

Nadir Bir Kolon Obstrüksiyonu Nedeni: Kolonik Tüberküloz

42

Tayfun KAYA¹

GİRİŞ

Tüberküloz, eradikasyon çabalarına rağmen, dünya çapında gözlenen en önemli bulaşıcı hastalıklardan biridir. Son zamanlarda görülme oranı; göç, yaşlanan nüfus, alkolizm ve AIDS gibi nedenlerle artmaktadır. Ekstrapulmoner tüberküloz % 11 oranında abdomeni etkilemektedir.¹ Enfeksiyöz, otoimmün ve neoplastik hastalıklarla benzer klinik bulgular göstermesi sebebiyle abdominal tüberküloz tanısını koymak güçtür. Doğru tanıya ulaşmada en önemli unsur yüksek klinik şüphedir.² Geçmişinde akciğer tüberkülozu nedeniyle hastanede yatış ve tedavi öyküsü olan, hastaneye başvurusunda; uzun süreli bulantı, kusma ve kilo kaybı şikayetleri ve mekanik bağırsak obstrüksiyonu bulguları saptanarak cerrahi uygulanan hastanın tedavisi paylaşılacaktır.

VAKA SUNUMU

39 yaşında erkek hasta, acil servise bulantı, karında şişkinlik, kusma, geceleri terleme ve ateş

şikayeti ile başvurdu. Yaklaşık 4 gündür gaz – gayta çıkaramama şikayeti tarifliyordu. Ayrıntılı sorgulamasında son 1 ayda 10 kg kaybının olduğu ve ara ara olan karın ağrıları nedeniyle dış merkezde Crohn şüphesiyle kolonoskopi planlandığı, ancak yapılmadığı öğrenildi. Özgeçmişinde; başvurusundan yaklaşık 8 sene önce akciğer tüberkülozu tanısıyla hastanede 1 ay yatış öyküsünün bulunduğu ve toplamda 6 ay antitüberküloz tedavisi aldığı öğrenildi. Hastanın yapılan muayenesinde karında distansiyon, bağırsak seslerinde azalma vardı. Yaygın hassasiyet ve defans saptandı, ancak rebound yoktu. Rektal tuşede gayta bulaşı izlenmedi ve rektum boştu. Hastaya nazogastrik sonda uygulandı ve intestinal içerik geldiği görüldü.

Hastanın preoperatif hemogramında lökosit sayısı 10900/uL, hemoglobin değeri 12.3 g/dL ve trombosit sayısı 442000/uL olarak saptandı. Biyokimyasında Na değeri 131 mmol/L (N: 136 - 146 mmol/L), Cl değeri 93 mmol/L (N: 101 - 109 mmol/L) idi. Diğer biyokimyasal değerleri normaldi. Prokalsitonin değeri 8.88 ng/mL (N: 0 - 0.10 ng/mL), CRP değeri ise 10.0 mg/dL (N: 0 - 0,80 mg/dL) ile yüksek ölçüldü.

Ayakta direkt batın grafisinde ince bağırsak düzeyinde hava sıvı seviyeleri izlendi. Batın ultraso-

¹ Op. Dr. Tayfun KAYA Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

göstermesi nedeniyle kolonoskopiye üstündür. İnce bağırsakta bölgesel atlayan tutulum ve daha yaygın tutulum görünümü Crohn hastalığında daha fazla saptanırken, bağırsak tüberkülozunda daha çok ileoçekal tutulum ve 1 cm'den büyük lenf nodlarının saptanması iki hastalık arasında ayırıcı tanıda kullanılabilir özelliklerdir.⁷

Ayırıcı tanıda Crohn hastalığı ve kolon kanserinin yanısıra amebiyazis, yersinia enterokolitika ve aktinomikoz gibi enfeksiyöz patolojiler de düşünülmelidir. Endemik bölgelerde hastaların ya da ailelerinin geçmişinde tüberküloz hastalığı varlığı sorgulanmalı, kronik immunsupresyon durumu varsa bağırsak tüberkülozundan şüphelenilmelidir.⁸

