

**Tanısal Bir Çıkmazdan Ölümcül Sonuca:
Çok Sayıda Uzman Değerlendirmesinden Kaçan Bir Tüberküloz Olgusu**

**Ali MERT (2-2026)
Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları AD / Enfeksiyon Hastalıkları AD**

Olgu : 49YK (Hastanemize başvuru:1-12-2023)

- **1.4.2023 – 1.12.2023 tarihleri arasında;
İstanbul’da toplam 8 aylık süreçte 8 farklı hastaneye başvuru yapmıştır**
- **Bu süreçte Onkoloji, Enfeksiyon Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları, Nöroloji, Nöroşirürji, İç Hastalıkları ve VSD dahil olmak üzere pek çok farklı branşta uzman hekim tarafından değerlendirilmiştir**

Olgu : 49YK (Bize başvuru:1-12-2023)

- Yaklaşık bir aydır karın bölgesinde progresif artış gösteren şişlik ve karın duvarında gerginlik hissi yakınmalarıyla 01.04.2023 tarihinde hastaneye başvurmuştur.
- Karın USG: Masif asit ve peritonda diffüz kalınlaşması saptanıyor
- Akc graf ve Toraks BT (kontrastlı): Normal

Soru 1: Asit ile başvuran bu hastada, aşağıdaki tanılardan hangisi öncelikle düşünülmelidir ?

- a-Dekompanse siroz**
- b-Budd-Chiari Sendromu**
- c-Konstriktif perikardit**
- d-Peritonal karsinomatosis**
- e- Periton tüberkülozu**

**Soru-2: Periton TB tanısında;
En güvenilir (altın standart) tanı yöntemi aşağıdakilerden hangisidir?**

- a-Asit sıvısında adenoazin deaminaz düzeyi**
- b-Asit sıvısında Xpert MTB/RIF Ultra testi**
- c-Asit sıvısında asit-rezistan basil yayması**
- d-Mikobakteri kültürü (Löwenstein-Jensen ve MGIT)**
- e-Laparoskopik peritoneal biyopsi**

Periton TB'de asit sıvısının özellikleri

- **SAAG <1.1 g/dl , Asit protein >3 g/dl**
- **Hücre sayısı:>500 (500-2000) hücre (lenfositler baskın)**
- **ADA (>40 İU/L) D %100 Ö %97**
- **EZN: 1 L asit sıvısı santrifüjle konsantre edilirse; <%25**
- **TB kültürü: 1 L asit sıvısı santrifüjle konsantre edilirse; >%50**
- **TB PCR >%50**
- **Laparoskopik Bx: D ve Ö >%95**

Olgu : 49YK (Bize başvuru:1-12-2023)

- Son bir aydır karnında gittikçe artan şişlik nedeniyle 1.4.2023'de bir hastaneye başvurmuştur
- Karın USG: Masif asit ve periton kalınlaşması saptanıyor
- Akc graf ve Toraks BT (kontrastlı): Normal
- Tru-cut pertion Bx(körleme): Non-nekrotizan granülomatöz enflamasyon

Bu hastaya anti-TB tedavi başlarmıydınız ?

Soru 3-Tüberküloz granülomuyla ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

a-Nekrozlu ($\pm$ kazeifiye) veya nekrozsuz (non-kazeifiye) formda izlenebilir.

b-Kazefikasyon nekrozu hem makroskopik hem de mikroskopik olarak tanımlanabilen bir bulgudur.

c-Kazefikasyon nekrozu yalnızca makroskopik inceleme ile saptanabilir.

d-Parafine gömülü doku kesitlerinde histokimyasal boyamalarla (örneğin EZN) basil gösterilebilir.

e-Granülomun temel yapı taşı epiteloid histiositler oluşturur.

Kesin tüberküloz tanılı hastalarımızın 65 granülomu değerlendirmeye alınmıştır.

1-Granülomların %85'i (n=55) nekrotizan,

2-%15'i (n=10) ise non-nekrotizan karakterde saptanmıştır.

