

Sindirim Kanalı Tüberkülozunun Klinik Özellikleri

Prof.Dr.Rauf SEZER, Prof.Dr.Nurten EROL, Doç.Dr.Yılmaz ÇAKALOĞLU, Prof.Dr.Oktay YEĞİNSÜ,
»oç.Dr.Zeynel MUNGAN, Uz.Dr.Güngör BOZTAŞ, Uz.Dr.Sadakat ÖZDİL, Prof.Dr.SiiIevman YALÇIN

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenterohepatoloji Bilim Dalı

ÖZET

Bilim dalımızda son 5 yıl içinde incelediğimiz 25 sindirim kanalı tüberkülozu vakasının klinik özellikleri sunulmuştur. Hastaların 18'inde ileo-çekal, 2'sinde çıkan kolon, 2'sinde rektum, 1'inde mide-duodenutn, 1'inde yaygın jejunoileal tüberküloz tesbit edilmiş, 2'sinde ise lokalize edilememiştir. Sadece 1 hastada hem rektum, hem ileo-çekal tutulma söz konusu idi. Lokalizasyona paralel olarak en sık belirti ve bulgular karın ağrısı, ishal, sağ alt kadranda palpabl kütle ile ateş, terleme, zayıflama gibi sistemik belirtilerdi. Sekiz hastada akciğer tüberkülozu görüldü. Tüberkülin testi 16 hastada pozitif bulundu. Özellikle ileoçekal tüberküloz vakalarının ayırıcı tanısında güçlük çekildi. Bir çok hastada Crohn hastalığı tanısı ekarte edilemedi. Hastaların 10'unda histopatolojik (4'ünde basil gösterilerek) olarak, 10'unda birlikte barsak dışı tüberküloz bulunması ile tam kondu. Bütün hastalarda anti-TB tedaviye cevap tanısı teyid eden önemli bir bulgu olarak kabul edildi. Hastaların 23'ü anli-tüberküloz tedavi ile iyileşti. Kaybedilen 2 hastada ölüm sebebi masif gastrointestinal kanama ve septik şok idi.

Anahtar Kelimeler: Sindirim kanalı, tüberküloz, klinik özellikler.

Sindirim kanalı tüberkülozu (TB), farinksten anüse kadar herhangi bir yerde lokalize olup, tanı ve ayırıcı tanısı güç klinik tablolara sebep olabilir. TB doğrudan sindirim kanalını tutabildiği gibi (Primer), başta akciğer olmak üzere vücudun başka yerlerindeki

Geliş Tarihi: 20.2.1990

Kabul Tarihi: 27.2.1990

Yazışma Adresi: Doç.Dr. Yılmaz ÇAKALOĞLU
İstanbul Tıp Fakültesi
Gastroenterohepatoloji Bilim Dalı
Çapa 34390 İSTANBUL

SUMMARY

CLINICAL FEATURES OF INTESTINAL TUBERCULOSIS

The clinical features of 25 cases of intestinal tuberculosis are presented. The ileocecal area was involved in 18 patients, ascending colon in 2, rectum in 2, gaslroduodenal area in 1, jejunoileal area in 1. In 2 patients tuberculosis could not be localised. There was one case each involving the rectum and ileocecal area. Most of the patients presented with abdominal pain, tenderness and a mass in the right-lower quadrant and non-specific manifestations such as fever, sweating and weight loss. The tuberculin reaction was significant in 16 patients, and 8 patients had evidence of pulmonary tuberculosis. We had some difficulties in the differentiation of ileocecal tuberculosis from Crohn disease. Ten patients were diagnosed with histologic evidence of tubercles with caseation necrosis in the biopsy materials. Concurrent tuberculosis elsewhere and the response of anti-tuberculous treatment were found important in the diagnosis of other cases. 23 out of 25 patients healed with anti-tuberculous treatment. The causes of death in 2 patients were massive gastrointestinal bleeding and septic shock

Key Words: Intestinal Tuberculosis, Clinical Features.

odaklardan komşuluk, lenf ve kan yolu veya infekte safra ile basilin barsaklara ulaşması sonucu (Sekonder) meydana gelebilir (1). Bu yüzyılın ilk yarısında akciğer TB'nun en sık komplikasyonu sindirim kanalı TB idi. Primer sindirim kanalı TB'nun en önemli etkeni ise M.Bovis basilidir. Etkili anti-TB ilaçların bulunması, aktif TB'luların erken tedavisi, süt ve süt ürünlerinin M.Bovis'ten arındırılması ve hastalıklı hayvanların eradikasyonu ile özellikle gelişmiş ülkelerde sindirim kanalı TB başlıca göçmenlerde görülen nadir bir hastalık haline gelmiştir (2). Başta Hin-

Tablo 1. Sindirim Kanalı TB Vakalarımızda Semptom ve Fizik Bulgular

Semptomlar	(%)*	Fizik muayene bulguları	%
Karın ağrısı	75	Zayıf, soluk görünüm	80
İshal	75	Sağ alt kadranda hassasiyet	67
Zayıflama	75	Sağ alt kadranda palpabl	50
Halsizlik	60	kütle	
Ateş	46	Karında distansiyon barsak	25
Terleme	46	seslerinde artış (subileus)	
Bulantı-kusma	25	Diğerleri: Çomak parmak, hepatomegali, lenfadenopati, fistül vb.	

