

## KARIN TÜBERKÜLOZU

Ayten İmamoğlu\*

Binnaz Ege\*

Necmiye Tümer\*\*

Nurten Girgin\*\*

Ferhan Gürpınar\*\*\*

Son yıllarda gelişmiş ülkelerde karın tüberkülozunun çok azaldığı bildirilmektedir (1). Buna karşın, gelişmekte olan ülkelerde sosyo-ekonomik koşulları iyi olmayan çevrelerde karın tüberkülozu şimdi de sık olarak görülmektedir (2,3). İngiltere'de 5 yılda ölen 15 karın tüberkülozlu hastanın biri hariç, hepsi Asya ve Afrika'dan gelmişti (4). Karın tüberkülozu öteki birçok hastalıklarla karıştığından ve belirtiler sinsi başladığından ülkemizdeki sıklığı kesin olarak bilinmemektedir. Bununla birlikte karın tüberkülozu, akciğer tüberkülozuna göre çok daha az sıklıkta görülmektedir. Nitekim, İngiltere'de tüberküloza bağlı 1261 ölümün yalnızca 13'ünde karın tüberkülozu vardı. Kliniğimizde 18 ay gibi kısa bir sürede yatan 3 karın tüberkülozu olgusunu, çocuklarda nadir görülüşü, akciğer grafilerinin normal ve tüberkülin testlerinin negatif oluşu nedeni ile ilginç bulduğumuzdan takdim etmeyi uygun gördük.

### MATERYEL VE METOD

**OLGU 1 :** F.A. 7 yaşında kız çocuğu. Karın şişliği, karın ağrısı, ateş, halsizlik ve iştahsızlık nedeniyle getirildi. Bu yakınmalarının 2 ay önce başladığı öğrenildi. BCG yapılmamış.

Fizik muayenede; gelişme geriliği, zayıflık, solukluk ve halsizlik saptandı. Karın şiş ve palpasyonla hassastı. Karaciğer medioklaviküler çizgi üzerinde kosta kenarını 5 cm. geçiyordu. Karında kitle palpe edilemedi. Yaygın mikrolenfadenopati vardı.

Laboratuvar inceleme'eri : Hb : 11.5 gr., B.K. : 10.200, lökosit formülünde segmentler egemendi. Sedimentasyon bir saatte 70 mm, akciğer grafisi normal, İVP ve baryumlu kolon grafisi normal bulundu. PPD 5 Ü ile negatifti. Karaciğer ve

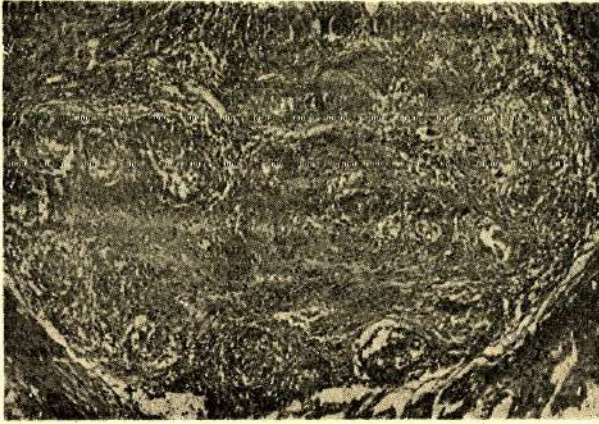
\* A. Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Profesörü

\*\* A. Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Doçenti

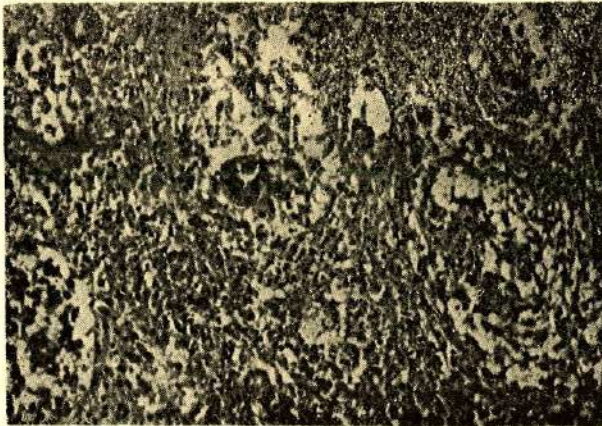
\*\*\* A. Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Asistanı



