

Ekstrapulmoner Tüberküloz: Beş Olgu Bildirisi

M. Akif Karan, Nilgün Erten, Cemil Taşçıoğlu, Rümeyza Kazancıoğlu, Abdülkadir Kaysı

Özet: Ekstrapulmoner tüberküloz olgularında semptomlar genellikle belirsiz ve nonspesifiktir. Şüpheli ve ısrarcı davranılmazsa tanı ve tedavi gecikebilir. Kliniğimizde son beş yılda yatırılarak incelenen 45 hastada ekstrapulmoner tüberküloz tespit edilmiştir. Burada tanı ve seyir açısından ilgili çekici bulunan beş ekstrapulmoner tüberküloz olgusu sunmaktayız. Birinci olguda osteomyelit, ikinci olguda perikardit ve soğuk apse, üçüncü olguda jeneralize yayılım gösteren tüberküloz, dördüncü olguda incebarsak perforasyonu ve beşinci olguda subileus tablosu ile başvuran gastrointestinal tüberküloz tanısı konmuştur. Uzun süre tanı konulamayan her vakanın ayırıcı tanısında değişik organ tutulumları ile tüberkülozun da akla gelmesi gerektiğini düşünüyoruz.

Anahtar Sözcükler: Ekstrapulmoner tüberküloz.

Summary: Extrapulmonary tuberculosis. A report of five cases. Symptomatology of extrapulmonary tuberculosis is usually vague and nonspecific, therefore it can be overlooked until the physician have a high index of suspicion for the diagnosis. This results in considerable delay in the treatment. We detected 45 cases of extrapulmonary tuberculosis in hospitalized patients in last five years. We present here five cases of them. First patient has tuberculous osteomyelitis, the second has tuberculous pericarditis and cold abscesse, the third has generalized milary tuberculosis with hepatic, vertebral, meningeal, and pulmonary involvement, the fourth has tuberculous perforation of the small bowel, and the last has subileus consequent to tuberculous peritonitis. We conclude that extrapulmonary tuberculosis should be suspected in all cases which have not been diagnosed for a long time.

Key Words: Extrapulmonary tuberculosis.

Giriş

Tüberküloz, dünyada son yıllarda azalmaya devam ederken ülkemizde ve gelişmekte olan diğer ülkelerde, gelişmiş ülkelerin yeni göç etmiş toplulukları arasında ve sosyoekonomik şartları daha kötü olan bölgelerinde hala önemli bir sorundur (1,2). WHO raporlarına göre, bugün dünya nüfusunun 1/3'ü tüberküloz basili taşımakta (1-7 milyar kişi) ve her yıl dünyada 8 milyon yeni tüberküloz olgusu eklenmekte ve tüberküloz yılda 3 milyon kişinin ölümüne neden olmaktadır (3). Tüberküloz lezyonları en sık akciğerlerde görülmekle beraber tüm organları tutabilir. Tüberküloz basili hemen hemen her dokuya kan veya lenf yolu ile ulaşarak hastalık meydana getirebilir. Ekstrapulmoner tüberküloz olgularında klinik belirtilerin çok değişik olması ve geniş bir spektruma sahip olması nedeni ile tanıda güçlük çekilmekte ve tedavide gecikmeler olabilmektedir.

Bu çalışmamızda 1990-1994 arası beş yıllık dönemde kliniğimizde yatırılarak incelenmiş ve ekstrapulmoner tüberküloz tanısı konmuş olan hastaların bir dökümü çıkarılmış, seyir ve tanıdaki güçlükler nedeni ile ilgili çekici bulunan beş olgu takdim edilmiştir.

Olgular

1990-1994 yıllarını içine alan beş yıllık dönemde İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Genel Dahiliye Servisine değişik şikayetlerle yatırılan ve yapılan incelemeler sonucu ekstrapulmoner tüberküloz tanısı konan 45 olgu mevcuttur (Tablo 1). Ayaktan tetkiklerinde tüberküloz lenfadenit tanısı konabilen hastalar kliniğe yatırılmadan tedaviye başlanmaktadır. Akciğer tüberkülozlu hastalar ise genellikle Göğüs Hastalıkları Hastanelerine sevk edilmektedir. Bu nedenle tüm tüberküloz olguları içinde ekstrapulmoner tutulumlarının oranları ile ilgili bilgi veremiyoruz.

