

ABDOMİNAL TÜBERKÜLOZUN CERRAHİ TEDAVİ SONUÇLARI

THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT IN ABDOMINAL TUBERCULOSIS

Tuncay YILMAZLAR
Abdullah ZORLUOĞLU
Cengiz KARAGÖZ
Yılmaz ÖZEN
Halil BİLGEL
Burçin KUTLAY

SUMMARY

In this report of 17 cases of abdominal tuberculosis retrospectively which have had operation and postoperatively diagnosed and were collected from the eight year material of the Department of General Surgery of Uludağ University Medical Faculty has been evaluated. It was found that 12 (70.5%) of whom had urgent operation and only 3 (17.6%) of 17 cases could have suspected diagnosis of abdominal tuberculosis preoperatively.

Although it is very rarely seen in socially and economically developed countries, abdominal tuberculosis is still encountered in large numbers in developing countries and its incidence has been decreased in our country whereas it is occasionally seen and has been a problem in diagnostic approach.

(Key Words: Gastrointestinal, Tuberculous peritonitis)

ÖZET

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında 8 yıllık (1984 - 1991) süre içinde postoperatif patolojik tanısı konmuş 17 abdominal tüberküloz olgusu retrospektif olarak incelendi. Bunların 12'sine (% 70.5) acil girişim uygulandığı ve 17 olgudan ancak 3'ünün (% 17.6) ameliyat öncesi tanıda şüphelenildiği saptandı.

Sosyoekonomik düzeyi yüksek olan ülkelerde çok az rastlanmasına karşın gelişmekte olan ülkelerde halen çok sayıda görülen, ülkemizde ise insidansının azalmış olmasına rağmen zaman zaman karşımıza çıkan abdominal tüberküloz, tanısı yönünden sorun olmaya devam etmektedir.

(Anahtar Sözcükler: Gastrointestinal, Tüberküloz peritonit)

Genel Cerrahi Anabilim Dalı

(Prof Dr. B Kutlay, Prof. Dr. H Bilgel, Doç. Dr. A Zorluoğlu,
Op. Dr. T. Yılmazlar, Op. Dr. Y Özen, Dr. C Karagöz)
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Görükle-16059 BURSA

Yazışma : Op. Dr. T. Yılmazlar.

Tıbbi ve sosyal gelişmeler bir hastalığın yaygınlığını ve etkinliğini sıklıkla değiştirir. Belki de bunun tüberküloz kadar geçerli olduğu başka bir hastalık yoktur. Asırlar geçtikçe yalnız tedavi edilebilir değil, önlenilebilir bir hastalık haline gelmiştir. Tüberküloz tedavisindeki bu başarıya rağmen, zaman zaman dahi olsa bu hastalıkla karşılaşılması hastalığı tekrar irdelemeyi zorunlu kılmaktadır.

Batı ülkelerinde çok nadir görülen abdominal tüberküloz, ülkemizde az da olsa görülebilmektedir (1, 2, 3). Klinik belirtileri ile kesin tanısı zor olan, sonuçta laparotomi uygulanan ancak kesin tanısı konulduğunda kombine antitüberküloz tedaviye çok iyi yanıt veren bu hastalığı daha iyi tanıyabilmek için kliniğimizde ameliyat edilen 17 abdominal tüberküloz olgusunu incelemeyi yararlı gördük.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında 8 yıllık sürede (1984 - 1991) ameliyat edilmiş ve tanısı histopatolojik olarak kanıtlanmış 17 abdominal tüberküloz olgusu ele alınmıştır. Olgular yaş, cinsiyet dağılımı, başvuru semptomları, muayene bulguları, preoperatif tanı, ameliyat yöntemi, karındaki lokalizasyonu, morbidite ve mortalite açısından incelenmiş, preoperatif tanının oldukça zor konulduğu vurgulanmak istenmiştir.

SONUÇ VE BULGULAR

17 olgunun 10'u (% 59) kadın, 7'si (% 41) erkek olup, tüm olguların yaş ortalaması 35.9 (11 - 66)'dur.

Kliniğimize başvuran hastaların yakınmaları içerisinde karın ağrısı (% 82) en sık görülen semptomdur. Daha çok acil olgularda görülen şişkinlik (% 41) ve kusma (% 35) karın ağrısını takip etmektedir. (Tablo 1).

