

OLGU SUNUMU

Akut karın şeklinde prezente olan bir Salmonella mezenter lenfadenit olgusu

Ali Bay ¹, Ahmet Faik Öner ¹, Ömer Etlik ², Osman Temizöz ², Murat Doğan ¹,
Burhan Köseoğlu ³

¹ Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

² Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı

³ Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Van

Özet

Mezenter lenfadenit akut apandisit taklit edebilir ve sağ alt kadrın karın ağrısı nedeniyle acil servise başvuran çocuk hastalarda ayırıcı tanıda karışıklığa yol açarak gereksiz yere cerrahi girişim yapılmasına sebep olabilir. Bu çalışmada 7 yaşında şiddetli karın ağrısı, ateş ve kusma şikayetleri ile akut karın tablosu ile başvuran bir salmonella mezenter lenfadenit olgusunu sunduk. Olgumuzda büyümüş mezenterik lenf bezleri apandisit benzeri tabloya neden olmuştu. Serolojik testlerde Salmonella O antijenine karşı oluşan antikor titresi 1:800 saptanan hasta, uygulanan seftriakson tedavisi ile cerrahi operasyona gerek kalmadan tedavi edildi.

Anahtar Kelimeler: Salmonella typhi, Mezenter lenfadenit, Akut apandisit

A case of salmonella mesenteric lymphadenitis presenting with acute abdomen like symptom

Abstract:

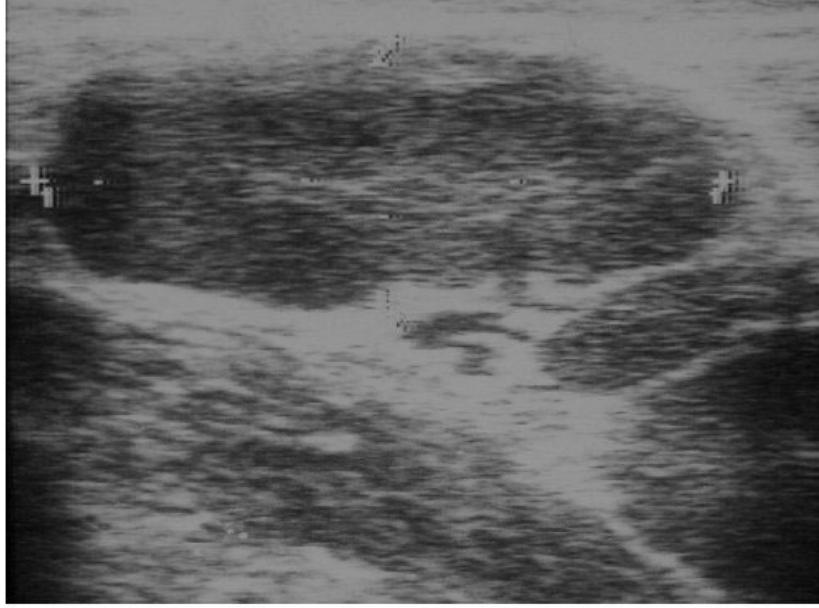
Mesenteric lymphadenitis, which usually presents with right lower quadrant abdominal pain, is the most frequent clinical diagnosis in patients who are misdiagnosed as having acute appendicitis and undergo surgery. We report a 7 years-old boy with salmonella mesenter lymphadenitis presented with signs of acute appendicitis and the complaints of colicky abdominal pain, fever, and vomiting. The inflamed mesenteric lymph nodes mimicked appendicitis like symptom. Grubel-Vidal's test was positive for O antibodies, with a titer of 1:800. We administered seftriaxone and the patient was recovered without needed surgical operation.

Key words: Salmonella typhi, Mesenteric lymphadenitis, Acute appendicitis

Yazışma Adresi:

Dr. Ali Bay
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
65200 Van
E-mail: bayalibay@yahoo.com

Mezenterik lenfadenit genellikle ateş ve sağ alt kadrın ağrısı ile prezente olur. Akut apandisit tanısı ile opere edilen hastalardaki en sık hatalı tanıya sebep olan durumdur (1). Çocuklarda çok çeşitli medikal ve cerrahi durumlarla birlikte olabilir ve nonspesifik bulgularla karşımıza çıkabilir. Gelişmiş ülkelerde mezenterik



Resim 1. Ultrasonografide mesane arka sol tarafında sigmoid kolonla rektum arasında 71x62x66 mm boyutlarında kitle lezyonu ve mesanede fekaloid materyal.

adenitlerin büyük çoğunluğu *Yersinia enterocolitica* ya bağlı olmakla birlikte, özellikle gelişmekte olan ülkelere ve hijyenik şartların tam sağlanamadığı bölgelerde nadirde olsa *Salmonella* türleri potansiyel etken olarak karşımıza çıkabilmektedir (2). *Salmonella*'nın sebep olduğu mezenter lenfadenit klinikte akut apandisit taklit eder şekilde ortaya çıkabilir. Biz 7 yaşında şiddetli karın ağrısı, ateş ve kusma şikayetleri ile akut karın tablosunda prezente olan bir *salmonella* mezenter lenfadenit olgusunu sunduk.

