafisi normaldi. Batın ultrasonografisinde ise karaciğerin boyutu normalin üst sınırında (kraniokaudal boyutu 150 mm) saptandı. Batında tüm kompartımanlarda septasyonlar gösteren yaygın serbest sıvı izlendi. Batın tomografisinde intraabdominal yaygın asit görüldü. Parasentezle alınan asit sıvısının 4000/mm³ lökosit içerdiği ve hücrelerin %90'ının lenfosit olduğu görüldü.

Biyokimyasal değerlendirmede laktat dehidrogenaz (LDH) 852 IU/L, protein 50 g/L, albumin 23 g/L, ADA düzeyi 40 IU/L olarak bulundu. Yaymada asido-rezistan basil (ARB) saptanmadı. TB-polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) negatif olarak bulundu. Nonspesifik kültürde üreme olmadı. "Mycobacteria Growth Indicator Tube (MGIT)" incelemesi sonucu pozitif bulundu. Kemik iliği aspirasyonu, hiposelüler kemik iliği ve reaktif değişiklikler olarak değerlendirildi.

Nötropeniye eşlik eden yüksek ateş nedeniyle hastaya beş gün süre ile geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi uygulandı. Klinik tablo ve laboratuvar testlerinde düzelme olmadı. Asit sıvısının incelemesi ve radyolojik tetkik sonuçları ile TB peritonit düşünülen hastaya dördüncü anti-TB tedavi (izoniazid + rifampisin + morfozinamid + etambutol) başlandı. Bu tedavi ile sekizinci günde hastanın ateşi düştü. Tedavinin 15. gününde hastanın karın ağrısı ve ishali tamamen düzeldi. Tedavinin 45. gününde CRP'nin 15 mg/L, ESH'nin 20 mm/saat değerlerine gerilediği, lökosit sayısının 6500/mm³'e yükseldiği tespit edildi. Periton sıvısının Löwenstein-Jensen besiyerine ekilen spesifik kültüründe altıncı haftada *Mycobacterium tuberculosis* üremesi ile tanı kesinleştirildi. İkinci ayın sonunda etambutol ve morfozinamid kesildi. İzoniazid ve rifampisin ile tedavi 12 aya uzatıldı.

TARTIŞMA

TB ülkemizde de sık görülen bir infeksiyon hastalığıdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2002 raporuna göre Türkiye'de TB insidansı 100.000'de 27, TB tanısı konulan hasta sayısı 18.038'dir^[4]. "Centers for Disease Control and Prevention (CDC)" 1986 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde saptanan 22.674 TB'li hastanın %17.5'inde ekstrapulmoner TB (%30.9 lenfatik, %23 plevral, %11.9 genitoüriner, %9.8 kemik ve eklem, %7.3 miliyer TB, %4.6 TB menenjit, %3.3 periton TB'si ve %9.8 diğer formlar) olduğunu bildirmiştir^[2].

Abdominal TB nadir olmayan bir klinik tablodur. Hastalık gastrointestinal traktus, periton ve mezenterik lenf nodlarında gelişebilir. Literatürde abdominal TB'nin yerleşim yeri ileoçekal bölge (%70) ve periton (%30) olarak bildirilmektedir^[5-9]. Ancak Sarıtaş ve arkadaşlarının 43 abdominal TB'li olguyu inceledikleri çalışmalarında periton tutulumu %65.1 ile ilk sıradadır^[10]. Yine Türkoğan ve arkadaşları Van yöresindeki abdominal TB olgularını değerlendirdikleri bir çalışmada yedi olgunun 4 (%57)'ünde periton tutulumu tespit etmişlerdir^[11]. Abdominal TB'nin tutulum yerlerinin sıklık sıralamasındaki bu farklılık, ile-

oçekal lezyonların daha çok tıkaçıcı tipte lezyon oluşturması ve böyle olguların daha çok cerrahi bölümlere başvurmaları, asitli olguların ise tetkik için daha çok gastroenteroloji kliniğine başvurmaları ile açıklanabilir.

Periton TB'sinin, pulmoner TB ile birlikteliği sık görülmez^[8]. Sunulan olguda aktif pulmoner TB saptanmamıştır.

