



Peritoneal Karsinomatozis ile Başvuran İntraabdominal Tüberküloz Olguları

Intraabdominal Tuberculosis Cases Presenting with Peritoneal Carcinomatosis

Nazlım AKTUĞ DEMİR¹(iD), Şua SÜMER¹(iD), Onur URAL¹(iD), Şeyma ÇİFCİ¹(iD), Abidin KILINÇER²(iD)

¹ Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

² Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

Makale atfı: Aktuğ Demir N, Sümer Ş, Ural O, Çifci Ş, Kılınçer A. Peritoneal karsinomatozis ile başvuran intraabdominal tüberküloz olguları. FLORA 2020;25(2):262-8.

ÖZ

Tüberküloz dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur. Periton tüberkülozu, tüm tüberküloz olgularının yaklaşık %1'inde görülür. Tedavide gecikme, morbidite ve mortalitede artış nedenidir. Semptomlarının over kanseri ve siroz semptomlarını taklit etmesinden dolayı yanlış tanı konabilmekte ve sorunlara yol açmaktadır. Hem peritoneal karsinomatoziste hem de intraabdominal tüberkülozda karın ağrısı, asit, periton ve omentumda kalınlaşma ve lenfadenopatilerin varlığı görülebilir. Bu nedenle ayırıcı tanının yapılması gerekir. Kazeifikasyon nekrozu tüberkülozun ana patolojik bulgusudur. Fakat bazı olgular kazeifiye olmayan granülomlarla seyredebilir. Tüberküloz peritonit tedavisinde standart antitüberküloz ilaçlarla başarılı sonuçlar alınmaktadır. Bu makalede üç intraabdominal tüberküloz olgusu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: İntraabdominal tüberküloz; Peritoneal karsinomatozis

ABSTRACT

Intraabdominal Tuberculosis Cases Presenting with Peritoneal Carcinomatosis

Nazlım AKTUĞ DEMİR¹, Şua SÜMER¹, Onur URAL¹, Şeyma ÇİFCİ¹, Abidin KILINÇER²

¹ Department of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Faculty of Medicine, University of Selçuk, Konya, Turkey

² Department of Radiology, Faculty of Medicine, University of Selçuk, Konya, Turkey

Tuberculosis is an important public health problem in the world. Peritoneal tuberculosis occurs in about 1% of all cases of tuberculosis. Delay in treatment is the reason for the increase in morbidity and mortality. Since its symptoms mimic the symptoms of ovarian cancer and cirrhosis, it can be misdiagnosed and cause problems. In both peritoneal carcinomatosis and intraabdominal tuberculosis, abdominal pain, thickening of the acid, peritoneum and omentum and the presence of lymphadenopathies can be seen. Therefore, differential diagnosis should be made. Caseification necrosis is the main pathological finding of tuberculosis. Some cases, however, may progress with non-caseified granulomas. Successful results are obtained with standard antituberculosis drugs in the treatment of tuberculosis peritonitis. In this article, three cases of intraabdominal tuberculosis are presented.

Key Words: Intraabdominal tuberculosis, peritoneal carcinomatosis

Geliş Tarihi/Received: 29/11/2019 - Kabul Ediliş Tarihi/Accepted: 25/02/2020

©Telif Haklı 2020 Flora. Makale metnine www.floradergisi.org web adresinden ulaşılabilir.

GİRİŞ

Tüberküloz; *Mycobacterium tuberculosis*'in neden olduğu tüm organ ve dokuları tutabilen bir enfeksiyon hastalığıdır^[1]. Tüberküloz dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur. 2017 yılında yayımlanan Global Tüberküloz Raporunda tüm dünyada 2015 yılında 6.1 milyon, 2016 yılında 6.3 milyon yeni aktif tüberküloz olgusu olduğu bildirilmiştir. Tüberküloz olgularında görülen bu artışa sebep olarak; gelişmekte olan ülkelerde sosyoekonomik koşulların kötüleşmesi, gelişmiş ülkelerde ise yaşlı popülasyonun artması, insan immünyetmezlik virüsü (HIV) ile infekte kişiler, kronik hastalıklar, organ transplantasyonu, maligniteler ve ilaca dirençli susların görülmesi sayılabilir^[2].

