

Kolon Kanserini Taklit Eden İleoçekal Tüberkülozu: Olgu Sunumu

Refik Bademci*, Özlem Öndeş Bayar**, Arzu Akan*, Giray Yavuz*, Sezgin Zeren*, Erman Sobutay*,
Yavuz Eryavuz*

*Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, **Sağlık Bakanlığı Siirt Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

ÖZET

Tüberküloz (TB) tüm organ ve dokuları tutabilen bir Enfeksiyon hastalığıdır. Pulmoner TB formu daha yaygın olarak görülmesine karşın ekstrapulmoner tüberküloz (EPT) halen önemli bir klinik problemdir. Ülkemiz gibi TB insidansının yüksek olduğu bölgelerde etiyojisi saptanmayan enfeksiyon hastalıklarının ayırıcı tanısında EPT'un akılda tutulması gerekir.

Gastrointestinal sistem tüberkülozu ösefagustan rektuma kadar herhangi bir organı tutabilir. Kolon tüberkülozunun semptomları nonspesifik olup enfeksiyon, enflamatuvar (Crohn hastalığını) ve malignite gibi diğer abdominal hastalıkları taklit edebilir. Barsak tüberkülozu teşhisinde hastanın klinik bilgileri, kolonoskopik bulguları ve biyopsi sonuçları birlikte değerlendirilmelidir. Bu makalede kolon kanserini taklit eden kolonoskopide hipertrofik ülser gibi görünen, aktif ya da geçirilmiş pulmoner tüberküloz öyküsü olmayan ileoçekal bölgede görülen barsak tüberkülozu olgumuzu sunuyoruz.

Anahtar kelimeler: gastrointestinal tüberküloz, kolon karsinomu, ileoçekal bölge

SUMMARY

Ileocecal Tuberculosis Mimicking Colonic Carcinoma: Case Report

Tuberculosis (TB) is an infectious disease that can involve any organ system in the body. While pulmonary tuberculosis is the more common presentation, extrapulmonary tuberculosis (EPT) is also an important clinical problem. In countries where TB incidence is as high as in our country, EPT must be kept in mind in differential diagnosis of infectious diseases with unknown etiology.

Tuberculosis may involve any portion of gastrointestinal tract extending from oesophagus to rectum. The symptoms and signs of colon tuberculosis are nonspecific. It may mimic many other abdominal diseases, such as infectious or inflammatory processes, crohn's disease and malignancy. Intestinal tuberculosis should be diagnosed based on overall considerations, including clinical manifestations, colonoscopy findings and biopsy. In this case study, we report a case of intestinal tuberculosis in the ileocecal area which was presented as a hypertrophic ulcer, mimicking colon cancer without history of pulmonary tuberculosis.

Key words: gastrointestinal tuberculosis, carcinoma of colon, ileocecal area

GİRİŞ

Tüberküloz (TB) tüm organ ve dokuları tutabilen bir enfeksiyon hastalığıdır. Pulmoner tüberküloz formu daha yaygın olarak görülmesine karşın, ekstrapulmoner tüberküloz hâlen önemli bir klinik sorundur. Gastrointestinal TB, intraabdominal organların ve peritonun aside dirençli Mycobacterium tuberculosis bakterisi suşları tarafından enfekte edilmesi ile meydana gelir. Batı ülkelerinde daha az rastlanmasına karşın, görülme sıklığında son yirmi yıldır hafif artış gözlenmektedir. Bu artıştan HIV pozitif immünespresif bireyler, kronik böbrek hastaları, evsizler,

madde ve ilaç bağımlıları sorumlu tutulmaktadır. Tüberküloz'un endemik olduğu ülkelerde hemen her enfeksiyonun ayırıcı tanısında TB kesinlikle düşünülmelidir ⁽¹⁻⁴⁾.