Olgu Sunumu

Yedi yaşında ve öncesinde herhangi bir hastalığı olmayan erkek hasta karın ağrısı, ateş, ve kusma yakınmaları ile çocuk acil servisimize başvurdu. Hastanın öyküsünden karın ağrısının 10 gün önce başladığı, şiddetinin giderek arttığı, son bir haftadır ateşinin yükselmeye başladığı, kabızlığının olduğu, balgamsız öksürüğünün olduğu, ve son üç gündür de yediklerini içerir tarzda kusmalarının başladığı gittikleri doktor tarafından da akut apandisit ön tanısı ile sevk edildiği öğrenildi. Hastanın şuuru açıktı, ateş 39 °C, solunum hızı 28/dak, nabız 110/dak ve kan basıncı 110/60mm/Hg idi. Fizik muayenede karın ileri derecede hassas, istemli defansı olup rebound hassasiyeti yoktu. Diğer sistem bulguları normaldi. Tam kan sayımında; Hb:11,7gr/dl, beyaz küre:3900/mm³, trombosit: 89.000/mm³ idi. Sedimentasyon hızı 40mm/saattir. Biyokimyasal incelemesinde LDH (1564 IU/L) yüksekliği dışında patoloji saptanmadı. Hastaya yapılan batin ultrasonografisinde mezenter bölgede 33x15mm büyüklüğünde lenfadenopati (LAP) saptandı (Resim 1). Apendiks vermiformis tam olarak görüntülenemedi.

Yapılan çocuk cerrahi konsültasyonu sonucu operasyon yerine klinik takip yapılması sonucuna karar verildi. LAP ve trombositopenisi olan hastaya maligniteyi ekarte etmek için kemik ilgi aspirasyonu yapıldı ve patoloji saptanmadı. Karın ağrısı, hassasiyeti ve ateşi devam eden, kan ve gaita kültürlerinde üreme olmayan hastanın 24 saat sonra çıkan Grubel-Vidal testinde *Salmonella* O antijenine karşı 1/800 oranında antikor pozitifliği saptandı. Seftriakson tedavisi (100mg/kg) başlanan hastanın 3.gün karın ağrısı ve ateşi azaldı, beslenmesi düzeldi ve tedavisi 10 güne tamamlanmak üzere taburcu edildi. 1 ay sonra yapılan kontrolünde hastanın yakınmaları düzelmisti ve yapılan kontrol ultrasonografisinde mezenterik bölgedeki LAP nin kaybolduğu görüldü.

Tartışma

Tifoid ateş; ateş, başağrısı, anoreksi, miyalji, karın ağrısı, konstipasyon, diare, hepatosplenomegali ve non produktif öksürükle karakterize olan ve *Salmonella typhi*'nin neden olduğu sistemik bir hastalıktır (3). Genellikle gastrointestinal sistemde sınırlı kalır ve tedavi gerektirmeden kendiliğinden düzelir. Bununla beraber bazı hastalarda mikroorganizma incebarsaktan lenfatiklere doğru ilerler ve mesenter lenf bezlerinde büyüme, splenomegali ve karaciğer parankiminde değişikliklere yol açar. Bu tip infeksiyon aynı zamanda akut karın şeklinde de ortaya çıkabilir. *Salmonella* türlerine bağlı infeksiyonun spektrumunu apendikste lenfoid hiperplaziden komşu lenf bezlerinde hipertrofiye, ileitisten süpüratif apendisite kadar çok değişik boyutlarda olabilir (4).

