

## TUBERCULOZA ABDOMINALĂ – O DILEMĂ CLINICĂ

IOAN ȘIMON<sup>1</sup>, MĂRIOARA ȘIMON<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Clinica Chirurgie IV, Cluj-Napoca

<sup>2</sup>Clinica Pneumoftiziologie, Cluj-Napoca

### Rezumat

*Tuberculoza abdominală este o afecțiune rară, cu tablou clinic nespecific. Au fost studiați 7 pacienți, cu o vârstă medie de 36,7 ani, diagnosticați cu tuberculoză abdominală în Clinica Chirurgie IV în perioada 2007-2008. Din cei 7 pacienți cu tuberculoză abdominală, în 5 cazuri a fost tuberculoză peritoneală, 1 caz tuberculoză intestinală și 1 caz tuberculoză apendiculară. Toți pacienții au prezentat simptome nespecifice: tablou clinic de ocluzie intestinală și de apendicită acută, dureri abdominale difuze. Pacienții cu tuberculoză peritoneală au fost diagnosticați prin laparoscopie. Managementul postoperator a fost efectuat în conformitate cu normele de tratament ale tuberculozei extrapulmonare.*

**Cuvinte cheie:** tuberculoză abdominală, laparoscopie, diagnostic.

### ABDOMINAL TUBERCULOSIS - A CLINICAL DILEMMA

#### Abstract

*Abdominal tuberculosis is a rarely disease with unspecific clinical symptoms. They were studied 7 patients, with the average age 36,7, diagnosed with abdominal tuberculosis in the IVth Surgical Clinic during 2007-2008. Out of the 7 patients with abdominal tuberculosis, 5 cases were diagnosed with peritoneal tuberculosis, 1 of them with intestinal tuberculosis and 1 patient with apendicular tuberculosis. All of the patients had unspecific clinical symptoms: intestinal occlusion, acute appendicitis, diffuse abdominal pain. The patients with peritoneal tuberculosis were diagnosed by laparoscopy. Postoperative management was carried out in accordance with the treatment of extra pulmonary tuberculosis.*

**Keywords:** abdominal tuberculosis, laparoscopy, diagnosis.

### INTRODUCERE

Creșterea incidenței tuberculozei pulmonare a condus și la creșterea incidenței localizărilor abdominale. Tuberculoza abdominală este una dintre formele cele mai frecvente ale tuberculozei extrapulmonare. Tuberculoza poate afecta orice parte a tractului gastro-intestinal și ocupă locul șase între localizările extrapulmonare ale tuberculozei, reprezentând 11 % din totalul acestora [1,2]. Riscul de îmbolnăvire este mai crescut la pacienții cu ciroză hepatică, diabet zaharat dezechilibrat, infecție HIV, neoplazii, precum și la pacienții cu dializă peritoneală cronică [3].

### MATERIAL ȘI METODĂ

Am efectuat un studiu retrospectiv în perioada 2007-2008, pe 7 pacienți diagnosticați cu tuberculoză

abdominală în Clinica Chirurgie IV. Studiul nostru are drept scop aprecierea acelor criterii clinice și paraclinice ce ar putea servi drept criterii de diagnostic etiologic preoperator, precum și evaluarea posibilităților terapeutice ale bolnavilor cu tuberculoză abdominală.

### REZULTATE

Au fost diagnosticați 7 bolnavi cu tuberculoză abdominală, în perioada 2007-2008:

- ◆ 5 cazuri tuberculoză peritoneală,
- ◆ 1 caz tuberculoză intestinală,
- ◆ 1 caz tuberculoză apendiculară.

Lotul studiat este format din 5 bărbați și 2 femei, cu vârstă cuprinsă între 24-55 ani, vârsta medie fiind de 36,7 ani.

În ceea ce privește mediul de proveniență:

- ◆ mediul urban 2 cazuri,
- ◆ mediul rural 5 cazuri.

Articol intrat la redacție în data de: 22.12.2010

Acceptat în data de: 03.01.2011

Adresa pentru corespondență: masiroro@yahoo.com

Simptomatologia clinică și examenul obiectiv la pacienții cu tuberculoză peritoneală au fost nespecifice :

- ◆ Durere abdominală difuză: 5 cazuri,
- ◆ Scădere ponderală: 4 cazuri,
- ◆ Ascită: evidentă clinic 2 cazuri,
- ◆ Astenie: 3 cazuri.

În cazul tuberculozei intestinale complicate, diagnosticul a fost de ocluzie intestinală.

La pacienta cu tuberculoză apendiculară, diagnosticul preoperator a fost de apendicită acută.

Examinările paraclinice efectuate la cazurile luate în studiu:

◆ Examinările de laborator au evidențiat o ușoară leucocitoză cu limfocitoză în 6 cazuri, VSH accelerat în 5 cazuri, hipoproteinemie cu hipoalbuminemie în 3 cazuri.

