

Primarni tuberkulozni peritonitis - prikaz slučaja

Detanac Džemail¹, Detanac Dženana¹, Karamarković Aleksandar², Đorđev Srđan³, Mihailović Vojin², Čeranić Avdo¹, Bracanović Miloš²

¹Zdravstveni centar Novi Pazar

²Klinika za Urgentnu hirurgiju Kliničkog Centra Srbije, Beograd

³Opšta bolnica Vršac

Apstrakt

Tuberkulozni peritonitis je specifično zapaljensko oboljenje peritoneuma, retko u razvijenim zemljama, češće u zemljama u razvoju. Tegobe obično imaju hronični karakter, a pojava ascita je često početni simptom bolesti. Simptomatologija može biti ne-karakteristična. Najčešće se javlja anoreksija, mršavljenje, tišteći bolovi u trbuhi i subfebrilna temperatura. Prikazan 23-godišnji pacijent, je nakon elektivne operacije desne ingvinalne kile, kada su uočene promene na peritoneumu i omentumu i evakuisano 21 ascita, primljen u Kliniku za Urgentnu hirurgiju Kliničkog Centra Srbije, Beograd na dalji dijagnostičko-terapijski tretman. Pacijent je kao glavne tegobe naveo povremene blage bolove u trbuhi, nadutost, malaksalost i opštu slabost. Radiografija grudnog koša je pokazala manji pleuralni izliv u organizaciji desno i laminarnu atelektazu u donjem plućnom polju desno. Na urađenim EHO i MSCT abdomena vidljiva lako uvećana jetra, sa diskretnom dilatacijom intrahepatičkih žučnih vodova, kalkulozna holecista. Portna i lijenalna vena dilatirane, slezina uvećana. Subfrenično desno i interintestinalno prisutna bistra tečnost. Ostali nalaz uredan. Izvedena eksplorativna laparotomija. Histopatološkim pregledom, na isećcima peritoneuma, potvrđene promene karakteristične za tuberkulozni peritonitis. S obzirom na postojanje nespecifične kliničke slike, laboratorijskih i radiografskih dijagnostičkih metoda, hirurgija igra značajnu ulogu u dijagnostici i terapiji abdominalnih formi tuberkuloze.

Ključne reči: tuberkulozni peritonitis, primarna infekcija, ascites

Uvod

Pod pojmom peritonitis podrazumeva se zapaljenje peritoneuma izazvano dejstvom različitih noksi, a suština čini odbrambeni inflamatorni proces, bez obzira na karakter zapaljenja.¹

Primary tuberculosis peritonitis - Case report

Detanac Džemail¹, Detanac Dženana¹, Karamarković Aleksandar², Djordjev Srdjan³, Mihailović Vojin², Čeranić Avdo¹, Bracanovic Miloš²

¹Health Center Novi Pazar

²Clinic of Emergency Surgery, Clinical Center of Serbia, Belgrade

³General Hospital Vršac

Abstract

Tuberculous peritonitis is a specific inflammatory disease of the peritoneum, rare in developed countries, often in developing countries. Symptoms usually have a chronic character and appearance of ascites is often the initial symptom of the disease. Symptomatology may not be typical. It occurs most often anorexia, weight loss, abdominal pain and subfebrile temperature

Presented 23-year-old patient, after elective surgery on the right inguinal hernia, when the changes in the peritoneum and omentum were observed and 21 of ascites were evacuated, was admitted to Hospital for emergency surgery, Clinical Centre of Serbia, Belgrade for further diagnostic and therapeutic treatment. The patient noted occasional mild abdominal pain, bloating, fatigue and general weakness.

Chest radiography showed a small pleural effusion in the right and laminar atelectasis in the lower right lung field. On performed EHO and MSCT of the abdomen is visible easily enlarged liver, with a discrete dilation of intrahepatic bile ducts, gallbladder with calculuses. Portal and spleen vein dilated, enlarged spleen. Right subphrenic and interintestinally present clear liquid. Other findings in order.

Exploratory laparotomy was performed. Histopathological examination, of the slices of the peritoneum, confirmed changes typical for tuberculous peritonitis.

