

İzole Mikronodüler Hepatosplenik Tüberküloz

Dr. M. Enver DOLAR, Dr. Mahmut ÖZTÜRK, Dr. M. GÜLTEN,
Dr. S. Giray NAK, Dr. Faruk MEMİK

Özet: Gastrointestinal tüberküloz olgularının içinde hepatik ve splenik tutulum oldukça nadir görülür. Hepatik ve splenik tutulum sıklıkla milier tüberkülozun bir parçası olarak görülmesine rağmen hepatik ve splenik tutulumun major klinik tabloyu oluşturması mutad değildir. Bu nedenle kliniğimizde izlediğimiz ve tanı koyduğumuz hepatik tutulumun ön planda olduğu bu ilginç olguyu literatür bilgileri ışığında takdim ediyoruz.

Anahtar kelimeler: Abdominal tüberküloz, hepatik ve splenik tutulum.

Abdominal tüberküloz olgularının önemli kısmını genitoüriner sistem tüberkülozu ve daha az bir kısmında gastrointestinal tüberküloz olguları oluşturur. Gastrointestinal tüberküloz olgularının içinde de hepatik ve splenik tutulum oldukça nadir görülür (1-4). Hepatik ve splenik tutulum sıklıkla milier tüberkülozun bir parçası olarak görülmesine rağmen hepatik ve splenik tutulumun major klinik tabloyu oluşturması mutad değildir. Bu nedenle kliniğimizde izlediğimiz ve tanı koyduğumuz hepatik tutulumun ön planda olduğu bu ilginç olguyu takdim ediyoruz.

OLGU SUNUMU

Kırkbir yaşında kadın hasta 2 ay öncesine kadar belirgin bir yakınması yokken halsizlik, ateş, terleme yakınmaları başlamış. Bu yakınmalarla kliniğimize başvuran hastanın yapılan muayenesinde, genel durumu orta, şuur açık, koopere ve oriyente idi. Ateş 37°C, nabız 82/dakika düzenli ve TA 120/80mmHg olup sistem muayenesinde hepatomegali dışında patolojik bulgu yoktu. Hepatomegali ve ateş nedeni ile araştırılmaya başlanan hastanın Hb 12gr/dL, Hct %37, Bk 5100/mm³, ESR 55mm/saat, alkalen fosfotaz 323 U/L (normal 41-132 U/L) sap-

Summary: ISOLATED TUBERCULOSIS OF THE LIVER AND SPLEEN

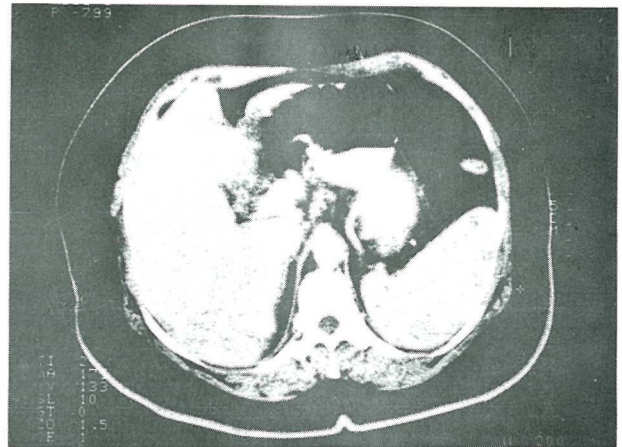
Hepatic and splenic involvement in miliary tuberculosis is frequent but usually not of major clinical consequence. Isolated tuberculosis of the liver and spleen is exceedingly rare. We were diagnosed and follow-up a case who had major clinical consequence of the hepatic involvement. Literature was reviewed and interesting case was presented.