böbrek fonksiyon testleri normaldi. Karaciğer ve dalak sintigrafisi yapıldı ve homojen dağılım olduğu belirtildi. Casoni-Weinberg negatifti. Parasentezle 7-8 cc. ksantokromik görünümlü sıvı alındı. Ascites kültüründe üreme olmadı. Mide suyu ARB konsantrasyonu ve ARB kültürü negatif bulundu. Hastaya laparotomi uygulandı ve transvers kolon mezosu üzerinde karın ön duvarına yapışık bir kütle, karaciğerde milier dağılım gösteren çok sayıda lezyonlar, karın içinde ve parietal peritonda yaygın küçük kitleler bulundu. Yapılan kolon mezosu biopsisinde Tbc granülasyon dokusu olduğu bildirildi (Resim 1 ve 2). Böylece peritonit Tbc tanısı alan hastaya; İNAH 20 mg/kg/gün 1 yıl, streptomycin 20 mg/kg/gün 2 ay, rifampicin 15 mg/kg/gün 6 ay süre ile uygulandı. Sonraki izlemelerde hastanın tümüyle iyileştiği saptandı.



Resim 1 : F. A. 7 yaşında kız çocuğu. Periton Biopsisi (40 büyütme)



Resim 2 : F. A. Periton biopsisi (100 büyütme)



**OLGU 2** : G.T. 6,5 yaşında kız çocuğu. Karın şişliği, karın ağrısı, ateş, kusma, iştahsızlık nedeniyle getirildi. Yakınmalarının 20 gün önce başladığı öğrenildi. BCG yapılmamış.

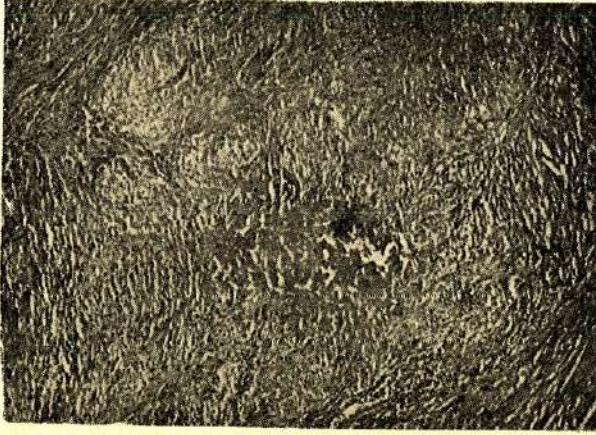
Fizik muayenede : soluk, halsiz ve zayıf olan hastada, karın şiş görünümünde idi ve ascites vardı. Medioklaviküler çizgi üzerinde karaciğer 5 cm. ve dalak 4 cm. büyümüş bulundu. Karında kütle palpe edilmiyordu, yaygın mikrolenfadenopati bulundu. Laboratuvar incelemesi : Hb 10.7 gr., B.K. : 15.000, lökosit formülünde segmentler egemen. PPD : negatif, sedimentasyon 1 saatte 43 mm. Karaciğer ve böbrek testleri normaldi. Casoni-Weinberg negatifdi. Akciğer grafisi ve İVP normaldi. Karaciğer sintigrafisinde, karaciğer ön yüzünde hipoaktif bir bölge varlığı ve homojen dağılım olmadığı belirtildi. Parasentez yapılarak 300 cc. ksantokromik görünümlü eksuda niteliğinde ascites boşaltıldı. Ascites sıvısından yapılan yaymada lenfositler görüldü. Kültürde üreme olmadı. Laparotomi'de karın içinde yaygın lenfadenopati, sapsız tümöral oluşumlar periton üzerinde milier dağılım saptandı. Periton ve lenf bezi biopsisinde Tbc granülasyon dokusu bulundu. Periton tüberkülozu tanısı alan hastaya İNAH 20 mg/kg/gün 1.5 yıl Streptomycin 20 mg/kg/gün 3 ay, Rifampisin 20 mg/kg/gün 6 ay süre ile tedavi uygulandı. Kontrollerinde hastanın iyileştiği görüldü.

**OLGU 3** : G.G. 8 yaşında kız çocuğu. Karın şişliği, ateş terleme, halsizlik, iştahsızlık nedeniyle kliniğimize getirildi. Bu yakınmaları 1 ay önce başlamış. BCG yapılmamış.

