

Tüberkülozun Nadir Bir Formu: İzole Mezenter Lenf Nodu Tüberkülozu*

A RARE FORM OF TUBERCULOSIS: ISOLATED MESENTERIC LYMPH NODE TUBERCULOSIS

Fatih DEMİRCİOĞLU¹, Edip UNAL¹, Hasan ÇEÇE², Seçkin ATASEVER¹, Didem YEŞİLIRMAK¹, Nurettin ÜNAL¹, Özden ANAL¹, Handan ÇAKMAKÇI²

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı

ÖZET

Tüberküloz (tbc), dünyada enfeksiyonlara bağlı ölümlerin temel nedenlerinden biridir. Çocuk yaş grubunda yıllık yeni vaka sayısı yaklaşık 1,3 milyon olup, ölümlerle sonuçlanan vaka sayısının 450 000 olduğu tahmin edilmektedir. Dünyada HIV sıklığının artması ile tüberküloz sıklığı da artmaktadır. Abdominal tbc, gastrointestinal sistem, periton, mezenter, abdominal lenf nodları, karaciğer, dalak ve pankreasın tek başına veya birlikte tutulumunu içermektedir. Çocuklarda abdominal tbc nadir olup, sıklıkla immünsüprese hastalarda görülür.

Burada immünsüprese olmayan, akciğer ve periton tutulumu olmaksızın izole mezenter lenf nodu tutulumu ile giden 14 yaşındaki kız hastada nadir bir abdominal tüberküloz olgusu rapor edildi.

Anahtar sözcükler: Abdominal tüberküloz, çocuk, mezenter lenf nodu tüberkülozu

SUMMARY

Tuberculosis (tbc) is one of the most common causes of death related infections in the world. The incidence of tbc in the pediatric age group is 1,3 million/year and it's estimated that 450,000 cases result with death. The prevalence of tbc is increased with increasing incidence of HIV infection. Abdominal tbc includes unique or altogether involvement of gastrointestinal system, peritoneum, mesentery, abdominal lymph nodes, spleen and pancreas. Abdominal tbc is rare in children and often seen in immunosuppressed patients.

A rare case of abdominal tbc with isolated mesenteric lymph node involvement without lung, peritoneal or any other organ involvement in a 14 year old female patient who is not immunosuppressed is reported.

Key words: Abdominal tuberculosis, child, mesenteric lymph node tuberculosis

Fatih DEMİRCİOĞLU

Dokuz Eylül Üniversitesi

Tıp Fakültesi

Pediyatri AD

İnciraltı, İZMİR

Tel: (232) 4123601

e-posta:

fatih_demircioglu@yahoo.com

Tüberküloz (tbc), dünyada enfeksiyona bağlı ölümlerin temel nedenlerinden biridir. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre her yıl ortalama 8 milyon yeni tüberküloz vakası tanımlanmakta ve yaklaşık 3 milyonu ölümlerle sonuçlanmaktadır (1). Çocuk yaş grubunda ise yıllık yeni vaka sayısının yaklaşık 1,3 milyon olduğu ve ölümlerle sonuçlanan vaka sayısının 450 bin olduğu bildirilmektedir (2,3). HIV enfeksiyonu ve

çoklu - ilaç dirençli tüberküloz vaka sayısının artışına paralel olarak, son 10 yılda tüm dünyada tüberküloz sıklığında artış olduğu bildirilmektedir (1). Akciğer dışı tutulum; HIV pozitif tbc hastalarının %50-70'inde saptanırken, HIV negatif tbc hastalarının sadece %10-15'inde mevcuttur (4).

Abdominal tbc, gastrointestinal sistem, periton, mezenter, abdominal lenf nodları, karaciğer, dalak ve

* Bu makale, 19-22 Nisan 2004 tarihindeki 26. Pediyatri Günleri Kongresi İSTANBUL'da poster olarak sunulmuştur.

pankreasın tek başına veya birlikte tutulumunu içermektedir. En sık periton tutulumu şeklinde karşımıza çıkmakta ve daha çok genç erişkinlerde görülmektedir. Çocuklarda abdominal tbc nadir olup, sıklıkla immünsüprese veya sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastalarda görülür (5,6).

