

Dalak tüberkülozlu hastada splenektomi: Olgu sunumu *

Abdurrahman ÖNEN, Ahmet YARAMIŞ, Abdurrahman ŞENYİĞİT, Engin DEVECİ

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları ve Tbc ve Histoloji Anabilim Dalları, Diyarbakır

Özet

Yaklaşık 20 aylık halsizlik, iştahsızlık, öksürük, ateş, gece terlemesi ve kilo kaybı yakınmaları olan 4 yaşında erkek çocuk hastanemize getirilmiş, bir yıldan beri akciğer tüberkülozu tanısıyla antitüberküloz tedavi almasına karşın genel durumunda anlamlı düzelme olmadığı öğrenilmiştir. Ön-arka akciğer filiminde mikronodüler infiltrasyon, karın ultrasonografisi ve bilgisayarlı tomografisinde dalakta çok sayıda nodül ve/veya mikroapseler saptanmış ve splenektomi yapılmıştır. Ameliyatta dalak tamamen kalsifiye çok sayıda nodül ve mikroapselerle kaplanmış olarak bulunmuştur. Splenektomi sonrası, erken dönemde genel durumu düzelen ve yakınmaları gerileyen hastaya iki yıl boyunca antitüberküloz tedavi verilmiştir. Dört yıllık izlem sonrası son kontrolünde yakınması olmayıp genel durumu iyi ve gelişimi normaldir. Dalak tüberkülozu sıklığı son zamanlarda artmıştır. Özellikle tüberkülozun sık görüldüğü bölgelerde tüberküloz dalak apselerinden şüphelenilmelidir. Erken tanı ve erken ilaç tedavisi önemlidir. Erken tedavi edilmeyen veya tedaviye dirençli dalak abseli olgular splenektomiden yarar görebilir.

Anahtar kelimeler: Dalak, tüberküloz, mikroapse, splenektomi

Giriş

Dalak tüberkülozu, genellikle kan yoluyla yayılım sonucu miliyer olarak ve özellikle yaygın miliyer tüberkülozun endemik olduğu bölgelerde bağışıklık sistemi zayıf olgularda oluşmaktadır (6,7). Dalak apseleri nadir görülür ve çeşitli otopsi serilerinde ancak % 0.2 ile % 0.7 sıklıktadır (3). Dalak apselerine

* XVI. Ulusal Çocuk Cerrahisi Kongresi'nde sunulmuştur (14-17 Ekim 1998, Antalya)

Adres: Dr. Abdurrahman Önen, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, 21280, Diyarbakır

Yayına kabul tarihi: 29.01.2003

Summary

A case report of spleen tuberculosis treated by splenectomy

A 4-years-old boy who had weakness, anorexia, coughing, fever, night sweats, and weight loss that had persisted for 20 months admitted to our institution. Although he had received three antituberculous agents due to pulmonary tuberculosis for almost a year, there has been no significant improvement in his overall condition. Micronodular infiltration in chest x-ray, multiple nodules and/or small abscesses in the spleen in abdominal ultrasound and computerized tomography were found. Because of the failure of antituberculous therapy, splenectomy has been performed. Intraoperatively, the spleen was completely calcified and covered with multiple nodules and micro abscesses. Following the splenectomy, the patient's symptoms resolved and he began to gain weight. He received antituberculous therapy for two years concomitant with surgery. After 4 year-follow up, he still had no symptom and continued to do well with normal growth. The incidence of spleen tuberculosis has increased recently. The suspicion of tuberculous spleen abscess especially in endemic area and early diagnosis with early nonoperative management is important. The cases associated with severe drug resistant multiple tuberculous spleen abscesses that delayed in tuberculous treatment may benefit from splenectomy.

Key words: Spleen, tuberculosis, micro-abscess, splenectomy

neden olan dalak tüberkülozu çok daha nadirdir (1,11). Olgumuz splenektomiden yarar görmesi nedeniyle sunulmuştur.

