

Abdominal Tüberkülozis

Dr. Ülkü SARITAŞ, Dr. Tülay SARIÇAM, Dr. Vedia MÜFTÜOĞLU, Dr. Musa Recai UZUN,
Dr. Tülin ŞAHİN, Doç.Dr. Ali GÖREN, Prof.Dr. Leziz ONARAN

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği, ANKARA

ÖZET

Abdominal tüberkülozis gastrointestinal traktüs, periton ve mezenterik lenf düğümlerinde gelişebilir. En sık oturduğu yer terminal ileum ve ileoçekal bölgedir. Dünyanın her tarafında görülebilirse de az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde daha sık, gelişmiş batı ülkelerinde daha seyrek.

Retrospektif olarak yapılan bu çalışmada 1981-1989 yılları arasında T.Y.I.H. Gastroenteroloji Kliniğinde yatarak tetkik ve tedavi gören abdominal tüberkülozis tanısı almış 43 olgu gözden geçirilmiştir. 28 olguda periton, 12 olguda ileoçekal bölge ve bunların ek olarak birisinde appendix, 1 olguda ileoçekal bölge ve 1 olguda özofagus, 2 olguda mezenterik lenf düğümleri tutulmuştur. Tanı; 18 olguda laparotomi, 2 olguda tedaviden tanıya, 1 olguda peritonoskopi, 1 olguda endoskopi, 21 olguda da periton biopsisi ile konmuştur. 5 olguda PA akciğer grafisinde fibrokalsifik artıklar ve 2 olguda da tüberküloza ait infiltrasyon görülmüştür.

Ülkemizde tüberküloz hala önemli bir halk sağlığı problemidir. Abdominal tüberkülozis eskiden kabul edildiği gibi sıklıkla pulmoner tüberküloza sekonder olarak değil primer olarak da gelişmektedir.

Anahtar Kelimeler: Abdominal-tüberküloz Peritonoskopi

Tüberküloz dünyanın her tarafında görülebilen bir hastalık olmasına karşın az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde daha sık, gelişmiş batı ülkelerinde ise daha seyrek görülmektedir.

Abdominal tüberküloz (AT) gastrointestinal traktüs, periton ve mezenterik lenf nodlarında

Geliş Tarihi: 20.3.1990

Kabul Tarihi: 20.6.1990

Yazışma Adresi: Dr. Ülkü SARITAŞ
Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi
Gastroenteroloji Patoloji Kliniği

SUMMARY

ABDOMINAL TUBERCULOSIS

Abdominal tuberculosis may involve the gastrointestinal tract, peritoneum and mesenteric lymph nodes. The commonest sites of involvement are the terminal ileum and ileocaecal region. Although it is a disease with worldwide distribution, is uncommon in the west but is still prevalent in developing countries.

This research was made retrospectively and was determined 43 patients with abdominal tuberculosis. Localisation of tuberculosis was in the periton in 28 patients, in the ileocaecal region in 12 patients, in the eosophagus in one patient and in the mesenteric lymph nodes in two patients.

Tuberculosis is still an important public health problem in Turkey. Abdominal tuberculosis is not associated with pulmoner tuberculosis as assumed before.

Key Words: Abdominal-tuberculosis Peritonoscopy

gelişebilir (1). En sık tuttuğu yer terminal ileum ve ilçeokal bölgedir (2). intestinal lezyonlar ülserokonstriktif ince barsaklarda-veya hipertrofik (ileoçekal bölgede) olabilir. Hastalık genç yetişkinlerde daha sık görülmektedir. Kadınlar erkeklerden daha sık olarak hastalığa yakalanırlar. Kronik karın ağrısı, diyare ve malabsorbsiyon ile birlikte ince barsakların ülseratif lezyonları sıktır, ince barsak striktürleri ve hipertrofik ileoçekal lezyonlar subakut intestinal obstrüksiyonlara neden olur. Periton tüberkülozu adezyonlara bağlı subakut intestinal obstrüksiyon veya ascit ile birlikte

**VIII. Türk Gastroenteroloji Kongresinde bildirilmiştir.*

bulunur. Ateş, gece terlemesi, kilo kaybı, iştahsızlık olabilir. Kronik olgularda en sık komplikasyon intestinal obstrüksiyondur. Perforasyon sık değildir.