Gastrointestinal tutulum, akciğer dışı tüberküloz olgularında genitoüriner sistem, lenfatik sistem, iskelet sistemi, meninksler ve miliyer tüberkülozdan sonra en sık olarak tutulan altıncı bölgedir ⁽⁵⁾. Gastrointestinal tüberküloz primer ve sekonder olarak meydana gelebilir. Primer olarak tüberküloz basilinin bovine suşu ile enfekte sütün kullanımı ile meydana gelirken, sekonder olarak geçirilmiş veya aktif pulmoner

Alındığı Tarih: 12.05.2013

Kabul Tarihi: 09.12.2013

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Refik Bademci, Siirt Devlet Hastanesi, Siirt
e-posta: refik72@yahoo.com

infeksiyonu olan hastalarda hematojen ya da enfekte balgamın yutulması ile meydana gelebilir (4-6). Primer intestinal tüberküloz abdominal tüberküloz olgularının % 2'sinden azını oluşturur (7).

Gastrointestinal tüberküloz ösefagustan rektuma kadar olan herhangi bir yeri tutabilir fakat en sık olarak ileoçekal bölgede yerleşmektedir. Kolon tutulumu olan hastaların tanısı, özellikle pulmoner infeksiyon yokluğunda, son derece zordur ve infeksiyöz, inflamatuvar (Crohn hastalığı), neoplazm gibi diğer abdominal hastalıklar ile karışabilir (3,6,8).

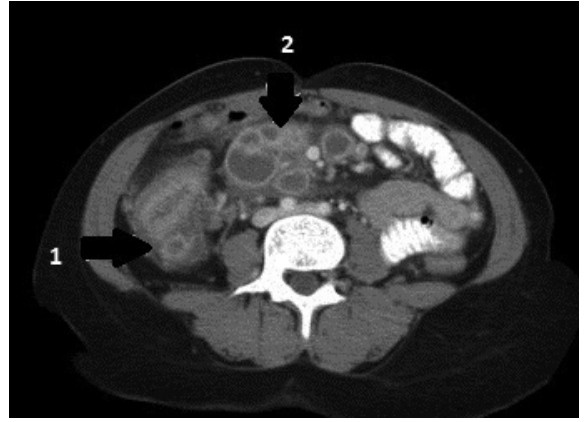
Olgu sunumundaki amacımız nonspesifik semptomları olan ve aktif ya da geçirilmiş pulmoner tüberküloz öyküsü olmayan hastalarda ileoçekal bölge hastalıklarının ayırıcı tanısında tüberküloz infeksiyonunda düşünülmesi gerektiğini vurgulamaktır.

OLGU

Elli sekiz yaşında kadın hasta acilimize karın ağrısı, bulantı, kusma ve şişkinlik gibi nonspesifik semptomlarla başvurdu. Çekilen ayakta direk batın grafisinde ince bağırsak tipi hava sıvı seviyesi mevcuttu. Çekilen posteroanterior akciğer grafisi normaldi (Resim 1). Lökosit: 3500, CRP normal sınırlarda, rutin biyokimyası normal sınırlardaydı. Hastaya intravenöz ve oral opaklı abdominal pelvik bilgisayarlı tomografi çekildi (Resim 2). Çekilen tomografide çekum duvar kalınlık artışı, mezosunda lenfadenopati olduğu, bunlar birlikte değerlendirildiğinde çekum tümörü veya chron hastalığı olabileceği raporlandı.



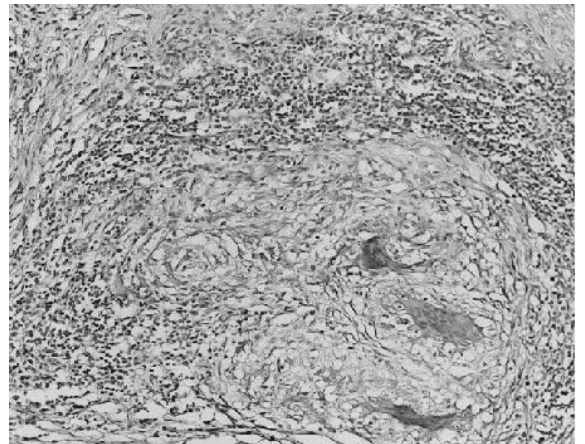
Resim 1. Posteroanterior akciğer grafisi.



Resim 2. Çekum duvarında kalınlaşma (1), Lenfadenopati (2).



