

Zehra KARACAER

GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

OLGU

57 yaş, E

Şikayeti: Karında şişlik, halsizlik, kuru öksürük, ateş

Hikayesi:

- Karında şişlik: 8 aydır, son günlerde hızlı artış
- Öksürük: 2 kür antibiyotik tedavisi
- Halsizlik ve ateş: son 2 hafta

Özgeçmiş:

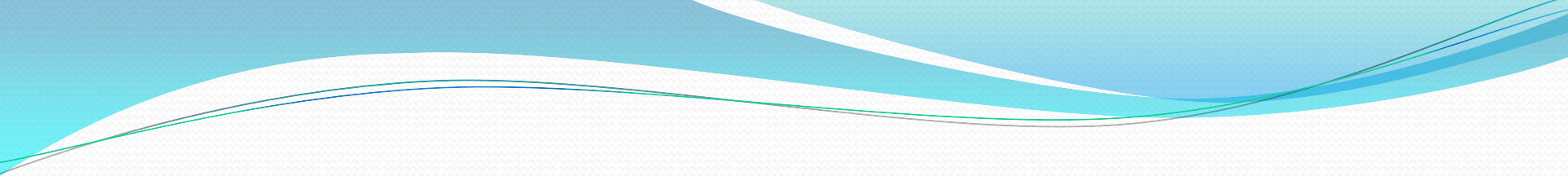
- 40 yıl yoğun alkol +
- Sigara 33 pk/yıl
- Hemoroid için operasyon+

Fizik muayene:

- Bilinç açık, koopere, oryante
- Genel durumu iyi
- Ateş:39,5, nb:104/dk, TA: 132/81 mmHg
- Batında asit+
- Sistem bulguları tabi

Gastroenteroloji kliniğine yatış..

Ön tanılar;
Alkolik siroz,
Spontan bakteriyel peritonit



?

- Kùltùrleri alındı.
- SBP öntanısı ile seftriakson fk 2x1g
- Asit etiyolojileri araştırıldı

Bk:6830 hc/uL, Hb: 10,1 g/L, plt:217000 hc/uL

AST:48 U/L, alb:2,6 g/dl, Na: 126mmol/L, PTZ:17,5 sn,
INR:1,40 (diğ er değ erler normal)

CRP:133 g/dl, sed:76 mm/h,

ANA, ASMA, AMA, Anti dsDNA vb otoantikörler negatif

- Anti-HBs:58,73
- Hbs Ag, Anti-Hbc IgG, Anti-HCV , Anti-HIV negatif
- Brusella, Salmonella, Parvovirüs B19, EBV, Toxoplasma serolojileri negatif
- VZV IgG: poz, IgM: neg
- CMV IgG: poz, IgM: neg

Parasentez mayi;

t. prot:4,1 g/dl, alb:1,7 g/dl, LDH: 368 U/L, glu:76 mg/dl,

Serum/asit albümin gradiyenti: 0,9

BK:790/mm³ (%72 nötrofil)

ARB, gram boyama ve Tüberküloz PCR negatif

Kültür: ?

- Batın USG:

Hepatomegali (165 mm), karaciğer kontürlerinde makrolobüler değişiklik, parankim ekosunda homojenite, batında serbest mayi

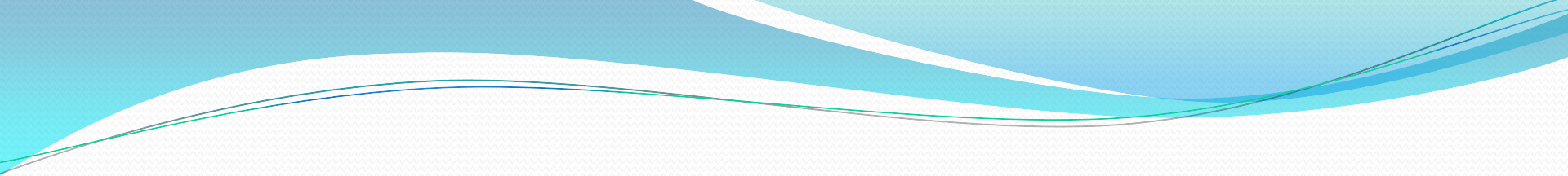
- Toraks ve batın BT:

Portal ven çapı hafif artmış, umbilikal ven açık (portal hipertansiyon?), mediastinal, paraaortik, parakaval, retrokaval alanlar ve paraçölyak alanda çok sayıda en büyüğü 16x12 mm olmak üzere değişik büyüklükte lenfadenopatiler ve asit saptandı.