*25 vakada görülme sıklığı

distan ve diğer üçüncü dünya ülkeleri olmak üzere dünyanın büyük bölümünde ise önemini koruyan bir hastalıktır (3). Ülkemizde sindirim kanalı TB ile ilgili veriler azdır. Ancak akciğer TB'nun önemli bir problem olmaya devam ettiği gözönüne alınırsa seyrek olmaması muhtemeldir. Bu yazıda, bilim dalımızda son 5 yıl içinde incelediğimiz 25 sindirim kanalı TB vakası, özellikle tanı ve ayırıcı tanı açısından tartışılarak konuya dikkat çekilmek istenmiştir. Çünkü başta sindirim kanalı TB'nun nadir olduğu ülkelerde olmak üzere TB ihtimalinin gözardı edilmesi sonucu tanı için birden çok laparotomi gerekmiş ve yanlış tedavi sonucu ciddi problemler oluşmuş vakalar seyrek değildir (4).

MATERYAL VE METOD

1984-1989 yıllarını içine alan sürede bilim dalımızda Sindirim Kanalı TB tanısı konulan 25 hasta incelenmiştir. Bu hastalarda anamnez, fizik muayene ve rutin laboratuvar tetkiklere ek olarak PA Akciğer grafisi, Standart Tüberkülin Testi (5ü PPD intradermal) sindirim kanalının radyolojik (direkt ve baryumlu opak madde ile) ve/veya endoskopik muayenesi yapılmıştır. Endoskopik biyopsi, laparotomi yapılanlarda cerrahi biyopsi ve diğer organlardan (karaciğer) biyopsi örneklerinin histopatolojik tetkiki vebazı vakalarda TB basili için direkt boyama ve kültür yapıldı. Sindirim kanalı dışı TB'u olanlarda gereklincelemelerle tanı konuldu.

SONUÇLAR

25 hastanın 15'i erkek (%60), 10'u kadın (%40) olup, ortalama yaş 35(15-62 arası) bulundu. 13 hastanın (%52) 20-40 yaş arasında olduğu dikkati çekmektedir.

Hastaların başvuru semptomları ve fizik muayene bulguları Tablo 1'de görülmektedir. Karın ağrısı, ishal

Tablo 2. Sindirim Kanalı TB Vakalarımızda Hastalığın Lokalizasyonu

Distal ileum ve A'eya ileo-çekal	18 hasta	%72
Çıkan kolon	2 hasta	%8
Rektum*	2 hasta	%8
Mide-duodenum	1 hasta	%4
Yaygın jejuno-ilea ülserler*	1 hasta	%4
Lokalize edilemeyen	2 hasta	%8

*Bir hastada rektum ve ileo-çekal TB birlikte vardı.

* * Laparotomi bulgusu.

Tablo 3. Sindirim Kanalı TB Vakalarımızın Tanı Özellikleri

A) Histopatolojik TB Tanısı*	10 hasta
-Laparotomi ve cerrahi biyopsi	3 hasta
-Endoskopik biyopsi	5 hasta
-Karaciğerbiyopsisi	2 hasta
B) Sindirim kanalı dışında TB'u olan ve gastrointestinal hastalığı TB ile bağdaşan	10 hasta
-Akciğer TB	6 hasta
-TB Peritonit	2 hasta
-Addison hastalığı (TB)	1 hasta
-Pott hastalığı	1 hasta
C) Gastrointestinal hastalığı TB ile bağdaşan ve barsak dışı TB'u olmayan (kilinik tanı)	4 hasta
D) Jejunum aspiratında TB basili üreyen	1 hasta

*4 hastanın biyopsi materyelinde TB basili Ziehl-Nielsen boyası ile gösterildi.

ve zayıflama ile birlikte halsizlik, ateş ve terleme gibi sistemik belirtiler en sık semptomlardır. Bir hasta masif gastrointestinal kanama, bir hasta kanlı-müküslü ishal nedeniyle yatırılmıştır. Hastaların semptomlarının başlaması ile tanı arasında geçen ortalama süre 2,4 yıl olup, 3 ay - 6 yıl arasında değişmektedir. Genel durumun iyi olmaması, zayıflık ve soluk görünüm ile birlikte sağ alt kadranda hassasiyet ve palpe edilebilen oluşumlar en sık fizik muayene bulguları olarak dikkati çekmektedir. Hastaların 1/4'ünde parsiyel barsak obstrüksiyonunu düşündürülen bulgular (karında distansiyon, barsak hareketlerinde artış ve gözle görülebilmesi gibi) mevcuttu. Çomak parmak, hepatomegali, asit, appendektomi yerinde fistül diğer bulgular olarak sayılabilir.