Resim 3. Lümeninde darlık mukozada hiperemi.



Resim 4. Epiteloid hücreli granülom.

Hasta takipleri yapılmak üzere kliniğimize yatırıldı. Hastanın oral alımı stoplandı. nasogastrik sonda takıldı ve intra venöz sıvı tedavisine başlandı. Nonspesifik semptomları ve hava sıvı seviyesi gerileyen hastaya kolonoskopi planlandı. Kolonoskopisi yapılan hastada çekumda lümeni tıkamış kolonoskopun geçişine izin vermeyen ortası ülserle kitle görüldü (Resim 3). Ülsere kitleden alınan biyopsinin patoloji sonucu kronik enfeksiyon geldi. Hastanın isteği üzerine dışmerkezde kolonoskopisi yinelenildi. Yapılan kolonoskopi patolojisi sonucu yine kronik enfeksiyon geldi (Resim 4).

Hastamız yine ikinci kez ileus atağı geçirdi. Bunu üzerine ameliyata alındı. Önce diagnostik laparoskopik olarak değerlendirildi. Çekumda kitlenin mevcut olduğu görüldü. Çekumda tümoral kitle olduğu düşünülerek laparoskopik sağ hemikolektomi ameliyatı yaptık. Histopatolojik inceleme sonrasında ileoçekal bölgede Tbc 13 lenf nodunda granümatöz hiperplazi ve 6 lenf nodunda normal görünüm saptandı. Üç ay antitüberküloz tedavisi verildi ve taburculuk sonrası kontrol kolonoskopi takibine alındı.

TARTIŞMA

Gelişmiş ülkelerde tüberküloz insidansında azalma gözlenirken, Ekstra Pulmoner Tüberkülozis (EPT) insidansında değişiklik olmamış, hatta artış görülmüştür. Verem Savaş Daire Başkanlığının verilerine göre ülkemizde EPT olgu bildiriminde artış gözlenmektedir (9,10). Akciğer TB ve EPT'nin birlikteliği dış kaynaklarda % 14-31 arasında değişen oranlarda bildirilmektedir (11,12). Ülkemizde göğüs hastalıkları hastanelerinde yapılan çalışmalarda ise % 60-75 olarak bildirilmiştir (13,14). Uzun süreli steroid kullanımı, KOAH, alkolizm, diyabet, kronik böbrek yetmezliği, malignite, immünoşüpresyon gibi eşlik eden medikal sorunların değişen oranlarda (% 7-66) EPT gelişimine yol açtığı belirtilmektedir (15,16).

Bağırsak tüberkülozu sıklıkla yetişkinlerde görülür ve erkek/kadın oranı 1/2'dir (17). Enfekte balgam yutma, aktif tüberküloz, süt veya bağırsağa giren diğer gıdalarda bulunan tüberkülozla direkt invazyon yolu ile ya da hematogen yolla diğer organlardaki Mycobacterium tüberküloza bağlı ikincil tüberküloz sonucu bağırsak tüberkülozu gelişir (18). Gastrointestinal sistemin herhangi bir bölümünde görülebilmeye

sine karşın en sık olarak ileum ve ileoçekal bölgede karşımıza çıkmaktadır (3,8). Bu durumdan ileoçekal bölgenin lenfoid dokudan zengin olması, tüberküloz basilinin lenfoid dokuya olan afinitesi ve çekal bölgedeki fizyolojik staz (etken-mukoza temas süresi) sorumlu tutulmaktadır (3,8,19). İleoçekal bölge dışında yalnızca kolon tutulumu olan hastalar, tüm abdominal tüberküloz olgularının % 2-3'ünü oluşturmaktadır (3). Daha sık olarak sigmoid kolon, assendan kolon ve transvers kolon tutulumu görülür ve yaklaşık üçte bir (% 28-44) oranında multifokal olabilir (5). Kronik karın ağrısı, kilo kaybı, ishal, kabızlık, bulantı, kusma, anemi halsizlik, genel durum bozukluğu ve ateş gibi nonspesifik semptomları vardır. Bağırsak tüberkülozlu hastaların kronik belirtileri ve fiziksel bulguları, malnütrisyon, karında ele gelen kitle, hassasiyet, karında şişliktir (17,20). Bu nonspesifik belirtiler nedeniyle kolon tüberkülozunun tanısı, özellikle aktif pulmoner enfeksiyon yokluğunda, son derece zordur. Hastaların yalnızca % 25'inde akciğer grafisinde aktif ya da geçirilmiş pulmoner enfeksiyon mevcuttur (8,9,21). İlk anda doğru klinik tanı hastaların yalnızca % 50'sine konulabilmektedir (3,22). Böyle olgularda fizik muayene tamamen normal olabildiği gibi, karın içinde asit veya kitle saptanabilir. Karın içi kitleyi genellikle kalınlaşmış kolon duvarı, lenfadenopati, mezenterik yağ ve omentum oluşturur (19).

