

Sakral Tüberküloza Bağlı Olarak Gelişen Tekrarlayan Perianal Abse Olgusu

The Case of Recurrent Perianal Abscess that Develops due to Sacral Tuberculosis

MUSTAFA UĞUR, GÜLSÜM TOZLU, FATİH BENZİN, MAHMUT BÜLBÜL
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Isparta

ÖZET

Bu çalışmada kliniğimizde tedavi edilen sakral tüberküloza bağlı gelişen tekrarlayan perianal abse olgusu sunulmuştur. WHO (Dünya Sağlık Örgütü)' nün raporlarına göre dünya nüfusunun 1/3'ü tüberküloz riski altındadır. Ayrıca tipik olmayan belirtilerle başvuran vakaların sayısındaki artış da tüberkülozun değişik manifestasyonları konusunda bilgilendirici ve uyanık olmamızı gerektirmektedir. Tekrarlayan perianal abse olgularında, tüberkülozun artan sıklığında göz önünde bulundurularak, tanıdaki gecikmeye bağlı gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi için tüberküloz öncelikli olarak akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Tekrarlayan perianal abse, Sakral Tüberküloz

ABSTRACT

This study presents the case of recurrent perianal abscess that develops due to sacral tuberculosis, treated in our clinic. According to World Health Organization (WHO), one third (1/3) of world population is under the threat of tuberculosis. Moreover, the increase in cases who reach hospitals with atypical symptoms necessitates being informed and cautious about the different manifestations of tuberculosis. In recurrent perianal abscess cases, also by taking the increasing frequency of tuberculosis into consideration, tuberculosis should primarily be kept in mind for preventing the complications that might develop due to delay in diagnosis.

Key words: Recurrent perianal abscess, Tuberculosis

Başvuru Tarihi: 13.08.2010, Kabul Tarihi: 06.09.2010

✉ Dr. Mustafa Uğur

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi

Genel Cerrahi Anabilim Dalı 32100 Isparta - Türkiye

Tel: 0505.3463209, 0246.2112224

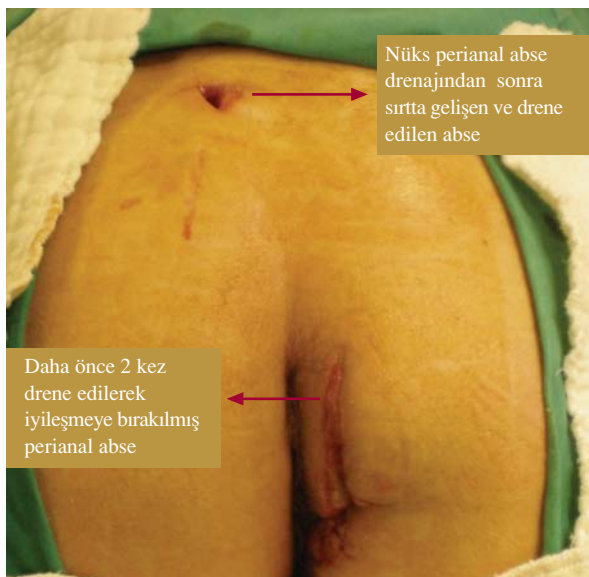
Kolon Rektum Hast Derg 2010;20:143-146

Giriş

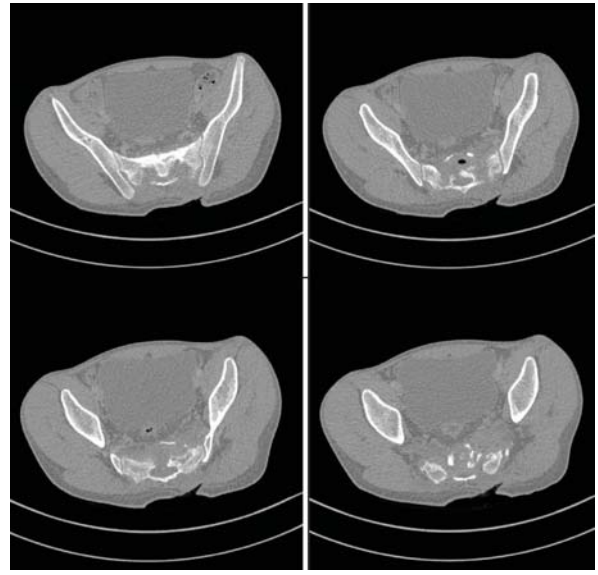
Anorektal abselerin büyük çoğunluğu anal kriptlerden doğan, intersfinkterik bölgeye uzanan anal bezlerin enfeksiyonlarından kaynaklanır. Özgül etyolojik durumlar arasında ise Crohn hastalığı, kronik ülseratif kolit, tüberküloz, aktinomikoz, yabancı cisim varlığı, karsinoma, lenfoma, lenfogranüloma venorum, travma, radyasyon gibi çok sayıda durum mevcuttur.¹ Tüberküloz geçmişte en sık anal fistül nedenlerinden bir tanesi idi.² 1946 yılında antitüberküloz ilaçların bulunması ile hızla kontrol altına alınmış olmasına karşın tüberküloz, son on yılda gerek HIV epidemisi, gerekse primer direnç ve diğer etkenler nedeniyle yeniden artmaya başlamıştır. WHO (Dünya Sağlık Örgütü)'nün raporlarına göre dünya nüfusunun 1/3'ü tüberküloz riski altındadır. Ayrıca tipik olmayan belirtilerle başvuran vakaların sayısındaki artışta tüberkülozun değişik manifestasyonları konusunda bilgili ve uyanık olmamızı gerektirmektedir.³ Günümüzde anal fistüllerin %0.8-6'sında tüberküloz suçlanmaktadır.^{2,4}