◆ Ecografia abdominală efectuată la toți bolnavii a evidențiat ascită la cei cu tuberculoză peritoneală, ecografia abdominală la pacientul cu tuberculoză intestinală a arătat lichid intraperitoneal, îngroșarea peretelui intestinal și adenopatie mezenterică.

◆ Radiografia toracică a fost normală la toți pacienții, cu excepția pacientei cu tuberculoză apendiculară a cărei radiografie arăta leziuni de tuberculoză fibrocazeos-cavitară lobi superiori bilateral (efectuată postoperator, deoarece pacienta a fost operată de urgență cu diagnosticul de apendicită acută).

### Tratamentul chirurgical

◆ Toate cazurile au fost operate în anestezie generală cu intubație orotraheală, cu excepția pacientei cu apendicită acută. În cazul tuberculozei peritoneale s-a practicat abordul laparoscopic, aspectul macroscopic fiind sugestiv pentru tuberculoză peritoneală.

◆ În toate cazurile s-a practicat biopsie de la nivelul peritoneului parietal. La pacientul cu tuberculoză intestinală s-a practicat enterectomie segmentară cu anastomoză enteroenterală. La pacienta cu apendicită acută s-a practicat apendicectomia directă.

◆ Spitalizarea post operatorie a variat între 2 și 12 zile, cu valori medii de 3,4 zile pentru abordul laparoscopic.

### Examenul histopatologic

◆ La pacienții cu tuberculoză peritoneală, examenul histopatologic a evidențiat granuloame giganto-epitelioid cu necroză cazeoasă, sugestive pentru tuberculoză.

◆ La pacientul cu tuberculoză intestinală, examenul histopatologic al piesei de rezecție a evidențiat leziuni tuberculoase cu cazeificare, ulceratii ale mucoasei, granuloame giganto-epitelioid și adenopatie mezenterică tuberculoasă.

◆ La pacienta cu apendicită acută, examenul histopatologic a evidențiat tuberculoza apendiculară.

### Tratamentul TSS

Tratamentul tuberculostatic a constat în TSS regimul I:

- ◆ 2 luni 7/7: Isoniazidă (5 mg/kg corp/zi),

Rifampicină (10 mg/kg corp/zi), Pirazinamidă (30 mg/kg corp/zi), Etambutol (20 mg/kg corp/zi), urmat de 4 luni, 3/7 Isoniazidă (10 mg/kg corp/zi), Rifampicină (10 mg/kg corp/zi).

◆ Bolnavii au fost dispensarizați prin DAT și toți au înregistrat un rezultat bun după tratament, fără recidive.

### DISCUȚII

Tuberculoza abdominală este una dintre formele cele mai frecvente ale bolii extrapulmonare. Agentul patogen este *Mycobacterium tuberculosis*. Acesta poate ajunge la nivelul tractului abdominal pe una din următoarele căi:

1. Hematogenă, de la un focar primar din copilărie, reactivat;
2. Ingerarea sputei infectate la pacienții cu tuberculoză pulmonară activă, mai ales în cazul celor cu forme cavitare și cu frotiuri din spută pozitive;
3. Limfatică;
4. Extensie locală cu punct de plecare în organele vecine [4].

Tuberculoza abdominală poate interesa orice segment al tractului digestiv, dar localizările cele mai frecvente sunt regiunea ileocecală și peritoneul.

La nivelul tractului gastro-intestinal se produce inflamația și fibroza peretelui intestinal și a ganglionilor limfatici regionali. Ulcerații ale mucoasei se produc prin necroza plăcilor Peyer, a foliculilor limfatici și prin tromboze vasculare. În acest stadiu al bolii, modificările sunt reversibile și vindecarea fără cicatrici este posibilă. Pe măsură ce boala progresează, ulceratiile devin confluențe, iar fibroza extinsă duce la îngroșarea peretelui intestinal și apariția maselor pseudotumorale. În această etapă pot apărea stricturi și fistule. Tuberculoza intestinală poate fi clasificată în 3 categorii:

- Forma ulcerosă apare la aprox. 60% din pacienți și este forma cea mai activă a bolii. Apar multiple ulcere superficiale, cu axul lung al ulcerului perpendicular pe axa lungă a intestinului.
- Forma hipertrofică apare la aprox. 10% din pacienți și constă în îngroșarea peretelui intestinal, cu cicatrici, fibroză și rigidizarea acestuia, apariția maselor pseudotumorale, ce pot fi interpretate ca și carcinom.
- Forma ulcero-hipertrofică apare la aprox. 30 % din pacienți și întrunește caracteristici ale ambelor forme [5,6].

Tuberculoza peritoneală poate fi: de tip umed cu ascită, de tip uscat cu aderențe și de tip fibros cu mase abdominale constituite din anse și mezenter îngroșat. De asemenea, se pot întâlni și forme combinate [7].

Cea mai frecventă localizare a tuberculozei gastro-intestinale este regiunea ileocecală. Tuberculoza ileocecală și a intestinului subțire prezintă mase abdominale palpabile în fosa iliacă dreaptă și complicații ca obstrucția, perforația sau malabsorbția, în special în prezența

stenozelor.

