

Akciğer dışı tüberkuloz olgularının demografik, laboratuvar ve klinik özellikleri ile uygulanan tanısal yöntemlerin retrospektif olarak değerlendirilmesi

Emine Arman Fırat, Esmay Eryılmaz Eren, İlhami Çelik

Kayseri Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Kayseri

Giriş-Amaç

- Tüberküloz (TB), *Mycobacterium tuberculosis* basilinin neden olduğu, tüm organları tutabilen sistemik, sıklıkla günümüzde gözden kaçan en sık enfeksiyon hastalıklarından biridir
- Hastalığın semptom ve bulgularının nonspesifik olması tanısal gecikmeye yol açmaktadır
- Hastanemizde 2018-2023 yılları arasında akciğer dışı TB ile takip ettiğimiz 24 olgunun demografik ve klinik özellikleri, uygulanan tanısal yöntemler retrospektif olarak değerlendirildi
- Tanıda yaşanan zorluklar vurgulanmak istendi

	LAP	GİS TBC	SSS TBC	GÜS TBC
Hasta sayısı	11	6	5	2
Yaş	50,6 (22-82)	40 (20-60)	38 (22-73)	54 (41-67)
Erkek, (%)	1/11 (%9)	1/6 (%16)	3/5 (%60)	-
Semptom				
. Ateş	6/11 (%54)	5/6 (%83)	5/5 (%100)	1/2 (%50)
. Halsizlik	9/11 (%81)	5/6 (%83)	4/5 (%50)	1/2(%50)
. Gece terlemesi	4/11 (%35)	5/6 (%83)	1/5 (%20)	1/2 (%50)
Geçirilmiş TB öyküsü	-	-	-	-
TB'lu hasta ile yakın temas öyküsü	1/11 (%9)	1/6 (%16)	-	-
Tanı konma (gün)	111 (14-240)	82(24-240)	20 (10-50)	93 (90-95)
Yakınma süresi (gün)	144 (30-242)	89 (40-240)	40 (11-90)	105 (90-120)

	LAP	GİS TBC	SSS TBC	GÜS TBC
Tanı bulguları				
Tüberkülin deri testi pozitifliği	7/7 (100 %)	1/4(%25)	-	1/2 (50 %)
Kültür pozitifliği	1/3 (%33)	0/5 (%0)	1/5 (%20)	0/2 (%0)
PCR pozitifliği	-	-	1/3(%33)	-
ARB pozitifliği	1/3 (%33)	0/5 (%0)	0/5 (%0)	1/2(%50)
Klinik uyum	1/11 (%9)	-	1/3 (%75)	1/2 (%50)
Biyopsi -NEKROTİZAN GRANÜLOMATÖZ İNFLAMASYON	8/11 (%72)	6/6 (%100)	-	-
Biyopsi -KAZEİFİKASYON NEKROZU İÇEREN GRANÜLOMATÖZ İNFLAMASYON	3/11 (%27)	0/6 (%0)	-	-
ADA , U/L	-	2/2 (92-101)(%100)	0/1 (%0)	-

	LAP	GİS TBC	SSS TBC	GÜS TBC
CRP yüksekliđi	5/10 (%50)	5/6 (%83)	4/5 (%80)	0/2 (%0)
Sedimantasyon yüksekliđi	3/7 (%42)	5/5 (%100)	3/4(%75)	0/1 (%0)
Beyaz küre , / μ L	6081	6831	10738	9435
Nötrofil , / μ L	3565	4069	9142	5855
NE %	57	70	81,1	62,5
Lenfosit , / μ L	1732	1138	882	2660
LY %	29	18	10,1	27,9
Platelet , / μ L	264000	403000	254000	228000
Kreatinin , mg/dL	0,7	0,5	1,08	0,8
AST , U/L	19	22,4	36,8	19
Alt , U/L	16	12,4	23,2	29,5
Total bilirubin , mg/dL	0,5	0,38	1	0,3