Laboratuvar bulguları; Hipoalbuminemi (%83), sedimentasyon artışı (%75), orta ve hafif derecede anemi (%71) en sık görülen nonspesifik laboratuvar bulgularıdır. Hastaların 1/3'ünde hipergammaglobulinemi tesbit edildi.

Tüberkülün testi 16 hastada (%64) pozitif (10mm ve üzerinde endürasyon) bulundu. Sekiz hastanın (%33) akciğer filmında aktif veya geçirilmiş TB'a uyan bulgular vardı. Aktif akciğer TB olan 2 hastanın balgamında basil görüldü.

Radyolojik ve/veya endoskopik muayene bulgularına göre sindirim kanalı TB'nun lokalizasyonu Tablo 2'de görülmektedir. Her hastada direkt ve baryumlu sindirim kanalı tetkiki, gastroduodenoskopi, rektoskopi ve 6 hastada kolonoskopi yapıldı. Laparotomi ile tanıya gidilen 3 hastanın birinde masif gastrointestinal kanama, birinde ekstrahepatik kolestat, birinde ise appendektomi yerinde fistül ve peritonit söz konusu idi. Bunun dışında ayırıcı tanı amacıyla eksploratris laparotomi yapılmadı. En sık ileo-çekal bölge tutulmuştur. Bunu sırasıyla çıkan kolon, rektum, mide-duodenum ve yaygın jejuno-ileal ülserleri olan vakalar izlemektedir. Lezyonu lokalize edilemeyen 2 hastanın birinde beraberinde aktif akciğer tüberkülozu olması, diğerinde ise jejunum aspiratında M.Tuberculosis üremesi ile tanı konulabildi.

Sindirim kanalı dışı TB, vakaların 2/3'ünde vardı ve tanıda önemli bir parametre olarak ele alındı. Hastaların 8'inde akciğer TB, 2'sinde peritonit TB, 2'sinde granülomatöz (TB) hepatit, diğerlerinde ise sırasıyla TB lenfadenit, Pott hastalığı, Addison hastalığı ve safra yollarını tutan TB mevcuttu.

Sindirim kanalı TB hastalarımız arasında, teşhise götüren özellikler açısından önemli farklılıklar vardır (Tablo 3). Toplam 10 hastada histopatolojik olarak TB bulguları (kazeifikasyon nekrozu içeren granülom odakları) ile tanıya gidildi. Bunların 3'ünde laparotomi, 5'inde endoskopik muayene ve biyopsi, 2'sinde karaciğer biyopsisi söz konusu idi. Bunların 4'ünün (2'si rektum TB, biri mide-duodenum TB, biri karaciğer TB) biyopsi preparatında Ziehl-Nielsen boyası ile TB basili gösterildi. Bir hastanın jejunum aspiratında TB basili üredi. Kolonoskopik muayene ve biyopsiye rağmen 3 hastada gerek histopatolojik gerek mikrobiyolojik tetkikler ile TB tanısı konulamadı. Crohn hastalığı tanısı ile başlanan kortikosteroid tedavinin durumu kötüleştirmesi üzerine anti-TB tedavi başlanması sonucu iyileşme sağlanması TB tanısı koymamızı sağladı.

10 hastada histopatolojik ve mikrobiyolojik bulgu olmamasına rağmen barsak dışı TB bulunması ve barsak lezyonlarının TB'a uyması sonucu tanıya gidildi. Bütün hastalarda anti-TB tedaviye (Streptomisin 1gr/gün, Rifampisin 600mg/gün, INH 300mg/gün) alınan cevap TB tanısını teyid eden bir parametre olarak önemli bulundu.

Sindirim kanalı TB komplikasyonu olarak hastaların 1/4'ünde parsiyel obstrüksiyon birinde fistül, birinde safra yolları tutulmasına bağlı ekstrahepatik kolestat ve 2'sinde gastrointestinal kanama görüldü.

25 hastanın 23'ünde anti-TB tedavi ile iyileşme sağlandı. Kaybedilen 2 hasta diğer ilginç hastalarla beraber aşağıda sunulmuştur.

VAKA 1 (Gastroduodenal TB)

32 yaşında kadın hasta (hemşire). Dispeptik yakınmalar, ishal, ateş, zayıflama şikayetleri ile başvurdu. Ateş ve solukluk dışında fizik muayenesi normal olan hastada laboratuvar olarak anemi, hipalbuminemi, Tüberkülün testi pozitifliği (1+) dışında gizli kan(+) ve lökosit tesbit edildi. Radyolojik olarak antral gastrit, duodenum inen kısmında düzensiz-nodüler infiltrasyon ve ince barsakta ödem, endoskopik incelemede ise antrum ve duodenumda yaygın erozyonlar, ödem ve mukoza düzensizliği görüldü. Histopatolojik tetkik granülomatöz enterit (Crohn? TB?) olarak geldi. Biyopsi materyelinde TB basilinin görülmesi ile Gastroduodenal TB tanısı kondu ve üçlü anti-TB tedavi ile hasta tamamen iyileşti. Kontrol endoskopisi (6 ay sonra) tamamen normal idi.

