

TÜBERKÜLOZA BAĞLI İLEUS: Bir olgu sunusu*

Ileus due to tuberculosis: A case report

Ahmet ÇİFTÇİ¹, Duran ARSLAN², Bahri ELMAS¹, Nazmi NARİN², Şaban YÜKSEL¹,
Kazım ÜZÜM³, Celal GÜR¹

Özet: Tüberküloz (Tb), ciddi bir hastalık olup, az gelişmiş ülkelerde önemli halk sağlığı problemidir. Üç yaşın altındaki çocuklarda hemen daima hastalık şeklinde görülmektedir. Altı aydan beri ateş, iştahsızlık, zayıflama, boyunda kitle ve karnında şişlik şikayetleriyle müracaat eden 13 aylık erkek hastada solunum sıkıntısı ve hepatosplenomegali tesbit edildi. Takibinin 12. gününde paraaortik bölgedeki yaygın lenfadenopatiye bağlı intestinal obstrüksiyon geliştiğinden laparotomi uygulandı. Malign tabloyu andıran, batında yaygın lenfadenopati ile birlikte intestinal yapışıklık tesbit edildi. Ameliyat materyalinin histopatolojik incelemesi Tb olarak değerlendirildi. Olgu Tb'un değişik semptomlara neden olabileceği ve başka hastalıkları taklit edebileceğini vurgulamak amacıyla sunuldu.

Abstract: Tuberculosis(Tb) is a serious disease and constitutes an important public health problem particularly in developing countries. Tuberculosis manifests itself as a disease in children younger than 3 years of age. A -13- month - old boy was admitted to our hospital with a six months history of fever, weakness, loss of appetite, a mass on the neck region and abdominal fullness. Physical examination revealed widespread cervical lymphadenopathy, respiratory distress and hepatosplenomegaly. On the 12th day of follow-up, an explorative laparotomy was performed because of the intestinal obstruction which was found to be caused by widespread lymphadenopathy along the paraaortic nodes. Widespread lymphadenopathy and intestinal adhering suggested a malignant disorder however, histopathological examination of the biopsy material revealed Tb. The case was presented to emphasize that Tb could be associated with various symptoms and signs, and may simulate many diseases including malignancies

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, Ileus

Key Words: Tuberculosis, Ileus

Tüberküloz (Tb) günümüzde en yaygın görülen enfeksiyonlardan biridir. Dünya nüfusunun 1/3'ünün Tb basili ile infekte olduğu ve bunların büyük çoğunluğunun gelişmekte olan ülkelerde bulunduğu bildirilmiştir. Bu ülkelerdeki hastaların ancak yarısından azı (%46) teşhis edilebilmekte, teşhis edilenlerin de ancak yarısından azı tedavi edilebilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde 15 yaş

altındaki çocuklarda yılda yaklaşık 1.3 milyon Tb'lu hasta ortaya çıkmakta ve 450 bin çocuk her yıl Tb'dan ölmektedir. Tb lokalizasyonu ve ağırlık derecesi çok farklı olan klinik bulgulara yol açabilen bir hastalıktır. Enfekte çocukların çoğu asemptomatik olup klinik olarak semptom veren vakaların çoğu toraks içi lokalizasyon gösterir (1-3). Sınırlı olguda batında maligniteyi taklit eden lenf bezi büyümeleri ön planda olabilir. Olgumuzda, batında distansiyon hatta ileusa sebebiyet verecek derecede yoğun ve öncelikle maligniteyi düşündürecek bakımından ilginç olduğu için sunuldu.

*XV. Gevher Nesibe Tıp Günleri, 27-30 Mayıs 1997, Kayseri
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi 38039 KAYSERİ
Pediatri. Araş.Gör.Dr.¹, Y.Doç.Dr.², Doç.Dr.³.

Geliş tarihi: 10 Haziran 1997

OLGU SUNUMU

On üç aylık erkek hasta ateş, öksürük, boyun ve karnında şişlik, iştahsızlık ve kilo alamama şikayetleriyle getirildi. Öyküsünden ilk olarak altı ay önce ateş ve öksürüğün, ardından boynun iki tarafında ve karnında şişliğin başladığı, iştahsızlığı ve kilo kaybının da olduğu, şikayetlerine yönelik olarak verilen tedavilerden fayda görmediği öğrenildi. Aşılarda düzenli yapılmıştı. Anne ve baba sağlıklıydı. Hastamız altı çocuklu ailenin son çocuğuydu. Ailenin üçüncü çocuğu 40 günlükten pnomoniden, dördüncü çocuğu ise lenfomadan kaybedilmiş, diğer çocuklar ise sağlıklıydı. Olgunun teyzesi halen akciğer Tb'u tanısıyla takip edilmekteydi.

