

Kolon Karsinomunu Taklit Eden Kolon Tüberkülozu: Nadir Görülen Bir Olgu

Colonic Tuberculosis Mimicking Colonic Carcinoma: A Rare Case

ALİ EMRE ATICI,¹ ENVER REYHAN,¹ MUSTAFA DUMAN,¹ ŞÜKRÜ TAŞ,¹ MURAT ULAŞ,¹ TAHSİN DALGIÇ,¹ ERDAL BİROL BOSTANCI,¹ MUSA AKOĞLU,¹ SİBEL KAYAHAN²

¹Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği, İstanbul,

²Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

ÖZET

Gastrointestinal sistem tüberkülozu özofagustan rektuma kadar herhangi bir organı tutabilmesine karşın en sık olarak ileoçekal bölgede görülmektedir. Segmenter ya da izole kolon tutulumu son derece nadirdir. Semptomları nonspesifik olup enfeksiyöz, inflamatuvar (Crohn hastalığı) ve malignite gibi diğer abdominal hastalıkları taklit edebilir. Aktif pulmoner enfeksiyon yokluğunda tanısı son derece zordur. Gelişmiş batı ülkelerinde görülme sıklığı az olmasına rağmen immunsupresif hastalarda hala önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Biz burada kolon kanserini taklit eden, aktif ya da geçirilmiş pulmoner tüberküloz öyküsü olmayan izole kolon tutulumlu olgumuzu sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: *Gastrointestinal tüberküloz, Kolon karsinomu, Kolonoskopi, Kolon tüberkülozu*

ABSTRACT

Tuberculosis of gastrointestinal tract may involve any portion of bowel extending from oesophagus to rectum, however; ileocecal region is the most frequently involved area. Isolated or segmental tuberculous involvement of the colon is extremely rare. The diagnosis of colon tuberculosis is usually difficult, especially in cases without any manifestation of pulmonary tuberculosis. The symptoms and signs of colon tuberculosis are non-specific. It may mimic many other abdominal diseases, such as infectious or inflamatuvar processes, crohn's disease and malignancy. Although intestinal tuberculosis is rarely seen in western countries, it continues to be a common disease responsible for morbidity and mortality in immunocompromised patients. Herein we report a patient with isolated colon tuberculosis mimicking colon cancer without history of pulmonary tuberculosis.

Key words: *Gastrointestinal tuberculosis, Carcinoma of colon, Colonoscopy carcinoma, Colonic tuberculosis*

Başvuru Tarihi: 23.06.2010, Kabul Tarihi: 14.08.2010

Dr. Ali Emre Atıcı

Kentplus Sitesi D6 Blok D11 Batıataşehir

Kadıköy İstanbul - Türkiye

Tel: 0.216.4594440-1358, 0.532.5517101

e-mail: aeatici@gmail.com

Kolon Rektum Hast Derg 2010;20:87-91

Giriş

Gastrointestinal tüberküloz, intraabdominal organların ve peritonun aside dirençli *Mycobacterium tuberculosis* bakteri 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 immunsupresif bireyler, kronik böbrek hastaları, evsizler, madde ve ilaç bağımlıları sorumlu tutulmaktadır.^{1,2} Gastrointestinal tutulum, akciğer dışı tüberküloz vakalarında genitoüriner sistem, lenfatik sistem, iskelet sistemi, meninksler ve miliyer tüberkülozdan sonra en sık olarak tutulan altıncı bölgedir.³

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 enfeksiyonu olan hastalarda hematogen ya da enfekte balgamın yutulması ile meydana gelebilir.²⁻⁴ Primer intestinal tüberküloz abdominal tüberküloz olgularının %2'sinden azını oluşturur.⁵ Gastrointestinal tüberküloz özofagustan rektuma kadar olan herhangi bir yeri tutabilir fakat en sık olarak ileoçekal bölgede yerleşmektedir.^{1,4,6} İleoçekal bölge dışında sadece kolon tutulumu son derece nadirdir ve tüm abdominal tüberkülozlu vakaların %2-3'ünü teşkil etmektedir.⁶ Kolon tutulumu olan hastaların tanısı, özellikle pulmoner enfeksiyon yokluğunda, son derece zordur ve infeksiyöz, inflamatuvar (Crohn hastalığı), neoplazm gibi diğer abdominal hastalıklar ile karışabilir.^{1,6}