Hematolojik, immünolojik ve radyolojik testler nonspesifik değişiklikler gösterir. Direkt batin grafisinde dilate barsak lupları, sıvı seviyeleri, ascit, kal-sifiye lenf nodları veya enterolitler görülebilir. Gastrointestinal traktüs lezyonları kontrast grafilerle gösterilebilir.

Tüberküloz Crohn hastalığı ile çok karışır ve sıklıkla ayırt etmek güçlük gösterir. Ascitli olgularda ascit sıvısının biyokimyasal bakteriyolojik ve sitolojik tetkiki tanıda yardımcı olabilir.

Biopsi olanağı var ise (endoskopik, perkütan veya laparoskopi ile) kesin tanı konabilir. Yine de bir çok olguda tanısız laparotomi gerekebilir (3).

GEREÇ VE YÖNTEM

1981-1989 tarihleri arasında T. Y. İ. H. GE kliniğinde yatarak tetkik ve tedavi gören 43 olgu değerlendirildi ve konuyla ilgili literatür gözden geçirildi. Bütün hastalarda öykü, fizik inceleme, hematolojik ve biokimyasal tetkikler, akciğer grafisi, direkt batin grafisi, PPD, ultrasonogram yapıldı. Gastrointestinal traktüsün kontrast radyolojik tetkikleri, asit sıvısının biokimyasal, bakteriyolojik ve sitolojik incelemeleri, gaitada AARB, endoskopik biopsi, periton biopsisi, laparoskopik biyopsi ve tanısız yaparotomi tanıda başvurduğumuz diğer incelemelerdi.

BULGULAR

43 olgunun 24'ü (% 55.8) kadın, 19'u (% 44.8) erkekti. Yaşları 14-70 arası olup ortalama 37.7 yıldır.

28 olgu karın şişliği, 3 olgu gaz-gaita çıkaramama, 6 olgu ishal, 1 olgu yutma güçlüğü ile başvurdu. Olguların hemen hepsinde ortak semptomlar halsizlik, ateş ve kilo kaybı idi.

Fizik inceleme: 25 olguda karında serbest sıvı, 4 olguda karın sağ alt kadranda kitle saptandı. 1 olguda gato yapmış barsak lupları palpe edildi. 3 olgu gaz-gaita çıkaramıyordu ve ileus tablosunda idi. Karın bombe olup, barsak sesleri artmıştı. Solunum sistemi muayenesinde 1 olguda bilateral plevral sıvıya alt matite ve her iki akciğer sahasında yaygın kreptan railer vardı.

Hematolojik ve biokimyasal incelemeler sonucunda (Tablo 1) 22 olguda sedimantasyon hızı yüksekliği (ortalama 60 mm/saat), 30 olguda nötropeni ve lenfositoz vardı. 30 olguda hemoglobin 11 gr/dl.'nin

Tablo 1. Olguların Patolojik Laboratuvar Bulguları

Patolojik Laboratuvar Bulguları	Olgu Sayısı	%
Yüksek sedimantasyon hızı	22	51.16
Lenfositoz + Anemi	30	69.76
PPD(+)	14	32.55
Eksüde niteliğinde ascit	25	58.14
Patolojik çift kontras lavmanlı		
kolon grafisi	5	11.62
PA Akciğer grafisinde infiltrasyon	2	4.65

altında olup, anemi normokrom normositer tipde idi. Ascitli olgularda ascit sıvısının biokimyasal incelemesinde protein miktarı ortalama 3.5 gr/dl ve dansite 1018 idi. Hücre tipi lenfosit zengindi. Bakteriyolojik incelemede direkt preparatta AARB görülmedi ve nonspesifik kültürde üreme olmadı. Spesifik kültür sonuçlarına ait veri elde edilemedi. PPD 14 olguda (% 33) pozitif bulundu.