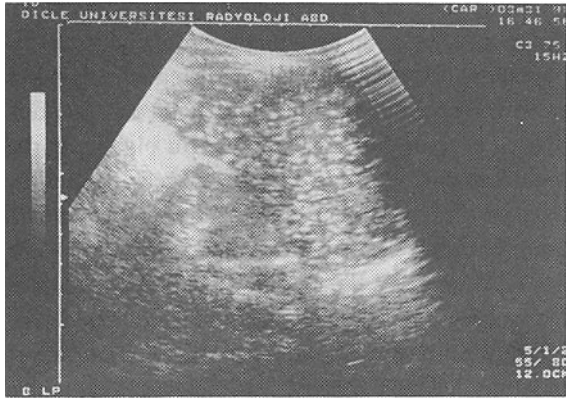
Olgu Sunumu

Hastanemize getirilen 4 yaşındaki erkek çocuğunda yaklaşık 20 ay boyunca devam eden halsizlik, iştahsızlık, öksürük, ateş, gece terlemesi ve kilo kaybı saptanmıştır. Bir yıl boyunca izoniazid (INH) 15 mg/kg/gün, Rifampisin (RIF) 20 mg/kg ve pirazinamid (PZA) 40 mg/kg/gün, 4 ay streptomisin 30 mg/kg/gün ve 2 ay prednizolon 1 mg/kg/gün tedavisi

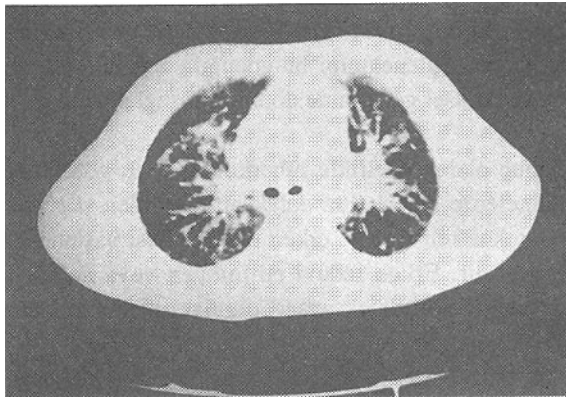
alan hastanın genel durumunda düzelme olmadığı belirlenmiştir. Hastanın ikili antibiyotik tedavisine karşın ateşi düşmemiş, kilo kaybı sürmüştü ve son iki haftada sol üst kadranda ağrısı başlamıştır. Hastaneye getirilişi sırasında tüberkülin duyarlılık testi (PPD) 72 saatte 19 mm bulunmuştur.

PA akciğer filiminde mikronodüler infiltrasyon, karın ultrasonografisinde (US) dalak parankim ekusunda azalma, dalak içinde çok sayıda nodüler kitle ve hilusta lenfadenopatiler saptanmıştır (Resim 1). Bilgisayarlı tomografide (BT) her iki akciğer (Resim 2) ve dalakta mikronodüler yayılım saptanmıştır (Resim 3).

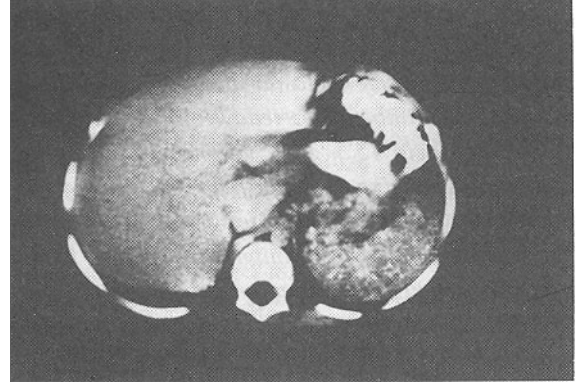
Ameliyat öncesinde hastaya splenektomi sonrası sepsis riskini azaltmak için pnömokok, meningokok ve H.influenza tip B aşıları yapılmıştır. Splenektomi



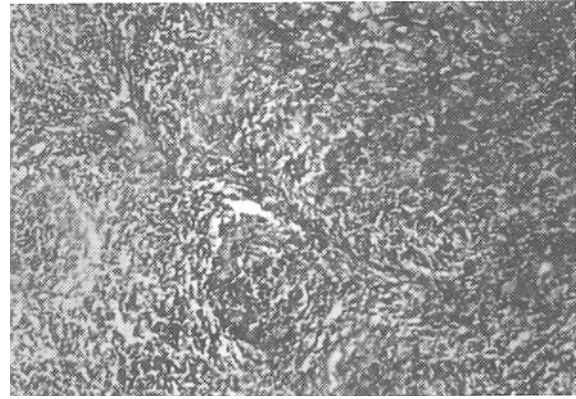
Resim 1. Ameliyat öncesi karın US. Dalak parankim ekusunda azalma. Dalakta çok sayıda küçük ekojeniteler (mikronodüller).



Resim 2. Ameliyat öncesi göğüs BT. Her iki akciğerde yaygın mikronodüler görünüm ve mediastende büyümüş lenf nodülleri.



Resim 3. Ameliyat öncesi karın BT'si. Dalakta hafif büyüme ve parankiminde çok sayıda mikronodüler yapılar.



