

Poliserözit Olgularına Yaklaşım: Bir Olgu Nedeniyle

Mehmet Akif BÜYÜKBEŞE¹

ÖZET:

On yedi yaşında erkek hasta karında şişlik, halsizlik, ateş ve derin nefes almakla sağ yanda ağrı nedeniyle başvurdu. Başka bir hastaneden siroz önlâmî ile gönderilen hastada fizik muayene bulguları, yer değiştirmeyen ve aralıklı olarak matite veren assit ve hepatomegalî idi. Bilgisayarlı tomografide perikardiyal, pleural koleksiyon, assit ve omental kek tespit edildi. Kultürler steril kaldı. Plevral biyopsisi granulomatöz odaklar arasında Langhans tipi dev hücreleri gösteriyordu. Tüberküloz tanısı alan poliseröziteli hasta, tedavisinin birinci aylık sonunda oldukça düzelmisti.

Anahtar Kelimeler: Omental kek, tüberküloz, poliserözit

SUMMARY:

APPROACH TO POLYSEROSITIS: A CASE REPORT

Seventeen year old male patient was admitted because of abdominal distention, fever and right thoracolateral pain while deep breathing. Physical findings of the patient with the presumptive diagnosis of cirrhosis from another hospital were revealing abdominal dullness with skip areas on percussion, ascites without shifting and hepatomegaly. On computed tomography pericardial and pleural collection and ascites with omental cake were noticed. All culture studies were negative. Pleural biopsy specimen was performing giant Langhans cells through the granulomatous foci. At the end of the first month of the tuberculosis management, patient with polyserositis was fairly good.

Key Words: Omental cake, tuberculosis, polyserositis.

GİRİŞ:

Perikardial, pleural, periton iç ve dış yaprakları arasında normal fizyolojinin üzerinde sıvı toplanması poliserözite veya poliserözit diye anılır. Çeşitli nedenlerle inflamatuvar bir yanıt olarak karşımıza çıkan bu klinikopatolojik durumun bazen nedeni açıklanamaz (İdiyopatik poliserözite=Concato hastalığı) (1). Aşağıda nedeni bilinmeyen bir ateş olarak da ele alınabilecek bir poliserözit olgusu sunulacak ve literatür gözden geçirilecektir.

OLGU:

On yedi yaşında erkek; karında şişlik, halsizlik, ateş ve nefes almakla olan göğüste sağ yanda bauma hissi nedeniyle başvurdu. Üç hasta önce titremeyle yükselen ateşî başlayan hasta, on gün öncesine kadar işine devam edebiliyormuş. Başağrısı nedeniyle gittiği bir hekim tarafından sinüs it olduğu söylenerek piroksikam tablet ve ambroksol şurup verilmiştir. Halsizliğin devam etmesi üzerine bir hastancı yarınmış. Burada yapılan batın ultrasonografik incelemesinde karaciğer konturlarında düzensizlik, ekojenitede hafif artma, yaygın serbest sıvı saptanarak siroz önlâmî ile hastanemize sevk edilmiş. Hastanın özgeçmişinde iki büyük yıl önce geçirdiği bronşit vardı. Soygeçmişinde özellik yoktu. Koltuk altı ateş 39,8°C olarak bulundu. Kalb sesleri derinden geliyordu ve sağ akciğerin basal kısımlarında solunum sesleri dinlemekle

azalmıştı. Telegrafide kalb gölgesi artmıştı ($KT>0,58$); her iki kostadiasfragmatik sinüsü kapaliydi. Sonografik olarak sağda daha fazla olmak üzere bilateral koleksiyon saptandı. Karında hassasiyet vardı ve assit doğrulandı.

Sağ hipokondriumda karna hızla basılı tutmakla cle çarpan kitle hepatomegalî lehine yorumlandı (Buz belirtisi = Sign de glacon). Assit pozisyonla yer değiştirmiyordu. Perküsyonla matite, açıklığı klasik olarak yukarı bakan bir matite şeklinde değildi; karnın değişik odaklarında aralıklı olarak timpan sesleri alınabiliyordu. Yapılan biyokimiya testleri tablo I'de özetlenmiştir. Eş zamanlı torasentez ve serum biyokimiyaları tablo II'de, parasentez ve serum biyokimiyaları da tablo III'tedir. Hastanın göz dibi normal, hepatit B ve C serolojileri ile RF ve anti nükleer antikoru (-) bulundu. Protrombin zamanı ile aPTT normal sınırlardaydı. PPD 20X20 mm endürasyon veriyordu. Karın USG tekrarlandı. Karaciğer 160 mm, dalak 142 mm sagittal çapındaydı ancak portal ven çapı normaldi ve karaciğer ekojenitesi patolojik değildi. Gerek ateşin etyolojisini saptamak; gerçekse karın içi organlar hakkında daha fazla bilgi sahibi olmak amacıyla yapılan bilgisayarlı karın ve toraks tomografisinde omcentumu kalınlaşmışlığı ve radyolog bunu bir omental kek şeklinde yorumladı.

