

Acta Chirurg Croat 2006; 3:35-38

TUBERKULOZA GASTROINTESTINALNOG TRAKTA - PRIKAZ SLUČAJA
GASTROINTESTINAL TUBERCULOSIS - CASE REPORT

Darko Koščak, Josip Lovrić, Kristina Koščak

SAŽETAK

Izolirana tuberkuloza tankog i debelog crijeva vrlo je rijetka. Najčešće je lokalizirana u ileocekalnoj regiji. Predmet kirurške terapije predstavlja TBC crijeva koja dovodi do komplikacija (opstrukcija crijeva, perforacija, fistula ili krvarenje). U diferencijalnoj dijagnozi, tuberkulozu crijeva treba izdiferencirati prema Chronovoj bolesti i prema karcinomu ileocekalne regije. Često tek patohistološka dijagnoza osigurava definitivni nalaz.

Bolesnica A.S. stara 35 godina, primljena je na kirurški odjel u hitnoj kirurškoj službi u lošem općem stanju s klinički i RTG znakovima ileusa. Iz anamneze i medicinske dokumentacije saznali smo da je bolesnica tuberkulozni bolesnik, liječena na klinici Jordanovac u Zagrebu 1995. godine zbog TBC pluća i larinksa.

Nakon kraće prijeoperacijske pripreme bolesnica je podvrgnuta operacijskom zahvatu na kojem su nađene brojne stenoze u području terminalnog ileuma i cekuma. Kirurški tretman je zbog lošeg općeg stanja bolesnice izvršen u dva akta. U prvom aktu učinjena je latero-lateralna ileotransverzoanastomoza, a u drugom aktu resekcija zahvaćenog dijela crijeva. Dijagnoza tuberkuloze crijeva potvrđena je patohistološkim nalazom.

Postoperacijski tijek protekao je uredno. Nakon završenog kirurškog liječenja bolesnica je upućena na daljnje liječenje u bolnicu za plućne bolesti Klenovnik.

Kontrola nakon 18 mjeseci pokazala je uredan poslijeoperacijski nalaz.

Ključne riječi: TBC crijeva - kirurgija, TBC crijeva - dijagnoza, TBC crijeva - komplikacije

SUMMARY

Isolated TB of gastrointestinal tract is very rare disease. It's most common localisation is in ileo - cecal region. The object of surgical therapy is intraperitoneal tuberculosis (IPTB) which leads to complications such as bowel obstruction, perforation, fistulation and bleeding. Gastrointestinal tuberculosis can mimic symptoms known in Chrons disease and ileocecal cancer, so often only pathohistological finding can give final diagnose.

A female patient, 35 years old, has been admitted to surgical ward with clinical and radiological signs of ileus. From personal medical history as well as previous medical documentation we learned that the patient was treated for lung and larynx tuberculosis at Jordanovac clinic in Zagreb in 1995.

After preoperative preparation, the patient has been operated on and during surgery we found numerous stenoses in region of terminal ileum and caecum. Due to patient's generay bad condition, surgical treatment has been made in two acts. In first we established an L-L ileotransverso anastomosis and in second we made resection. Diagnosis has been confirmed with pathohistological finding.

Early postoperative period had no complications and after surgical treatment, the patient has been send to special hospital for pulmonary diseases Klenovnik.

Follow up after 18 months from surgery showed no sign of involvement of gastrointestinal tract.

