

OLGU

Nazan Tuna¹
Mustafa Volkan Demir²
Mehmet Küçükbaş³
Ali Tamer²
Arif Serhan Cevrioğlu³
Oğuz Karabay¹

¹ Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sakarya

Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği

² Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, Sakarya

³ Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Sakarya

Yazışma Adresi:

Dr. Mustafa Volkan Demir

Sakarya Eğitim ve Araştırma

Hastanesi, Sakarya

Email: mvolkandemir@gmail.com

Konuralp Tıp Dergisi

e-ISSN1309-3878

konuralptipdergi@duzce.edu.tr

konuralpgeneltip@gmail.com

www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr

Over Kanserini Taklit Eden Tüberküloz Peritonit: Olgu Sunumu

ÖZET

Akciğer tüberkülozu en sık görülen klinik tiptir. Tüm tüberküloz vakalarının %1-3' ünü oluşturan tüberküloz peritonit ise giderek daha sık gözlenmektedir.

Tüberküloz basili, periton boşluğuna barsak duvarı yolu ile, genital organlardan direkt olarak veya primer pulmoner odaktan hematojen yayılımla ulaşabilmektedir. Tüberküloz peritonitte gözlenen asit sıvısı eksuda niteliğindedir. Tüberkülin Cilt Testi ve asit sıvısının mikrobiyolojik incelemeleri, olguların çoğunda tanıya katkı sağlamamaktadır. Abdominal ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi ile sıklıkla asit, periton ve omentumda kalınlaşma, lenfadenopati tespit edilir. Tüberküloz peritonit malign epitelyal over tümör markeri olan CA 125'in yükselmesine neden olabilmektedir. Bahsi geçen radyolojik muayene bulguları ve CA 125 yüksekliği non spesifik bulgular olup hem Tüberküloz peritonitte hem de peritoneal karsinomatozis'te ve ileri evre over kanserinde saptanabilmektedir.

Bu olgu sunumunda; over kanserini taklit eden klinik tablo ile başvuran ancak operasyon sırasında tüberküloz peritonit tanısı konulan 26 yaşında bekar bayan olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz peritonit, Over karsinomu, CA 125

Tuberculosis Peritonitis Mimicking Ovarian Carcinoma: Case Report

ABSTRACT

Pulmoner tuberculosis is most common clinic form. Peritoneal tuberculosis occurs in about 1-3% of cases of Tuberculosis and its incidence is increasing.

The organism may enter the peritoneal cavity through the bowel wall, by direct extension from gynecologic tract, or by haematogenous spread from a primary pulmonary focus. The ascitic fluid is exudative in peritoneal tuberculosis. Microbiological examinations of ascitic fluid and PPD are of limited diagnostic value. Abdominal ultrasound and computerized tomography usually reveal ascites, peritoneal and omental thickening and enlarged lymph nodes. Peritoneal tuberculosis may cause the elevation of CA 125 which is a malignant epithelial ovarian tumor marker. Radiologic examination findings, presence of ascite and the elevation of CA 125 are nonspecific findings which may imitate advanced ovarian carcinoma (over Ca), peritonitis carcinomatosa and peritoneal tuberculosis.

In this case report we aimed to present unmarried 26 years old woman's clinic that mimics clinic of advanced over Ca but diagnosed as peritoneal tuberculosis during the operation.

Keywords: peritoneal tuberculosis, Ovarian Carcinoma, CA 125

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, dünya nüfusunun üçte biri tüberküloz riski altındadır (1). Sağlık Bakanlığı Türkiye’de Verem Savaşı 2010 Raporu’na göre 2008 yılında yıl ortası nüfus 71.517.100, insidans 16.760, prevalans ise 23,4/100.000 olarak belirtilmiştir (2).

Tüberküloz enfeksiyonunun en sık görüldüğü klinik tip akciğer tüberkülozu olmakla birlikte tüberküloz, birçok organ ve sistemini etkileyebilen bir hastalıktır. Tüberküloz peritonit tüm tüberküloz olguların %1-3’ünde görülmektedir (3). Tüberküloz basili, periton boşluğuna barsak duvarı yolu, genital organlardan direkt olarak veya primer pulmoner odaktan hematogen yayılımla ulaşır (4,5).

Tüberküloz peritonit bulgularının sinsi seyirli olması tanı konulmasını geciktirmekte, komplikasyon ve mortalite oranlarını arttırmaktadır (6). Dolayısıyla erken tanı açısından hastalığın akılda tutulması esastır. Pelvik ağrı, adneksiyel kitle, asit, omental ve peritoneal kalınlaşma ve yüksek serum CA 125 düzeyi gibi non spesifik bulgular hem tüberküloz peritonit’te hem de ileri evre over kanserinde görülebilmektedir. Bu nedenle literatür taramasında ileri evre over kanseri ve tüberküloz peritonit arasında preoperatif tanının zor olduğunu bildiren yayınlar bulunmaktadır (7,8).

