

Akciğer Tüberkülozlu Bir Peliozis Hepatis Vakası

PELIOSIS HEPA TIS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS: A CASE REPORT

Hakan YÜCEYAR*, Serhat BOR*, Oktay TEKESİN*, Gül YÜCE**, Ahmet MEMİŞ

* Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji BD,

** Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji ABD,

*** Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyodiagnostik ABD., İZMİR

ÖZET

Anti- tüberkülotik tedavi sırasında serum bilirubin, alanin transaminaz ve aspartat transaminaz yüksekliği ve sarılığın değerlendirilmesi amacı ile 23 yaşındaki bir erkek hasta hastanemize kabul edildi. Hasta androjenik-anabolik steroid veya peliosis hepatis etiyolojisinde sorumlu olabilen diğer ilaçları kullanmadığını belirtti. Dopler ultrasonografi, tomografik tetkik ve abdominal anjiyografi uygulandı ve peliosis hepatis tanısı için patolojik herhangi bir bulgu demonstre edilmedi. Karaciğer biyopsisi histopatolojik bulguları ile tanı konuldu. Literatürde hastanın kullandığı anti-tüberkülotik ilaçlar ile peliosis hepatis arasında bir ilişki bulunmadığı görüldü. Böylece vakamızda peliosis hepatisin etiyolojik faktörü için akciğer tüberkülozu düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: Peliosis hepatis, Tüberkülozis

T Klin Gastroenterohepatoloji 1995, 6:277-279

Peliosis hepatis karaciğer parakiminde çok sayıda kanla dolu kistik boşluklar ile karakterize olan nadiren karşılaşılan karaciğerin vasküler bir lezyondur(1). Etiyoloji bilinmemektedir ve genellikle teşhisi otopside rastlantı olarak konulmaktadır. Kliniğimize sarılık ile başvuran ve akciğer tüberkülozu teşhisi ile anti-tüberkülotik ilaçlar kullanmış olan, anamnezinde akciğer tüberkülozu dışında bilinen başka bir etiyolojik faktörün bulunmadığı bir peliosis hepatis vakasını sunuyoruz.

VAKA TAKDİMİ

Bölgesel bir hastanede akciğer tüberkülozu teşhisi ile anti-tüberkülotik tedavi uygulanması sonrası serum

Geliş Tarihi: 24.2.1995

Yazışma Adresi: Dr. Hakan YÜCEYAR
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Gastroenteroloji BD, Bornova/İZMİR

T Klin J Gastroenterohepatol 1995, 6

SUMMARY

A 23-yr old man who was admitted to our hospital for evaluation of jaundice and elevated serum bilirubin, alanine transaminase and aspartate transaminase during the course of the anti-tuberculous therapy.

He denied the use of androgenic-anabolic steroids or other drugs which may be responsible for the etiology of peliosis hepatis. Doppler ultrasonography, tomographic examination and abdominal angiography were performed to him and did not demonstrate any pathologic findings for the diagnosis of peliosis hepatis. The diagnosis confirmed by histopathological findings of the liver biopsy. In the literature, there was no relationship between peliosis hepatis and the anti-tuberculous therapy which had been used by the patient. So we could think tuberculosis was the etiologic factor of peliosis hepatis in our case.

Key Words: Peliosis hepatis, Tuberculosis

Turk J Gastroenterohepatol 1995, 6:277-279

alanin transaminaz, aspartat transaminaz ve bilirubin değerleri yükselerek sarılık gelişen 23 yaşındaki erkek hasta değerlendirilmek üzere hastanemize kabul edildi.

Vakaya Ağustos 1993'de akciğer tüberkülozu teşhisi konması sonrası, tedavi olarak rifampisin, isoniazid ve etambutolün 6 ay boyunca verilmiş olduğu anamnezde öğrenildi. Sarılık Aralık 1993'te ortaya çıkması üzerine Şubat 1994'te kullandığı ilaçlar kesilmiş. (İlk önce rifampisin, 1 ay sonra sarılığın azalmaması üzerine diğer ilaçlar). Bu devrede laboratuvar değerleri direkt bilirubin 4,8 mg/dl, indirekt bilirubin 4,2 mg/dl, aspartat transaminaz 45 U/L, alanin transaminaz 100 U/L, alen fosfataz 12 king armstrong Ü (KAÜ) olarak tesbit edilmiş.