Keywords: Gastrointestinal tuberculosis - surgery; gastrointestinal tuberculossis - diagnosis; gastrointestinal tuberculosis - complications

UVOD

Tuberkuloza crijeva vrlo je rijetka sa malom incidencijom kod nas i u svijetu. Njena pojava i učestalost u tijesnoj su vezi sa plućnom tuberkulozom, profilaktičkim mjerama protiv svih oblika TBC-a, socijalno ekonomskim prilikama i zdravstvenim prosvjećivanjem

stanovništva. Kod nas su oskudni podatci o učestalosti i rasprostranjenosti ovog oboljenja. U svijetu određeni broj autora posvetio je pažnju ovom oboljenju sa karakteristično malom incidencijom u razvijenim i nešto većom nerazvijenim zemljama. U SAD 1% bolesnika s

Mr.sc. Darko Koščak, dr. med.,

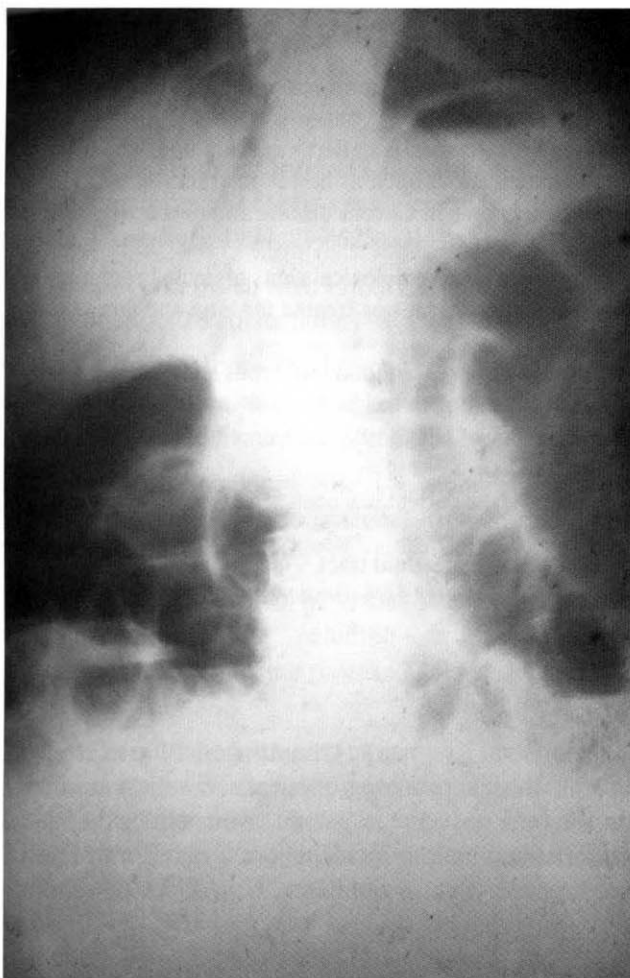
Djelatnost za kirurgiju, Opća bolnica Bjelovar, Mihanovićeve 8, 43000 Bjelovar, darko.koscak@bj.t-com.hr

pulmonalnim oblikom TBC-a oboli od crijevnog oblika¹. Prema podacima Zavoda za tuberkulozu i plućne bolesti, Zagreb 2003. godine, vidljivo je da incidencija TBC-a na području Zagreba pokazuje porast prema prethodnim godinama².

Tuberkuloza crijeva klinički se manifestira u četiri oblika - tumorozno hiperplastični oblik, najčešće lokaliziran u ileocekalnoj regiji, ulcerozni oblik, najčešće lokaliziran u ileumu, diseminirani oblik u smislu peritonealne tuberkuloze i oblik sa zahvaćanjem mezenterijalnih limfnih čvorova. Dijagnoza tuberkuloze crijeva nije laka, a glavni faktori za postavljanje dijagnoze su rendgenski nalaz crijeva, kultura svih sekreta i tkiva na bacil tuberkuloze te histološki nalaz. Autori u radu prikazuju slučaj tuberkuloze crijeva kod 35-godišnje bolesnice.

