

ÇOCUKLUK YAŞ GRUBUNDA ABDOMINAL VE RENAL TUBERKÜLOZ

ABDOMINAL AND RENAL TUBERCULOSIS IN CHILDHOOD

Dr. A. Öner, Dr.G. Demircan, Dr. O. Pekuz, Dr. A. Akçayöz, Dr. N. Ecin

Dr.Sami Ulus Çocuk Hastanesi Nefroloji, Patoloji ve Radyoloji Üniteleri, ANKARA

ÖZET

Ekstrapulmoner tüberküloz çocukluk yaş grubunda nadir olarak görülmektedir. Bu vaka takdiminde ateş, jeneralize ödem, makroskopik hematüri, proteinüri ve radyolojik olarak septalar içeren peritonit tablosu ile incelenen ve klinik ve laboratuvar bulguları ile abdominal ve renal tüberküloz tanısı olan 11 yaşında bir kız hasta sunulmaktadır. Antitüberküloz tedaviye çok iyi cevap alınmış ve hayat kurtarıcı olması nedeniyle erken tedavinin önemi vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Renal tüberküloz, Abdominal tüberküloz, Erken antitüberküloz tedavi.

GİRİŞ

Ekstrapulmoner tüberküloz (Tbc) çocukluk yaş grubunda sık görülmemektedir (1). Şimdiye kadar yayınlanan en fazla sayıda hasta grubunu içeren bir çalışmada 3942 ekstrapulmoner Tbc'lu hastanın sadece % 7.7'si 0-14 yaş arasında bulunmuştur (2). Çocuklarda en sık tutulan akciğer dışı bölgeler lenf bezi, plevra ve santral sinir sistemidir (1, 3). Abdominal ve üriner sistem (ÜS) Tbc'u ise 14 yaşın altında oldukça nadir görülmektedir (2-7).

Burada klinik ve laboratuvar olarak Tbc tanısı alan, periton, karaciğer ve ÜS tutulumu olan ve anti-Tbc tedaviye iyi cevap veren 11 yaşındaki bir hasta klinik tanısı ve erken tedavinin önemini vurgulamak amacıyla takdim edilmiştir.

OLGU SUNUMU

On bir yaşında kız hasta, 5-6 aydır devam eden halsizlik, yorgunluk ve 15 günden beri süren ateş, kilo kaybı, tüm vücudunda şişlik, kanlı ve ağrılı idrar yapma ve yan ağrısı şikayetleri ile hastaneye kaldırıldı.

Fizik incelemesinde büyüme ve gelişmesi normal, ateş: 38,3 °C, vital bulguları stabil, genel durumu orta, soluk ve halsiz görümlü, sağ alt ve orta bölgede ak-

SUMMARY

Extrapulmonary tuberculosis is rarely seen in childhood. We present all- year-old girl diagnosed (by clinical and laboratory criteria) as suffering from abdominal and renal tuberculosis after being evaluated for fever, generalized edema, macroscopic hematuria, proteinuria and peritonitis demonstrating septa. The patient responded well to antituberculosis therapy. The life saving importance of early treatment in extra pulmonary tuberculosis is emphasized.

Key Word: Renal tuberculosis, Abdominal tuberculosis, Early antituberculosis therapy.

ciğer sesleri azalmış, batında asit ve pretibial ödem mevcut, karn cildinde kollateral venler belirgindi.

Laboratuvar incelemesinde: Hb 12,6 gr/dl, beyaz küre sayımı 15400/mm³, periferik kan yaymasında nötrofil hakimiyeti ve sola kayma mevcut, eritrosit sedimentasyon hızı (ESH). 60 mm/ saat idi. Kemik iliği aspirasyonunda myeloid seride artma tesbit edildi, malignite bulgusu gözlenmedi, idrar tetkikinde makroskopik hematüri ve proteinüri (850 mg/m²/gün) saptandı. Kan üre azotu (BUN): 30 mg / di (10.71 mmol / L), serum kreatinin : 2.4 mg/dl (212.6 mmol/L), total protein: 4.2 gr/dl, albumin: 2,8 gr/dl, kan elektrolitleri ve karaciğer fonksiyon testleri normal bulundu. Komplemanın 3. komponenti (C3):26 mg/dl (1), ANA: (-), anti DNA: normal bulundu. Periton sıvısı incelenmesinde:hücre sayısı 2500/ mm³ (% 95 nötrofil), Protein 2200 mg /di, şeker 63 mg/dl bulundu. Sıvının sitopatolojik incelenmesinde malign hücre gözlenmedi. Hepatit B, Salmonella ve Brucella enfeksiyonları için yapılan serolojik testler normal bulundu. Boğaz, kemik iliği ve 4 kez tekrarlanan idrar, gaita, periton sıvısı ve kan kültürlerinde patojen mikroorganizma üremedi.Üç kez tekrarlanan idrar, açlık mide suyu ve periton sıvılarında direk inceleme ve kültürlerde Tbc basili tesbit

edilemedi. Hastanın PPD'si negatif bulundu. Aile taramasında Tbc saptanmadı.

