

## GASTREKTOMİ SONRASI GELİŞMİŞ TÜBERKÜLOZ PERİTONİT (BİR OLGU NEDENİYLE)

Dr. Nihat OKÇU (x)  
Dr. Arif YILMAZ (xx)  
Dr. M. Celal APAYDIN (xxx)  
Dr. M. Zeki ALBAYRAK (xxxx)

### ÖZET :

*Tüberküloz peritonit, tüberkülozun sık görülen exrapulmoner bir formudur. Memleketimizde oldukça sık görülür. Raporlar exrpulmoner tüberkülozun, pulmoner tüberkülozda olduğu gibi hızlı bir şekilde azalmadığını göstermektedir. Bu yazımızda gastrektomiye takiben gelişmiş bir tüberküloz peritonit olgusunu sunarak literatürü gözden geçirdik.*

### GİRİŞ :

Tüberküloz vucutta hemen hemen her organı tutabilen değişik karakterde bir infeksiyon hastalığıdır. Extra pulmoner tüberküloz tüm tüberküloz vak'alarının 1/60'ını oluşturur (1). Akciğer tüberkülozu ile exrapulmoner tüberkülozun bir arada görülme sıklığı çeşitli serilerde %7 ile 72 arasında bildirilmiştir.(2-4).

Mide rezeksiyonu geçirmiş hastaları tüberküloza karşı artmış bir risk taşıdıkları bildirilmektedir(5).

Bu yazımızda mide kanseri nedeniyle mide rezeksiyonu geçirmiş daha sonra batında asit gelişmesi nedeniyle kersinomotoz peritonitis düşünülüp, ancak yapılan tetkikler sonucu periton tüberkülozu olduğu saptanan bir olgu sunulurak ilgili literatür gözden geçirildi.

---

(x) Atatürk Üniversitesi Tıp Fak. İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Öğretim Görevlisi (Uz. Dr.)  
(xx) Atatürk Üniversitesi Tıp Fak. İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi (Yard. Doç. Dr.)  
(xxx) Atatürk Üniversitesi Tıp Fak. İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi (Prof. Dr.)  
(xxxx) Atatürk Üniv. Tıp Fak. İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Araştırma Görevlisi (Dr.)

## **KLİNİK MATERYAL :**

**OLGU:** M.Ç. 63 yaşında, erkek

Protokol No: 1250 ve 5720, Başvuru tarihi 6.2.1990 ve 1.5.1990

**ŞİKİYETİ :** Karında şişme

**ÖYKÜ :** Yaklaşık 3-4 ay kadar önce kusma ve aşırı kilo kaybı nedeniyle Hastahaneğimiz Genel Cerrahi kliniğine müracet eden hastaya bu klinikte yapılan tetkikler ve mide duodenum grafisi sonucuda mide antrumunda kanser saptanarak ameliyat edilmiş, ameliyattan sonra iyileşmiş, kusması kaybolmuş, yemesi düzelmiş ancak son 1.5 aydan beri karında şişlik ve huzursuzluğu olmuş, karında şişliği gitgide artmış geceleri ateş ve terlemesi olmuş tekrar işahsızlık ve zayıflama başlamış.

Bu şikayetlerle kliniğimize başvuran hasta tetkik ve tedavi amacıyla yatırıldı.

**ÖZ VE SOY GEÇMİŞİ:** 10 yıl önce kendi ifadesi ile akciğerlerinden pus hastalığı geçirmiş ve tedavi görmüş bunun dışında önemli bir özellik tarif etmiyor

**FİZİK MUAYENE:** Hasta kaşektik görünümde, dil paslı ve kuru sol axillada 1x1 cm çapında sert ağrısız lenfadenopati, karında epigastriuma kadar varan yaygın matite (assit), karaciğer kot kenarını 5-6 cm geçiyor sert ağrısız ve ve üzeri düzgün, traube mesafesi kapalı, dalak ele gelmiyor.

## **LABORATUVAR BULGULARI :**

İdrar bulgularında bir özellik yok. Hematolojik bulgular: Hemoglobin: 12,5 gr. Lökosit: 6300 (formülde lenfosit % 45, parçalı % 48, monosit % 4), sedim 1. saat 45, 2. saat 112 mm. Kan biyokimyasında özellik yok. Kan ve idrarar kültürlerinde üreme yok. Gaytada gizli kan 1 müspet (beyaz diyetle). Assit mayi tetkikinde dansite 1020, rivalta 1 müspet, glukoz 106 mg, protein: 3.6 gr LDH 274 Ü, mikroskopik muayene : klass 11 (tümör negatif), mebzul lenfosit, 8-10 eritrosit. Assit mayi glikoz/kan glikozu: 0,906, assit mayide asidorezistans basil aranması : negatif, balgamda asidorezistans basil tetkiki müspet, PPD: 14 mm. Röntgenolojik çalışmada Tele: sağ hilusta konsolidasyon, sağ kostodiyafrenatik sinüs kapalı, sağ akciğer apeksi flu görünümde, aort topuzu belirgin, sağ akciğer orta zonlarda kalsifiye sekeller, mide duodenum grafisi: subtotal gastrektomi, gastro-ileostomi, anastomoz yerinden pasaj normal. Ultrasonografik tetkikte karaciğer, dalak ve böbrekler normal, safra kesesi duvarı kalınlaşmış, batında ileri derecede assit mevcut.

- Muayene, Laboratuvar ve röntgenolojik bulgulara dayanarak hastada
- mide kanseri(operé)
  - peritonitis karsinomatoza
  - tüberküloz peritonitis
  - akciğer tüberkülozu düşünöldü.