Olgu : 49YK (Bize başvuru:1-12-2023)

- Son bir aydır karnında gittikçe artan şişlik nedeniyle 1.4.2023'de bir hastaneye başvurmuştur
- Karın USG: Masif asit ve periton kalınlaşması saptanıyor
- Akc graf ve Toraks BT (kontrastlı): Normal
- Tru-cut pertion Bx: Non-nekrotizan granülomatöz enflamasyon
- Hastaya anti-TB tedavi başlanmamış / Karın USG (1-8-2023 ve 1-10-2023) N
 - Son bir aydır ateş ve gittikçe artan uykudan uyandıracak şiddette baş ağrısı
 - Bilinç dalgalanması ve iki kez nöbet geçiren hastayı;
 - 25.11.2025 tarihinde Onkoloji Uzmanı değerlendirmiş
 - Kranyal MR ve PET/BT bulguları beyin metastazı ile %99 oranında uyumlu bulunmuştur
 - Her iki akciğer parankiminde yaygın, yüksek FDG tutulumu gösteren (SUVmax:8) mikronodüler infiltrasyonlar

Bize başvuru:1-12-2025



Akc graf ve Toraks BT

Yorum ?

Olgu : 49YK (Başvuru:1-12-2023) (PN= 10876307)→Miliyer TB + TM menenjit

- Son 1 aydır gittikçe artan baş ağrısı (geceleri uyutmıyan),ateş, bilincinde dalgalanma ve 2 kez nöbet geçirme
- FM: Bilinç konfüze, ajite,non-koopere, bazen tekli emir alıyor, 4 ekstermite ağırlı uyararla çekiyor, ense sertliği (+)
- Akc grafisi ve Toraks BT (kontrastsız): Tipik miliyer patern
- Kranyal MR (kontrastlı): Beyin tabanında yaygın leptomeningeal kontrastlanmalar ve parenkimde milimetrik nodüller
- BOS: Nötrofilik pleositoz (500; %90 PNL), hipoglikoraşi (6 mg/dl) ve protein artışı (140 mg/dl)
- BOS: EZN (+) / Xpert MTB/RIF Ultra (+) / Kültür (+)
- ADA: 10 U/L (N<5 U/L)
- Anti-TB ve KS başlandı
- Hemogram 12 / 10.000 (NEU 9200, L 230) / 240.000
- PCT ng/ml / CRP, mg/L / ESH mm/s 0.26 / 230 / 45
- KFT / PPD (2 skar) / IGRA N / Alb 3.5 / 8 mm / (-)

Kranyal MR(kontrastlı): Bazal menenjit + Hidrosefali + Parenkimal granülomlar

Yaygın bazal leptomeningeal kontrastlanmaları

Her iki lateral ventrikül ve 3.ventrikülde daha belirgin olmak üzere hidrosefalik dilatasyon

Beyin sapı, pons ve her iki serebellar hemisferde, bazal ganglionlar düzeyinde milimetrik nodüler kontrastlanan odakları

Kranyal MR: Orta kranial fossada, bazal siternde, beyin sapı ve, pons ve mezensefalon düzeyinde yaygın leptomeningeal kontrastlanmaları izlenmektedir (basal menenjit) Her iki lateral ventrikül ve 3.ventrikülde daha belirgin olmak üzere hidrosefalik dilatasyon izlenmektedir. Beyin sapı ponsta, her iki serebellar hemisferde, bazal ganglionlar düzeyinde (bilateral solda daha belirgin) milimetrik nodüler kontrastlanan odaklar izlenmektedir (basal menejit ve parankimal granülomlar)

- **Bize başvuru:1-12-2025**
- **YBÜ:2-12-2025**

- **7-12-2025; Saat 01.10'da kardiyak arrest olan hastaya 1 mg adrenalin IV puşe edildi**
- **CPR uygulanmaya başlandı**
- **Her 3 dakikada bir adrenalin dozu tekrar edildi**
- **Spontan dolaşımı dönmeyen hasta saat 01.40'ta exitus kabul edildi**



İlginiz için teşekkürler