

Neobvyklá lokalizace tuberkulózy trávicího traktu

Lacina L^{1.}, Petrášková K.^{1.}, Zatloukal P.^{1.}, Dorazilová V.^{2.}

1) Klinika pneumologie a hrudní chirurgie FNB, Praha

2) Oddělení patologie FTN, Praha

Incidence TBC v ČR v posledních letech

Rok	všechny TBC	plicní TBC	mimoplicní TBC	TBC GIT
2003	1162	935	227	5(9)
2004	1057	848	209	9(9)
2005	1007	826	181	5(9)
2006	973	782	191	5(7)
2007	871	732	139	0(6)

Dvě úskalí při hodnocení incidence TBC GIT:

- Diagnóza A18.8 (TBC jiných určených orgánů)
- TBC postižení GIT při současném tuberkulózním postižení plic

(Do statistik se lokalizace TBC určuje podle první diagnózy na TBC hlášení. Je-li přítomno současně plicní i mimoplicní postižení, je případ automaticky zhodnocen jako TBC plic)

Pacient A.M. je právě jeden ze dvou takových případů v roce 2006.

TBC GIT

- lokalizace

Případy popsány z celého průběhu trávicího traktu, ale nejčastější lokalizace je ileocaekální oblast. (80%-90% případů TBC GIT)

- projevy

nespecifická abdominální bolest (může imitovat apendicitidu)

obstipace nebo průjem, ascites, rezistence v pravém dolním břišním kvadrantu

- diagnostika

nález při irigografii i colonoskopii velmi připomíná Crohnovu chorobu

(diskontinuální postižení, cirkulární léze, úseky striktur)

