

## ***Ekstrapulmoner Tüberkülozlu İki Kardeş Mülteci Olgu*** ***Two Refugee Siblings with Extrapulmonary Tuberculosis***

<sup>1</sup>Melisa Şahin Tekin, <sup>2</sup>Pınar Yıldız

<sup>1</sup>Eskişehir Devlet Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, Eskişehir, Türkiye

<sup>2</sup>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye

**Öz:** Tüberküloz (TB) günümüzde halen önemli bir halk sağlığı problemidir. En az akciğer tüberkülozu kadar akciğer dışı TB tutulumları da önemlidir. Gelişmekte olan ülkelerde TB genellikle uygunsuz sosyoekonomik ve hijyenik koşullarla yakın ilişkilidir. Ekstrapulmoner TB'nin teşhisi nonspesifik belirtileri nedeniyle genellikle güçtür. Klinisyenler tarafından özellikle endemik bölgeden gelmekte olan mülteci hastaların takibinde bu tür nonspesifik belirtilerin mikobakteriyel etyolojiye bağlı olabileceğinin göz önünde bulundurulması büyük öneme sahiptir. Bu yazıda ilimizde tanı alan ekstrapulmoner TB'li iki mülteci kardeş olgu sunulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** ekstrapulmoner tüberküloz, assit, peritoneal tutulum

Şahin Tekin M, Yıldız P. (2017). *Ekstrapulmoner Tüberkülozlu İki Kardeş Mülteci Olgu*, *Osmangazi Tıp Dergisi* 39(3) 90-93 **Doi:** 10.20515/otd.339114

**Abstract:** Tuberculosis (TB) stil remains as a public health problem today. Extrapulmonary involvement is as significant as pulmonary infection. In developing countries TB is commonly associated with inadequate socio-economic and sanitary conditions. Usually the diagnosis of extrapulmonary TB is difficult because of non-specific clinical features. It is of great importance for clinicians to pay attention to mycobacterial etiology as a possible cause of such vague and non-specific symptoms especially when studying with immigrant patients who came from endemic areas. We report two refugee siblings with extrapulmonary TB in this article.  
**Keywords:** extrapulmonary tuberculosis, ascites, peritoneal involvement

Sahin Tekin M, Yildiz P. (2017). *Two Refugee Siblings with Extrapulmonary Tuberculosis*, *Osmangazi Journal of Medicine* 39(3) 90-93 **Doi:** 10.20515/otd.339114

## 1. Giriş

Tüberküloz (TB) tüm doku ve organları tutabilen bir enfeksiyon hastalığı olup akciğer dışı yerleşimleri ekstrapulmoner tüberküloz olarak adlandırılır. Başlıca ekstrapulmoner TB tutulum bölgeleri plevra, lenf bezleri, periton, gastrointestinal sistem, genitoüriner sistem, kemik ve eklemler, meninksler ve perikardtır (1). Ekstrapulmoner TB primer akciğer enfeksiyonu ile birlikte akut olarak görülebileceği gibi primer enfeksiyondan yıllar sonra reaktivasyon TB olarak da ortaya çıkabilir (2,3). Ekstrapulmoner yayılım genellikle lenfo-hematojen yolla olur, enfekte balgamın yutulması ile gastrointestinal sisteme yayılım da mümkündür. Ekstrapulmoner TB tüm dünyada artma eğiliminde olup başvuruların beşte biri gibi bir orana sahiptir, ülkemizde ekstrapulmoner TB oranı tüm hastaların yaklaşık %30'udur (4). Bu yazıda bir yıl ara ile ilimizdeki iki farklı hastanede benzer semptomlar ve klinik bulgularla tanı alan ekstrapulmoner TB'li iki kardeş mülteci olgu sunulmaktadır.

## 2. Olgu 1

23 yaşında Somali uyruklu mülteci erkek hasta son birkaç aydır devam eden üşüme, titreme, ateş, karın ağrısı, kilo kaybı yakınmaları ile Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvurdu. Başvurusunda vücut ısısı 38,2 °C, sol akciğer bazalde solunum sesleri azalmış, perküsyonda matite, batın tüm kadrantlarda yaygın hassasiyet saptanan hastanın laboratuvar incelemelerinde Hb: 10,7 g/dl, WBC: 11200/μl, absolü nötrofil sayısı: 9200/μl, ALT: 93 U/L (0-41), AST: 311 U/L (0-37), total protein: 5,9 g/dl (6-8,5) , albümin: 2,6 g/dl (3,5-5,2), LDH: 310 U/L (135-225), INR: % 1,42, Eritrosit sedimentasyon hızı (ESH): 88 mm/saat, C-reaktif protein (CRP): 12,5 mg/dl (<0,8) olarak bulundu. Hastanın plevral effüzyonu olması nedeniyle yapılan torasentezinde mayi glukoz 128 mg/dl, mayi trigliserid (TG) 60 mg/dl, mayi LDH 547 U/L, mayi protein 4,5 g/dl, mayi albümin 2,2 g/dl, mayi amilaz 71 U/L olarak bulundu, torasentez mayi eksuda vasıflı olarak kabul edilen hastanın çekilen kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) mediastende çok sayıda büyümüş lenf nodları, sağ hemitoraksta 1,5 cm, sol

