

Kardiyada kitleyle kendini gösteren mide tüberkülozu olgusu

A case with gastric tuberculosis presented as tumor located in the cardia

Hüseyin KAÇMAZ, Elif Tuba TUNCEL, Muhsin KAYA

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Diyarbakır

Tüberküloz enfeksiyonunda mide tutulumu oldukça nadir olup, genellikle akciğer tüberkülozuna sekonder veya immün yetmezlik durumlarında ortaya çıkar. Burada başka organda aktif tüberkülozu olmayan, yutma güçlüğü ve göğüs ağrısıyla kliniğimize müracaat eden, kardiyada malign kitle ön tanısıyla cerrahiye verilen; ancak, alınan frozen biyopsi-de tüberküloz tanısı konulan ve tedavi sonrası tamamen düzelen vaka sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Tüberküloz, ekstrapulmoner, mide

Gastric involvement in tuberculosis infection is very uncommon, and it is usually associated with pulmonary tuberculosis or immune deficiency conditions. A patient without known active tuberculosis was admitted to our clinic for evaluation of dysphagia and chest pain. She then underwent surgery for tumor located in the cardia. Frozen biopsy of the tumor was compatible with tuberculosis. Complete improvement was observed after anti-tuberculosis therapy.

Key words: Tuberculosis, extrapulmonary, stomach

GİRİŞ

Tüberküloz enfeksiyonu gelişmiş ülkelerde nadir görülmesine rağmen, geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerde hala önemli bir sağlık sorunudur (1). İmmünkompetan kişilerde, özellikle de primer akciğer tüberkülozu olmadan mide tüberkülozu oldukça nadir görülmekte ve olgu sunumları şeklinde bildirilmektedir (2). Mide kanseri nedeni ile kemoterapi uygulaması ve geçirilmiş gastrektomi öyküsü mide tüberkülozu için risk faktörleridir (3).

Mide tüberkülozu vakaları farklı şekillerde klinik bulgu verebilir. Gastrointestinal sistem kanaması, tedaviye dirençli kronik ülser, mide perforasyonu, primeri bilinmeyen ateş ve mide çıkışında daralma ile kendini gösterebilir (4).

Burada kardiyada malign kitle ön tanısıyla cerrahiye verilen ve daha sonra primer mide tüberkülozu tanısı konulan vaka sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

56 yaşında kadın hasta, son iki aydır olan göğüs ağrısı ve yutma güçlüğü şikayetleri ile başvurdu. Hastanın öz geçmişi ve soy geçmişi özellik yoktu. Ayrıca, daha öncesine ait geçirilmiş tüberküloz hikayesi yoktu. Fizik muayenede hafif epigastrik hassasiyet dışında patolojik bulgu yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde hemoglobini: 11.3 g/dL, sedimantasyon: 27 mm/h ve laktat dehidrogenaz

(LDH): 271 U/L olup diğer biyokimyasal değerleri normaldi. Endoskopide kardiyada, özofagogastrik bileşkeden başlayan, yaklaşık 5 cm büyüklüğünde, üzeri normal mukoza ile kaplı, submukozal kitlesel lezyon saptandı (Resim 1). Lezyonun üzerindeki mukoza normal olduğundan endoskopik biyopsi alınmadı. Çekilen kontrastlı göğüs ve batin tomografisinde kardiyada yaklaşık 46X47 mm boyutunda kitlesel lezyon ile beraber gastrohepatik ligament çevresi, periportal ve para-aortik bölgede büyüğü 2 cm çapında olan çok sayıda lenf nodu dışında patoloji saptanmadı (Resim 2). Ayrıca çekilen pozitron emisyon tomografisi/bilgisayarlı tomografi (PET-CT)'de SUVmax değeri 8,1 olan, kardiya bölgesinde 36x34 mm'lik kitle ile beraber SUVmax değeri 9,2 olan, gastrohepatik ligament çevresi, peripankreatik ve portokaval bölgede çok sayıda büyümüş lenf nodu saptandı (Resim 3). Kardiyada malign kitle öntanısıyla ameliyata verilen hastanın alınan frozen biyopsisinde kazeifikasyon nekrozu ve granülom yapısı saptanması nedeniyle hastaya mide tüberkülozu tanısı konuldu ve kitle rezeksiyonu yapılmadan işlem sonlandırıldı. İlk iki ay dörtlü (izoniyazid, rifampisin, etambutol ve morfozinamid) ve son 7 ay ikili (izoniyazid ve rifampisin) anti-tüberküloz tedavisi verildi. Tedavi bitiminden sonra yapılan endoskopisi (Resim 4). ve çekilen kontrastlı batin tomografisinde (Resim 5) daha önce kardiyada saptanan lezyonun tamamen kaybolduğu görüldü.