Olgu

21 yaşında erkek hastaya 30 gün önce perianal ağrı ve şişlik şikayeti ile başvurduğu bir sağlık merkezinde perianal abse tanısı konularak abse drenajı yapılmış ve kinolon grubu antibiyotik başlanarak taburcu edilmiştir. Hasta 15 gün sonra aynı şikayetlerle ameliyat edildiği hastaneye tekrar başvurmuştur. Yeniden abse drenajı yapılarak, nüks perianal absenin etyolojisinin araştırılması



Resim 1. Daha önce 2 kez perianal abse drenajı yapılan hastada sırtta gelişen ve drene edilen abse.



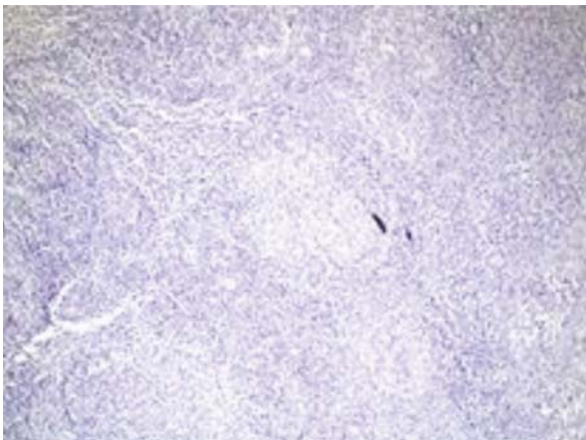
Resim 2. Sakral 2 alt düzeyinden başlayıp koksikse doğru uzanan sakral kemikte destrüksiyon ve sakral bölgedeki yumşak doku içinde hava değeri.

için kliniğimize yönlendirilmiştir. Hastanın ano-rektal muayenesinde litotomi pozisyonunda anal girimden 1 cm lateralde saat 3 hizasında 1 cm'lik kesi mevcuttu. Kesi yerinden pürülan drenajı vardı. Pürülan mayiden kültür için örnek alındıktan sonra drenajın tam olmadığı düşünülerek yara dudaklarına lokal anestezi uygulandıktan sonra, yara genişletildi. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit 1.090/mL, hemoglobin değeri 7.5gr/dl, CRP 131mg/l olarak tesbit edildi. Periferik yayma yapılarak hematoloji kliniği ile konsülte edildi. Periferik yaymada hipokrom mikrositer anemi tespit edildi. Bu arada hastaya 3 ünite eritrosit süspansiyonu verildi. Hastada tekrarlayan perianal abse ve kronik hastalık anemisinin etyolojisinin tesbiti için posteroanterior akciğer grafisi (PAAC), kolonoskopi tetkikleri yapıldı. PAAC grafisi ve kolonoskopi tetkiklerinde patolojik bulguya rastlanmadı. Brucella tüp aglütinasyon testi, Prufiye protein derivesi (PPD) testi çalışıldı. Brucella tüp aglütinasyon testi negatif olarak tespit edildi. PPD 22 mm olarak ölçüldü. Pürülan mayiden alınan kültürde üreme olmadı. Hastanın kliniğimize yatışının 3. gününde sakral bölgenin 2 cm solunda, cilt üzerinde 3x2 cm'lik, üzeri kızarıklık, hassas lezyon gelişti. Abse formasyonu olarak değerlendirilen bu lezyon lokal anestezi altında drene edildi (Resim 1). İntraabdominal bir patolojiyi dışlamak için



Resim 3. *Fistülektomi ve küretaj operasyonundan 15 gün sonra iyileşmeye başlayan yaralar.*

abdominopelvik bilgisayarlı tomografi tetkiki yapıldı. Abdominopelvik bilgisayarlı tomografide 2. sakral vertebra alt düzeyinden başlayıp inferiorda koksikse doğru uzanan sakral kemikte destrüksiyon tesbit edildi. Sakral bölgedeki yumuşak doku içinde 10x8 mm boyutlarında hava değeri görüldü (Resim 2). Bunun üzerine perianal absenin sırtta ortaya çıkan abse ile bağlantılı olduğu düşünülerek abse drenajı için hastanın ameliyat edilmesine karar verildi. Spinal anestezi altında pron pozisyonunda yapılan eksplorasyonda sakral bölgedeki lezyonun sakral vertebraları destrükte ederek perianal bölgeye doğru uzandığı ve daha önce 2 kez drene edilen abse ile bağlantılı olduğu görüldü. Hastaya fistülektomi ve küretaj operasyonu yapıldı (Resim 3). Fistülün anal kanalla ilişkisi yoktu. Küretaj materyali patolojiye gönderildi. Sonuç kazeifikasyon nekrozu içeren



