

Peritoneal tuberkulose hos en tidligere rask 20-årig dansk kvinde

Kristina Bjerre Hansen¹ & Christian Wejse²

KASUISTIK

1) Kirurgisk Afdeling, Hospitalsenheden Horsens
2) Infektionsmedicinsk Afdeling Q, Aarhus Universitetshospital

Ugeskr Læger
2014;176:V06140316

Peritoneal tuberkulose (PT) er sjælden og udgør kun 1-2% af alle tuberkulose (tb)-tilfælde i Danmark [1]. PT involverer overfladerne af peritoneum, oment, tarm, lever og milt samt overfladen af genitalia interna hos kvinder. Symptomerne er uspecifikke, såsom diffus abdominalia, ascites, vægttab, og anæmi. PT opstår enten via hæmatogen spredning fra primær lungetuberkulose eller reaktivtion af latent tuberkulose foci i peritoneum [2]. PT ses sporadisk hos yngre kvinder i områder, hvor tb er udbredt [3] (**Figur 1**).

SYGEHISTORIE

En tidligere rask 20-årig etnisk dansk kvinde opsøgte egen læge i juli 2013 pga. en uge varende febrilia, abdominalia og tiltagende abdominalomfang. Hun var netop hjemvendt fra en uges ferie på Kreta. Egen læge målte et C-reaktivt protein-niveau på 150 mg/l (referenceværdi: < 8 mg/l), påbegyndte behandling med ciprofloxacin og henviste til UL-skanning af abdomen. Ved UL-skanningen fandt man udtalt ascites. Patienten blev indlagt, og der blev udtømt 2 l væske. På mistanke om ovariecancer blev der målt cancerantigen 125 (CA-125)-niveau, som var 736 IE/ml (referenceværdi: < 35 IE/ml). Både hæmoglobin- og leukocyt-niveauet var i normalområdet. En gynækologisk

UL-skanning viste to normale ovarier uden malignitetssuspicio. Ved en Doppler UL-skanning afkræftedes det, at der var tale om levervenestase. En cytologisk analyse af ascitesvæsken viste ingen maligne celler, men gav mistanke om inflammatorisk respons. En MR-skanning af abdomen viste let vægfortykkelse af jejunum samt enkelte let forstørret lymfeknuder. En røntgenundersøgelse af thorax viste normale forhold.

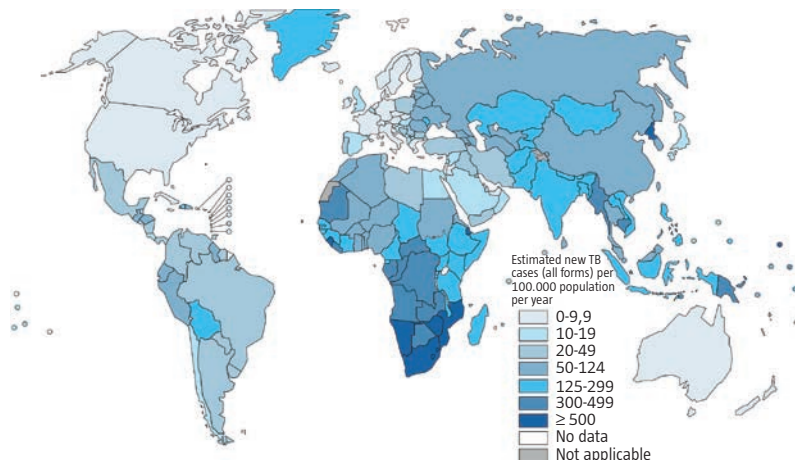
Der blev konfereret med en infektionsmediciner, og da patienten havde en rejseanamnese med badeferier af få ugers varighed i Sydafrika, USA og Thailand, blev der taget QuantiFERONtest, som overraskende var positiv, mens en hiv-test var negativ. Patienten var blevet symptomfri efter udtømning af ascitesvæsken, og hun blev udskrevet til ambulant udredning for tb. Hun havde ingen kendt eksponering for tb. På undersøgelsesdagen havde hun symptomer på catarhalia som det eneste. Der blev foretaget tre ekspektoratundersøgelser, som var mikroskopi- og polymerasekædereaktion (PCR)-negative. Ekspektorat blev sendt til dyrkning, hvilket tog otte uger. Røntgenundersøgelsen af thorax blev gentaget og viste fortsat normale forhold.