İntestinal tüberküloz kolon kanseri, lenfoma, crohn veya ülseratif kolit gibi inflamatuvar hastalıkları, periapendiküler apse, divertikülit ve enfeksiyöz hastalıkları (amebik kolit, Yersinia enf., histoplazmozis vb.) taklit edebilir. Yine kolon kanseri ve kolon tüberkülozu birlikteliğini gösteren yayınlar bulunmasına rağmen, aralarındaki ilişki tam olarak anlatılamamıştır (3,23,24). Çift kontrast baryumlu kolon grafisinde izole striktür, darlık, elma yeniği görünümü olabilir fakat tek başına tanı koymada yeterli ve hastalığa spesifik bir bulgu değildir (3,25,26). Bilgisayarlı tomografi olguların % 60'ında tüberküloz yönünden şüpheli lezyonları (retroperitoneal lenfadenopati, asit, abse gibi) gösterebilir (3,27,28).

Bağırsak tüberküloz şüphesi olan hastalarda pozitif tüberkülin deri testi (PPD) yararlı olabilir fakat spesifik değildir (23). Kolonoskopi ve beraberinde yapılan biyopsi, en yararlı ve yaygın tanı aracı olarak kullanılmaktadır (3,8).

Bağırsak tüberküloz olgularında tipik endoskopik bulguları makroskopik görünüm ülseratif, hipertrofik ya da her ikisinin birlikte görüldüğü lezyonlar şeklindedir (3,27-29). Primer gastrointestinal tüberküloz olgularının % 70'inin hiperplastik veya hipertrofik lezyonlar, sekonder tüberküloz olgularının ise ülseratif lezyonlar şeklinde olduğunu bildirilmiştir. Hipertrofik lezyonlar fibrozis ve skar dokusu ile beraber psödotümör görünümü oluşturur (7,30).

Mikroskopik incelemede ise kolon mukoza ve submukozasında granümatöz inflamasyon, nekroz ve dev hücreler görülmektedir (3,27). Kazefiye ya da non kazefiye granülom hastaların % 50'sinden azında bulunmaktadır. Patolojik lezyonları submukozal yerleşimli olması nedeni ile biyopsi incelemelerinde yanlış negatif sonuçlar saptanabilir (8,20). Kolonoskopik biyopsi örneklerinde uygun boyalar (Zeihi-Neelsen) kullanılarak hastaların % 35-60'ında aside dirençli bakteriler saptanabilmekte ve örnekler kültüre gönderilerek tüberküloz tanısı hem histolojik hem de bakteriyolojik olarak doğrulanabilmektedir (3,8,20). Kültür sonuçlarının uzun sürmesi ve pozitiflik oranlarının % 36 gibi düşük değerlerde kalması nedeniyle, son yıllarda mikobakteriyel infeksiyonların tanısında polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) önerilmektedir. PCR analizi, % 60 pozitiflik oranı ile kültür ve aside dirençli boyama tekniklerinden daha duyarlıdır ve parafin kesitlerdeki az sayıdaki organizmaları bile saptayabilmektedir (8,23,27,30).