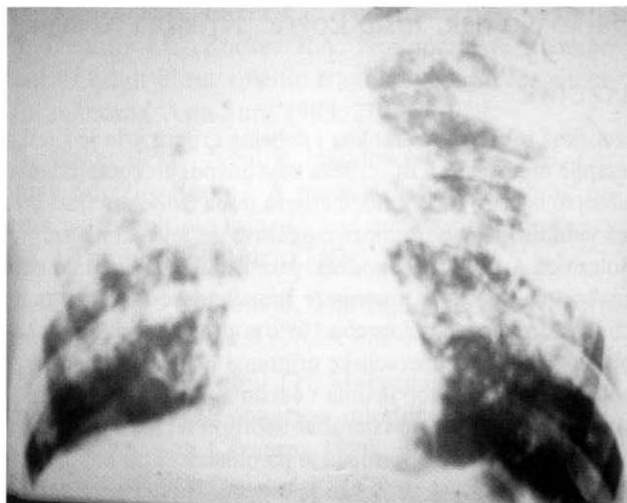
PRIKAZ BOLESNIKA

Bolesnica A.S. stara 35 godina primljena je u hitnoj službi na kirurški odjel u lošem općem stanju s klinički i RTG znakovima visokog ileusa. Iz anamneze i medicinske dokumentacije saznajemo da je bolesnica



Slika 1: Rtg nativna snimka abdomena- vidljivi brojni nivoi tankog crijeva

tuberkulozni bolesnik, liječena na klinici Jordanovac u Zagrebu 1995. godine zbog tuberkuloze pluća i larinksa. Nakon otpusta iz bolnice bolesnica je prestala uzimati tuberkulostatike i nije se javljala na kontrole. Kod prijema urađena je RTG nativna snimka abdomena u stojećem stavu na kojoj se vide brojni nivoi u vijugama tankog crijeva (slika 1).



Slika 2: Rtg pluća-vidljive brojne kavernoze promjene u oba plućna krila

RTG snimka pluća pokazuje brojne kavernoze promjene na oba plućna krila (slika 2).

ORL nalaz: lateralni rubovi epiglotisa ulcerozno su promijenjeni.

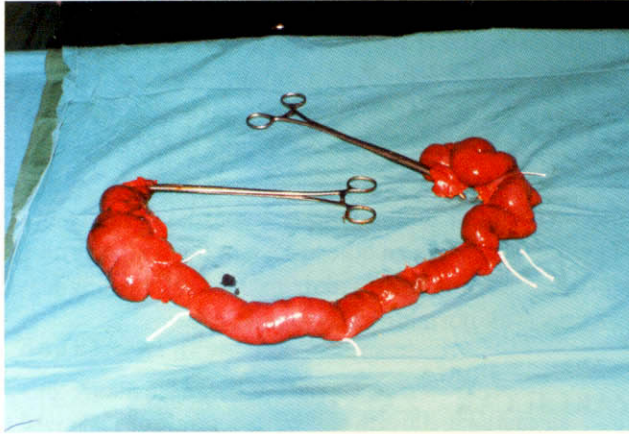
Laboratorijski nalazi pokazivali su znakove ubrzane sedimentacije, leukocitozu, hipokromnu anemiju te hipoalbuminemiju.

Nakon kraće prijeoperacijske pripreme bolesnica je podvrgnuta operacijskom zahvatu na kojem su nađene cirkulatorne stenoze u području terminalnog ileuma i cekuma uz priraslice u području terminalnog ileuma. S obzirom na opće loše stanje bolesnice i stanje ileusa, odlučili smo izvršiti zahvat u dva akta. U prvom aktu uradili smo latero-lateralnu ileotransverzoanastomozu, a u drugom aktu resecirali smo oboljeli dio ileuma uz desnu hemikolektomiju.