Ekstrapulmoner tüberküloz, primer enfeksiyon sırasında lenfohematojen yolla diğer organlara yayılan veya latent kalan tüberküloz basilinin hayatın herhangi bir döneminde reaktif olarak gelişmektedir. Tüberküloz lenfadenit ve plevra tüberkülozu ekstrapulmoner tüberkülozun en sık görülen formlarıdır^[3]. Periton tüberkülozu, tüm tüberküloz olgularının yaklaşık %1'inde görülür. Abdominal tüberküloz, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki akciğer dışı tüberküloz olgularının %11'ini teşkil etmektedir^[4]. Abdominal tüberküloz periton, lenf bezi, ince bağırsak, kolon, mide ve diğer karın içi organların tüberkülozu şeklinde değişik formlarda gözlenebilir^[5]. Tedavide gecikme, morbidite ve mortalitede artış nedenidir^[6].

Bu yazıda, polikliniğimizde 2017 ve 2018 yılları arasında takip ettiğimiz üç tane intraabdominal tüberküloz olgusu sunulmuştur.

OLGU SUNUMLARI

Olgu 1

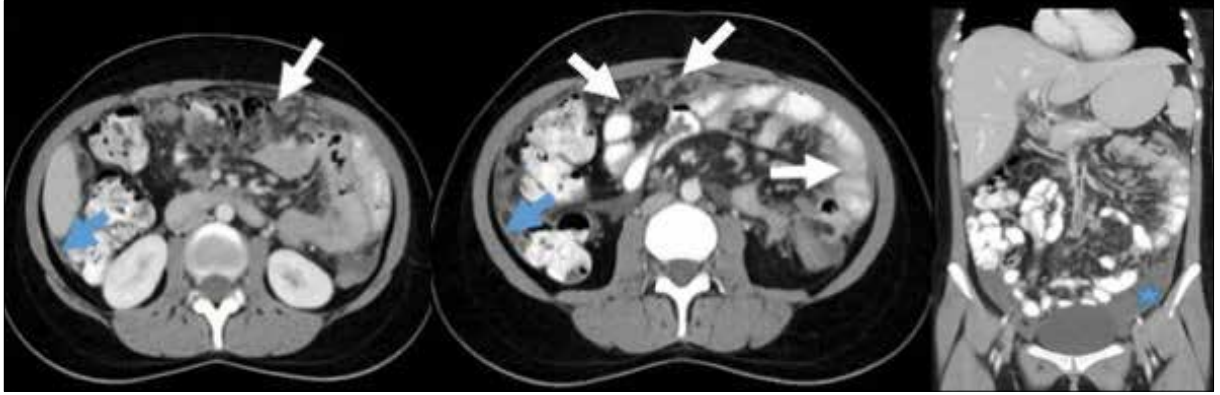
Otuz dört yaşında kadın hasta, karın ağrısı, kasık ağrısı, gece terlemesi, yorgunluk, halsizlik, kilo kaybı gibi şikayetlerle fakültemiz kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvurmuş. Soygeçmiş ve özgeçmişinde özellik bulunmayan hasta yapılan görüntülemeler sonucunda peritoneal karsinomatozis (multipl implantlar ve lenfadenopatiler) ve sağ over kisti tespit edilmesi nedeniyle opere edilmiş. Operasyon esnasında bağırsaklar, omentum, uterus, adnekslerde yaygın yapışıklıklar tespit edilmiş. Sol overde yaklaşık 4 cm kist saptanmış ve omentum çıkarılmış. Peritondan birden fazla

yerden biyopsiler alınmış. Bütün bağırsak yüzeylerinde ve üst batında (karaciğer ve diyafragma altında) yaygın implantlar izlenmiş ve örnekleme yapılmış. Ameliyat esnasındaki peritoneal örnekleme granülomatöz enfeksiyon veya sarkoidoz olarak yorumlanmış. Cerrahi işlemi tamamlanan hasta patoloji sonucu ile değerlendirilmek üzere taburcu edilmiş. Yaklaşık bir ay sonra omentum, periton ve sağ overden alınan biyopsi sonucunun nonnekrotizan granülomatöz iltihabi süreç olarak gelmesi üzerine enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji polikliniğine yönlendirilmiş.