Burada immünsüprese olmayan ve periton tutulumu olmaksızın izole mezenter lenf nodu tutulumu ile giden nadir bir abdominal tüberküloz olgusu rapor edilmektedir.

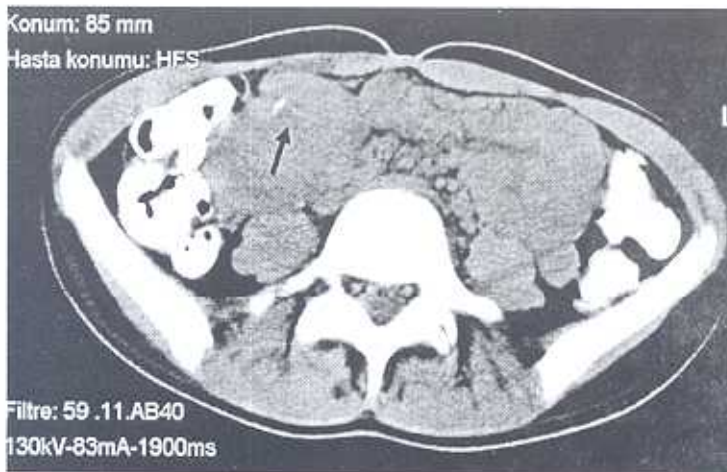
OLGU SUNUMU

On dört yaşındaki kız hasta ateş, kilo kaybı, halsizlik ve iştahsızlık şikayetiyle başvurdu. Öyküsünden; son iki aydır akşamları daha belirgin olan ateşinin olduğu, ateşinin zaman zaman 40°C'yi bulduğu, bu süre zarfında beş kilo kaybettiği, öksürük, gece terlemesi, balgam çıkarma, taze peynir yeme, çiğ süt içme, kabızlık ve karın ağrısı şikayetlerinin olmadığı bu şikayetlerle başvurduğu doktor tarafından üst solunum yolu enfeksiyonu tanısı konduğu, şikayetlerinin geçmemesi üzerine nedeni bilinmeyen ateş tanısı ile yatırılarak tetkik edildiği, şikayetlerinin devam etmesi üzerine hastanemize gönderildiği öğrenildi.

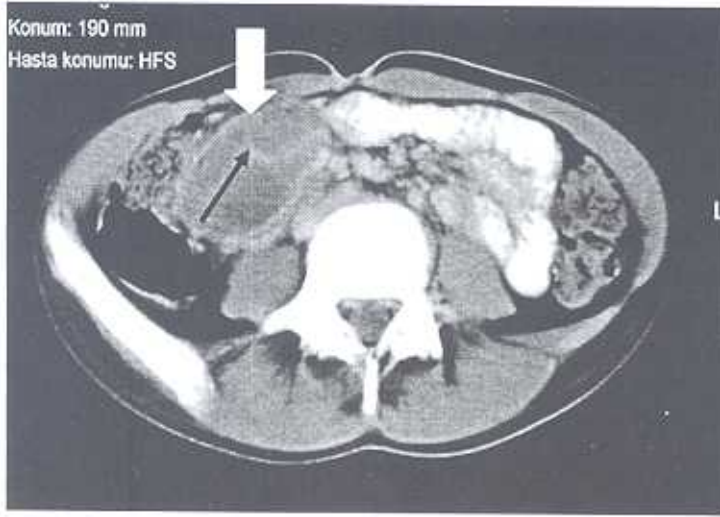
Öz ve soy geçmişinde özellik olmayan olgunun başvuru anındaki fizik incelemesinde; genel durumu

iyi, vücut ağırlığı: 39.5 kg (%5-10), boyu: 165 cm (%75-90) idi. Sol kolda 2 adet BCG skarı mevcuttu. Batın muayenesinde sağ alt kadranda yaklaşık 6x6 cm boyutlarında, düzgün sınırlı ve hareketsiz kitle saptandı. Diğer sistem muayeneleri doğaldı.