Bu olgu sunumunda; over kanserini taklit eden klinik tablo ile başvuran ancak Tüberküloz peritonit tanısı konulan olgunun sunulması amaçlanmıştır.

OLGU SUNUMU

23 yaşında bekar bayan olgu ateş ve karın şişliği şikayetleriyle enfeksiyon hastalıkları kliniğine yatırıldı. Öyküsünde ateş yüksekliğinin 2 aydır devam ettiği ve geceleri daha sık olduğu, karın şişliğinin ise giderek arttığı öğrenildi. Hastanın hayvancılık ile uğraştığı ve kırsal kesimde yaşadığı öğrenildi. Hasta son 2 ay içerisinde yaklaşık 4 kg kilo kaybettiği bilgisini verdi. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu. Yapılan fizik muayenesinde genel durum iyi, bilinç açık koopere ve oryante idi. Ateş: 38 derece, Nabız: 92 / dk, TA: 130/80 mmHg, Solunum sayısı: 14/dk bulundu. Sağ akciğer yarısında solunum sesleri azalmıştı ve bazalde ralleri mevcuttu. Batında distansiyon izlendi. Posterior-anterior akciğer grafisinde sağda daha belirgin olmak üzere bilateral pleval effüzyon tespit edildi. Batın USG’ de yaygın serbest mayi (asit) tespit edildi. WBC: 2600 K/uL, Neu: 1600 K/uL, Hb:10.5g/dl, Htc: %32.2, Plt: 339.000 K/uL idi. Periferik kan yaymasında nötrofil: %64, lenfosit: %28, monosit: %8 olup atipik hücre görülmedi. Rutin biyokimyası albumin düşüklüğü (2.2g/dL) dışında normal idi. Sedimentasyon 1. saat 42, CRP: 100 mg/L idi. Rose Bengal aglütinasyon testi negatifti. HbsAg, Anti-Hbs ve Anti-HCV negatifti. CA 125 yüksek (783.5 U/ml) saptandı. Hastaya USG eşliğinde parasentez yapıldı. Asit sıvısı LDH: 548, asit sıvısı albumin: 2,2 ve asit sıvısı glukoz:50 olarak tespit edildi. Serum asit

albumin gradienti <1.1 idi. Parasentez mayi eksuda olarak değerlendirildi. Parasentez mayi hücre sayısı: 180 idi. Parasentez mayisinde ARB negatifti. Parasentez mayi kültüründe üreme olmadı. Parasentez mayisinde çalışılan mikobakter PCR negatif olarak değerlendirildi. Hastanın takiplerinde 38.5 °C’ye ulaşan ateşi oldu. Kan, idrar ve boğaz kültürleri negatif idi ve antibiyotik tedavisi başlanmadı. Çekilen tüm batın bilgisayarlı tomografide batında yaygın asit, batın ön duvarında peritonun kalın, düzensiz ve yer yer nodüler lezyonlar içerdiği saptandı. Akciğer sahalarında sağda 64 mm solda ise 18 mm derinliğe ulaşan pleval effüzyon izlendi. Kadın hastalıkları ve doğum kliniğinden istenen konsültasyon sonucunda yapılan transabdominal USG’de uterus 81x35x51 mm, endometrium 9.4 mm, miyometrium homojen görünümde, sağ over 52x17 mm, sol adneksiyal alanda overle uyumlu bölgede düzensiz sınırlı 92x60 mm heterojen ekojeniteli kistik ve solid alanlar içeren kitle lezyonu ve batında yaygın asit izlenmesi üzerine pelvik MR çekilmesi önerildi. Pelvik MR ‘da sol adneksiyal bölgede 30 mm ve 15 mm boyutunda iki adet kist ve tarif edilen kistlerin komşuluğunda mezenterik yapıların kalınlaşmış olduğu, olası over tümörü veya mezenkimal tümörün ekarte edilemediği rapor edildi. Tekrar istenen kadın hastalıkları ve doğum konsültasyonu sonucu hastanın adneksiyel kitle, asit etiolojisi? over ca? ön tanıları ile jinekolojik onkoloji birimince değerlendirilmesi uygun görüldü.

Hastaya over kanseri ve tüberküloz peritonit ön tanılarıyla eksploratif laparotomi yapıldı; Laparotomide eksuda görünümlü asitin yanı sıra visseral ve parietal periton yüzeylerinde multipl beyaz “milier nodüller”, peritoneal ve omental kalınlaşma saptandı. Operasyon sırasında alınan periton biyopsi frozen sonucu tüberküloz ile uyumlu idi. Bunun üzerine hastaya izoniazid 300 mg/gün, rifampisin 600 mg/gün, pirazinamid 1500mg/gün, etambutol 1500 mg/gün şeklinde anti tüberküloz tedavi başlandı. Anti tüberküloz tedavi sonrası 1. ayda yapılan kontrolde hastanın klinik semptomlarının düzeldiği ve CA 125 düzeyinde belirgin düşüş (783.5’den, 438’e) olduğu saptandı.