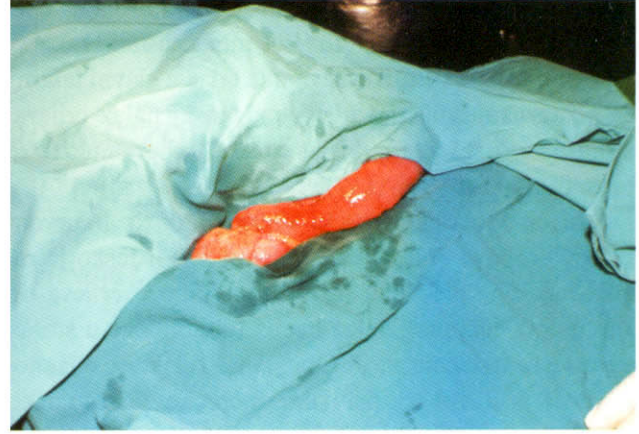
Postavljena sumnja na tuberkulozu crijeva potvrđena je kultivacijom patološkog materijala na hranilištu po Lowensteinu, histološkom analizom isječaka uzetih iz raznih dijelova stijenke terminalnog ileuma i cekuma te tuberkulinskom intrakutanom probom po Mantouxu.

U makroskopskom preparatu (slike 3, 4, 5, 6) na nekoliko mjesta vide se stenoze crijeva, a kad se isto otvori nađu se vrijedovi promjera oko 2 cm čije je dno žućkaste boje i prožima gotovo cijelu stjenku. Seroza je iznad vrijeda puna tuberkula.

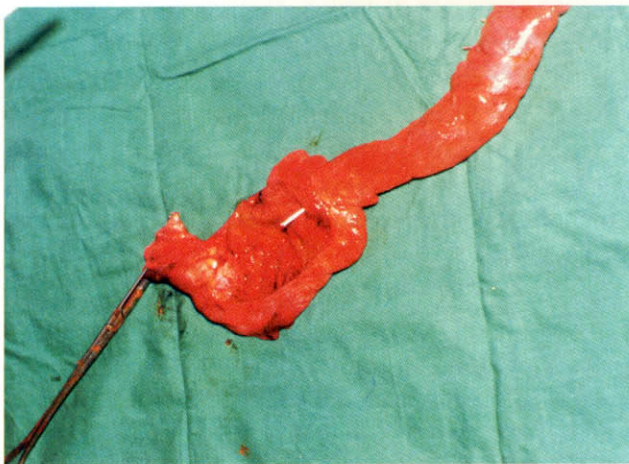
U mikroskopskom preparatu vidljivo je da je vrijed građen od kazeozne nekroze i tuberkula sa središnjom nekrozom, epitelnih stanica, gigantocita tipa Langhans, limfocita, plazma stanica te fibroplasta.



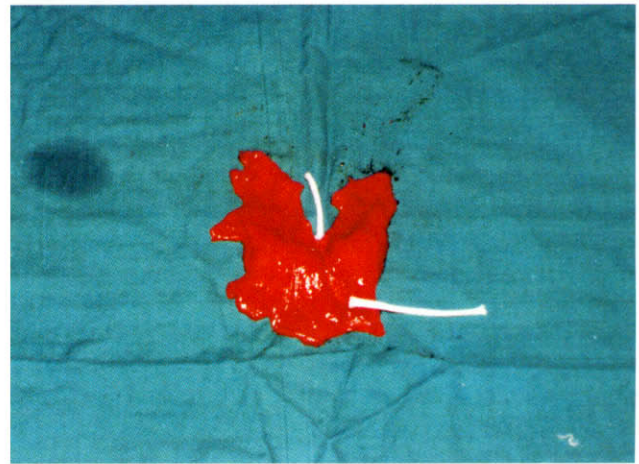
Slika 3: TBC crijeva - resekcijski nalaz, vidljive brojne cirkularne stenoze



Slika 4: TBC crijeva-intraoperacijski nalaz, vidljiva striktura u području ileo-cekalne valvule



Slika 5: TBC crijeva - opstrukcija ileo-cekalne valvule



Slika 6: Tuberkulozni ulkusi i strikture: ileum

Poslijeoperacijski tijek protekao je uredno, a nakon završenog kirurškog liječenja, bolesnica je upućena na daljnje liječenje u bolnicu za plućne bolesti i tuberkulozu Klenovnik.