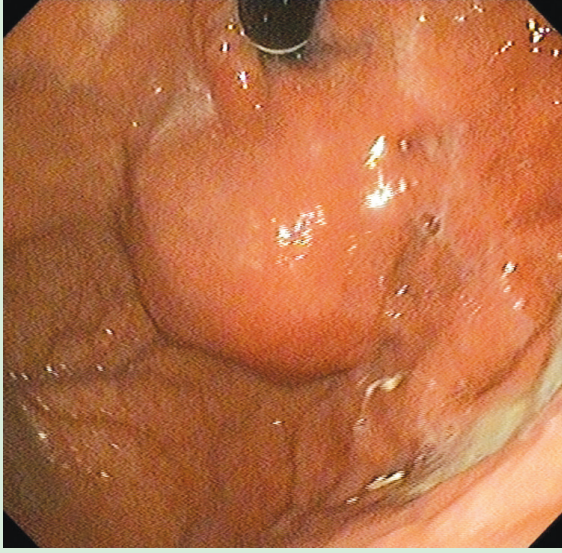
İletişim: Muhsin KAYA

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Sur-Diyarbakır

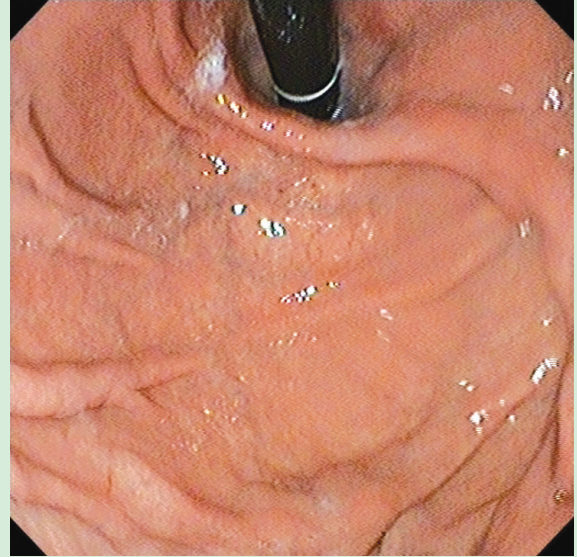
Tel: +90 412 248 80 01- 4929

E-mail: muhsinkaya20@hotmail.com

Geliş Tarihi: 23.05.2016 • **Kabul Tarihi:** 15.07.2016



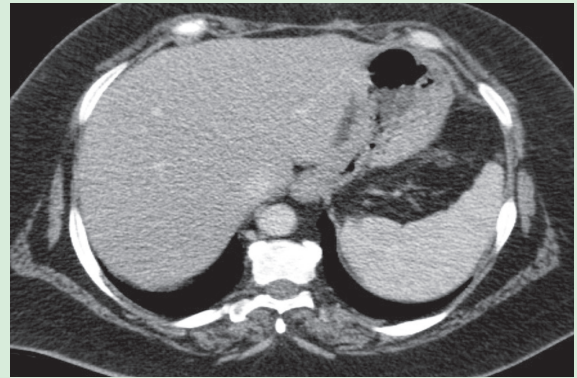
Resim 1. Kardiya da yaklaşık 5 cm boyutunda submukozal kitlesel lezyon.