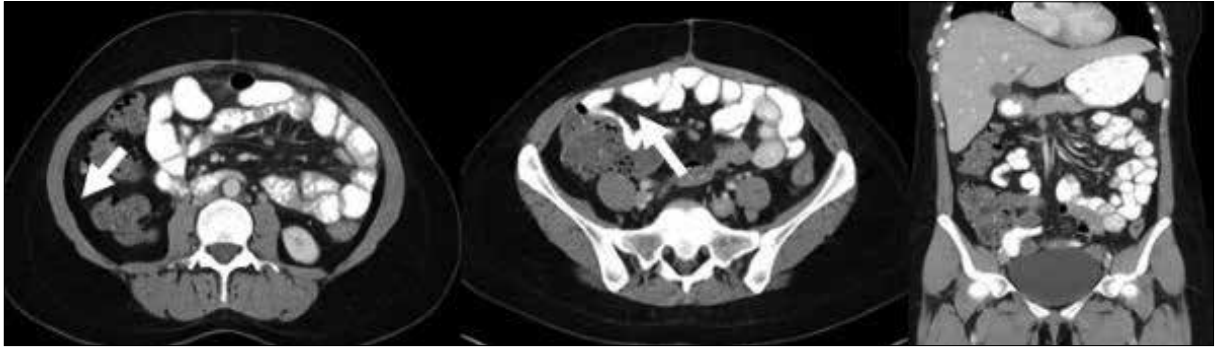
Tarafımıza başvuran hasta tetkik edilmek üzere servisimize yatırıldı. Başvuru anında fizik muayenesinde batında hassasiyeti ve ameliyat skarları mevcut olup diğer fizik muayene bulguları normaldi. Hastanın hemogram ve rutin biyokimyasal tetkikleri istendi. Hemogloblin düzeyi 11.4 mg/dL olup kronik hastalık anemisiyle uyumluydu. Sedimentasyon düzeyi 50 mm/saat olup diğer rutin tetkik sonuçları normaldi. Fakat hastanın yüksek serum kanseri antijeni (CA)-125 sonucu 141 U/mL ile yüksek olarak sonuçlandı. Hastaya pürifiye protein derivesi (PPD) testi yapıldı. PPD test sonucu 0 mm olarak geldi. Hastanın ameliyat sırasında alınan örneklerinin patoloji sonucunda tüberküloz tanısı net konulamadığı için girişimsel radyoloji ile görüşülerek periton biyopsisi tekrarlandı. Alınan örneklerden kültür, polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) ve EZN boyama gönderildi. Tüberküloz PCR pozitif saptanan ve periton biyopsi sonucu da nonkazeöz granülomatöz iltihap olarak rapor edilen hastaya intraabdominal tüberküloz tanısıyla dördü antitüberküloz [izoniazid (INH) 1 x 300 mg, rifampisin (RIF) 1 x 600 mg, etambutol (ETM) 1 x 1500 mg, pirazinamid (PZA) 1 x 2000 mg] tedavi başlandı. Tedavisi düzenlenerek hasta poliklinik kontrollerine çağrılmak üzere taburcu edildi. Poliklinik takiplerinde hastanın karın ağrısı şikayeti başta olmak üzere diğer tüm şikayetlerinin gerilediği gözlemlendi. İkinci ayın sonunda tedavisine ikili olarak devam edildi. Tedavisi bir yıla tamamlanarak kesildi. Takiplerinde yapılan batın görüntülemelerinde tüm bulguların tamamen düzeldiği görüldü (Resim 1,2).

Olgu 2

Yirmi yaşında sistemik hastalık öyküsü olmayan kadın hasta, tüylenmede artış ve karın ağrısı



Resim 1. Multipl peritoneal omental implantlar (beyaz oklar), peritoneal milimetrik nodüler kalınlaşmalar (mavi oklar) ve batında orta derecede serbest sıvı (yıldız).

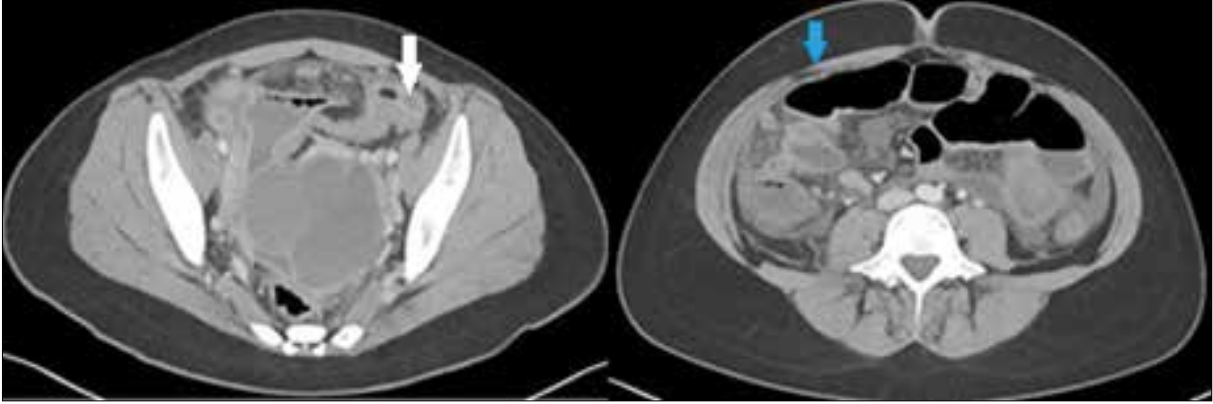


Resim 2. İmplant bulgularının tam regrese olduğu, peritoneal kalınlaşmanın gerilediği ve batındaki serbest sıvının kaybolduğu görülmektedir.

