

*PAWEŁ DUTKIEWICZ, MAJA GORAJSKA, PAWEŁ SIEKIERSKI, PRZEMYSŁAW CIESIELSKI

Gruźlica odbytu – opis przypadku

Perianal tuberculosis – case report

Oddział Chirurgii Ogólnej, Szpital Powiatowy, Wołomin
Ordynator Oddziału: dr n. med. Krzysztof Ł. Górnicki

Summary

Intestinal or perianal tuberculosis is rare disease. The nontypical location of disease is usually associated with decrease of the patient's resistance often during immunosuppressive therapy. The symptoms of perianal tuberculosis are non-specific and often lead to erroneous diagnoses and thus incorrect and ineffective treatment. Often changes in the colon or rectum is not accompanied with pulmonary tuberculosis. The symptoms include chronic pain around the anus, nodular masses, fistulae, abscesses and non-healing, recurrent ulcers and anal fissures. The results of histological examination of the operational preparation also often do not show clear evidence of tuberculosis. In the article, the authors describe the case history of 68-year-old man with perianal tuberculosis treated initially due to misdiagnosis of hemorrhoidal disease and from recurrent fissures and perianal tumor. The occurrence of symptoms of pulmonary tuberculosis has contributed the diagnosis of tuberculosis and inclusion the antituberculous treatment resulted in overall healing of changes in the patient's anus.

Keywords

perianal tuberculosis, perianal tumor, extrapulmonary tuberculosis

WSTĘP

Gruźlica jelit lub okolicy okołodbytniczej jest bardzo rzadką chorobą (1). W piśmiennictwie światowym można znaleźć w większości publikacje oparte jedynie na opisach pojedynczych przypadków. Pomimo długoletnich obserwacji liczba opisywanych przypadków jest niewielka i wynosi kilka zachorowań na dziesięciolecie (2). Ogniska pozapłucne gruźlicy stanowią 5% wszystkich przypadków zachorowań, z czego gruźlica odbytu mniej niż 1% (3, 4). Choroba zwykle dotyczy osób starszych i z zaburzeniami odporności, m.in. zarażonych wirusem HIV (5). Może często współistnieć z chorobami proktologicznymi, takimi jak: szczeliny, przetoki odbytu lub torbiel pilonidalna (6, 7). Niejednokrotnie zmianom w obrębie okrężnicy lub odbytnicy nie towarzyszy postać płucna. Gruźlica odbytu może występować wraz z gruźlicą jamy brzusznej, ponieważ choroba może rozprzestrzeniać się drogą limfaticzną (4). Objawy są niespecyficzne, co znacznie utrudnia przedoperacyjne rozpoznanie choroby i wdrożenie leczenia przeciwprątkowego. Choroba objawia się przewlekłym bólem okolicy odbytu, jak również występowaniem guzowatych mas, przetok oraz niegojących się, nawracających owrzodzeń i/lub ropni odbytu. Zmiany pod postacią guzków oraz okresowe

krwawienie z odbytu mogą zostać mylnie rozpoznane jako zmiany zapalne wymagające bądź to leczenia zachowawczego, bądź chirurgicznego wycięcia. Często mylone są również z okołodbytniczą postacią choroby Leśniowskiego-Crohna (8, 9). Leczenie jednak jest nieskuteczne i poza początkową poprawą samopoczucia pacjenta wynikającą z wpływu substancji przeciwbólowych czy zmian pooperacyjnych stan pacjenta znowu ulega pogorszeniu. Wyniki badania histopatologicznego preparatu operacyjnego również niejednokrotnie nie wskazują jednoznacznie na gruźlicę.