Tablo 1: Semptomlar

Semptomlar	Olgu Sayısı	%
Karın ağrısı	14	82
Şişkinlik	7	41
Kusma	6	35
İştahsızlık	6	35
Gaz-gayta çıkaramama	5	29
Kilo kaybı	3	17.6
Diyare	2	11.7
Gece terlemesi	2	11.7
Ateş	2	11.7
Sarılık	1	5.8

Hastaların özgeçmişinde yalnızca 2 olguda akciğer tüberkülozu saptandı. Olgularda saptanan bulgular ise; karında hassasiyet (13 olgu), distansiyon (9 olgu), radyolojik intestinal obstrüksiyon bulgusu (8 olgu), asit (4 olgu) ve karında kitle (2 olgu) olarak sıralanmaktadır (Tablo 2).

Tablo 2 : Fizik Muayene Bulgular

Bulgular	Sayı	%
Hassasiyet	13	76.4
Distansiyon	9	52.9
Asit	4	23.5
Palpabl kitle	2	11.7

İleus (8), gastrointestinal sistem perforasyonu (3) ve akut karın sendromu (1), toplam 12 olguda acil ameliyat endikasyonu tanılarını oluşturmaktadır (% 70.5) (Tablo 3). Diğer 5 olgu (% 29.5) elektif ameliyat endikasyonu taşıyan gruptur.

Ameliyatta, periton ve mezenter lenf bezlerinin 15 olguda tutulduğu saptandı (Tablo 4). İntestinal tüberküloz 15 olgu ile karşımıza çıktı ve bunun 8'i terminal ileuma aitti. Dalak ve karaciğer 2'şer olgu ile hastalığa iştirak etmişti.

Tablo 3 : Ameliyat Öncesi Tanılar

Tanı	Sayı
İleus	8
Perforasyon	3
Akut karın	1
Dalakta kitle	1
Karaciğer-Dalak Kist Hidatiği	1
Pankreas kisti	1
Hodkin Lenfoma	1
Mekanik İktar	1
Toplam	17

Tablo 4 : Hastalığın Karındaki Lokalizasyonu

Lokalizasyon	Sayı
Periton + Mezenter lenf bezi	15
Terminal ileum	8
İnce Barsak	7
Dalak	2
Karaciğer	2

Ameliyatta 10 olguya eksploratris laparotomi + biyopsi uygulandı (Tablo 5). Bunların 7'sine intestinal adezyonlardan dolayı bridektomi yapıldı. İnce barsak rezeksiyonu uygulanan 5 olgunun 4'ünde sınırlı bir segmentte birden fazla perforasyon saptandı. Diğer 1 olguda ise pasaja tama yakın obstrükte etmiş kısa aralıklı iki adet striktür mevcuttu. 2 olguya splenektomi uygulandı. Mekanik ikter ön tanısıyla ameliyat edilen bir olgumuzda ise hepatoduodenal ligamente bası yapan tüberküloz lenf adenit ve karaciğerde tüberküloz saptandı, postoperatif olarak başlayan antitüberkülo tedaviye iyi yanıt alındı, sarılığı süratle geriledi.

Tablo 5 : Uygulanan Operatif Girişimler

Girişim	Sayı
Exp. Laparotomi + Biyopsi (7'sine bridektomi)	10
İnce barsak rezeksiyonu	5
Splenektomi	2
Toplam	17

Olgular morbidite açısından incelendiğinde; 3 olguda yara enfeksiyonu ve 2 olguda akciğer enfeksiyonu şeklinde görüldü (Total % 17.6). Operatif mortalite ise sıfırdı.

Tüm olgularda ameliyat sonrası tanı, alınan biopsilerin histopatolojik incelenmesi ile doğrulandı ve olgular postoperatif erken dönemde kombine antitüberkülo tedaviye alındı.

TARTIŞMA

Abdominal tüberkülozun batı ülkelerinde insidansı oldukça düşük olmasına karşın, geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerde bu insidans yüksektir, ancak nadiren akciğer tüberkülozu ile birlikte olmaktadır (2, 4, 5, 6). Bizim olgularımızda radyolojik olarak aktif akciğer tüberküloz bulgusu saptanmadı.