1. Olgu: 21 yaşında erkek hasta, sağ ayak bileği etrafında şişlik, kızarıklık ve ağrı, sol el 1. ve 5. parmak ile sol dirsek üzerinde akıntılı yara şikayetleri ile başvurdu. Bir yıl kadar önce akciğer tüberkülozu tanısı aldığını söyleyen hasta 12 ay süre ile verilen ilaçları kullandığını belirtti. Altı ay önce sol dirsek üzerinde yumurta büyüklüğünde ağrılı, kızamık bir sertlik farkedilerek bu lezyon ameliyatla çıkarılmıştı. Bu arada sol el baş parmağında ağ-

rı ve şişlik belirmiş, bu lezyon da opere edilmişti.

Postoperatif dönemde her iki lezyon yerinden sürekli akıntı olmaya başlamıştı. Verilen nonspesifik antibiyotik tedavisi ile akıntular kesilmiş; bir ay önce sağ diz ve ayak bileğinde şişlik ve kızarıklık gelişmişti. Fizik muayenesinde sağ dizinde kızarıklık, sağ ayak bileğinde 4x4 cm boyutlarında, orta sertlikte, flüktüasyon veren bir kitle, sol ayak bileğinde kızarıklık, sağ kolda dirseğin 2 cm yukarısında süpüre lezyon, sol el 1. ve 5. parmakta süpüre lezyonlar ve kosta yayını 2 cm aşan splenomegali saptandı. Eritrosit sedimentasyon hızı 120 mm/saat, hematokrit % 29, hemoglobin 9.8 gr/dl, albümin 3 gr/dl, protein elektroforezinde gamma globülin fraksiyonu % 28, demir 10 µg/dl, total demir bağlama kapasitesi 225 µg/dl bulundu. Akciğer grafisi normal olup ultrasonografik tetkikte paraaortik alanda lenfadenomegaliler saptandı. Kemik grafilerinde sol humerus diyafizindeki litik lezyon osteomyelit olarak yorumlandı, 5. parmakta eklem yüzleri düzensizdi ve eklem çevresinde küçük osteolitik lezyonlar, sol el 1. parmakta spina ventosa saptandı (Resim 1). Hastanın sağ ayak bileğindeki şişlikten yapılan aspirasyonda hemorajik görümlü, koyu kıvamlı sıvı boşaltıldı; direkt yaymasında aside dirençli bakteri görülmüdü; sitolojik tetkikinde histiyosit ve lenfositten zengin, kısmen iltihabi özellikte olduğu bildirildi. Sol el 5. parmak ve baş parmaktan alınan kültürler steril kaldı. PPD 22x23 mm ve nekrozlu cevap verdi. Sağ ayak bileğinden üçüncü kez alınan apse sıvısında aside dirençli bakteriler görüldü ve Bactec tekniği ile *Mycobacterium tuberculosis* kompleksi üretildi. Hastaya rifampisin, streptomisin, izoniazid ve morfozinamidden oluşan anti-tüberküloz tedavi başlandı.

2. Olgu: 24 yaşında erkek hastaya iki yıldır iştahsızlık, ateş ve terleme yakınmaları nedeniyle altı ay önce başvurduğu hastanede kalın damla preparatında *Plasmodium vivax* görülerek 14 gün süre ile sıtma tedavisi uygulandığı öğrenildi. Hasta terleme ve titreme nöbetlerinin düzelmesine rağmen iştahsızlık ve zayıflamasının sürdüğünü bildiriyordu. Fizik muayenede zayıflık, venöz dolgunluk ve sağ subklaviküler bölgede 3 cm çaplı flüktüasyon veren şişlik tespit edildi. Eritrosit sedimentasyon hızı 76 mm/saat, hematokrit % 36 bulundu. Akciğer grafisi normaldi. Ateşinin yüksek olduğu dönemlerde alınan beş ayrı kalın damla preparatında *Plasmodium* görülmedi. PPD deri testi negatif bulundu. Ekokardiyografik tetkikte perikardiyal efüzyon tespit edildi. Sağ subklavi-

Tablo 1. Ekstrapulmoner Tüberküloz Olguları

Tanı	Olgu Sayısı
Tüberküloz plörezi	11
Tüberküloz peritonit	15
Peritonit+plörezi	1
Plörezi+perikardit	2
Peritonit+plörezi+perikardit	1
Plörezi+Pott apsesi	1
Pott apsesi	2
Genitoüriner tüberküloz	1
Genital tüberküloz	1
Miliyer tüberküloz	2
Tüberküloz osteomyelit	1
Barsak tüberkülozu	2
Tüberküloz menenjit	1
Tüberküloz lenfadenit	4
Toplam	45

küler bölgedeki şişlikten aspire edilen materyalin direkt yaymasında aside dirençli bakteriler görüldü. Daha sonra Löwenstein besiyerinde üreme oldu. Hastaya rifampisin, streptomisin, izoniazid ve morfozinamidten oluşan antitüberküloz tedavi başlandı.