Olgumuz akut başlayan ateş, karın ağrısı ve ishal şikayetleri ile hastaneye başvurmuştur. Suudi Arabistan'da yapılan 46 gastrointestinal traktus ve periton TB'si olgusunun değerlendirildiği bir çalışmada olguların %70 (32/46)'inde ateş, %70 (32/46)'inde karın ağrısı, %68 (31/46)'inde kilo kaybı, %67 (30/46)'inde karında şişkinlik, %39 (18/46)'unda dışkılama alışkanlığındaki değişikliklerin başvuru yakınmaları olduğu dikkati çekmektedir. Yedi olguda (%16) yakınmaların başlama süresinin bir haftadan kısa olduğu bildirilmiştir^[12]. Sarıtaş ve arkadaşlarının 43 olguluk abdominal TB çalışmasında ise karında şişliğe %65, ishale %14 oranında rastlanılmıştır^[10].

Al Muneef ve arkadaşları izledikleri abdominal TB olgularının %63'ünde anemi (hemoglobin < 10 mg/dL), %78'inde sedimentasyon hızında yükseklik, %65'inde hipoalbuminemi saptamışlardır^[12]. Bizim olgumuzda da sedimentasyon yüksekliği, anemi ve lökopeni saptandı. Anemi ve lökopeni infeksiyonun tedavisi ile birlikte hızla düzeldi.

Çeşitli serilerde farklı oranlar bildirilmekle birlikte periton TB'si olgularının yaklaşık %60'ında asite rastlanılmıştır^[10,12]. Asit sıvısı eksüda özelliğindedir ve hücre tipi lenfositir^[3,10,12,13]. Klinik bir örnekte boyalı preparatta ARB görülebilmesi için materyalin mL'sinde en az 10.000 basil bulunmalıdır^[14]. Bu nedenle periton sıvısında basilin gösterilmesi zordur. Al Muneef ve arkadaşları abdominal TB'li 46 hastanın %58'inde batında asit saptamış, bunlardan %20'sinde kültür pozitifliği olduğu halde sadece %4'ünde ARB pozitif bulunmuştur^[12]. Olgumuzun asit sıvısında ARB gösterilememiştir.

TB tanısında PCR'nin kültürle karşılaştırılabilir düzeyde duyarlı ve özgül olduğunu bildiren çalışmalar vardır^[15-17]. Ancak TB-PCR testi bize tanıya yardımcı olmamıştır. Almanya'dan bildirilen iki periton TB'li olguda da PCR'nin negatif olarak saptandığı ve tanı için yardımcı olmadığı belirtilmiştir^[13].

ADA eritrosit, lenfosit ve serebral kortekste bulunan bir enzimidir^[18]. ADA aktivitesi TB menenjit, TB perikardit ve TB'ye bağlı plevral efüzyonda diagnostik olarak kullanılmaktadır^[19]. ADA aktivitesinin pe-

riton TB'sinde de tanı aracı olarak kullanılabileceğine ilişkin çalışmalar mevcuttur^[20,21]. Bir çalışmada, TB'li grupta asit ADA aktivitesinin ortalama 61.6 IU/L bulunduğu ve bu değer kontrol gruplarına göre anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmış ve asit sıvısında ADA düzeyinin 30 IU/L üzerinde olmasının TB peritonit tanısına yönlendirmede faydalı olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada ADA aktivitesinin periton TB'si tanısında özgüllüğü %92, duyarlılığı %94 olarak bulunmuştur^[20]. Bir diğer çalışmada da asit sıvısında ADA düzeyi 30 IU/L eşik değer alındığında duyarlılığı %100, özgüllüğü %94 olarak bildirilmiştir^[21]. Sunulan olguda asit sıvı ADA düzeyi 30 IU/L'nin üzerinde saptanmıştır.

Periton TB'si tanısında batin ultrasonografisinin önemli bir yeri vardır. Abdominal ultrasonografide septalı asit, fikse bağırsak ansları ve lenfadenopatiler görülebilir^[10]. Sunulan olgunun ultrasonografisinde saptanan septalı asit görünümü tanıya yardımcı olmuştur.

TB basilinın geç üremesi ve asit sıvısında ARB gösterilmesinin güç olması nedeniyle klinik, laboratuvar ve radyolojik bulgular ile TB düşünülen ancak bakteriyolojik yöntemlerle spesifik bulgu saptanamayan hastalarda tedaviden tanıya gidilebilir. Kültür sonucu ve tedaviye alınan cevap ile tanı kesinleştirilir^[22].

Ülkemizde son yıllarda TB olgularında artış gözlenmektedir. Hastalığın akciğer dışı tutulumlarında halen tanı problemi vardır. Periton TB'si pek çok hastalığı taklit edebilmektedir, bu nedenle hastalar çeşitli dahiliye ve cerrahi kliniklerine başvurmaktadır. Hastaneye karın ağrısı, ateş ve ishal şikayeti ile gelen ve muayenelerinde batında asit tespit edilen olgularda TB ayırıcı tanıya öncelikle düşünülecek hastalıklardan biridir.

