

KRONİK SKROTAL AKINTI İLE SEYREDEDEN GENİTAL SİSTEM TÜBERKÜLOZU OLGUSU

Kadriye KART YAŞAR*, Gönül ŞENGÖZ*, Filiz YILDIRIM*, Gülay ERGİN*,
Özcan NAZLICAN*, Mustafa YİĞİT**

* Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İSTANBUL

** Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İSTANBUL

ÖZET

Erişkinde ekstrapulmoner tüberkülozun en yaygın şekli genitoüriner tüberkülozdur. Genitoüriner tüberküloz erkekte en sık böbrek, prostat ve epididimi etkiler. Genital tüberkülozuların çok az bir kısmında böbrek tutulumu bulunmayabilir.

Bu çalışmada, sol skrotal bölgesinde şişlik ve sonrasında spontan gelişen fistüldeki kronik akıntısında aside dirençli bakteri görülmesiyle tanı konulan ve böbrek tutulumu olmayan, antitüberküloz ilaçlarla tedavi edilen genital tüberkülozlu erkek hasta sunulmuştur.

Anahtar sözcükler: genital tüberküloz, skrotal akıntı

SUMMARY

A Genital System Tuberculosis Case with Chronic Scrotal Discharge

Genitourinary tuberculosis is the most frequent form of extrapulmonary tuberculosis in adults. Genitourinary tuberculosis mostly affects kidneys, prostate and epididim in males. There may not be kidney involvement in a little group of genital tuberculosis cases.

In this study, a male patient with genital tuberculosis who had a swollen left scrotum with a spontaneous chronic discharge from a fistula is reported. Acid fast bacteria were seen in the discharge. There was no kidney involvement and the case was treated by antituberculous drugs.

Keywords: genitourinary tuberculosis, scrotal discharge

GİRİŞ

Tüberküloz hastalığı, insanlığın bilinen en eski enfeksiyon hastalıklarındandır. Dünyada gelişmekte olan ülkelerde hâlâ hayatı tehdit eden bir hastalık olan tüberkülozun yaygınlığı, HIV enfeksiyonunun artışı ile birlikte gelişmiş ülkelerde de artmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün Küresel Tüberküloz Kontrolü Programına göre 2004 yılında dünyada kayıtlı tüberkülozlu

yeni hasta sayısının 3.7 milyon olduğu bildirilmektedir. Ülkemizde hastalığın prevalansını belirlemek için yapılmış en son çalışma 1982'dedir ve buna göre tüberküloz prevalansı binde 3.58 olarak bulunmuştur. Verem Savaş Daire Başkanlığı verilerine göre ülkemizdeki tüberküloz insidansı 1998 yılında 34.9/100,000'dir⁽⁸⁾. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2005 yılı raporunda ülkemiz için 2003 yılı itibariyle tüberküloz insidansı 26/100,000, prevalansı ise 40/100,000'dir⁽⁷⁾. Bu rakamlar ülkemizin hastalığın orta derecede yaygın olduğu ülkeler

Yazışma adresi: Kadriye Kart Yaşar, Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İSTANBUL

Tel.:(0212)529 44 00/1484-1208, (0532) 466 36 09

e-posta:hkk.yasar@vytek.com.tr

Alındığı tarih:16.09.2005, revizyon kabulü: 30.11.2005

XXXI.Türk Mikrobiyoloji Kongresi'nde sunulmuştur (19-23 Eylül 2004, Kuşadası)

grubunda olduğunu göstermektedir.

Tüberküloz hemen her sistem ve organı tutar. Vücutta latent kalıp diabetes mellitus, AIDS gibi hastalıklarla reaktif olabilir. Ekstrapulmoner tüberküloz (EPTB), akciğer dışında oluşan organ ve doku tüberkülozudur. Genitoüriner tüberküloz en sık EPTB şekillerindedir^(6,9,10).

Genitoüriner tüberküloz primer pulmoner infeksiyondan sonra hematogen yayılımla böbreklerde başlamaktadır. Erkeklerde en sık böbrek, prostat ve epididimi etkiler^(11,13). Erkek genital tüberkülozu böbrekteki odakta direkt yayılımla veya bakterinin lenfohematogen yayılımı sonucu gelişir. Testis tüberkülozu hemen daima epididimal infeksiyona sekonderdir. Erkek genital tüberkülozunda skrotal ve testiküler kitle en sık saptanan bulgudur. Kronik drene olan fistül, ağırlı intraskrotal kitle nadir görülen bulgulardandır⁽³⁾. Epididim ve kanallarında ve vas deferente obstrüksiyon sonucu infertilite gelişir. Tanı cerrahi olarak çıkarılan kitlenin incelenmesi ile konur. PPD deri testi pozitifliği nadirdir⁽¹¹⁾.

Bu olgu skrotal kitle ve kronik drene olan skrotal fistül ile başvuran hastalarda genital tüberkülozun akla gelmesi gerektiğini vurgulamak için sunulmuştur.

