

Crohn hastalığı ve intestinal tüberküloz birlikteliği

Combination of Crohn's disease with intestinal tuberculosis

Muhammet Yener AKPINAR¹, Yasemin ÖZDERİN ÖZİN¹, Seda YAMAK², Ertuğrul KAYAÇETİN¹

Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ¹Gastroenteroloji Kliniği, ²Patoloji Bölümü, Ankara

Tüberküloz gelişmekte olan ülkelerde halen önemli bir sağlık sorunudur. Ekstrapulmoner tüberküloz bir çok organı etkileyebilir. Gastrointestinal sistem tüberkülozu %3-5 ile sık izlenilmeyen bir ekstrapulmoner tüberküloz nedenidir; sıklıkla tüberküloz enteriti ve tüberküloz peritoniti olarak karşımıza çıkar. Tüberküloz enteriti ile Crohn hastalığı ayırımı önemlidir. Günümüzde Crohn hastalığının tedavisinde merkezde immünsüpresif ilaçlar yer almaktadır. Bu nedenle bu ayırım hayati önem taşımaktadır.

Anahtar kelimeler: Crohn hastalığı, intestinal tüberküloz

Tuberculosis is an important health care problem in developing countries. Extrapulmonary tuberculosis can affect many organs. However gastrointestinal tuberculosis is a rare condition with 3-5% frequency. Tuberculosis enteritis and tuberculosis peritonitis are the major clinical manifestations of gastrointestinal tuberculosis. Differential diagnosis between Crohn's disease and tuberculosis enteritis is important. Immunosuppressive treatments including anti-tumour necrosis factors are the leading treatment modalities in Crohn's disease. Therefore distinction between these conditions is crucial.

Key words: Crohn's disease, intestinal tuberculosis

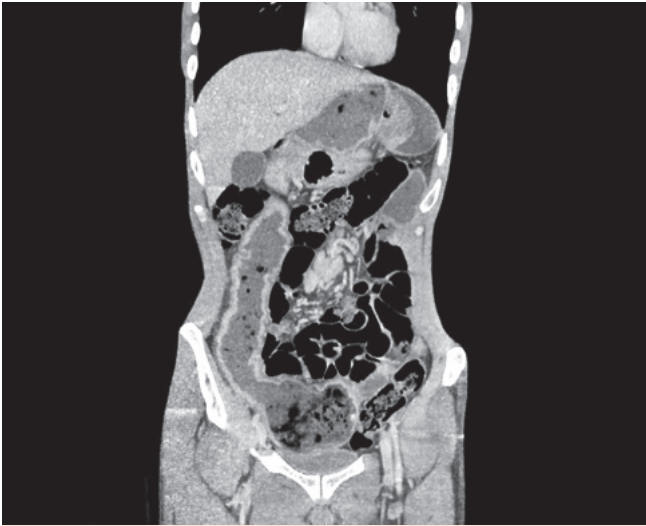
GİRİŞ

Crohn hastalığı ağızdan anüse kadar gastrointestinal sistemin herhangi bir kısmını etkileyebilen kronik inflamatuvar bir barsak hastalığıdır. İleoçekal bölge hastalıktan en çok etkilenen bölgedir. Yıllar içinde Crohn hastalığının tedavisinde önemli değişimler olmuştur. Günümüzde anti tümör nekrozis faktör (anti-TNF) ilaçlar hastalık tedavisinde yaygın olarak kullanılan ve mukozal iyileşmeyi sağlayan temel ilaçlardır (1). Immünsüpresyon sağlayan bu ilaçları alan hastaların tüberküloz basili ile karşılaşma durumu iyi bilinmeli, basil ile daha önce karşılaşan hastalara pürifiye protein derivatifi (PPD) durumuna göre profilaktik izoniyazid başlanmalıdır. Biz burada tüberküloz enteriti hikayesi olan ve bu yüzden antitüberküloz tedavi alan bir hastada gelişen Crohn hastalığını sunduk.