hemitoraksta 8,5 cm kalınlığında ölçülen plevral effüzyon, bilateral kostal plevra paryetal yüzlerinde hafif düzeyli yer yer nodülarite gösteren kalınlık artışları saptandı. Batın BT'de perihepatik, perisplenik, periintestinal, bilateral parakolik ve pelvik yaygın serbest sıvı dansiteleri ve peritonda diffüz kalınlık artışı izlendi. Viral hepatit paneli, Salmonella ve Brucella aglütinasyon testleri, sitomegalovirüs (CMV), Ebstein-Barr virüs (EBV) ve insan bağışıklık yetmezlik virüsü (HIV) serolojileri negatif olarak bulunan hastanın yapılan kemik iliği aspirasyon ve biyopsileri malarya açısından ve malignite açısından negatif bulundu. Geniş spektrumlu antibiyotik tedavilerine rağmen vücut ısısı kontrol altına alınamayan hastanın kan ve idrar kültürleri, torasentez ve parasentez kültürleri ile kemik iliği aspirasyon kültüründe mikroorganizma üremesi olmadı. Torasentez ve parasentez sitoloji sonuçları malignite açısından negatif olarak raporlandı. Tüberkülin deri testinde 72. saatte endürasyon çapı 8 mm olarak okundu, hasta balgam çıkarmadığı için balgamda asidorezistan basil (ARB) çalışılmadı, ancak periton sıvısından gönderilen ARB negatif bulundu, Batın BT'de peritoneal kalınlaşma izlenmesi nedeniyle hastaya ultrasonografi (USG) eşliğinde tru-cut periton biyopsisi yapıldı. Patoloji sonucu nekrotizan granümatöz inflamasyon olarak raporlanan hastanın ateş, kilo kaybı, plevral effüzyon ve assit bulguları da göz önünde bulundurulduğunda olgu ekstrapulmoner tutulumlu tüberküloz olarak kabul edildi, dörtlü antitüberküloz tedavi başlanan hasta takipleri için Verem Savaş Dispanseri'ne yönlendirildi.

## 3. Olgu 2

22 yaşında erkek hasta halsizlik, baş dönmesi, ateş, karın ağrısı yakınmaları ile yukarıda bahsedilen erkek kardeşinden yaklaşık bir yıl sonra Eskişehir Devlet Hastanesi'ne başvurdu. Fizik muayenesinde ileri derecede kaşektik olduğu gözlenen hastanın, vücut ısısı 38,4 °C ölçüldü, solunum seslerinde sağ alt zonda azalma, perküsyonda matite, batın muayenesinde epigastrik hassasiyet tesbit edildi. Hastanın laboratuvar incelemelerinde Hb: 8,0 g/dl, WBC: 6400/mm<sup>3</sup>, absolü nötrofil