Key words: tuberculous peritonitis, primary infection, ascites

Tuberkulozni peritonitis je specifično zapaljensko oboljenje peritoneuma, izazvano bakterijom *Mycobacterium tuberculosis*. Danas se retko sreće. Može se javiti kod dece i mlađih osoba kao jedina lokalizacija tuberkulognog procesa.

Iako relativno retko oboljenje u razvijenim zemljama, u zemljama u razvoju se javlja u većem procentu.

Oboljenje je predstavljeno nespecifičnim simptomima, laboratorijski i radiografski se teško dijagnostikuje, tako da je eksplorativna laparatomija često indikovana.²

Skoro uvek, peritonitis je sekundarna manifestacija tuberkulognog procesa. Najčešće tuberkulozni bacili prelaze hematogenim putem na peritoneum sa udaljenih žarišta (pluća, kosti, žlezde). Tuberkulozni peritonitis može nastati i direktnim širenjem iz obolelih susednih organa (genitalije, creva, bubrega).^{3,4} Znatno ređe, može nastati i kao primarna infekcija bacilom tuberkuloze bez znakova prethodnog oboljenja. Tegobe obično imaju hronični karakter, a pojava ascita je često početni simptom bolesti. Simptomatologija može biti nekarakteristična. Najčešće se javlja anoreksija, mršavljenje, tišteći bolovi u trbušu i subfebrilna temperatura. Ascites postoji u 75% bolesnika. Intraabdominalni organi su često srasli brojnim priraslicama. Hirurška intervencija je veoma često jedina dijagnostička, ali i terapijska mera za pacijente sa abdominalnom tuberkulozom.⁵

Prikazujemo bolesnika sa ovom retkom, izolovanom lokalizacijom bolesti.

Prikaz slučaja

Pacijent star 23 godine, nakon elektivnog operativnog tretmana desne ingvinalne kile, pri čemu je u toku operacije, evakuisano oko 2 l bistre serozne tečnosti iz trbušne duplje, a preparat resecirane kilne kese i isečak omentuma poslati na HP dijagnostiku, zbog prirode intraoperativnog nalaza, primljen na Kliniku za Urgentnu hirurgiju Kliničkog Centra Srbije, Beograd na dalji dijagnostičko-terapijski tretman.

Na prijemu, pacijent se žali na povremene blage bolove u trbušu, nadutost, malaksalost i opštu slabost. Redovno vakcinisan. Fizikalnim pregledom uočava se operativni rez u predelu desne ingvinalne regije, abdomen mek, u nivou grudnog koša, palpatorno bolno neosetljiv. Auskultatorno disajni šum oslabljen desno bazalno.

U standardnim laboratorijskim analizama zabeleženo je: glikemija 4,4 mmol/l, urea 2,7 mmol/l, kreatinin 74 µmol/l, ukupni bilirubin 10,2 µmol/l, ukupni proteini 75 g/l, C reaktivni protein 18,4 mg/l, AST 35 U/L, ALT 48 U/L, alkalna fosfataza 131 U/L, alfa amilaza 94 U/L. Krvna slika je pokazala: eritrociti 5,33x 10¹²/L, Hgb 139 g/l, Hct 41%, sedimentacija eritrocita 20 mm/h, MCV 78 fl, MCH 26 pg, MCHC 331 g/l, RDW 15,1 %, trombociti 367x10⁹/l, leukociti 9,4x10⁹/l, tumor markeri CEA 0,8 ng/ml, CA19-9 0,8 U/ml, AFP 1,5 ug/L.

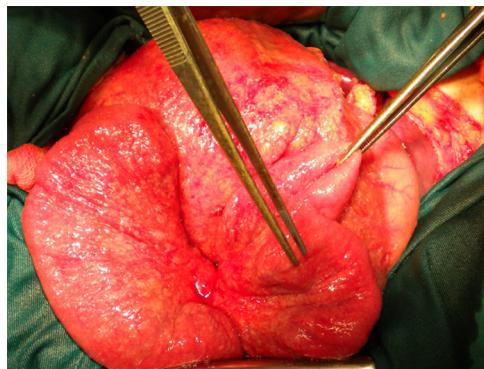
Na radiografiji grudnog koša, u desnom kostofreničnom sinusu, uz desni lateralni torakalni zid, manji pleuralni izliv u organizaciji, i laminarna atelektaza u donjem plućnom polju desno, ostali nalaz uredan (Slika 1.).



