

# Kronik Böbrek Yetersizliğinde Dissemine Tüberküloz (\*)

A. Çetin TANRIKULU (\*\*), Canan EREN DAĞLI (\*\*), Gökhan KIRBAŞ (\*\*\*),  
Abdurrahman ŞENYİĞİT (\*\*\*\*), Yavuz ÖZÇELİK (\*\*\*\*\*)

## SUMMARY

### Disseminated Tuberculosis at Chronic Renal Failure

*The risk of tuberculosis development has increased 10 times at chronic renal failure (CRF) patients receiving hemodialysis. In these cases, PPD sometimes may be negative due to immun defect. In this study, a CRF patient having disseminated tuberculosis with normal initial chest radiography and dying later was presented. 47-year old-female woman patient receiving dialysis for 7 years for CRF has been in the hemodialysis programme initially but because of her shunt's failure peritoneal dialysis programme for the last 2 years. 3 months after the onset of the symptoms, granulomatous myelitis was shown in the bone marrow biopsy, tuberculosis basili was reported to be positive in the sputum and the peritoneal fluid and the chest x-ray revealed miliary findings at the same time. We aimed to present this case to underline the complications and mortality of these cases because of the delay of the diagnosis.*

**Key words:** Chronic renal failure, disseminated tuberculosis

**Anahtar kelimeler:** Kronik böbrek yetmezliği, dissemine tüberküloz

Kronik infeksiyonlar diyaliz hastalarında önemli oranda morbidite ve mortaliteye yol açmaktadır. Bu infeksiyonlar diyaliz başlangıcından önce veya sonra oluşabilir. Diyaliz başlangıcından sonra kazanılan infeksiyonlar nozokomial geçiş ile oluşabilir. Günümüzde diyaliz ünitelerinde infeksiyon kontrol programları oluşturmanın önemi gittikçe artmaktadır. Örneğin, hepatit B virüsü (HBV) prevalansı gittikçe azalmasına karşın diyaliz hastalarında hepatit C virüsü (HCV) ve TB önemini korumaktadır (1,2). Hemodiyaliz ihtiyacı olan KBY olgularında tüberküloz riski de artmıştır. Bu grup hastalara rutin tüberküloz kontrolü önerilir. Bununla beraber, son dönem böbrek yetersizliği olan hastalarda tüber-

küloz cilt testinin doğruluğunun azaldığı ve bunun nedeninin de anerji olduğu bilinmektedir (3,4). Bundan dolayı bu olgularda diğer tanı metotlarına ihtiyaç vardır(5).

Bu çalışmada dissemine tüberküloz tanısı konan ve tanıda gecikmeye bağlı olarak kısa zamanda kaybedilen bir olgu sunulmuştur.