- Endoskopi: Hiatal herni, pangastrit

- Kolonoskopi: Kolon divertikülleri, hemoroid (gd 1, inaktif)

- Göğüs hast konst: Klinik bulguları açıklayan patoloji saptanmadı
- Kardiyoloji konst: Klinik bulguları açıklayan patoloji saptanmadı

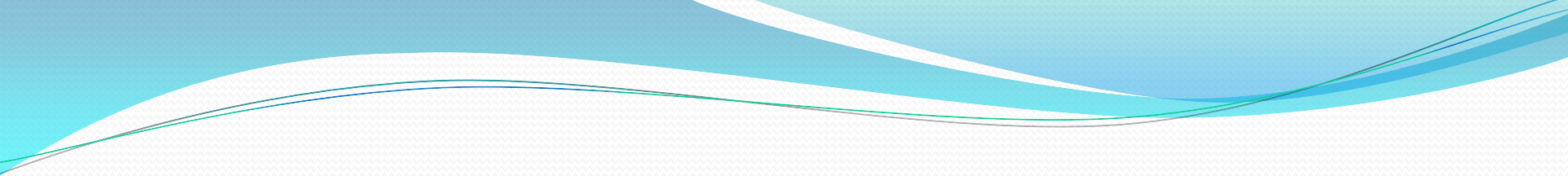


?

- Tedavinin 1.hf sonunda
- Ateş yüksekliği devam,
- 2. parasentez sıvısında hücre sayısında artış (1000/mm³ ve %61 lenfosit)
- Kan ve idrar kültürleri negatif, tbc kültürü prosedürde
- Seftriakson kesildi.
- Piperasilin-tazobaktam fk 4x4,5g

Gastroenteroloji: siroza sekonder asit olmadığı düşünöldü

**Enf Hast ve Kl Mik;
diğer asit nedenleri ve ateş etiyolojisi araştırılmak üzere nakil**



?

Malignite ?

CA 125:778,1 U/ml (0-35)*

CA 19-9:84,86 U/ml (0-39)*

Tümör Fluorodeoksiglukoz Pozitron Emisyon Tomografi
(FDG PET): peritonitis dışında bulgu (-)

Omfalit +

Piperasilin-tazobaktam fk kesildi
meropenem fk 3x1gr ve vankomisin fk 2x1gr

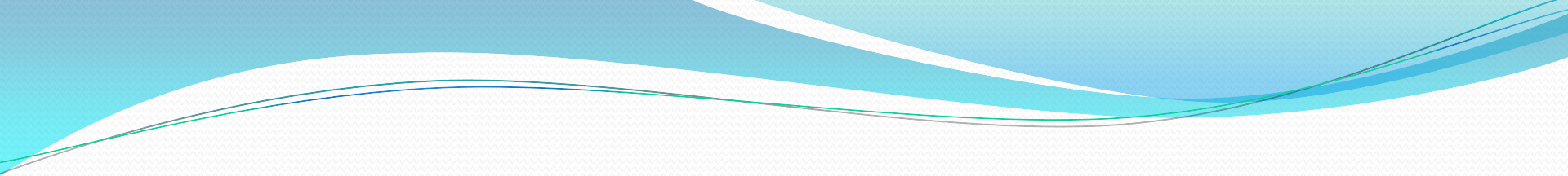
Tedavinin 4.gününde : ABY
Vankomisin kesildi
ABY tedavi ve takip

3.parasentez; periton sıvısının patolojik incelemesi
malignite yönünden negatif

adenozin deaminaz (ADA) :94 U/L (0-45)*

Parasentez sonuçları;

Serum		Periton			SAAG
T.prt	Alb	T.prt	Alb	Hücre sayısı	
6,5	2,6	4,1	1,7	790 (%72 nötr)	0,9
6,6	2,4	4,3	1,5	1000 (%61 lenf)	0,9
6,5	2,1	3,9	1,2	1200 (%70 lenf)	0,9



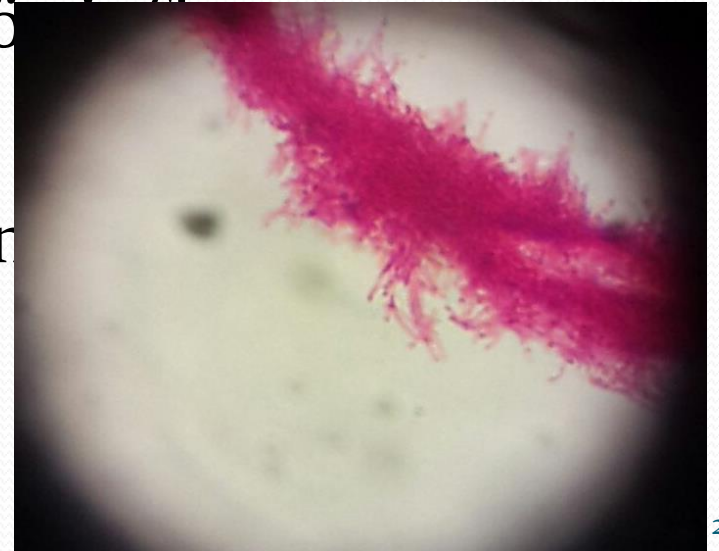
?

