

Romana Ucińska, Alicja Siemińska

Z Katedry i Kliniki Chorób Płuc i Gruźlicy AM w Gdańsku
Kierownik: prof. dr hab. med. J.M. Stomiński

GRUŹLICZE ZAPALENIE OTRZEWNEJ NADAL MOŻLIWĄ PRZYCZYNĄ WODOBRZUSZA

TUBERCULOUS PERITONITIS AS STILL PROBABLE CAUSE OF ASCITES

Summary: A 38-year-old man was admitted to hospital because of ascites, fever, weakness, abdominal pain. Chest x-ray revealed old posttuberculous opacities in the left subclavicular region and fluid in left pleural cave. Cirrhosis of the liver and malignant disease were suspected. Treatment with antibiotics and evacuation of pleural fluid caused short-lasting improvement. After 6 weeks of diagnostic procedures parenchymal infiltrations in left lung were confirmed. In sputum tuberculous bacilli were found. Tuberculous peritonitis was confirmed histopathologically. Antituberculous treatment was successful.

Key words: tuberculous peritonitis, ascites

PNEUMONOL. ALERGOL. POL., 2001, 69, 9-10, 564-567

Wstęp

Wprowadzenie skutecznych leków przeciwprątkowych, wyeliminowanie gruźlicy u bydła, pasteryzacja mleka oraz właściwa higiena w wielu krajach znacznie zmniejszyły częstość zachorowań na gruźlicze zapalenie otrzewnej. Nadal jednak istnieją na świecie rejon endemiczne, o wysokiej zachorowalności na tę chorobę, a w krajach uprzemysłowionych obserwuje się w ostatnich latach jej powrót (4). Wiąże się to z imigracją ludności z biedniejszych krajów, starzeniem się populacji, problemem alkoholizmu, ubóstwa socjoekonomicznego oraz AIDS (3, 6, 9, 11). W Polsce podlegają rejestracji przypadki gruźliczego zapalenia wielosuwrowicówkowego (7). W ostatniej dekadzie notowano w naszym kraju 26-30 zachorowań rocznie. Przedstawiony przypadek dotyczy chorego na gruźlicze zapalenie wielosuwrowicówkowe, u którego w obrazie klinicznym dominowały objawy wysiękowego zapalenia otrzewnej.

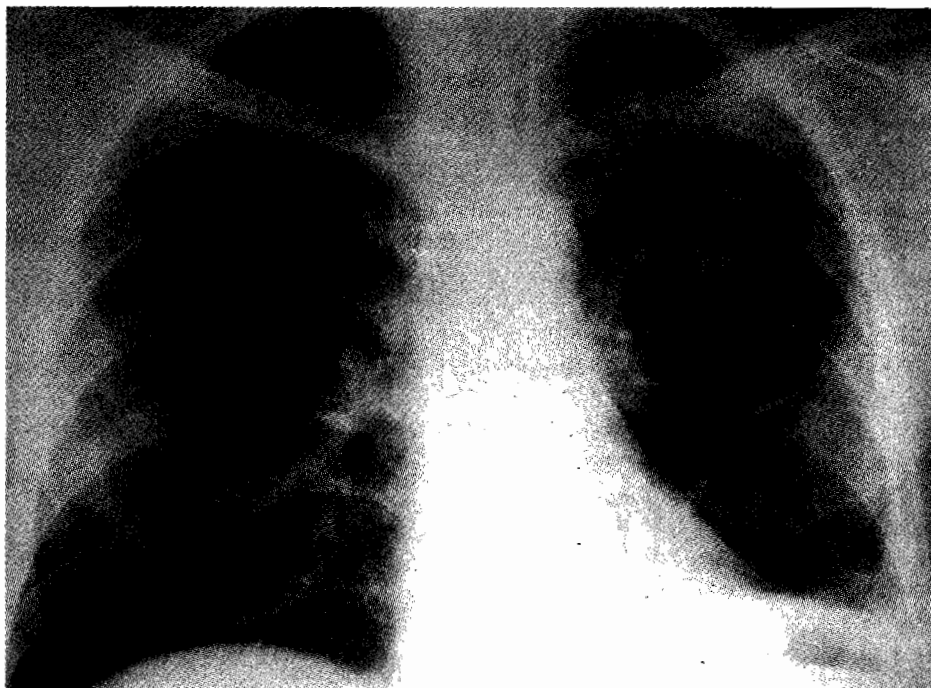
Opis przypadku

38-letni elektryk, bez stałej pracy, nadużywający alkoholu, został przyjęty do kliniki gastroenterologii z powodu trwających od kilku tygodni stanów gorączkowych, narastającego osłabienia, stopniowego powiększania się obwodu brzucha oraz pobolewania w podbrzuszu. Przed sześcioma laty chorował na wirusowe zapalenie wątroby typu B. W badaniu przedmiotowym stwierdzono wodobrzusze. Powłoki brzuszne były miękkie i lekko tkliwe. Chory gorączkował do 38,6 °C oraz miał tachykardię 120/min. W badaniach laboratoryjnych poza przyspieszeniem opadania krwinek czerwonych do 55 mm po pierwszej godzinie nie stwierdzono innych odchyleń od normy. Badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej wykazało znaczną ilość płynu w jamie otrzewnej. W rutynowo wykonanym badaniu radiolo-