3. Olgu: 65 yaşında kadın hasta, belinde, bacaklarında ağrı, bulantı ve kısma şikayetleri ile yatırıldı. Dört ay önce sağ üst kadranda ağrısı başlamıştı ve daha sonra buna bel ağrısı, bulantı ve kusmalar eklenmişti. Fizik muayenesinde kosta yayını 3 cm aşan hepatomegali tespit edildi. Eritrosit sedimentasyon hızı 30 mm/saat, lökosit 4800/mm³, mutlak lenfopeni, protein elektroforezinde gamma globülin fraksiyonu % 33 ve albümin 3.06 gr/dl bulun-

du. HBsAg (+) pozitif, HBeAg (+) pozitif, anti-HBs (-) negatif bulundu. Yapılan karaciğer biyopsisinde granülomatöz odaklar ve kronik hepatit bulguları tespit edildi. Yattığı süre içinde şuur bulanıklığı ve ense sertliği gelişen hastanın beyin-omurilik sıvısı berrak görünümdeydi; Pandy reaksiyonu (+) pozitif, protein 117 mg/dl, glikoz 38 mg/dl (kan şekeri 80 mg/dl), lenfosit 35/mm³ idi. Bel ağrısı nedeniyle çekilen dorsolomber vertebra grafisi ve bilgisayarlı tomografisinde L3 seviyesinde Pott apsesi ve L2-L3 aralığında daralma saptandı. Bu arada tekrar çekilen akciğer grafisinde miliyer tüberküloz görüntüsü belirlendi. Hastaya streptomisin, rifampisin, izoniazidten oluşan antitüberküloz tedavi başlandı.

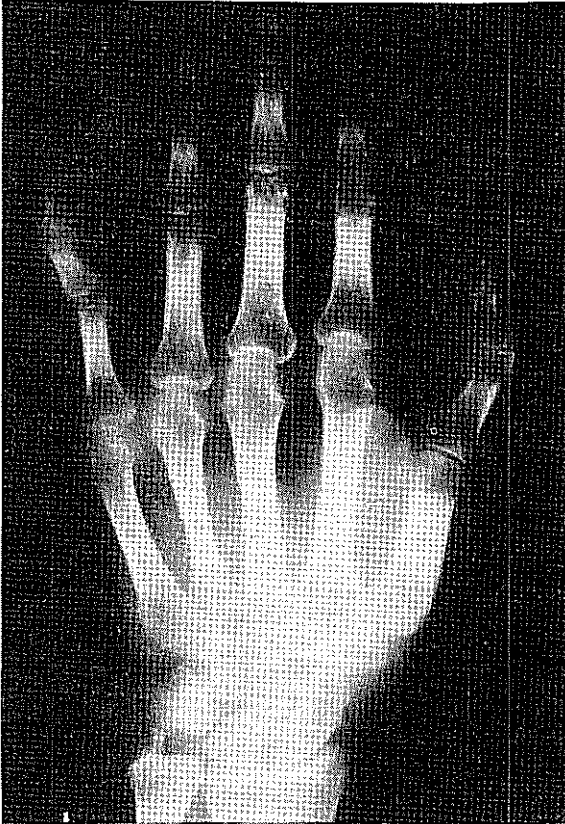
4. Olgu: 38 yaşında erkek hasta, karın ağrısı, ateş, kilo kaybı şikayetleri ile başvurdu. Dört yıl önce karın şişliği ve zaman zaman kusma şikayeti, iki yıldır da karın ağrısının olduğunu söylüyordu. Başvurduğu hekim böbrek taşı olduğunu tespit etmiş ve litotripsi tedavisi uygulanmıştı. Ancak üç ay sonra karın ağrısı, karında şişkinlik hissi ve kusma tekrar başlamıştı. Fizik muayenesinde hasta kaşektik görünümde, TA 90/60 mm Hg, nabız 120/dakika olup batın palpasyonla hassas ve gergindi ve rebound belirtisi tespit edildi. Lökosit 4200/mm³ ve ayakta direkt batın grafisinde sağ diyafragma altında serbest hava saptandı. Akut batın sendromu tanısı ile Acil Cerrahi Ünitesine sevk edilen hastaya yapılan laparotomide multipl incebarsak perforasyonu saptandı. İncebarsak rezeksiyonu ve ileostomi yapıldı. Histopatolojik tetkikte mezenter lenf gangliyonlarında kazeöz tüberküloz, omentumda nekrotizan iltihap saptandı. Hastaya rifampisin, streptomisin, izoniazid ve morfozinamidten oluşan antitüberküloz tedavi başlandı.