¹: Yrd. Doç. Dr. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları A.D

Tablo I: Patolojik biyokimya değerleri

Sed: 105 mm/sa
Hb: 11,5 g/dl
Hct: %35
MCV: 75 fl
Lökosit: 5900/mm ³
Trombosit: 458000/mm ³
ALT: 84 U/L (<32)
AST: 75 U/L (N<32)
ALP: 716 IU/L (N<200)
GGT: 197 U/L (N:7-49)
LDH: 528 U/L (N<350)
Protein elektroforezi: α2 bandında artma, albumin fraksiyonunda çok hafif azalma
Demir: 12 (48-187 ug/dl)
Demir bağlama kapasitesi: 48 (155-300ug/dl)
Ferritin: 975 ng/ml (N<20)

Tablo II: Eş zamanlı torasentez sıvısı ile serumun karşılaştırılması.

	PLEVRAL SIVISI	SERUM	PLEVRAL SIVI/SERUM
Protein	4,52 gr/dl	5,8 g/dl	>0,5
LDH	1060 IU/L	528 IU/L	>0,6
Glukoz	78 mg/dl	84 mg/dl	
Lökosit	2800/mm ³	5900/mm ³	(%68 lenfo, %32 polimorf)
Rivalta	++++		
Renk	Bulanık sarı		
Amilaz,			
Kolesterol	(N)	(N)	
Triglycerid			

Tablo III: Eş zamanlı parasentez sıvısı ile serumun karşılaştırılması.

ASSİT SIVISI	SERUM	ASSİT SIVI/SERUM
Protein 4,98 gr/dl	5,8 g/dl	>0,5
Albumin 1,37 g/dl	2,6g/dl	
LDH 1159 IU/L	528 IU/L	>0,6
Glukoz 66 mg/dl	84 mg/dl	
Lökosit 300/mm ³	5900/mm ³	(%95 lenfosit)
Dansite 1020		
Rivalta +		
Renk Bulanık sarı		
Amilaz,		
Kolesterol (N)	(N)	
Triglycerid		

Not: Serum alb - assit alb = 0,93>1,1

Akarde parenkimde aktif lezyon bulunmazken, bilateral sağda fazla olmak üzere pleural ve perikardial effüzyon saptandı. Torasentez ve parasentez kültürlerinde üreme olmadı; gram boyamada organizma görülmeli; Aside Rezistan Basil (ARB) ve sitolojik incelemeler de bir sonuç vermedi. Hastaneye kabul edilişinin yirmi dördüncü gününde pleural biyopsi yapıldı ve granulomatöz odaklarda Langhans tipi dev hücreler görülecek tüberküloz tanısı kondu. Hastaya steroidi de içeren dörtlü bir rejimle tedavi başlatıldı. Beşinci günde ateş düşmüştür, onuncu günde iştah açılmıştı. Birinci ayın sonunda sedimentasyon 48 mm/saattir. Ekokardiyogramda fizyolojinin üzerinde sıvı saptanmadı. USG'de karaciğer ve dalak normalin üst sınırlarındadır.

TARTIŞMA

Nedeni bilinmeyen ateş etiopatogenezinde infeksiyonlar ve ülkemizde tüberküloz onde gelen nedendir. Ancak tüberküloz çok değişik klinik tablo ile karşımıza çıkabilemektedir. Seröz yapraklar arasında fizyolojinin üzerinde sıvı toplanması ile prezente olan bu hastada özgeçmişinde bronşit bulunması dışında klinikteki hekimi tüberküloz yönünde ilerlemeye iten bir sebep yok gibi gözükmektedir. Hastalık kayıtlarının istenilen boyutlara varmadığı ülkemizde bronşit geçirdiğini söyleyen hastalarda mutlaka tüberküloz da ayırıcı tanıya sokulmalıdır. PPD'nin anlamlı endürasyonu destekletici olmuştur ancak anerjizan bir yanıt alınmaması kollajenozlar gibi nedeni bilinmeyen ateşin öteki nedenlerinden uzaklaşmamızı kolaylaştırabilir (2). Poliserözite yapan nedenler tablo IV'de özetlenmiştir. Hastanın erkek olması, eklem ağrısından yakınması, malar rash yokluğu, aftöz lezyonlardan ve güneş allerjisinden bahsetmemesi ile Lupus tanısından uzaklaşıldı. Literatürde bu hastalığa genişçe bir yer ayrılmıştır(3,4).