KAYNAKLAR

1. Dye C, Scheele S, Dolin P, et al. Global burden of tuberculosis. Estimated incidence, prevalence and mortality by country. JAMA 1999;282:677-86.
2. Reider HL, Snider DE, Cauthen GM. Extrapulmonary tuberculosis in the United States. Am Rev Respir Dis 1990;141:347-51.
3. Aygen B. Ekstrapulmoner tüberküloz. Topçu WA, Söyletir G, Doğanay M (editörler). İnfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2002:591-8.
4. WHO. Global Tuberculosis Control. Surveillance, Planning, Financing: Communicable Diseases, World Health Organization, Geneva: 2002. WHO/CDS/TB/2002.295.
5. Kapoor VK, Sharma LK. Abdominal tuberculosis. Br J Surg 1988;75:2-3.
6. Singh MK. Tuberculosis of the appendix: A report of 17 cases and a suggested aetio-pathological classification. Postgraduate Med J 1987;63:855-7.

7. Chaudhary A, Gupta NM. Colorectal tuberculosis. Dis Colon Rectum 1986;29:738-41.
8. Haddad FS, Ghossam A, Sawaya E, Nelson AR. Abdominal tuberculosis. Dis Colon Rectum 1987;30:724-35.
9. Mathis G, Dirshmid K. Tuberculous gastric ulcer. Endoscopy 1987;19:133-5.
10. Sarıtaş Ü, Sarıçam T, Müftüoğlu V ve ark. Abdominal tüberkülozis. The Turkish Journal of Gastroenterohepatology 1990;1;2:89-92.
11. Türkoğan MK, Tuncer I, Algün E, Alıcı S. Van yöresinde abdominal tüberkülozlar. Gastroenteroloji 1996;7(1 Ek):121.
12. Al Muneef M, Memish Z, Al Mahmoud S, Al Sadoon S, Bannatye R, Khan Y. Tuberculosis in the belly. A review of forty-six cases involving the gastrointestinal tract and peritoneum. Scand J Gastroenterol 2001;36:528-32.
13. Schwake L, von Herbay A, Junghans T, Stremmel W, Mueller M. Peritoneal tuberculosis with negative polymerase chain reaction results. Scand J Gastroenterol 2003;38:221-4.
14. Haas DW. *Mycobacterium tuberculosis*. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (eds). Principles and Practice of Infectious Diseases. 5th ed. New York: Churchill Livingstone, 2000:2567-607.
15. Cousins DV, Wilton SD, Francis BR, Gow BL. Use of polymerase chain reaction for rapid diagnosis of tuberculosis. J Clin Microbiol 1992;30:255-8.
16. Afgani B, Stutman HR. Diagnosis of tuberculosis: Can the polymerase chain reaction replace acid-fast bacilli smear and culture? J Infect Dis 1995;172:903-5.
17. Haas DW. Current and future applications of polymerase chain reaction for *Mycobacterium tuberculosis* (Editorial). Mayo Clin Proc 1996;71:311-3.
18. Nishida Y, Okudaira K, Tanimoto K, Akoaka I. The differences in purine metabolism between T and B lymphocytes. Exp Hematol 1980;8:593-8.
19. Banales JL, Pineda PR, Fitzgerald JM, Rubio H, Selman M, Salazar-Lezama M. Adenosine deaminase in the diagnosis of tuberculous pleural effusions. A report of 218 patients and review of the literature. Chest 1991;99:355-7.
20. Burgess LJ, Swanepoel CG, Taljaard JJ. The use of adenosine deaminase as a diagnostic tool for peritoneal tuberculosis. Tuberculosis (Edinb) 2001;81:243-8.
21. Gupta VK, Mukherjee S, Dutta SK, Mukherjee P. Diagnostic evaluation of ascitic adenosine deaminase activity in tubercular peritonitis. J Assoc Physicians India 1992;40:3387-9.
22. Marshall JB. Tuberculosis of the gastrointestinal tract and peritoneum. Am J Gastroenterol 1993;88:989-99.

Yazışma Adresi:

Dr. Y. Ziya DEMİROĞLU

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi

Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi

İnfeksiyon Hastalıkları ve

Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Dadaloğlu Mahallesi 39. Sokak No: 6

01250 Yüreğir-ADANA

e-mail: yusufziya2002@hotmail.com

Makalenin Geliş Tarihi: 24.07.2003

Kabul Tarihi: 30.09.2004