5. Olgu: 13 yaşında genç kız, karın ağrısı, ateş, halsizlik, kilo kaybı yakınmalarıyla servisimize yatırıldı. Dört aydır ara ara karın ağrısının olduğunu, üç aydır da özellikle geceleri ateşinin yükseldiğini belirtiyordu. Servise yatırılan hastanın fizik muayenesinde göbek seviyesinde asit mevcuttu; batın palpasyonla hassas olup rebound belirtisi pozitif bulundu. Yapılan parasentezde asit sıvısı eksüda vasfında idi, mm³'te 3200 hücre olup bunların % 40'ı polimorf nüveli lökosit. Ayakta direkt batın grafisinde yer yer hava-sıvı seviyeleri görüldü. Subileus olarak değerlendirildi. Yapılan medikal tedavi ile 48 saat içinde karın ağrısı ve bulantısı azaldı. Rebound belirtisi pozitif olarak devam etti. Batın bilgisayarlı tomografisinde sağda plevral efüzyon, subhepatik ve subdiyafragmatik sıvı koleksiyonu, pelviste serbest sıvı, paraaortik bölgede lenfadenomegaliler görüldü. Bu sırada hastada sağ omuz ağrısı ve sağda plevral efüzyon gelişti. Eksüda karakterindeki plevral sıvıda 14 000/mm³ lökosit bulundu, % 79'u polimorf nüveli lökosit. Geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi ve toraks dreni uygulandı. Subileus tablosunun devamı üzerine Genel Cerrahi Servisinde yapılan laparotomide karın duvarında yaygın nodüller görüldü. Patolojik tetkikinde kronik granülomatöz iltihap tanısı konuldu. Hastaya rifampisin, streptomisin, izoniazid ve morfozinamidten oluşan antitüberküloz tedavi başlandı.

İrdeleme

Ekstrapulmoner tüberküloz (EPT), en sık lenf düğümleri ve ürogenital sistemi tutar. Bunun yanı sıra, deri, kemik ve eklemler, seröz zarlar, gastrointestinal traktus, göz, sürrenal ve larinks, tüberküloz basilinin hematojen yolla ulaşarak hastalık oluşturduğu yerlerdir (4,5). Gelişmiş ülkelerde son yıllarda tüberküloz insidansında düşme görülmesine karşılık, EPT'nin insidansında pek az bir değişiklik olmuş, hatta artmıştır (1,6,7). Bunun nedeni olarak tüberküloz infeksiyonunun yaşlılık, böbrek yetersizliği, siroz, malnütrisyon, malign kan hastalıkları ve AIDS gibi immün yetersizlik durumlarında daha sık görülmesi gösterilmektedir (8).

Tüberküloz osteomyeliti pelvis, karpal kemikler, falankslar, uzun kemikler, kostalar, sternum, patella ve kafatası kemiklerini tutabilir. El ve ayakların kısa tubuler kemiklerinin tüberkülozu daktilit olarak adlandırılır ve bu kemiğin kistik genişlemesi de spina



Resim 1. Sol el 1. parmakta spina ventosa.

ventosa ismini alır. Birinci olgumuz bunun bir örneğidir (9).

Soğuk apseye genellikle paravertebral bölgede rastlanırken, ikinci olguda subklaviküler yerleşimli olması dikkati çekmiştir. Aynı hastada perikardit de mevcuttu. Ülkemizde konstriktif perikarditin en sık nedeni geçirilmiş perikard tüberkülozu olup, bu nedenle erken tanı ve tedavi, konstriksiyonu önleyeceğinden çok önemlidir.

Üçüncü olgu tüberkülozun karaciğer, kemik, meninks tutulumunu takiben miliyer yayılım göstererek akciğerlerin de tutulduğu yaygın bir tüberküloz hastasıdır. Hastada aynı zamanda kronik B hepatiti mevcuttur. Karaciğer biyopsisinde tespit edilen granülomlar genellikle sistemik hastalığın bir parçasıdır. Bu hastalık % 50-60 tüberküloz veya sarkoidozdur (10). Granülomatöz hepatit hem pulmoner hem de ekstrapulmoner tüberküloz seyirinde ortaya çıkabilir. Tüberküloz, miliyer yayılım halinde karaciğeri tutabileceği gibi, tüberkülozlar, kolanjit ve pilleflebite de neden olabilir. Karaciğer biyopsisinde nonspesifik iltihabi infiltrasyon, Kupffer hücre hiperplazisi ve yağlı değişiklikler görülebilir, kazeifikasyon nekrozu gösteren granülom ise büyük bir ihtimalle tüberkülozun işaretidir (11).