Hastanın mide kanserine bağlı olarak operasyon geçirmesi daha sonra batında assit gelişmesi bize herne kadar karsinomatoz peritonitisi düşündüirdü isede assitin defalarca tetkik edimesi bunun malign bir hadiseye değil tüberküloza bağlı bir assit birikimi olduğunu ortaya koydu. Gerek asitin patolojik tetkiki, gerek hastada mevcut eski tüberküloz hikayesi, teleradyografisi bulgusu ve balgam tetkikleri tanıyı kesinleştirdi.

Hastaya Etambutol, Rifambisin, İzoniazid üçlü antitüberküloz tedavisi yanında, mide kanseri nedeni ile kanser kemoterapisi başlandı (5-FU ile), hasta takibe alındı.

#### TARTIŞMA :

Gastrointestinal sistem ve periton, tüberkülozdan sık etkilenen organlardır. Periton tüberkülozunun en sık kaynağı mezenter lenf nodlarıdır. Ancak gastrointestinal sistemin veya genitoüriner sistemin ilerlemiş safhadaki tüberkülozu peritonu etkileyebilir. Ayrıca mikroorganizma kan yolu ile de peritone ulaşabilmektedir (6). Son yıllarda sütlerin pastörize edilmesi nedeni ile tüberküloz peritonit sıklığında da azalma olmuştur(7). Ancak mide rezeksiyonu geçiren ve kronik ayaktan periton diyalizine alınan hastalarda periton tüberkülozu gelişme sıklığı normal kişilere göre daha fazladır(5-8), Burada beslenme bozukluğu ve direnç düşüklüğü üzerinde durulmaktadır.

Tüberküloz peritonitin kuru ve yaş olmak üzere başlıca iki tipi vardır. Yaş olan tipinde batında ileri derecede assit vardır. Periton yüzeyi toplu iğne başından büyük olmayan tüberküllerle örtülüdür. Periton yüzeleri birbirine yapışma eğilimindedir. Fibrozis oluşunca omentum kalınlaşır ve palpasyonla ele gelebilen kitleler oluşur (6-7).

Klinik olarak ateş, iştahsızlık, zayıflama, karın ağrısı şikayetleri vardır. En sık bulgu ağrısız büyük miktarda assittir. Assitsiz vak'alarda periton sürtünme sesi alınabilir. İlerlemiş olgularda yapışıklıklara bağlı olarak barsak obstrüksiyonu meydana gelebilir.

Assit muayenesinde, assit sıvısındaki protein miktarı 2,5 gr/dL nin üzerinde olup Lökosit sayısı 250/mm den fazladır ve lenofsit fazlalığı vardır. Assit glukozu kan glukozundan düşük olup  $\frac{\text{assit}}{\text{kan}}$  glukoz oranı 0 96 dan küçüktür(9).

Assit sıvısında mikroorganizmayı üretme şansı % 50 nin altındadır. Nitekim bizim olgumuzda da assit glukoz/kan glukoz oranı 0,906 olup assit mayide mikroorganizma üretilmedi. Tüberkülin deri testinin çeşitli serilerde % 15 ila % 100 oranında pozitif olduğu bildirilmiştir (3,4,10,11).

**TANI:** Assitli bir hastada ateş yanında tüberkülin deri testi pozitif ise tüberküloz peritonit şüphe edilir, assit mayisinin biyokimyasal ve patolojik incelenmesi ile tanı konur. Bazan Laparoskopi ve Laparotomi gerekebilir.

Tedavide antitüberküloz kemoterapisi yapılır. Tedaviye cevap iyidir.

#### **SUMMARY :**

#### **TUBERCULOUS PERITONITIS DEVELOPED AFTER GASTRECTOMY A CASE REPORT**

Tuberculosis peritonei is a extrapulmonary form of tuberculosis. It is commonly seen in our country. Many reports suggested that the decline in incidence of this disease has not been as rapid as that of pulmonary tuberculosis.

In this article we discussed a case report associated with tuberculous peritonitis developed after gastrectomy and recent literature knowledge about this subject was reviewed.

#### **KAYNAKLAR :**

- 1- Enarson DA, Ashley MJ, et al. Non-respiratory tuberculosis in Canada. Am. S. Epidemiol (1980): 112: 341-51
- 2- Segal I, Tim LO, Mirvis J, et al. Pitfalls in the diagnosis of gastrointestinal tuberculosis. Am. J. Gastroenterol (1981). 75: 430-5
- 3- Homan WP, Grafe WR, Dineen P: A 44- year experience with tuberculosis enterocolitis. World J. Surgery (1977). 1: 254-50
- 4- Gilinsky NH, Marks IN, Kottler RE, Price SK. Abdominal tuberculosis, a 10 year review. S. Afr Med J. (1983) 64: 8649-57.
- 5- Sinder DE Jr: Tuberculosis and gastrectomy. Chest (1985). 87: 4: 441-5
- 6- Emenuel. W: Tuberculosis p. 1691. Wyngaarden and Simith (Ed). W.B. Saunders international. Ed. 1988 philadelphia.
- 7- Bockus HL(Ed): Gastroenterology 3. th. ed. W.B. Saunders Company. Philadelphia (1974) Ud 1,2,3,4,

- 8- Holler HP Jr, Tucker Ct, Moffat TT, et al. Tuberculous peritonitis in patients undergoing chronic home peritoneal dialysis. *Am. J. Kidney Dis.* (1982). 1: 4: 222-26
- 9- Wilkins EGL. Tuberculous peritonitis: Diagnostic value of the ascitic/blood glucose ratio *Tubercle* (1984). 65: 1 47-52.
- 10- Lewis EA, Abioye AA. Tuberculosis in the abdomen in Ibadan: a clinicopathological review. *Tubercle* (1975) 56: 149-55
- 11- Sochocky S, Tuberculous peritonitis; a review of 100 cases *Am. Rev Respir Dis* (1967). 95: 398-401.