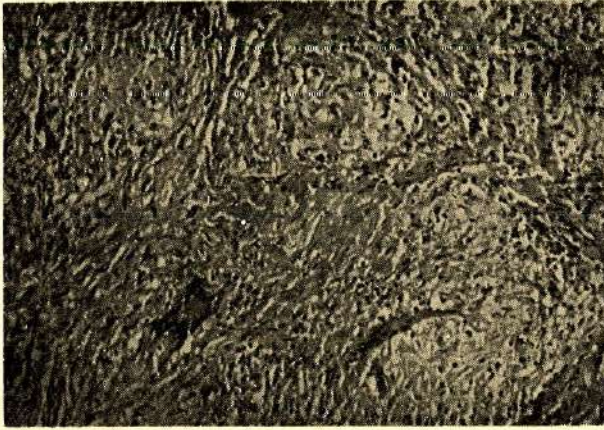
Fizik muayenede : gelişme geriliği, ve solukluk gösteren hastada, karında ascites ve medioklaviküler çizgide 5 cm. büyük karaciğer ve bacaklarda hafif ödem vardı. Karında kütle palpe edilmiyordu.

Laboratuvar incelemeleri; Hb 8.2 gm., B.K. : 8.800, lökosit formülünde segmentler egemen. Sedimentasyon 1 saatte 65 mm., karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri negatifdi. Casoni-Weinberg negatif sonuç verdi. Açlık mide suyunda ARB konsantrasyonu ve kültürü negatif bulundu. Parasentez yapıldı ve ksantokromik görünüşlü 5 cc. sıvı alındı. Periton biopsisi uygulandı ve tüberküloz granülasyon dokusu saptandı (Resim 3,4). Peritonit Tüberküloz tanısı ile hastaya; 20 mg/kg/gün İNAH 1 yıl, Streptomycin 20 mg/kg/gün 2 ay, Rifampicin 20 mg/kg/gün 6 ay süre ile tedavi uygulandı. Kontrolunda karaciğer fonksiyon testlerinde hafif bir bozukluk saptandığı için, Rifampicin tedaviden çıkarıldı. Hasta tüm yakınmalarından arınmış ve sağlıklıydı.





Resim 3 : G. G. 8 yaşında kız çocuğu. Periton biopsisi (40 büyütme)



Resim 4 : G. G. Periton biopsisi (100 büyütme)

### BULGULAR

Hastaların birçok ortak özellikleri vardı. Hepsi okul çocukluğu çağında, gelişme geriliği olan kız çocuklarıydı. Üçününde hastahaneye başvurma nedenleri; karın şişliği, karın ağrısı, hafif ateş, iştahsızlık, halsizlik ve zayıflıktı. Fizik muayenede tüm olgularda karaciğer büyüklüğü, karında hassasiyet ve az ya da belirgin ascites vardı.

Laboratuvar incelemelerinde ise; olguların tümünde akciğer grafilerinin normal ve PPD testinin negatif oluşu dikkat çekiyordu. 3 olguda da hafif anemi ve lökositoz vardı ve beklenenin tersine lökosit formülünde segmentler egemendi.



Tümünde sedimentasyon orta derecede yüksekti. Karaciğer fonksiyon testleri negatif bulundu. Bir olguda kolon grafisi yapılmış ve normal olarak değerlendirilmişti. Halbuki bu hastada laparatomide transvers kolon mezosu üzerinde büyük bir kütle bulunmuştu. Tüm olgularda karaciğerde milier yayılım olmakla birlikte, 2 olguda yapılan karaciğer sintigrafisinin birisinde homojen ilaç dağılımı saptanmıştı. Ksantokromik görünüşlü ascites sıvısında tüberküloz basili hiçbir hastada üremedi. Hastaların tümü laparatomide yapılan biopsi ile peritonit tüberküloz tanısı aldı ve tedaviye iyi yanıt verdiler.

### TARTIŞMA

Karın tüberkülozunun tanısı klinik bir problem olmaktadır. Belirtilerin sinsi başlaması, değişken natürü, nonspesifik bulgular ve özgül diagnostik testin eksikliği tanıyı kesinsizliğe götürür (5,6). Bizim olgularımızın incelenmesinde de görüldüğü gibi, tüberküloz şüphe edildi, fakat kesin tanıya ancak biopsi ile varıldı. Karından alınan radyografide kalsifikasyon saptanabileceği belirtiliyorsa da, bizim hastalarımızda gösterilemedi (7).