OPIS PRZYPADKU

68-letni mężczyzna został przyjęty do Oddziału w trybie planowym w celu operacji zmian zapalnych okolicy odbytu pod postacią guzków krwawniczych IV stopnia. Pacjent zgłaszał ból oraz okresowe krwawienia z odbytu. Choroby dodatkowe: przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), utrwalone migotanie przedsionków, nadciśnienie tętnicze i niewydolność krążenia. Po typowym leczeniu zachowawczym, które nie przyniosło zadowalających rezultatów, pacjenta zakwalifikowano do leczenia operacyjnego. Chorego zoperowano metodą Milligana-Morgana i uzyskano dobry efekt, dolegliwości

w znacznej mierze ustąpiły. Nie uzyskano jednak pełnego wygojenia ran pooperacyjnych pomimo stosowania leków p/zapalnych. W kolejnych latach na podłożu niewygojonych ran u pacjenta wystąpiły zmiany o charakterze guza zapalnego odbytu o wyglądzie twardego, krwawiącego guza na granicy anodermy i błony śluzowej kanału odbytu o wymiarach 10 x 12 mm. Guz zajmował około 1/4 obwodu kanału, wciągając anodermę, tworząc bliznę znacznie zwężającą odbyt i powodując niedomykanie się odbytu w stopniu prawidłowym (ryc. 1). Pacjenta zakwalifikowano do ponownej operacji w trybie przyspieszonym z powodu ropiejącego guza odbytu z jednoczasowym wyłonieniem stomii dwulufowej na esicy. Wynik histopatologiczny wyciętej zmiany wskazywał na przewlekłe zapalenie odbytnicy w przebiegu ziarniakowych zmian wokół ciała obcego. Nie stwierdzono transformacji nowotworowej ani zmian o charakterze gruźlicy. W trakcie hospitalizacji u pacjenta stwierdzono zaostrzenie POChP i wystąpienie zmian radiologicznych mogących sugerować zapalenie płuc o nietypowej etiologii. Pacjenta konsultowano internistycznie i z rozpoznaniem zapalenia płuc leczono antybiotykoterapią, uzyskując przejściowe zmniejszenie dolegliwości płucnych. Badania laboratoryjne nie wykazywały wysokich wartości leukocytozy (11,7 G/l; 9,4 G/l), chory nie gorączkował. Stwierdzono wysokie wartości CRP (173,4 mg/l) oraz obustronne rozsiane zagęszczenia drobnoplamiste obu płuc w badaniu RTG. Włączono antybiotykoterapię (Cyprofloksacynę w dawce 2 x 500 mg *p.o.*), po której uzyskano poprawę stanu ogólnego. Wykonano badanie tomograficzne klatki piersiowej, które wykazało zejściowe zmiany zapalne, najprawdopodobniej post TBC. Ze względu na niepełną poprawę stanu ogólnego kontynuowano leczenie antybiotykem oraz leczenie internistyczne. Pacjenta wypisano do dalszej opieki ambulatoryjnej pod kontrolą poradni proktologicznej. W trakcie wizyt kontrolnych stwierdzono brak pełnego gojenia się ran, w związku z tym utrzymano stomię. Miejscowo zmiany w okolicy odbytu



Ryc. 1. Śródoperacyjny obraz guza.

przyjęły formę nacieku guzowatego znacznie zwężającego i zniekształcającego odbyt. W badaniu przedmiotowym zmiana nie naciekała zwieraczy odbytu, ograniczała się jedynie do anodermy i nabłonka kanału odbytu. Pomimo długotrwałego leczenia zachowawczego po operacji guza odbytu nie uzyskano pełnego wygojenia ran i po 16 miesiącach z rozpoznaniem guza zwężającego odbyt pacjenta zakwalifikowano do kolejnej operacji. Wykonano wycięcie guza oraz plastykę zwężenia odbytu przesuniętym płatem Y-V. Wycinki pobrane do badania histopatologicznego w trakcie obu operacji nie wykazały zmian typowych dla nacieków gruźliczych, a jedynie niespecyficzne zmiany zapalne mogące odpowiadać wstępnym rozpoznaniom. W toku dalszej diagnostyki internistycznej wystąpiły objawy płucne gruźlicy w postaci krwiopłucia. Potwierdzono gruźlicę w badaniu płwociny oraz stwierdzono dodatnie wyniki wymazu z odbytu. Pacjenta zakwalifikowano do leczenia p/prątkowego. Podawano Rifampicinę 0,45 g, następnie 0,6 g, Isoniazyd 0,2 g, a następnie 0,3 g oraz Pirazynamid 1,0 g. Po leczeniu p/prątkowym uzyskano pełną regresję zmian płucnych i w okolicy odbytu. Odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego zaplanowano po zakończeniu pełnego kursu leczenia przeciwprątkowego i okresie obserwacji pozwalającym stwierdzić pełne wyleczenie.

