

# Perinatal Tüberküloz

PERINATAL TUBERCULOSIS

Yard.Doç.Dr.Cengiz YAKINCI\*, Dr.Ünsal ÖZGEN\*, Doç.Dr.Hüseyin ÜSTÜN\*\*, Dr.Cahit TAHTALI\*\*\*

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi 'Pediatri, "Patoloji, "Radyoloji ABD, MALATYA

## ÖZET

*Perinatal tüberküloz, konjenital ve postnatal tüberkülozu kapsar. Bu makalede perinatal tüberküloz tanısı konulan 2 aylık kız çocuğu, nadir görülmesi nedeniyle sunulmuş ve literatür ışığında tartışılmıştır.*

Anahtar Kelimeler: Perinatal tüberküloz

T Klin Pediatri 1993, 2:117-118

## SUMMARY

*Perinatal tuberculosis comprises the congenital and postnatal tuberculosis. In this article, a 2 month old-girl with perinatal tuberculosis was presented and discussed under the light of recent literature.*

Key Words: Perinatal tuberculosis

Anatolian J Pediatr 1993, 2:117-118

Perinatal tüberküloz; İntrauterin dönemde umbilikal ven yoluyla veya amniotik mayinin aspirasyonu, doğum sırasında ise enfekte amniotik sıvının veya sekresyonların aspirasyonu, doğumdan hemen sonra da inhalasyon veya enfekte anne sütünün alınmasıyla oluşan, oldukça nadir görülen bir klinik tablodur. Tanımdan da anlaşılacağı gibi, perinatal tüberküloz konjenital ve postnatal tüberküloz kavramlarını da içermektedir (1).

Konjenital tüberküloz terimi bebeğin sadece intrauterin döneminde Mycobacterium tuberculosis ile enfekte olmasını tanımlamaktadır. Kesin insidansı bilinmemekle birlikte konjenital tüberküloz olarak dünya literatüründe 300'den az vaka yayınlanmıştır (2).

## VAKA TAKDİMİ

SB, iki aylık kız çocuk solunum sıkıntısı şikayetiyle İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi'ne getirildi. Hikayesinden 45 gündür öksürüğünün, üç gündür solunum sıkıntısının olduğu, doğar doğmaz BCG aşısının yapıldığı, babasının düzensiz tüberküloz tedavisi gördüğü öğrenildi.

Geliş Tarihi: 25.2.1993

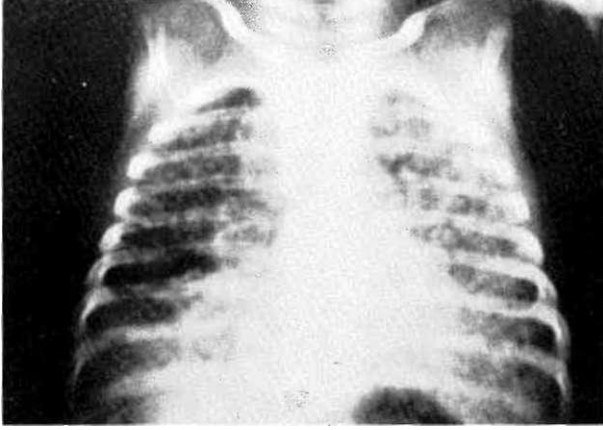
Kabul Tarihi: 19.7.1993

Yazışma Adresi: Yard.Doç.Dr.Cengiz YAKINCI  
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri  
ABD, MALATYA

Fizik incelemede; ateş 36.8 °C, nabız 140/dk, solunum 55/dk, ağırlık 4400 g, boy 57cm, baş çevresi 37cm idi. Genel durumu orta, dispneik, burun kanatları solunuma katılıyor, interkostal ve subkostal çekilmeleri vardı. Dinlemekle akciğerlerde yaygın ralleri vardı. Karaciğer 8cm, dalak 5 cm ele geliyordu.

Laboratuvar incelemede; Hb 9.79/dl, BK 18000/mm<sup>3</sup>, trombosit 55000/mm<sup>3</sup>. Periferik yaymada %56 nötrofil ve %44 lenfosit vardı, eritrositler normokrom normositerdi. idrar tetkiki normal, SGOT 35IU, SGPT 165 IU, PT 20" (N 15"), APTT 36" (N 23-45") idi. Akciğer grafisinde, her iki akciğer sahasının tamamında yaygın nodüler dansite artımları (milier görünüm) ve sağ parakardiyal bazalde içerisinde hava bronkogramı ihtava eden infiltratif dansite artımı mevcuttu (Şekil 1). Açlık mide suyunda Zeihl Nielsen ile boyamada bol miktarda ARB görüldü ve Lovvenstein basiyerinde tüberküloz basili üredi. Karaciğer iğne biopsisinin mikroskopik incelemesinde bir kaç odakta epitelioid histiositler, lenfositler ve Langhans tipi dev hücrelerden oluşan ve yer yer kazeifikasyon nekrozu içeren tüberkülozla uyumlu granülomatöz yapılar izlendi.