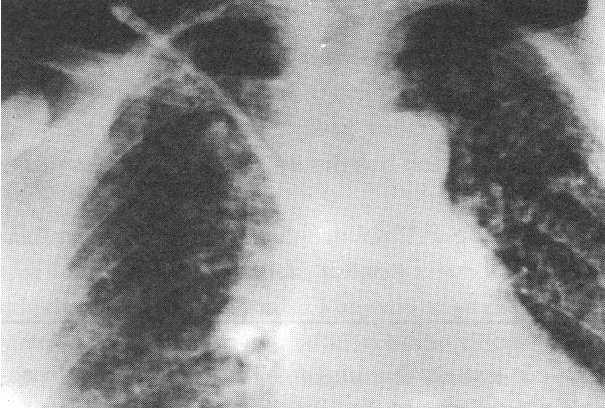
## OLGU

47 yaşında bayan hasta, ev hanımı, 7 yıldır KBY nedeniyle diyaliz uygulanıyor. Hastalığının ilk dönemlerinde hemodiyaliz programında olan hastanın şanti çalışmadığı için son iki yıldır periton diyalizi alıyor. Hastada kliniğimize başvurmadan üç ay önce öksürük ve sol yan ağrısı başlamış. Geceleri ateş ve terlemesi olan hasta kliniğimize ileri tetkik için yatırıldı. Kliniğimize kabulünden önce nonspesifik antibiyotik tedavisi verilen hastanın TB açısından araştırılmadığı tespit edildi. Ancak, hastanın başlangıçtaki akciğer radyografisi normal saptandı. Anamnezde hastanın babasının tüberkülozdan öldüğü saptandı. Hastanın kan parametreleri; sedim. 15 mm/saat, lökosit 3240 mm<sup>3</sup>, Hct % 22.1, trombosit 96.6 mm<sup>3</sup>, BUN 65.9 g/dl, kreatinin 7.19 g/dl, albumin 1.57 g/dl, ALT 100 IU/ml, AST 135 IU/ml, HCV (-), HBV (-) idi. Hastanın şikayetlerinin başlangıcından 3 ay sonra çekilen akciğer radyografisi ve HRCT'sinde yaygın retikülodüler infiltrasyonlar saptandı (Resim 1). Bu radyolojik görünüm üzerine olgunun balgam ve periton mayiinde tüberküloz basili bakıldı ve basil pozitif saptandı. Hastaya kemik iliği biyopsisi yapıldı ve sonuç olarak granülatöz miyelit tespit edildi. Olguya dörtlü antitüberkülo tedavi başlandı. Hasta tüm tedavilere rağmen yaygın peritonit ve multiorgan yetersizliği nedeniyle kaybedildi.

## TARTIŞMA

İmmünkompromize ve malnütrisyonlu hastalarda akciğer tüberkülozu riski artmıştır. Kronik karaciğer hastaları ve özellikle dekompanse sirozu olanlar, akciğer tüberkülozu için ayrı bir risk grubudur. Hepatik sirozu

23. Ulusal Tüberküloz ve Göğüs Hastalıkları Kongresinde sunulmuştur (3-5 Nisan 2003, Malatya)\*; Dicle Üniv. Tıp Fak. Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Asist. Dr.\*\*; Yard. Doç. Dr.\*\*\*; Doç. Dr.\*\*\*\*; İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Asist. Dr.\*\*\*\*\*



**Resim 1. Akciğer radyografisinde bilateral diffüz retikülönödule infiltrasyonlar**

olanlarda asit ve plevral efüzyon geliştiğinde akciğer tüberkülozunun komplikasyonu olabileceği düşünülmelidir. Akciğer tüberkülozlu yaşlı hastalarda HCV enfeksiyonu sıktır, çünkü bu olguların çoğu kan transfüzyonu sırasında HCV ile infekte olmuştur (6).

Ekstrapulmoner tüberküloz diyaliz hastalarında sık görülüp, bu olguların % 40'ında tüberküloz oluşur. Bazı çalışmalarda hemodiyaliz hastalarında tüberküloz tanısının zor konduğu belirtilmiştir. Bazen çeşitli lokalizasyonlarda hastalık olmasına karşın tüberküloz basili izole edilemez (5). Genel olarak diyaliz hastalarında tüberküloz için spesifik bir semptom veya işaret yoktur (1). Tüberkülozu düşündüren kilo kaybı, inatçı ateş, pulmoner infiltratlar ve plevral efüzyonun kronik böbrek yetersizliğine de bağlı olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır (7). Mitwalli, 7 hastadan birinde akciğer, dördünde lenf nodu, birinde spinal, birinde gizli tutulum bildirmiştir (8). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, bir diyaliz merkezinde tüberküloz sıklığı hemodiyaliz hastalarında % 23.6 olarak bildirilmiştir. Hastalığın başlangıcının çok sinsi olduğu, esas semptomların spesifik olmamakla beraber anoreksi, kilo kaybı, subfebril ateş olduğu ve çok yüksek sedimantasyon oranı ve periferik kanda lenfosit hakimiyeti bulunduğu saptanmıştır. Akciğer tüberkülozu bu olguların % 70'inde tespit edilmiştir. Ekstra pulmoner tüberküloz ise 26 hastanın sekizinde (% 30) görülmüştür (9).

