

Akut Karın Ağrısında Sinsi Fakat Tanıdık Bir Bakteri: *Mycobacterium tuberculosis*

Özge KABA*[Ⓜ], Manolya KARA*[Ⓜ], Fulya ÖZDEMİRCİOĞLU**[Ⓜ], Zuhal BAYRAMOĞLU***[Ⓜ], Selda HANÇERLİ TÖRÜN*[Ⓜ], Züleyha BİNGÖL****[Ⓜ], Ayper SOMER*[Ⓜ], Metin UYSAL*****[Ⓜ], Zeki KILIÇASLAN***[Ⓜ]

Akut Karın Ağrısında Sinsi Fakat Tanıdık Bir Bakteri: *Mycobacterium tuberculosis*

Amaç: Tüberkülozun akciğer dışı formları, özgün olmayan klinik bulgularla karşımıza çıkarak tanıyı güçleştirmekte ve varlığını sürdürmektedir. Burada, karın ağrısı ile başvuran bir abdominal tüberküloz vakası sunulmuştur.

Vaka Sunumu: Öncesinde sağlıklı 17 yaşında erkek hasta, karın ağrısı ve bulantı nedeniyle ile dış merkeze başvurmuş. Tetkik sonuçlarında akut apandisit tanısıyla operasyonu planlanarak akciğer grafisi çekilerek yaygın infiltrasyon görülmesi üzerine tarafımıza refere edilen hasta tüberküloz ön tanısıyla servise yatırıldı ve örnekleme sonrası dörtlü antitüberküloz tedavi başlanarak takibe alındı.

Sonuç: Tüberküloz sıklıkla akciğeri tutan bir enfeksiyon hastalığı olmasına karşın, akciğer dışı tüberkülozunun özgün olmayan semptomlarla önemli bir klinik sorun olarak karşımıza gelebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar kelimeler: Pulmoner tüberküloz, pediatrik, abdominal tüberküloz, karın ağrısı

Çocuk Dergisi 2018;18(3):140-143

A Sneaky But Familiar Bacterium in Acute Abdominal Pain: *Mycobacterium tuberculosis*

Objection: Nonpulmonary tuberculosis, confront us with nonspecific manifestations and sustains its existence and complicates the diagnosis, Herein a case with abdominal tuberculosis presenting with abdominal pain.

Case Report: A 17-year-old previously healthy male patient had applied to an external center with abdominal pain and nausea. The patient who referred to our hospital because of the widespread infiltration detected on preoperative chest X-ray, was hospitalized with the initial diagnosis of tuberculosis.

Conclusion: Although tuberculosis is an infectious disease that frequently affects lung, it should not be forgotten that extrapulmonary tuberculosis may present as an important clinical problem with nonspecific symptoms.

Keywords: Pulmonary tuberculosis, pediatric, abdominal tuberculosis, abdominal pain

J Child 2018;18(3):140-143

GİRİŞ

Günümüzde dünya nüfusunun 1/3'ünün tüberküloz basili ile enfekte olduğu ve enfekte vakaların %10'unu da çocukların oluşturduğu kabul edilmektedir ⁽¹⁾. Çocuklarda; hastalığın seyri, klinik ve laboratuvar

bulguları daha az özgün olduğundan tüberküloz hastalığının tanısı oldukça zordur. Akciğer formu daha yaygın görülmesine rağmen, akciğer dışı olan formlar da, özgün olmayan klinik bulgularla karşımıza çıkarak tanıyı güçleştirmekte ve varlığını sürdürmektedir. Özellikle immun sistemin yetersiz olduğu

Alındığı tarih: 08.08.2018

Kabul tarihi: 12.11.2018

*İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı, İstanbul

**İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

***İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Radyoloji Bilim Dalı, İstanbul

****İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

*****İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Acil Bilim Dalı, İstanbul

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Özge Kaba, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı, Topkapı Mah. Turgut Özal Millet Cad. No: 34 Fatih - İstanbul / Türkiye

e-posta: ozgekabamd@gmail.com

Yazarların ORCID bilgileri:

