

Eklampside Tüberküloz Korioamnionitis ve Desidüitis

Dr. M. Nurdan Tunali¹, Dr. Özlem Aydın¹, Dr. F. Tuncay Özgünen³,
Dr. F. Hilal Korkut², Dr. Fatih Köksal²

ÖZET

27 yaşında multigravida, eklampsi ve erken travay tanısı ile yatırılan bir annenin 32 haftalık kız fetüsüne ait plasentada granümatöz korioamnionitis, desidüitis ve desidüal vaskülitis saptadık. Doğum, normal vajinal yoldan gerçekleşmişti. Polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) ile plasentada tüberküloz (tbc) tanısı kanıtlandı. PCR, parafin bloklardan alınan doku örneklerine uygulandı. Histokimyasal yöntem ile uygulanan Asit Fast boyası ile tbc. basilini demonstre edemedik. Prematür fetüs, doğumdan sonra 19. günde ex oldu.

Plasental tbc çoğunlukla aktif tbc. veya tbc. endometritisi olan kadınlarda görülmekte ve konjenital tbc.'a neden olabilmektedir. Plasental tbc, özellikle tbc. prevalansının yüksek olduğu bölgelerde anne ve çocuk sağlığı açısından göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar sözcükler : Tüberküloz, Plamenta

GİRİŞ

Plamenta tbc.u nadir görülen bir patoloji olduğu halde, halen dünyanın özellikle tbc. prevalansının sık olduğu bölgelerinde bir problem olmaya devam etmektedir. Pelvik tbc.'lu hastaların fertilitelerinde azalma ve milier tbc. ile birlikte gebeliğin nadir olması, plasental ve konjenital tbc.'un oldukça az sıklıkta görülmesine neden olmaktadır¹.

Tbc. plasentitisin endometrial lezyonlardan direkt yayılımla oluşabileceği gibi daha büyük olasılıkla hematogen yayılım ile geliştiği bildirilmiştir². Gebelikte milier tbc; sıklıkla maternal IV ilaç alışkanlığı, malignansi, alkolizm veya HIV enfeksiyonu öyküsü ile birlikte olmakla beraber bu risk faktörlerinden hiçbiri olmadan da görülebilmektedir³. Plasental tutulum, fetal tüberkülozisten daha sık görülmektedir⁴. Plasental tbc.'da granülom 1907 yılında Warthin tarafından tanımlanmıştır⁵.

Enfeksiyon etkeni Mycobacterium Tuberculosis, plasentada diğer organlarda olduğu gibi karakteristik milier tüberküllerden, geniş kazeasyon içeren lezyonlara dek değişen görünümlere neden olabilir. Granülomlar, villusların santralinde veya intervillöz aralıklarda da izlenebilir. Aynı zamanda nonspesifik desidüite neden olabilir. Tbc. membranitisin yalnızca izole vakalarda görüldüğü öne sürülmektedir¹.

SUMMARY

We found granulomatous choriamnionitis, deciduitis and decidual vasculitis in a placenta of 32 weeks old female fetus of a 27 years old multigravida woman who had hospitalized with the diagnosis of eclampsia and preterm labor.

The birth was performed by vaginal delivery.

The diagnosis of tuberculosis (tbc) in placenta was proved by polymerase chain reaction (PCR) technique. PCR was performed from tissue samples of paraffin block.

We couldn't demonstrate tbc bacillus with acid fast stain by histochemical method.

Premature fetus was died on the 19 th. day of the birth.

The placental tbc is mostly seen in the placentas of women who had active tbc or tbc endometritis and can cause congenital tbc.

Placental tbc must be considered in all pregnancies as a general health problem for mothers and infants especially in the areas which have a high prevalence of tbc.

Key Words : Tuberculosis, Placenta

OLGU SUNUMU

27 yaşında son adet tarihi 22.09.1993 olan anne, hipertansiyon + ateş + konvülsif kasılmalarının olması şikayeti ile Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvurdu. 05.04.1994 tarihinde multigravida + eklampsi + erken travay tanısı ile yatırılan hastaya 32. gestasyon haftasında normal vajinal yoldan prematür doğum yaptırıldı.