Radyolojik incelemelerde: 5 olguda PA akciğer grafisinde fibrokalsifik artıklar, 2 olguda her iki akciğer üst zonda infiltratif görünüm ve bunlardan birisinde ek olarak bilateral plevral sıvı görüldü. Plevral sıvı eksüda niteliğinde idi. Subileuslu 3 olgunun direkt karın grafilerinde hava-sıvı seviyeleri vardı. 5 olguda çift kontrast tekniğe çekilen lavmanlı kolon grafilerinde çekimde dolma defekti ve kenar düzensizliği, 1 olguda terminal ileumda daralma vardı. Yutma güçlüğü ile başvuran 1 olguda ozo-fagus pasaj grafisinde ozo-fagus orta bölüm ön duvarında konturde düzensizlik ve çok süratli boşalan suspekt bir takıntı dikkati çekmekte idi.

Endoskopik incelemelerde: Yutma güçlüğü olan olguda ozo-fagus 25. cm'de üzeri ülsere polibe oluşum görüldü. Biopsi alındı ve histopatolojik inceleme sonucu tüberküloz granülasyon dokusu olarak rapor edildi. Kolonoskopi yapılan 1 olguda sağ kolon üst bölümünde tümoral oluşum görüldü ve daha ileriye geçilemedi. Biopsi alındı, patolojisi iltihabi olay şeklinde rapor edildi. Olgu cerrahiye verildi. Laparotomi ve sağ hemikolektomi yapıldı. Cerrahi materyalin histopatolojik tetkiki tüberküloz granülasyon dokusu olarak rapor edildi.

Ultrasonografi yapılan olguların 14'ünde fibrin bantları ile bölünmüş septalı ascit ve fiks barsak lupları, 2 olguda splenomegali, 1 olguda yaygın lenfadenopati görüldü.

Ascitli olgularda periton biopsisi yapıldı. 21 olguda histopatoloji tüberküloz granülasyon dokusu

Tablo 2. Olgularda tüberkülozun lokalizasyonu

Yerleşim Yeri	Olgu Sayısı	%
Periton	28	65.11
İleoçekal bölge (Birisinde ek olarak appendix)	12	2.32
Özofagus	1	4.65
Mesenter lenf nodu	2	9.3

Tablo 3. Olgularımızda kullanılan tanı yöntemleri

Tanı Yöntemi	Olgu Sayısı	%
Laparotomi	18	41.86
Peritan biopsisi	21	48.8
Endoskopi	1	2.32
Peritonoskopi	1	2.32
Tedaviden tanıya	2	4.64

olarak rapor edildi. 1 olguda peritonoskopi yapıldı ve biopsi alındı. Bunun histopatolojisinde tüberküloz granulasyon dokusu idi. Kesin tanı konamayan 18 olgu cerrahiye verildi. Bunlarda cerrahi yoldan elde edilen materyelin histopatolojik incelenmesi ile tüberküloz tanısı kondu.

Komplikasyon olarak 3 olguda subileus görüldü.

43 olguda abdominal tüberkülozun yerleşimi şöyle idi (Tablo 2): 28 olguda periton (% 65.11), 12 olguda ileoçekal bölge (% 28) ve bunlardan birinde ek olarak appendiks, 1 olguda ozafagus, 2 olguda mezenter lenf nodları.

Abdominal tüberküloz tanısı 21 olguda periton biopsisi (% 50), 18 olguda tanısal laparotomi (% 41.86), 1 olguda peritonoskopi, 1 olguda endoskopi ile elde edilen materyalin histopatolojik incelemesi ile kondu. 2 olguda tedaviden tanıya gidildi. Toplam 25 olguda preoperatif (% 59) olarak tüberküloz tanısı kondu (Tablo 3).

TARTIŞMA

Abdominal tüberküloz nadir olmayan bir hastalıktır. Ülkemizde de sık görülmektedir. Hastalığın görüldüğü ortalama yaş 31 yıl olarak bildirilmiştir ve kadınlarda daha siktir (4). Bizim serimizde ortalama yaş 37,7 yıl olup olguların % 55.8'i kadındır. Pulmoner tüberküloz ile birlikte bulunuşu sık değildir (4). Bizim olgularımızın ikisinde aktif akciğer tüberkülozu bulunmuştur.