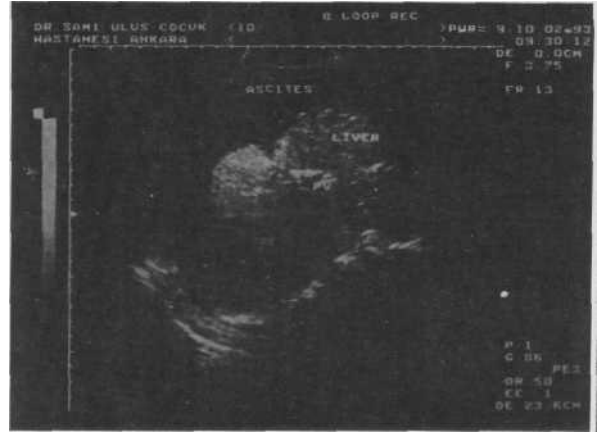
Akciğer grafisinde sağ alt zonda plevral effüzyon, intravenöz pyelogramda (İVP) sağ böbrekte pelvikalsiyel yapılarda küntleşme ve genişleme saptandı (Şekil 1). Pelvik ultrasonografisi normal olan hastanın ab-



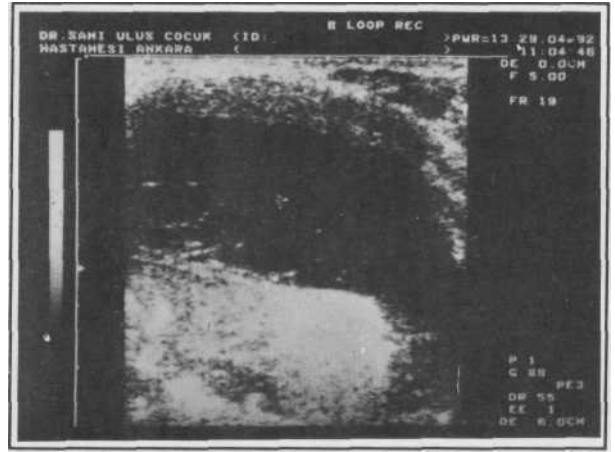
Şekil 1. intra venöz pyelogram

dominal ultrasonografisinde splenomegali, normalde büyük ve pelvikalsiyel sisteminde dilatasyon olan sağ böbrek, septalar içeren yaygın asit ve kaba nodüler yapı gösteren karaciğer parankimi tesbit edildi (Şekil 2, 3). Abdominal kompüterize tomografide peritonda septalar ve karaciğerde hipodens alanlar saptandı. Tc-99m DMSA ile yapılan renal sintigrafide her iki renal pelviste dilatasyon, her iki üst polde renal parankimal hasar saptandı. Ekokardiyografide minimal perikardiyal effüzyon mevcut idi.

Hastaya destekleyici tedavinin yanı sıra geniş spektrumlu ve ikili parenteral antibiyotik tedavisi başlandı. Tedavinin 5.gününde bulgularında hiçbir değişiklik olmaması üzerine klinik ve radyolojik olarak abdominal ve renal Tbc düşünülerek anti Tbc tedavi (rifampisin, izoniasid ve prednizolon) başlandı. Bu dönemde hastanın klinik durumu uygun olmadığından