VAKA 2 (Rektum TB)

30 yaşında, kadın hasta (ev hanımı). Altı aydır devam eden kanlı-müküslü dışkılama şikayeti ile başvuran hastanın fizik muayenesi, rektal tuşede ele gelen nodüler-sert lezyon dışında normal idi. Sedimantasyon 66mm/saat, hafif derecede demir eksikliği anemisi ve Tüberkülün testi pozitifliği (3+) tesbit edildi. Rektoskopik muayenede "Soliter rektum ülseri" görüldü. Biyopsinin histopatolojik tetkiki TB olarak gelince direkt boyama ile TB basili görüldü. Anti-TB tedavi ile 3 ayda tamamen iyileşti. Kontrol retroskopisi normal bulundu.

VAKA 3 (Yaygın İnce Barsak TB)

30 yaşında, erkek hasta (işçi). Masif gastrointestinal kanama (vişne çürüğü görünümünde rektal kanama) ile acil birimine alınan hastanın genel destek tedavisinden sonra acil endoskopik muayenesi yapıldı. Kolonoskopide kanamanın yukarıdan geldiği görüldü. Gastroskopiye ise bulbusta aktif kanayan ülser ve zemininde açık damar görüldü. Acil olarak ameliyata alınan hastanın bulbustaki ülseri dışında jejunum ve ileumu yaygın olarak tutan ülserlerden kanayan lezyonları görüldü. Rezeksiyon yapılmadı. Alınan biyopsi materyelinin histopatolojik tetkiki ile TB tanısı konan hastaya, anti-TB başlanmasına rağmen

bir hafta sonra kaybedildi. Bu hasta daha önce karın ağrısı ve ishal nedeniyle başka bir üniversite hastanesinde tetkik edilerek Crohn hastalığı tanısı konmuş ve kortikosteroid+salazopyrine tedavisine başlandıktan sonra genel durumunun kötüleşmesi ve kanama olması üzerine acil olarak kliniğimize yatırılmıştı.

VAKA 4 (Çekum ve Çıkan Kolon TB)

15 yaşında, bayan hasta (öğrenci). Dört ay önce başlayan karın ağrısı, ishal bulantı, kusma zayıflama şikayetleri nedeniyle yatırıldı. Fizik muayenesinde sağ alt kadranda hassasiyet ve palpe edilebilen oluşumlar (dolgunluk), solukluk tesbit edildi. Sedimantasyon artışı (105mm/saat), anemi, hipoalbuminemi ile birlikte baryumlu kolon filminde çıkan kolonun tamamını ve çekumu içine alan düzensizlik, darlıklar, ülserler ve polipöz lezyonlar görüldü. Tüberkülin testi (-) ve akciğer filmi normal idi. Crohn koliti tanısı ile 3gr/gün Salazopyrine başlandı ve kısmi bir düzelme görüldü. Poliklinikte izlenen hastanın şikayetlerinin azalmasına rağmen devam etmekte olması gözönüne alınarak 20mg/gün prednisolon başlandı. Bu tedavinin ikinci haftasında hasta eski şikayetlerinin daha şiddetlenmesi, ishalinin kanlı olması, ateş ile acil birimimize başvurdu. Sedimantasyon 120mm/saat, derin anemi (Hb 6gr/dl, Hct %19), hipotansiyon (TA 90/60 mmHg) ve taşikardi (120/dk) mevcuttu. Prednisolon kesilerek sıvı ve kan transfüzyonu yapıldı. Servise alınarak yeniden değerlendirildi. Hastanın gaita tetkikinde E.Hystolitica kistleri görüldü. Ornidazole tedavisi ile bunlar kayboldu. Genel durumu kısmen düzelen hastanın ateşi ve diğer şikayetleri devam etti. Prednisolon ile tablonun alevlenmesi ve amipli dizanterinin (bu tanı kesin değildi) tedavisine rağmen semptomlarının devamı Crohn hastalığı tanısının gözden geçirilmesini gerektirdi. Hastada kuvvetle sindirim kanalı TB düşünülerek bunu ortaya koymak amacıyla yapılan kolonoskopik muayenede hepatik fleksurayı geçince başlayan ve çekuma kadar giden ülserli-polipöz yapılar içeren infiltratif lezyon görüldü. Multipl biopsi örneklerinin tetkiki sonucu ülserli-segmanter kolit tanısı geldi. Gerek endoskopist gerek patoloğ lezyonun daha çok Crohn hastalığına benzediğini söyledi. Biyopsi materyelinin direkt boyamasında basil görülmedi. TB tanısını koyduracak kesin bulgu olmamasına rağmen hastaya anti-TB tedavi başlandı. Tedavinin 3. haftasında semptomlar tamamen kayboldu, klinik ve laboratuvar bulgular düzelmeye başladı. Streptomisin 30gr olunca kesilerek INH 300mg/gün, Rifampisin 600mg/gün şeklinde ikili tedaviye devam edildi. Üçüncü aydaki kontrolde bütün bulgular normal idi. Halen takibimizde olan hastanın tedavinin 9. ayında

tekrarlanan kolon filminde çıkan kolondaki lezyonların büyük oranda düzeldiği görüldü. Hasta tamamen sağlıklı olarak yaşamına devam etmektedir.