DYSKUSJA

Zmiany gruźlicze mogą występować w dowolnej części przewodu pokarmowego (3). Większość przypadków zachorowań rozpoznawana jest w krajach stref tropikalnych. W populacji azjatyckiej współistnienie gruźlicy płuc i jelit dotyczy mniej niż połowy chorych (10), natomiast w populacji europejskiej koincydencja jest częstsza (11). Rzadkie występowanie tej choroby w naszej szerokości geograficznej oraz niespecyficzne objawy kliniczne stanowią o trudnościach diagnostycznych. Obecnie w Polsce szczepieniom na gruźlicę poddawane są wszystkie dzieci w 1. dobie życia, nie stosuje się doszczepiania ani rutynowych prób tuberkulinowych, co pozwalało na wykrycie osób nieodpornych lub chorych i podjęcie odpowiedniego postępowania względem tych pacjentów. Brak charakterystycznych objawów sugerujących występowanie gruźlicy odbytu oraz opisane trudności diagnostyczne mogą stać się przyczyną długotrwałego chorowania bez postawienia właściwej diagnozy. Do najczęstszych objawów należy zaliczyć: ból okolicy odbytu często połączony z przewlekłym kaszlem i gorączką (6), trudno gojącą się ranę odbytu (12), okołoodbytnicze owrzodzenie z wyciekami treści surowiczej lub bez wycieku (13), ropnie odbytu (14), krwawiący guz odbytu (15) czy wreszcie zwężenie odbytu (16). W publikacjach najczęściej spotkać możemy opisy sugerujące pomyłki diagnostyczne gruźlicy odbytu z guzkami krwawniczymi, zakrzepem brzoźnym (17) lub z nawracającą przetoką odbytu, niepoddającą się leczeniu operacyjnemu (18). Przykład klinicznej manifestacji gruźlicy odbytu przedstawiono na rycinie 2. Ważną wskazówką diagnostyczną powinny być objawy ogólne takie jak: gorączka, osłabienie, przewlekły kaszel (6), oraz współistnienie innych chorób jak: POChP, astma, cukrzyca (19), zakażenie wirusem HIV (20) czy obniżenie odporności wynikające z przyjmowania leków immunosupresyjnych. Warto zwrócić uwagę na wywiad rodzinny, często obciążony zachorowaniami na



Ryc. 2. Kliniczna manifestacja gruźlicy odbytu.

gruźlicę płuc wśród członków najbliższej rodziny chorego. Podobnie jak w przedstawionym przypadku wyniki badań histologicznych preparatów pooperacyjnych są często mylące i nie dają jednoznacznej odpowiedzi wskazującej na zakażenie gruźlicą. Dlatego w każdym przypadku trudno gojących się ran w obrębie odbytu należy brać pod uwagę zmiany gruźlicze. Leczenie operacyjne gruźlicy odbytu jest czasami konieczne w przypadku dużych zmian guzowatych lub zwężeń odbytu istotnie zaburzających funkcje przewodu pokarmowego. Jednak pełne wyleczenie można uzyskać jedynie leczeniem celowanym stosowanym ogólnie ustrojowo. W większości przypadków takie postępowanie prowadzi do pełnego wyleczenia bez interwencji chirurgicznej.

WNIOSKI

1. Gruźlica odbytu jest chorobą trudną do zdiagnozowania z powodu niskiej zapadalności i bardzo niespecyficznych objawów.
2. W przypadku potwierdzenia choroby leczenie chirurgiczne nie jest skuteczne, ma zastosowanie jedynie w przypadku zaawansowanych zmian dających zwężenia i utrudnienie pasażu.
3. Leczenie przeciwegruźlicze daje dobre efekty miejscowe i prowadzi do wyleczenia zmian w odbycie.