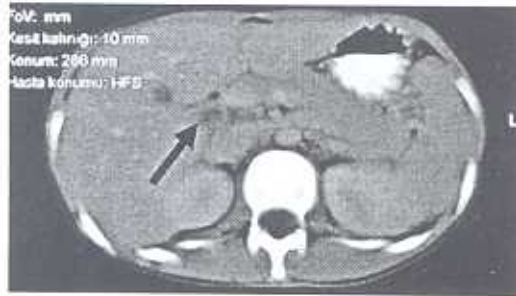
Laboratuvar incelenmesinde, tam kan sayımında; Hb 10.5gr/dl, beyaz küre sayısı 8900/mm³, trombosit sayısı 552.000/mm³, periferik yaymada; %72 polimorfonükleer lökosit, %24 lenfosit, %4 monosit olup, atipik hücreye rastlanmadı. Biyokimyasal inceleme ve idrar incelemesi normal bulundu. Eritrosit sedimentasyon hızı 48 mm/saat saptandı. HIV serolojisi negatif idi. Yapılan radyolojik incelemelerde; akciğer grafisi normal, batın ultrasonografisinde; umblikusun sağ lateral komşuluğunda 50x40x55 mm boyutlarında hipoekoik, internal milimetrik kalsifikasyonlar içeren kitlesel lezyon mevcut olup, periportal ve paraaortik en büyüğü 15 mm boyutta çok sayıda lenfadenopati izlendi. Bilgisayarlı batın tomografisinde umblikusun sağ lateral komşuluğunda psoas kasları anteriorunda 60x50x40 mm boyutlarında; içinde kalsifik odaklar içeren yer kaplayıcı lezyon saptanmış olup, periportal, paraaortik en büyüğü 13 mm boyutlarında çok sayıda lenf nodu izlendi (Şekil 1-3). PPD / TCT (tbc cilt testi) 25x30 mm saptandı.



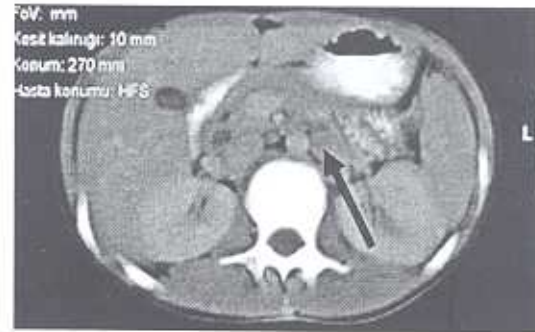
Şekil 1. Tüberküloz lenfadeniti: Kontrastsız aksiyel BT kesiti: Umblikusun sağ lateralinde, psoas kasının anteriorunda bölgede içerisinde kalsifikasyon (siyah ok) içeren kitlesel lezyon



Şekil 2. Kontrastlı aksiyel BT kesiti: Umblikusun sağ lateralinde, psoas kasının anteriorunda santralinde kontrastlanma gösteren septasyonlar içeren (siyah ok), heterojen kistik kitlesel lezyon (beyaz ok)



A



B

Şekil 3. Kontrastlı aksiyel BT görüntüleri A) Periportal santrali nekrotik lenfadenopati (siyah ok) B) sol paraaortik alanda santrali nekrotik lenfadenopati

Klinik ve laboratuvar bulgularla olguda, primer olarak abdominal tüberküloz düşünüldü. Lenfoma'nın da ayrıca tanıda düşünülmesi gerektiğinden, kesin tanı için eksizyonel biyopsi yapılması planlandı. Operasyon sırasında kitlenin mezenter yerleşimli lenf nodu olduğu görüldü. Barsaklar ve diğer abdominal organlar normaldi. Frozen biyopsisinde kazeifiye granülomların saptanması üzerine, doku materyali tüberküloz kültürü

ve PCR yapılmak üzere mikrobiyolojiye gönderildi. ARB ve tüberküloz PCR pozitif olan olgunun kültüründe *Mycobacterium tuberculosis* üredi. Hastaya izoniazid, rifampisin ve pyrazinamid tedavisi başlandı.