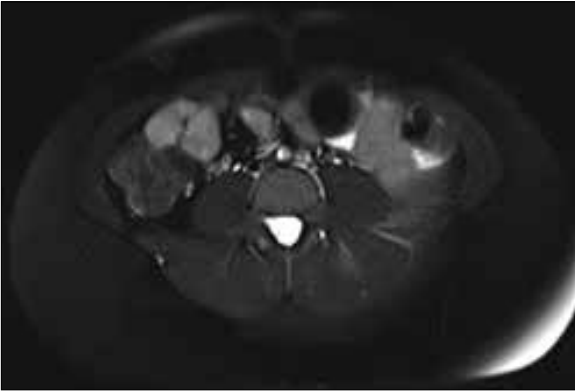
nedeniyle kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvurmuş. Yapılan batın manyetik rezonans görüntülemesinde mezenterik ve omental yağlı planlarda kirlenme, peritoneal omental implant ile uyumlu bulgular ve sol over lokalizasyonundan başlayıp douglosa doğru uzanım gösteren lezyon ince septalı, büyüğü yaklaşık 7 x 4 cm ebatlı olmak üzere birkaç adet kistik lezyon tespit edilmiş. Bulgular öncelikle karsinomatozisi desteklemekte olup primer malignite öyküsü bulunmuyorsa hastaya tüberküloz ekartasyonu da yapılmalıdır şeklinde yorumlanmış. Tanı için yapılan periton biyopsi sonucu granülomatöz infeksiyon olarak sonuçlanan hasta kliniğimize konsülte edildi. Tetkik edilmek üzere infeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji servisine yatırıldı. Soygeçmiş ve özgeçmişinde özellik bulunmayan hastanın fizik muayenesinde batında hassasiyeti mevcut olup diğer fizik muayene bulguları olağandı. Hastanın hemogram ve biyokimyasal tetkikleri istendi. Hemoglobin düzeyi 9.4 mg/dL olup kronik hastalık anemisi ile

uyumluydu. Sedimentasyon düzeyi 108 mm/saat olup diğer rutin sonuçları normaldi ancak CA-125 sonucu 151 U/mL ile yüksek olarak sonuçlandı. Hastaya PPD testi yapıldı. PPD test sonucu 6 mm olarak geldi. İnterferon-gama (IFN- γ) salınım testi istendi. Negatif olarak sonuçlandı.

Tüberküloz açısından tanıyı netleştirmek için girişimsel radyoloji ile görüşülerek biyopsi örneği tekrar alındı. Biyopsi örneğinden gönderilen aside dirençli basil (ARB), PCR ve kültür sonuçları negatif geldi. Hasta gastroenteroloji, romatoloji ve allerji ve immünoloji bölümleri ile konsülte edildi. Konsültasyon sonuçlarında anormal bir durum tespit edilmedi. Hastaya intraabdominal tüberküloz düşünülerek dördü antitüberküloz tedavi (INH 1 x 300 mg, RIF 1 x 600 mg, ETM 1 x 1500 mg, PZA 1 x 2000 mg) başlandı. Tedavisi düzenlenerek hasta poliklinik kontrollerine çağrılmak üzere taburcu edildi. Poliklinik takiplerinde hastanın karın ağrısı şikayeti başta olmak üzere diğer tüm şikayetlerinin gerilediği gözlemlendi. İkinci ayın



Resim 3. Sol over lojunda septalı kistik lezyonlar (beyaz ok), umbilikus düzeyinden geçen kesitte batın sağ yarıda intraabdominal yağ dokusu içinde peritoneal implantlar (mavi ok). Bilateral parakolik oluklarda minimal sıvı var.



Resim 4. Kontrol abdominal manyetik rezonans tetkikinde aynı düzeyden geçen kesitte yağ baskılı T2 ağırlıklı sekansa implant ve serbest sıvının gerilediği görülüyor.

sonunda tedavisine ikili olarak devam edildi. Tedavisi bir yıla tamamlanarak kesildi. Takiplerinde yapılan batın görüntülemelerinde bulguların düzeldiği görüldü. Hastanın şikayetleri tamamen düzeldi (Resim 3,4). Hastanın CA-125 sonucu da tedavi sonrasında normal aralığa (12 U/mL) geriledi.

