



BOL U TRBUHU KAO PRVA KLINIČKA MANIFESTACIJA DISEMINIRANE TUBERKULOZE

KOSANOVIĆ-BAJIĆ M.¹

¹ Specijalna bolnica za plućne bolesti, Zagreb, Croatia
2.odjel

Objective:

Bolesnik star 28 godina koji je nedavno emigriralo iz Nepala se javio u HS zbog febriliteta i bolova u trbuhu. Primjetio je povećanje opsega trbuha i napetost trbušne stijenke unazad tjedan dana praćeno bolovima i konstipacijom. Kliničkim pregledom auskultatorno ima uredan šum disanja, trbuh je bio iznad razine prsnog koša, mekane stijenke, bolan difuzno na duboku palpaciju, peristaltika je oskudno čujna i pozitivan pokus undulacije. Učinjenim laboratorijskim nalazom su nađeni povišeni upalni parametri, hipoalbuminemija i elektrolitski disbalans. Zbog sumnje na akutno zbivanje u abdomenu je učinjen hitni MSCT te se nađe opsežan ascites koji ispunjava cijelu trbušnu šupljinu, značajno zadebljan omentum, ostalo u granicama normale i bez retroperitonealne limfadenopatije. U citološkoj analizi ascitesa mikroskopski je nađeno više od 400 leukocita/mm³, upućen je na mikrobiološku analizu iz koje nije izolirano patogena te je u terapiju uključen ciprofloksacin parenteralno i metronidazol, uz nadoknadu albumina, kristaloida i parenteralni diuretik. Na terapiju tek diskretno bolje, no idalje subfebrilan i malaksao. Anamnestički se naknadno doznaje da produktivno kašlje već dulje vrijeme, unazad 6 mjeseci je smršavio 7kg, ima povremeno febrilitete i noćna preznojavanja. Na naknadno učinjenoj radiološkoj snimci srca i pluća u gornjim raspletima hilusa bilateralno medioapikalno su prisutne inhomogene infiltracije plućnog parenhima koje se doimaju kao svježije upalne promjene na terenu stari postupalnih rezidua. Zbog RTG nalaza je učinjen i MSCT toraksa



kojim je još i nađe i šupljina dijelom zadebljane stijenke apikalnog segmenta lijevog donjeg režnja s mogućim nivoom – kaverna, reaktivni limfni čvorovi subkarinalno. Zbog opisanog je postavljena sumnja na tuberkulozu pluća. Učinjen je PCR iz iskašljaja na tuberkulozu koji je visoko pozitivan, bez rezistencije na rifampicin, iskašljaj je direktno mikroskopski pozitivan, a naknadno pristiže pozitivan i u kulturi. Ponovljena je punkcija ascitesa koja je također poslana na analizu na tuberkulozu, također je i stolica poslana na BK analizu. ADA je pristigla u vrijednosti 82 U/L. Kod bolesnika je odmah započeto liječenje s 4ATL te je u terapiju uključen i sistemski kortikosteroid i simptomatska terapija. Forsirana je stolica s laksativnim sredstvima. Na svu terapiju postupno postaje bolje. Iz kulture ascitesa je porastao *M.tuberculosis*, a nalaz stolice na BK je još u izradi. Na kontrolnom MSCT-u trbuha je sada znanto manja količina ascitesa, iako je još uvijek prisutan, a radiološki na plućima postupna dijelomična regresija specifičnih infiltrata. Bolesnik je još uvijek na liječenju, no očekuje se povoljan klinički ishod i potpuni oporavak.