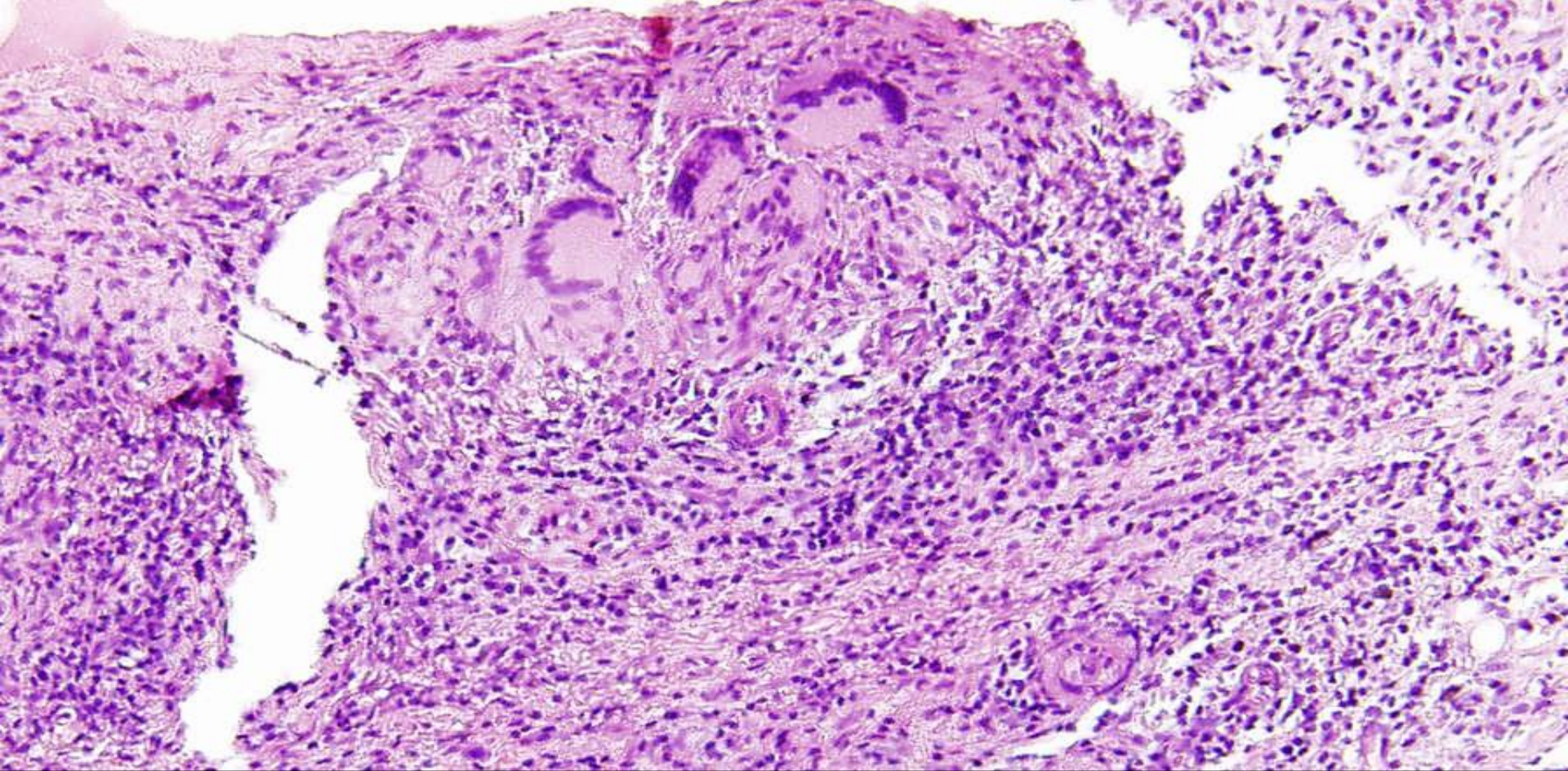
Pacient A.M. *1936

- RA:** matka +v82 l na pneumonii po oční operaci, otec +v 50 l po pádu ze stromu, děti zdravé
- OA:** bdn, ve 25 letech operace pro VCHGD, před 20 lety IM
- PSA:** SD/slévač a horník v uhelných dolech, ženatý, bydlí s manželkou, národnost česká
- AA:** bez alergie
- Abusus:** kouří od 19 let, ještě nyní přes 20 cig/den
- FA:** bez pravidelné medikace

Fyzikální nález bez pozoruhodností

NO: V 8/2005 operován ve FTN pro chronickou fisuru anu s mokvajícím defektem.





Langhansovy obrovské mnohojaderné buňky tvořící granulom, ale bez centrální kaseózní nekrózy.

- Fisury a mokvající defekt v anu
- Granulom bez kaseózní nekrózy



Homosexuál nakažený pohlavní chorobou
Lymfogranuloma venereum?

Provedena vyšetření na pohlavní choroby:

- serologie na syfilis, HIV *negativní*
- PCR na Chlamydia trachomatis *negativní*
- protilátky na Chlamydie *velmi slabě poz. v IgG*

Závěr:

Lymfogranuloma venereum ani jiná pohlavní choroba nepotvrzeny, nicméně zcela nevyřlouneny.

Doporučeno sledovat titry protilátek na Chlamydie.

Další sledování probíhalo na Dermatovenerickém oddělení FN Bulovka

Zde nejen sledovány titry protilátek, ale i prováděny stěry
na mikrobiologii...

...až 12.4.06 MGIT+ stěr z defektu z anu
(*Po 9. týdnech pozitivní i klasická kultivace*)

typizováno jako :

Mycobacterium tuberculosis



Posléze ze zobrazovacích metod a mikrobiologicky (MGIT ze sputa) potvrzena i TBC plic.

Po nasazení AT léčby regrese na skiargamu hrudníku i hojení defektu v anu.

Jak došlo k TBC postižení anu?

Dvě hypotézy:

- Sice nešlo o Lymfogranuloma venereum, ale přesto může jít o nákazu pohlavním stykem při domnělé sexuální orientaci pacienta

- Nákaza je původně z plic a mykobakteria se do anu dostala při polykání sputa.

Průnik do anu byl usnadněn existujícími fisurami.

Závěr:

- Histologický obraz tuberkulózy lze reálně zaměnit za jiné onemocnění (lymfogranuloma venereum...)
- I při velmi nezvyklých lokalizacích granulomů (byť bez kaseózních nekróz) je nutné pečlivě zvážit možnost tuberkulózy
- Diagnóza patrně mohla být stanovena podstatně dříve, pokud by se provedl skiagram hrudníku