Resim 4. Dalak kesiti: Beyaz pulpada yaygın kalsifiye kazeifikasyon nekrozu ve epitelioid histiyositler ile granülom yapısı (HE x 25).

tedaviye yanıt alınamaması, süren ateş ve kilo kaybı nedenleriyle yapılmıştır. Ameliyatta dalak, mide, diyafragma ve kalın bağırsak arasında yoğun yapışıklıklarla beraber dalakta yaygın, kalsifiye ve enfekte nodüller saptanmış, diğer karın içi organlar normal bulunmuştur.

Çıkarılan dalağın makroskopik kesitlerinde değişik boyutlarda bir çok apse, peynir görünümünde kazeöz ve nekrotik alanlar vardı. Histopatolojik incelemede tüberküloz ile uyumlu, kazeofibröz ve folikülofibröz lezyonlar ve mikroapseler içeren dalak tüberkülozu bildirilmiş, dalakta kazeifikasyon nekrozu, epitelioid histiyositler ve granülomlar bulunmuştur (Resim 4). Patolojik olarak Erlich-Ziehl-Nielsen boyası ile boyanan biyopsi parçalarında mikobakteri veya fırsatçı enfeksiyon etkenleri saptanmamıştır.

Ameliyat ve sonrası dönemde komplikasyon gelişmemiş ve hasta hızlı bir düzelme göstermiştir. Yakınmaları gerileyen hasta dördüncü günde taburcu edilmiştir. Antitüberküloz tedavi olarak iki yıl boyunca izoniazid 15 mg/kg, rifampisin 20 mg/kg, etanbütol 25 mg/kg ve pirazinamid 40 mg/kg kullanılmıştır. Splenektomiden 6 ay sonra çekilen akciğer filiminde miliyer görünümün sürmesine karşın hastada herhangi bir semptom gelişmemiştir. Dört yıllık izlemde hasta yakınması olmadan kilo almaya ve büyüme devam etmiştir.

Tartışma

Bağışıklık sisteminin zayıf olması, bakteriyemi sonrası dalak apselerinin gelişimi için önemli bir risk faktörü oluşturup çoklu veya miliyer apselere neden olur (12). Dalak apseli çocuklarda tipik olarak bakteriyemi, ateş ve sol üst kadranda ağrısı olur ve karın tomografisi genellikle tanı koydurur (4). Bağışıklık sistemi zayıf olgularda miliyer akciğer tüberkülozu sonrası en fazla etkilenen organlardan biri dalaktır (6,7). Bu çalışmadaki olgumuz, sosyoekonomik düzeyi düşük olan bir ailenin sekizinci çocuğudur. Hastanın annesi, babası, diğer iki kardeşi ve amcası da akciğer tüberkülozu geçirmiş ve bir kuzeni tüberküloz menenjit nedeniyle kaybedilmiştir. Olgumuzda tüberküloz bulaşı bu yolla açıklanabilir. Pyojenik ve tüberküloz dalak apselerinde benzer şekilde karın sol üst bölümünde ağrı ve hassasiyet, sol omuz veya göğüze vuran ağrılar bildirilmiştir (1). Bu olguda, karın sol üst kadranda ağrısı ve ateş varken kolunda BCG nedbesi saptanmamıştır.

Miliyer tüberkülozda mikobakterilere karşı direnç oluşumunu önlemek için genellikle en az ikili antitüberküloz ilaç kullanılmaktadır (9). Ayrıca kortikosteroidlerin de yararlı olduğu bildirilmiştir (7). Olgumuzda bir yıl boyunca dördüncü antitüberküloz ilaç ve 2 ay boyunca kortikosteroid kullanıldığı halde düzelme olmamıştır. Tedaviye yanıtızlığın önemli bir nedeni de dalak içindeki granülomların birincil enfeksiyon odağı gibi davranıp tüberküloz basilini devamlı olarak yayma olasılığı olabilir. Hastanın splenektomi sonrası erken dönemde ve hızlı bir şekilde düzelmesi bu hipotezimizi destekler niteliktedir.

