

# Batında asitle başvuran periton tüberkülozu olgusu

## A case of peritoneal tuberculosis presenting with acid in the abdomen

Mehmet Aslan<sup>1</sup>, Nida Uyar<sup>2</sup>, Ahmet Uyanıkoğlu<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye

<sup>2</sup>Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye

<sup>3</sup>Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye

ORCID ID: MA 0000-0002-9556-9739  
NU 0000-0002-5904-8178  
AU 0000-0003-4881-5244

Gönderim Tarihi: 04 Mayıs 2021, Kabul Tarihi: 08 Haziran 2021

*Bu vaka, 16. Anadolu Gastroenteroloji Günleri- 11.09.2020 - Şanlıurfa kongresinde sözlü olarak sunulmuştur.*

### ÖZET

Periton tüberkülozu tüm asit sebepleri arasında %2 oranında görülmektedir. Periton tüberkülozu en sık primer akciğer tüberkülozunun hematogen yolla yayılmasına bağlı oluşmasına rağmen komşu organlardan direkt yayılımla veya miliyer yayılımla da gelişebilmektedir. Son zamanlarda birçok tanısal test çıkmasına rağmen hala tanı konulmasında zorluklar yaşanabilmektedir. Bu bildiri de asit ile başvuran bir tüberküloz peritonit olgusu sunulmuştur.

**Anahtar kelimeler:** Asit, periton, tüberküloz

**İletişim:** Mehmet Aslan

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye

**e-mail:** drmaslan63@gmail.com

### SUMMARY

Peritoneal tuberculosis is seen in 2% of all acid causes. Although peritoneal tuberculosis is mostly caused by hematogenous spread from primary pulmonary tuberculosis, it can develop directly from neighboring organs or by miliary spread. Although many diagnostic tests have been made recently, difficulties can still be experienced in diagnosis. In this report, a case of tuberculous peritonitis presenting with ascites is presented.

**Keywords:** Acid, peritoneum, tuberculosis

## GİRİŞ

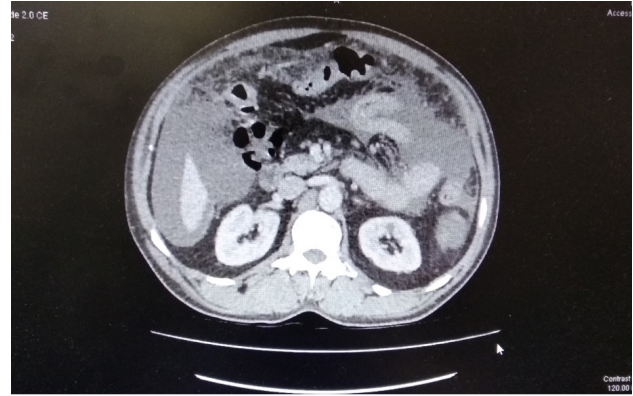
Tüberküloz, gelişmekte olan ve gelişmemiş ülkelerde halen önemli bir sağlık problemi olarak devam etmektedir (1). Tüberküloz peritonitin tüm asit sebepleri arasında sadece %2 gibi az bir kısmını oluşturduğu bildirilmiştir (2). Tüm tüberküloz çeşitleri arasında ise periton tüberkülozu insidansı %0,1 ile %0,7 arasındadır (3). Tüberküloz peritonit genellikle aktif pulmoner tüberkülozdan hematogen yayılma ile gelişir, ama bir odaktan komşuluk yoluyla ve lenfahematogen yayılma şeklinde de gelişebilir (4).