I ventetiden på dyrkningssvaret blev patienten henvist af egen læge til gynækologisk afdeling mhp. anlæggelse af en hormonspiral. Ved en rutine transvaginal UL-skanning så man en mulig suspekt højresidig ovariecyste og fri væske. Hun blev viderehenvist til en specialgynækologisk afdeling på mistanke om ovariecancer. CA-125-niveauet var dog faldet til 82 IE/ml. Ved en ny MR-skanning af abdomen blev der påvist ascites samt fortykkelse af peritoneum og oment, men normale forhold i uterus og ovarier. Det blev besluttet at foretage diagnostisk laparoskopi.

På operationsdagen blev det oplyst, at der var vækst af *Mycobacterium tuberculosis* i ekspektoratet. Laparoskopien viste oment og uterus adhærent til forreste bugvæg. På peritoneum, tarm, adnexa og uterus fandt man små elementer, der var forenelige med diagnosen dissemineret tb (**Figur 2**). Der blev taget biopsier og udtømt 200 ml ascites. Ved histologiske analyser blev der påvist ikkenekrotiserende granulomer, og ved en efterfølgende PCR-undersøgelse blev der påvist *M. tuberculosis*. Genotyping viste en cluster,

FIGUR 1

Estimeret tuberkuloseincidens, 2012 [4].





FIGUR 2



Peritoneal tuberkulose i det lille bækken.

som findes hyppigt i Danmark og på Grønland. En del personer af grønlandsk afstamning i patientens region havde fået påvist denne genotype. Det lykkedes ikke præcist at finde ud af, hvorfra hun var smittet.

Hun gennemgik vanlig firestofsantituberkulose behandling af seks måneders varighed og blev fuldt kureret.

DISKUSSION

PT er en diagnostisk udfordring, idet patienterne har uspecifikke symptomer og sjældent har pulmonal evidens fra en tidligere tb-infektion. Hos kvinder udgør PT en særlig udfordring, da CA-125-niveauet ofte er svært forhøjet, og tilstanden derfor kan ligne avanceret ovariecancer eller peritoneal karcinose [2]. Der er ingen enkelttest, hvormed man kan diagnosticere PT. Mikroskopi og dyrkning af ekspektorat, QuantiFERONtest og biopsi af suspekterede elementer er alle anvendte metoder. De fleste tilfælde diagnosticeres ved biopsi ved laparoskopi [3].

Sygehistorien illustrerer vigtigheden af at have mistanke om tb, når tingene ikke helt »passer sammen«. Hos patienten i sygehistorien var der ascitesvæske og forhøjet CA-125-niveau, men man fandt initialt normale forhold ved en gynækologisk UL-skanning, og hendes alder gjorde ovariecancer højt usandsynlig. Interessant nok var det hendes rejseanamnese, som foranledigede, at der blev foretaget QuantiFERONtest, men det viste sig, at hun blev smittet i Danmark, sandsynligvis af en tilfældig person i hendes nærrområde. PT er yderst sjælden, men skal alligevel have in mente som differentialdiagnose hos især yngre kvinder med abdominalia, ascites og forhøjet CA-125-niveau, hvor man ellers kunne have mistanke om, at der forelå malignitet.

SUMMARY

Kristina Bjerre Hansen & Christian Wejse:

Peritoneal tuberculosis in a 20-year-old Danish woman without known exposure to tuberculosis

Ugeskr Læger 2014;176:VO6140316

Peritoneal tuberculosis (PT) is very uncommon and presents a diagnostic challenge, especially in women. Patients often present with non-specific symptoms mimicking advanced stage ovarian cancer. In this case a 20-year-old woman without known exposure to tuberculosis presented with abdominal discomfort, ascites, and markedly increased cancer antigen 125 level. Ovarian cancer was suspected. A positive QuantiFERON test prompted further tests. Pulmonary symptoms were negligible, and sputum microscopy and PCR were negative. Culture was positive after eight weeks. Diagnostic laparoscopy confirmed the diagnosis of PT.

KORRESPONDANCE: Kristina Bjerre Hansen, Kirurgisk Afdeling, Hospitalsenheden Horsens, Sundvej 30, 8700 Horsens. E-mail: kristina.b.hansen@gmail.com

ANTAGET: 10. september 2014

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 24. november 2014

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Leutscher P, Madsen G, Erlandsen M et al. Demographic and clinical characteristics in relation to patient and health system delays in a tuberculosis low-incidence country. *Scand J Infect Dis* 2012;44:29-36.
2. Lataifeh I, Matalka I, Hayajneh W et al. Disseminated peritoneal tuberculosis mimicking advanced ovarian cancer. *J Obstet Gynaecol* 2014;34:268-71.
3. Bolognesi M, Bolognesi D. Complicated and delayed diagnosis of tuberculous peritonitis. *Am J Case Rep* 2013;14:109-12.
4. WHO. Global Tuberculosis Report 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/91355/1/9789241564656_eng.pdf?ua=1 (5. maj 2014).