Kontrola nakon 18 mjeseci pokazala je uredan poslijeoperacijski nalaz. Nalaz pasaže tankog i debelog crijeva je uredan. RTG snimka pokazuje regresiju radioloških promjena u plućnom parenhimu. Bolesnica je bez subjektivnih smetnji, uz uredno formirane stolice, urednog apetita i dobitka na tjelesnoj težini 5 kg, uz normaliziranje krvne slike i vrijednosti sedimentacije.

RASPRAVA

Tuberkuloza crijeva javlja se u dva oblika, kao primarna i sekundarna. Primarna tuberkuloza crijeva javlja se veoma rijetko, uglavnom kod djece, kao posljedica ingestije hrane zaražene bovinim tipom bacila tuberkuloze. Oko 10% osoba oboli na ovaj način. U 90% slučajeva nastaje sekundarna tuberkuloza crijeva kod osoba koje boluju od tuberkuloze pluća zbog gutanja sputuma. Postoji također mogućnost hematogene i limfogene infekcije crijeva. Sekundarna tuberkuloza crijeva javlja se obično u trećem i četvrtom desetljeću života, pretežno u žena³.

Preko 85% lezija lokalizirano je u ileocekalnoj regiji, ali je moguća lokalizacija, iako rijetko, i na jejunumu kao i na ostalim dijelovima kolona i rektuma. Uzrok ovoj pojavi je usporena pasaža crijevnog sadržaja i bujno limfno tkivo na tom mjestu^{4,5}.

Simptomatologija crijevne tuberkuloze nije karakteristična. Postoji velika raznolikost simptoma i manifestacija. Najčešći simptom koji se javlja kod tuberkuloznog enteritisa su abdominalni bolovi, mršavljenje, umor, anoreksija, mučnina. Bol je grčevitog karaktera ili u formi kolika uz čujnu hiperperistaltiku osobito ako dođe do kočenja crijeva kod stenoze. Često postoji proljev s tri do šest kašastih ili tekućih stolica dnevno uz dosta sluzi, dok se krv i gnoj rjeđe nađu. Krvarenja su rijetka usprkos opsežnim ulceracijama, vjerojatno zbog obliteriranog endarteritisa. Pri fizikalnom pregledu vide se distendirane vijuge crijeva sa pojavom kočenja zbog opstrukcije. Ponekad postoji i bolna osjetljivost u desnom donjem kvadrantu abdomena, a kod polovice bolesnika može se palpirati i fiksirana masa u tom području^{6,7,8}. Najčešća komplikacija crijevne tuberkuloze je opstrukcija crijeva, koju smo imali kod naše bolesnice. Druge komplikacije kao hemoragija, prikrivena perforacija sa stvaranjem apscesa, fistula i adhezija, znatno su rjeđe. Na

temelju starih tuberkulinskih vrijedova, odnosno na bazi hiperplastičnih tvorevina sluznice može nastati i rak⁹.

Dijagnoza tuberkuloze crijeva nije laka, a glavni faktori za postavljanje dijagnoze su rendgenski nalaz crijeva, kultura svih sekreta i tkiva na bacil tuberkuloze te histološki nalaz¹⁰.

Diferencijalno dijagnostički dolazi u obzir u prvom redu Chronova bolest. U kroničnoj formi teško je razlikovati hiperplastičnu formu tuberkuloze crijeva od karcinoma cekuma. Nalaz bacila tuberkuloze u stolici govori u tom slučaju za TBC crijeva. Koji put se dijagnoza može postaviti tek prilikom operacije ili histološki. Diferencijalno dijagnostički u obzir još dolazi aktinomikoza, rijetka primarna limfogranulomatoza crijeva, ulcerozni kolitis, te drugi kronični intestinalni granulomi. Minimalni invazivni postupci poput laparoskopije, endoskopije i perkutane biopsije trebali bi biti korišteni pri dijagnozi intraperitonealne tuberkuloze (IPTB) kao prvi korak u dijagnostici¹¹.