	LAP	GİS TBC	SSS TBC	GÜS TBC
Görüntüleme				
Akciğer grafisinde apekte lineer danste artışı	2/11 (%18)	2/6 (%33)	2/5 (%40)	0/2 (%0)
Akciğer grafisinde bilateral hiler dolgunluk	2/11 (%18)	2/6 (%33)	1/5 (%25)	0/2 (%0)
Servikal LAP	9/9 (%100)	0/3 (%0)	-	1/1 (%100)
Aksilller LAP	3/5 (%75)	3/4 (%75)	-	0/1 (%0)
Torakal LAP	1/7 (%14)	3/5 (%60)	-	0/2 (%0)
İnguinal LAP	0/2 (%0)	2/5 (%40)	-	0/1 (%0)
Abdominal USG ve ya Abdominal BT'de üriner obsrüksiyon, hidronefroz , böbrek taşı	1/5 (%25)	1/6 (%16)	1/1 (100 %)	1/2 (50%)
Abdominal USG ve ya Abdominal BT'de asit	0/5 (%0)	5/6 (%83)	0/1 (%0)	0/2 (%0)
Abdominal USG ve ya Abdominal BT'de peritanamatöz karsinomaza	0/5 (%0)	3/6 (%50)	0/1 (%0)	0/2 (%0)
Abdominal USG ve ya Abdominal BT'de batında yaygın lap	0/5 (%0)	5/6 (%83)	0/1 (%0)	0/2 (%0)
Onkolojik PET'de malignite , metastaz	-	2/2 (%100)	-	-
Beyin MRG'de birden fazla granülom	0/4 (%0)	0/2 (%0)	1/5 (%20)	0/1 (0%)

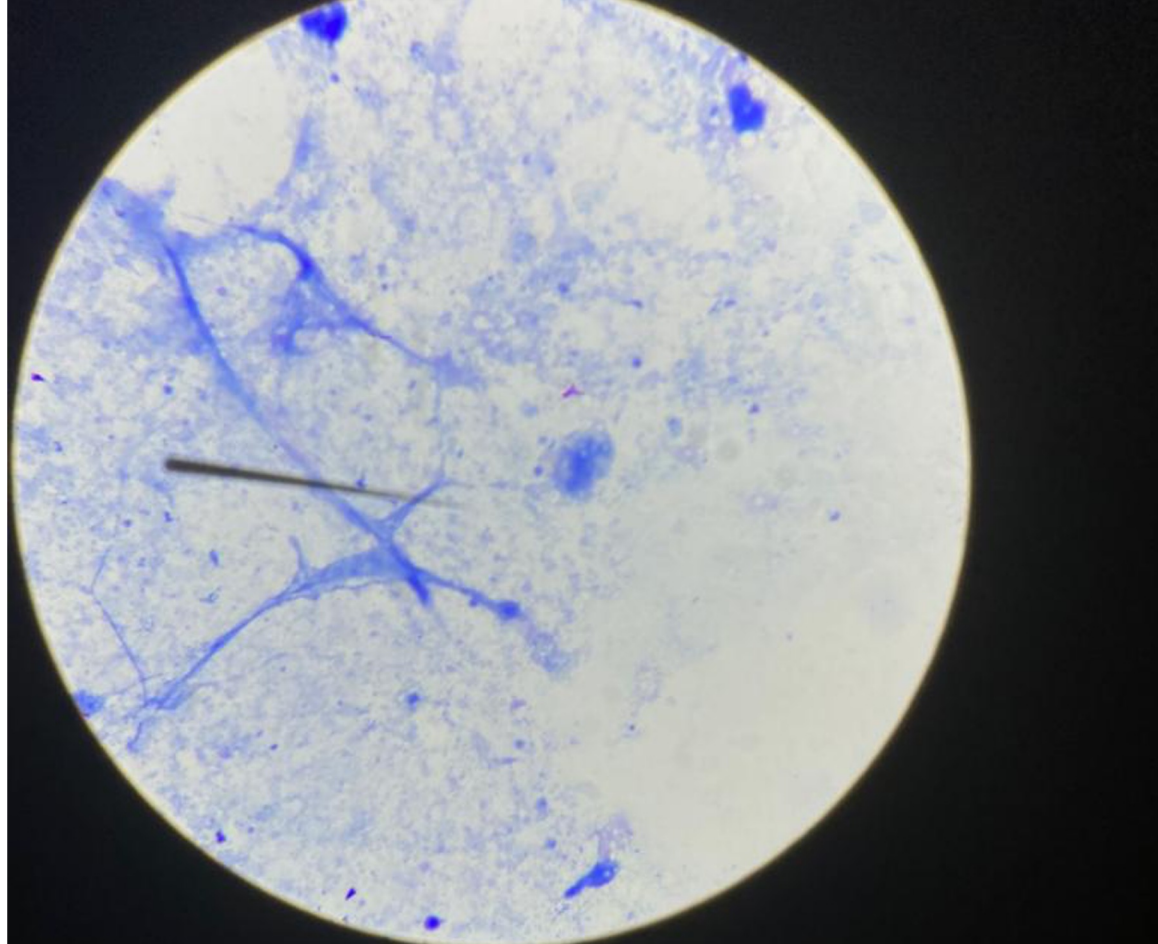
	LAP	GİS TBC	SSS TBC	GÜS TBC
Tedavi süresi (Ay)	7,5 (6-10)	10,2(6-12)	15(12-18)	9 (6-12)
Ölüm	-	-	-	-