OLGU

Olgumuz 4 yıldır kasık bölgesinde şişlik ve akıntı şikayetleri olan 65 yaşında erkek hastadır. Skrotal bölgede ortaya çıkan şişliğin, sonradan sarı renkli akıntı şeklinde deriye açıldığını ifade eden hastanın, bu dönemde birçok doktora başvurup çok sayıda antibiyotikler kullanmasına rağmen şikayetlerinin geçmediği öğrenilmiştir.

Özgeçmişinde akciğer tüberkülozu öyküsü bulunmayan hastamızın 5 yıldır hipertansiyon ve ritm bozukluğu, bir yıldır da diabetes mellitusu vardır. Soygeçmişinde aynı evde yaşayan kardeşinin beş yıl önce akciğer tüberkülozu tanısı ile tedavi olduğu ve 3 çocuğunun da PPD pozitifliği nedeniyle INH profilaksisi aldığı öğrenilmiştir.

Hastanın fizik muayenesinde, skrotal-perineal bölgede yaklaşık 2x2 cm büyüklüğünde şişlik ve fistül ağzı dışında bir özellik yoktu.

Laboratuvar tetkiklerinde; hemoglobin 14.5 g/dl, hematokrit % 41, lökosit 8000/mm³, trombosit 186,000/mm³, eritrosit sedimentasyon hızı 8 mm/h, CRP 3 mg/dl idi. Kan biyokimyasında bir özellik saptanmamıştır. Akciğer grafisi aort kavsinde kalsifiye aterom plağı dışında normaldi. İdrar sedimentinde her sahada 4-5 eritrosit mevcuttu. Genitoüriner sistemin tomografi ile görüntülenmesinde basit kortikal kist dışında patolojik görüntü saptanmamıştır. Skrotal ultrasonografide bilateral testis boyutları ve epididim normal bulunmuştur. Panpiniform pleksuslarda dilatasyon (varikozel) ve bilateral peritestiküler bölgede minimal hidrosel izlenmiştir. PPD deri

testinde endürasyon 5x8 mm olarak saptanmıştır.

Skrotal akıntudan alınan sürüntü materyalinin direkt mikroskopik incelemesinde EZN ile boyamada aside dirençli bakteri görülmüştür. Löwenstein-Jensen besiyerine ekim yapılmış ancak aside dirençli bakteri ürememiştir. İdrar ve balgam örneklerinde aside dirençli bakteri görülmemiş, besiyerinde de ürememiştir.

Hastaya bu bulgularla genital tüberküloz tanısı konularak tedavisine başlanmış ve üçüncü haftanın sonunda hastanın akıntısı ve şikayetleri gerilemiştir. Tedavi dokuz ayda kesilmiştir.

TARTIŞMA

Genitoüriner tüberküloz, genellikle primer pulmoner infeksiyondan hematogen yolla yayılım sonucu böbreklerde başlar. *Mycobacterium tuberculosis* yıllarca sessiz kalabilir ve uygun şartlar ortaya çıktığında (diabetes mellitus, AIDS, immunsupresif tedavi, kronik böbrek yetmezliği, vb.) aktive olarak inflamatuvar reaksiyona yol açabilir.

Genitoüriner tüberküloz insidansında, pulmoner tüberküloz insidansındaki azalmaya paralel bir azalma görülmemiştir. Bunun nedeni, primer infeksiyonla genitoüriner sistem hastalığı arasında 2-20 yıl gibi uzunca bir latent dönemin bulunmasıdır^(11,12). Bu da inaktif akciğer tüberkülozu bulunan yaşlı bir nüfusun genitoüriner tüberküloz olmaya aday olduğuna işaret eder. Çeşitli çalışmalarda bu olgularda yaş ortalaması otuzlu yaşların üstündedir ve bir çalışmada 30-69 yaş arası grup olguların en sık saptandığı yaş grubu olmuştur^(1,4,6). 64 yaşındaki hastamıza 1 yıl önce diabetes mellitus tanısı konmuştu. Ailesinde de bir kardeşinde saptanan tüberküloz öyküsü, yaşlı ve diabetes mellitus gibi immun sistemi baskılayıcı sistematik bir hastalığa maruz kalmış hastamızdaki primer infeksiyondan yıllar sonraki reaktivasyon şüphesini açıklayabilir.

Erkek genital tüberkülozunun en sık görülen belirtisi epididimittir. Epididimiste de tüberküloz, primer odakta hematogen yolla yayıldığından, infeksiyon genellikle en çok kanlanan globus minör bölgesinden başlar^(3,12). Epididimis tüberkülozuna daha çok az gelişmiş ülkelerde, genç erkeklerde rastlanır. Orşit ve prostatit de oluşabilir. Renal tüberkülozda fizik muayenede spesifik bir bulguya rastlanmazken, genital tüberkülozda dış genital organ incelemesinde epididimiler kalınlaşmış olarak bulunabilir. Tüberküloz orşitte hastaların çoğunda palpe edilen kitle bulunur. Üretra ve penis tutulumu nadir görülür. Prostatit bulunduğu bakteriyel ejakülatta rastlanabilir. Skrotal tüberkülozda hidrosel ve fistül sık rastlanan bulgulardandır. 32 genitoüriner tüberküloz hastası ile yapılan bir çalışmada skrotal şişlik, testiste ağrı ve skrotal fistül dikkati çeken semptomlar olmuştur⁽¹²⁾. Kore'de yapılan bir çalışmada ise 22 skrotal tüberkülozlu hastanın 12'sinde hidrosel ve

dördünde fistül tespit edilmiştir⁽⁵⁾. Hastamızda da ağrısız skrotal kitle, kronik drene olan fistül ve skrotal ultrasonografide hidrosel saptanmıştır. Renal tutulumda ultrasonografi, değerli bulgular vermemesine rağmen testiküler tutulumda oldukça faydalıdır⁽²⁾.