VAKA 5 (İleo-Çekal ve Karaciğer TB)

33 yaşında, erkek hasta. Altı ay önce başlayan karın ağrısı (sağ alt kadranda ve göbek çevresinde, zaman zaman kolik tarzında), 3 ay önce ortaya çıkan ishal (günde 3-4 kez yumuşak, kansız, müküssüz), gece terleme, zayıflama (15kg), halsizlik şikayetleri ile tetkik edildiği bölge SSK hastanesinde sağ alt kadranda mobil bir kütle tesbit edilerek bilim dalımıza sevk edilmiş. Solukluk, parmak çomaklaşması, sağ alt kadranda 6x3cm boyutlarında mobil, hassas kütle ve genel durumun iyi olmaması dışında fizik muayene bulguları normaldi. Sedimantasyon 36 mm/saat, Lökosit 1700/mm³ (Nötrofil %88, lenfosit %9), hafif anemi, hipoalbuminemi (2.2gr/dl) bulundu. Akciğer filmi normal, Tüberkülin testi (-) idi. Hastada ileoçekal TB.Crohn hastalığı ve lenfoma düşünüldü. Sağ alt kadranda esas lezyona sekonder olarak .bir enfeksiyon olduğu düşünülerek Kloramfenikol, Ornidazole ve Salazopyrine tedavisi başlandı. Hastanın septomları geriledi ve segmanter bir darlık görüldü. Kolonoskopide ileo-çekal valv etrafında bol nekrozlu, ülserli, polipöz yapılı (kaldırım taşı görünümünde), fragil lezyon ve ileumda darlık görüldü. Biyopsi örneklerinin sonucu Ülserli Segmanter Kolit, klinik olarak TB ön tanıları içinde yer aldığında Crohn hastalığı tanısı kondu. Salazopyrine ek olarak prednisolon başlandı, Başlangıçta genel durumu iyi olan hastanın bir hafta sonra oral kandidiyazı ortaya çıktı ve onuncu günden itibaren kanlı diare, ateş, ağırlı hepatomegali ile karakterli bir tablo gelişti. SGOT 82, SGPT 73 IU/L, alkalin fosfataz 7.8 BLü bulundu. Lökosit 2650 idi. İlaçları kesildi. Durumu değerlendirilerek anti-TB tedavi başlandı. Ancak hasta birkaç gün içinde masif kanama ve sepsis, tüketim koagülopatisi tablosunda kaybedildi. Postmortem karaciğer biyopsisinde TB (kazeöz granülomlar) ve direkt boyamada bol TB basili görüldü.

TARTIŞMA

Sindirim kanalı TB, TB'un genel olarak sık olduğu ülkelerde daha çok genç yetişkinler ve orta yaşlarda görülür. Kadınlarda daha siktir (4). Serimizde hastaların %60'ının erkek olması, vaka sayısının az olması ile izah edilebilir. Kald ki kadınlarda sık olması kural değildir. Ancak hastalığın serimizde olduğu gibi 20-40 yaş arasında yoğunlaşması önemli bir özelliktir. Klinik belirti ve bulgular hastalığın sindirim kanalındaki lokalizasyonu ile yakından ilgilidir. Gerek klinik gerek otopsi çalışmalarında en sık tutulan bölgenin ileo-çekal