Olgu

Seksen altı yaşında erkek hasta kliniğimize halsizlik, çabuk yorulma ve kilo kaybı yakınmaları ile başvurdu. Hastanın yaklaşık bir yıldır anemi tedavisi gördüğü öğrenildi. Fizik muayenede kaşektik yapı ve hafif soluk görünüm dışında patoloji saptanmadı. Laboratuvar bulguları anemi (Hb=8.9 g/dl), üre ve kreatinin yüksekliği (üre=74, kreatinin=2.8 mg/dl), sedimentasyon yüksekliği (sedimentasyon=91), hipoalbumemi (albumin=2.5 gr/dl) ve CA 125 yüksekliği (CA 125=117.5 U/ml) dışında tamamen normaldi. Çift kontrast kolon grafisinde assendan kolonda daralma ve rijidite ile beraber elma yeniği (apple-core) görünümü saptandı (Resim 1). Kolonoskopik incelemede hepatik fleksura çıkan kolon bölgesinde lümeni çepeçevre saran ve geçişi izin vermeyen malign görünümlü kitle saptandı (Resim 2). Kitleden yapılan biopsi örnekleri nonspesifik kolit ile



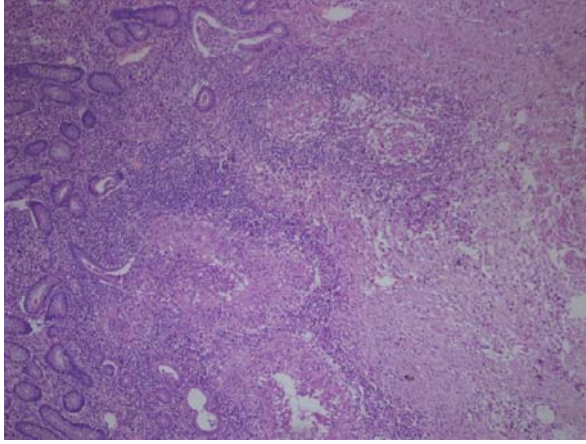
Resim 1. Kolon grafisinde çıkan kolonda daralma

uyumlu gelmesi üzerine biopsi tekrarlandı ve yine aynı bulgular elde edildi. Abdominal ultrasonografide sağ kolon hepatik fleksura düzeyinde duvar kalınlığında artış ve kolelityazis mevcuttu. Üre ve kreatinin yüksekliği nedeni ile bilgisayarlı tomografi yapılamadı. Hastaya kısmi obstrüksiyon bulguları nedeni ile sağ hemikolektomi ve kolelityazis için kolesistektomi yapıldı.

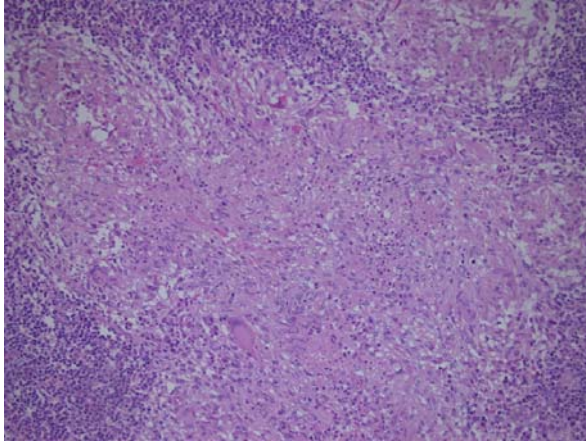


Resim 2. Kolonoskopik görünüm

Hasta, postoperatif dönemde sorunsuz bir şekilde taburcu edildi. Patolojik tetkik sonucu kolon tüberkülozu ve kronik kolesistit ile uyumlu bulundu (Resim 3a, 3b). Hastaya antitüberküloz tedavi başlandı ve postoperatif onikinci ayında olan hastanın antitüberküloz tedavisi devam etmekte ve herhangi bir yakınması bulunmamaktadır.



Resim 3a.



Resim 3b.

Tartışma

Gastrointestinal tüberküloz batılı ülkelerde nadir görülmesine rağmen gelişmekte olan ülkelerde hala önemli mortalite-morbidite nedenleri arasındadır ve görülme sıklığında son yirmi yılda hafif artış olduğu belirlenmiştir.¹ Bu artıştan, HIV pozitif immunsupresif bireyler, kronik böbrek hastaları, evsizler, madde ve ilaç bağımlıları sorumlu tutulmaktadır.^{1,2}

Gastrointestinal sistemin herhangi bir bölümünde görülebilmeye karşın en sık olarak ileum ve ileoçekal bölgede karşımıza çıkmaktadır.^{1,6} 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.^{1,6,7} İleoçekal bölge dışında sadece kolon tutulumu olan hastalar, tüm abdominal tüberküloz

olgularının %2-3'ünü oluşturmaktadır.¹ Daha sık olarak sigmoid kolon, assendan kolon ve transvers kolon tutulumu görülür ve yaklaşık üçte bir (%28-44) oranında multifokal olabilir.³ Burada sunulan hastada lezyon çıkan kolonda saptandı.