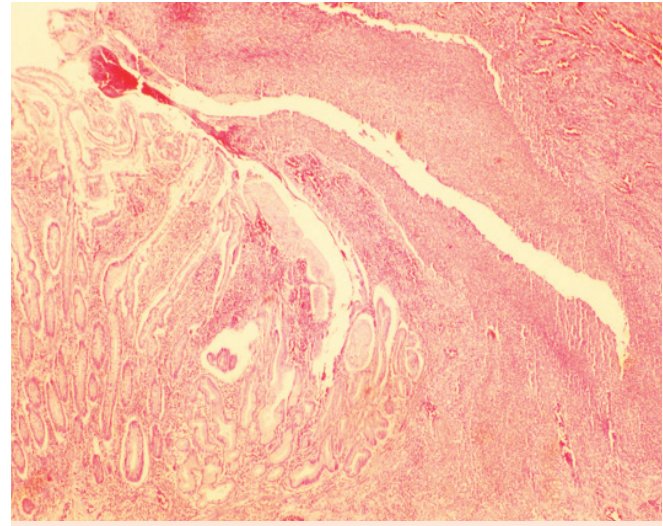
OLGU SUNUMU

Otuş sekiz yaşında erkek hasta hastanemize karın ağrısı, kilo kaybı, aralıklı bulantı ve kusma şikayetleri ile başvurdu. Özgeçmişinde 20 yıl önce akciğer tüberkülozundan dolayı tedavi gördüğü öğrenilen hasta 9 ay önce de karın ağrılarından dolayı tetkik edilmişti. Kolonoskopisinde çekumda ülseratif lezyonu tespit edilen hastanın buradan alınan biyopsisi kazeifikasyon nekrozu içeren granülomlar göstermiş ve hasta tüberküloz enteriti tanısı konulmuştu. Hastaya bu tanı ile antitüberküloz tedavi başlanılmıştı. Hastanın antitüberküloz tedavisi altında karın ağrıları belirgin hale gelmiş; ilave olarak bulantı ve kusmaları gelişmişti. Hastanemizdeki laboratuvar

tahlillerinde hemoglobin (Hgb):12,3 gr/dl, lökosit: 6300x10³/uL, platelet: 359.000x10³/uL, alanin aminotransferaz (ALT):7 U/L, aspartat aminotransferaz (AST): 12 U/L, gama glutamil transferaz (GGT):17 U/L, alkalın fosfat (ALP): 96 U/L, C-reaktif protein (CRP): 94 mg/L ve sedimentasyon: 33 mm/saat olarak izlendi. Batın ultrasonografisinde ince barsaklarda dilatasyona rastlandı. Hastaya yapılan kolonoskopide tüm kolon normal olarak değerlendirildi, terminal ileumda 20 cm kadar ilerlendi ancak burada da patolojiye rastlanılmadı. İnce barsak pasaj grafisinde distal jejunal ve proksimal ileal looplarda uzun segment, en geniş yerinde 6,3 cm ölçülen dilatasyon izlendi. Takibinde hastaya kontrastlı trifazik abdomen tomografisi çekildi. Burada da ince barsaklarda en geniş yerinde 5 cm'e ulaşan dilatasyonlara rastlandı (Resim 1). Ayrıca distal ileuma ait olduğu düşünülen yerde en kalın yerinde 8.5 mm'ye ulaşan duvar diffüz duvar kalınlaşması izlendi. Hastanın hastalıklı barsak bölgesine kolonoskopi ile ulaşılamaması, sık sık karın ağrısı ile beraber subileus atakları ile acile başvurusundan dolayı hasta opere edildi. İleumdan 80 cm proksimalde dilatasyona neden olan yaklaşık 30 cm'lik kısım rezeke edildi. Biyopside makroskopik olarak yer yer hiperemi ve ülserler izlendi. Mikroskopik incelemede ise mukozal ülserlerin yanında kript apselerine rastlandı (Resim 2). Lamina propriyada lenfoplazmositik infiltrasyon ve eozinofiler izlendi. Bu bulgulara ilave olarak transmural lenfosit agregatlar ve fibrozise rastlandı. Granülomlara rastlanılmadı. Biyopsi sonucu hastaya Crohn hastalığı tanısı konuldu.



Resim 1. İleumda diffüz duvar kalınlaşması ve dilatasyon.



Resim 2. İnflamatuvar infiltratla çevrili fissür benzeri ülser.