Vakanın anamnezi dikkatlice gözden geçirilmesine rağmen androjenik steroidler gibi peliosis hepatis gelişmesine sebep olabilecek hiç bir ilacı kullanmadığı öğrenilmiştir.

277

Vaka 178 cm. boyunda ve 64 kg ağırlığında bulunmuştur. Kan basıncı 110/75 mm Hg, nabız 88 atım/dakika tesbit edilmiştir. Kot kavsini 3 cm kadar geçen orta sertlikte ve kunt kenarlı bir hepaıomegali tesbit edilmiş, splenomegali bulunmamıştır. Karın muayenesinde abdominal hassasiyet ve kitle tesbit edilmemiştir. Diğer fizik muayene bulguları normal olarak değerlendirilmiştir. Akciğer radyogramında patolojik bir değişiklik tesbit edilmemiştir. Batın ultrasonografisinde kot kavsini 3 cm. kadar geçen, hafif düzeyde artmış bir ekojenite gösteren hepatomegali dışında bir patolojik değişiklik dikkati çekmemiştir.

Vakanın hastanemize kabulü sırasındaki laboratuvar testleri ise şöyledir: Aspartat transaminaz 38-35 U/L, alanin transaminaz 80-70 U/L, alkalen fosfataz 14-14,5 KAU, total bilirubin 9-8,8 mg/dl, direkt bilirubin 4,8-4,3 mg/dl, prtrombin zamanı 12 saniye, total protein 9-7,5 g/dl, albumin 4,3-3,7 g/dl bulunmuştur. Protein elektroforezinde hafif düzeyde bir hipergamaglobulinemi tesbit edilmiştir. Hepatit göstergeleri A hepatiti geçirmişliği dışında B ve C hepatiti yönünden negatif tesbit edilmiştir. Periferik kan yaymalarında eozinofili saptanmamış ve normal tesbit edilmiştir.

Karaciğer biyopsisi teşhis amacı ile hastaya uygulanmıştır. Biyopsi sonrası hastada herhangi bir komplikasyon veya ağrı tesbit edilmemiş iken doppler ultrasonografinin biyopsiden iki gün sonra karaciğer ve portai sistemin yeniden değerlendirilmesi amacı ile çekilmesi sırasında karaciğer sağ lobunun inferior kısmında ve sağ böbreğin ön bölümünde 7x2 cm ebatında hematoma tesbit edilmiştir.

Daha önceden bulunmayan bu patolojinin karaciğer biyopsisine bağlı olduğu düşünülmüştür. Hematom ultrasonografi ile takibinde 1 ay sonra kaybolduğu tesbit edilmiştir.

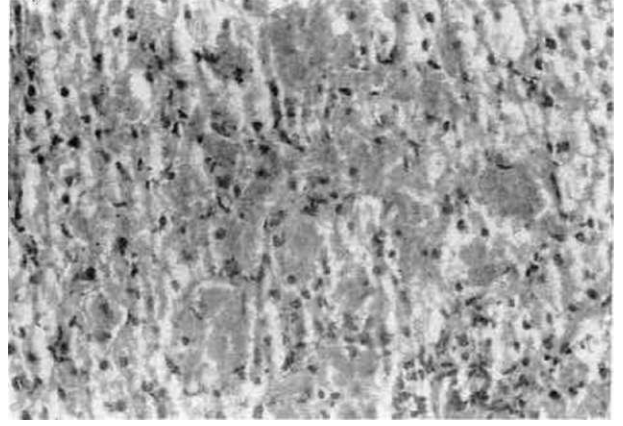
Histopatolojik değerlendirmede peliozis hepatise ait değişiklikler tesbit edilmiş olup Şekil 1'de gösterilmiştir. Bu teşhisin konması üzerine batın tomografisi çekilmiş fakat peliozis hepatise ait olabilecek herhangi bir patolojik değişiklik tesbit edilmemiştir.