Semptomlar halsizlik, gece terlemesi, iştahsızlık, kilo kaybı gibi genel semptomlar yanında; karın şişliği,

karın ağrısı, ishal veya kabızlık, karında ele gelen kitle, kusma, gaz-gaita çıkaramama gibi gastrointestinal sistemi ilgilendiren semptomlar olabilir. Olgularımızın bir çoğunda bu semptomların bir veya birkaçı birlikte vardı.

Fizik incelemede ascit yaklaşık hastaların yarısında görülür. Ancak bu oran abdominal tüberkülozun lokalizasyonuna göre çeşitli serilerde farklılık gösterebilir. Karında palpe edilebilir bir kitle olabilir. Bu kitle ya hiperplastik çekum tüberkülozuna ya omentuma veya büyümüş lenf nodlarına ait olabilir. Bazan de barsak lupları bir araya toplanarak bir gato oluşturabilirler. Barsak tıkanması olan olgularda meteorizm vardır. Barsak sesleri artmıştır. Peristaltik hareketler gözle de görülebilir.

Hematolojik incelemelerde mormokrom normositer anemi, sedimantasyon hızı yüksekliği, nötropeni ve lenfositoz görülür. Ascit sıvısı eksüde niteliğindedir ve hücre tipi lenfositten zengindir.

PPD olgularımızın % 33'ünde pozitif bulunmuştur. Bu oran literatüründe % 70 olarak bildirilmektedir (10).

Tüberküloz da kesin tanı histopatolojik incelemelerde tüberküloz granulasyon dokusunun görülmesi ya da Koch basilinin tesbiti (direkt preparat veya spesifik kültür) ile konur. Bu incelemeler için materyel periton sıvısından, peritondan, cerrahi materyelden, endoskopi sırasında görülen lezyonlardan elde edilebilir. Ülsere kolon lezyonlarından kolonoskopi ile elde edilen materyelden AARB'nin spesifik kültürde üretilme oranı % 69 olarak bildirilmektedir (9). Basilin kültürde üreme süresi ortalama 6 haftadır ve bu yöntem hızlı tanı için uygun yöntem değildir.

Gastrointestinal kanalın endoskopik incelenmesi lezyonu görmek, patolojik ve bakteriyolojik incelemeler için materyel almak yönünden oldukça yararlı yöntemdir (9). Özofagus tüberkülozlu olgumuzda tanı endoskopi ile konmuştur. Üst gastrointestinal sistem lezyonlarında endoskopi daha kolay ve yararlı bir yöntemdir, ileoçekal lezyonlarda kolonoskopi bu bölgeye ulaşmak, lezyonu görüp, materyel almak çoğu kez mümkün olmamaktadır.

Tüberküloz tanısında radyolojik incelemeler de oldukça yararlı bilgiler verir, intestinal obstrüksiyon olan olguların direkt karın grafilerinde hava-sıvı seviyeleri görülür. 3 subileuslu olgumuzun üçünde de direkt karın grafilerinde hava-sıvı seviyeleri görülmüştür. Kolon ve ince barsakların kontrast - radyolojik incelemelerinde ince barsaklarda striktürler, ileoçekal valv de obliterasyon, çekum ve çıkan kolon-

da deformite ve dolma defektleri görülebilir. Literatürde ince barsak graflerinde % 51, kolon graflerinde % 54 oranında patolojik görüntüler bildirilmiştir (5,7,8). Bizim serimizde 12 ileoçekal tüberküloz olgusunun 5'inde (% 41.5) kontrast graflerde ileoçekal bölgede patoloji saptanmıştır.

Ultrasonografide septalı ascit, fikse barsak lüpları ve lenfadenopatiler görülebilir. 14 olgumuzda ultrasonografide bu bulgular görülmüştür.

CT'de kalınlaşmış periton, ascit ve ortasında nekroza bağlı düşük dansiteli alan bulunan genişlemiş mezenterik lenf düğümleri görülebilir. Ancak tüberküloz tanısı için başvurulacak spesifik bir yöntem değildir.

Periton tüberkülozu tanısında periton biopsisi önemli bir yer tutar. Literatürde periton biopsisinin diagnostik değeri % 88 olarak bildirilmiştir (2). Bizim serimizde 28 periton tüberkülozlu olgunun 21'inde tanı periton biopsisi ile konmuştur (% 75.5).