Üç ay sonra yapılan kontrolde iştahının iyi olduğu ve yakınmasının olmadığı öğrenildi. Vücut ağırlığı: 44 kg (%25-50), boy: 166 cm (%75-90) idi.

TARTIŞMA

Tüberküloz dünya çapında ölümcül enfeksiyonların ana nedenlerinden biri olup, yılda yaklaşık 1,3 milyon yeni çocuk tüberküloz vakası bildirilmekte ve bunun ortalama 450,000 kadarı ölümle sonuçlanmaktadır (2,3).

Tüberküloz birincil olarak akciğeri tutmakla birlikte üçte bir olguda akciğer dışı tutulum gözlenebilmektedir (7,8). Akciğer dışı tüberkülozda en sık yüzeysel lenf nodu tutulumu izlense de santral sinir sistemi, gastrointestinal sistem, genitouriner sistem, kas-iskelet sistemi de tutulabilmektedir (3).

Tüberkülozun diğer formlarındaki artışa paralel olarak, abdominal tüberkülozda da artış görülmektedir. Hindistan'dan bildirilmiş bir seride tüberküloz tanısı almış hastaların başvuru anında %6'sında intestinal perforasyon, %7'sinde intestinal obstrüksiyon saptanmıştır (5,9). Abdominal tüberküloz klasik olarak dört farklı patolojik formda görülür; peritoneal, mezenterik, gastrointestinal ve solid organ (10). Bazı hastalarda akciğer tüberkülozu bulguları bulunmaz. PPD testi ve gastrik aspirat sıklıkla negatiftir (11). Hastada PPD testi 25x30 mm olmasına karşın öksürük, gece terlemesi olmaması ve akciğer grafisinin normal olması ile akciğer tüberkülozu dışlandı.

Abdominal tüberkülozda en sık tüberküloz peritonit ve lenfadenopati, ince barsak ve ileoçekal tutulumla karşılaşılmaktadır. Özefagus, gastroduodenal, kolon ve anorektal tutulum nadirdir. Tutulum yerine göre farklılık gösterse de ateş, kilo kaybı, karın ağrısı, ishal, asit, intestinal obstrüksiyon, perforasyon, ele gelen kitle başvuru yakınması olmaktadır (5). Hastada ateş, kilo kaybı, batında ele gelen kitle olması abdominal tüberkülozu desteklemekte idi.

Intraabdominal tüberkülozlu hastalarda ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi tanıya yardımcı yöntemlerdir. Ultrasonografide lenfadenopatiler ayrı veya birleşmiş lenf nodları şeklinde izlenirler. Lenfadenopatilerin merkezinde hipokoik alanlar ve bazı hastalarda kalsifikasyonlar izlenir (12). BT lenfadenopatili göstermede ultrasonografiden daha duyarlıdır (12,13). BT'de tüberküloz lenfadenit dört farklı şekilde

izlenir. Periferik kontrastlanma en sık görülen şeklidir. Diğerleri heterojen kontrastlanma, homojen kontrastlanma ve özellikle AIDS'li hastalarda izlenen kontrastlanma göstermeyen formlardır (14,15). Hastanın ultrasonografi ve abdominal BT tetkik sonuçları literatür ile uyumlu idi.