Ö. K. 0000-0002-8381-3255, M. K. 0000-0001-6234-7024, F. Ö. 0000-0002-2570-1837, Z. B. 0000-0002-2080-2647

S. H. T. 0000-0002-3216-2413, Z. B. 0000-0002-1414-617X, A. S. 0000-0002-7827-1113, M. U. 0000-0002-4955-8182,

Z. K. 0000-0002-5286-1094

çocuklarda; akciğer dışı tüberküloz, morbidite ve mortalite gelişme riski artmaktadır. Yetişkinlerde oranla daha sık saptanan abdominal tüberküloza (ATB), çocuk ve adolesanlarda ender olarak rastlanır⁽²⁾. Epidemiyolojik verilerle tedavi edilmemiş pediatrik akciğer tüberküloz vakalarının %6-38 oranında ATB ile komplike olduğu gösterilmiştir⁽³⁾. Yayılım latent tüberkülozun reaktivasyonu, hematogen ve lenfojen yollarla ikincil olarak gerçekleşebileceği gibi, primer olarak basilin orofarengeal yolla alınması ile de meydana gelebilir⁽⁴⁾. Ayırt etmeksizin tüm doku ve organları tutabilen tüberküloz hastalığı; abdominal tutulumuyla, inflamatuvar bağırsak hastalığı, maliniteler ve akut batın tablosu oluşturabilecek cerrahi nedenleri taklit edebilir. Ayırıcı tanılar arasında akla getirilmediğinde erken cerrahi girişimlerin nedeni olabilir.

VAKA SUNUMU

Öncesinde sağlıklı 17 yaşında erkek hasta, iki gün önce başlayan, yürümekle artan karın ağrısı ve bulantı nedeniyle dış merkeze başvurmuş. Dış merkezde yapılan tetkik sonuçlarında yüksek lökosit sayısı ve C reaktif proteinde artış saptanması üzerine yapılan



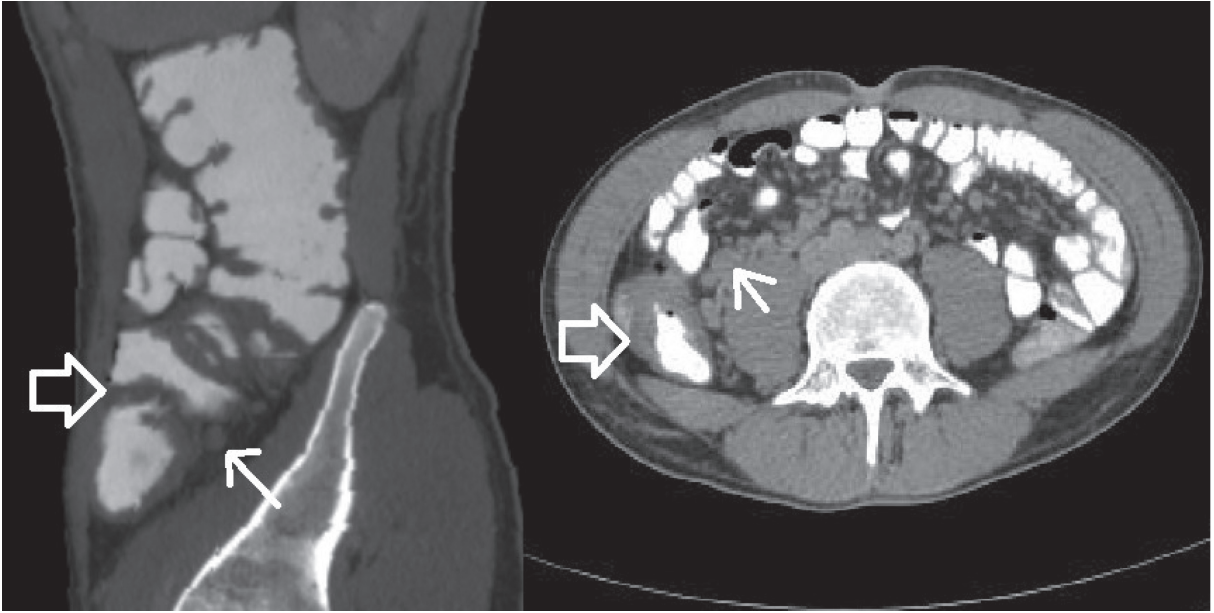
Şekil 1. Sağ akciğerde daha belirgin görülen bilateral yaygın infiltrasyonlar.

batın ultrasonografik incelemesinde akut apandisit ile uyumlu görünüm izlenmesi üzerine operasyon planlanmış. Operasyon öncesinde çekilen postero-anterior akciğer grafisinde yaygın infiltrasyon görülmesi üzerine hasta tarafımıza refere edildi.