Olgu 3

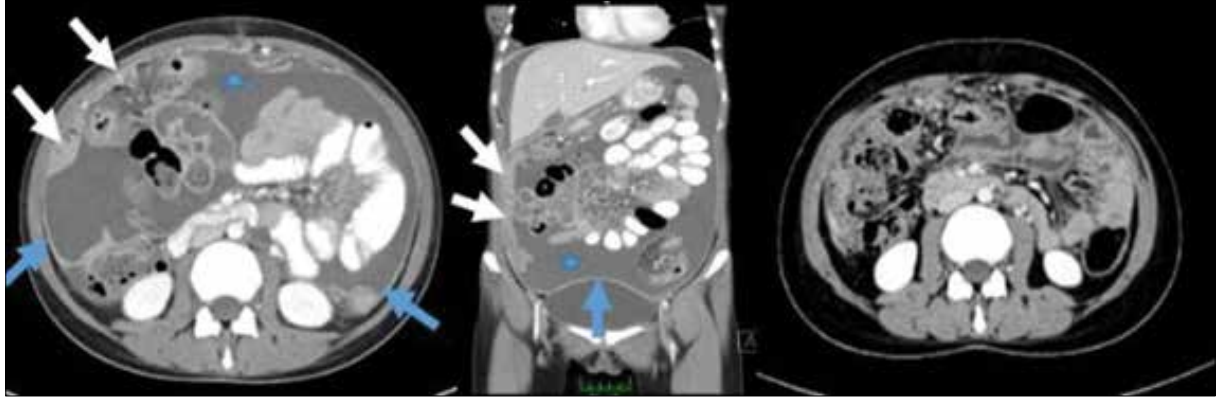
On dokuz yaşında kadın hastanın yaklaşık iki aydır devam eden karın ağrısı nedeniyle başvurduğu sağlık kuruluşunda yapılan abdominal tomografisinde peritoneal kalınlaşma ve kontrast tutulumu, peritoneal ve omental yumuşak doku görünümleri saptanmış. Bu bulgularla maligniteye sekonder peritoneal karsinomatozis ve tüberküloz peritoniti düşünülmelidir şeklinde raporlanmış. Hasta bu bulgularla dış merkezde infeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji bölümüne başvurmuş. Hastaya PPD yapılmış. PPD sonucu 13 mm olarak gelmiş.

IFN- γ salınım testi gönderilmiş. Test pozitif olarak sonuçlanmış. Hastanın sedimentasyon düzeyi 79 mm/saat olup diğer tetkik sonuçları normaldi. Periton biyopsisi sonucu granümatöz inflamasyon olarak sonuçlanmış. Parasentez sıvısından örnekler alınmış. Serum adenozin deaminaz aktivitesi ölçülmüş, 57.2 U/L olarak gelmiş.

Tüberküloz peritonit düşünülen hastaya bu sonuçlarla ampirik dördümlü antitüberküloz (INH 1 x 300 mg, RIF 1 x 600 mg, ETM 1 x 1500 mg, PZA 1 x 2000 mg) tedavi başlanmıştır. Hasta tedavisinin birinci ayından sonra polikliniğimizde takip edilmeye başlandı. Tedavisine ikinci ayın sonunda ikili olarak devam edildi. Tedavinin yedinci ayında olan hastanın tüm şikayetleri geriledi. Halen polikliniğimizde sorunsuz bir şekilde takibe devam etmektedir (Resim 5).

TARTIŞMA

Tüberküloz basili peritona bağırsak duvarından, genital organlardan direkt yayılımla veya primer pulmoner odaktan hematojen yayılımla ulaşabilir. Birçok klinik tabloyu taklit edebilir. Abdominal ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi ile sıklıkla asit, periton ve omentumda kalınlaşma, lenfadenopati tespit edilir. Ancak bu bulgular başka karın içi ve over patolojilerinde de görülebilir. Laparoskopi ve eşliğinde biyopsi alınması tüberküloz peritonit teşhisinde altın standart olarak kabul edilmektedir. Biyopside %85-90 kazeifiye granülomlar saptanır. Tüberküloz peritonit tedavisinde, standart antitüberküloz ilaçlar ile başarılı sonuçlar alınmaktadır^[6].



Resim 5. Peritoneal-omental implantlar (beyaz oklar), peritoneal kalınlaşmalar (mavi oklar) ve batında yaygın asit (yıldız). Üçüncü görüntüde kontrolde tüm bulguların gerilediği görülmektedir.

