

İki Olgu Nedeni İle Ascit Bulgulu Tüberküloz Peritonit*

Tuberculous Peritonitis With Ascites Presentation: Review Of Two Cases

Mehmet HARMA, Müge HARMA, Ali UZUNKÖY

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD Genel Cerrahi ABD Şanlıurfa

ÖZET

Gereksiz laparotomilerin önlenmesi için ascitle birlikte seyreden TBC peritonitlerin tanısında CA 125, ascit sıvısında Adenozin Deaminaz (ADA), Doppler USG, Batın tomografisi ve PCR tekniğinin birlikte değerlendirilmesi uygundur.

ANAHTAR KELİMELE: Tüberküloz Peritonit, Tanısal Metotlar.

SUMMARY

For preventing unnecessary laparotomies serum CA 125 level, concentration of intraperitoneal ADA, PCR, Doppler USG and Abdominal CT findings may help to optimize the diagnosis and management of tuberculous peritonitis.

KEY WORDS: Tuberculous Peritonitis, Diagnostic Methods.

GİRİŞ

Tüberküloz (TBC) dünyadaki başlıca sağlık problemlerinden biri olmaya devam etmektedir. Klinik değişkenliğinden dolayı tanısında gecikme olabilmektedir. Protein Chain Reaction (PCR) TBC peritonit tanısında değerli bir tekniktir (1). Bir tümör markırı olan CA-125 antijeni over kanseri yanısıra tüberküloz peritonitli olgularda da yüksek seviyelere ulaşmaktadır. CA-125'in tedaviye başlamadan önce serum seviyesinin bilinmesi hastalığın tanısında ve aktivasyonunun izleniminde faydalı olabilmektedir (2). Tomografi ve Doppler USG de TBC peritonit tanısında yardımcı olmaktadır (3, 4). Ascit sıvısında ADA ölçümü de bir başka tanısal yaklaşımdır (5).

Tomografik inceleme sonucu over tümörü ön tanısı ile laparotomi yapılan ancak intraoperatif TBC peritonit olduğu anlaşılan bir olgu ile laparotomi yapıl-

maksızın ascit sıvısının PCR tekniği ile çalışılması sonucu aynı tanıyı alan bir başka olgu, tanısal yaklaşım farklılığı nedeni ile sunulmuştur.

OLGULARIN SUNUMU

Olgu 1: 42 yaşında, G.P., yaklaşık 3 ay önce başlayan karında şişlik ve ağrı yakınması ile başvurdu. Fizik muayenesinde karın şiş ve karın duvarı gergindi, abdominal solunum izlenmiyordu, palpasyonla sensation de flot tesbit edildi, perküsyon ile göbek üstünde timpanizm göbek altı ve yanlarda matite bulundu. Laboratuvar bulgularında kan biyokimyasında protein 10.3 g/dl, albumin 4.6 g/dl, globulin 5.7 g/dl, CA 125 126 IU/ml, parasentez sıvısının sitolojisinde reaktif mezotel hücreler gözlemlendi, sonuç Class II yayma olarak değerlendirildi. Abdominal tomografisinde batında yaygın ascit, sağ over lojunda septasyonlar ve fibrin yapılar içeren kistik oluşum izlendi. Doppler USG'de Rezistans İndeks 0.80 olarak ölçüldü. Over tümörü ön tanısı ile eksploratif laparotomi yapılmasına karar verildi. Laparotomide batın içinde 4 litre civarında saman sarısı ascit sıvısı, visceral ve parietal periton üzerinde 0.1-1 cm boyutlarında yaygın granülomatöz lezyonlar mevcuttu. Overler ve diğer intraabdominal organlarda tümöral lezyon bulgusu yoktu. Granülomatöz lezyonlardan alınan biopsilerin frozen section ile histopatolojik incelemesi sonucu TBC peritonit tanısı konularak operasyona son verildi. Postoperatif dönemde 4'lü antitüberküloz tedaviye başlandı, cerrahi sağaltım sağlandıktan sonra