Gastrointestinal tüberküloz dünyanın fakir yörelerinde hala sık karşılaşılan bir sağlık problemidir, gelişmiş ülkelerde ise göçmenler ve AIDS'liler abdominal tüberküloz açısından risk grubunu oluşturmaktadırlar (12). Gastrointestinal traktus ve periton tüberkülozunda semptomlar genellikle nonspesifik olduğundan tanı için öncelikle şüpheli olmak gerekir. Aksi takdirde, tedavide gecikmeye neden olunmakta ve komplikasyonlarla karşılaşabilmektedir. Dördüncü vakamız incebarsak perforasyonu tablosu ile karşımıza çıkmıştı ve laparotomide alınan materyalin histopatolojik incelemesi ile tanı konulmuştu. İncebarsaktaki tüberküloz lezyonları antitüberküloz tedavi sırasında da perforasyona yol açabilirler (7). Beşinci vakamız ise tüberküloza bağlı intraabdominal yapışıklıklar sonucu oluşmuş subileus tablosu nedeni ile opere edilmiştir. Bu olguda parçalı nüveli lökositlerden zengin ve sekonder peritoniti düşündürülen asit sıvısı dikkati çekmektedir. Ülkemiz gibi intestinal tüberkülozun da sık olduğu ülkelerde, klinik tablonun uyduğu durumlarda daha fazla beklemeden deneme tedavisine başlanması akılcı bir yaklaşımdır.

Olgularımızda kesin tanının ilk şikayetlerin ortaya çıkmasın-

dan 4 ay-2 yıl sonra konulduğunu görmekteyiz. İki olguda gelişen komplikasyonlardan ötürü cerrahi girişim gerekmiştir. Bir olguda kesin tanı ancak aynı apsedan üçüncü kez örnek gönderildikten sonra basilin gösterilmesi ile konulmuştur. Sonuç olarak, ülkemizde ekstrapulmoner tüberküloz vakalarının sık olduğunu, uzun süre tanı konulamayan hastalarda atipik prezantasyonlu tüberkülozun akla gelmesi gerektiğini ve şüphelenilen durumlarda tanıyı kanıtlanması için ısrarcı olmak gerektiğini düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1. Oren S, Jamal J, London D, Viskoper JR. Extrapulmonary tuberculosis: five case reports. *Isr J Med Sci* 1991; 27: 390-4
2. Dolberg OT, Schaeffer F, Greene VW, Alkan ML. Extrapulmonary tuberculosis in an immigrant society: clinical and demographic aspects of 92 cases. *Rev Infect Dis* 1991; 13: 177-9
3. Privat P. A deadly comeback. *Newsweek* 1993; 121 (20): 24-8
4. Kok-Jensen A, Viskum K. Extrapulmonary tuberculosis in Denmark. A review of the incidence, localisation and therapy. *Ugeskr Laeger* 1994; 156: 5266-8
5. Thompson MM, Underwood MJ, Savers RD, Dookeran KA, Bell PR. Peripheral tuberculous lymphadenopathy: a review of 67 cases. *Br J Surg* 1992; 79: 763-4
6. Mehta JB, Dutt Ay, Harvill L, Matheus KM. Epidemiology of extrapulmonary tuberculosis. A comparative analysis with pre-AIDS era. *Chest* 1991; 93: 1134-8
7. Seabre J, Coelho H, Bamas H, Alves JO, Goncalves V, Rocha-Marques A. Acute tuberculosis perforation of small bowel during antituberculous therapy. *J Clin Gastroenterol* 1993; 16: 320-2
8. El-Shahavy MA, Gadallah MF, Compese VM. Tuberculosis of the spine (Pott's disease) in patients with end-stage renal disease. *Am J Nephrol* 1994; 14: 55-9
9. Resnick D, Niwayama G. Osteomyelitis, septic arthritis, and soft tissue infection: organisms. In: Resnick D, ed. *Bone and Joint Imaging*. Philadelphia: WB Saunders, 1992: 756
10. Sherlock S. The liver in systemic disease; hepatic trauma. In: Sherlock S, Dooley J, eds. *Disease of Liver and Biliary System*. Ninth ed. London: Blackwell, 1993: 460
11. Gupta S, Meena HS, Chopra R. Hepatic involvement in tuberculosis. *J Assoc Physicians India* 1993; 41: 20-2
12. Marshall JB. Tuberculosis of the gastrointestinal tract and peritoneum. *Am J Gastroenterol* 1993; 88: 989-99