Key words: Abdominal tuberculosis, hepatic and splenic involvement.

tandı. Periferik kan yayması, diğer kan biyokimya, idrar analizler normal bulundu. Yapılan protein elektroforezinde hafif hiper gammaglobulinemi %25.8 (normal %8-20) saptandı. Salmonella, Brucella ve Rose-Bengal aglütinasyon testleri negatif bulundu. Viral hepatit işaretleri, otoantikörler (ANA, AMA, SMA, RF) negatif idi. CRP pozitif bulundu. Balgam, idrar ve gaita kültürleri ile mükerrer kontrollerinde direkt yaymalarda asit rezistant basil (ARB) negatif idi. PPD 11mm olarak tesbit edildi. PA akciğer grafisi normal olarak değerlendirildi. Yapılan batın sonografisinde karaciğer kontürleri düzgün ve normalden büyük boyutlarda idi. Parankim ekosu heterojen ve dağınık küçük hiperekoik nodüler görünüm mevcuttu (Resim 1). Dalak kontürleri düzgün olup normal büyüklükte ve homojen eko yapısında idi. Safra kesesi, koledok ve intrahepatik safra yolları, pankreas, retroperiton, orta hat ve damarsal yapılar, her iki böbrek, uterus ve overler normal bulundu. İntraabdominal sıvı, kitle veya lenfadenopati saptanmadı. Bilgisayarlı batın tomografisinde; karaciğer normalden büyük ve parankim yapısı heterojen olup, kontrastlı çalışmada bu dağınık heterojenitenin daha belirgin olarak izlendiği tesbit edildi. Ayrıca dalak normal büyüklükte ancak parankim yaygın olarak heterojen olarak saptandı (Resim 2). Diğer yapılar normal olarak



Resim 1: Karaciğer parankimi ekosu heterojen ve içinde dağınık küçük hiperekoik nodüler görünüm mevcut.



Resim 2: Kontrastlı çalışmada, karaciğer ve dalağın parankim yapıları yaygın olarak heterojen olup içinde belirgin olarak dağınık küçük nodüllerin izlendiği görülmekte.

bulundu. Daha sonra karaciğerden yapılan iğne biyopsisinde; karaciğere ait doku parçalarının geniş ve fibrotik görünüşlü, portal alanlarında minimal kazeifikasyon nekrozu, Langhans tipi dev hücreler, epitelioid histiyositler ve lenfositlerden oluşan granümatöz odaklar olduğu saptandı. Ayrıca hepatositlerde hidropik ve yağlı dejenerasyon ile fokal nekroz alanları ve burarlarda lenfosit birikimi tesbit edilerek granülo-matöz hepatit (tüberküloz) olarak rapor edildi. Hastanın diğer sistemlerinde tüberkülozu klinik, laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri ile teyid edecek bulgu saptanamadı.

Bu bulgularla hasta izole hepatosplenik tüberküloz olarak kabul edildi ve INAH (300mg/gün) + Streptomisin (1gr/gün)+ Etembutol (1500mg/gün) tedavisi başlandı. 2 hafta sonra hastanın ateş, terleme ve halsizlik yakınmaları kayboldu. 1 ve 4 ay sonra yapılan kontrollerinde ultrasonografik olarak izlenen bulgular ve alkalen fosfotaz yüksekliği devam ediyordu. 4 hafta sonra tedaviden streptomisin kesilerek Morfozinamid (1500mg/gün) başlandı ve tedaviye bu kombinasyon ile devam edilmekte olup hasta halen takibimiz altındadır.

TARTIŞMA

Abdominal tüberküloz olguları sosyoekonomik düzeyi düşük, gelişmekte ve gerikalmış ülkelerde sıklıkla görülmekle beraber özellikle son on yılda Avrupa ve Kuzey Amerika ülkelerinde gö-

rülen olgu sayıları hızla artmaktadır. Bu durum özellikle AIDS olgularındaki görülme sıklığının artmış olmasına ve yüksek insidansa sahip ülkelerden batıya göç eden nüfusun artmasına bağlıdır (5).