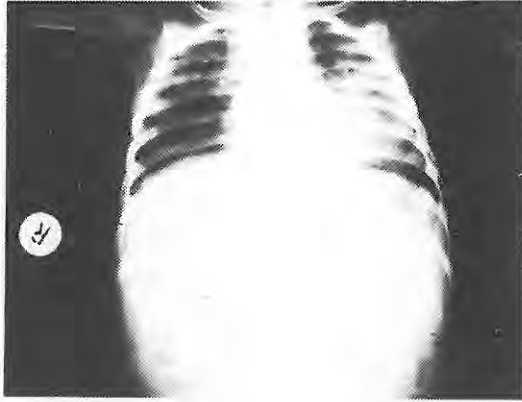
Fizik muayenesinde; ateş 39°C, nabız 140/dk, kan basıncı 100/60 mmHg, solunumu 30/dk, baş çevresi 44.5 cm (3-10P), ağırlık 7800g (3P), boy 73 cm (10-25P) idi. Genel durumu kötü, halsiz ve malnütre görünümde, cilt soluk ve kirli görünümde, cilt altı yağ dokusu azalmış, perinede diaper dermatiti vardı. Ön fontanel 1x1 cm açıklığında, saçları cılız ve kızıl renkte, tonsiller hiperemik ve hipertrofikdi. Bilateral submandibular, submental, ön-arka servikal zincirde ve bilateral inguinal bölgede değişik büyüklüklerde (en büyüğü 2x2 cm) yumuşak kıvamlı lenfadenopatiler tesbit edildi. Solunumu sıkıntılı, interkostal retraksiyonları olan hastanın, akciğerlerinde bilateral krepitanler mevcuttu. Batın normalden bombe idi, karaciğer 4 cm ve dalak 2 cm ele geliyordu. Laboratuvar incelemesinde, hemoglobin 5.7 gr/dl, beyaz küre 19500 /mm³ periferik yaymada parçalı hakimiyeti vardı. Trombositleri yeterli ve kümeli, eritrositler, hipokrom ve mikrositer görünümde, eritrosit sedimentasyon hızı: 104 mm/saat, C - reaktif protein: 75 mg/L bulundu. İdrar muayenesi, kan glukoz düzeyi, kan elektrolitleri, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normaldi. PPD menfi, anti Tb Ig G (+), IgM (-) bulundu. Beyin omurilik

sıvısının (BOS) incelemesinde basınç normal, görünüş berrak, protein 18 mg/dl, glukoz 74 mg/dl, simultane kan glukozu 111 mg/dl bulundu. Kan, dışkı ve BOS kültürlerinde üreme olmadı. İdrar kültüründe iki kez kandida üredi. HIV serolojisi negatif bulundu. Ig A 292 (32-105) mg/dl, Ig M 790 (42-180) mg/dl, Ig G 2820 (620-1529) mg/dl, ön-arka akciğer grafisinde (Resim I) bilateral yaygın retikülogranüler, miliyer ve sol parakardiyak infiltrasyon, ayakta çekilen direk batın grafisinde (Resim II) ise belirgin hava-sıvı seviyeleri gözlemlendi. Boyun lenf nodu ve eksploratif laparotomiyle batından alınan materyalin histopatolojik incelemesi Tb lenfadenit olarak değerlendirildi. Batın ultrasonografisinde karaciğer ve dalak normalden büyük, homojen ekoda, diğer organlar normal değerlendirildi. Batın tomografisinde (Resim III) karaciğer ve dalak normalden büyük ve homojen dansitede, paraaortik sahayı ve abdomenin büyük kısmını dolduran, barsakları iten konglomere lenfadenopatiyle uyumlu kitle lezyonları izlendi.