Simptomele sunt nespecifice. Durerea abdominală și scăderea ponderală apar la 80-90% din pacienți. Aproximativ o treime din pacienți prezintă constipație [7]. Pacienții cu tuberculoză esofagiană pot prezenta disfagie și durere retrosternală. Dispepsia și hemoragia digestivă superioară pot fi regăsite la pacienții cu tuberculoză gastro-duodenală. Greața și vărsăturile pot să apară la cei cu ocluzie intestinală. Dureri în fosa iliacă dreaptă, febră, diaree și masă tumorală palpabilă pot fi întâlnite în localizările colonice ale bolii.

Radiografia pulmonară evidențiază leziuni pulmonare în mai puțin de 25% din cazuri. Metodele de investigație a cazurilor suspecte includ: bariu pasaj, ecografia abdominală, computer tomografia și colonoscopia. Examinarea lichidului ascitic arată un nivel înalt de proteine, predominanța limfocitelor și nivel de adenzin dezaminază crescut peste 36 U/l. Laparoscopia este foarte utilă în cazurile îndoielnice.

Forma abdominală a tuberculozei are o dezvoltare insidioasă ca oricare altă boală infecțioasă cronică, fără vreo constatare clinică, radiologică sau de laborator specifică. Manifestările clinice sunt nespecifice și diagnosticul diferențial se face cu alte boli inflamatorii sau maligne (limfom non-Hodgkin, boala Crohn, carcinomatoza peritoneală) [7,8].

Tratamentul antituberculos preoperator este controversat [8].

Diagnosticul de tuberculoză abdominală este dificil de stabilit în perioada preoperatorie. Semnele clinice nespecifice, examenul bacteriologic pentru bacilul Koch și culturile pentru *Mycobacterium tuberculosis* din lichidul de ascită negative întârzie diagnosticul. Elementele de diagnostic postoperator se bazează pe diagnosticul histopatologic, proba terapeutică și mai puțin pe examenele bacteriologice. Este necesar un diagnostic și un tratament cât mai precoce al tuberculozei abdominale, pentru a preveni apariția complicațiilor. Diagnosticul laparoscopic cu biopsie în tuberculoza peritoneală precizează cauza suferinței abdominale și permite instituirea unui tratament specific precoce.

Particularitatea cazurilor studiate a constat în :

- debutul acut ca apendicită acută la pacienta cu tuberculoză apendiculară, pe fond de malabsorbție cu hipoproteinemie, iar localizarea pulmonară a fost depistată postoperator, cu aspect radiografic de tuberculoză

fibrocazeos-cavitară extinsă, BAAR pozitiv microscopic și cultura pozitivă pentru *Mycobacterium tuberculosis* în examenul de spută, ceea ce subliniază gravitatea cazului și depistarea tardivă.

- debutul acut cu ocluzie intestinală la pacienta cu tuberculoză intestinală, diagnosticul fiind pus postoperator prin examen histopatologic.

- în toate cazurile a existat o discordanță între diagnosticul preoperator și cel postoperator.

La cazurile luate în studiu evoluția postoperatorie a fost favorabilă, iar diagnosticul histopatologic odată pus a permis un tratament tuberculostatic, ce a dus la vindecarea bolii.

## CONCLUZII

Tuberculoza abdominală rămâne o realitate chirurgicală chiar și în zilele noastre, datorită creșterii incidenței tuberculozei la noi în țară.

Depistarea cazurilor de tuberculoză abdominală este tardivă, deoarece simptomatologia este nespecifică și poate mima alte boli inflamatorii sau neoplazice.

Diagnosticul preoperator este dificil de stabilit, diagnosticul final este, cel mai adesea, o „surpriză” după sosirea rezultatului examenului histopatologic.

Este necesar un diagnostic și un tratament cât mai precoce al tuberculozei abdominale, pentru a preveni apariția complicațiilor.

## Bibliografie

1. Raviglione, M.C., Snider, D.E. Jr., Kochi, A. Global epidemiology of tuberculosis: morbidity and mortality of a worldwide epidemic., JAMA, 1995, 273: 220.
2. Anastasatu, C., Jalbă, M. Date despre morbiditatea prin tuberculoză în secolul XX în România, Pneumoftiziologia, 1996, 1:29.
3. Mehta JB; Dutt A; Harvill L; Mathews KM, Epidemiology of extrapulmonary tuberculosis. A comparative analysis with pre-AIDS era, Chest 1991 May;99(5):1134-8.
4. Sharma M.P., Bhatia V, Indian J Med Res 120, October 2004, pp 305-315, Abdominal tuberculosis.
5. Tripathi PB, Amarapurkar AD. Morphological spectrum of gastrointestinal tuberculosis, Trop Gastroenterol. Jan-Mar 2009;30(1):35-9.
6. Robbins I., Pathologic Basis of Disease, 6<sup>th</sup> ed., P.349-352.
7. Praveen S, Razman J. Med J Malaysia, The TB -- Crohn's affair -- a never ending dilemma, Aug 2008;63(3):259-60.