## OLGU

1 aydır olan karın şişliği şikâyeti ile başvuran 54 yaşında erkek hastanın muayenesinde batında serbest sıvı ve hassasiyet saptanması üzerine hasta asit etiyojisi araştırılmak üzere yatırıldı. Anamnez alındığında hastanın 1 aydır karnında şişlik geliştiği ve gittikçe arttığı, 1 yıldan fazladır kilo kaybı ve gece terlemelerinin olduğu öğrenildi. Özgeçmişinde hastanın bir yıl önce boyunda kitle nedeniyle opere olduğu öğrenildi. Fizik muayenede hastanın genel durumu iyi, bilinci açık, oryante ve koopere idi. Ateşi 36,8 °C, nabızı 80/dk, kan basıncı 110/70 mm-Hg, solunum hızı 14/dk idi. Batın muayenesinde asit ile uyumlu bulgular ve hafif hassasiyet var idi. Solunum sistemi muayenesinde patolojik bulguya rastlanmadı. Hastanın batın ultrasonografisinde (USG) karaciğer ve dalak boyutları normal, batında yaygın serbest sıvı izlendi. Hastanın tetkiklerinde hemoglobin: 11,8 g/dl (normal: 12-18 g/dl), platelet 540000/ml (normal: 142000/ml-424000/ml), C reaktif protein (CRP): 10,7 mg/dl (normal: 0-0,5 mg/dl), eritrosit sedimantasyon hızı (ESR) 32 mm/h idi. Diğer tetkikleri normal, viral serolojisi negatifti. Hastaya yapılan tanısız parasentez sonucunda, asit sıvısında glukoz 78 mg/dl, albumin 2,6 g/dl, total protein 4,8 g/dl, LDH 221 U/L, beyaz küre 5000/ml, SAAG: 0,6 saptandı. Non-portal vasıfta asit gözleendiği için asit mayiden örnekleme yapıldı. Adenozin deaminaz (ADA), aside rezistans boyama (ARB), tüberküloz basili polimeraz zincir reaksiyonu (PCR), asit mayi sitolojisi ve tüberküloz basili için kültür gönderildi. ADA, ARB ve PCR negatif geldi, kültürde üreme yoktu. Tüm karın bilgisayarlı tomografisinde (BT) karında masif asit, omentumda infiltrasyon, kalınlaşma ve heterojenite mevcuttu ve bu görünüm tüberküloz peritonit ile uyumlu olarak değerlendirildi. (Şekil 1)

Hastada eşlik eden pulmoner tüberküloz olabilir mi diye akciğer direk grafisi çekildi ve balgam ARB gönderildi. Direk grafide patolojik bir lezyon yoktu ve balgam ARB negatif geldi. Hastaya tanısız laparoskopik periton biyopsisi yapılması amacıyla genel cerrahi kliniğine danışıldı. Hastaya 1 yıl önce submandibuler ve supraklavikuler lenf nodlarından tru-cut biyopsi yapıldığı ve patoloji sonucunun kazeöz granülamatöz inflamasyon geldiği ve hastanın daha sonra doktora başvurmadığı ve herhangi bir tedavi almadığı öğrenildi. Hastanın patoloji raporlarına ulaşıldı. Hastanın lenf nodlarından yapılan biyopside kazeifiye granülamatöz

enflamasyon saptanması, batın BT'de periton tüberkülozu ile uyumlu görünüm saptanması nedeni ile hastaya periton tüberkülozu tanısı konularak izoniazid 300mg tablet 1x1, rifampisin 300 mg tablet 1x2, etambutol 500 mg tablet 1x3, pirazinamid 500 mg tablet 1x4 şeklinde 2 ay süre ile tedavi uygulandı. Sonrasında izoniazid ve rifampisin aynı dozlarda 4 ay daha devam edildi. Hasta 2 hafta sonra ve ayda bir kontrole çağrıldı. Hasta tedavinin birinci, ikinci ve dördüncü ayında kontrole geldi. Kontrollerde hasta gece terlemelerinin olmadığını, kilo almakta olduğunu, karnındaki şişliğin geçtiğini söyledi. Hastada bakılan laboratuvar değerleri normal bulundu, çekilen abdomen USG'lerde asit veya başka bir patolojik bulgu izlenmedi.



Şekil 1. Tüberküloz peritonite bağlı masif asitle beraber peritonda kalınlaşma ve omentumda diffüz tutulum

## TARTIŞMA

Asit, peritoneal kavitede anormal sıvı birikimidir. Hastaneye ilk kez asit ile başvuran bir hastada parasentez ile biyokimyasal mikrobiyolojik ve sitolojik inceleme yapılmalıdır. Asit sıvısının biyokimyasal incelemesi ile serum ve asit albümin konsantrasyonları arasındaki fark (SAAG)  $\geq 1,1$  g/dl olanlar portal asit olarak değerlendirilirken  $<1,1$  g/dl olanlar non-portal asit olarak değerlendirilmektedir. Türkiye'de 58 hasta ile yapılan bir çalışmada hastaların %77,5 unda portal tipte asit görülürken, %22,5 unda non-portal tipte asit görülmüştür. Bu hastalarda 18 karaciğer sirozu tespit edilirken hastaların sadece 2 tanesinde tüberküloz peritonit fark edilmiştir (1). Yine Türkiye'de Şanlıurfa yöresinde yapılan daha geniş bir çalışmada asit ile başvuran 142 hasta incelenmiş, bunların 114'ünde (%80) portal tipte asit saptanırken 28'inde (%20) ise non-portal tipte asit saptanmıştır. Non-portal tipte asit saptanan hastaların 5'inde (tüm hastaların %3'ü, non-portal asitlerin %18'i) tüberküloz peritonit tespit edilmiştir (2). Asit etiyojisi açısından farklı ülkelerde yapılan birçok çalışmada asit etiyojisinde en sık sebep karaciğer sirozu iken maligniteler ve konjestif kalp yetmezliği azımsanmayacak payda sahiptir (1). Tüberküloz peritonit sıklığı geçmişe göre azalmasına rağmen gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde nispeten halen sık görülmektedir (1).