TARTIŞMA

Gelişmekte olan ülkelerin önemli sağlık problemlerinden birisi olan tüberküloz, giderek gelişmiş ülkelerin de sağlık problemi olmaya başlamıştır. AIDS gibi immün yetmezlik yapan hastalıkların yaygınlaşması ve gelişmekte olan ülkelere göçler, gelişmiş ülkelere de tüberküloz insidansında artışa neden olmaktadır (9,10).

Özgül olmayan ve değişken klinik bulguları nedeniyle, tüberküloz peritonit, batın hastalıklarının ayırıcı tanısında gözden kaçabilmektedir (6). Sık görülen semptomlar ateş, karın ağrısı, karında

gerginlik hissi, zayıflama ve halsizliktir (11-14). Hastamızın şikayetleri de bunlara benzerdi.

Periton sıvısında ARB yayma ve kültür pozitifliği saptama oranı düşüktür. 1000 cc asit sıvısı kültüre ekildiğinde pozitiflik oranının %80'e ulaşabileceği bildirilmiştir (11-13). Olgudan alınan asit sıvısında ARB bakılmasına ve kültür yapılmasına rağmen her iki yöntemle de sonuç alınmamıştır. Ayrıca kültür sonuçlarının 2 ay gibi çok uzun sürede sonuç vermesi nedeniyle hastanın tedavisi yönünden pratik uygulamadaki değeri sınırlıdır.

Uzunköy ve arkadaşları peritoneal Tüberküloz saptadıkları 11 hastadan alınan asit mayi örneklerinin hepsinde PCR tetkik sonucunu pozitif bulmuşlardır (14). Yayınlanan çalışmalarda ARB ve kültür pozitif örneklerin %88-95'inde, fakat ARB negatif, kültür pozitif örneklerin yalnızca %57-71'inde PCR pozitifliği saptanmıştır. PCR'in çok duyarlı bir test olması, kolayca kontamine olmasına yol açmakta sonuçta da yanlış pozitif sonuçlar oluşabilmektedir (15). Hastadan aldığımız parasentez mayisinin PCR tetkiki Tüberküloz açısından negatif idi. PCR testimizin negatif sonuçlanmış olması testin laboratuvar duyarlılığı ile ilgili olabilir.

Tüberküloz peritonitli bazı hastalarda serum CA 125 düzeyinin yükseldiği ve tedaviden sonra normale döndüğü belirtilmektedir (11). Tüberküloz peritonit, bu yönüyle over kanserini taklit edebilmektedir. CA 125 over kanserine spesifik bir marker değildir. Çölemik epitelyum'dan (endoserviks, endometrium, fallop tüpü) ve mesotelyal hücreler (plevra, perikard, periton)'den üretilir. CA 125 seviyesi endometriozis, fibroidler, pelvik inflamatuvar hastalık gibi çölemik epiteli etkileyebilen birçok benign hastalıkta yükselmektedir (16). Laboratuvarımızın CA 125 normal değeri 35 U/ml'nin altındadır. Olgumuzda yüksek CA 125 değeri (783.5 U/ml) ve radyolojik

muayenede asite eşlik eden adneksiyel kitle nedenli overyan malignansinin dışlanması gerekmektedir. Mizuane ve arkadaşları ise USG eşliğinde periton biyopsisinin tüberküloz peritonit tanısında güvenli ve rahat uygulanabilir bir yöntem olduğunu belirtmektedir (17). Panoskaltis ve arkadaşları Tüberküloz peritonit ile over Ca'nın ayırıcı tanısında laparotomi önerirken, Wang ve Yuan ise parasentez ile sonuç alınmadığında tanı için laparoskopinin kullanılmasını önermişlerdir (18,19). Verspyck ve arkadaşları laparoskopik periton biyopsisi ile %75-85 oranında tanı konulabileceğini, böylece laparotominin morbiditesinden kaçınılabileceğini belirtmektedir (11). Ancak özellikle dens intestinal adezyonları olan olgularda laparoskopi sırasında umbilikal Verres iğnesi veya direkt trokar girişi barsak laserasyonuna neden olabilir. Bunun yanısıra frozen patoloji sonucu malignansi ile uyumlu geldiği takdirde işlemi gerçekleştiren ekibin evreleme cerrahisine geçmesi gerekebilir. Cerrahi işlem öncesinde bahsi geçen olası senaryolar hakkında aileye bilgi verilip, aileden alınan onamın sınırlarına göre yapılacak cerrahi işlemin türü belirlenmelidir. Bizim olgumuzda aile onamı doğrultusunda eksploratif laparotomi yapılmış ve alınan periton biyopsisi sonucunda tüberküloz tanısı konulmuştur.