Resim 4. Tedavi sonrası kontrol endoskopide lezyonun tamamen kaybolduğu görülüyor.



Resim 2. Batın BT'de mide kardiya kısmına uyan bölgede yaklaşık 5 cm büyüklüğünde kitle (ok).



Resim 5. Tedavi sonrası kontrol BT'de kardiya da lezyonun kaybolduğu görülüyor.



Resim 3. PET-BT'de artmış FDG tutulumu gösteren lezyon (ok).

TARTIŞMA

Ekstrapulmoner tüberküloz enfeksiyonu nadiren mide yerleşimli olabilmektedir (4). Bunun nedenleri midedeki hidroklorik asit varlığı, sürekli motor aktivite ve mide duvarında az sayıda lenfoid folikül bulunması olarak açıklanmaktadır (5). Mide tüberkülozu genellikle diğer organ tutulumlarına sekonder olarak veya immün yetmezlik durumlarında ortaya çıkar. En sık akciğer tüberkülozuna sekonderdir (6). Sekonder mide tüberkülozu çölyak lenf nodlarından lenfojen, hematojen veya komşuluk yoluyla yayılımla, direkt mukozal invazyonla ya da ülserlerin ve malign lezyonların süperenfeksiyonu yoluyla ortaya çıkmaktadır. Mycobacterium bovis ile infekte, pastörize edilmemiş sütlerin içilmesi de izole mide tüberkülozunun bir nedeni olabilir. Ayrıca, akut lösemilere ve kazanılmış

immün yetmezlik sendromuna eşlik eden izole gastrik tüberküloz olguları bildirilmiştir (7). Primer mide tüberkülozu, özellikle immünkompetan kişilerde nadiren görülmektedir (8). Primer mide tüberkülozunda klinik bulgular yanıltıcı ve nonspesifiktir. Bu hastalar gastrointestinal sistem kanaması, mide çıkış obstrüksiyonu, mide perforasyonu, tedaviye dirençli ülser, sebebi bilinmeyen ateş gibi çok farklı bulgularla gelebilir. Bazen görünüm olarak mide kanseri ile karıştırılabilir (4). Bizim hastamızda göğüs ağrısı ve yutma güçlüğü şikayetleri mevcuttu. Hastamızın daha öncesinde tüberküloz geçirmemiş olması; hastanın ateş, zayıflama ve gece terlemesi gibi tüberkülozu düşündürecek hiçbir semptomunun olmaması vakamızı daha da ilginç kıldığı kanaatindeyiz.

Mide tüberkülozunun sıklıkla antrum ve prepylorik bölgeye yerleşen, tek veya çoklu ülserler veya hipertrofik nodüler lezyonlar şeklinde olduğu bildirilmiştir (5,9). Bizim vakamızda karadiya yerleşmiş, üzeri tamamen normal mukozayla kaplı, submukozal lezyon şeklindeydi.

Primer mide tüberkülozunun tedavisi akciğer tüberkülozu gibidir. Fakat obstrüksiyon (10), kanama (11) ve perforasyon (12,13) gelişen vakalarda cerrahi müdahale gerekebilir. Bizim hastamıza ilk iki ay standart dördü ve sonraki yedi ay ikili anti-tüberküloz tedavi uygulandıktan sonra hastada klinik, laboratuvar, endoskopik ve radyolojik tam düzelme gözlemlendi.