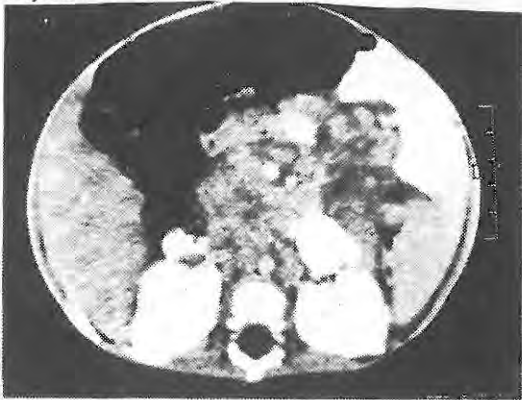
Genel durumu kötü ve antibiyotik kullanma öyküsü olan hastaya, akciğer enfeksiyonuna yönelik olarak piperasilin ve amikasin başlandı. Hemoglobini düşük olduğu için eritrosit süpsansiyonu, malnütrisyonu için de yüksek kalorili diyet verildi. Yatışının onikinci gününde fişkirir tarzda safralı kusmaları başladı, batındaki distansiyonu giderek arttı ve nazogastrik sondadan safralı direnaji oldu. Ayakta çekilen direk-batın grafisinde, hava-sıvı seviyeleri tesbit edildi. Lenfomadan ölen kardeş öyküsünün varlığı ve intestinal obstrüksiyon gelişmesi nedeniyle yapılan eksploratif laparotomide batında malign oluşumu andıran bol lenfadenopati ve intestinal yapışıklık izlendi. Operasyon sırasında perforasyon gelişti ve kolostomi açıldı. Alınan materyalin histopatolojik incelemesi Tb lenfadenit olarak değerlendirildi. Miliyer akciğer görünümüyle birlikte histopatolojik olarak Tb tesbit edildikten sonra izoniazid, rifampisin, streptomisin, pirazinamid ve prednizolon başlandı.



Resim 1. Ön-arka akciğer grafisinde bilateral yaygın retikülogranüler, miliyer ve sol parakardiyak infiltrasyon



Resim 2. Ayakta direkt batın grafisinde hava-sıvı seviyeleri



Resim 3. Batın tomografisinde paraaortik sahayı ve abdomenin büyük kısmını dolduran, barsakları iten konglomere lenfadenopatiyle uyumlu görünüm

TARTIŞMA

Tb basilleri en sık damlacık infeksiyonu şeklinde bulaşır. Hematojen yayılma, hücresel bağışıklığın belirmesinden önce olur ve özellikle süt çocuğu veya küçük çocuklarda görülür. İnfekte çocukların çoğu asemptomatik olup klinik olarak semptom veren vakaların % 90'ı toraks içi yerleşim gösterir. Akciğer Tb'u bulunan hastaların % 90'dan çoğunda lenfadenopati oluşmaktadır (4).

Miliyer Tb, genellikle primer Tb infeksiyonunu izleyen ilk altı hafta içinde gelişir ve tanısı akciğer grafisi ile konur. Tüberkülin testi negatif olabilir (5). Tb tanısı çocuk ve erişkinlerde tüberkülin deri testi, göğüs grafisi, klinik bulgu ve semptomlarla konulur. Her ne kadar son zamanlarda moleküler biyoloji, immünoloji ve kromatografi alanında gelişmeler kaydedildiği göz önünde bulundurulsa da, sonuç çocuklar için pek de ümit verici değildir. Günümüzde daha iyi tanı yöntemlerine ihtiyaç giderek artmıştır (6). Adelusola ve ark (7) 1982-91 yılları arasında Nijerya'da lenfadenopatiyle başvuran 121 çocuk hastadan eksize edilen lenf nodunun histopatolojik incelemesinde, en sık görülme yerinin servikal bölge (% 48), en sık nedenlerin ise Tb, toksoplazma ve histoplazmozise bağlı kronik spesifik inflamasyon (%44), non spesifik lenfadenit (% 31) ve malign tümörler (% 24) olduğunu tespit etmişlerdir. Daha çok kızlarda görülen kronik spesifik lenfadenitin en sık sebebi olan Tb'un, lenfoma ve non hodgkin lenfoma gibi en sık servikal bölgeye lokalize olan malign durumlardan çok iyi şekilde ayırılması gerektiği vurgulanmıştır. Olgumuzun ön-arka akciğer grafisinde bilateral miliyer görünüm vardı. PPD'si menfiydi. Buna karşılık boyunda iki taraflı yaygın şekilde bulunan lenfadenopatilerden alınan biyopsinin histopatolojik incelemesinde Tb tesbit edildi.