İntestinal tüberkülozda cerrahi tedavi, komplikasyon varlığında düşünülmelidir. En sık görülen komplikasyonlar intestinal obstrüksiyon (% 15-60), fistül (% 25), perforasyon (% 15) ve gastrointestinal kanamadır. Bunların dışında üç ile altı ay antitüberküloz tedaviye rağmen, intestinal stenoz devam ederse, malignite ekarte edilemez veya beraberinde malignite tespit edilirse cerrahi tedavi önerilmektedir (6). Takip kolonoskopi 2-3 ay antitüberküloz tedavi sonrası yapılmıştır (31). Yaptığımız literatür taramasında ülkemizde benzer iki olguya rastladık. Birinci olgu hepatik fleksurada çıkan kolonu tutan kolon tümörünü taklit eden bağırsak tüberkülozuydu (30). İkinci benzer olgu kolon tümörünü taklit eden hipertrofik kolon tüberkülozuydu (32). Yurt dışında benzer birkaç olguya rastladık. Sigmoid kolonu tutan kolon tümörünü taklit eden bağırsak tüberkülozuydu (31). Benzer bir makalede kolon kanserini ve inflamatuvar hastalığı taklit eden bağır-

sak tüberkülozuna rastladık (33).

Sonuç olarak, nonspesifik semptomları olan ve aktif ya da geçirilmiş pulmoner tüberküloz öyküsü olmayan hastalarda ileoçekal bölge hastalıklarının ayırıcı tanısında tüberküloz infeksiyonu akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Bass JB, Farer LS, Hopewell PC. Diagnostic standarts, and classification of tuberculosis. *Am Rev Respir Dis* 1990;142:725-35. <http://dx.doi.org/10.1164/ajrccm/142.3.725>
2. Şirin Y, Coşkunol İ. Yüzyetmişç ekstrapulmoner tüberküloz olgusu. *Tüberküloz ve Toraks* 2002;50:272-7.
3. Namisaki T, Yoshiji H, Fujimoto M, et al. Two cases of colonic tuberculosis presenting with massive melena. *Int J Clin Pract* 2004;58:1162-64. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1742-1241.2004.00361.x>
4. Todd AS, Walter JC. Gastrointestinal tuberculosis. *Current Gastroenterology Reports* 2003;5:273-78. <http://dx.doi.org/10.1007/s11894-003-0063-1>
5. Sharma MP, Bhatia V. Abdominal tuberculosis. *Indian J Med Res* 2004;120:305-15.
6. Subnis BM, Bakhshi GD, Shaikh A, et al. Bombay Hospital. Journal Special Issue 2009; 78-80.
7. Sotoudehmanesh R, Sotodeh M, Soltani-Yekta S. Rectal tuberculosis mimicking rectal cancer. *Govaresh* 2007;12:205-07.
8. Chatzicostas C, Koutroubakis IE, Tzardi M, et al. Colonic tuberculosis mimicking Crohn's disease: case report. *BMC* 2002;2:1-4. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2210-2-1>
9. Rieder HL, Snider DE, Cauthen GM. Extrapulmonary tuberculosis in the United States. *Am Rev Respir Dis* 1990;141:347-51. <http://dx.doi.org/10.1164/ajrccm/141.2.347>
10. Mehta JB, Dutt A, Harvill L, Mathews KM. Epidemiology of extrapulmonary tuberculosis. A comparative analysis with pre-AIDS era. *Chest* 1991;99:1134-8. <http://dx.doi.org/10.1378/chest.99.5.1134>
11. Matthew RW, George FT. Extrapulmonary tuberculosis. *Am J Med* 1985;79:467-8.
12. Haegi V. Extrapulmonary tuberculosis today. *Schweiz Med Wochenschr* 1987;117:1403-8.
13. Kalaç N, Başay N, Mutluay NÜ ve ark. Ekstrapulmoner tutulum gösteren tüberküloz olguları. *Tüberküloz ve Toraks* 1999;47:213-5.
14. Tavusbay N, Aksel N, Akan A ve ark. Ekstrapulmoner tüberkülozlu olgularımız. *Solumum Hastalıkları* 2000;11:294-8.
15. Toşova Y, Saltoğlu N, Mıdıklı D ve ark. Erişkinde doksansekiz ekstrapulmoner tüberküloz olgusunun değerlendirilmesi. *Klinik* 2000;13:17-23.
16. Garcia-Rodriguez JA, Garcia Sanchez JE, Munoz Belido JL, et al. Genitourinary tuberculosis in Spain: review of 81 cases. *Clin Infect Dis* 1994;18:557-61. <http://dx.doi.org/10.1093/clinids/18.4.557>
17. Haubrich WS, Schaffner F, Berk JE. Intestinal tuberculosis. In: *Bochus Gastroenterology*. vol. 2. 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1995, p. 3404-6.