gicznym klatki piersiowej stwierdzono cechy lewostronnego zapalenia płuc i opłucnej oraz „stare” zmiany pogruźlicze o charakterze dobrze wysyconych zacienień drobnoplamistych w okolicy podobojczykowej lewego płuca. Zastosowano leczenie amoksycyliną z kwasem klawulanowym, a następnie ciprofloksacyną. Wykonano punkcję jamy otrzewnej ewakuując 4 litry wysiękowego płynu. Kontrolne zdjęcie płuc po leczeniu wykazało regresję zmian zapalnych oraz zrosty opłucnowe w lewym kącie opłucnowo-przeponowym, jednak pomimo poprawy obrazu radiologicznego nadal utrzymywała się gorączka. W badaniach wykonanych w celu ustalenia przyczyny wodobrzusza nie stwierdzono cech nadciśnienia wrotnego i marskości wątroby, a także procesu nowotworowego, natomiast echokardiografia wykazała obecność niewielkiej ilości płynu w worku osierdziowym. Badanie tomokomputerowe jamy brzusznej wykonane po punkcji otrzewnej wykazało wewnątrzotrzewnowy zbiornik płynu oraz w okolicy pęcherza moczowego, ponadto obecność niejednorodnych obszarów w śródbrzuszu i podbrzuszu łączących się z otrzewną.

W szóstym tygodniu hospitalizacji stan kliniczny chorego nieznacznie pogorszył się. Pojawił się kaszel z odkrztuszaniem skąpych ilości ropnej płwociny oraz ból u podstawy lewego płuca w linii pachowej nasilający się podczas głębokiego wdechu. Osłuchiowaniem płuc nie stwierdzano odchyłeń od stanu prawidłowego. Wykonano kolejne zdjęcie płuc, które wykazało obecność plamistych zacienień mięszkowych w obu płucach oraz zacienienie lewego kąta przeponowo-żebrowego (ryc. 1). Podejrzewając gruźlicze zapalenie wielosuwrowicówkowe i gruźlicę płuc wykonano śródskórną próbę tuberkulinową, której wynik był dodatni (20 mm). W badaniu bakterioskopowym płwociny znaleziono prątki kwasooporne. Wziernikowanie jamy otrzewnej wykazało rozsiane prosówkowate zmiany w obrębie całej otrzewnej. Wynik badania histopatologicznego wycinka z otrzewnej brzmiał: *Inflammatio granulomatosa caseosa*. Z rozpoznaniem gruźliczego zapalenia wielosuwrowicówkowego i gruźlicy płuc chory został przeniesiony do Kliniki Chorób Płuc i Gruźlicy celem dalszego leczenia. Rozpoczęto czterolekową kurację przeciwprątkową: rifampicyna w dawce 600 mg/d., hydrazyd kwasu izonikotynowego – 300 mg/d., pirazynamid – 1500 mg/d. oraz etambutol – 1000 mg/d., zastosowano także glikokortykosterydy (prednison w dawce 30 mg/dobę). Z posiewów pobranych laparoskopowo fragmentów zmienionej zapalnie otrzewnej uzyskano po 3 tygodniach wzrost prątków. Wykonane po 6 tygodniach leczenia przeciwprątkowego zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej wykazywało nieznaczną regresję zmian w płucu lewym. W kontrolnych badaniach bakterioskopowych płwociny nie znajdowano już prątków kwasoopornych. Pacjent został wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym, bez cech wodobrzusza w badaniu fizykalnym oraz ultrasonograficznym jamy brzusznej, z zaleceniem dalszego leczenia w rejonowej poradni przeciwgruźliczej.

Omówienie Przegląd piśmiennictwa wskazuje, że gruźlicze zapalenie otrzewnej występuje u osób w każdym wieku, jednak zazwyczaj chorują młodzi dorośli (od 21 do 40 r. ż., średnio w wieku 30-40 lat), w równym stopniu mężczyźni i kobiety (4). Jako zakażenie oportunistyczne rozwinę się bądź ulega reaktywacji w sytuacji obniżenia sił odpornościowych. Sprzyja temu m.in. niedożywienie, utrata masy ciała, alkoholizm, cukrzyca, leczenie



Rycina 1: Drobnoplamiste zacieńnięcia mięsrowe w obu płucach oraz zacieńnięcie lewego kąta przeponowo-żebrowego.
Diffuse opacities in both lungs and opacity of the left costophrenic angle.

immunosupresyjne, przewlekła niewydolność nerek, starszy wiek, zakażenie AIDS (10). W opisanym przypadku, dotyczącym 38-letniego mężczyzny, przeprowadzony wywiad ujawnił nadużywanie alkoholu.