Prenatal, natal ve postnatal öyküsünde özellik olmayan hastanın daha önce üst solunum yolu enfeksiyonu dışında hastane başvurusunun olmadığı fakat son 1-2 yıldır günde 5-6 adet sigara içtiği ve aslında 5-6 aydır devam eden kuru öksürüğünün olduğu öğrenildi. Anneden alınan aile öyküsünde babanın askerde iken tüberküloz tanısı aldığı, tedavi gördüğü ve tedaviden 3-4 sene sonra hastalığın yinelediği ve babanın 1 yıl önce ölmüş olduğu belirtildi. Yine iki amcasının tüberküloz nedeniyle tedavi aldığı, ailedeki tüberküloz hastalık yükü nedeniyle yapılan taramanın normal olarak sonuçlandığı ve koruyucu amaçlı herhangi bir ilaç kullanımının olmadığı da öğrenildi.

Fizik muayenede boyu 170 cm ile 10.-25. persantilde olup, kilosu 50 kg ile 3. persantilin altındaydı. Sol kolunda Bacillus Calmette-Guérin (BCG) skarı izlenmedi. Batın muayenesinde defans ve rebound yoktu fakat sağ alt kadranda hassasiyet mevcuttu, diğer sistem muayenelerinde özellik yoktu.

Laboratuvar incelemesinde, beyaz küre 12.940/mm³ (mutlak nötrofil sayısı: 10.600/mm³ lenfosit: 1.100/mm³), hemoglobün 10 gr/dL, trombosit 389.400/mm³, C reaktif protein 103.95 mg/dL olarak görüldü. Akciğer grafisinde sağda daha belirgin bilateral yaygın infiltrasyonlar görüldü (Şekil 1). Batın ultrasonografi ile yapılan görüntüleme sağ alt kadranda mezenterik yağlı planlar minimal ödemli ve inflame olarak görüldü ve apendiks vizüalize edilemedi. Batın tomografisinde apendiks 7 mm ve inflame batın içi yaygın lenfadenopati saptandı (Şekil 2). Toraks tomografisinde saptanan kalsifikasyon odakları içeren yaygın lenfadenopati ve her iki akciğer üst lobunda kavite olmaları reaktivasyon tüberkülozu ile uyumlu idi (Şekil 3). Bu bulgular ile karın ağrısı, tüberküloz hastalığının neden olduğu ve akut cerrahi patoloji olmadığı anlaşılacak cerrahi operas-



Şekil 2. Apendiksin 7 mm ve inflame olduğu, batın içi yağın lenfadenopatinin eşlik ettiği batın tomografi kesiti.

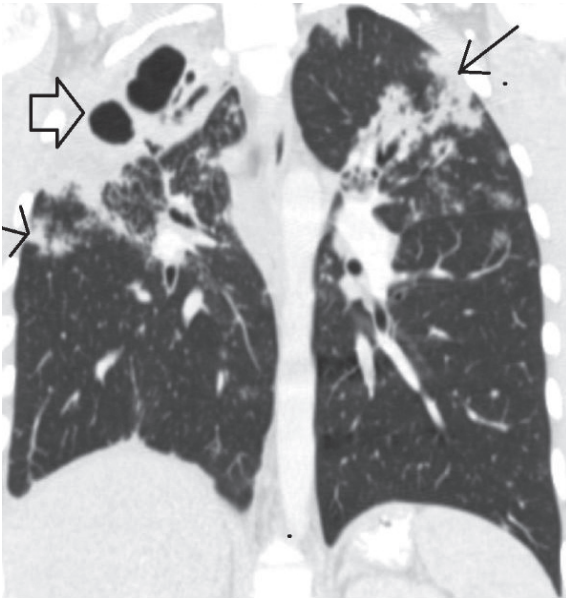
yonu alınmadı. Hastaya bronkoskopi yapıldı ve aside dirençli basil (+++++) saptandı. Hastaya izoniazid, rifampisin, etambutol ve pirazinamid ile dörtlü tedavi başlandı. Kültüründe *M. tuberculosis* complex üredi ve Xpert MTB/RIF ile bakılan hızlı direnç testi rifampisin duyarlı olarak sonuçlandı. Tedavi altında 20 günlük servis izlemi süresince kilo alımı başlayan,