Hasta bu teşhis ile taburcu olduktan sonra takibe alınmış ve 1 ay sonra total bilirubininin 13 mg/dl'e çıkması, sarılığın artması üzerine tekrar yatırılarak çölyak anjiyografi uygulanmıştır. Anjiyografide peliozise ait bir patolojik değişiklik tesbit edilmemiştir. Yatak istirahati ve diyet ile takip edilen hasta total bilirubin değerinin 9 mg/dl 'e inmesi üzerine taburcu edilmiştir.

Hasta halen iki aylık aralar ile takip edilmektedir. Serum total bilirubin değerlerinin %20 mg/dl düzeylerinde seyretmesi üzerine karaciğer transplantasyonu ihtimali yönünden değerlendirilmektedir.

TARTIŞMA

Peliozis hepatise nadiren rastlanan bir vasküler lezyondur. Wagner tarafından ilk kez 1851 yılında bildirildiği ifade edilmektedir(1). Kanla dolu kistik yapılar rüp-



Şekil 1. Karaciğer biyopsisinde histopatolojik değişiklikler. Kanla dolu pekçok kistik yapılar.

Tablo 1. Peliozis hepatiste bildirilen etiyolojiler (1)

Anabclik steroidler
Kardiyak ve renal transplantasyon sonrası
Kronik tüketici hastalıklar
Tüberküloz, lepra
Malignite
AİDS
Arsenik
Vinyl Chlorid
Thorotrast
Kortikosteroidler
Sistemik ağır zincir depolanma hastalığı
Diabet
Spru
Tamoxifen
Nekrotizan vasküit

türe olmadıkça ve bunun sonucunda cerrahi eksplozasyon uygulanmadıkça peliozis nadiren tanınır. Genellikle teşhis rastlantı sonucu otopsi sırasında konur. Peliozisin otopsi insidansı 1000 vakada 1 ile 10.000 vakada 1 gibi geniş bir dağılımda bildirilmiştir (1).

Son zamanlara kadar peliozis hepatise vakaları tüberküloz ve özellikle lenfoma ile karsinomatozis gibi terminal kaşeksi vakaları ile ilişkili olarak bildirilmiştir(2). Şimdilerde ise peliozis oral kontraseptif ve androjenik steroid tedavisi ile ilişkili olarak bildirilmektedir (3,4). Ayrıca hepafosellüler neoplazmlarda (3), renal transpiantlarda azotioprin kullanımına bağlı olduğu düşünülen (5) vakalarda da sıklıkla ve danazol ile glukokortikoid kullanımda(6) peliozis ile karşılaşıldığı belirtilmektedir (3). Peliozise benzer bir değişiklik A hipervitaminozunda ve steroid salgılayan adrenal tümörlü bir çocuk vakada da bildirilmiştir (4). Peliozis hepatise etiyolojisinde bildirilenler topluca Tablo 1'de (1) gösterilmiştir. Vakamızda ise akciğer tüberkülozu dışında bu etiyolojik faktörlerden herhangi biri ile karşılaşılmama-

mistir. Anti-tüberkülotik ilaçlar ile peliozis gelişimi arasında ise bu zamana kadar etiyolojik bir ilişki bildirilmemiştir (1). Vakamızda anti-tüberkülotik ilaçlara bağlı toksik hepatitten klinik olarak kuşkulandırılmasına rağmen karaciğer biyopsisinde bu yönde bir bulgu ile karşılaşılmamıştır. Bu nedenler ile vakamızda peliozis hepatitis gelişiminden akciğer tüberkülozu sorumlu tutulmuştur.

Peliozis hepatitis 0,2 cm'den birkaç cm çapa kadar değişen, özel bir lobüler tokaltzasyonu göstermeyen, çok sayıda kanla hepatik boşluklar ile karakterdedir (3). Histopatolojik olarak iki tip peliozis hepatitis tanımlanmıştır (2). Bunlardan biri, karaciğer hücre nekrozu ve retikuler ağ destrüksiyonu ile karakterize olan parankimal tip iken diğeri karaciğer nekrozu bulunmayan flebektatik tiptir. Bu her iki morfolojik tip aynı vakada birarada bulunabilir. Bu iki tipin birbirinden ayrılmasının klinik olarak muhtemelen bir önemi yoktur. Bizim vakamızda ise karaciğer biyopsi bulguları parankimal tip peliozis hepatitis düşündürmüştür.