SLE
Hipotiroidi
FMF
Nefrotik sendrom
Erişkinde Still
Tüberküloz
İdiyopatik (Concato)
Diger: K onjestif kalb yetersizliği

Tablo IV: Poliserözite nedenleri

Tiroid fonksiyon testleri doğaldır. Proteinüri tespit edilmemiştir; düşük albumin değeri akut faz reaksiyonu olarak değerlendirildi. Ailevi öykünün yokluğu, sıklik karın ağrısı yahut ateşin belirtilmemesi de ülkemizde hatırlı sayıılır olan FMF hastalığını ekarte etmemizi sağlamıştır. Genç erkek hastada kalb yetersizliği de düşünülmemiştir. Herhangi bir yaşta başlayabilen romatoid faktör ve antinükleer antikorların genellikle negatif olduğu, ateşe eşlik eden rashın varlığı en tipik olmak üzere; lenfadenomegaliyle hepatosplenomegalinin bulunıldığı; anemi, trombositoz ve lökositozla uyumlu kan tablosuna rastlanılan başka bir poliserözit nedeni olan Still hastalığına uymayan yönleriyle dışlandı (5,6).

Tüberküloz sık bir hastalık olsa da tanı her zaman kolay olmayabilmekte, bu hastada olduğu gibi söröz yapraklardan birinden biyopsi materyali alarak granulomatöz odak aramak gerekebilir. Yaygın koleksiyonda hipoalbumineminin de katkısı olsa gerektir. Ancak albumin eksikliği ne proteinüri, ne malabsorbsiyon ne de kronik karaciğer hastalığına ikincildir. Hastanın masif proteinürisi yoktur. Hafif yüksek aminotransferazlar ise hepatitis serolojilerinin negatif olması, USG de parenkimin doğallığı ve protombin zamanında uzama olmaması ile ayırt edilebilmiştir.

Sedimentasyonu 100 mm/saatin üzerine çıkarılan hastalıklar arasında tüberküloz mutlaka akla gelmelidir. Diğerleri SLE, RA gibi kollajenozlar, febris romatika ile infektif endokardit gibi kardiyoloji kliniklerinin hastalıkları, miyelofibrozla Waldenström makroglobulinemisi gibi hematolojik durumlardır. Bunlardan migratuvar poliartrit ve serözite ile gelen miyelofibroz olgusu literatürde bulunmaktadır (7). Hastanın diğer manifestasyonları ile birleştirildiğinde tüberküloz ön tanısı derhal konabiliyor.

Anemi kronik hastalık lehinedir ve yüksek ferritin akut faz cevabı olarak yorumlanmıştır (8).

Kültürlerin negatif kaldığı durumlarda da tüberküloz ve tümörler hatırlanmalıdır. Hastanın sitolojisi normaldir. ARB'yi her zaman görmek mümkün olamamaktadır. Löwenstein teknigi da oldukça zaman alabilmektedir.

Bilgisayarlı tomografide karın içerisinde tümör, lenfadenopati, abse gibi yer kaplayan kitle görüntüleri elde edilebilir (9).

Omental kek bu görüntülerden biridir. Omental kek; bölgede düzensiz yumuşak doku dansitelerinin varlığı, kalın solid kenarlarla çevrili düşük yoğunlukta kitleler; yumuşak dokularla, barsak ve sıvıların iyi organize olamayan yapılarının yol açtığı karışık görüntü, intravenöz kontrast madde injeksiyonundan sonra düşük yoğunlukta lenf nodüllerinin multiloculer görünüm vermesi şeklinde özetlenebilir (10). Bu durum, çeşitli nedenlerle ortaya çıkabilmektedir (11).