Enfeksiyon, yutulan mikroorganizmanın

(M. Bovis) intestinal mukozaya direkt penetrasyonu ile olmaktadır (4, 7). Abdominal tüberküloz; barsaklardaki bir nüveden, mezenterik lenf ganglionlarından, overlerden yada hematojen yolla gelişebilir (8). Peritoneal tüberkülozun genellikle vücudun herhangi bir yerindeki bir odaktan sekonder geliştiği belirtilmiştir (9). Histopatolojik görünümünde; Langhans dev hücreleri ve santral kazeifikasyon nekrozu ile karakterize epiteloid hücre granülomları tipiktir (2). Tüm olgularımızda bu patolojik bulgular izlenmektedir.

Bu hastalık genç erişkinlerde yaygın olup, kadınlarda daha sık görülmektedir (1, 2, 6, 7, 10, 11, 12). Çalışmamızdaki 35.9 olan toplam yaş ortalaması ile kadın sayısının fazlalığı literatürle uyumludur.

En çok görülen semptomlar; karın ağrısı ve şişkinlik olarak belirtilmiştir (6, 7, 8, 10, 13, 14). Bizim serimizde de bu belirtiler % 82 ve % 41 ile ön sırada bulunmaktadır.

Çalışmamızda; % 76.4 oranında karında hassasiyet ve % 52.9 oranında saptanan distansiyonun en sık rastlanılan fizik muayene bulguları olduğu literatürde de belirtilmektedir (14). Manohar ve ark. (10) çalışmasında asit (% 95.2) en sık görülen fizik muayene bulgusudur. Çalışmamızda asit (% 23.5) ve karında palpabl kitlenin (% 11.7) ikincil bulgular olarak görülmesinin nedeni, olgularımızın daha çok akut olgular olmasından ve hastalığın komplikasyonlarından dolayı acil ameliyatı gerektirmesinden kaynaklanmaktadır.

Sedimentasyon, bu hastalıkta hemen her zaman artar (10, 15, 16). Çalışmamızı genelde acil hastalar oluşturduğundan hep sinde yapılamamıştır. Mantoux testi tanıda yardımcı olabilmektedir (10), ancak spesifik olmayıp hastalığın tanısını destekleyici niteliktedir (2).

Nonspesifik bir test olan asit mayinin incelenmesinde; sıvının eksuda (protein > 2.5 g/dl ve hücre > 250 /mm³) karakterinde olması tüberküloza işaret edebilmektedir (2, 10). Bir olgumuzda preoperatif dönemde tanı asit mayinin incelenmesi ile şüpheli olarak konulabilmiştir. Voigt ve ark. yapmış ol-

dukları çalışmada; asit mayiideki adenozin deaminaz aktivitesinin tüberkülozda % 96 oranında spesifik artış gösterdiği ve özellikle tüberkülozu diğer asit yapan nedenlerin ayırıcı tanısında oldukça değerli bir ölçüm olduğu belirtilmektedir (17).

Akciğer radyografisinde aktif ya da iyileşmiş tüberküloz bulguları tanıyı destekler (2, 6, 7). Özgeçmişinde akciğer tüberkülozu bulunan 2 olgunun grafisinde, tanıyı destekleyen geçirilmiş tüberküloz bulguları mevcuttu.

Olgularımızın % 47'sinde dilate ince barsak ansları, hava-sıvı seviyeleri ve asit ile karakterize intestinal obstrüksiyon bulguları, direkt abdominal radyografilerinde mevcuttu. Akciğer ve abdominal direkt grafilerden sonraki tetkik aşamasının özellikle ayırıcı tanıda ileoçekal bölgenin görüntülenmesi için baryumlu çalışmaların yapılması gerektiği ancak spesifik olmadığı belirtilmektedir (2, 14, 18).

Ayırıcı tanıda; ençok Crohn Hastalığı ve abdominal tümör ile karıştırılmaktadır (2, 7, 11). İnsülinoma nedeniyle yapılan bir laparotomide tesadüfen ortaya çıkarılmıştır (19). Periton ile ileoçekal bölge hastalığın en yaygın lokalizasyonlarıdır (2, 6, 7, 20). Çalışmamızda da periton (% 88) ve terminal ileumun (% 47) daha sık tutulduğu görülmektedir.