karaciğer fonksiyon testleri ve görme muayenesi normal olan hasta poliklinik izlemine alınarak taburcu edildi.

TARTIŞMA

Mycobacterium tuberculosis, yıllık yaklaşık 8.8 (10 milyon) milyon yeni vaka ile 1.1 (250 bin ölüm) milyon ölüme neden olduğu bildirilen ve gelişmekte olan ülkeler başta olmak üzere tüm dünyada yaygın olarak görülen bir enfeksiyon hastalığıdır⁽¹⁾. Gelişmiş ülkelerde İnsan İmmünyetmezlik Virüsü (HIV), kemoterapi, biyolojik ajan kullanımı, siroz, diabetes mellitus gibi immünyesüpresyona neden olabilecek durumlarda görülme sıklığı artarken, gelişmekte olan ülkelerde malnutrisyon, kalabalık aile ortamı ve yetersiz hijyenin olduğu, profilaktik tedavinin yetersiz olduğu durumlarda görülmeye devam etmektedir⁽⁵⁾.

Akciğer formu daha yaygın görülmesine rağmen, akciğer dışı olan formlar da özgün olmayan klinik bulgularla karşımıza çıkarak tanıyı güçleştirmekte ve varlığını sürdürmektedir. Abdominal tüberküloz, latent tüberkülozun reaktivasyonu, komşu organ ve dokulardan yayılım ya da pastörize edilmemiş süt



Şekil 3. Kalsifikasyon odakları içeren yaygın lenfadenopatiyi ve her iki akciğer üst lobunda kavitasyonu gösteren toraks tomografi kesiti.

veya iyi pişmemiş et tüketimi mikobakterilerin yutulmasıyla da bulaşabilir. Özefagus, mide, bağırsak, karaciğer, pankreas gibi birçok batin içi organı tutabilmekte olup, periton, karaciğer ve %75 terminal ileum tutulumuyla bağırsak en sık tutulan organlardandır. Adolesan çağda ve seyrek görülmekle birlikte, saptandığında, %15-25 oranında pulmoner kavitasyonlar eşlik etmektedir (4).

Klinik olarak ateş, kilo kaybı, karın ağrısı, distansiyon, bulantı, kusma, ishal gibi özgül olmayan semptomlarla görülebileceği gibi, abdominal kitle, asit, subakut obstrüksiyon, kronik ishal tablosu da meydana getirebilir (6). Ülser ve fistül başvuru nedeni olabileceği gibi ATB'nin bir komplikasyonu da olabilir. Bağırsak lümen striktürü, mezenterik inflamasyon ya da peritoneal tutulum yoluyla oluşan karın ağrısı en sık semptomdur.

Özgül klinik ve laboratuvar bulguları olmadığından tanısı epidemiyolojik risk faktörü taşıyan hastalardan öncelikle şüphe etmeyi gerektirir. Tüberkülin deri testi sıklıkla pozitifdir. Rutin laboratuvar testlerinde kronik hastalık anemisini destekleyecek normokrom normositer anemi, trombositoz ve artmış eritrosit sedimentasyon hızı saptanabilir. Parasentez veya biyopsi yoluyla alınmış örneklerde *M. tuberculosis*'in kültür ya da nükleik asit amplifikasyon yöntemi ile gösterilmesi tanıda yardımcıdır. Vakamızda da olduğu gibi, abdominal ultrasonografi ve kontrastlı batin tomografisi ile de tanı desteklenebilir. Ayrıca ultrason ile de büyümüş mezenter ve retroperiton lenf bezlerini, asit sıvısı gösterilebilir. Çekilen akciğer grafisi ile tarafımıza yönlendirilen hastada uygulanan ileri görüntüleme yöntemleri ile asıl tanının apandisit olmadığı ve tüberküloza bağlı abdominal tutulum olduğu belirlenmiş ve invazif örneklemeye gerek duyulmamıştır.