Bağırsak tüberkülozunda eğer obstrüksiyon ve perforasyon gibi acil durumlar meydana gelmediyse, konservatif davranılabilir ve medikal tedaviye iyi yanıt alınır. Medikal tedavi süresince hasta iyi takip edilmeli, tedaviye yanıt, yenilenen görüntüleme yöntemleri ile gösterilmelidir. Yanıtın yetersiz olduğu veya progresyon geliştiği belirlenirse arka planda malignite de dahil başka patolojiler düşünülmelidir.⁹

Perforasyon ya da obstrüksiyon gelişen hastalarda rezeksiyon ve anastomoz, rezeksiyon ve stoma cerrahi tedavi seçenekleri arasındadır. Cerrahi sonrasında tüm hastalara standart antitüberküloz tedavisi verilmelidir.¹⁰ Hastamıza yatışında postoperatif dönemde patoloji sonucuna göre antitüberküloz tedavi başlandı ve antitüberküloz tedavi ile taburcu edildi.

Kolonik tüberküloz oldukça nadir görülen bir hastalıktır. Endemik bölgelerde, özellikle pre-dispozisyonu bulunan hastaların geçmişlerinde, akciğer tüberkülozu öyküsü bulunması durumunda, ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. Tanısı konulduğunda acil ya da elektif tüm hastalara antitüberküloz tedavisi verilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Patel N, Ondhia C, Ahmed S. Bowel obstruction caused by intestinal tuberculosis: an update. *BMJ Case Rep.* 2011;2011:bcr0620114361.doi:10.1136/bcr.06.2011.4361
2. Zubieta-O'Farrill G, Castillo-Calcaño Jde D, Gonzalez-Sanc-

hez C, et al. Colonic tuberculosis in an immunocompetent patient. *Int J Surg Case Rep.* 2013;4(4):359-361.doi:10.1016/j.ijscr.2013.01.018

3. Donoghue HD, Holton J. Intestinal tuberculosis. *Curr Opin Infect Dis.* 2009;22(5):490-496.doi:10.1097/QCO.0b013e3283306712
4. Lakhe P, Khalife A, Pandya J. Ileocaecal and transverse colonic tuberculosis mimicking colonic malignancy. A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2017;36:4-7.doi:10.1016/j.ijscr.2017.04.016
5. Chakinala RC, Farkas ZC, Barbash B, et al. Gastrointestinal Tuberculosis Presenting as Malnutrition and Distal Colonic Bowel Obstruction. *Case Rep Gastrointest Med.* 2018;2018:2808565. doi:10.1155/2018/2808565
6. Michalopoulos A, Papadopoulos VN, Panidis S, et al. Cecal obstruction due to primary intestinal tuberculosis: a case series. *J Med Case Rep.* 2011;5:128.doi:10.1186/1752-1947-5-128
7. Kedia S, Das P, Madhusudhan KS, et al. Differentiating Crohn's disease from intestinal tuberculosis. *World J Gastroenterol.* 2019;25(4):418-432.doi:10.3748/wjg.v25.i4.418
8. Badea R, Chiorean L, Matei D, et al. Ileocecal, colonic, and peritoneal tuberculosis: role of imaging in diagnosis. A case report and literature review. *J Med Ultrason (2001).* 2014;41(1):77-82. doi:10.1007/s10396-013-0468-x
9. Lakhe P, Khalife A, Pandya J. Ileocaecal and transverse colonic tuberculosis mimicking colonic malignancy. A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2017;36:4-7.doi:10.1016/j.ijscr.2017.04.016
10. Malikowski T, Mahmood M, Smyrk T, et al. Tuberculosis of the gastrointestinal tract and associated viscera. *J Clin Tuberc Other Mycobact Dis.* 2018;12:1-8.doi:10.1016/j.jctube.2018.04.003