Abdominal tüberkülozun kesin tanısı, klinik, radyolojik ve diğer laboratuvar bulgularının belirleyici olmamasından dolayı gerçekten zordur (3,5,7,12,13). Aslında kesin tanı mikroorganizmanın dokuda ya da kültürlerinde elde edilip direkt mikroskopide görülmesiyle olmaktadır (4, 6, 7). Ancak organizmanın özelliği nedeni ile ortaya çıkarılmasının zorluğu bunu güçleştirmektedir.

Son zamanlarda laparoskopi ve kolonoskopi ile alınan biyopsilerin ayırıcı tanıyı kolaylaştıracağı düşüncesi yapılan çalışmalarla önem kazanmıştır (6, 10, 14, 21, 22).

Ancak hastalığın sık komplikasyonlarından olan barsak perforasyonu ve obstrüksiyonu görüldüğünde cerrahi girişim

kaçınılmaz olup tanı; laparotomi ile alınan biyopsilerle konulmaktadır (2, 7, 14). Nitekim olgularımızın % 70.5'i acil ameliyat gerektiren gecikmiş olgulardır.

Çalışmamızda laparotomi + biyopsi % 58.8 oranında tanı aracı olmuştur. Serimizde morbiditenin % 17.6, operatif mortalitenin de sıfır olduğu düşünülecek olursa, abdominal tüberkülozlu hastalarda laparotominin sakınılacak bir yöntem olmadığı anlaşılmaktadır.

Yıllar önce uygulanan by-pass (entero-enterostomi ve ileotransvers kolostomi) prosedürleri kör-ans sendromu, malabsorbsiyon ve tıkalı segmentin yeniden obstrüksiyonu yada perforasyonuna neden olduklarından artık terkedilmişlerdir (2). Önerilen yöntemler; striktüroplasti, sınırlı barsak rezeksiyonu ve perfore olgularda basit sütür şeklinde bildirilmektedir (23, 24). Operasyonda olgularımızın % 41'ine bridektomi, % 29.4'üne ince barsak rezeksiyonu ve uçuca anastomoz uygulanmıştır.

Ameliyat öncesinde sadece 3 olgunun (% 17.6) tüberküloz şüphesi taşıdığı görülmektedir. Bu olguların 1'inde asit mayiinin incelenmesiyle, diğer 2 olguda ise özgeçmişlerinde akciğer tüberkülozu olması ve abdominal tüberkülozda rastlanılan belirti ve bulguların çoğunun bulunması ile doğru teşhise yaklaşılmıştır.

Sonuç olarak; abdominal tüberküloz karşımıza daha çok komplikasyonlarına bağlı intestinal obstrüksiyon veya perforasyon şeklinde akut karın olarak çıkmaktadır. Geçirilmiş akciğer tüberküloz anamnezi oranı çok düşüktür. Bu nedenlerle pastörize olmayan süt tüketiminin yüksek olduğu ülkemizde intestinal obstrüksiyon ve perforasyon olgularında olası tanılar arasında abdominal tüberküloz da düşünülmelidir. Bu olguların komplikasyonlar ortaya çıkmadan tanınması ise problem olmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Kayabalı I, Baç B, Dikmen A, Keleşoğlu C, Akgün MY. Abdominal tüberküloz: 91 hastanın retrospektif olarak incelenmesi. *Ulusal Cerrahi Derg.* 1987; 3: 57-60.