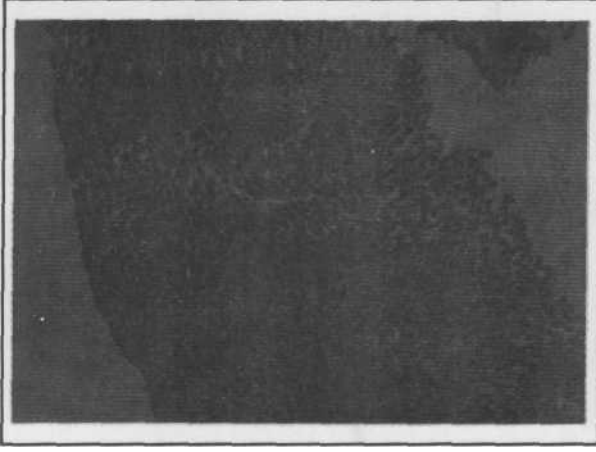
Şekil 2. Abdominal Ultrasonografi



Şekil 3. Abdominal Ultrasonografi

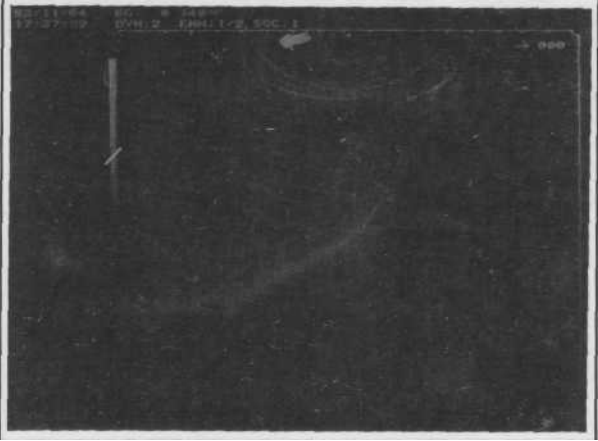
doku tanısı için böbrek veya peritondan örnek alınmadı. Anti-Tbc tedavinin 3. gününde hastanın sanlığına çıkması ve karaciğer transaminazlarının yükselmesi üzerine hepatotoksik etkileri nedeniyle rifampisin ve izoniasid kesilerek etambutol, pirazinamid ve streptomisin başlandı. Anti-Tbc tedavi ile hastanın ateşleri 20 gün daha devam ettikten sonra normale döndü, asidi giderek azaldı. Birinci ayın sonunda streptomisin ve prednizolon kesildi. İkinci ayın sonunda hastanın ödemleri kayboldu, proteinürisi azaldı (280 mg/m²/gün), makroskopik hematürisi düzeldi, mikroskopik hematüri devam etti, böbrek ve karaciğer fonksiyonları, FSH, CRP ve serum kompleman düzeyleri normale döndü. Beşinci ay sonunda asit tamamen kayboldu, hematüri ve proteinüri düzeldi. Tedavinin daha sonraki bölümünü planlamak ve prognozunu belirlemek amacıyla bu dönemde hastaya laparoskopi ile karaciğer biyopsisi yapıldı. Makroskopik olarak nodüler yapısı olan karaciğerin histopatolojik incelenmesi normal bu-

lundu (Şekil 4). Etambutol ve pirazinamid ile hastanın



Şekil 4. Karaciğerin Histopatolojik incelemesi

tedavisine devam edildi. Tedavisinin 1 yılda tamamlanması planlanan hasta halen 8. ayında ve genel durumu iyi olarak takip edilmektedir. En son yapılan abdominal ultrasonografisinde karaciğerdeki nodüler yapı kaybolmuş, kaba granüler görünüm gelişmiş (Şekil 5), her iki böbrek normal büyüklükte saptanmış olup kaliks uçlarında minimal fibrotik değişimler izlenmiştir.



Şekil 5. Abdominal Ultrasonografi

TARTIŞMA

Ekstrapulmoner Tbc, klinik bulguları birçok hastalıkla benzerlik gösterdiği için tanı yönünden problem oluşturmaktadır. Kesin tanı Tbc basili üretilmesi ile konulmaktadır. Ancak kültürlerde basili üretme şansı değişik serilerde % 0-60 arasında değişmekte ve çok uzun sürede sonuç alınabilmektedir (3, 8). Tbc enfeksiyonu kanıtlanmış vakalarda PPD pozitifliği ise % 45-77 arasında değişmektedir (3, 8, 9). Alvarez ve arkadaşlarının yayınladığı (3) 136 vakalık ekstrapulmoner

Tbc serisinde kültürde üreme olmadığı takdirde diğer tanı kriterlerinden ikisinin birarada olması tanı için yeterli kabul edilmiştir. Biyopsi veya nekropsi materyalinde kazefikasyon veya Tbc basilinin gösterilmesi, akciğer grafisinde milier görünümün bulunması, klinik bulgular ve bu bulguların tedavi ile düzelmesi kriter olarak alınmıştır. Hastaların tedaviye verdikleri iyi cevap da birçok çalışmada tanı kriterleri olarak kabul edilmiştir (8,9). Tanıda bir yardımcı kriter de septalar içeren asidin gözlenmesidir (10). Tedavi edilmediği takdirde Tbc peritonitte mortalite riski çok yüksek (% 50-60) olup bu oran tedavi ile % 5-7 'ye düşürülebilmektedir (3, 8,9). Hastamızda şikayetlerinin uzun süre devam etmesi non spesifik antibiyotik tedavisine cevap alınmaması, abdominal ultrasonografide septalı asit ve tVP'de kalikslerde destrüksiyon bulgularının saptanması ile periton ve böbreği tutan bir Tbc enfeksiyonu düşünülmektedir. Tedaviye alınan çok iyi cevap tanıyı doğruladı. Başlangıçta verilen geniş spektrumlu antibiyotik tedavisine cevap alınmamış olması, kullanılan anti-Tbc ilaçların çok dar spektrumlu olması ve iyileşmenin uzun sürede ortaya çıkması tedavi sırasında tesadüfen iyileşmiş nonspesifik enfeksiyon olasılığını ortadan kaldırmaktadır. Bir ay süre ile verilen prednizolonun ise gözden kaçmış bir malignite veya henüz bulgu vermemiş bir kollagen doku hastalığını baskılamış olması iyileşmenin ilaç kesildikten sonraki aylarda da devam etmesi nedeniyle mümkün görülmemektedir.