bölgenin lenfoid dokudan zengin olması, fizyolojik stazın bulunması ve burada emilim faaliyetinin artmış sindirimin ise azalmış olmasıdır (1,6). Bütün bunlar TB basilinin mukozaya invaze olup lenfoid dokudan zengin submukozaya (Peyer plakları) geçerek hastalığı oluşturmasını kolaylaştırır. Hastalığın oluştuğu diğer bölgeler olarak sırasıyla çıkan kolon, rektum, mide-duodenum, jejunum sayılabilir. Özofagusta TB çok nadirdir ve vaka takdimleri olarak bildirilmiştir (7). Hastalığın lokalizasyonuna paralel olarak en sık görülen belirti ve bulgular karın sağ alt kadranda ağrı, hassasiyet ve palpe edilebilen oluşumlar (barsak segmenti, mezenterik lenf düğümleri gibi) ile birlikte ishal, zayıflama, bulantı kusmadır. Hastaların yaklaşık yarısında nonspesifik sistemik belirtiler (ateş, terleme) bulunur. Darlık veya obstrüksiyona yol açan lezyonlarda tabloya karında distansiyon, barsak seslerinde artış, bulantı, kusma ve defekasyon güçlüğü gibi belirtiler eklenir. Özellikle ülserli lezyonların ön planda olduğu hastalarda kanama belirgindir. Kısaca özetlenen Vaka 3, yaygın jejunoileal ülserlerinden olan masif kanama sonucu kaybedilmiştir. Rektal TB ise kendini daha çok kalın barsak tipi ishal ve kanlı-müküslü dışkılama ile gösterir. Hastalar genel olarak zayıf görünümü, soluk olup beslenme yetersizliği ve malabsorbsiyona bağlı hipoalbuminemi sıktır. Sedimentasyon yüksekliği, anemi en sık görülen nonspesifik laboratuvar bulgularıdır. Görüldüğü gibi sindirim kanalı TB, lokalizasyonu ile ilgili olarak değişken ve ciddi klinik tablolara yol açmaktadır.

Asıl problem sindirim kanalı TB tanısının konulması veya ayırıcı tanıya giren hastalıkların çokluğudur. Aktif, kavernli ve balgamında basil çıkaran bir akciğer TB'lu hastada sindirim kanalının herhangi bir yerindeki iltihabi-infiltratif lezyon akla hemen TB'u getirmelidir ve böyle hastalarda tanı genellikle zor değildir (1). Ancak etkili anti-TB tedavinin uygulanmaya başladığı dönemde bu tip vakalar azalmıştır ve hastaların çoğunda akciğer TB bulgusu yoktur. Serimizde hastaların ancak 1/3 kadarında aktif veya geçirilmiş akciğer TB tesbit edilmiştir. Literatürdeki diğer serilerde akciğer TB'u genellikle vakaların yarısından azında bulunmuştur (5). Ülkemiz gibi erişkin çağdaki insanların çoğunluğunun TB basiline maruz kaldığı veya aşılandığı toplumlarda Tüberkülin tesbitinin tanı değeri düşüktür. Pozitif olması tanı koydurmadığı gibi negatif olması da TB tanısından uzaklaştırmamalıdır. Tüberkülin testi hastaların yaklaşık 2/3'ünde pozitif bulundu. Ancak özellikle ciddi seyirli vakalarda (vaka 4 ve 5) negatif olması dikkat çekicidir. Akciğer TB ile birlikte veya ayrı olarak, barsak dışı diğer organların TB'unun olması hastada sindirim kanalı TB

düşünülmesine ve tanıya yardımcı olur. Daha önce laparotomi geçirmiş 2 hastamızda ileo-çekal TB ile birlikte TB peritonit, diğer 2 hastada ise granülatöz (TB) hepatit (karaciğer biyopsisi ile gösterildi) vardı. Bunlar abdominal TB hastalığının klinik formlarıdır. Peritonit TB'un sindirim kanalı TB'na sebep olması nadirdir. Bu iki hastamızda daha önce yapılan laparotominin (birinde ileo-çekal darlık, diğerinde appendektomi tanısı ile) TB'un peritona yayılmasına sebep olması kuvvetle muhtemeldir. Sindirim kanalı TB vakalarında karaciğerde granülomlara rastlanması seyrek değildir (6). Karaciğer biyopsisi tanıya yardımcı olabilir.

Sindirim kanalı TB tanısında ilk ve belki de en önemli basamak hastalığın akla getirilmesidir. Kesin tanıyı koyabilmek veya TB'u ekarte edebilmek için her türlü çaba gösterilmelidir. Özellikle barsak dışı TB olmayan hastalarda tanı zordur. Sindirim kanalının radyolojik tetkiki lezyonların lokalizasyonu açısından gereklidir. TB'a ait bazı özel belirtiler tanımlanmış olmakla beraber bunlar nonspesifiktir, tanı için yeterli değildir (2). Her hastada endoskopik muayene, biyopsi yapılmalıdır. Bunların yetersiz kaldığı hallerde diagnostik laparotomiden kaçınılmamalıdır. Çünkü endoskopik biyopsi örneklerinde tipik histopatolojik lezyonun (kazeifikasyonlu granülom) ve direkt boyama veya kültürle basilin tesbit edilmesi ihtimali yüksek değildir (1,2). Bazı hastalarda histopatoloji negatif kaldığı halde basil gösterilebilir. Sindirim kanalı TB tanısı için rijid kriterler gerekli görülmüştür. Bunlar 1) hayvan inokülasyonu veya kültür ile şüpheli lezyonda TB basilinin üretilmesi, 2) lezyonda direkt boyama ile TB basilinin gösterilmesi, 3) histopatolojik olarak kazeifikasyon nekrozlu granülomun gösterilmesi, 4) laparotomide makroskopik olarak tipik TB görünümü ile birlikte lokal lenf düğümlerinde TB histopatolojik bulgusunun bulunması olup, TB tanısı için en azından bir tanesinin bulunması gerekir (1,8,9). Anti-TB tedaviye alınan cevap ise kesin tanı konulamamış vakalarda tanıya yararlı bir klinik kriter olarak belirtilmiştir (1). İki özet olarak anlatılan (vaka 4 ve 5) 3 hastada kolonoskopik muayene ve biyopsi materyelinin histopatolojik ve mikrobiyolojik tetkikine rağmen TB tanısı konulamamış ve Crohn hastalığı düşünülerek kortikosteroid kullanılmıştır. Kortikosteroid ile durumlarının kötüleşmesi üzerine anti-TB tedavi başlanan hastalardan 2'si tamamen iyileşmiş, biri ise masif kanama, septik şok tablosu ile kaybedilmiştir, ileo-çekal TB'un ayırıcı tanısındaki en önemli hastalık olan Crohn hastalığının kesin tanısı için de çoğu kez endoskopik görünüm ve biyopsi yeterli olmamaktadır. Bu tip hastalarda eğer histopatoloji ve mikrobiyolojik tetkik-