- Tüberküloz lenfadenopatili iki olguda servikal bölgede pürülan akıntı gelişti (skrofuloderma)
- GİS tüberkülozu olan bir hastada TAH-BSO ameliyatı sonrası tanı konuldu
- Tüberküloz menenjitli bir olguya Guillain-Barré Sendromu ön tanısı ile plazmaferez yapıldı, bir olguya Transvers Miyelit ön tanısı pulse steroid tedavisi verildi



Tüberküloz lenfadenopati ile takip edilen hastada tedavi başlangıcından sonra boyun bölgesinde pürülan akıntılı lezyon gelişti, ARB 2+ saptandı, kültürde Mycobacterium tuberculosis üredi

Tüberküloz lenfadenopati ile takip edilen hastada gelişen pürülan akıntının Erlich-Ziehl Neesen (EZN) Boyaması ile mikroskopik incelenmesi



Olgu	1	2	3	4	5
Ön Tanı	Menenjit	Guillain-Barré Sendromu	Viral Menenjit	Menenjit	Transvers Miyelit
Nörolojik Semptom	Nöbet	Tetrapleji	-	-	Parapleji
Evre	2	3	1	1	3
Tanı konma (gün)	10	13	17	11	50
LP tekrar nedeni	Klinik yanıtızsızlık	Kontrol	Klinik yanıtızsızlık	Kontrol	Kontrol
Hücre Sayısı (hücre/mm ³)	1333-230	33-6	195-230	760	3-1
MN , %	99,2-95,7	100-83,3	98,4-96,5	71,1	100-0
PMN, %	0,8-4,3	0-16,7	1,6-3,5	28,9	0-100
Protein (mg/dL)	135-122	127-90	55-218	241	126-
Glikoz , (mg/dL)	45(0,46) -41(0,47)	49(0,65)-69(0,69)	74(0,71)-32(0,35)	56(0,6)	42(0,37)-
Sodyum , mmol/L	138-152	138-143	-	137	142-
KLor , mmol/ L	117-126	117-120	-125	113	123-

CURRENT
BEYIN +C
C
t1
8.12.2022 23:53
Teknisyen : MUSTAFA AKAN 1.5T

ARH

WC/WW:339.0/617.0
Img 16/30 Srs 10/12
MR t1_tse_tra_fs
TE:13 TR:555
FA:150 N

CURRENT

BEYIN +C

CA

t2

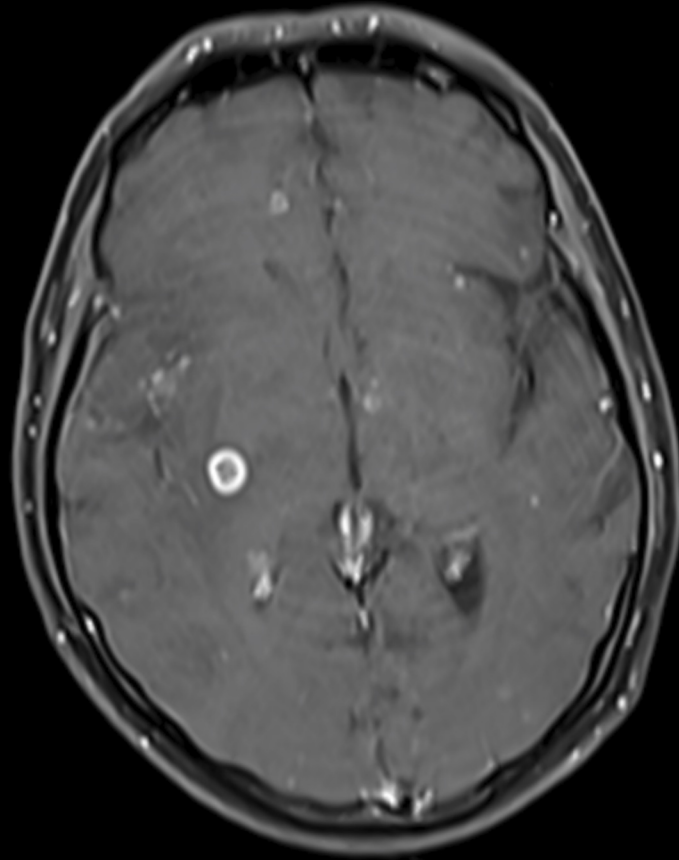
8.12.2022 23:27

Teknisyen : MUSTAFA AKAN 1.5T

ARH

WC/WW:279.0/605.0
Img 15/30 Srs 5/1
MR t2_tse_dark-fluid_tr
TE:82 TR:900
FA:150 N