Sonuç olarak, Türkiye gibi tüberkülozun endemik olduğu bölgelerde ateş, karın şişliği, halsizlik, kilo kaybı ve asit gibi şikâyetlerle gelen, ayrıca şüpheli CA 125 yüksekliği saptanan hastalarda ayırıcı tanıda tüberküloz peritonit akılda tutulmalıdır. Parasentez mayi tüberküloz açısından da biyokimyasal ve mikrobiyolojik olarak incelenmelidir. Tanıda şüphenin giderilemediği olgularda sırasıyla USG eşliğinde perkutan periton biyopsisi alınabileceği gibi, laparoskopiyle ya da gerektiğinde laparotomiyle cerrahi eksplorasyon sırasında periton biyopsisi alınabilir.

KAYNAKLAR

1. Ozkara S. Tüberkülozda Güncel Durum. XXXVI. Ulusal Hematoloji Kongresi. 3-7 Kasım 2010, Belek, Antalya.
2. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı. Türkiye'de Verem Savaşı 2010 Raporu. Ankara: Başak Matbaacılık, 2010.
3. Lantheaume S, Soler S, Issartel B et al. Peritoneal tuberculosis simulating advanced ovarian carcinoma: a case report. *Gynecol Obstet Fertil* 2003; 31(7-8): 624-626.
4. Julien TMY. Miscellaneous diseases of the peritoneum & mesentery. In: Friedman SL, McQuaid KR, Grendell JH, eds. *Current Diagnosis & Treatment in Gastroenterology*, 2nd ed. New York: McGraw-Hill Companies; 2003:166-173.
5. Ilgazlı A, Boyacı H, Basyigit I, Yıldız F. Extrapulmonary tuberculosis: Clinical and epidemiologic spectrum of 636 cases. *Arch Med Res* 2004;35(5):435-441.
6. Bozer M, Coskun A, Düzgün SA, Karaoglanoglu M. Abdominal tüberküloz ve klinik sunumları. *MN Klinik Bilimler & Doktor Cerrahi Tıp Bilimleri Dergisi* 2001;7(2):194-197.
7. Geisler JP, Crook DE, Geisler HE et al. The great imitator: miliary peritoneal tuberculosis mimicking stage III ovarian carcinoma. *Eur J Obstet Gynecol* 2000; 21(2): 115-116.

8. Piura B, Rabinovich A, Leron E, Yanai-Inbar I, Mazor M. Peritoneal tuberculosis mimicking ovarian carcinoma with ascites and elevated serum CA 25: case report and review of literature. *Eur J Obstet Gynecol* 2002; 23(2): 120-122.
9. Marshall JB. Tuberculosis of the gastrointestinal tract and peritoneum. *Am J Gastroenterol* 1993;88(7):989-999.
10. Sharma SK, Mohan A. Extrapulmonary tuberculosis. *Indian J Med Res* 2004;120(4):316-353
11. Verspyck E, Struder C, Wendum D, et al. Peritoneal tuberculosis. *Ann Chir.* 1997;51(4):375-378
12. Wittman DH. Intra-abdominal Infections. Pathophysiology and Treatment. Classification systems for peritonitis. New York: Madison, 1991;43-44.
13. Lam KN, Rajasoorya C, Mah PK, Tan D. Diagnosis of tuberculous peritonitis. *Singapore Med J* 1999; 40(9):601-614.
14. Uzunkoy A, Harma M, Harma M. Diagnosis of abdominal tuberculosis: Experience from 11 cases and review of the literature. *World J Gastroenterol* 2004;10(24):3647-3549.
15. Kasımoğlu Ö. Tüberküloz tanısında yeni gelişmeler. Anđ Ö, Uzun M. Tüberküloz, tanı, direnç, tedavi. *Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Yayını* 1996;26: 11-15.
16. Berek JS, Hacker NF. Tumor Markers and Screening (chapter 7). *Berek & Hackers Gynecologic Oncology*. Fifth edition. Philadelphia: Lippincot&Wilkins, 2010:233-237.
17. Mizunoe S, Morinaga R, Umeki K, et al: A case of tuberculous peritonitis diagnosed by ultrasonography-guide peritoneal biopsy. *Kansenshogaku Zasshi.* 2000;74(7):589-593.
18. Panoskaltis TA, Moore DA, Haidopoulos DA, McIndoe AG. Tuberculous peritonitis: Part of the differential diagnosis in ovarian cancer. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;182(3):740-742.
19. Wang PH, Yuan CC. Tuberculous peritonitis. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;184(2):250-251.