lerle kesin tanı konulamıyorsa diagnostik laparotomiye gidilmesi en iyi yol kabul edilmelidir. Çünkü sindirim kanalı TB'unda mezenter ve lokal lenf düğümlerinde kazeifikasyon nekrozlu granülomların ve materyelde basilin gösterilmesi barsak mukoza ve submukozasına oranla daha muhtemeldir (10). Ya da aksi ispatlanana kadar hasta TB kabul edilmeli, önce anti-TB tedavi uygulanarak tedaviye cevaba göre tanı değerlendirilmelidir. Bu özellikle TB'un yaygın olduğu ülkeler için geçerli olacak bir görüştür. Serimizde 10 hastada barsak dışı TB olması ve sindirim kanalı lezyonlarının (ileo-çekal ve çıkan kolon) TB ile bağdaşması üzerine kesin histopatolojik ve/veya mikrobiyolojik tanı olmamasına rağmen anti-TB tedavi ile iyileşmesi sağlanmış ve hastaların TB olduğu teyid edilmiştir.

ileo-çekal ve çıkan kolon TB ile ayırıcı tanıda Crohn hastalığı dışında kanser, lenfoma, kolitits ülseroza, ameboma, aktinomikoz, vasküler yetersizlik gibi patolojiler söz konusudur (1,2). Ancak bunların çoğunda endoskopik muayene ve biyopsi ile tanı mümkündür. Crohn hastalığının önemi, tedavisinde endike olan kortikosteroidlerin TB'u alevlendiren bir faktör olarak karşımıza çıkmasıdır.

Mide-duodenum ve rektum TB nadirdir. Biri mide-duodenum ikisi rektum TB olan 3 hastamızda tanı endoskopik biyopsi örneklerinde kazeifikasyon nekrozlu granülomun ve direkt boyama ile TB basilinin gösterilmesi ile konulmuştur. Bu her zaman mümkün olmayabilir ve laparotomiye götüren tanı gücülüğü ile karşılaştırılabilir.

Özellikle gelişmiş ülkelerde sindirim kanalı TB'nun nadir bir hastalık olması, bir çok hastanın Crohn hastalığı tanısı ile tedavisine ve bazen birden çok laparotominin yapılmasına sebep olmaktadır (4,9). İngiltere, Amerika ve Kanada'da bu hastaların çoğu TB yaygın olduğu üçüncü dünya ülkelerinden gelen göçmenlerdir. Buna dayanılarak; ileo-çekal lezyonu olan ve Crohn hastalığı ile TB arasında kesin ayırım yapılamayan durumlarda, hasta TB yaygın olduğu bir ülkeden gelmiş ise öncelikle TB, değilse Crohn hastalığı olarak kabul edilmelidir denilmektedir (2). Çünkü adı geçen gelişmiş ülkelerde Crohn hastalığı TB'a göre çok daha sık İken, Hindistan gibi ülkelerde TB daha sık görülmektedir (2,3). Ülkemizde Crohn hastalığının kesin insidensi bilinmemektedir. Bilim dalımızdaki gözlemlerimize dayanak ülkemizin bu konuda İki uç arasında yer aldığı söylenebilir. Ancak akciğer ve akciğer dışı TB'un toplumumuz için önemli bir sorun olmaya devam ettiği gözardı edilmemelidir.

Sindirim kanalı TB'nun başlıca komplikasyonları obstrüksiyon (genellikle parsiyel), kanama, fistül, per-

forasyon (açık ve kapalı) ve malabsorbsiyondur (1). Kronik infeksiyonun yol açtığı beslenme bozukluğu ile birlikte malabsorbsiyon hastaların çoğunda önemli oranlarda kilo kaybına yol açan bir problemdir. Ancak komplikasyondan çok hastalığın klinik tablosunun bir parçası kabul edilmelidir. Serimizde hastaların 1/4'ünde parsiyel obstrüksiyon bulguları gözlenmiş ve anti-TB tedavi ile bunların çoğunda düzelme olmuştur. Tanı konulmayan hastalarda hem tanı, hem de tedavi amacı ile laparotomi endikasyonu söz konusudur. Bir hastamızda fistül, 2 hastamızda ise (bunlar kortikosteroid tedavi sonrası alevlenme gösteren ileo-çekal TB idi) masif gastrointestinal kanama görülmüştür. Bu iki hasta kaybedilmiştir.

