

OLGU YAZISI / CASE REPORT

AKUT BATIN SENDROMUNUN NADİR BİR SEBEBİ: İLEOÇEKAL TÜBERKÜLOZ

A RARE CAUSE OF ACUTE ABDOMINAL SYNDROME: ILEOCECAL TUBERCULOSIS

Tuğrul ÇAKIR¹, Cemal POLAT², Ahmet BAŞTÜRK³, Süleyman KOÇ⁴

¹Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

²Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya AD.

³Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Gastroenteroloji Bölümü

⁴İnönü Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

ÖZ

Gastrointestinal tüberküloz en sık görülen ekstrapulmoner tüberküloz tiplerindedir. Klinikte karın ağrısı, kilo kaybı, ateş, halsizlik, bulantı, iştahsızlık, kusma, distansiyon, gece terlemesi, diare, kabızlık gibi nonspesifik semptom ve bulgular gösterir. İleoçekal bölgede kitleye bağlı akut karın sendromuna yol açması nadirdir. Hasta akut perforan apandisit ön tanısıyla opere edildi, fakat apandisit ileoçekal tüberküloz kitlesine bağlı geliştiği görüldü ve sağ hemikolektomi ve ileotransversostomi uygulandı. Postoperatif dönemde bir sorun gelişmedi.

ANAHTAR KELİMELEER: Karında kitle, tüberküloz, akut karın.

ABSTRACT

Gastrointestinal tuberculosis is the most common type of extrapulmonary tuberculosis. Clinically, abdominal pain, weight loss, fever, fatigue, nausea, loss of appetite, vomiting, bloating, night sweats, diarrhea, constipation, shows non-specific symptoms and signs. The ileocecal region on the mass as a result of mechanical intestinal obstruction is rare cause of acute abdominal syndrome. We present a case with mechanical obstruction due to ileocecal mass which is almost so rare. We aimed to investigate this case with performing right hemicolectomy and ileotransversostomy. Postoperative course was uneventful.

KEYWORDS: Abdominal mass, tuberculosis, acute abdomen.

Geliş Tarihi / Received: 02.02.2013

Kabul Tarihi / Accepted: 21.03.2014

Yazışma Adresi / Correspondence: Uzm. Dr. Tuğrul ÇAKIR
Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Antalya
tugrul-cakir@hotmail.com

GİRİŞ

Tüberküloz (Tbc) periton ve pankreatikobiliyer sistemi de içine alan gastrointestinal sistemin herhangi bir kısmında görülebilir (1). Abdominal tbc endemik bölgelerde morbidite ve mortaliteye sebep olan yaygın bir problemdir. Abdominal tbc en sık görülen ekstrapulmoner tbc tiplerinden biridir. Gastrointestinal bölgede tutulum en sık (% 85- 90) ileoçekal bölgede görülür (2). Gastrointestinal tbc' nin tipik bir klinik belirtisi yoktur (3).

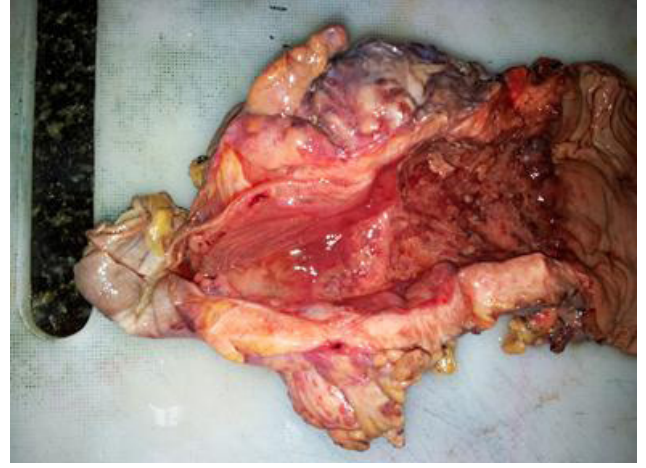
Çalışmamızda ileoçekal bölgede görülen tbc kitlesinin neden olduğu akut karın sendromunun incelenmesi amaçlandı.

OLGU SUNUMU

Altı aydır dispeptik şikayetleri olan 38 yaşındaki erkek hasta iki günlük karın ağrısı, kusma ve gaz gaita çıkaramama şikayeti ile acil servise başvurdu. Fizik muayenesinde barsak sesleri hiperaktifti, sağ alt kadranda hassasiyet, defans ve rebound vardı. Laboratuvar bulgusunda: CRP düzeyinde yükselme (11.09 mg/dL), albümin (2.7 g/dL), demir (7 µg/dL) ve kalsiyum (7.7 mg/dL) düzeylerinde düşme görüldü. Ayakta direkt karın grafisinde (ADKG) hava-sıvı seviyesi görüldü. Karın ultrasonografisi (USG) akut perforan apandisit ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hasta akut perforan apandisit ön tanısıyla acil olarak opere edildi. İnce barsak anslarında dilatasyon, ileoçekal bölgede yaklaşık 10x10 cm çapında kitle ve kolon mezenterinde çok sayıda lenf nodları görüldü. Apendiks tübüler yapıda, hiperemik görünümlü ve mezenterinde inflamasyon artışı görüldü (**Şekil 1-2**). Hastaya sağ hemikolektomi ve ileotransversostomi yapıldı.



