

BİR OVER TÜBERKÜLOZU OLGUSU

Mehmet HELVACI, Haldun ÖNİZ, Ahmet ARIKAN, Işın YAPRAK, Suat ÇAĞLAYAN

SSK Tepecik Hastanesi Çocuk Kliniği

ÖZET

Karında şişlik ve ağrı yakınması ile gelen altı yaşındaki kız olguda çevre dokulara invaze olup kitle görünümü veren over tüberkülozu teşhis edildi. Mezenter lenf nodüllerinin primer enfeksiyon odağı olabileceği düşünüldü. Çocukluk çağında oldukça nadir görülen over tüberkülozu literatür bilgileri ışığında tartışıldı.

Anahtar sözcükler: Over, tüberküloz, çocukluk çağı

SUMMARY

We diagnosed an ovarian tuberculosis that is penetrated to local tissues in a 6 year-old girl who was admitted to the hospital with abdominal pain and distention. Mesenteric lymph nodes were considered as the primary site of infection. She was reported because of the extreme rarity of ovarian tuberculosis in childhood.

Key words: Ovary, tuberculosis, childhood

Tüberküloz genital sisteme genellikle puberte ve fertil çağlarda yerleşir. Sıklığı hakkında kesin bir rakam vermek güçtür. Sinsi seyir gösterdiği için hastaların çoğunda tanı tesadüfen konulur (1).

Bu yazıda over tüberkülozu saptanan 6 yaşındaki bir kız olgu, bu birlikteliğin oldukça nadir görülmesi nedeniyle sunuldu.

OLGU SUNUMU

Altı yaşındaki kız olgu iki ay önce başlayan halsizlik, solukluk, karında şişlik ve ağrı

yakınması ile SSK Tepecik Çocuk Hastanesine bavurdu. Öyküsünden karnn şişliği ve ağrısının giderek arttığı ve ateş, terleme, öksürük gibi yakınmalarının olmadığı öğrenildi.

Özgeçmişinden doğumunun normal olduğu, önemli bir hastalık geçirmediği, aşılarının yapılmadığı, soygeçmişinden dört yaşında bir kız ve sekiz yaşında erkek kardeşlerinin sağ ve sıhhatli oldukları, anne-baba arasında akrabalık olmadığı ve ailede önemli bir has-

talık olmadığı öğrenildi.

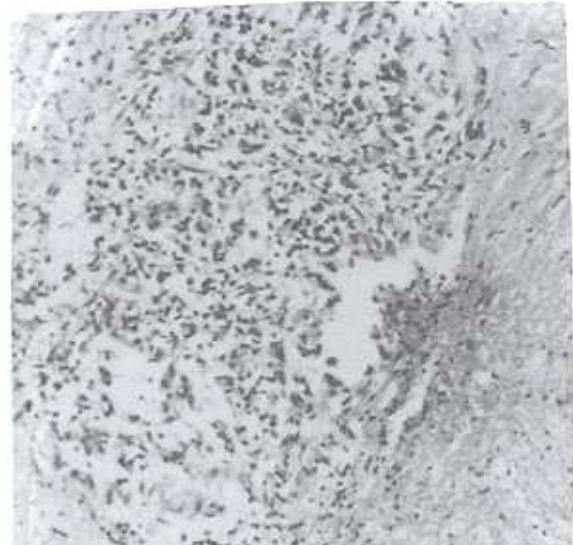
Fizik bakışında; Ateş 37°C, solunum sayısı 22/dakika, nabız 86/dakika, kan basıncı 100/60 mm Hg, ağırlık 19 Kg (25 p), boy 90 cm (30 p) idi. Bilateral servikal ve aksiller mikro lenfadenopatisi olan hastada BCG skarı saptanmadı. Solunum ve dolaşım sistemleri olağan, karaciğer ve dalak non-palpabl, batın distandü görünümde idi. Kitle palpe edilemedi, perküsyonla serbest asit saptandı. Diğer sistem bakıları olağan olarak değerlendirildi.

Laboratuvar incelemesinde: Hb 10 gr/dl, hematokrit %33, lökosit 12700/mm³, trombosit 411000/mm³, periferik yaymada %44 parçalı, %56 lenfosit idi. Sedimentasyon hızı 23 mm/saat, idrar bakışı olağandı. SGOT 34'ü/lt, SGPT 69'ü/lt, total protein 9.9 gr/dl, albümin 4.7 gr/dl, LDH 535'ü/lt, CPK 31'ü/lt, sodyum 153 mEq/lt, potasyum 3.9 mEq/lt, klorür 117 mEq/lt idi. Boğaz ve idrar kültürlerinde üreme olmadı, ASO 1200 Todd ü, CRP++++, latex (-) saptandı.