Tüberküloz peritonitli hastalarda karın ağrısı sıklıkla görülen bir semptomdur. Genellikle karında distansiyonla beraberdir. Lokalize edilemeyen belirsiz bir ağrı şeklindedir. Ağrı daha çok periton ve mezenterin inflamasyonuna bağlıdır. Ağrı, seyrek olarak mezenter ve omentumdan gelişen yapışıklıklar dolayısıyla bağırsak anslarının birbirine dolanması sonucu gelişen subakut tıkanıklığa bağlı olarak gelişebilir. Birbirine dolanmış bağırsak ansları karın muayenesinde kitle olarak ele gelebilir. Kusma, ishal ve kabızlık nadiren görülür. Otuz beş çalışmayı içeren bir derlemede tüberküloz peritonitli olguların klinik gelişlerinde %73 asit, %64.5 karın ağrısı, %61 kilo kaybı, %59 ateş ve %47.7 karında hassasiyet bulguları saptanmıştır^[7]. Bizim tüm olgularımızda karın ağrısı şikayeti vardı. İlk olgumuzda halsizlik, kilo kaybı gibi nonspesifik semptomlar eşlik ederken, ikinci olgumuzda farklı olarak tüylenmede artış şikayeti mevcuttu.

Hematolojik bulgular nonspesifik olup tanısal değerleri düşüktür. Hafif veya orta derecede normokrom normositer anemi ve trombositoz sıklıkla görülür. Lökosit sayısı genelde normaldir. Ancak lenfomonositoz görülebilir. Eritrosit sedimentasyon hızı hemen daima artmıştır^[8]. Bizim olgularımızda kronik hastalık anemisi ile uyumlu idi ve sedimentasyon değerleri yüksekti.

Abdominal tüberküloz tanısı, asit sıvı veya doku kültüründe *M. tuberculosis*'in tüberküloz bakterisi için uygun olan besiyerlerinde (Löwenstein-Jensen, Middlebrook 7H10 veya 7H11 gibi) üremesiyle, ARB pozitif veya negatif olgularda patolojik incelemede kazeifiye granülomların sap-

tanmasıyla konulmaktadır. Tanıda altın standartlar, tüberküloz bakterisinin kültürde üretilmesi ve/veya periton biyopsisinin histopatolojik olarak incelenmesidir^[9]. Mikobakteriyel 16S ribozomal RNA amplifikasyonu sağlayan PCR yöntemi hızlı tanıda önem kazanmaktadır. Fakat asit sıvısında tüberküloz bakterisi saptama konusunda PCR yönteminin yararı net olarak ortaya konulamamıştır^[10]. İlk olgumuzun periton biyopsi sonucu nonkazeöz granümatöz iltihap olarak sonuçlanmıştır. İkinci olgumuzda tanı için yapılan periton biyopsi sonucu aktif kronik inflamasyon olarak sonuçlanmıştır fakat tüberküloz açısından gönderilen ARB, PCR ve kültür sonuçları negatif gelmiştir. Üçüncü olgumuzda ise periton biyopsisi sonucu granümatöz inflamasyon olarak sonuçlanmıştır.

Önemli bir nokta, Türkiye'de tüberküloz prevalansı yüksek olduğu için birinci olgudaki gibi patolojik incelemesi kazeifiye olmayan lezyon ile uyumlu olgularda dahi, tüberküloz tanısının akılda tutulmasıdır. Tüberkülozun kazeifiye veya kazeifiye olmayan granülomlarla seyredebileceğini unutmamız gerekir. İnfeksiyonun ilk evrelerinde klasik kazeifiye lezyonların dışında, kazeifiye olmayan lezyonlar görülebilir. Dandapat ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kazeifiye olmayan lezyonlarla seyreden infeksiyon oranı %20 iken, Taşova ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada bu oran %29.6 olarak bulunmuştur^[11,12].

PPD %70 hastada pozitifken, negatif sonuçlar tek başına tanıyı dışlamamaktadır^[13]. Bizim olgularımıza baktığımızda PPD olgu 1'de 0 mm, olgu 2'de 6 mm, olgu 3'te 13 mm olarak sonuç-

lanmıştır. Ayrıca T-hücre temelli ve IFN- γ testleri yapılabilir. Fakat bu testlerin negatif olması tüberküloz tanısını ekarte ettirmez. İkinci olgumuzda IFN- γ salınım testi negatif iken üçüncü olgumuzda test pozitif gelmiştir.