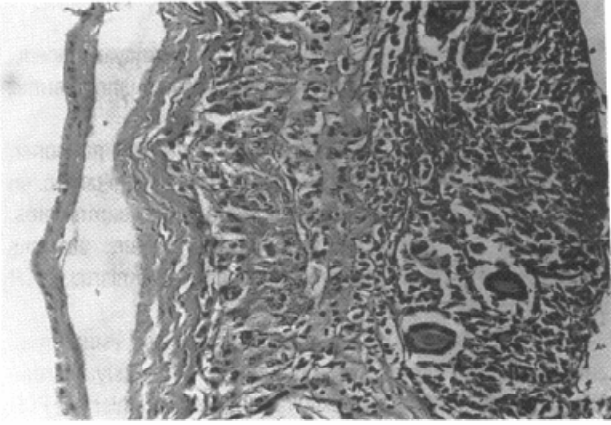
Annenin ilk gebeliğinden sağ ve sağlıklı 6 yaşında çocuğu olduğu, ikinci gebeliğinin 2 yıl önce fetal anomali nedeniyle 9 aylık inutero ölüm ile sonuçlandığı öğrenilmiştir. Persistan pulmoner hastalık + prematürite + eklampşik anne bebeği tanısı ile izlenen 3. son bebeğin 19 günlük iken ex olduğu öğrenilmiştir. Postmortem biyopsi ve otopsi uygulamasına aile izin vermemiştir.

Anneye ait plasentanın makroskopik incelenmesinde; 400 gr. ağırlığında, 18x17.5x2.5 cm. boyutlarında, üzerine 32x1x1 cm.lik 2 arter-1 ven içeren umbilikal kord bulunan plasenta ameliyat materyaline seri kesitler yapıldığında; hemorajik bir alan dışında kayda değer patolojik görünüm saptanmadı. Histopatolojik incelemede; multifokal kalsifikasyon odakları, korioamnionik zarlarda epitelooid histosit, lenfosit ve Langhans tipi dev hücrelerden oluşan çok sayıda granülom yapıları izlendi.

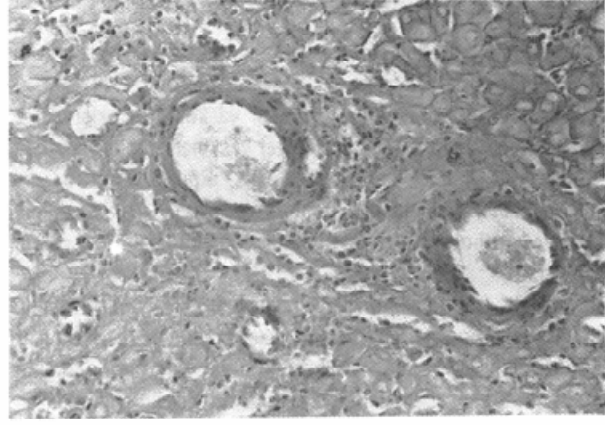
1 Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

2 Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

3 Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı



Resim 1 : Korioamnionik zarlarda epitelioid histiosit, lenfosit ve Langhans tipi dev hücrelerden oluşan granülom yapısı (H-Ex400)



Resim 2 : Desiduada damar duvarlarında hyalen dejenerasyon ve fibrinoid materyal birikimi ile karakterize desidual vaskülit ve mononükleer iltihabi hücrelerden oluşan iltihabi reaksiyon. (H-Ex400)

Kazeifikasyon nekrozu, ancak birkaç granülomda ender olarak izlendi. (Resim 1) Desiduada mononükleer iltihabi hücrelerden oluşan iltihabi reaksiyon yanısıra damar duvarlarında hyalen dejenerasyon ile karakterize desidual vaskülit ve seyrek granülomlar saptandı (Resim-2) Granülomlar, desidual vaskülitte bağımsızdı ve çoğu korioamnionik membranlarda yer alıyordu. Villuslarda ise Hoff-Bauer hücre proliferasyonu dışında kayda değer patoloji saptanmadı. Çok sayıda yapılan seri kesitlerde histokimyasal yöntem ile uygulanan Asit Fast özel boyasında, tbc. basili demonstre edilemedi. Yapılan PAS özel boyasında, Fungal enfeksiyona ait etken saptanmadı. Doku örneklerine uygulanan PCR yöntemi ile örnek DNA 0.185 absorbantını verdi, sistem cutt off değeri 0.100 absorbant olup sonuç pozitif (+)tir.