Periton tüberkülozu olan bir hastada semptomlar yaşa ve ek hastalıklara bağlı olarak farklılıklar gösterebilmektedir. Hastalarda en sık asit (%93) ve karın ağrısı (%73) görülürken hastaların yarısından fazlasında gece terlemesi, kilo kaybı ve subklinik ateş gözlenmektedir (5). Bizim olgumuzda da hastaneye geliş şikayeti asite sekonder olarak karında şişliktir ve ek olarak gece terlemeleri ve kilo kaybı mevcuttu. Hastalarda daha az sıklıkla ishal, kabızlık, hepatomegali ve splenomegali gözlenebilmektedir. Hastaların laboratuvar değerlendirmelerinde bulgular non-spesifik olup, tanısal değerleri düşük olup; olgumuzda olduğu gibi kronik hastalık anemisi, trombositoz ve CRP yüksekliği sıklıkla görülür. Lökosit sayısı genelde normaldir. ESR hemen daima artmıştır, fakat vakaların yaklaşık yarısında 60 mm/h'yi aşmaz (6). Asit sıvısında bakılan lökosit sayısı, glukoz ve LDH tanısal olarak güvenilir değildir. Asit sıvısında bakılan total protein siroz eşlik etmediği sürece hastaların tümünde 2,5 g/dl'nin üstündedir (3). SAAG'nin tanısal değeri daha fazladır ve siroz eşlik etmediği sürece tüm hastalarda 1,1 g/dl'nin altındadır. Bize bu olguda tüberküloz peritoniti düşündürten en önemli laboratuvar bulgularından biri asit mayi örnekleme sinin non-portal vasıfta olmasıdır. ARB boyamanın vakaların sadece %3'ünde tüberküloz basillerini gösterdiği, asit mayi kültürünün ise hastaların sadece %35'inde pozitif olduğu bildirilmiştir (3). Asit sıvısında bakılan ADA %90 spesifite ve sensitiviteye sahiptir. 264 hastayı içeren 12 çalışmanın yer aldığı bir meta-analiz, ADA seviyelerinin 36 ila 40 U/L cut-of değeri kullanarak yüksek duyarlılık ve özgüllüğe (sırasıyla yüzde 100 ve 97) sahip olduğunu; optimal cut-off değerinin 39 U/L olduğunu göstermiştir (7). Asit sıvısında bakılan tüberküloz PCR'nin ARB pozitifse %95 sensitiviteye sahip olduğu, ARB negatifken sensitivitenin %48'e kadar düşük olduğu saptanmış ve bundan dolayı testin güvenilirliği az olarak değerlendirilmiştir (3).

Hastaların USG'sinde serbest asit gözlenir ve ayrıca çok sayıda, ince, hareketli fibrin bantları, asit içinde çökelti şeklinde debris, septasyon ve ortasında hipoeoik alan bulunan lenfadenopati gözlenebilir (8). Asidik septasyonun peritonitis karsinomatozisinde de görülebileceği unutulmamalıdır. BT periton tüberkülozu tanısı için en faydalı görüntüleme yöntemidir. BT'de peritonda diffüz regüler kalınlaşma olmasıyla beraber, mezenter ve barsak duvarında da kalınlaşma olması kuvvetle tüberküloz peritoniti düşündürür (9). Bizim olgumuzda da tanımızı destekleyen en önemli radyolojik bulgu peritonda tespit edilen diffüz irregüler kalınlaşmadır. Hastalarda görüntüleme veya laparoskopi eşliğinde yapılan periton biyopsisi ile kazeöz granülatöz inflamasyon görülmesi veya laparoskopi de direkt olarak tüberküloz peritonite ait bulguların gözlenmesi %95 oranında tanı koydurur. 402 hastayı içeren bir sistematik derlemede, periton tüberkülozu tanısı koymada laparoskopik incelemenin duyarlılığı ve özgüllüğü sırayla %93 ve 98'di (10). Tanıda gecikme durumunda tüberküloz peritonitin yıkıcı sonuçları olabileceğinden, özellikle açıklanamayan

asiti olan hastalarda zaman kaybetmeden laparoskopik inceleme yapmak, tedavide yaşanan zorluklar da göz önüne alındığında oldukça önemlidir (11). Bizim önemli bir eksikliğimiz tanı için hastaya laparoskopik biyopsi yapmamamızdır.