Ekstrahepatik peliozis daha nadiren karşılaşılan bir durumdur. Genellikle dalakta ortaya çıkar. Çok nadiren de lenf nodularında, akciğerde ve kemik iliğinde görülebilir (7,8,9). Akciğerde peliozis tesbit edilen vakanın Fankoni anemisi nedeni ile uzun süreli androjenik anabolik steroid kullandığı ve buna bağlı olarak geliştiğinin düşünüldüğü belirtilmiştir (9). Hastamızda batın ve toraks tomografisinde ayrıca peliozisi düşündürülen patolojik bir bulgu ile karşılaşılmamıştır.

Karaciğer biyopsisinin hemorajik komplikasyon ortaya çıkarabileceği bilinmekle beraber peliozis hepatitis teşhisi için biyopsi gereklidir (2). Literatürde karaciğer biyopsisi sonrası ölen 3 vak'a bildirilmiştir (2). Vakamızda ise daha çok toksik hepatit ile karşılaşılabileceği düşünülmüş ve işlem sonrası bir günlük takipte herhangi bir komplikasyon ile karşılaşılmamıştır. Sonradan çekilen doppler ultrasonografide rastlantısal olarak hematoma ile karşılaşılmış ve ultrasonografi ile takibinde kaybolduğu görülmüştür.

Peliozis hepatitisin tomografik ve anjiyografik bulguları ile ilgili bazı yayınlar bulunmaktadır. Pişkin peliozisi bir vakanın hepatik anjiyografisinde, geç arteriyel fazda çok sayıda küçük kontrast materyal birikimi ile ilgili anjiyografik değişiklikler göstermiştir (10). Bu değişiklikleri ayrıca tomografide de ortaya koymuştur. Herera peiio-

zisli bir vak'ada peliotik bölgede tomografide bir değişiklik olmayıp normal görüntü elde edildiğini gösteren bir hasta bildirilmiştir. Bizim vakamızda ise gerek tomografi gerekse anjiyografide peliozisi düşündürülen bir patolojik değişiklik ile karşılaşılmamıştır.

Vaka halen takip edilmektedir. Karaciğer yetmezliği giderek artarak total bilirubin seviyesi %13 mg'a kadar arttıktan sonra %9 mg seviyelerine yatak istirahati ile düşürülebilmektedir. Karaciğer transplantasyonu yönünden izlenmektedir. Karaciğer yetmezliğinin ilerlemesi durumunda vakanın bu işleme sevk edilmesi düşünülmektedir.

K A Y N A K L A R

1. Simon D., Krause R., Galambos J. Peiosis hepatitis in a patient with Marasmus. *Gastroenterology*, 1988. 95: 3, 805-809,
2. Holdstock G., Iredale J., Milward-Sadler G.H. Peiosis hepatitis. *Wright's Liver and Biliary Disease* (Ed; Milward-Sadler G.H., Wright R, Arthur M.J.P.) Third edition volume two, W.B. Saunders Company, London. 1992, 1012-1013.
3. Montgomery C. Diagnostic Pathology of the liver and biliary tract. (Ed: Ruebner B. Montgomery C. French S) Second edition, Hemisphere Publishing Corporation, 1991. 270-272.
4. Grundmann E. Drug induced pathology. (Ed:Grundmann E.) First edition, Springer-Verlag, Berlin 1980. 110-123.
5. Degott C, Rueft B., Kresi H. et all. Peiosis hepatitis in recipients of renal transplants. *Gut*, 1978, 19:748.
6. Neshet G., Dolberg L, Zimran A. et all. Hepatosplenic peiosis after danazol and glucocorticoids for ITP N, *Eng. J. Med.* 1985; 312:242.
7. Warfei K. Elits H, Peiosis of the spleen. *Arch Path Lab Med* 1992., 106:99-100,
8. Ludwig J, Axelsen R. Drug effects on the liver. An updated tabular completion of drug related hepatic diseases. *Dig, Dis Sci.* 1983;28: 651.
9. Lie J. T. Pulmonary peiosis, *Arch Path Lab Med* 1985., 109: 878-879.
10. Tsukamoto Y., Nakata H., Kimoto T., Noda T., Kurodo Y. and Haratake J. CT and angiography of peiosis hepatitis. 1984. *AJR* 142:539-540.