Sindirim kanalı TB'nun tedavisi esas olarak tıbbidir. Klasik 12-18 aylık üçlü anti-TB yanısıra, kısa süreli kemoterapinin etkili olduğunu gösteren araştırmalar vardır (11). Biz vakalarımızda Streptomisin 1gr/gün (30-45gr total doz), Rifampisin 600mg/gün ve INH 300mg/gün'den oluşan üçlü anti-TB tedaviyi 12-18 ay uyguladık ve 25 hastanın 23'ünde iyileşme sağladık. Bir hastamızdaki fistül dışında TB nedeniyle cerrahi tedavi endikasyonu olmadı. Kaybedilen iki hastada ise sebep tedavinin yetersizliği değil, masif gastrointestinal kanama ve septik şoktur. Biride laparotomi yapılmış ve jejuno-ileal kanayan yaygın ülserler görülmüştür.

Sonuç olarak özellikle ileo-çekal bölge ve çıkan kolonu tutan sindirim kanalı TB'nun kesin tanısı ve Crohn hastalığı ile ayırıcı tanısı güçtür. Literatürde ve serimizde de 3 vakada Crohn hastalığı tanısı ile uygulanan kortikosteroid tedavinin TB'u alevlendirdiği ve bazen katastrofik sonuçlar doğurduğu görülmektedir. Tedavisi mümkün ve yüz güldürücü olan bir hastalıkta böyle sürprizlerle karşılaşmamak için sindirim kanalı TB tanısının konulması veya ekarte edilmesi için invazif olsa da hiç bir girişimden kaçınılmamalıdır. Bu amaçla her vakada endoskopik biyopsi yapılmalı, mutlaka direkt boyama veya kültür ile TB basilini aranmalıdır. Bunun yetersiz olduğu veya histopatolojik olarak TB dışı patolojinin (Crohn hastalığı, kanser, lenfoma gibi) kesin olarak gösterilemediği hallerde ya klinik yorumla hasta TB kabul edilerek anti-TB tedavi başlanmalı, ya da daha iyi bir yöntem olarak diagnostik laparotomiye başvurulmalıdır. Çünkü Crohn hastalığı tanısı koymanın cazibesi telafisi güç sonuçlar doğurabilir. Hipokrat zamanından beri bilinen ve halen önemini sürdüren sindirim kanalı TB, gastroenterolojinin önemli bir hastalığı olmaya devam etmektedir. Doğru tanı ve anti-TB tedavinin yüz güldürücü sonuçları, bu konuda hertürlü çabanın gösterilmesini haklı kılar.

KAYNAKLAR

1. Paustian FF, Marshall JB: intestinal Tuberculosis. In: Bockus, Gastroenterology. (Ed) Berk JE: Philadelphia, WB Saunders Co, pp 2019,1985.
2. Findlay JM: Gastrointestinal tuberculosis. In: Textbook of Gastroenterology (Eds): Bouchier IAD, Allan RN; Hodgson HJF, Keighley MRB: London, Balliere Tindell pp:1126,1984.
3. Kapoor VK, SharmaLK: Abdominal tuberculosis. Br J Surg 75:2-3,1988.
4. Jakubowski A, Elwood RK, Enarson DA: Clinical features of abdominal tuberculosis. J Infect Dis 158:687-692,1988.
5. Gorbach SL: Tuberculosis of the gastrointestinal tract. In: Gastrointestinal Disease (Eds) Sleisenger MH, Fordtran JS: Philadelphia, WB Saunders Co, pp 1221- 1224, 1989.
6. YalcınS: Sindirim sistemi ve tüberküloz. Klinik Der 2:72-73, 1989.
7. Gordan AFI, Marshall JB: Esophageal tuberculosis: Definitive diagnosis by endoscopy. Am J Gastroenterol 85: 174-177,1990.
8. Vanderpool DM, O'Leary JP: Primary tuberculous enteritis. Surg Gyn Obst 167: 167-173,1988.
9. Kasulke RJ, Anderson WJ; Gupta SK, Gliedman ML: Primary tuberculous enterocolitis. Arch Surg 116: 110-113, 1981.
10. Tandon HD, Prakash A: Pathology of intestinal tuberculosis and its differentiation from Crohn disease. Gut 13: 260-269,1972.
11. Dutt AK, Moers D; Stead WW: Short-course chemotherapy for extrapulmonary tuberculosis. Ann Intern Med 104: 7-12, 1988.