sayısı: 5250/mm<sup>3</sup>, total protein: 7,26 g/dl (6,4-8,3), albümin: 3,1 g/dl (3,5-5,2), LDH: 274 U/L (<248), INR: %1,38, ESH 40 mm/saat, CRP 9,48 mg/dl (<0,8) bulundu. Anemi nedeniyle çalışılan serum demiri 11 µg/dl (70-180), total demir bağlama kapasitesi 152 µg/dl (250-425), ferritin 243 ng/ml (21-274), vitamin B12 818 pg/ml (187-883) ve folik asit 4,5 ng/ml (3,1-20,5) olarak bulundu, hastada kronik hastalık anemisi düşünüldü. Abdomen USG'de büyüğü 14 mm boyutunda olmak üzere mezenterik lenfadenopatiler ve minimal batın içi serbest mayi izlendi. Plevral effüzyonu olan hastanın yapılan torasentezinde mayi glukoz 152 mg/dl, mayi LDH 485 U/L, mayi protein 4,12 g/dl, mayi albümin 2,0 g/dl, mayi amilaz 49 U/L olarak bulundu, torasentez mayi eksuda vafında kabul edildi. Çekilen kontrastlı toraks BT'de sağda 3 cm, solda 5 mm kalınlığında bilateral plevral effüzyon izlendi. Abdomen BT'de büyüğü sağ paraaortik yerleşimli 14x17 mm boyutta olmak üzere lenfadenopatiler, perihepatik, perisplenik anslar arasında pelvik bölgeye dek uzanan yaygın serbest sıvı, mezenterik yağ doku planlarında peritoneal tutulumu düşündürülen yer yer kirlenme ve yer yer nodülerite saptandı. Erkek kardeşi ile benzer şekilde geniş spektrumlu antibiyoterapiye rağmen ateş yanıtı alınamayan hastanın kan, idrar ve plevral sıvı kültürlerinde mikroorganizma üremesi olmadı. Viral hepatit serolojisi, Brucella aglutinasyon testi ve HIV serolojisi negatif bulunan hastanın aile öyküsü öğrenildiğinde tanıyı kesinleştirme amacıyla periton biyopsisi yapılması planlandı, ancak hasta kabul etmediği için işlem gerçekleştirilemedi. Hastanın bahsedilen belirti ve bulguları, erkek kardeşine ait edinilen tıbbi kayıtlar ile birlikte gözden geçirildiğinde kardeşi ile hemen hemen birebir aynı kliniğe sahip olduğu düşüncesiyle olgu ekstrapulmoner tutulumlu tüberküloz olarak kabul edildi, dörtlü antitüberküloz tedaviye başlanmasından sonraki yaklaşık on günlük süre içerisinde ateşleri kontrol altına alındı ve Verem Savaş Dispanseri'nde takibe alındı.

#### 4. Tartışma

Tüberküloz Mycobacterium tuberculosis'in neden olduğu, patolojik olarak nekrotizan granülomatöz inflamasyonla karakterize olan, havayolu ile bulaşan bir enfeksiyöz hastalıktır. Mycobacterium tuberculosis, insan bağışıklık yetmezliği virüsünden (HIV) sonra tüm

dünyada enfeksiyöz nedenlere bağlı ölümlerin ikinci sırada gelen sebebidir. Dünya nüfusunun neredeyse üçte birinin M. tuberculosis ile enfekte olduğu tahmin edilmektedir. Her yıl tüm dünyada yaklaşık 10,4 milyon yeni TB vakası ve 1,8 milyon civarı da tüberküloza bağlı ölümler görülmektedir (5,6). Tüberküloz için risk faktörleri enfekte kişilerle artmış yakın temas (kalabalık ve iyi havalandırılmayan kışla, cezaevi koğuşu veya mülteci kampı gibi yerler vb) ile konağa bağlı immün sistem zayıflatıcı nedenler olan madde kullanımı, alkolizm, HIV enfeksiyonu, maligniteler, diyabet, böbrek yetmezliği, siroz, malnütrisyon, başta tumour necrosis factor-alpha (TNF-alfa) inhibitörleri olmak üzere immünsüpresif tedaviler ve doku/organ transplantasyonları olarak sıralanabilir. Düşük sosyoekonomik düzey de barınma ve beslenme koşulları, sağlık hizmetine erişimdeki yetersizlik, gelir ve eğitim yetersizliği nedeniyle başlıca risk faktörlerinden biri olarak sayılabilir. İlimizde tanı almış iki mülteci olgunun sosyokültürel düzeyi, beslenme alışkanlıkları, yaşam alanları sorgulandığında tüberküloz için tanımlanan risk faktörlerini taşıdıkları söylenebilir.

Tüberküloz enfeksiyonunda yaygın görülen tutulum akciğer TB olup akciğer dışı tutulum da azımsanmayacak düzeydedir. Ülkemizde ekstrapulmoner TB sıklığı %30 civarındadır. Dünyada en yaygın ekstrapulmoner TB formları TB lenfadenit ve genitoüriner TB iken, ülkemizde TB plörezi ilk sırayı almakta, onu TB lenfadenit ve peritoneal/gastrointestinal TB izlemektedir (4,7). Ekstrapulmoner TB kliniği genellikle sessiz seyirli olup çoğunlukla yakınmaların başlamasından tanı konulmasına kadar geçen süre uzundur. Olgularımızda da şikayetlerinin başlamasından sonraki süreçte kliniklere başvurmaları ve tanı almaları yaklaşık 6 ay- 1 yıl kadar sürmüştür. Ekstrapulmoner TB'de mikrobiyolojik tanı olguların yaklaşık üçte birinde mümkün olabilmektedir (8). Histopatolojik örnekleme mikrobiyolojik incelemenin yol göstermediği durumlarda tanısal açıdan önemlidir, granülomatöz inflamasyon ve kazeifikasyon nekrozunun gösterilmesi karakteristiktir (9).