Tanımlanan bulgular ile vaka; granümatöz koriaamnionitis, desidüitis, multifokal kalsifikasyon odakları, Hoff-Bauer hücre proliferasyonu gösteren matür plasenta tanısı aldı.

Annede, postpartum ile siklusunda metroraji tarzında pıhtılı kanama olmuş ve küretaj uygulanmıştır. Hastaya ait endometrial küretaj materyalinde, granülom yapısına rastlanmamakla birlikte proliferasyon dönemi bulguları gösteren endometrial doku örneklerinde endometrit saptanmıştır.

Annenin çekilen PA akciğer grafisinde her iki hiler bölgede radyopak görünüm saptandı, ancak yapılan tetkiklerde aktif akciğer tbc.'u saptanmadı. Protein elektroforezinde, değerler normal bulundu. Immünglobülinlerinden IgG düzeyinin yüksek olduğu saptandı. Salmonella grup aglutinasyonları, Brucella, Enfeksiyöz Mononükleoz, Rubelle IgM, CMV IgM, Chlamidia Ag, Listeria, Toxoplasma IgG ve Legionella negatif(-) bulundu. ASO, 200 IU bulundu. LE hücresi, Anti-DNA, CRP, RF, VDRL, ANA, SMA negatif(-) bulundu.

TARTIŞMA

Plasentanın inflamatuvar tutulumlarında olası etken patojen

nadiren saptanabildiği gibi ⁵ inflamasyon sıklıkla yalnızca mikroskopik olarak demonstre edilebilir ⁶.

Vakaya ait plasental doku örneklerinde kazeifikasyon nekrozu, granülomlarda seyrek olarak izlenmiştir. Her ne kadar çeşitli kaynaklarda plasenta tbc.'unda granülomların kazeifikasyon nekrozu içerdiği belirtilse de ^{5,8,1} Kaplan ve arkadaşlarının sunduğu iki olgudan birinde plasental küretaj materyalinde granülom görülmemiş, diğerinde erken granülomların desiduada yerleştiği ve villuslara nadiren ilerlediği bildirilmiştir². Vakamızda da plasentada makroskopik olarak kayda değer patoloji saptanmamıştır ve mikroskopik olarak lezyon korioamnionik zarlarda ve desiduada izlenmiştir.

Plasentada tbc.'un granümatöz iltihabi reaksiyona neden olan diğer enfeksiyonlardan ayırıcı tanısının yapılması gerekmektedir. Bakteriyel enfeksiyon etkenlerinden; Listeria Monositogenes, Treponema Pallidum, Francisella Tulerensis, virüslerden; Varicella, Paramyxovirüsler, fungal enfeksiyon etkenlerinden; Cocidioides Immitis, parazitlerden ise; Tripanosoma Cruzi (Chagas) ve Schistosoma Mansoni (Bilhariazis) plasentada granümatöz iltihabi reaksiyon yapabilmektedir^{8,19}. Ancak vakamızda granülomlarda seyrek kazeifikasyon nekrozunun varlığı, vakaya uygulanan PAS özel boyasında herhangi bir fungal enfeksiyon etkeni veya parazitin demonstre edilememesi, bebeğin klinik gözleminde viral patolojileri düşündüren bulguların olmaması, yapılan laboratuvar tetkiklerde alınan negatif sonuçlar ile diğer granümatöz iltihap etkenleri ekarte edilmiştir. Eklampside bu tür granümatöz reaksiyona literatürde rastlanmamıştır. Plasental dokuda PCR yöntemiyle pozitif sonuç alınması tbc. tanımızı kesinleştirmiştir.