Klinik, laboratuvar ve radyolojik bulgular ile tüberküloz düşünülen ancak histopatolojik ve ya bakteriyolojik veriler ile tüberküloz için spesifik bulgu elde edilemeyen olgularda tedaviden tanıya gidilebilir (8). 2 olgumuzda tedaviden tanıya gidilmiştir.

Abdominal tüberkülozda özellikle ince ve kalın barsak lezyonlarında preoperatif klinik tanı oldukça zordur. Literatürde barsak tüberkülozunda preoperatif tanı oranı % 0-1 arasında verilmektedir. Bizim serimizde 12 barsak tüberkülozlu olgunun hepsinde tanı laparotomi ile konmuştur.

Tüm abdominal tüberküloz olguları dikkate alındığında preoperatif tanı oranı literatürde ortalama % 43 olarak bildirilmiştir (5,7,9). Bizim serimizde bu oran % 58'dir.

Abdominal tüberküloz Crohn hastalığı ile çok karışır ve çoğu kez bu iki hastalığı ayırt etmek mümkün olmayabilir. Tüberkülozda histopatolojik incelemelerde kazeifikasyon nekrozu görülmesi ayırıcı tanı da önemlidir.

Abdominal tüberkülozun yerleşim- yeri literatürde % 70 ileoçekal, % 30 periton olarak bildirilmektedir (1,2,3,4,10,11). Bizim serimizde periton tutulması % 65.11 oranı ile 1. sırayı almış, ileoçekal tutulum oranı % 28 olarak bulunmuştur. Bu tersliğin nedeni ileoçekal lezyonların daha çok tıkayıcı tipte lezyon oluşturması ve böyle olguların cerrahi bölümlere başvurmaları, as-

citli olguların ise tetkik için daha çok gastroenteroloji kliniğine başvurmaları ile açıklanabilir.

Tüberküloz tanısında histopatolojik ve bakteriyolojik incelemeler için materyet elde edilmesi son derece önemlidir. Endoskopi ve girişimci ultrasonografinin geniş kullanım alanı bulması ile preoperatif tanı koyma oranı artacaktır (12). Tüberküloz ülkemiz için önemli bir halk sağlığı problemi olduğundan ascitli olgularda, iltihabı barsak hastalığı düşünülen olgularda ayırıcı tanıda akla ilk gelen isim olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Kapoor VK, Sharma I K: Abdominal tuberculosis. Br J Surg 75: 2-3, 1988.
2. Singh MK: Tuberculosis of the appendix: a report of 17 cases and a suggested aetio-pathological classification. Postgraduate Med J 63: 855-857, 1987.
3. Chaudhary A, Gupta NM: Colorectal tuberculosis. Dis Colon Rectum 29: 738-41, 1986.
4. Haddad FS, Ghossam A, Sawaya fi, Nelson AR: Abdominal tuberculosis. Dis Colon Rectum 30: 724-735, 1987.
5. Sherman S, Rohwedder JJ: Tuberculous enteritis and peritonitis: report of 36 general hospital cases. Arch Intern Med 140: 506-508, 1980.
6. Sakai Y: Colonoscopic diagnosis of the intestinal tuberculosis. Mater Med Pol 11: 275-278, 1979.
7. Das P, Shukla US: Clinical diagnosis of abdominal tuberculosis. Br J Surg 63: 941-946, 1976.
8. Kolawole TM, Lewis EA: A radiologic study tuberculosis of the abdomen. AJR 123: 348-58, 1975.
9. Hoon JR, Bockerty MB-Pemberton J: Collective review, ileocecal tuberculosis including comparison of this disease with nonspecific regional enterocolitis and noncaseous tuberculated enterocolitis. Int Abst Surg. 60: 417-440, 1950.
10. Mathis G, Dirshmid K: Tuberculous Gastric Ulcer. Endoscopy 19: 133-135, 1987.
11. Subei I, Atter B: Primary gastric tuberculosis: Acese report and literature review Am J Gastroenterol Vol: 82, 8, 769, 1987.
12. Bretholz A, Strasser H, Knoblauch M: Endoscopic diagnosis of ileocecal tuberculosis. Gastrointest. Endosc. 24: 250-251, 1978.