U znacznej części chorych na gruźlicze zapalenie otrzewnej, przekraczającej nawet 80%, stwierdza się zmiany gruźlicze (czynne lub nieczynne) umiejscowione w innych narządach głównie w płucach (2, 4). Są one najczęstszym źródłem rozwoju choroby drogą krwionośną. Dlatego też w każdym przypadku wodobrzusza nieznanego pochodzenia obecność „starych” ognisk gruźliczych w płucach lub innych narządach powinna skłaniać do wzięcia pod uwagę rozpoznania gruźlicy. Jednocześnie należy podkreślić, że prawidłowy obraz radiologiczny płuc, nie wyklucza takiego rozpoznania i nakazuje uwzględnić je w diagnostyce różnicowej płynu w otrzewnej (1, 12).

Obraz ultrasonograficzny jamy brzusznej w gruźliczym zapaleniu otrzewnej nie jest patognomiczny – może uwidocznić tylko powiększone węzły chłonne (5). U przedstawionego chorego jedynym odchyleniem była obecność dużej ilości wolnego płynu w otrzewnej. Większą wartość diagnostyczną ma tomografia komputerowa jamy brzusznej, przydatna zwłaszcza w różnicowaniu z chorobą nowotworową. W przypadku gruźliczego zapalenia otrzewnej badanie to pozwala uwidocznić pogrubiałą sieć, nieregularnej gęstości tkanki miękkie, pozrastane pętle jelitowe, zserowacenie węzłów chłonnych (8). Stwierdzenie u naszego chorego, oprócz płynu w jamie otrzewnej, obszarów o niejednorodnej gęstości, nieoddzielających się od

otrzewnej kierowało raczej podejrzenia w kierunku rozrostu nowotworowego. Dopiero obraz laparoskopowy potwierdził podejrzenie gruźliczego zapalenia otrzewnej. Warto jednak podkreślić, że różnicowanie makroskopowo rozsiewu gruźliczego od rozsiewu nowotworowego oraz pewnych postaci choroby Leśniowskiego-Crohna jest trudne. Istotne jest zatem badanie mikroskopowe wycinków pobranych ze zmian, które tak jak w przedstawionym przypadku wykazało typową ziarninę gruźliczą z ogniskami martwicy serowatej. Natomiast decydującym było badanie mikrobiologiczne otrzewnej, w której wykryto prątki.

Piśmiennictwo:

1. Dandapat M.C., Mohan Rao V.: Management of abdominal tuberculosis. *Indian J. Tubercul.*, 1985, 32, 126-9.
2. Dineen P., Homan W., Grafe W.: Tuberculous peritonitis: 43 years' experience in diagnosis and treatment. *Ann. Surg.*, 1976, 184, 717-722.
3. Guth A.A., Kim U.: The reappearance of abdominal tuberculosis. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 1991, 172, 432-6.
4. Kapoor V.K.: Abdominal tuberculosis. *Postgrad. Med.*, 1998, 74, 459-467.
5. Kedar R.P., Shah P.P., Shirde R.S., Malde H.M.: Sonographic findings in gastrointestinal and peritoneal tuberculosis. *Clin. Radiol.*, 1994, 49, 24-9.
6. Lambrianides A.L., Ackroyd N., Shorey B.A.: Abdominal tuberculosis. *Br. J. Surg.*, 1980, 67, 887-9.
7. Materiały Zakładu Epidemiologii Instytutu Gruźlicy, Warszawa, 2000.
8. Rodriguez E., Pombo F.: Peritoneal tuberculosis versus peritoneal carcinomatosis: distinction based on CT findings. *J. Comput. Assist. Tomogr.*, 1996, 20, 269-72.
9. Rosengart T.K., Coppa G.F.: Abdominal mycobacterial infections in immunocompromised patients. *Am. J. Surg.*, 1990, 159, 125-31.
10. Rowińska-Zakrzewska E.: Zakażenie gruźlicą. red. P. Krakówka i E. Rowińska-Zakrzewska. S: Gruźlica. PZWL, Warszawa, 1988.
11. Sharp J.F., Goldman M.: Abdominal tuberculosis in East Birmingham: a 16 year study. *Postgrad. Med. J.*, 1987, 63, 539-42.
12. Tandon R.K., Sarin S.K., Bose S.L., Berry M., Tandon B.N.: A clinico-radiological appraisal of intestinal tuberculosis – changing profile? *Gastroenterol. Jpn.*, 1986, 21, 17-22.

Wysłano: 10.01.2001

Adres autora: Klinika Chorób Płuc AM, 80-211 Gdańsk, ul. Dębinki 7