10mm



LAH

30

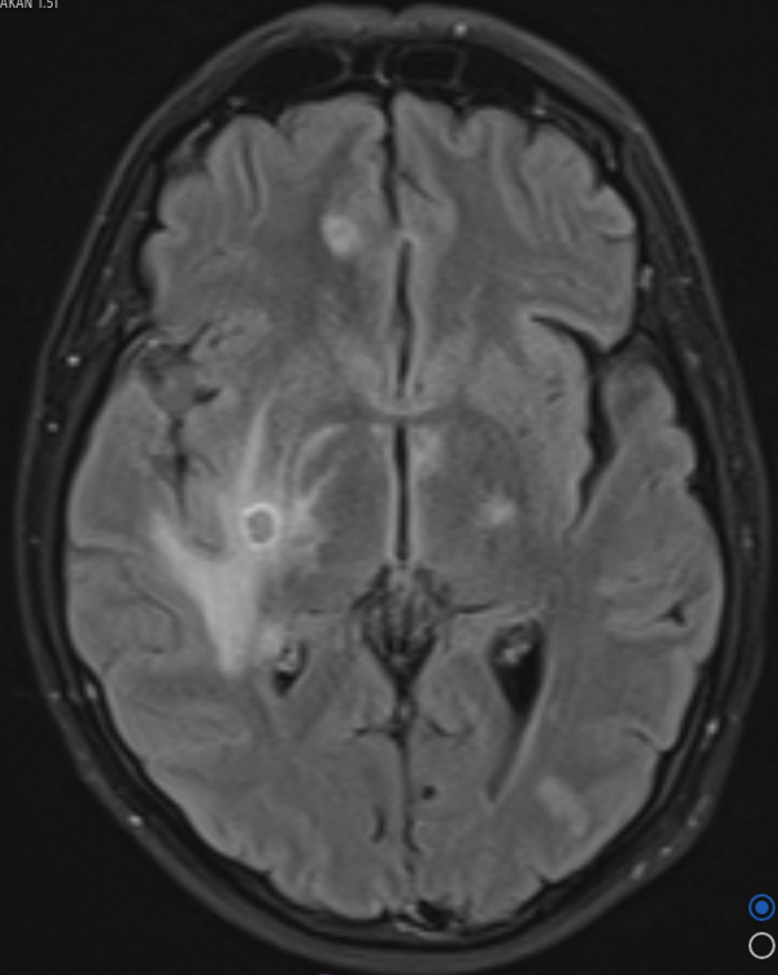
MRViewer
VRTViewer

DL%100 Vw%75
MagP:1.5 MagA%:36.0

▶ ◀ ▶ ▶ 📄 📄 📄 📄 📄 📄

5.5 mm

10mm

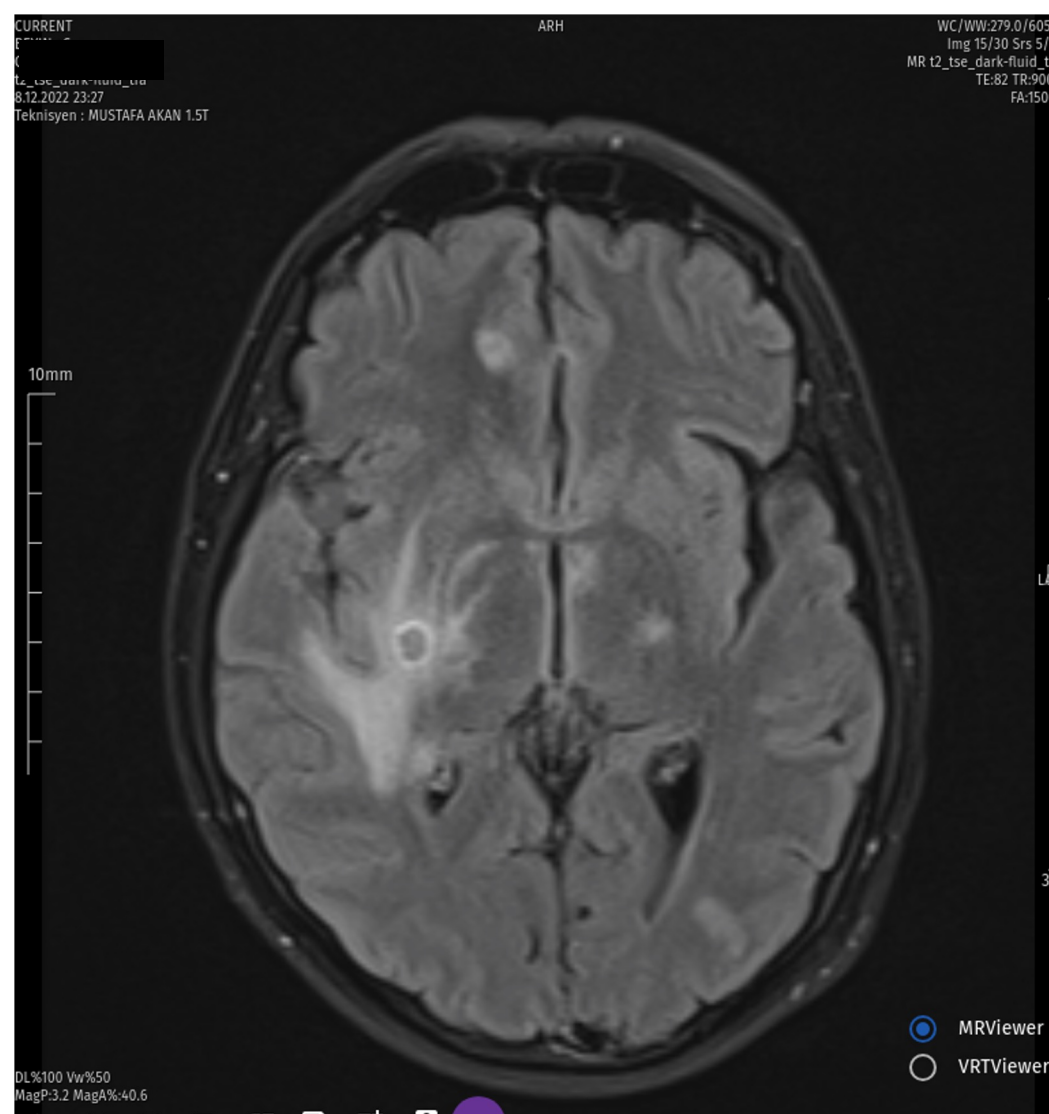


30

DL%100 Vw%50
MagP:3.2 MagA%:40.6

▶ ◀ ▶ ▶ 📄 📄 📄 📄 📄 📄

5.5 mm



Kontrastlı Beyin MR

.Her iki serebellar hemisfer, beyin sapı, bazal çekirdekler ve subkortikal beyaz cevher, sağ frontoparietal kortikal subkortikal kesimlerde kortikal ekspansiyona ve sinyal artışına neden olan, çoğunluğu nodüler tarzda IVKM sonrası rim tarzı kontrastlanan, **difüzyon kısıtlılığı gösteren multipl lezyon izlenmiştir**

.IVKM sonrası sağ frontoparietal kortikal subkortikal giral yoğun kontrastlanma ve diğer lezyonlara ait düzgün rim tarzı kontrast tutulumları izlenmiş olup, **yaygın tüberkulomlar-milier lezyonlar ve sağ frontoparietal pakimenenjit lehine değerlendirilmiştir**

- GİS TBC ile takip edilen bir hastada akut tübüler nekroz gelişti, rifampisin kesildi moksifloksasin başlandı
- TBC lenfadenit ile yakip edilen bir olguda akut karacięer yetmezlięi gelişti ve antitüberküloz tedavisine ara verildi
- GİS TB tanılı bir hastada altı aylık tüberküloz tedavisine yanıt alınamadı, altı ay daha tedavi aldı ancak klinik yanıt alınamaması üzerine dirençli TB tedavisi yapan merkeze yönlendirildi
- Tüberküloz menenjit ile takip edilen bir olgunun tedavisi pandeminin etkisinden dolayı hastaneye başvurmadığı için 18 ay sürdü

Sonuç

- Ülkemizde akciğer dışı tüberkülozun oldukça sık görülmektedir ve çok çeşitli semptomlar ile hastalar başvurabilmektedirler
- Mutlaka tüberküloz akılda tutulmalı, aile öyküsü ve geçirilmiş tüberküloz öyküsü sorgulanmalıdır
- Şüphelenilen hastalarda mutlaka tanısal testler en kısa sürede yapılmalı, uygun tedavi bekletilmeden başlanmalıdır