Kemik yaşının 5 yaşa uyduğu belirlendi. Direkt baki grafisi ve akciğer grafileri olağan olarak değerlendirildi. Batın ultrasonografisinde sağda umblikus hizasında paravertebral ve retroperitoneal, büyük damarlar komşuluğunda 2x2.5 cm çaplı, heterojen yapıda, hipoekoik kitle tespit edildi. Abdominal tomografisinde pelvis içerisinde infantil boyuttaki uterusun süperiorundan başlayarak kraniale doğru uzanan, geniş nekrotik alanlar içeren yaklaşık 3x4x5 cm

boyutlarında solid kitle, para aortik ve mezenterik nekrotik lenfadenopatiler, transversalis fascia ve peritonda kalınlaşma, mezenterde diffüz, yer yer nodüler karekterde infiltrasyon, barsak duvarında reaktif kalınlaşma, batın içinde yaygın asit saptandı. Her iki üreter ve böbrek, pankreas, karaciğer ve dalak normaldi. Bu bulgular pelvis içerisinde muhtemelen overe ait, komşu organlara invaze malign tümöral kitle (disgerminoma) ve tümörün peritoneal metastatik infiltrasyonu olarak değerlendirildi. Çekilen toraks tomografisinde patoloji saptanmadı.

Olgu bu bilgiler ışığında opere edildi. Batın açıldığında sağ over, tuba, uterus ve peritonun birbirine yapışarak makroskopik olarak tüberküloza benzeyen 4x5 cm boyutlarında bir kitle oluşturduğu görüldü. Biopsi alınarak batın kapatıldı. Patoloji raporu benign sitoloji, kazeifiye granümatöz enfeksiyon olarak bildirildi (Şekil 1, 2).



Şekil 1. H.E.X x 110 kazeifikasyon nekrozu ve granülomlar



Şekil 2. H.Ex 275 Granülomda epitelioid histiositler + Langhans dev hücreleri

Yapılan PPD 72 saatte 18 mm endurasyon ile pozitif, açlık mide suyunda ve idrarda ARB direkt teksif preparatları ve kültürü negatif bulundu.

Olguya antitüberküloz tedavi olarak streptomisin 25 mg/kg/gün iki ay, pyrazinamid 30 mg/kg/gün iki ay, rifampisin 15 mg/kg/gün dozunda altı ay ve INH 15 mg/kg/gün dozunda birbuçuk yıl uygulanacak şekilde başlandı. Tedavi başladıktan iki ay sonra yapılan kontrolde karındaki şişlik, asit ve kitlenin kaybolduğu, sedimantasyon hızının 16 mm/saat olduğu saptandı.

TARTIŞMA

Tüberküloz günümüzde de, özellikle gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde, toplum sağlığını tehdit eden önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Tüberküloz olgularının %85'i pulmoner tüberküloz, %15 ekstrapulmoner tüberküloz olarak bildirilmektedir (2-4). Ekstrapulmoner tüberküloz %26 oranında lenf bezlerinde, %23,3 plevrada yerleşim gösterir. Daha sonra sırasıyla

%8.4 oranında kemik ve eklemlerde, %15.5 genitoüriner sistemde, %4.5 meningslerde, %3.5 peritonda, %9.8 diğer bölgelerde yerleşirken %9 oranında da milier dağılım gösterir (2,3,5,6). Genital tüberkülozda enfeksiyondan, en sık tubalar etkilenir (%90-100). Daha sonra %50-60 uterus, %20-30 overler, %5-15 serviks, %1 vulva ve %1 vaginada yerleşim bildirilmektedir (1). Ekstrapulmoner tüberkülozun çocukluk çağında 0-14 yaşlar arasında sık görüldüğü bildirilmekle birlikte genital tüberküloz oldukça nadir görülmektedir (1-5).

Genital tüberkülozda primer odak öncelikle akciğerler olmak üzere sırasıyla lenf bezleri, kemik ve eklemler, üriner sistem ve barsaklarda bulunabilir (7-9). Enfeksiyon hematogen yolla tuba mukozasına yerleşir ve olguların %90'ında bilateraldir (1-7). Mukozaya yerleştikten sonra tubaların lümen ve diğer kısımlarına yayılarak endometrium, overler ve diğer genital organlara geçer. Overler genellikle bilateral enfekte olur. Enfeksiyon perioophoritise bağlı adezyonlara neden olarak çevre dokularla birlikte büyük, sert ve pelvisi doldurabilen granüloamatöz ülserasyon oluşturur ki bu oluşum karsinoma benzeri bir kitle görünümü verir (7). Bazen olaya periton, omentum ve barsaklarda katılır (1,3,7). Bu tablo ile olgular önce malign over tümörü olarak değerlendirilir ve genellikle opere edilirler. Batın açıldığında tipik tüberküloz görünümü saptanır (3,7). Tüberküloz peritonit genellikle lokalize olup plastik peritonitis olarak ad-

landırılır (8,9).