Gastrointestinal tüberküloz birincil ya da akciğer infeksiyonuna ikincil olabilir ve daha çok mycobakteriumun ağızdan alınması ile gelişir. İnek sütü ile ya da akciğer hastalarında balgamın yutulması ile olur. Karın lenf düğümleri hematogen ya da lokal yayılma ile tutulabilir. Peritonit tüberküloz ise daha çok kazeöz lenf nodüllerinden kökenini alır. Peritonit tüberkülozda kural olarak başlangıç sinsidir ve gittikçe artan karın şişliği, halsizlik, şüpheli karın ağrısı, karında hassasiyet ve hafif ateşle karakterizedir (6).

Bizim olgularımızın klinik gidişi de böyleydi ve tümünün akciğer grafisi normaldi. Birçok araştırmacılara göre (2,6), gastrointestinal sistem tüberkülozu hemen daima akciğer tüberkülozunun bir komplikasyonu olarak gelişir. Bazı araştırmacılara göre ise, yaklaşık % 50'sinde akciğer lezyonu saptanmaktadır (8).

Karın tüberkülozunun sıklığı iyi bilinmemekle birlikte, çocuklarda çok az görüldüğü kesindir (6). En sık görülme yaşı 20-40 yaş arasındadır (2). Çocuk kliniğinde 18 ay gibi kısa bir sürede tanısı güç 3 karın tüberkülozu olgusunun birden görülmesi önemli idi. Sosyo-ekonomik koşulları iyi olmayan çevrelerde tüberkülozun sık görüldüğü bilinmektedir (1,2,3). Bizim 3 çocuğumuz da iyi olmayan koşullarda yaşıyorlardı ve her üçünde de gelişme geriliği vardı.



Gastrointestinal sistemin radyolojik incelemesi sıklıkla tüberkülozu düşündürmekle birlikte diagnostik olmayabilir (8,9). Bizim ameliyatda transvers kolon mezosu üzerinde büyük bir kitle bulunan olgumuzda daha önce yapılan kolon grafisi normal bulunmuştu.

Olgularımızın tümünde karaciğerde büyüme vardı. İki hastada ameliyat sırasında alınan karaciğer biopsisinde milier dağılım saptandı. Karaciğer ve dalak tüberkülozu genellikle generalize milier tüberküloz olgularında bulunur (6,10). Çocuklarda karaciğer tüberkülozunun olağan dışı olduğu bildirilmektedir (7). Hastaların tümünde ascites vardı ve ponksiyonla ksantokromik görünüşlü eksuda niteliğinde sıvı alındı. İki hastada alınan sıvı miktarı az olmakla birlikte birisinden 300 cc. sıvı boşaltıldı ve hastaların hepsinde yapılan periton biopsisinde peritonit tüberküloz saptandı. Peritonit tüberkülozda kimi olgularda başlangıç şiddetli ve birdenbire olabilirse de, kural olarak sinsi başlar ve gittikçe artan karın şişliği, halsizlik, karın ağrısı ve hassasiyet bulguları gösterir (6,7). Hastalarımızda klinik gidiş bu genel kurala uygun seyretmişti.

Hastalarımızdaki önemli bulduğumuz ortak özelliklerden biri de ilerlemiş tüberküloza karşı her üçünde de tüberkülin testinin negatif oluşu idi. Aslında tüberkülozda deri testleri tanı için en önemli bulgulardan birisidir (4,6). Deri testlerini baskılayan faktörler; kızamık, bazı öteki virütik infeksiyonlar, canlı virüs aşılı, kortizon, malnütrisyon ve İNAH tedavisi (geçici süre için) dir (6). 6 aydan küçük çocuklarda ve yaşlılarda da tüberkülin testi negatiftir. Gecikmiş hipersensitivite mekanizması yaşlılarda bozuluyor ve bu nedenle de infeksiyonun görülüşü artıyor (11). Bu faktörlerin hiçbirisinin olmadığı milier tüberküloz olgularında da tüberkülin testi negatif olabilir (12). Bazı araştırmacılara göre, bu negatif oluş tüberküline karşı spesifik anergi ile açıklanabilir (11,13). Bazı araştırmacılar ise, antijenik preparatların hazırlanışındaki teknik hataya bağlıyorlar (13). Bir öteki görüş ise antijenin absorpsiyon sırasında potansiyelinin kayboluşundan ileri gelmektedir ve preparatta az antijen bulunması bu nedenle sonucu negatif vermektedir.