Akut apandisit terminal ileumdaki *Salmonella* infek-

siyonundan ayırmak oldukça güçtür. Salmonellaya bağlı infeksiyonların ilk iki dekatda sık olduğu bildirilmiştir (5). Corberia ve arkadaşları (6) ise apendisit benzeri tabloya yol açan mesenterik lenf adenitte büyümüş lenf bezlerine rağmen apandiks normal olduğunu rapor etmişlerdir Ultrasonografide rastlanan en sık bulgu ise mesenterik lenf bezlerinde büyüme, terminal ileum ve çekumda mural kalınlaşma ve görüntülenemeyen apandiktir (7). Bilgisayarlı tomografide ayırıcı tanıda kullanılan bir yöntemdir ve ultrasonografiye benzer bulgular verir. Bununla beraber olguların bir kısmında klinik prezentasyon, fizik muayene bulguları, laboratuvar incelemeleri ve görüntüleme yöntemleri ile ayırıcı tanı yapılamayabilir (8).

Salmonella infeksiyonu tanısı genellikle Salmonellanın izole edilmesi ile konur. Kan kültürü erken dönemde pozitifdir ve olguların %40-60'ında üretilebilir. Gaita ve idrar kültürlerinde bir haftalık inkübasyon periyodundan sonra gösterilebilir. Serolojik testlerde salmonella infeksiyonlarının tanısında kullanılır fakat duyarlılıkları düşüktür ve infekte hastaların 1/3'ünde antikor titresi yükselmeyebilir. Grubel-Vidal testinde O antikor için 1:320 üzerindeki pozitiflikler Salmonella infeksiyonu için uyarıcı olmalıdır (9).

Bizim olgumuz acil servise akut apendisit ön tanısı ile sevk edilmişti. Hastanın karınağrısının uzun bir süredir olması, fizik muayenede karında ribaund hassasiyetin olmaması, daha çok istemli defansın olması ve yapılan ultrasonografik incelemede apandiks görüntülenememesi bizi acil operasyondan uzaklaştırdı ve başka etyolojik sebepler aramaya yöneltti. Kan ve gaita kültüründe üreme olmamasına rağmen (teknik yetersizlikten veya hastanın acil servise başvurmada önce kullanıldığı antibiyotiklerden kaynaklanabilir) Grubel-Vidal testindeki O antijenine karşı 1:800 oranındaki antikor titresi Salmonella tanısı için yeterli sayıldı. Salmonella infeksiyonları genellikle diyare ile seyretmesine hatta Salmonella enteriti ile akut apendisit ayırıcı tanısında bir kriter olarak verilmesine (10) rağmen bizim hastamızda konstipasyon olması da ilginçti.

Sonuç olarak Salmonella türlerine bağlı mesenter lenf adenit alışılmamış bir bulgu olmasına rağmen özellikle

Salmonella enteritinin sık görüldüğü bölgelerde akut apendisit tablosu ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda düşünölmelidir.

Kaynaklar

- 1-Knight PJ, Vassy LE: Specific diseases mimicking appendicitis in childhood. Arch Surg 116:744-746, 1981
- 2-Pearson RD, Guerrant RL. Enteric fever and other causes of abdominal symptoms with fever. In: Mandell GL, Bennet JE, Donlin R, eds. Principles and Practice of Infectious Disease, Vol. 1, 5th edn. New York: Churchill Livingstone, 1993;23:471-475.
- 3-Cleary TG: Salmonella, in Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM (eds): Nelson Textbook of Pediatrics (ed 16th). Philadelphia, PA, Saunders, 2000, pp 842-847
- 4-Dadswell JV: Acute appendicitis and Salmonella infections. Br Med J 24:740, 1973
- 5-Meng GR: Acute mesenteric lymphadenitis due to Salmonella enteritis mimicking appendicitis: Case report. Milit Med 1974;139:277.
- 6-Corbeira PG, Ramos JM, Aguado JM, et al: Six cases in which mesenteric lymphadenitis due to non-typhi Salmonella caused an appendicitis-like syndrome. Clin Infect Dis 1995;21:231-232.
- 7-Puylaert JB, Vermeijden RJ, van der Werf SD, et al: Incidence and sonographic diagnosis of bacterial ileocaecitis masquerading as appendicitis. Lancet 1989;2:84-86.
- 8- Deutsch A, Wasserman D, Ruchelli E, et al: An uncommon presentation of Salmonella. Pediatr Emerg Care 1996;12:285-287.
- 9- Hornick RB: Salmonella infections, in Feigin RD, Cherry JD (eds): Textbook of Pediatric Infectious Diseases. Philadelphia, PA, Saunders, 1987, pp 673-683.
- 10-Lee JH, Rhee PL, Lee JK, et al. The etiology and clinical characteristics of mesenteric adenitis in Korean adults. J Korean Med Sci. 1997;12:105-10.