Hastamızın karaciğerinde radyolojik olarak nodüler görünüm nedeniyle tanı ve prognozunu belirlemek amacıyla laparoskopi altında karaciğer biyopsisi yapıldı ve histopatolojik incelemesi normal bulunarak bu nodüler görünümün siroza bağlı olmadığı saptandı. Literatürde de belirtildiği gibi nodüler görünüme sebep olabilecek karaciğer Tbc'unda açık biyopsi ile bile kazefikasyon nekrozunun gösterilme şansının çok düşük olduğu göz önüne alınacak olursa hastamızda peritonitin yanı sıra karaciğer Tbc'unun varlığı kuvvetle muhtemeldir (3,1).

Tüberküloz enfeksiyonu sırasında böbrekler direkt basilin invazyonu sonucu tutulabileceği gibi kronik antijenemiye bağlı immün kompleks nefriti veya sekonder amiloidoz da gelişebilir (12,13). Disüri, yan ağrısı ve makroskopik hematüri ile birlikte böbreklerde radyolojik olarak destrüksiyon bulgularının olması ilk bakışta basilin direkt invazyonunu düşündürmekle birlikte hastada hipokomplementinin varlığı ve enfeksiyonun tedavisi sırasında diğer renal bulgulara paralel ola-

rak komplemanların normale dönmesi immünolojik hasar olasılığını da mümkün kılmaktadır. Ancak renal patolojinin aydınlatılması için doku tanısı gereklidir. Hastanın akut dönemde genel durumu uygun olmadığından, takibi sırasında ise renal bulgular düzeldiğinden biyopsi yapılmadı.

Sonuç olarak hastamızda periton, böbrek ve muhtemelen karaciğeri de tutan Tbc enfeksiyonunun anti-Tbc tedaviyle iyileştiği gösterildi ve bu vaka ile, kesin tanısı konulmasa da şüphe edildiği takdirde tedaviye başlamanın önemi ve mortalitesi çok yüksek olan Tbc peritonitte erken tedavinin hayat kurtarıcı olduğu vurgulanmak istendi.

KAYNAKLAR

1. Hombergh JVD, Gebhard AC, Voorhoeve HWA. Tuberculosis in children. Treatment evaluation and results in a 5 year cohort of children with tuberculosis in Turiani hospital, Tanzania. East African Medical Journal 1991;68: 686-693.
2. Rieder HL, Snider DE, Cauthen GM. Extrapulmonary tuberculosis in the United States. Am Rev Respir Dis 1990;141:347-351.
3. Alvarez S, Me Cabe WR. Extrapulmonary tuberculosis revisited: A review of experience at Boston City and other hospitals. Medicine, 1984; 63: 25-55.
4. Manohar A, Simjee AE, Haffjee AAA et al. Symptoms and investigative findings in 145 patients with tuberculous peritonitis diagnosed by peritoneoscopy and biopsy over a five year period. Gut 1990; 31:1130-1132.
5. Aston N, Dß Costa AM. Abdominal tuberculosis. BJCP 1990; 44: 58-61.
6. Gökalp A, Gültekin EY, Özdamar S. Genitourinary tuberculosis: a review of 83 cases. BJCP 1990; 44: 599-600.
7. Bass A, Nussinowitz N, Dolev E. Changing pattern of renal tuberculosis in Israel over, 30 years. Isr J Med Sci 1991;27:100-102.
8. Aguada JM, Pons F, Casafont F et al. Tuberculous peritonitis : A study Comparing cirrhotic and noncirrhotic patients. J Clin Gastroenterol 1990; 12: 550-554.
9. Menzies RI, Alsen H, Fitzgerald JM et al. Tuberculous peritonitis in Leshoto. Tubercle 1986; 67: 47-54.
10. Lee DH, Lim Jh, Ko YT et al. Sonographic findings in tuberculous peritonitis of wet ascitis type. Clin Radiol 1991;44:306-310.
11. Oliva A, Duarte B, Janasson O et al. The nodular form of local hepatic tuberculosis. J Clin Gastroenterol 1990; 12: 166-173.
12. Morgan SH, Eastwood JB, Baker LRI. Tuberculous interstitial nephritis the tip of an iceberg. Tubercle 1990; 71:56.
13. Shribman JH, Eastwood JB, Uff J. Immune complex nephritis complicating miliary tuberculosis. Br Med J 1983; 287: 1593-1594.