Abdominal tüberküloz lezyonlarının; %65'i ileoçekal bölgede, %15-20'si periportal, perikaval ve peripankreatik yerleşimli lenfadenopati, %10'u kolonda, %2-3'ü jejunoleal, %1'i duodenojejunal, %1'i peritoneal olduğu ve ancak olguların %4'ünde hepatik tutulum olduğu bildirilmektedir(1). İzole hepatik tutulum oldukça nadirdir ve hepatik tutulumun klinik veya laboratuvar kanıtları her zaman yoktur veya siliktir (2-4). Karaciğerde tüberküloz lezyonlarının anatomopatolojik görünümleri; milier (veya mikronodüler), izole peudotümöral (veya makronodüler) ve perikanaliküler (veya kolestatik) olmak üzere üç çeşittir. Histolojik olarak görülen lezyonlar ise bir çalışmada; epitelioid kazeöz granüloma (%18), non-spesifik inflamatuvar infiltrasyon (%25), fokal Kuppfer hücre hiperplazisi (%11) ve yağlı değişiklikler (%8.5) olarak bildirilmektedir (6). Karaciğerdeki tüberküloz lezyonları muhtemelen barsaklardaki küçük tüberkül odaklarından veya paraaortik ve portal lenf nodlarından portal ven veya hepatik arter yolu ile tüberküloz basillerinin karaciğere ulaşması ile oluşmaktadır (2-4,7). Milier tüberküloz olgularının %30'unda alkalen fosfataz yüksekliği, %90'unda AST yüksekliği saptanır, genellikle bilirubin 2mg/dL üzerine

çıkma (8). Ayrıca serum albumininde hafif düşme (2-3mg/dL) ve globulinde artma (>3.5 mg/dL) olduğu bildirilmiştir (9). Karaciğer fonksiyon testlerinin normal veya bozuk olması, granülomların varlığına veya yokluğuna veya histopatolojik olarak tutulumun yaygınlığına işaret etmez (2). Klinik olarak hastalarda hepatomegali olabilir bu muhtemelen parankim içinde dağılmış çok sayıdaki granülomların varlığına bağlıdır. Daha önce tüberküloz hikayesinin olması tanıya yardımcı isede tanıda esas olan karaciğer biyopsisi ve tüberküloz basilinin izolasyonudur. Ancak gerek smear de gerekse kültürde tüberküloz ba-

silini göstermek güçtür ve hatta bazen imkansızdır (1,7). Karaciğer aspirasyon biyopsisinde, smear de, asit resistant basil gösterilebilmesi olguların %45'inde, kültürde üretilebilmesi %20'inde başarılabilmekte ve histolojik olarak olguların ancak %15'inde tüberküloz basili tanımlanabilmektedir (1).

Tüberküloz ülkemizde sık görülen bir hastalık olması nedeni ile nadir görülmesine rağmen ateş, terleme, halsizlik, hepatomegali, alkalin fosfataz yüksekliği ve mikronodüler görünüm arzeden olgularda izole hepatosplenik tüberküloz akla gelmelidir.

KAYNAKLAR

1. Radhika S, Rajwanski A, Kochkar R, et al. Abdominal tuberculosis. Diagnosis by fine needle aspiration cytology. *Acta Cytol.* 1993; 37: 673-8.
2. Frank BP, Raffensperger EC. Hepatic granulomata. *Arch Intern Med.* 1965; 115: 223-34.
3. Weir MR, Thorton GF. Extrapulmonary tuberculosis. Experience of a community hospital and review of the literature. *Am J Med.* 1985; 79: 467-78.
4. Gündoğdu H, Şenocak ME, Çağlar M, et al. Isolated hepatic granuloma, mimicking congenital simple cyst of the liver possibly caused by tuberculosis. *J Ped Surg,* 1992; 27: 1553-6.
5. Jajanthi V, Probert CS, Sher KS, et al. The renaissance of abdominal tuberculosis. *Dig Dis.* 1993; 11: 36-44.
6. Gupta S, Meena HS, Chopra R. Hepatic involvement in tuberculosis. *J Assoc Physicians India.* 1993; 41: 20-22.
7. Theoni RF, Margulis AR. Gastrointestinal tuberculosis. *Semin Roentgenol,* 1979; 14: 283-94.
8. Munt RW. Miliary tuberculosis in the chemotherapy era: with a clinical review in 69 American adults. *Medicine,* 1972; 51: 139-55.
9. Sahn SA, Neff TA. Miliary tuberculosis. *Am J med,* 1974; 56: 495-505.