Isoniazid tedavisine başlanmasından sonraki 28 yıl içinde, İngiliz literatüründe sadece 28 konjenital tbc. vakası bildirilmiştir⁹. Vakamızda; bebeğin 19 günlük iken persistan pulmoner hastalık nedeni ile ex olması, konjenital tbc. şüphesi uyandırmaktadır. Ancak bebeğin yaşadığı süre içerisinde tbc. yönünden araştırılmaması, postmortem biyopsi ve otopsi

yapılamaması nedeniyle bebekte konjenital tbc. hakkında yorum yapılamamıştır.

Vakamızda saptadığımız desidual vaskülitinin, eklampsiye ikincil olduğu düşünülmüştür. Benzer vasküler patolojiye neden olabilen Sistemik Lupus Eritematozus, Romatoid Artrit gibi kollajen doku hastalıkları araştırılmış ancak mevcut klinik bulgular ve laboratuvar tetkikleri sonucunda bu hastalıklar ekarte edilmiştir.

Annede doğum sonrası oluşan metroraji tarzında kanama sonucun endometriumda mevcut olası granülomatöz lezyonlar endometrial doku ile birlikte atılmış ve geride kalan endometriumda sadece lenfositlerin hakim olduğu endometritis saptanmıştır.

Aktif pulmoner tbc. ve milier tbc. saptanamayan annede, izole organ tbc.'u ve genital tbc. yönünden araştırmalarımız devam etmektedir.

Plasental tbc. saptanan vakalarda annede aktif pulmoner, milier veya izole organ tbc.'unun, bebekte ise konjenital tbc.'un araştırılması gereklidir. Granülomatöz koriöamnionitis, desidüitisi, ve plasentitis olgularında tbc.'un alışılmış histokimyasal yöntemlerle kanıtlanamadığı durumlarda, PCR yardımcı olabilir.

Bu çalışmada, plasentada tbc. vakası sunulmuş, enfeksiyonun diğer granülomatöz enfeksiyonlardan histopatolojik inceleme, histokimyasal boya yöntemleri ve PCR ile ayırıcı tanısı tartışılmıştır.

KAYNAKLAR

1. Russel P. Infections of the Placental Villi (Villitis) in : Obstetrical And Gynaecological Pathology, Fox H. and Taylor. 3 rd. ed. (Vol II) Churchill Livingstone, Edinburgh, 1987; 1014-1029.
2. Kaplan C., Benirschke K., Tarzy B. Placental Tuberculosis in early and late pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol, 1980; 1:858-860.
3. Henderson C.E., Turk-R., Dobkin-J., Comfort-C., Divon-M.Y.: Miliary tuberculosis in Pregnancy. J-Natl-Med-Assoc, 1993; 85(9): 685-7.
4. O'Shea P.A., Congenital and Acquired Systemic infectious Diseases. In: Pediatric Pathology, Stocker J.T., Dehner L.P. Vol I, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1992; 201-238.
5. Emmrich-P. Pathology of the placenta. VII, In Inflammation of the Placenta. Zentralbl-Pathol, 1991; 137(5): 385-94.
6. Rosai J. Female Reproductive system. In: Ackerman's Surgical Pathology. 7th. ed.(Vol II) The C.V. Mosby Company, S.T. Louis, 1989; 997-1191.
7. Bigelow B. Abnormalities and Diseases of the placenta, membranes and umbilical cord. In: Pathology of the Female Genital Tract, Blaustein A. 2nd. ed., Springer Verlag, New York, 1982; 760-784.
8. Heifetz S.a. The Placenta. In: Pediatric Pathology, Stocker J.T., Dehner L.P. Vol II, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1992; 387-423.
9. Singer D.B. Infections of fetuses and Neonates. In: Textbook of fetal and perinatal Pathology. Wigglesworth J.S., and Singer D.B. Vol I, Boston Blackwell Scientific Publications, 1991; 525-591.