Şekil 1: Sağ hemikolektomi piyesi.



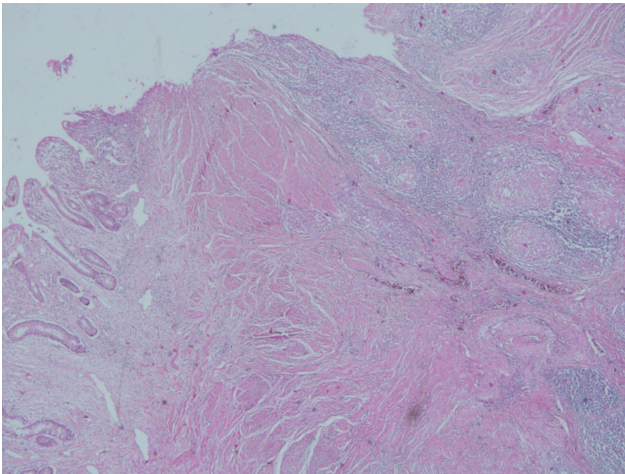
Şekil 2: İleoçekal bölgede barsak duvarındaki kalınlaşma Postoperatif takiplerinde bir problem yaşanmadı. Biyopsi materyalinin histopatolojik incelenmesinde; ince ve kalın barsakta transmural tutulum gösteren yaygın granülomatöz enterit ve kolit ile flegmenöz apandisit olarak rapor edildi. Apendiks ve perikolik yağlı dokudan diseke edilen 28 adet lenf düğümünün tamamında non-nekrotizan granülomatöz reaksiyon izlendi. Yapılan Erlich-Ziehl-Neelsen (EZN) boyamasında basil izlenmemekle birlikte morfolojik bulgular ön planda tüberkülozu düşündürmekteydi. Hastanın göğüs tomografisinde bir özellik izlenmedi. Hastaya toplam 9 ay boyunca dörtlü antitüberküloz tedavi protokolü başlanarak takibe alındı. Çalışma öncesi hastaya bilgi verilerek yazılı ve sözlü onamları alındı.

TARTIŞMA

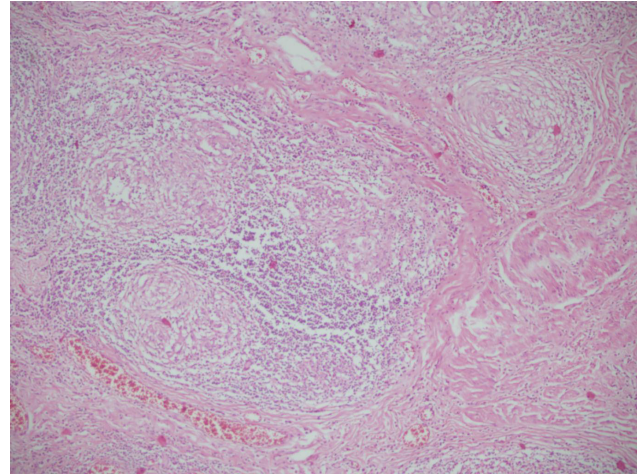
Primer tüberküloz toplumda yaygın olmakla birlikte ekstrapulmoner bölge olarak sıklıkla gastrointestinal sistemi tutmaktadır. İleoçekal bölge ile yakın ilişkisi olan çekum, apandiks ve ileumun terminal kısmında anatomik ve fizyolojik özellikleri nedeniyle intestinal tüberküloz, crohn hastalığı, kanser, lenfoma, izole ileoçekal ülser, leiomyoma, yersinia enterokolitika, apandisit ve amebiazis gibi hastalıklar görülebilmektedir. Tanıda crohn hastalığı, amebiazis, kolon karsinomu ve histoplazmozisden ayrılması oldukça zordur (4, 5). Crohn hastalığında mikroorganizmanın olmaması dışında diğer bulgular benzerdir. Yersinia enterokolitika mezenterik lenfadenopati yapabilir fakat anamnezi kısadır ve spontan düzelebilir. İntestinal tutulumları çok az da olsa sifiliz, lenfograduloma venerum, intestinal histoplazmozis ve Behçet hastalığı da

ayırıcı tanıda düşünülmalıdır. Hastalar genelde otuz ile elli yaş aralığında değişmektedirler. Erkeklerde kadınlara göre sıklığı daha fazladır. Gastrointestinal tüberküloz vakalarında spesifik bir semptom ve bulgusu yoktur. Karın ağrısı, kilo kaybı, ateş, halsizlik, bulantı, iştahsızlık, kusma, distansiyon, gece terlemesi, diare, kabızlık, gibi nonspesifik abdominal semptomlar olabilir (6, 7).