Sonuç olarak, tüberküloz peritonitte birçok tanısal test kullanılabilmesine rağmen testler pozitif geldiğinde tanı koymada zorluk yaşanmazken testler negatif geldiğinde ise maalesef tüberküloz peritonit dışlanamamaktadır. Bizim olgumuzda ise hastada ARB, ADA ve tüberküloz PCR negatif gelmesine rağmen tüberküloz peritonit ile uyumlu görüntüleme ve hastanın yakın geçmişte tedavi edilmemiş tüberküloz lenfadenit öyküsü olması, tüberküloz peritoniti destekleyici bulgular olarak mevcuttu. Hastanın tüberküloz tedavisi ile asit mayisinin tamamen kaybolması ve semptomlarının tamamen düzelmesi tanımın doğruluğunu göstermektedir. Bu olgu bize şunu göstermektedir; batında asit mayi saptanan hastaların etiolojisinde, özellikle doğu ve güneydoğu Anadolu bölgelerinde tüberküloz ayırıcı tanıda mutlaka akılda tutulmalıdır. tüberküloz ayırıcı tanıda mutlaka akılda tutulmalıdır.

**Dipnot:** Olguda sunduğumuz hastadan bilgilendirilmiş yazılı onam alınmıştır.

**Yazar Katkıları:** Fikir: M.A.; Tasarım: M.A.; Denetleme: A.U.; Kaynaklar: M.A, N.U.; Literatür taraması: M.A, N.U.; Makalenin yazılması: M.A, N.U, A.U; Eleştirel İnceleme: A.U.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

**Finansal Destek:** Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

## KAYNAKLAR

1. Meral CE, Karaali ZE, Akin SY, Kırkırlar O, Erez SÖ, Doyar P, ve ark. Asit Nedeniyle Tetkik Edilen Hastaların Etiyolojik Dağılımı- Orijinal Araştırma. Med Bull Haseki 2005;43.
2. Uyanıkoğlu A, Dursun H, Cindoğlu Ç, Yenice N. Evaluation of patients with ascites in the Şanlıurfa Region. The Turkish Journal of Academic Gastroenterology 2019;18:23-26. DOI: 10.17941/agd.544712
3. Kaya M, Uçmak F. Tüberküloz Peritonit. Güncel Gastroenteroloji 14.2 (2010): 90-95.
4. Debi U, Ravisankar V, Prasad KK, Sinha SK, Sharma AK. Abdominal tuberculosis of the gastrointestinal tract: revisited. World J Gastroenterol. 2014;20(40):14831-14840. doi: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(4):409-413. doi:10.1086/341898
6. Kapoor VK. Abdominal tuberculosis. Postgrad Med J. 1998;74(874):459-467. doi:10.1136/pgmj.74.874.459
7. Riquelme A, Calvo M, Salech F, Valderrama S, Pattillo A, Arellano M, et al. Value of adenosine deaminase (ADA) in ascitic fluid for the diagnosis of tuberculous peritonitis:

- 
- a meta-analysis. *J Clin Gastroenterol.* 2006;40(8):705-710. doi:10.1097/00004836-200609000-00009
8. Rathi P, Gambhire P. Abdominal Tuberculosis. *J Assoc Physicians India.* 2016;64(2):38-47.
9. Guirat A, Koubaa M, Mzali R, Abid B, Ellouz S, Affes N, et al. Peritoneal tuberculosis. *Clin Res Hepatol Gastroenterol.* 2011;35(1):60-69. doi:10.1016/j.gcb.2010.07.023
10. Sanai FM, Bzeizi KI. Systematic review: tuberculous peritonitis--presenting features, diagnostic strategies and treatment. *Aliment Pharmacol Ther.* 2005;22(8):685-700. doi:10.1111/j.1365-2036.2005.02645.x
11. Uyanıkoğlu H, Uyanıkoğlu A, Büyükfırat E, Gengeç K. Importance of laparoscopic intervention in the differential diagnosis of peritonitis carcinomatosa and tuberculous peritonitis. *Turk J Gastroenterol.* 2017;28(6):528-530. doi:10.5152/tjg.2017.17131