Tanıda alınan asit sıvısı genellikle saman sarısıdır. Eksuda niteliğindedir ve beyaz küre sayısı ağırlıklı olarak lenfositlerden oluşmak üzere mL'de 300'den fazladır. Asit sıvısında adozin deaminaz (ADA) değeri tanıda yararlıdır. ADA eşik değeri 39 alındığında yüksek duyarlılık ve özgüllük gösterir (7).

Altı çizilmesi gereken bir başka nokta da özellikle bulaştırıcı tüberküloz hastalığı temaslı ve 35 yaşından daha genç olan risk grubuna koruyucu tedavi verilmesi gerekliliğidir. Bu konu ulusal tüberküloz tanı ve tedavi rehberinde de belirtilmiştir (8). Ne yazık ki hastamız ailedeki yoğun tüberküloz yüküne rağmen koruyucu tedavi almamıştır.

Abdominal tüberküloz tanısı alan hastalar kesinlikle antitüberküloz etkili ajanlarla tedavi edilmeli ve perforasyon, abse, fistül, kanama ya da obstrüksiyon gibi komplikasyonlar geliştiğinde ise opere edilmelidir. Dörtlü antitüberküloz ajanla verilecek tedavi süresi, ağır olmayan akciğer dışı tüberküloz vakaları için 6 ay olarak belirlenmiş olup klinik gidişe göre süresi uzatılabilmektedir (8).

Sonuç olarak, sıklıkla akciğeri tutan bir enfeksiyon hastalığı olmasına karşın özgül olmayan semptomlarla, akciğer dışı tüberkülozu olarak da karşımıza çıkmaktadır. Bu semptomları taşıyan hasta grubunda ülkemizdeki insidansın yüksekliği ve kesin tanı koymamanın, invazif işlem gerekliliği nedeniyle zor olduğu bu hastalık göz ardı edilmemelidir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2018. http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/ (Accessed on October 01, 2018).
2. Donoghue HD, Holton J. Intestinal tuberculosis. *Curr Opin Infect Dis.* 2009;22:490-6. <https://doi.org/10.1097/QCO.0b013e3283306712>
3. Cruz AT, Starke JR. Clinical manifestations of tuberculosis in children. *Paediatr Respir Rev.* 2007;8:107-17. <https://doi.org/10.1016/j.prrv.2007.04.008>
4. Debi U, Ravisankar V, Prasad KK, et al. Abdominal tuberculosis of the gastrointestinal tract: revisited. *World J Gastroenterol.* 2014;20:14831. <https://doi.org/10.3748/wjg.v20.i40.14831>
5. Chow KM, Chow VC, Hung LC, Wong SM, Szeto CC. Tuberculous peritonitis-associated mortality is high among patients waiting for the results of mycobacterial cultures of ascitic fluid samples. *Clin Infect Dis.* 2002;35:409-13. <https://doi.org/10.1086/341898>
6. Singh V, Jain AK, Agrawal AK, et al. Clinicopathological profile of abdominal tuberculosis. *Br J Clin Pract.* 1995;49:22.
7. Riquelme A, Calvo M, Salech F, et al. Value of adenosine deaminase (ADA) in ascitic fluid for the diagnosis of tuberculous peritonitis: a meta-analysis. *J Clin Gastroenterol.* 2006;40:705. <https://doi.org/10.1097/00004836-200609000-00009>
8. Törün T. Akciğer dışı sistemlerin tüberkülozu. In Ed. Ş. Özkara, Z. Kılıçaslan. *Tüberküloz. Toraks Kitapları*, 2010, İstanbul: s. 329-350.