Dalak apselerinin tedavisi hala tartışmalıdır. Büyük

ve tekli apseler nisbeten daha iyi seyrederken çoklu apselerde ölüm oranı daha yüksektir. Antibiyotiğe yanıt vermeyen çoklu dalak apselerinde splenektomi gerekebilir (4,10). Özellikle splenektomi sonrası ilk iki yıl içinde ortaya çıkan en önemli komplikasyon splenektomi sonrası sepsistir ve bu komplikasyonun gelişme riski erken çocukluk döneminde daha yüksek olarak bildirildiğinden (5,10), dalak apselerini ilaç veya ciltten boşaltma gibi yöntemlerle tedavi etme eğilimi belirmiştir (8,11). Tüberküloz dalak apseleri nadir görüldüğü için bu hastalarda tek başına antitüberküloz tedavinin rolü ve etkinliği tam olarak bilinmemektedir. Dalak tüberkülozunda cerrahinin yeri olmadığı iddia edilmişse de (7) çoklu tüberküloz dalak apseleri olan lösemili bir çocuğun splenektomiden büyük yarar gördüğü ve hastanın genel durumunun düzeldiği de bildirilmiştir (2). Aynı şekilde literatürde az sayıda olgu bulunduğu (1), ameliyat sonrası dönemde antitüberküloz tedavinin rolünü belirlemek zordur. Dalak bir bağışıklık sistemi organı olduğu halde bu olguda gördüğümüz gibi tamamen enfekte olup bağışıklık sistemiyle ilgili görevlerini yapamaz hale gelebilir hatta dalağın kendisi enfeksiyon kaynağı olabilir. Bu olguda, dördüncü antitüberküloz tedaviye yanıtızlık, gelişme geriliği, dalaktaki lezyonların apse olduğuna işaret eden ikili antibiyoterapiye karşın ateş ve lökositozun devamı; karın US'sinde ve BT'de dalakta çok sayıda nodüller lezyonlar görülmesine karşın karaciğerde bu lezyonların görülmemesi nedeniyle ve diğer organlara yayılımı önlemek amacıyla splenektomi yapılmıştır. Splenektomi sonrası sepsis riski olmasına karşın dalak parankiminin tamamen apselerle kaplanmış olması ve yukarıda belirttiğimiz durumlar bizi cerrahi tedaviye zorlamıştır. Splenektomi sonrası hastanın hızla düzelmesi cerrahi kararımızı destekler niteliktedir. Splenektomi bu çocuğun normal yaşamına ve fiziksel gelişimine dönmesini sağlamıştır.

Sonuç olarak özellikle tüberkülozun sık görüldüğü bölgelerde tüberküloz dalak apselerinden şüphelenilerek erken tanı ve erken ilaç tedavisi başlanması önemlidir. Erken tedavi edilmeyen veya tedaviye dirençli çoklu dalak apseli olgular splenektomiden yarar görebilir.

Kaynaklar

1. Agarwala S, Bhatnagar V, Mitra DK, et al: Primary tubercular abscess of the spleen. *J Pediatr Surg* 27:1580, 1992
2. Chang MC, Lin SC, Jeng KS, et al: Tuberculous splenic abscess in a patient with acute myeloblastic leukemia. *J Formosan (Taiwan) Med Assoc* 84:1173, 1985
3. Gadacz TR, Lipsett P: Splenic abscess, in Gorbach SL, Bartlett JG, Blacklow NR (eds): *Infectious Diseases*. Philadelphia, Pennsylvania. WB Saunders 1992, p:750
4. Gittes GK: Lesions of the pancreas and spleen, in Ashcraft KW, Murphy JP, Sharp RJ, Sigalet DL, Snyder CL (eds): *Pediatric Surgery*. Philadelphia, Pennsylvania. WB Saunders 2000, p:621
5. Hassan IS, Snow MH, Ong EL: Overwhelming pneumococcal sepsis in two patients splenectomized more than ten years previously. *Scott Med J* 41:17, 1996
6. Henry K, Symmers WSC: Thymus, lymph nodes, spleen and lymphatic. *Systemic Pathology* 1992, p:576
7. Hopewell PC, Bloom BR: Tuberculosis and other mycobacterial diseases, in Murray JF, Nadel JA (eds): *Philadelphia, Pennsylvania*. WB Saunders 1994, p:1094
8. Lerner RM, Spataro RF: Splenic abscess: Percutaneous drainage. *Radiology* 153:643, 1984
9. Rossman MD, Öner-Eyüpoğlu AC: Clinical presentation and treatment of tuberculosis, in Fishman AP (ed): *Fishman's pulmonary diseases and disorders*. New York, Mc Graw-Hill 1988, p:2483
10. Schiller M: The spleen, in O'Neill JA, Rowe MI, Grosfeld JL, Fonkalsrud EW, Coran AG (eds): *Pediatric Surgery*. St Louis, Missouri. Mosby 1998, p:1545
11. Wu CC, Chow KS, Lu TN, et al: Tuberculous splenic abscess: Sonographic detection and follow-up. *J Clin Ultrasound* 18:205, 1990
12. Yelon JA, Green JD, Evans JT: Splenic abscess associated with osteomyelitis. *Eur J Surg* 162:913, 1996