Yazışma Adresi:

Dr. Mehmet HARMA
Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD
Şanlıurfa
Tel: (0.414) 314 84 11 / 183
(0.532) 466 49 91
e-mail: harmam@doruk.net.tr

* 23-26 Mayıs 1999 Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 100. Yıl Etkinliklerinde poster olarak sunulmuştur.

taburcu edildi. 3 ay sonra yapılan kontrolde abdominal tomografi sonucu ve CA 125 değeri normal olarak değerlendirildi. 9 ay süreyle anti tbc tedavisine devam etmesine karar verildi.

Olgu 2: 20 yaşında, G1P1, 15 gün önce evde doğum yapmış, 3 gün önce karında şişlik, nefes almada zorluk ve ateş yakınması ile başvurdu. Fizik muayenede genel durumu orta, ileri derecede soluk görünümlü, karın şiş, karın duvarı gergin, solunum diyafragmatik, yüzeysel ve zorlu idi. Laboratuvar bulgularında, kan biyokimyasında; CA 125 135 IU/ml, SGOT 59 U/L, LDH 504 U/L, Ca 7.3 mg/dl, Hemogram HGB 6.5 g/dl, HCT %19.2, RBC 2.16×10^6 /ul, PLT 716×10^3 /ul idi. Anemi, anizositoz ve trombositoz tespit edildi. Peritondan aspire edilen sıvının sitolojik incelemesi akut iltihap ile uyumlu olarak değerlendirildi. Periton sıvısının biyokimyasal değerlendirmesi eksuda karakterinde bulundu. Abdominal tomografisinde batında ve pelviste yaygın serbest sıvı, septasyonlar ve fibrin yapıları izlendi. Doppler USG'de Rezistans İndeks 0.9 olarak tespit edildi. Olgunun TBC peritonit ya da rüptüre over kisti açısından takibi önerildi. Periton sıvısından yapılan PCR tetkik sonucu Mycobacterium (M) TBC pozitif olarak geldi. Hastaya 4'lü antitüberküloz tedavi başlandı, anemisi kan transfüzyonu ile düzeltildi. Hipoalbuminemisi için albumin infüzyonu yapıldı, genel durumu düzeltilecek taburcu edildi. 4 ay sonra yapılan kontrolünde abdominal tomografi sonucu normal olarak değerlendirildi. Antitbc tedavinin 12 aya tamamlanmasına karar verildi.

TARTIŞMA

Sosyoekonomik düzeyin düşük, hijyenik şartların kötü olduğu ortamlarda TBC enfeksiyonu riski artmaktadır. Kalkınmakta olan Güneydoğu bölgesinde TBC halen başlıca sağlık problemlerinden biri olmaya devam etmektedir.

Klinik seyirlerinin farklılığından dolayı TBC peritonit tanısının konması problem oluşturmaktadır. CA 125 over karsinomunda, jinekolojik olmayan kanserlerde, bazı benign hastalıklarda ve epitelial kanserli hastaların takibinde kullanılan bir kanser antijenidir. Şimşek ve arkadaşlarının çalışmasında TBC peritonitli olgularda CA 125 değeri yüksek bulunmuştur (2). Sunulan olgularımızın ikisinde de CA 125 değerleri yüksek olarak tespit edilmiştir. CA 125 seviyelerinin yüksekliği over kanserini düşündürerek gereksiz laparotomiler ile sonuçlanabilmektedir. Birinci

olguya over tümörü ön tanısı ile eksploratif laparotomi yapılmıştır. Gereksiz laparotomilerden kaçınmak için CA 125'in yüksek değerlerinde TBC peritonit için etkin bir markır olduğu düşünülerek ön tanıda mutlaka dikkate alınmalıdır. İkinci olguda bu durum gözönünde bulundurularak laparotomiden uzaklaştırılmış ve periton sıvısında PCR tekniği ile MTBC tanısı konmuştur.