Yemek yemekle artan, kusma ve defekasyonla azalan karın ağrısı; kramp veya kolik tarzda olup genellikle sağ alt kadranda görülür. Abdominal tbc endemik olarak görüldüğü Hindistan'da akut obstrüksiyon ve acil laparotomi vakaların %25 inde ilk semptomu oluşturmaktadır (8). Karın muayenesinde sağ alt kadranda hassastır ve % 25'inde palpabl kitle vardır. Gastrointestinal tbc için spesifik laboratuvar bulguları bulunmamaktadır. Ancak anemi, sedimantasyon yüksekliği, lenfositoz, trombositoz ve hipoalbuminemi görülebilir (9-11). Hastamızda CRP yüksekliği, albümin, demir ve kalsiyum düzeylerinde düşme görüldü. Ultrasonografi tanıda ek bilgiler sağlayabilir. Mezenterin 15 mm'den daha kalın olması, mezenter ekojenitesinde artış olması ve mezenterik lenfadenopati abdominal tbc'nin erken belirtileri olduğu ileri sürülmektedir (12). Hastamızın karın ultrasonografisinde bu bulgulara rastlanmadı. Makroskopik olarak en erken bulgular terminal ileum ve çekumdaki dağınık nodüllerdir ve sıklıkla üzerlerinde minimal ülserasyon görülür. Histolojik olarak granülom görülür, kazeasyon ise her zaman görülmeyebilir (**Şekil 3-4**). Ancak bölgesel lenf ganglionlarında kural olarak kazeasyon vardır (2). Yapılan çalışmalarda hastaların % 66'sında tanı, histopatolojik olarak konulabilmektedir (13). Tedavi diğer



Şekil 3: Barsak duvarında yaygın granülomatöz reaksiyon.



Şekil 4: Birbirini ile birleşme eğilimi gösteren forme granülom yapıları.

tbc tipleriyle aynıdır, ana tedavi en az 9-12 aylık standart üçlü antitüberküloz ilaç tedavisidir. Cerrahi tedavi; obstrüksiyon, perforasyon, fistül ve striktürler ile sınırlıdır (3). Malignite ile karışabileceğinden bazı vakalara eksploratuar laparotomi ve sağ hemikolektomi yapılabilmektedir.

Sonuç olarak abdominal tüberküloz nadir görülen bir durum olmakla beraber akut karın sendromuna yol açma sebebi genelde peritonit geliştirmesi sonucudur. Nadiren de olsa ileoçekal bölgede kitle oluşumuna neden olabilir. Kitlenin bası etkisi ve intestinal rüptürüne bağlı olarak akut karın sendromuna neden olabilir. Tüberküloz insidansının yüksek olduğu ülkemiz gibi bölgelerde intestinal veya abdominal bir patoloji varlığında; klinik, radyolojik, histopatolojik ve bakteriyolojik incelemelerin birlikte değerlendirilmesi önerilir.

KAYNAKLAR

1. Sharma MP, Bhatia V. Abdominal tuberculosis. Indian J Med Res 2004;120(4):305-15.
2. Sleisenger MH, Fordtran JS (Editors). Gastrointestinal disease. In: Gorbach SL. Infectious diarrhea and bacterial food poisoning. 5th Edition, Philadelphia: W.B. Saunders, 1993:1128-73.
3. Bayramiçli OU. Gastrointestinal tüberküloz. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi 1997;8(4):1-4.
4. Sanai FM, Bzeizi KI, Systematic review: tuberculous peritonitis-presenting features, diagnostic strategies and treatment. Aliment Pharmacol Ther 2005;22(8):685-700.
5. Niaz K, Ashraf M. Intestinal tuberculosis: diagnostic dilemma. Professional Med J 2010;17(4):532-7.

6. Al-Quorain AA, Satti MB, Al-Freihi HM, Al-Gindan YM, Al-Awad N. Abdominal tuberculosis in Saudi Arabia: aclinicopathological study of 65 cases. *Am J Gastroenterol* 1993;88(1):75-9.
7. Rom WN, Garay SM (Editors). Tuberculosis. In: Lewis S, Field S. Intestinal and peritoneal tuberculosis. 1st Edition, Boston: Little and Brown, 1996:585-97.
8. Bhansali SK. Abdominal tuberculosis: experiences with 300 cases. *Am J Gastroenterol* 1977;67(4):324-37.
9. Mungan Z. İntestinal tüberküloz. *Medikal & Teknik* 1995;105(Özel Sayı):9-11.
10. Sarıtaş Ü, Sarıçam T, Müftüoğlu V, ve ark. Abdominal tüberkülozis. *Türkiye Klinikleri Gastroenterohepatoloji Dergisi* 1990;2(1):89-92.
11. Al Karawi MA, Mohamed AE, Yasawy MI, et al. Protean manifestation of gastrointestinal tuberculosis: report on 130 patients. *J Clin Gastroenterol* 1995;20(3):225-32.
12. Jain R, Sawhney S, Bhargava DK, Berry M. Diagnosis of abdominal tuberculosis: sonographic findings in patients with early disease. *AJR* 1995;165(6):1391-5.
13. Dalay AR, Bayramicli OU, Konuksal F, ve ark. İnterabdominal tüberküloz olgularımızın klinik özellikleri. *Türk Gastroenteroloji Dergisi* 1996;7(2):158-62.