İntestinal tüberküloz kolon kanseri, lenfoma, crohn veya ülseratif kolit gibi inflamatuvar hastalıkları, periapendiküler apse, divertikülit ve enfeksiyöz hastalıkları (amebik kolit, Yersinia enf., histoplazmozis v.s) taklit edebilir.¹ Yine kolon kanseri ve kolon tüberkülozu birlikteliğini gösteren yayınlar bulunmasına rağmen aralarındaki ilişki tam olarak anlaşılmamıştır.^{1,8,9}

Hastaların semptomları genellikle nonspesifiktir, karın ağrısı, kilo kaybı, ateş, iştahsızlık, diyare yada kabızlık, halsizlik, genel durum düşüklüğü ve anemi gibi belirtiler görülür. Ayrıca barsak lümenini daraltan lezyonlara yol açarak kısmi yada tam intestinal obstrüksiyon bulgularına neden olabilirler.¹⁰ Hafif şiddette melena tarifleyen hastalar daha sık olmakla birlikte masif gastrointestinal sistem kanamasıda görülebilmektedir.^{1,3,8} Bu nonspesifik belirtiler nedeniyle kolon tüberkülozunun tanısı, özellikle aktif pulmoner enfeksiyon yokluğunda, son derece zordur. Hastaların sadece %25'inde akciğer grafisinde aktif ya da geçirilmiş pulmoner enfeksiyon mevcuttur.^{6,7,11} İlk anda doğru klinik tanı hastaların sadece %50'sine konulabilmektedir.^{1,12} 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.⁷ Burada sunulan hastada kilo kaybı, halsizlik, kabızlık, karın ağrısı yakınmaları ön planda idi, yapılan tetkiklerde parsiyel intestinal obstrüksiyon bulguları, sedimantasyon yüksekliği, hipoalbumemi ve hafif anemi saptandı. Hastanın muayenesi hafif soluk ve kaşektik görünüm, barsak seslerinde hafif artış dışında tamamen normaldi, abdominal distansiyon veya karın içi kitle saptanmadı.

Çift kontrast baryumlu kolon grafisinde izole striktür, darlık, elma yeniği (apple-core) görünümü olabilir fakat tek başına tanı koymada yeterli ve hastalığa spesifik bir bulgu değildir.^{1,13,14} Hastamızın baryumlu kolon grafisinde assendan kolona uyan bölgede tipik elma yeniği (apple-core) görünümü mevcuttu, bu da hastanın yaşı ve tüberküloz öyküsü olmaması nedeniyle ilk planda kolon karsinomu olarak değerlendirilmesine yol açtı.

Bilgisayarlı tomografi olguların %60'ında tüberküloz yönünden şüpheli lezyonları (retroperitoneal lenfadenopati, asit, abse gibi) gösterebilir.^{1,15,16} Hastamızın üre kreatinin değerlerindeki yükseklik nedeni ile bilgisayarlı tomografi yapılmadı, fakat abdominal ultrasonografide assendan kolon duvarına uyan bölgede kalınlaşma tespit edildi. İntestinal tüberküloz şüphesi olan hastalarda pozitif tüberkülin deri testi (PPD) yararlı olabilir fakat spesifik değildir.⁸ Kolonoskopi ve beraberinde yapılan biopsi, en yararlı ve yaygın tanı aracı olarak kullanılmaktadır.^{1,6} Bhargava ve ark.¹⁷ intestinal tüberküloz olgularında tipik endoskopik bulguları tanımlamışlardır. Makroskopik görünüm ülseratif, hipertrofik ya da her ikisinin birlikte görüldüğü lezyonlar şeklindedir.^{1,15-17} Bockus ve ark. primer gastrointestinal tüberküloz vakalarının %70'inin hiperplastik veya hipertrofik lezyonlar, sekonder tüberküloz vakalarının ise ülseratif lezyonlar şeklinde olduğunu bildirmişlerdir. Hipertrofik lezyonlar fibrozis ve skar dokusu ile beraber psödötümör görünümü oluşturur.^{5,18} Mikroskopik incelemede ise kolon mukozası ve submukozasında granümatöz inflamasyon, nekroz ve dev hücreler görülmektedir.^{1,15} Mycobacterium tuberculosis basili lenfanjit ve nekrozun eşlik ettiği kendine özgü submukozal granülomları oluşturur. Yine de kazefiye ya da non kazefiye granülom hastaların %50'sinden azında bulunmaktadır.⁶ Patolojik lezyonların submukozal yerleşimli olması nedeni ile biopsi incelemelerinde yanlış negatif sonuçlar saptanabilir.^{6,10} Hastamızın kolonoskopik muayenesinde lümeni çepeçevre daraltan, lümeden kabarık, tümör izlemine veren hipertrofik lezyon saptandı. Lezyondan

yapılan kolonoskopik biopside iki kez nonspesifik kolit olarak rapor edildi.