Asit sıvısında ADA ölçümü tüberküloz peritonitinde kültür dışı tanı yöntemleri arasında önerilmektedir. Periton sıvısındaki yüksek ADA seviyeleri, tüberküloz peritoniti tanısı konulmasında yüksek duyarlılığa sahiptir^[14]. ADA seviyesinin 30 U/L'nin üzerinde olmasının peritoneal tüberküloz için duyarlılığı %94'tür. Bu tüberküloz açısından özgül bir test olmamakla beraber, üçüncü olgumuzda yapılmış ve tanıyı desteklemiştir.

CA-125 düzeylerinin, over karsinomu, nonjinekolojik kanserler ve bazı iyi huylu hastalıkları olan hastalarda bulunduğu gösterilmiştir ve epitelyal over kanseri olan hastaların izlenmesi için yararlı bir belirteç olarak kullanılmıştır. Yüksek serum CA-125 seviyesi over kanseri teşhisinde önemli bir destekleyici belirteçtir. Yapılan çalışmalar CA-125 belirteci düzeyinin tüberküloz peritonit hastalarında da belirgin olarak yükseldiğini ve uygun tedavi sonrası gerilediğini göstermektedir^[10]. Bu nedenle over kanseri ön tanısıyla araştırılan hastalarda ayırıcı tanıda tüberküloz peritonit de araştırılmalıdır. Bizim iki olgumuzda da, serum CA-125 seviyeleri normal sınırların üzerinde bulunmuş ve iki olguda tedavi ile gerileme göstermiştir.

Görüntüleme yöntemlerinden ultrasonografi, tomografi ve manyetik rezonans inceleme ayırıcı tanıya yardımcı bilgiler sağlayabilir. Abdominal tomografide septalı veya partiküllü asit sıvısı, omentumda ve peritonda kalınlaşmalar izlenirken, peritoneal karsinomatoziste düzensiz odaklar tespit edilebilir^[15]. Batın tomografisinde mezenterik lenf nodlarının yanı sıra mezenterde kalınlaşma (> 15 mm) olguların çoğunda olup tüberküloz peritonitin erken bulgusu olarak kabul edilir^[16]. Bizim olgularımızın görüntülemelerinde multipl peritoneal omental implantlar, peritoneal milimetrik nodüler kalınlaşmalar ve batında orta derecede serbest sıvı görülmüştür.

Laparoskopi ile peritonda kalınlaşma, hipereimi, asitle beraber olan yapışıklıklar, yaygın ve

tüm karına yayılmış beyaz sarımsı miliyer nodüller (< 5 mm) ve peynirimsi materyal varlığı önemli bulgulardır^[17]. Benzer şekilde literatürde over kanseri ile karıştırılan periton tüberkülozu olguları bildirilmiş ve tüberkülozun klinik olarak birçok hastalığı taklit ettiğine dikkat çekilmiştir^[18]. Bizim birinci olgumuzda operasyon esnasında bağırsaklar, omentum, uterus, adneksler yaygın yapışık halde saptanmıştır. Bütün bağırsak yüzeylerinde ve üst batında yaygın implantlar izlenmiştir.

Kilo kaybı, batında asit, karın ağrısı, CA-125 yüksekliği ve pelvik kitle durumlarında, hastanın yaşının genç olduğu durumlarda, radikal bir cerrahi düşünülmeden önce tanının biyopsi ile kesinleştirilmesi gerekir. Bunun için laparotomi veya laparoskopi yapılarak biyopsiler alınması uygun bir yaklaşım olabilir. Laparoskopi bu uygulamada altın standart ve daha az komplikasyonlu bir işlem olmakla birlikte bazı dezavantajları da vardır. Özellikle dens intestinal adezyonları olan olgularda laparoskopi sırasında bağırsak laserasyonu olabileceği gibi frozen patoloji sonucu malignansi ile uyumlu geldiği takdirde işlemi gerçekleştiren ekibin evreleme cerrahisine gecmesi gerekebilir. Operasyon esnasında alınan örnekler çalışılarak malignite olup olmadığı veya kronik granülomatöz bir hastalık olduğu söylenebilir. Bu durumda radikal bir operasyon gereken over kanseri ile ilaçlarla tedavi edilebilen peritoneal tüberküloz ayrımı yapılmış olur. Üreme dönemindeki bir kadında asit, over kisti, CA-125 yüksekliği, halsizlik ve kilo kaybı gibi bulgularda malignitenin yanında peritoneal tüberküloz düşünülmeli ve radikal cerrahi yapılmadan önce tanı biyopsi ile kesinleştirilmelidir^[19].