Slika br. 1. Radiografija grudnog koša PA stojeci

Na ultrazvučnom pregledu abdomena vidi se lako uvećana jetra, sa diskretnom dilatacijom intrahepatičkih žučnih vodova, prisutna pneumobilija. Holecista sa nizom sitnih konkremenata. Portna i lijenalna vena dilatirane, slezina uvećana. Subfrenično desno i interintestinalno prisutna bistra tečnost. Ostali nalaz uredan. Nalaz MSCT pregleda abdomena i male karlice odgovara nalazu dobijenim ultrazvučnim pregledom.

Zbog nalaza dobijenog dijagnostičkim procedurama indikovana eksplorativna laparotomija. Po otvaranju trbuha nailazi se na veliki broj milijarnih promena po peritoneumu, serozi creva, želuca kao i na slobodnu tečnost u trbuhu, ascit (Slika 2.).



Slika br. 2. Intraoperativni nalaz

Uzet deo lig. teres hepatis i poslat na ex tempore dijagnostiku, dobijeni odgovor je benigno, tuberkulozna promena. Uzorak slobodne tečnosti poslat na citološki pregled, a isečak peritoneuma poslat na HP dijagnostiku. Eksplorisan trbuš u celosti. Urađena holecistektomija. Operativi tok protekao uredno.

Histopatološkim pregledom na isećima potvrđena promena sa brojnim epiteloidnim granulomima koji često pokazuju centralnu kazeoznu nekrozu i veliki broj džinovskih multinuklearnih ćelija Langhans-ovog tipa, koji morfološki odgovaraju granulomima TBC etiologije. Citološki nalaz pokazuje da se na razmazima vidi velika količina svežih eritrocita, a od prisutnih ćelija uočavaju se retke mezotelne ćelije, dok su prisutne inflamatorne ćelije pretežno mononuklearnog sastava, limfociti. Nema malignih ćelija.

U postoperativnom toku konsultovan infektolog. Pacijent tretiran intenzivnom konzervativnom terapijom, a uključena i intenzivna antituberkulozna terapija (rifanor, isoniazid, parazinamide, ethambutol).

Diskusija

Abdominalna tuberkuloza se može javiti u bilo kojem uzrastu. Češća je kod mlađih osoba, 2/3 pacijenata je između 21-40 godina starosti. Kod dece se retko javlja.⁶

Tuberkulozna infekcija je još uvek značajan uzrok morbiditeta i mortaliteta u svetu. Zabeleženo je da je učestalost peritonealne tuberkuloze među svim oblicima tuberkuloze između 0,1%-0,7%.⁷ Oko 70% pacijenata, više od 4 meseca ima nespecifične simptome pre nego što se uspostavi prava dijagnoza. Tuberkulozni peritonitis se mora uvrstiti u diferencijalnu dijagnozu kod svih pacijenata kod kojih je prisutan abdominalni bol različitog intenziteta, gubitak težine i povišena telesna temperatura.^{8,9}

Peritonealna tuberkuloza se češće javlja u nerazvijenim zemljama, gde predstavlja veliki zdravstveni problem. U razvijenim zemljama češća je kod osoba muškog pola, a u nerazvijenim zemljama kod žena. Klinička slika često podrazumeva samo pojavu ascita i povišene telesne temperature, udružene sa abdominalnim bolom i gubitkom telesne težine.