Olgumuz da literatürde belirtildiği gibi klinik ve tomografi bulguları ile disgerminom ön tanısıyla opere edilmiş ve tüberküloz görünümüyle karşılaşılmıştır. Direkt grafi ve tomografide akciğerlerin normal olarak bulunması, mezenterde diffüz, yer yer nodüler karakterde infiltrasyon görülmesi nedeniyle primer odağın mezenterik lenf bezleri olması olasıdır.

Ayrıca tanıda over tümörleri, over kistleri, genital organların fibromyomu, ektopik gebelik, periappendisial abse, uterus leiomyomu ve hidrosalpinks akla gelmelidir (1,3,7).

Menstrual düzensizlik, infertilite ve fistül gibi komplikasyonlar gelişebilir. Fistül pyosalpinksin mesane, kolon ve karın duvarına açılması ile oluşmaktadır (3,7).

Yapılan bir çalışmada 86 genital tüberküloz tanısı alan infertil kadının 24'ünde (%27,9) unilateral over kisti saptanmış ve over kisti

belirlenen olgularda genital tüberkülozun da araştırılması önerilmiştir (10).

Bir diğer çalışmada sadece infertilite yakınımasıyla hastaneye başvuran, tüberküloz öyküsü olmayan ve akciğer grafisi normal olan hastalara histopatolojik olarak genital tüberküloz tanısı konulduğu bildirilmiştir (11). Aktif genital tüberkülozlu olgularda karakteristik olarak gonadotropin ve est-radiolun düşük olduğu belirlenmiştir (12).

Sonuç olarak; yaşı, öyküsü, fizik muayene bulguları, sedimantasyon hızı yüksekliği, PPD testi pozitifliği, görüntüleme yöntemlerindeki olumlu bulgular ve histopatolojik bulguları ile olgumuza over tüberkülozu tanısı konulmuş, literatürde görülme sıklığı ile ilgili geniş bilgi bulunmaması ve çocukluk çağında oldukça nadir görüldüğünün bildirilmesi nedeniyle sunulmasına karar verilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Martin L, Pernoll MD, Ralph C, Benson MD. Current Obstetric, Gynecologic, Diagnosis and Treatment, Pelvic tuberculose. Seventh Edition, Aptleton & Large, California 1991; 794; 301.
2. Farer LS, Lowell AM, Meador MP. Extrapulmonary tuberculosis in the United States. Am J Epidemiol 1979; 109: 205.
3. Gerald L, Mandell MD. Infectious Diseases. Second Edition. Churchill Livingstone, New York 1985; 1401.
4. Okot NM, Wabwire MF, Kagezi VB. Increasing prevalence of tuberculosis among Mulago Hospital admissions, Kampala, Uganda. Tuber Lung Dis 1993; 74: 121-125.
5. Fishman AP. Pulmonary Diseases and Disorders. Mc Graw Hill, New York 1988; 1851.
6. Murray JF, Nadel JA. Textbook of Respiratory Medicine. W.B. Saunders, Philadelphia 1988; 878-879.

7. Brown AB, Gilbert CR, Telinde RW. Pelvic tuberculosis. *Obstet Gynecol* 1953; 2: 476.
8. Jakubowski A, Elwood RK, Enarson DA. Clinical features of abdominal tuberculosis. *J Infect Dis* 1988; 158: 687.
9. Starke JR. Modern approach to the diagnosis and treatment of tuberculosis in children. *Pediatr Clin N Am* 1988; 35: 441.
10. Yıldırım M, Bayram M, Karşgil M. Relation of genital tuberculosis and simple cysts of the ovary. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1989; 84: 193-196.
11. Punnonen R, Kiiholma P, Meurman L. Female genital tuberculosis and consequent infertility. *Int J Fertil* 1983; 28: 235-238.
12. Kolachevskaja EN, Smetnik, Malysheva OK, Simirnova NA. Functional state of the hypothalamo-hypophyscal-ovarian system in female patients with tuberculosis of the genital organs. *Akush Ginekol* 1991; 1: 43-46.