Bu olgu sunumları ile Türkiye gibi tüberkülozun endemik olduğu yerlerde ateş, kilo kaybı, karın ağrısı ve asit ile başvuran hastalarda; karın ağrısı ile tetkik edilirken tanı konulamayan durumlarda; batın içi malignitelerin ayırıcı tanısında nadir de olsa batın içi tüberküloz olabileceğini akılda tutmamız gerektiğini vurgulamak istedik.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazarlar bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

YAZAR KATKISI

Anafikir/Planlama: NAD, ŞŞ

Analiz/Yorum: NAD, ŞŞ, OU

Veri Sağlama: ŞÇ, AK

Yazım: NAD, ŞÇ

Gözden Geçirme ve Düzeltme: NAD, ŞŞ, OU

Onaylama: Tüm yazarlar

KAYNAKLAR

- Riley RL, Mills CC, O'Grady F, Sultan LU, Wittstadt F, Shivpuri DN. Infectiousness of air from a tuberculosis ward. Ultraviolet irradiation of infected air: comparative infectiousness of different patients. *Am Rev Respir Dis* 1962;85:511-25.
- World Health Organization Global Tuberculosis Report 2017.
- Bass JB, Farer LS, Hopewell PC. Diagnostic standards, and classification of tuberculosis. *Am Rev Respir Dis* 1990;142:725-35.
- WHO. Tuberculosis control and research strategies for the 1990's. Memorandum from a WHO-meeting. *Bull WHO* 1992;70:17-21.
- Bozer M, Coşkun A, Düzgün ŞA, Karaoğlanoğlu M. Abdominal tüberküloz ve klinik sunumları. *Cerrahi Tıp Bil Derg* 2001;7:194-7.
- Uzunköy A, Nazlıgül Y. Tüberküloz peritonit. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2006;26:404-8.
- Sanai FM, Bzeizi KI. Tuberculous peritonitis presenting features, diagnostic strategies and treatment. *Aliment Pharmacol Ther* 2005;22:685-700.
- Demir K, Okten A, Kaymakoglu S, Dincer D, Besisik F, Cevikbas U, et al. Tuberculous peritonitis report of 26 cases, detailing diagnostic and therapeutic problems. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2001;13(5):581-5.
- Bolognesi M, Bolognesi D. Complicated and delayed diagnosis of tuberculous peritonitis. *Am J Case Rep* 2013;14:109-12.
- Şimsek H, Savaş MC, Kadayıfçı A, Tatar G. Elevated serum CA 125 concentration in patients with tuberculous peritonitis: a case-control study. *Am J Gastroenterol* 1997;92:1174-6.
- Dandapat MC, Mishra BM, Dash SP, Kar PK. Peripheral lymphnode tuberculosis: a review 80 cases. *Br J Surg* 1990;77:911-2.
- Taşova Y, Saltoğlu N, Mıdıklı O, Kandemir Ö, Aksu HSZ, Dündar IH. Erişkinde 98 ekstrapulmoner tüberküloz olgusunun değerlendirilmesi. *Klimik Derg* 2000;13:17-23.
- Chow KM, Chow VC, Hung LC, Wong SM, Szeto CC. Tuberculous peritonitis-associated mortality is high among patients waiting for the results of mycobacterial cultures of ascitic fluid samples. *Clin Infect Dis* 2002;35:409-13.
- Aston NO. Abdominal tuberculosis. *World J Surg* 1997;21:492-7.
- Rodriguez Z, Pombo F. Peritoneal tuberculosis versus peritoneal carcinomatosis: distinction based on CT findings. *J Comput Assist Tomogr* 1996;20:269-72.
- Jain R, Sawhney S, Bhargava DK, Berry M. Diagnosis of abdominal tuberculosis: sonographic findings in patients with early disease. *Am J Roentgenol* 1995;165:1391-5.
- Rasheed S, Zinicola R, Watson D, Bajwa A, McDonald PJ. Intra-abdominal and gastrointestinal tuberculosis. *Colorectal Dis* 2007;9:773-83.
- Boss JD, Shah CT, Oluwole O, Sheagren JN. TB mistaken for ovarian carcinomatosis based on an elevated CA125. *Case Report Med* 2012;2012:215293.
- Kurban Y, Uyar İ, Güreşçi S. Over kanserini taklit eden pelvi-peritoneal tüberküloz. *Olgu Sunumu Tepecik Eğitim Hast Derg* 2014;24:143-5.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence

Doc. Dr. Şua SÜMER

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi,
İnfeksiyon Hastalıkları ve
Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı,
Konya-Türkiye

E-posta: suasumer@gmail.com