2. Kapoor VK, SHarma LK. Abdominal tuberculosis. *Br J Surg*. 1988; 75: 2-3.
3. Karabıyıkoğlu A. Primer karaciğer tüberkülozu. *Hacettepe Tıp Cerr. Bült.* 1975; 8: 488-95.
4. Gorbach SL. Infectious Diarrhea. IN: *Gastrointestinal Disease* (ed. Sleisenger MH., Fordtran JS), Vol. 2, 4 th. edition, Philadelphia: WB Saunders Co; 1989: 1221-4.
5. Abel ME, Chiu YS, Russell TR, Volpe P. Gastrointestinal tuberculosis: report of four cases. *Dis Colon Rectum*. 1990; 33: 886-9.
6. Sarıtaş Ü, Sarıçam T, Müftüoğlu V, Uzun MR, Şahin T, Gören A, Onaran L. Abdominal tüberkülozis. *Türkiye Klinikleri Gastroenterohepatoloji Derg.* 1990; 1: 89-92.
7. Berilgen A. Gastro-intestinal tüberküloz. *Hacettepe Tıp Cerr. Bült.* 1975; 8: 414-35.
8. Mercan S, Özarmağan S, Titiz I, Avcı C, Eldenez U. Abdominal tüberküloz. *Ulusal Cerrahi Derg.* 1988; 4: 57-60.
9. Bettarello A, Polak M. Tuberculous peritonitis. *GI report*. 1987; 2: 1-7.
10. Manohar A, Simjee AE, Haffjee AA, Pettengell KE. Symptoms and investigative findings in 145 patients with tuberculous peritonitis diagnosed by peritoneoscopy and biopsy over a five year period. *Gut*. 1990; 31: 1130-2.
11. Jakubowski A, Elwood RK, Enarson DA. Clinical features of abdominal tuberculosis. *J Infect Dis*. 1988; 158: 687-92.
12. Hodgson TJ, Duncan JL, Rogers K. Tuberculosis: a surgical viewpoint. *Ann R Coll Surg Engl*. 1988; 70: 117-9.
13. Sanchez CL, Castro JN, Moreno OR, et al. Abdominal tuberculosis. *An Esp Pediatr*. 1988; 28: 569-72.
14. Danuser H, Mark G, Gartmann J, Ruedi T. Abdominal tuberculosis and open lung tuberculosis caused by mycobacterium bovis. *Schweiz Med Wochenschr*. 1989; 119: 467-72.
15. Dmeen P, Homan WP, Grafe WR. Tuberculous peritonitis: 43 years experience in diagnosis and treatment. *Ann Surg*. 1976; 184: 717-22.
16. Jacobs P. The haematology of tuberculosis. *S Afr Med J*. 1989; 75: 98-9.
17. Voigt MD, Kalvaria I, Trey C, Berman P, Lombard C, Kirsch RE. Diagnostic value of ascites adenosine deaminase in tuberculous peritonitis. *Lancet*. 1989; 8 (8641): 751-4.
18. Webeloff L, Novis BH, Bank S, Marks IN. The radiology of tuberculosis of the gastrointestinal tract. *Br J Radiol*. 1973; 46: 329.
19. Brooks M. Insulinoma and abdominal tuberculosis. *Scott Med J*. 1988; 33: 207-8.
20. Gilinsky HN, Marks IN, Kottler RE, Price SK. Abdominal tuberculosis: a 10-year review. *S Afr Med J*. 1983; 64: 849-57.
21. Koo J, Ho J, Ong GB. The value of colonoscopy in the diagnosis of ileocecal tuberculosis. *Endoscopy*. 1982; 14: 48-50.
22. Kalvaria I, Kottler RA, Marks IN. The role of colonoscopy in the diagnosis of tuberculosis. *J Clin Gastroenterol*. 1988; 10: 516-23.
23. Pujari BD. Modified surgical procedures in intestinal tuberculosis. *Br J Surg*. 1979; 66: 180-1.
24. Prakash A. Acute tuberculous perforation of the small intestine. *International Surgery*. 1975; 60: 397-8.

EDITÖRÜN NOTU :

Konuya ilişkin yerli literatür ilgilenenlere yardımcı olur umuduyla eklenmiştir.

1. Bölükoğlu M A, Peritonit tüberküloz tanısında laparoskopinin yeri, *Ege Tıp Fak Mec.* 1976; 15:763
2. Özdoğan F. Tüberküloz peritonit *Dirim* 1981; 56: 355
3. Gönül N. Tüberküloza bağlı dalak rüptörü olgusu *Dirim* 1981; 56: 328
4. Gürsu H. Karaciğer Tüberkülozu, *Ege Tıp Fak Derg.* 1982; 21: 1029
5. Özdedeli E. Mide tüberkülozu, *Ege Tıp Fak Derg.* 1983; 22: 189
6. Yılmaz R. Tüberküloz kökenli ileum intussusepsiyonu, *Ege Tıp Fak Derg.* 1983; 22: 165
7. Tekeşin O. Tüberküloz peritonite bağlı asitlerin PH's. *Ege Tıp Fak Derg.* 1989; 28: 1585
8. Tarcan E. Barsak Tüberkülozu. *Ank Hast Derg* 1983; 18: 233