Sunulan olgularda TB plörezi ve TB peritonit kliniği ile ortaya çıkan ekstrapulmoner TB mevcuttur. TB'nin periton tutulumu primer enfeksiyonun lenfohematojen yolla yayılımı sonrası peritonda latent kalan M. tuberculosis'in reaktivasyonu ile ortaya

çıkabileceği gibi enfekte balgamın yutulması ile bağırsaklara ulaşan basillerin burada oluşturduğu ülser, fistül vb lezyonlar sonucu mezenterik lenf bezlerine ve oradan da peritona yayılması ile de görülebilir. Başlıca belirtileri ateş, karın ağrısı ve assit varlığıdır; beraberinde aktif akciğer TB görülme sıklığı seyrek olup bazen olgularımızda olduğu gibi plevral effüzyon ile birliktelik gösterebilir (10). Rutin laboratuvar bulguları nonspesifik olup anemi ve akut faz yanıtında artış olarak sayılabilir. Assit sıvısı genellikle eksudatif özellikte olup ayırıcı tanıda primer ve metastatik peritoneal maligniteler gelmektedir, bu yüzden TB basilinin mikrobiyolojik olarak gösterilemediği olgularda periton biyopsisi önem kazanmaktadır, görüntüleme eşliğinde biyopsinin yetersiz kaldığı durumlarda laparoskopi eşliğinde veya gerek duyulduğunda laparotomi ile de örnekleme yapılabilir.

TB tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir halk sağlığı sorunu olduğundan

tanının netleştirilmesi ve mümkün olan en kısa sürede tedaviye başlanması büyük önem arz etmektedir. Mülteci popülasyonu ülkemizde son yıllar içerisinde belirgin artış gösterdiğinden klinisyenlerin özellikle TB açısından endemik bölgelerden gelen hastaları incelerken bu durumu göz önünde bulundurması ve ayırıcı tanılarda TB'nin daha ön sıralarda yer alması gerekliliği tartışılmazdır.

## 5. Sonuç

Ekstrapulmoner TB tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaygın olup tanı ve tedavideki gecikmelerin mortalite ve morbiditeyi arttırdığı bir durumdur. Ülkemizde giderek artan mülteci nüfusu da göz önünde bulundurulduğunda endemik bölgelerden gelen hastalar sorgulanırken TB akılda tutulmalı, aile öyküsü mutlaka sorgulanmalı ve TB'den şüphelenildiğinde tanısal testler hızlı bir şekilde yapılarak uygun tedavi en kısa sürede başlanmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Aygen B, Metan G. Extrapulmonary tuberculosis. In: Wilke Topçu A, Söyletir G, Doğanay M, editörler. Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi 3. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2008. P 850-859.
2. Sharma SK, Mohan A. Extrapulmonary tuberculosis. Indian J Med Res 2004;120(4):316-353.
3. Golden MP, Vikram HR. Extrapulmonary tuberculosis: an overview. Am Fam Physician 2005;72(9):1761-1768.
4. Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No 862, editör, Prof. Dr. Recep Akdağ. Ankara, 2011; sf 63-70
5. Dheda K, Barry CE 3rd, Maartens G. Tuberculosis. Lancet 2016;387:1211.
6. World Health Organisation Global Tuberculosis Report 2016. WHO, Geneva 2016.
7. Peto HM, Pratt RH, Harrington TA, LoBue PA, Armstrong LR. Epidemiology of extrapulmonary tuberculosis in the United States, 1993-2006. Clin Infect Dis 2009;49(9):1350-1357.
8. Fitzgerald D, Haas DW. Mycobacterium tuberculosis. In: Mandell GL, Bennett J, Dolin R, editors. Principles and practice of infectious diseases 6th edition. New York: Churchill Livingstone, 2005; p. 2852-2886.
9. Taşova Y, Saltoğlu N, Mıdıklı D, Kandemir Ö, Aksu HSZ, Dündar İH. Extrapulmonary tuberculosis in adults an analysis of 98 patients. Klimik Journal 2000;13(1):17-23.
10. Sanai FM, Bzeizi KI. Systematic review: tuberculosis peritonitis-presenting features, diagnostic strategies and treatment. Aliment Pharmacol Ther 2005; 22:685-700.