Tuberkulozom može biti zahvaćen bilo koji deo gastrointestinalnog trakta, od usne duplje do anusa, peritoneum ili hepatopankreatični sistem, često oponašajući druge bolesti.¹⁰

Kod tuberkulognog peritonitisa, po peritoneumu se mogu videti rasute tuberkulinske, žuto-bele, promene, veličine do 5mm. Peritoneum je zadebljao, hiperemičan, bez karakterističnog sjaja. Omentum je takođe zadebljan.¹¹ Oblici tuberkulognog peritonitisa su: eksudativni (nalaz prisustva ascitesa - tečnosti u trbušu), ulcerokazeozni (nalaz tuberkulznih čvorova) i adhezivni oblik (brojne priraslice između pojedinih segmenata creva), a i kombinacije ovih tipova su moguće.¹² Kod prikazanog pacijenta je reč o kombinovanom tipu tuberkulognog peritonitisa sa milijarnim promenama po serozi creva, želuca i peritoneuma.

Dijagnoza ekstrapulmonalnih oblika tuberkuloze je otežana, a u slučaju peritonealne tuberkuloze ona je često odložena zbog prisustva nespecifičnih kliničkih simptoma i znakova, kao i zbog odsustva bioloških morkera, dugog vremena inkubacije i nespecifičnih radiografskih i ultrasonografskih znakova.^{13,14}

Ne postoji specifičan biološki marker karakterističan za peritonealnu tuberkulozu. Infektivni sindrom, sa leukocitozom, ubrzanom sedimentacijom i povišenim C reaktivnim proteinom kao i hipohromnom anemijom je uobičajen. Tuberkulinski kožni test, koji nije izведен na našem pacijentu, je pozitivan u 40-85% pacijenata, u zavisnosti od autora, i kao takav, sam za sebe, ne doprinosi postavljanju dijagnoze. Negativni tuberkulinski test ne isključuje tuberkulozu. Analiza ascitne tečnosti može biti od pomoći, obično je to eksudativni izliv, sa predominacijom limfocita.¹⁵ U našem slučaju analizom ascitne tečnosti dobili smo da nalaz odgovara inflamatornom izlivu, sa predominacijom limfocita. U biohemiskim analizama krvi uočen je povišen C reaktivni protein, ubrzana sedimentacija, a eritrocitni indeksi MCV i MCH su sniženi, dok je RDW povišen.

Posle direktnog mikroskopiranja bolesničkog materijala rade se testovi kultivisanja mikobakterija, uz korišćenje standardnih podloga (najčešće čvrste Loenstein-Jensenova), a za identifikaciju je neophodno 4 do 8 nedelja. Potom se rade testovi osjetljivosti bacila na antituberkulotike za koje je potrebno još tri nedelje. Ova metoda je visokospecifična i senzitivna, a osnovni joj je nedostatak dužina vremena potrebnog za dobijanje rezultata, što odlaže vreme postavljanja dijagnoze i početak terapije.¹⁶

Razne metode kao što su: korišćenje Bactec 460 podloge za kultivisanje, gasna hromatografija, reakcija lančane polimerizacije-PCR (*polymerase chain reaction*), DNA fingerprinting, serološki testovi kao što su ELISA i radioimunoesej, su tehnike koje se ne koriste za rutinsku identifikaciju mikobakterija jer su skupe, neke su niske specifičnosti i senzitivnosti, neke nisu standardizovane, i na taj način nedostupne većini laboratorijskih zemalja.¹⁷

Ultrazvučni pregled i CT pregled abdomena i male karlice, spadaju u dijagnostičke procedure koje mogu ukazati na postojanje ascita, adhezija, peritonealnih depozita, uvećanja abdominalnih limfnih čvorova i sl. Rentgenski pregled grudnog koša treba uraditi kod svih pacijenata, u potrazi za aktivnom pleuropulmonalnom lezijom ili sekvelama jer bi mogli pružiti dijagnostičke dokaze, s obzirom da je aktivna plućna tuberkuloza povezana sa peritonealnom tuberkulozom u 4-50% slučajeva.⁶

Za postavljanje dijagnoze peritonealne tuberkuloze često je potrebna peritonealna biopsija, koja se može uraditi ciljano, kad postoji sumnja na peritonealnu tuberkulozu ili se ona radi kod eksplorativne laparotomije koja se radi kod nejasnih slučajeva sa abdominalnom simptomatologijom i kao takva je suverena, jeftina, lako izvodljiva metoda za postavljanje definitivne dijagnoze tuberkulognog peritonitisa.