Periton
mikrob

**Yaklaşık BİR ay sonra;
ilk alınan periton sıvısının tüberküloz
kültüründen (BACTEC MGIT 960)
üreme**

Patoloji:

- non-nekrotizan granülomatöz
- ARB boyası: negatif,
- doku biyopsisinde tbc PCR: r



Mycobacterium tuberculosis complex

isoniazid ve rifampisin duyarlı

meropenem kesildi

isoniazid+rifampisin+etambutol+pirazinamid (GFR uygun dozlarda)

Anti-Tbc tedavisi

- 10. gün: ateş subfebril
- 16.gün: Böbrek fonk normal, ilaç dozları rutin doza dönüştürüldü
- 25. gün: Ateşi yok, taburcu

Anti-Tbc tedavisinin 6.hf;

ateşı yok, halsizlik ve iştahsızlık azaldı, asit miktarı azaldı

Bk: 5900 hc/uL, Hb: 9 g/L, plt: 209000 hc/uL

AST: 26 U/L, ALT: 9 U/L, alb: 2,9 g/dl, T.bil: 0,5 mg/dl

CRP: 42,4 g/dl, sed: 87 mm/h,



Asit Nedenleri

1. Periton hastalıklarından kaynaklananlar:

a. Enfeksiyonlar:

- Bakteriyel peritonit
- **Tüberküloz peritonit**
- Fungal hastalıklar
- Paraziter hastalıklar

b. Tümörler:

- Mezotelyoma,
- Sekonder tümörler

c. Granülomatöz peritonit

d. Sklerozan peritonit

e. Diğer (vaskülit, FMF, peritoneal lenfanjiektazi)

2. Periton hastalıklarına bağlı olmayanlar:

- a. **Portal hipertansiyon** (karaciğer sirozu, Budd-Chiari Send)
- b. Hepatik konjesyon (portal hipertansiyon dışı) (konjestif kalp yetmez, konstriktif perikardit)
- c. Hipoalbuminemi (nefrotik send, protein kaybettiren enteropati, malnutrisyon)
- d. Diğer (over hast/Meigs send, pankreatik asit, şilöz asit, miks ödem)

Transuda/Eksuda Ayırımı

Transuda:

- Berrak
- Protein < 3 g/L
- Dansite < 1016
- Rivalta (-)

Eksuda:

- Bulanık
- Protein > 3 g/L
- Dansite > 1016
- Rivalta (+)

Serum/Asit Albumin Farkı (SAAG)

- SAAG= Serum alb - asit alb
- $SAAG \geq 1,1$ (sirotik asiti malignite asittinden ayırır)

SAAG $\geq 1,1$:

- Siroz
- KKY
- Budd-Chiari
- Venookluziv hast
- Miksödem

SAAG $< 1,1$:

- Peritonitis
karsinomatoza
- **Tüberküloz peritonit**
- Pankreatik asit
- Nefrotik send
- Serozitis

Asit özelliklerine Göre Ayırıcı Tanı

	Görünüm	Asit sıvısında beyaz küre sayısı/mm ³	Asit sıvısında PMNL sayısı/mm ³	Total Protein (g/dl)	SAAG (g/dl)	Diğer Testler
Komplike olmayan siroz	Saman sarısı renginde	< 500	< 250	<2.5	> 1.1	KCFT, Batın USG
Spontan bakteriyel peritonit	Bulanık veya pürülan	> 500, Sıklıkla>1000	> 250	<1	> 1.1	Kültür (Monobakteriyel)
Sekonder Peritonit	Bulanık veya pürülan	> 500, Sıklıkla >10000	> 250	> 2.5	< 1.1	Kültür (Polibakteriyel)
Tbc Peritonit	Bulanık, hemorajik yada sütümsü görünümde	> 500	Değişken Lenfosit= 250-400/μL	> 2.5	< 1.1	Laparoskopik Biyopsi
Konjestif kalp yetmezliği	Samam sarısı renginde	< 500 (Değişken olabilir)	< 250	> 2.5	> 1.1	PA Akciğer grafisi,EKO
Peritoneal Karsinomatozis	Hemorajik	> 500 (Değişken olabilir)	>250	Değişken	< 1.1	Sitoloji
Şilöz Asit	Sütümsü	Değişken (%50>500/mm ³)	< 250/mm ³	Değişken (Sıklıkla>2.5g/dl)	< 1.1g/dl	Asit Sıvısında Trigliserit