TARTIŞMA

Tüberküloz gelişmekte olan ülkelerde halen önemli bir sağlık sorunudur. Ekstrapulmoner tüberküloz bir çok organı etkileyebilir; tüberküloz lenfadenit en sık izlenen ekstrapulmoner tüberküloz nedenidir (2). Gastrointestinal sistem tüberkülozu %3-5 ile sık izlenilmeyen bir ekstrapulmoner tüberküloz nedenidir; sıklıkla tüberküloz enteriti ve tüberküloz peritoniti olarak karşımıza çıkar (3). Tüberküloz enteritinin epidemiyolojisi ve ortalama görülme yaşı bölgesel farklılıklar gösterebilir. Türkiye ve Pakistan gibi ülkelerde genç kadınlar daha sık etkilenir (4). Tüberküloz enteriti enfekte balgamin yutulması, enfekte gıdanın yenmesi veya hematogen yayılımla oluşabilir (5). İleoçekal alan ve jejunoileum en sık lokalizasyon alanıdır. Endoskopik olarak lezyonlar kendini ülseratif, hipertrofik veya ülserohipertrofik olarak gösterebilir. Ülseratif lezyonlar %60 ile en sık izlenen tiptir, multipl süperfisyal ülserler ile karakterize olup ülserler barsak uzun eksenine transvers yerleşir (5). Hastalarda semptomlar tutulum yerine ve komplikasyonlara bağlı değişebilir. Kronik nonspesifik karın ağrısı %80-90 ile en sık izlenen şikayettir. Diğer şikayetler arasında halsizlik, kilo kaybı, ishal ve gece terlemesi sayılır. Laboratuvar bulguları nonspesifiktir. Çoğu hastada orta dereceli anemi ve artmış sedimentasyon hızına rastlanılır (6). Fizik muayenede hastaların %20-50 kadarında sağ alt kadranda kitle ele gelebilir (7). Asitin varlığı tüberküloz lehine

yorumlanabilir, Crohn hastalığında asit daha nadirdir. Tanıda abdomen tomografisi en yararlı görüntüleme yöntemidir. Tomografi bulguları arasında ileoçekal bölgede duvar kalınlaşması, proksimal segmentlerde dilatasyon, hipodens merkezli lenfadenopatiler görülebilir (8). Tüberküloz enteriti komplikasyonları obstrüksiyon, perforasyon ve fistül formasyonu sayılabilir. Barsak obstrüksiyonu en sık izlenen komplikasyon olup ilerleyici progresif striktür ve adezyona bağlı oluşur (9).

Tüberküloz enteriti ile Crohn hastalığı ayrımı önemlidir. Günümüzde Crohn hastalığının tedavisinde merkezde immünsüpresif ilaçlar yer almaktadır. Bu nedenle bu ayrım hayati önem taşımaktadır. Her iki hastalığın başlangıcı yavaş seyirli olup hastalarda nonspesifik karın ağrıları görülür. Hastanın önceden tüberküloz geçirmiş olması, ailesinde tüberküloz geçiren yakınının olması ve immünsüpresif tedavi alması tüberküloz lehine yorumlanır. Patoloji her iki hastalığın tanısında da önemlidir. Her iki hastalık da granülomatöz inflamasyon ile karakterize olup kezaifikasyon nekrozu içeren granülomlar ve epitelioid histiyositlerle döşeli ülserler intestinal tüberküloz hastalığı lehine bulgulardır (10).

Sonuç olarak Crohn hastalığının gastrointestinal sistemin herhangi bir kısmında görülebileceği akılda tutulmalı; jejunum veya ileumda izlenen ülser, darlık ve duvar kalınlaşmaları Crohn hastalığı açısından da tetkik edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Fernandes C, Allocca M, Danese S, Fiorino G. Progress with anti-tumor necrosis factor therapeutics for the treatment of inflammatory bowel disease. *Immunotherapy* 2015;7:175-90.
2. Golden MP, Vikram HR. Extrapulmonary tuberculosis: an overview. *Am Fam Physician* 2005;72:1761-8.
3. Chong VH, Lim KS. Gastrointestinal tuberculosis. *Singapore Med J* 2009;50:638-45.
4. Donoghue HD, Holton J. Intestinal tuberculosis. *Curr Opin Infect Dis* 2009;22:490-6.
5. Marshall JB. Tuberculosis of the gastrointestinal tract and peritoneum. *Am J Gastroenterol* 1993;88:989-99.
6. Kapoor VK. Abdominal tuberculosis. *Postgrad Med J* 1998;74:459-67.
7. Horvath KD, Whelan RL. Intestinal tuberculosis: return of an old disease. *Am J Gastroenterol* 1998;93:692-6.
8. Balthazar EJ, Gordon R, Hulnick D. Ileocecal tuberculosis: CT and radiologic evaluation. *AJR Am J Roentgenol* 1990;154:499-503.
9. Ha HK, Ko GY, Yu ES, et al. Intestinal tuberculosis with abdominal complications: radiologic and pathologic features. *Abdom Imaging* 1999;24:32-8.
10. Pulimood AB, Ramakrishna BS, Kurian G, et al. Endoscopic mucosal biopsies are useful in distinguishing granulomatous colitis due to Crohn's disease from tuberculosis. *Gut* 1999;45:537-41.