Bütün hastalarımız Streptomycin, İNAH ve Rifampisin tedavisine çok iyi yanıt verdiler.

Çocuk yaşlarında major akciğer tutulması olmaksızın, PPD negatifliği ile seyreden 3 karın tüberkülozu olgusunu bu nedenle orijinal ve takdimini yararlı bulduk.



**ÖZET**

Kliniğimize karın şişliği, karın ağrısı, halsizlik, iştahsızlık ve zayıflama gibi spesifik olmayan yakınmalarla gelen üç karın tüberkülozu olgusu incelendi. Çocuklarda nadir olduğu bildirilmesine karşın 18 ay içinde üç olgunun birden görülmesi ilginç bulundu. Eğer tüberkülozdan şüphelenilmezse rutin laboratuvar ve radyolojik incelemeler yanıltıcı olabilir. Hastaların üçünde de akciğer grafisi, bir hastada yapılan kolon grafisi normaldi. Hepsinde tüberkülin testi negatif bulundu. Hastalara kesin tanı ancak periton biopsisi ile konuldu. Tümü tedaviye iyi yanıt verdiler.

**SUMMARY****Abdominal Tuberculosis**

Three cases with abdominal tuberculosis were hospitalized because of non-specific complaints such as abdominal distention abdominal pain, anorexia, fatigue and loss of weight. Since abdominal tuberculosis is rare in children, it was interesting to diagnose three patients in 18 months. If tuberculosis is not especially suspected, the routine laboratory and radiologic tests may be misleading. In all three patients the chest X-rays, and in one the colon X-ray were found to be normal. Tuberculin tests were negative in all of them. Abdominal tuberculosis suspected but definite diagnoses were made only by peritoneal biopsy. All patients were cured with routine tuberculosis therapy.

**KAYNAKLAR**

- 1 - Moss JD, Krauer CM : Tuberculosis Enteritis. Gastroenterology 65 : 959, 1973
- 2 - Lewis EA, Kolawole TM : Tuberculous Ileocolitis in Ibadan. Gut 13 : 646, 1972
- 3 - Werbeloff L, Novis BH, Bank S, Marks IN : The radiology of Tuberculosis of the Gastrointestinal tract. Br. J. Radiol. 46 : 329, 1973
- 4 - Editorial : Abdominal Tuberculosis in Britain. Br. Med. J. 1 : 1557, 1977
- 5 - Beetlestone CA, Wieland W, Lewis EA, Itoyemi SO : The Lymphogram in Abdominal Tuberculosis. Clinical Radiology 28 : 653, 1977
- 6 - Vaughan VC, McKay Jr, R.J, Behrman RE : Nelson Textbook of Pediatrics. W.B. Saunders Comp. 1979, Sayfa 821

- 7 - Lincoln EM, Sewell EM : Tuberculosis in Children. Mc Graw-Hill Book Company. 1963, Sayfa : 224
  8. Tobrisky J., Lindstrom RR, Peters R, Lachman RS : Tuberculous Enteritis, Am J Gastroenterology 63 : 49, 1975
  - 9 - Wales JM, Mumtaz H, MacLeod WM : Gastrointestinal Tuberculosis. Br. J. Dis. Chest. 70 : 39, 1976
  - 10 - Sankale M, Diop B, Sow AM, Benoist ML : Resultats de la Ponction-Biopsie Hepatique Systematique au cours des processus tuberculeux de L'adulte African. Sem. Hop Paris. 54 : 497, 1978
  - 11 - Grieco MH, Chmel H : Acute disseminated tuberculosis as a diagnostic problem, Am. Rev. Respir. Dis. 109 : 554, 1974
  - 12 - Hiatt GA : Miliary Tuberculosis with ileocecal involvement diagnosed by colonoscopy. JAMA 240 : 561. 1978
  - 13 - Schachter EN : Tuberculin negative Tuberculosis. Amer. Rev. Resp. Dis. 106 : 587, 1972
  - 14 - Holden M, Dubin MR, Diamond PH : Frequency sensitivity in patients with active tuberculosis, N Eng J Med 285 : 1506, 1971
-