Ekstrapulmoner hastalığın yüksek oranda görülmesi, bu hastalarda tüberküloz tanısının gecikmesine yol açan bir faktör olabilir (10). Biz de olgumuzda tanıda en az 3

aylık bir gecikme olduğunu düşünmekteyiz. Semp-tomları bahsedilen süreden beri devam eden olguda başlangıçta radyolojik bulgu olmamasından dolayı tanıda gecikme olmuştur. Bilindiği gibi, milier akciğer tüberkülozu olgularında başlangıçta radyografik olarak bulgu saptanmayabilir. Kwong ve ark., 71 milier tüberkülozlu bildirdikleri çalışmada, akciğer filmlerinde milier gölgeleri % 59-69 arasında saptamışlardır (11). Bundan dolayı, KBY olgularında bahsedilen semptomların varlığında mutlaka TB enfeksiyonunun çok detaylıca araştırılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Gandolfo ve ark., genelde akşamları meydana gelen ateş, öksürük, lökopeni ve trombositopeni mevcut olan yaşlı bir hastayı yayınlamışlardır. Laboratuvar, bakteriyolojik ve instrumental tanı yöntemleriyle kesin tanıya gidilememesine karşın, yapılan kemik iliği biyopsisinde tüberküloz granülomlarına rastlanmış ve hastanın genel durumu antitüberküloz tedaviden sonra hızlıca düzelmiştir (12). Olgumuzda olduğu gibi, gecikmiş tanı mortaliteye neden olduğundan, başka nedenlerle izah edilemeyen zayıflama, iştahsızlık gibi şikayetleri olan ve aile anamnezinde geçirilmiş tüberküloz durumlarında kemik iliği biyopsisi yapılması erken tanı ve tedaviyi belirleyeceğinden, bu tür tanı yöntemlerinin mutlaka uygulanması gerektiğini düşünmekteyiz.

## KAYNAKLAR

1. Murthy BVR, Pereira BJJ: A 1990s perspective of hepatitis C, human immunodeficiency virus and tuberculosis infections in dialysis patients. *Sem Nephrol* 17:346-363, 1997.
2. Centers for Disease Control: Screening for tuberculosis and tuberculosis infection in high-risk populations. *MMWR* 44(RR-11):19-34, 1995.
3. Woeltje KF, Mathew A, Rothstein M, et al: Tuberculosis infection and energy in hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis* 31:848-852, 1998.
4. Barnes PF, Barrows SA: Tuberculosis in the 1990s. *Ann Intern Med* 119:400-410, 1993.
5. Mitwalli A: Tuberculosis in patients on maintenance dialysis. *Am J Kidney Dis* 18:579-582, 1991.
6. Pellicano R, Palmas F, Leone N, et al: Previous tuberculosis, hepatitis C virus and lichen planus. A report of 10 cases, a causal or casual link? *Panminerva Med* 42:77-81, 2000.
7. Cengiz K: Increased incidence of tuberculosis in patients undergoing hemodialysis. *Nephron* 73:421-424, 1996.
8. Dussol B, Jaber K, Berland Y: The difficulty of the diagnosis of tuberculosis in hemodialysis patients. *Nephrologie* 14:101-104, 1993.
9. Pradhan RP, Katz LA, Nidus BD, et al: Tuberculosis in dialyzed patients. *JAMA* 229:798-800, 1974.
10. Andrew OT, Schoenfeld PY, Hopewell PC, et al: Tuberculosis in patients with end stage renal disease. *Am J Med* 68:59-65, 1980.
11. Kwong JS, Carignan S, Kang E-Y, Müller NL, FitzGerald JM: Miliary tuberculosis. Diagnostic accuracy of chest radiography. *Chest* 110:339-342, 1996.
12. Gandolfo E, Bruno G, Vitali E, Ferrero S, Pagano G: Tuberculosis as a cause of fever of unknown origin in the elderly: a case report. *Ann Ital Med Int* 17(2):117-20, 2002.