Gastrointestinal Tb, infekte balgamın yutulması veya hematojen yayılım ile ortaya çıkar. Mycobacterium bovis' e bağlı gastrointestinal sistem Tb'u süt pastörizasyonunun iyi yapılmadığı ve sığır kontrollerinin olmadığı az gelişmiş ülkelerde

görülür. En sık ileum ve ileoçekal bölgeyi tutar. İlerleyici ülseratif enterit primer enfeksiyondan daha sık sekonder olarak gelişir ve genellikle ilerlemiş akciğer hastalığıyla birlikte görülür. Hem primer hem de sekonder lezyonlar mezenterik ve bazen de retroperitoneal lenf bezlerini tutar. Malignite, ülseratif kolit, "Crohn", ameboma, aktinomikoz ve periapendiküler apse gibi durumlarla ayırılmalıdır. Tb peritoniti daha çok kazeöz mezenterik lenf bezinin rüptüründen veya ülseratif intestinal bir lezyonun yayılımından ileri gelir. Tb peritoniti kural olarak sinsi başlar ve tedrici olarak artan abdominal distansiyon, zayıflık, müphem karın ağrısı, hassasiyet ve düşük derecede ateş ile karakterizedir (8). Primer veya metastatik malignitelerden ayrılmalıdır (5). Olgumuzun bize ilk başvurusunda varolan abdominal distansiyonu giderek arttı. Ardından paraaortik sahadaki yaygın lenfadenopatilerin basısına bağlı kusma ve ileus gelişti. İleus tablosunun bu kadar hızlı gelişmesi ve hastanın öyküsünde lenfomadan ölen kardeşinin olması üzerine yapılan eksploratif laparatomide batında malign oluşumu andıran bol lenfadenopati ve intestinal yapışıklık izlendi. Biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesi Tb lenfadenit olarak değerlendirildi. Olgumuz bu bulgularla gastrointestinal tutulumu ön planda olan miliyer Tb olgusu şeklinde değerlendirildi.

Sonuç olarak; bu makalede, olgumuzda da olduğu gibi batında mekanik ileus gelişen durumlarda batın içi Tb lenfadenitin etyolojide düşünülmesi gerektiği, Tb'un lokalizasyonu ve ağırlık derecesi çok farklı olan klinik bulgulara yol açabilen bir hastalık

olduğu, klinik ve radyolojik olarak maligniteyi taklit edebildiğinden ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmesi gerektiği vurgulanmak istendi.

KAYNAKLAR

1. Kocabaş A. Akciğer Tüberkülozu. *İnfeksiyon hastalıkları (1.baskı). Nobel tıp kitabevi, İstanbul 1996, ss 396 - 443.*
2. Dawid W, Haas Roger M, Des Prez. *Mycobacterium tuberculosis. Principles and Practice of Infectious Diseases (4th ed). C.L. Inc, Newyork 1995, pp 2213 - 2243.*
3. Aygen B, Doğanay M. *Ekstrapulmoner tüberküloz. İnfeksiyon Hastalıkları (1.baskı). Nobel tıp kitabevi, İstanbul 1996, ss 448 - 454.*
4. Neyzi O, Ertuğrul T. *Tüberküloz. Pediatri Kitabı (1. baskı). Nobel tıp kitabevi, İstanbul 1989, ss 615 - 628.*
5. Akhan Aşçıoğlu S, Hayran M. *Tüberküloz. İnfeksiyon Bülteni 1996 ; 1 : 5 - 8*
6. Kahn EA, Starke JR. *Diagnosis of tuberculosis in children : increased need for better methods. Emerg Infect Dis 1995 ; 1 : 115 - 123 .*
7. Adelusola KA, Oyelami AO, Odesanmi WO et al. *Lymphadenopathy in Nigerian children. West African Journal of Medicine 1996 ; 15 : 97 - 100.*
8. Starke J.R. *Tuberculosis. In: Behrman K.A. (ed) Nelson Textbook of Pediatrics (15 th ed). W.B. Saunders Comp, Philadelphia 1996, pp 834 - 847.*