Kolonoskopik biopsi örneklerinde uygun boyalar (Zeihl-Neelsen) kullanılarak hastaların %35-60'ında aside dirençli bakteriler saptanabilmekte ve örnekler kültüre gönderilerek tüberküloz tanısı hem histolojik hem de bakteriyolojik olarak doğrulanabilmektedir.^{1,6,10} Kültür sonuçlarının uzun sürmesi ve de pozitiflik oranlarının %36 gibi düşük değerlerde kalması nedeniyle, son yıllarda mikobakteriyel enfeksiyonların tanısında polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) önerilmektedir.⁴ PCR analizi, %60 pozitiflik oranı ile kültür ve aside dirençli boyama tekniklerinden daha duyarlıdır ve parafin kesitlerdeki az sayıdaki organizmaları bile saptayabilmektedir.^{6,8,15,18} İntestinal tüberkülozda cerrahi tedavi, komplikasyon varlığında düşünülmelidir. En sık görülen komplikasyonlar intestinal obstrüksiyon (%15-60), fistül (%25), perforasyon (%15) ve gastrointestinal kanamadır.¹⁵ Bunların dışında üç ila altı ay antitüberküloz tedaviye rağmen intestinal stenoz devam ederse, malignite ekarte edilemez veya beraberinde malignite tespit edilirse cerrahi tedavi önerilmektedir.⁴ Hastamıza radyografik, kolonoskopik ve patolojik olarak ön planda malignite düşünülmüş ve de parsiyel intestinal obstrüksiyon semptomları olması nedeniyle cerrahi tedavi uygulandı.¹⁵

Sonuç olarak, izole kolon tüberkülozu nadir görülmekle birlikte risk faktörlerindeki artışa bağlı olarak görülme sıklığı artmaktadır. Kolonoskopi ve çift kontrast baryumlu kolon grafilerinde malignite şüphesi olan hastaların ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulmalıdır.

Kaynaklar

1. 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.
2. Todd AS, Walter JC. Gastrointestinal tuberculosis. *Current Gastroenterology Reports* 2003;5:273-78.
3. Sharma MP, Bhatia V. Abdominal tuberculosis. *Indian J Med Res* 2004;120:305-15.
4. Subnis BM, Bakhshi GD, Shaikh A, *et al.* Bombay Hospital Journal Special Issue 2009;78-80.
5. Sotoudehmanesh R, Sotodeh M, Soltani-Yekta S. Rectal tuberculosis mimicking rectal cancer. *Govareh* 2007;12:205-07.
6. Chatzicostas C, Koutroubakis IE, Tzardi M, *et al.* Colonic tuberculosis mimicking Crohn's disease: case report. *BMC* 2002;2:1-4.
7. Shah S, Thomas V, Mathan M, *et al.* Colonoscopic study of 50 patients with colonic tuberculosis. *Gut* 1992;33:347-51.

8. 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.
9. Jain BK, Chandra SS, Narashiman R, *et al.* Coexisting tuberculosis and carcinoma of the colon. *Aust N Z J Surg* 1991;61:828-31.
10. Wang Y, Yu Wen-Yi. Isolated colonic tuberculosis. *Postgrad Med J* 1987;63:403-04.
11. Singh V, Kumar P, Kamal J, *et al.* Clinicocoloscopic profile of colonic tuberculosis. *Am J Gastroenterol* 1996;91:565-68.
12. Das P, Shukla HS. Clinical diagnosis of abdominal tuberculosis. *Br J Surg* 1976;63:941-46.
13. Gadwood KA, Bedetti CD, Herbert DL. Colonic tuberculosis mimicking annular carcinoma: report of a case. *Dis Colon Rectum* 1981;24:395-98.
14. Alzaraa A, Krzysztof K, Uwechue R, Tee M, Selvasekar. Apple-core lesion of the colon: a case report. *Cases Journal* 2009;2:7275.
15. Saenz EV, Magro PMH, Fernandez JFAT, Ovalle MV. Colonic tuberculosis. *Digestive Dis Sci* 2002;47:2045-48.
16. Marshall JB. Tuberculosis of the gastrointestinal tract and peritoneum. *Am J Gastroenterol* 1993;88:989-99.
17. Bhargava DK, Tandon HD, Chawala TC, *et al.* Diagnosis of ileocecal and colonic tuberculosis by colonoscopy. *Gastrointest Endosc* 1985;31:68-70.
18. Ergun M, Cindoruk M, Alagozlu H, *et al.* Hypertrophic colonic tuberculosis mimicking tumorous mass. *Colorectal Dis* 2008;10:736.