Terapija nekompliciranih oblika tuberkuloze crijeva je terapija tuberkulostaticima i dijetalnim mjerama, dok su komplikacije (opstrukcija, fistulacija, perforacija i

krvarenja) indikacije za kirurški tretman^{12,13}. Operacija je indicirana ako je nejasna dijagnoza, ako se bolest rezistentna na konzervativnu terapiju ili ako se razvijaju komplikacije. Resekcija je najbolji kirurški postupak a premoščivanje (bypass) se radi samo ako su prisutni apscesi i fistule. Prognoza je dobra ukoliko se bolesnik operira u ranom stadiju bolesti. Laparoskopiska resekcija kolona je idealna za bolesnike s ileo-cekalnom tuberkulozom, jer ima minimalan morbiditet i omogućava brz oporavak normalnim aktivnostima¹⁴.

ZAKLJUČAK

Pojava i učestalost tuberkuloze crijeva je u tijesnoj vezi sa plućnom tuberkulozom, profilaktičnim mjerama protiv svih oblika tuberkuloze, socijalno ekonomskim prilikama i zdravstvenim prosvjećivanjem stanovništva.

Iako je tuberkuloza crijeva rijetka, na nju treba uvijek misliti u diferencijalno dijagnostičke svrhe prema Chronovoj bolesti, karcinomu cekuma i drugim kroničnim intestinalnim granulomima.

Prognoza je dobra ukoliko se bolesnik operira u ranom stadiju bolesti.

LITERATURA

1. Padussis J, Loffredo B, McAneny D. Minimally invasive management of obstructive gastroduodenal tuberculosis. *American Surgeon* 2005; 71(8): 6598-700.
2. Drinković T, Pavičić F. Tuberkuloza-jučer, danas i sutra. *Saopćenja Pliva* 2004; 26 : 3-30.
3. Olukbas C, Bolukbas FF, Kendir T, Dalay RA, Akbayir N. Clinical presentation of abdominal tuberculosis in HIV seronegative adults. *Gastroenterology* 2005; 5:21.
4. Ko CY, Schmit PJ, Petrie B, Thompson JE. Abdominal tuberculosis: the surgical perspective. *American Surgeon* 1996; 62(10): 865-8.
5. Waqar SH, Malik ZI, Zahid MA. Isolated appendicular tuberculosis. *Journal of Ayub Medical College* 2005; 17(2):88-9.
6. Marshall JB. Tuberculosis of the gastrointestinal tract and peritoneum. *American Journal of Gastroenterology* 1993; 88 (7): 989-99.
7. Harland RW, Varkey B. Anal tuberculosis: report of two cases and literature review. *American Journal of Gastroenterology* 1992; 87(10):1488-91.
8. Lee DH, Ko Yt, Yoo Y, Lim JH. Sonographic findings of intestinal tuberculosis. *Journal of Ultrasound in Medicine*. 1993; 12(9):537-40.
9. Jayanthi V, Probert CS, Sher KS, Wicks AC. The renaissance of abdominal tuberculosis. *Digestive Diseases* 1993; 11(1):36-44.
10. Lambriandies A, Ackroyd N, Shorey B. Abdominal tuberculosis. *British J. Surgery* 1980; 67(12):887-9.
11. Akgun Y. Intestinal and peritoneal tuberculosis: changing trends over 10 years and a review of 80 patients. *Canadian Journal of Surgery* 2005; 48(2):131-6.
12. Pongrac I. Kemoterapija tuberkuloze. *Liječ. Vjesnik* 1994; 116:162-5.
13. Demory D, Forel JM, Michel F, Gullin A, Consentino B. Chron disease and abdominal tuberculosis: complications related to a diagnostic error. *Prese Medica* 2006; 35(1):51-4.
14. Balsara KP, Shah CR, Maru S, Sehgal R. Laparoscopic-assisted ileo-colectomy for tuberculosis. *Surgical Endoscopy* 2005; 19(7):986-9.