Aktif tüberküloz tanısı ve yaygınlığının saptanmasında

18-floro-2-deoksiglukoz (18F-FDG) PET-CT incelemesi yaygın olarak kullanılmıştır. (18F-FDG) PET-CT benign ve malign hastalıkların ayırımında kullanılmış olmakla beraber, elde edilen veriler bu incelemenin malign hastalıkları aktif inflamasyonla seyreden benign hastalıklardan ayırmada güvenilir bir metod olmadığını ortaya koymuştur. Bu nedenle malign hastalıkların varlığının araştırılması sırasında bu testin kullanılması bir çok yalancı pozitif sonucun ortaya çıkmasına sebep olabilir. Hem pulmoner ve hem de ekstrapulmoner aktif tüberküloz lezyonları 18F-FDG'ü tutar. Bu nedenle tüberküloz hastalığının yaygınlığının saptanmasında (18F-FDG) PET-CT alternatif bir tetkik yöntemi olarak kullanılabilir (14). Bizim vakamızda çekilen (18F-FDG) PET-CT incelemesinde kardiyadaki kitlede ve batındaki çok sayıda lenf bezinde malignite düzeyinde 18F-FDG tutulumu saptanmakla beraber, tüberküloz tanısı histopatolojik inceleme ve anti-tüberküloz tedaviye tam cevap alınmasıyla doğrulandı. Bu nedenle aktif tüberküloz enfeksiyonunun malign kitlelerle ayırımında (18F-FDG) PET-CT incelemesinin güvenilir bir tetkik yöntemi olmadığı kanaatindeyiz.

Sonuç olarak, mide tüberkülozu aktif enfeksiyonun hiçbir belirtisi olmadan tümöral kitle şeklinde de görülebildiğinden, midede saptanan kitlelerin ayırıcı tanısında tüberküloz enfeksiyonu da düşünülmeli ve tüberküloz ile malignite arasındaki ayırımı yapmada (18F-FDG) PET-CT incelemesinin güvenilir bir tetkik olmadığı unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Giouleme O, Paschos P, Katsaros M, et al. Intestinal tuberculosis: a diagnostic challenge- case report and review of the literature. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2011;23:1074-7.
2. Bandyopadhyay G, Lahiri S, Ghosh S. Gastric tuberculosis-a diagnostic dilemma. *J Indian Med Assoc* 2010;108:875.
3. Huang SF, Li CP, Feng JY, et al. Increased risk of tuberculosis after gastrectomy and chemotherapy in gastric cancer: a 7-year cohort study. *Gastric Cancer* 2011;14:257-65.
4. Gupta B, Mathew S, Bhalla S. Pyloric obstruction due to gastric tuberculosis: an endoscopic diagnosis. *Postgrad Med J* 1990;66:63-5.
5. Subei I, Attar B, Schmitt G, Levendoglu H. Primary gastric tuberculosis: A case report and literature review. *Am J Gastroenterol* 1987;82:769-72.
6. Chazan BI, Aitchison JD. Gastric tuberculosis. *Br Med J* 1960;2:1288-90.
7. Lin O, Wu SS, Yeh KT, Soon MS. Case report: isolated gastric tuberculosis of cardia. *J Gastroenterol Hepatol* 2002;14:258-61.
8. Armine K. Aspect and incidence of tuberculous infections and notably their gastric localization in Iran. *Rev Med Moyen Orient* 1962;19:122-8.
9. Rathnaraj S, Singh SK, Varghese M. Gastric tuberculosis presenting with haematemesis. *Indian J Gastroenterol* 1997;16:110-1.
10. Kshirsagar AY, Kanetkar SR, Langade YB, et al. Duodenal stenosis secondary to tuberculosis. *Int Surg* 2008;93:265-7.
11. Wig JD, Vaiphei K, Tashi M, Kochhar R. Isolated gastric tuberculosis presenting as massive hematemesis: report of a case. *Surg Today* 2000;30:921-2.
12. Sharma D, Gupta A, Jain BK, et al. Tuberculous gastric perforation: report of a case. *Surg Today* 2004;34:537-41.
13. Manzelli A, Stolfi VM, Spina C, et al. Surgical treatment of gastric outlet obstruction due to gastroduodenal tuberculosis. *J Infect Chemother* 2008;14:371-3.
14. Ankrah AO, van der Werf TS, de Vries EFJ, et al. PET/CT imaging of Mycobacterium tuberculosis infection. *Clin Transl Imaging* 2016;4:131-44.