Radyolojik olarak TBC peritonit ile ilgili nadir çalışmalar bulunmaktadır. TBC peritonitle ilgili Doppler USG sonuçları da nadirdir. Wang PH ve arkadaşlarının sunduğu eksploratif laparotomi yapılan iki TBC peritonitli olgunun Doppler USG'sinde Rezistans İndeks yüksek bulunmuştur (3). Sunulan iki olgununda Doppler USG'sinde Rezistans İndeksler yüksek bulunmuştur. Ayrıca her iki olguda septasyonlar tespit edilmiştir. Klinik ve laboratuvar ön tanısı karsinom düşündürse de Rezistans İndeks yüksekliğinde TBC peritonit düşünülmelidir.

Tanının doğrulanmasında tomografi de yardımcı bir metoddur. Demirkazık ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ascit bulgulu TBC peritonitli olguların USG'sinde komplet veya inkomplet mobil septasyonlar, tomografilerinde periton kalınlaşması tespit edilmiştir (4). Sunduğumuz iki olgunun tomografi bulgularında periton kalınlaşması ile USG ascit sıvısında septasyonlar tespit edildi.

Ascit sıvısında ADA aktivasyonunun tayini tanıda yardımcı bir testtir. Hillebrand ve arkadaşlarının çalışmasında TBC peritonit tanısında %58.8 sensitif, %95.4 spesifik bir test olarak bulunmuştur (5). Laboratuvarımızda o an için çalışmadığından her iki olgunun da ADA aktivasyonuna bakılamamıştır.

Wolska-Goszka ve arkadaşlarının çalışmasında alınan örneklerde PCR tekniği ve direkt kültürde MTBC taranmış ve PCR'ın hızlı ve sensitif bir tetkik olduğu gösterilmiştir (1). Munoz ve arkadaşları da benzer olarak PCR'ın hızlı, sensitif, spesifik olduğunu pediatrik TBC'li olgularda göstermişlerdir (6). İlk olgunun aksine laparotomiden uzaklaşılarak periton sıvısının PCR ile çalışılması sonucu MTBC pozitif olarak bulunmuştur.

Sonuç olarak gereksiz laparotomilerin önlenmesi için ascitle birlikte seyreden TBC peritonitlerin tanısında CA 125, ascit sıvısında ADA, Doppler USG, batın tomografisi ve PCR tekniğinin beraber değerlendirilmesinin uygun olacağı kanısındayız.

KAYNAKLAR

- 1 Wolska-Goszka L, Novak A, Galin'ski J et al: Use of PCR for detection of Mycobacterium tuberculosis complex from patient materials. Pneumonol Alergol Pol, 66 (1-2): 31-7, 1998.
- 2 Şimşek H, Savaş MC, Kadayıfçı A, Tatar G: Elevated serum CA 125 concentration in patients with tuberculous peritonitis: a case-control study. Am J Gastroenterol, 167 (7): 1174-6, 1997.
- 3 Wang PH, Yuan CC, Yu KJ et al: High resistance index of Doppler ultrasound in tuberculous peritonitis presenting as abdominal carcinomatosis: report of two cases. Chung Hua I Hsueh Tsa Chih (Taipei), 167 (3): 175-9, 1998.
- 4 Demirkazık FB, Akhan O, Özmen MN, Akata D: US and CT findings in the diagnosis of tuberculous peritonitis. Acta Radiol, 100 (2): 517-20, 1996.
- 5 Hillebrand DJ, Runyon BA, Yasminch WG, Rynders GP: Ascitic fluid adenosine deaminase insensitivity in detecting tuberculous peritonitis in the United States. Hepatology 24 (6): 1408-12, 1996.
- 6 Munoz C, Gen'e A, P'erez I, Mira A, et al: Diagnosis of tuberculosis in children. Evaluation of the PCR technique. An Esp Pediatr, 47 (4): 353-6, 1997.