Zaključak

Hirurzi moraju biti svesni širokog kliničkog spektra simptoma abdominalne tuberkuloze i na nju moraju misliti svaki put kada dođu u kontakt sa pacijentima iz endemičnih područja ili sa pacijentima sa nejasnim abdominalnim simptomima, pre svega udruženim sa abdominalnom distenzijom, bolom i temperaturom.

Ekplorativna laparotomija i peritonealna biopsija su najdostupnije, brze i sigurne metode za dijagnozu tuberkulognog peritonitisa.

Literatura

1. Jeremić M. Specijalna hirurgija I. dijagnostika i terapija. 1. izd. Niš: Medicinski fakultet Niš, 2001.
2. Peda Veerraju E. Abdominal tuberculosis. In: Satya Sri S. Textbook of pulmonary and extrapulmonary tuberculosis. 3rd ed. New Delhi: Interprint, 1998:250-252.
3. Horvath KD, Whelan RL. Intestinal tuberculosis: return of an old disease. Am J Gastroenterol 1998; 93:692-696.
4. Horsburgh CR Jr, Feldman S, Ridzon R. Practice guidelines for the treatment of Tuberculosis. Clin Infect Dis 2000; 31:633-639.

5. Sekulić S. Abdominalna hirurgija: pitanja i odgovori. 1. izd. Novi Sad: Dijam-m-pres, 2006.
6. El Abkari M, Benajah DA, Aqodad N, Bennouna S, Oudghiri B, Ibrahimi A. Peritoneal tuberculosis in the Fes University Hospital (Morocco). Report of 123 cases. Gastroenterol Clin Biol 2006; 30:377-381.
7. Sanai FM, Bzeizi KI. Systematic review: tuberculous peritonitis-presenting features, diagnostic strategies and treatment. Aliment Pharmacol Ther 2005; 22: 685–700.
8. Lisehora GB, Peters CC, Lee YT, Barcia PJ. Tuberculous peritonitis-do not miss it. Dis Colon Rectum 1996; 39:394.
9. Gitt S, Haddad F, Levenson S. Tuberculous peritonitis: an overlooked diagnosis. Hosp Pract (Off Ed) 1992; 27:224.
10. Thoreau N, Fain O, Babinet P, Lortholary O, Robineau M, Valeyre D et al. Tuberculose péritonéale: 27 cas dans la banlieue nord-est de Paris. Int J Tuberc Lung Dis 2002; 6: 253-258.
11. Bhargava DK, Shriniwas, Chopra P, Nijhawan S, Dasarathy S, Kushwaha AK. Peritoneal tuberculosis: laparoscopic patterns and its diagnostic accuracy. Am J Gastroenterol 1992; 87:109-112.
12. Sharma MP, Vikram B. Abdominal tuberculosis. Indian J Med Res 2004; 120: 305-315
13. Demir K, Okten A, Kaymakoglu S et al. Tuberculous peritonitis-reports of 26 cases, detailing diagnostic and therapeutic problems. Eur J Gastroenterol Hepatol 2001; 13:581.
14. Tanrikulu AC, Aldemir M, Gurkan F et al. Clinical review of tuberculous peritonitis in 39 patients in Diyarbakir, Turkey. J Gastroenterol Hepatol 2005; 20:906.
15. Robaday S, Belizna C, Kerleau JM, Heron F, Cailleux N, Lecomte F et al. La tuberculose péritonéale: une entité toujours présente. A propos de 4 observations. Rev Med Interne 2005; 26: 738-743.
16. Dhiman RK. Tuberculous peritonitis: towards a positive diagnosis. Dig Liver Dis 2004; 36: 175-177.
17. Spahić Š, Spahić M, Ugljanin F, Preljević I, Zatrić F. Novootkriveni slučajevi tuberkuloze u Novom Pazaru u periodu 2003-2007.godine. Sanamed 2009; 4:59-66.

Autor za korespondenciju
dr Džemail Detanac
ul. Sutjeska bb III / 44, Novi Pazar
email: dzemail.detanac@gmail.com
mob. Tel.: 064 637 04 12