Resim 4. *Kazeifikasyon nekrozu içeren granümatöz yangı.*

granümatöz yangı olarak rapor edildi (Resim 4). Materyalden yapılan Erlich-Ziehl-Neelsen (EZN) boyasında aside dirençli basil lehine boyanma tesbit edildi. Hastaya dörtlü anti-tüberküloz tedavi (isoniasid 300mg/gün, rifampisin 600mg/gün, pirozinamid 1500mg/gün, etambutol 1000mg/gün) başlanarak taburcu edildi. 3. ve 9. aylık kontrollerde hastada perianal abse gelişmedi ve herhangi bir komplikasyona rastlanmadı.

Tartışma

Perianal tüberküloz nadir görülen bir hastalıktır, ancak sıklığı tüm dünyada artmaktadır. Hastalığın tedavisinin yönetimi için öncelikle hastalığı tanımak esastır. Tüberkülozun endemik olduğu yerlerde tekrarlayan perianal sepsisi olan olgularda perianal tüberkülozdan şüphe edilmelidir.⁵ Akciğer ya da gastrointestinal tüberküloz yayılımı olmadan izole perianal tüberküloz vakaları oldukça nadirdir.⁶ Literatürde pulmoner ve abdominal tüberkülozun bir komplikasyonu olarak gelişen perianal tüberküloz vakaları bildirilmiştir.⁷⁻⁹ Hastalığın tanısında PAAC grafisi, tüberkülin testi tanıda değerini korumaktadır. Kesin tanı bakteriyolojik ve histolojik incelemeler sonucunda konulabilir. Kazeifikasyon nekrozu içeren bir alan çevresinde görülen epitelioid hücreler tipik histolojik lezyondur ancak patognomonik değildir. Anoperineal yerleşimli Crohn Hastalığı'nda da benzer lezyonlar görülür. Direkt bakıda görülmesi ve kültürde tüberküloz basillerinin üretilmesi ile kesin tanı konulabilir. Ancak kültürde üreme 3-4 haftayı bulabilmekteyse de 48 saat içinde bakteriyel DNA'yı tespit eden polimeraz zincir reaksiyonu günümüzde tanıda yüksek hassasiyetle kullanılan bir tekniktir.¹⁰ Tedavide üçlü ya da dörtlü tüberküloz tedavisi yanında abse formasyonu, fistül gibi komplikasyonlar geliştiğinde cerrahi tedavi planlanmalıdır.⁵

Bu olguda tekrarlayan perianal abse, sakral tüberkülozun bir komplikasyonu olarak karşımıza çıktı. Tipik olmayan belirtilerle basvuran vakaların sayısındaki artış göz önüne alındığında tüberkülozun değişik manifestasyonları konusunda bilgili ve uyanık olmamız bu tip vakaların erken teşhisini ve komplikasyon gelişmeden tedavi edilmesini sağlayacağı düşüncesindeyiz.

Kaynaklar

1. Terzi C, Füzün M. Anorektumun benign hastalıkları. Sayek(ed). Temel Cerrahi. Güneş Kitapevi, Ankara 2004, 1256-68.
2. Goligher JC, Ellis M, Pissidis AG. A critique of and glandular infection in the etiology and treatment of idiopathic anorectal abscesses and fistulas. Br J Surg 1997;54: 997.
3. WHO: Tuberculosis control and research strategies for the 1990's. Memorandum from a WHO-meeting. Bull WHO 1992;70:17.
4. Tancer ML, Veridiano NP. Genital fistulas secondary to diverticular disease of the colon: a review. Obstet Gynecol Surv 1996; 51: 67-73.
5. Jonathan AB, Allan MC, Hill J. Suprlevator fistula in ano in Tuberculosis. Colorectal Dis 2009 Oct 27.
6. Akgun E, Tekin F, Ersin S, Osmanoglu H. Isolated perianal tuberculosis. Neth J Med 2005;63:115-17.
7. Ohse H, Ishii Y, Saito T, *et al.* A case of pulmonary tuberculosis associated with tuberculous fistula of anus National Seiranso Hospital, Ibaraki, Japan. Kekkaku 1995;70:385-88.
8. Sharma MP, Bhatia V. Abdominal tuberculosis 2004;120:305-15.
9. Onizuka O, Kawano M, Aso S. A case of tuberculous anal fistulae complicated by pulmonary tuberculosis. Kekkaku. 1994;69:689-92.
10. P J Gupta, Ano-perianal tuberculosis - solving a clinical dilemma. Afr Health Sci 2005;5:345-47.