İzole lenfadenit abdominal tüberkülozda nadir olup mezenter, ileoçekal ve piloroduodenal alanlardaki lenf nodlarının etkilenmesi sonucu ortaya çıkar (9). Barsak tutulumu olmayabilir. Bu kiteler ele gelebilir ve büyük olabilir. Dıştan bası yaparak obstrüksiyon yapabilir. Lenf nodu tutulumu, immünsüpresse hastalarda ve ilaç direnci olan bakterilerce oluşan enfeksiyonlarda siktir (5,8). Olguda immünsüpresyon yoktu ve yapılan kültür antibiyogramda ilaç rezistansı mevcut değildi.

Tedavide genellikle izonizid, rifampisin ve pirazinamid kombinasyonun 9 ay kullanılması önerilmektedir. Dirençli suşların varlığında tedaviye etambutol ve streptomisin eklenebilir (3). Hastaya üçlü antitüberküloz tedavisi başlandı ve çok iyi klinik yanıt elde edildi.

İmmünsüpresyonu olmayan, izole mezenter lenf nodu tutulumu ile giden, barsak, periton ve akciğer tutulumunun olmadığı nadir bir abdominal tüberküloz olgusunu sunuldu.

KAYNAKLAR

1. World Health Organisation (WHO). Tuberculosis control and research strategies for 1990s: memorandum from a WHO meeting. Bull World Health Organ 1992; 70:17-21.
2. Ravighione MC, Snider DE, Kochi A. Global epidemiology of tuberculosis. Morbidity and mortality of a worldwide epidemic. JAMA 1995; 273: 220-226.
3. Flor MM, Feffrey R, Starke. Tuberculosis. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB eds. Nelson Textbook of Pediatrics, 17 th. edition. Philadelphia: WB Saunders company, 2004; 958-972.
4. Runyon BA. Abdominal Tuberculosis. In: Yamada T, Alpers D, Owyang C, Powell D, Silverstein F, eds. Textbook of Gastroenterology, 2nd ed. Philadelphia: JB Lippincott Company, 1995; 928-942.
5. Aston NO. Abdominal tuberculosis. World J Surg 1997; 21: 492-499.

6. Öng AC, Scoble JE, Bailod RA. Tuberculosis peritonitis complicating peritoneal dialysis: a case for early diagnostic laparotomy? *Nephrol Dial Transplant* 1992;7: 443-446.
7. Rieder HL, Snider DE, Cauthen GM. Extra-pulmonary tuberculosis in the United States. *Am Rev Respir Dis* 1990; 141:347-351.
8. Weir MR, Thornton GF. Extra-pulmonary tuberculosis. Experience of a community hospital and review of the literature. *Am J Med* 1985;79:467-478.
9. Haddad FS, Ghossain A, Sawaya E. Abdominal tuberculosis. *Dis. Colon Rectum* 1987;30:724-735.
10. Rangabashyam N. Abdominal tuberculosis: Oxford textbook of surgery (Volume 2). Oxford University Press 1st ed. Oxford, 1994; 2484-2489.
11. Johnson CA, Hill ID, Bowie MD. Abdominal tuberculosis in children. *S Afr Med J* 1987;72:20-22.
12. Denton T, Hossain J. A radiological study of abdominal tuberculosis in a Saudi population, with special reference to ultrasound and computed tomography. *Clin Radiol* 1993;47:409-414.
13. Sheikh M, Abu-Zidan F, al-Hilaly M, Behbehani A. Abdominal tuberculosis: comparison of sonography and computed tomography. *J Clin Ultrasound* 1995; 23: 413-417.
14. Hulnick DH, Megibow AJ, Naidich DP, Hilton S, Cho KC, Balthazar EJ. Abdominal tuberculosis: CT evaluation. *Radiology* 1985;157:199-204.
15. Pombo F, Rodriguez E, Mato J, Perez - Fontan J, Rivera E, Valvueda L. Patterns of contrast enhancement of tuberculous lymph nodes demonstrated by computed tomography. *Clin Radiol* 1992; 46:13-17.