Tüberküloz Peritonit

Ülkemizde 2015;

Akciğer dışı tüberküloz olguları:

%5,9 periton ve gastrointestinal tüberküloz

Türkiye'de Verem Savaşı, 2015 Raporu,

http://tuberkuloz.thsk.saglik.gov.tr/Dosya/Dokumanlar/raporlar/turkiyede_verem_savasi_2015_raporu.pdf

Patogenez

Aktif pulmoner tbc----hematojen yayılım

Barsak veya genital tbc----direkt yayılım

Risk faktörleri:

- Alkolik karaciğer hastalığı
- Siroz
- Sürekli periton diyalizi
- HIV enf

Klinik

Klinik formları:

- **Islak-asidik**: en sık gözlenen form, periton boşluğunda serbest sıvı
- **Fibrotik-ankiste**: omental kalınlaşma ve loküle asit
- **Kuru**: bağırsak segmentlerinde yapışıklıklar, mezenterik ve omental kalınlaşma

Klinik Bulgular

Klinik özellik	Vaka sayısı	Ortalama görülme sıklığı (%)
Karın ağrısı	1284	64,5 → 2.
Ateş	1393	59 → 4.
Kilo kaybı	774	61 → 3.
İshal	630	21,4
Kabızlık	319	11
Asit	1405	73 → 1.
Karında hassasiyet	329	47,7
Hepatomegali	319	28,2
Splenomegali	189	14,3

Tanı

- Normokrom normositer anemi
- Trombositoz
- Lökosit normal/lenfomonositoz
- Sedimentasyon ↑
- Asit sıvısında;
 - lökosit=100-5000/mm³ (lenfosit)
 - T.prt >2,5 g/L
 - SAAG <1,1

- Asit sıvısında ARB boyama;
 - %3 sıklıkta pozitif
 - Basil sayısının $>5000/\text{mL}$
- Asit sıvısı kültürü; basil sayısının $>10/\text{mL}$
- Asit sıvısında tbc PCR, duyarlılığı çok düşük

- Serum CA 125 ↑ ; %77-100 sıklıkta (ilerlemiş over CA ?)
- Adenozin deaminaz (ADA) > 30 U/L; sensivite ve spesifite > %90
- PPD tanısal değeri tartışmalı

- Akciğer grf; anormal bulgu sıklığı değişken, aktif akciğer tbc %30 vakada
- Ultrasonografi;
 - asit varlığını gösterme,
 - peritonda kalınlaşma,
 - nodüler yapı,
 - lenfadenopati,
 - fibrin bantları,
 - asit içinde çökelti şeklinde debris

Tomografi;

- Peritonda kalınlaşma ve nodularite
- mesenter ve barsak duvarında kalınlaşma
- Fibrotik-yapışık tip TBP'de :peritonda hipervaskülerite, barsak anslarının birbirine yapışması ve omental kitleler
- Multiple mesenterik lenfadenopati ile beraber mesenterde kalınlaşma (>15 mm)

- Laparoskopi; görüntü %95 tanı koydurucu
 - Peritonda kalınlaşma,
 - hiperemi,
 - asitle beraber olan yapışıklıklar,
 - yaygın ve tüm karına dağılmış beyaz-sarımsı miliyer nodüller (< 5mm)
 - peynirimsi materyal

- Biyopsi;
 - kazeifikasyon nekrozu,
 - granüloma,
 - epiteloid hücreler
 - Langerhans hücreleri

Tedavi

- Pulmoner tüberküloz için küratif olan tedavi rejimi
- Birinci basamak tedavide 5 ilaç: İzoniazid (INH), rifampisin (RIF), pyrazinamide (PZA), etambutol (EMB), streptomisin (SM)
- ilk 2 ay INH,RIF, PZA ve EMB
- İkinci aydan sonra INH ve RIF
- Toplam tedavi süresi 6 ay, 9-12 aya kadar uzatılabilir

SONUÇ

Kültür pozitifliği tanıda tüberküloz tanısında altın standarttır. Ancak diğer bulgularla birlikte değerlendirildiğinde CA 125, ADA pozitifliği yol gösterici olabilir.

Nadir görülmekle birlikte peritonit ve ateş etiyolojisi araştırılan olgularda tüberküloz ayırıcı tanılar arasında yer almalıdır.