Kranial ve abdominal CT normaldi. Kemik iliği ve BOS'da ARB görülmedi ve tüberküloz basili üremedi. BOS incelemesi normal, tüberkülin deri testi menfi idi. Annenin klinik semptomu yoktu. Akciğer grafisi ve sedimentasyon normal sınırlardaydı. Tüberkülin deri testi 30 mm idi.



Şekil 1. Her iki akciğerde milier görünüm, sağ parakardiyal pulmonik infiltrasyon

Babaya 4 ay önce aktif akciğer tüberkülozu tanısı konulmuş ve tedavi başlanmış, fakat ilaçları düzenli kullanmamıştı.

Hasta servise yatırıldı. Oksijen verildi. Rifampisin 20mg/kg/gün, izoniazid 20mg/kg/gün tek dozda oral, streptomisin 30mg/kg/gün tek dozda İM, prednizolon 2mg/kg/gün dört dozda oral başlandı. Genel durumu 2 hafta içinde düzelen, muayenede karaciğerinde küçülme saptanan hasta ilaçlarına devam etmek kaydıyla taburcu edildi ve takibe alındı. Anneye İzoniazid profilaksisi başlandı. Babaya ilaçlarını düzenli kullanılması önerildi.

## TARTIŞMA

Beitzke'nin, 1935 yılında ortaya koyduğu konjenital tüberküloz tanı kriterlerinin (3) (annenin tüberküloz olması, enfeksiyonun intrauterin bulaştığının gösterilmesi, doğumdan sonra gerekli izolasyonla tüberküloz basılıyla karşılaşmaması) zamanımızda uygulanabilirliği azalmıştır. Bunun nedenleri; (1) yaşama oranının yükselmesi, ayrıca konjenital tüberkülozun kan yolu dışında amniotik sıvının Intrauterin veya doğum sırasında bebek tarafından aspire edilmesiyle de oluşabilmesi karaciğerde primer kompleksin gösterilmesini olanaksızlaştırmıştır (2). Doğumda annenin hastalığı bilinmediği için bebekle annenin ayrılması nadiren gerçekleşmektedir (3). Konjenital tüberküloz ile erken yenidoğan tüberkülozunun ayrılması oldukça zordur. Ayrıca belirtmek gerekir ki bu ayırımın sadece epidemiyolojik önemi vardır çünkü her ikisinin de klinik seyri, tedavisi ve erken prognozunda belirgin farklılık yoktur (4,5).

1952 yılından sonra rapor edilen 26 Konjenital tüberkülozlu vakanın analizinde (4,5) klinik semptomların, hastamızda olduğu gibi en sık doğumdan sonraki üçüncü ve dördüncü haftada ortaya çıktığı ve en sık görülen semptomun da solunum zorluğu olduğu anlaşılmaktadır. Hepatosplenomegali hastaların yaklaşık yarısında saptanmaktadır. Gelişme geriliği, sarılık ve santral sinir sistemi belirtilerinin ise sanıldığı kadar sık olmadığı bildirilmektedir. Benzer şekilde hastamızda da hepatosplenomegali vardı. Gelişme geriliği, sarılık ve santral sinir sistemi belirtileri yoktu.

Konjenital tüberkülozlu hastaların akciğer grafilerinde sıklıkla hastamızda olduğu gibi miliyer görünüm vardır ve tüberkülin deri testi negatiftir (2). Teşhis için gerekli olan Mycobacterium tuberculosis'in üretilmesi veya direkt ARB'in görülmesi ise en sık açlık mide suyunun incelenmesiyle olmaktadır (4). Biz de tüberküloz tanısını bu yöntemle koyduk.

Hastamızda, enfeksiyonun intrauterin olarak mı, yoksa doğumdan sonra temasla anne ya da babadan mı alındığı kesin olarak gösterilemedi. Bu nedenle hastamızın tanısında konjenital tüberküloz yerine perinatal tüberküloz terimini kullandık.

Günümüzde perinatal tüberküloz başarı ile tedavi edilebilmektedir. Yalnız tedaviye cevap yavaştır, akciğer, karaciğer ve kaslarda yaygın kalsifikasyonlarla sonuçlanabilir (1). Hastamızda da tüberküloz tedavisine başlandıktan sonra kısa bir süre sonra tedaviye olumlu cevap alındı.

Sonuçta, perinatal tüberkülozu önlemek için, aktif veya inaktif tüberkülozlu aile fertlerinin ve bilhassa annenin bebek doğmadan önce tedavi edilmesi ve doğumdan sonra bebeğin hemen izole edilmesinin gerekli olduğu görülmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Göçmen A. Çocukluk dönemi tüberkülozu. *Katkı Petiatri Dergisi* 1992; 13(1):22-29.
2. Snider DE, Bloch AB. Congenital tuberculosis. *Tubercle* 1984; 65:81-2.
3. Beitzke H. Über die angeborene tuberkulose infektion. *Ergeb Ges Tuberk Forsch* 1935; 7:1-30.
4. Hageman J, Shulman S, Schreiber M, Luck S, Yogev R. Congenital tuberculosis: Critical reappraisal of clinical findings and diagnostic procedures. *Pediatr* 1980; 66(6): 980-83.
5. Bate TWP, Sinclair RE, Robinson MJ. Neonatal tuberculosis. *Arch Dis Child* 1986; 61:512-14.