Peritonitis karsinomatoza, peritoneal mezotelyoma, lenfoma, tüberküloz bunlardandır (10,12). Kadınlarda over kanseri açıklanamaya assit ve omental kek görünümünde mutlaka hatırlanmalıdır. Hastanın oldukça genç ve erkek olması tümöral patolojileri daha az akla getirtecektir. Tomografiler karsinomatöz yapılarla tüberküloz ayırımını sağlayabilmek-teler (10,12):
 1. Mezenterik değişiklikler tüberküloz peritonitte daha sıkıtır (%98'e %70)

2. Mikronodüller her iki hasta grubunun yaklaşık arasında varken, makronodüllere (çapı 5 mm ve daha üzerinde olan) tüberküloz peritonitli olgularda daha fazla rastlanılmaktadır (%52'ye %12)
 3. Peritoneal karsinomatoziste omentum daha irregüler infiltredir.

4. Splenomegali ve splenik kalsifikasyon oranı tüberkülozda daha çoktur.

Tüberküloz poliserözitelerinde kısa dönem tedaviler de denenebilmektedir (13). Ancak ülkemiz bunun için elverişli değildir. Karında kitle ile gelen genç olgularda bu tanı akla gelmelidir (14).

Poliserözitlere neden olduğu bildirilen organizmalar arasında *Haemophilus influenzae* da vardır (15). İlaçlardan metotreksat ve amiodaron bildirilmişlerdir (16,17).

Özetle; ülkemizde kardiak nedenler dışlandıktan sonra poliserözit yapan nedenler arasında tüm organlarda hastalık etkeni olabilen tüberküloz hatırlırmelidir.

KAYNAKLAR

1. Baykan TB, Tüzüner N, Sav A, İnce Ü (Çeviri): Dolaşım sistemi. In Anderson WAD, Scotti TM. (Eds) Kısa patoloji (Synopsis of Pathology). 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 1987: 329-387.
2. Yılmaz M, Birgül G, Altıntaş D, Kendirli SG: Correlation between atopic diseases and tuberculin responses Allergy 2000; 55:664-667.
3. Low VH, Robins PD, Sweeney DJ: Systemic lupus erythematosus serositis. Australas. Radiol. 1995; 39:300-302.
4. Mier A, Weir W: Ascites in systemic lupus erythematosus. Ann. Rheum. Dis. 1985; 44: 778-779.
5. Falkenbach A, Lembcke B, Schneider M, Wigand R, Mülert-Ernst R, Caspary W: Polyserositis in adult Still's disease with onset during pregnancy. Clin. Rheumatol. 1994; 13: 513-517.
6. Arnett FC: Rheumatoid arthritis. In Goldman L, Bennette JC. (Eds) Cecil Textbook of Medicine. 21st edit. Philadelphia: WB Saunders Co., 2000: 1492-1499.
7. Agus B, Weintraub HS: Myelofibrosis associated with migratory polyarthritis and serositis. J. Rheumatol. 1986; 13:476-477.
8. Ford ES, Cogswell ME: Diabetes and serum ferritin concentration among US adults. Diabetes Care 1999; 22:1978-1983.
9. Marasco WJ, Fishman EK, Kuhlman JE, Hruban RH: Splenic abscesses as a complication of septic yersinia: CT evaluation. Clin. Imaging 1993; 17:33-35.
10. Epstein BM, Mann JH: CT of abdominal tuberculosis. Am. J. Roentgenol. 1982; 139: 861-866.
11. Rubesin SE, Levine MS: Omental cakes: colonic involvement by omental metastases. Radiology 1985; 154:593-596.
12. Ha HK, Jung JI, Lee MS, et al: CT differentiation of tuberculous peritonitis and peritoneal carcinomatosis. Am. J. Roentgenol. 1996; 167:743-748.
13. Bakır F, Sabri G: Preliminary observations on short-course chemotherapy in tuberculous serositis. Respiration 1984; 46:133-138.
14. Vucicevic Z, Suskovic T, Ferencic Z: A female patient with tuberculous polyserositis, and congenital tuberculosis in her new-born child. Tuber. Lung Dis. 1995; 76:460-462.
15. Mehl Al: *Haemophilus influenzae* polyserositis. J. Pediatr. 1998; 112:160-161.
16. Klein Z, altaras M, Beyth Y, Fishman A: Polyserositis as an unusual sign of methotrexate toxicity. Gynecol. Oncol. 1996; 61:446-447.
17. Staubli M, Zimmermann A, Bircher J: Amiodarone-induced vasculitis and polyserositis. Postgrad. Med. J. 1985; 61: 245-247.