Adres do korespondencji

*Paweł Dutkiewicz
Oddział Chirurgii Ogólnej
Szpital Powiatowy w Wołominie
ul. Gdyńska 1/3, 05-200 Wołomin
tel.: +48 (22) 763-31-16
e-mail: paweldut@wp.pl

Piśmiennictwo

1. Khan R, Abid S, Jafri W et al.: Diagnostic dilemma of abdominal tuberculosis in non-HIV patients: an ongoing challenge for physicians. *World J Gastroenterol* 2006; 12: 6371-6375. 2. Chung CC, Choi CL, Kwok SP et al.: Anal and perianal tuberculosis: a report of three cases in 10 years. *J R Coll Surg Edinb* 1997; 42: 189-190. 3. Corrêa Neto IJF, Nunes Siáa O, Lopes EA et al.: Perianal tuberculosis: A rare disease of late diagnosis. *J Coloproctol* 2014; 34(2): 124-127. 4. Gupta PJ: Ano-perianal tuberculosis – solving a clinical dilemma. *Afr Health Sci* 2005 Dec; 5(4): 345-347. 5. Musch E, Tünnerhoff-Mücke A: Tuberculous anal fistula in acquired immunologic deficiency syndrome. *Z Gastroenterol* 1995 Aug; 33(8): 440-444. 6. Onizuka O, Kawano M, Aso S: A case of tuberculous anal fistulae complicated by pulmonary tuberculosis. *Kekkaku* 1994; 69: 689-692. 7. Jamil D, Ismail R, Cherkaoui A: Secondary tuberculous infection of a pilonidal sinus. *Ann Gastroenterol Hepatol (Paris)* 1991 Oct; 27(5): 205-206. 8. Milgrom Y, Goldman G, Gileles Hillel A et al.: Tuberculosis: a rare cause of Peri-anal disease. *IMAJ* 2013 Dec; 15: 782-783. 9. Dotan I: New serologic markers for inflammatory bowel disease diagnosis. *Dig Dis* 2010; 28: 418-423. 10. Epstein D, Watermeyer G, Kirsch R: The diagnosis and management of Crohn's disease in populations with high-risk rates for tuberculosis. *Aliment Pharmacol Ther* 2007; 25: 1373-1378. 11. Tai WC, Hu TH, Lee CH et al.: Ano-perianal tuberculosis: 15 years of clinical experiences in Southern Taiwan. *Colorectal Dis* 2010 Jul; 12: 114-120. 12. Ohse H, Ishii Y, Saito T et al.: A case of pulmonary tuberculosis associated with tuberculous fistula of anus. *Kekkaku* 1995 Jun; 70(6): 385-388. 13. Simon F, Namsenmo A, Klotz F: Perianal cutaneous ulcerations in the tropical zone. Proposal for a diagnostic and therapeutic decision tree. A case report. *Med Trop (Mars)* 1993 Apr-Jun; 53(2): 159-166. 14. O'Donohoe MK, Waldron RP, O'Malley E: Miliary tuberculosis presenting as an acute perianal abscess. Report of a case. *Dis Colon Rectum* 1987 Sep; 30(9): 697-698. 15. Candela F, Serrano P, Arriero JM et al.: Perianal disease of tuberculous origin: report of a case and review of the literature. *Diseases of the Colon and Rectum* 1999; 42(1): 110-112. 16. Hajji A, Abbar M, el Kirat-Hajji Z et al.: Anal and perianal tuberculosis. Apropos of 15 cases. *Chirurgie* 1987; 113(9): 793-

nadesłano: 03.08.2015

zaakceptowano do druku: 02.09.2015

802. **17.** Borki K, Saissy JM, Benomar S et al.: Anorectal tuberculosis disclosed by hemorrhoidal thrombosis. *Med Trop (Mars)* 1986 Jan-Mar; 46(1): 75-77. **18.** Ani AN, Solanke TF: Anal fistula: a review of 82 cases. *Dis Colon Rectum* 1976 Jan-Feb; 19(1): 51-55. **19.** Chadha T, Adlekha S: Primary perianal tuberculosis in a diabetic patient. *Int J Prev Med* 2013 Nov; 4(11): 1321-1322. **20.** Ghiya R, Sharma A, Marfatia YS: Perianal ulcer as a marker of tuberculosis in the HIV infected. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2008 Jul-Aug; 74(4): 386-388.