18. Kapoor VK. Abdominal tuberculosis. *Postgrad Med J* 1998;74:459-67.
<http://dx.doi.org/10.1136/pgmj.74.874.459>
19. Shah S, Thomas V, Mathan M, et al. Colonoscopic study of 50 patients with colonic tuberculosis. *Gut* 1992;33:347-51.
<http://dx.doi.org/10.1136/gut.33.3.347>
20. Wang Y, Yu Wen-Yi. Isolated colonic tuberculosis. *Postgrad Med J* 1987;63:403-04.
<http://dx.doi.org/10.1136/pgmj.63.739.403>
21. Singh V, Kumar P, Kamal J, et al. Clinicocolonoscopy profile of colonic tuberculosis. *Am J Gastroenterol* 1996;91:565-68.
22. Das P, Shukla HS. Clinical diagnosis of abdominal tuberculosis. *Br J Surg* 1976;63:941-46.
<http://dx.doi.org/10.1002/bjs.1800631213>
23. Comert FB, Comert M, Kulah C, et al. Colonic tuberculosis mimicking tumor perforation: A case report and review of the literature. *Digestive Dis Sci* 2006;51:1039-42.
<http://dx.doi.org/10.1007/s10620-006-8002-2>
24. Jain BK, Chandra SS, Narashiman R, et al. Coexisting tuberculosis and carcinoma of the colon. *Aust N Z J Surg* 1991;61:828-31.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1445-2197.1991.tb00166.x>
25. Gadwood KA, Bedetti CD, Herbert DL. Colonic tuberculosis mimicking annular carcinoma: report of a case. *Dis Colon Rectum* 1981;24:395-98.
<http://dx.doi.org/10.1007/BF02603427>
26. Alzaraa A, Krzysztof K, Uwechue R, Tee M, Selvasekar. Apple-core lesion of the colon: a case report. *Cases Journal* 2009;2:7275.
<http://dx.doi.org/10.4076/1757-1626-2-7275>
27. Saenz EV, Magro PMH, Fernandez JFAT, Ovalle MV. Colonic tuberculosis. *Digestive Dis Sci* 2002;47:2045-48.
<http://dx.doi.org/10.1023/A:1019624913037>
28. Marshall JB. Tuberculosis of the gastrointestinal tract and peritoneum. *Am J Gastroenterol* 1993;88:989-99.
29. Bhargava DK, Tandon HD, Chawala TC, et al. Diagnosis of ileocecal and colonic tuberculosis by colonoscopy. *Gastrointest Endosc* 1985;31:68-70.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0016-5107\(85\)71995-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0016-5107(85)71995-5)
30. Ergun M, Cindoruk M, Alagozlu H, et al. Hypertrophic colonic tuberculosis mimicking tumourous mass. *Colorectal Dis* 2008;10:736.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1463-1318.2007.01438.x>
31. Seong-Min Yu, Jong-Hwan Park et al. A case of sigmoid colon tuberculosis mimicking colon cancer. *J Korean Soc Coloproctol* 2012;28(5):275-277.
<http://dx.doi.org/10.3393/jksc.2012.28.5.275>
32. Ergun M, Cindoruk M, Alagozlu H, et al. Hypertrophic colonic tuberculosis mimicking tumourous mass. *Colorectal Dis* 2008;10(7):735-6.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1463-1318.2007.01438.x>
33. Hoss-Schewietzek S, Alles JU, Muhrer KH. Tuberculosis of the large intestine--differential diagnosis of inflammatory and neoplastic colon tumors. *Chirurg* 1995;66(7):731-4.