Genital tüberküloz ile birlikte çoğunlukla akciğer tutulumu bulunmaz. Hastamızda da akciğer tutulumunu gösterecek fizik muayene ve laboratuvar bulgusu saptanmamıştır.

Genitoüriner tüberkülozun laboratuvar tanısında tipik idrar bulgusu rutin kültürde bir etken üremeyen piyüridir. Olguların çoğunda mikroskopik hematüri bulunabilir^(1,2,4,6). Olgumuzda piyüri bulunmamasına rağmen mikroskopik hematüri mevcuttu. Kesin tanı idrarda veya akıntıda veya alınan biyopsi materyalinde etkenin gösterilmesidir. Direkt yaymalar sıklıkla negatif olmasına rağmen olgumuzun kronik fistül akıntısının EZN boyamasında aside dirençli bakteri görülmüş, ancak Löwenstein-Jensen besiyerinde üretilenmiştir. Renal parankimde tüberküloz ile meydana gelebilecek patolojik lezyonların tespitinde tomografi IVP'den daha duyarlıdır⁽¹⁴⁾. Olgumuzun üriner sistem bilgisayarlı tomografisinde tutulumla dair bulguya rastlanmamıştır. Buna ek olarak piyürinin olmayışı, idrarın direkt yayma preparatı örneğinde aside dirençli bakteri gösterilememesi ve *M.tuberculosis*'in üretilmemesi nedenleriyle olgumuzun renal tutulumu olmayan genital tüberkülozlu bir olgu olduğu düşünülmüştür.

Genitoüriner tüberkülozda klasik tedavi, sistemik dörtlü anti-tüberküloz tedavisidir. Tedavi süresi olarak, oldukça düşük bildirilen relaps oranları nedeniyle 6-9 aylık süreler yeterlidir^(3,9). Olgumuzda tedavinin 3. haftasında akıntı kesilmiş, ikinci ayın sonunda testiküler kitle kaybolmuş ve fistül ağzı kapanmıştır. Tedavi 9 aya tamamlanmıştır.

Akciğer tüberkülozunun sıklığının azalmasına rağmen genital tüberküloz sıklığı azalmamıştır. Bunun nedeni, primer akciğer enfeksiyonundan yıllar sonra genital tüberkülozun ortaya çıkabilme olasılığıdır. Genitoüriner tüberküloz az gelişmiş ülkelerin sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Uygun tedaviye cevap vermeyen kronik sistit, makroskobik veya mikroskobik hematüri, başka bir etken üremeyen piyüri, vas deferente tespih tanesi şeklinde şişlikler, kronik drene

olan skrotal şişlik bulunan hastalarda genitoüriner tüberküloz akla getirilmeli ve uygun tanı yöntemleri ile doğrulanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Allen FJ, de Kock ML: Genito-urinary tuberculosis-experience with 52 urology inpatients (abstract), S Afr Med J 1993;83(12):903-7.
2. Buchholz NP, Salahuddin S, Hague R: Genitourinary tuberculosis: a profile of 55 inpatients, J Pak Med Assoc 2000;50(8):265-9.
3. Büyükalpelli R: Genitoüriner sistem tüberkülozu, "21. Yüzyılda Tüberküloz Sempozyumu ve II. Tüberküloz Laboratuvar Tanı Yöntemleri Kurs Kitabı"nda s.141-7, Samsun (2003).
4. Christensen WI: Genitourinary tuberculosis: review of 102 cases, Medicine 1974;53(5):377-90.
5. Chung JJ, Kim M-J, Lee T, Yoo HS: Sonographic findings in tuberculous epididymitis and epididymo-orchitis, J Clin Ultrasound 1998;25(7):390-4.
6. Garcia-Rodriguez JA, Garcia Sanchez JE, Munoz Bellido JL et al: Genitourinary tuberculosis in Spain: review of 81 cases, Clin Infect Dis 1994;18(4):557-61.
7. Global WHO Report 2005: Tuberculosis control, Annex 2, s.204, WHO, Geneva (2005).
8. Kılıçarslan Z: Dünyada ve Türkiye'de tüberküloz epidemiyolojisi ve kontrolü, "Uzun Ö, Ünal S (eds): Güncel Bilgiler Işığında İnfeksiyon Hastalıkları" kitabında s. 821-33, Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara (2002).
9. Madep R, Marshall J, Nativ O, Erturk E: Epididymal tuberculosis: case report and review of the literature, Urology 2005;65(4):798.
10. Oymak FS: Tüberkülozun klinik belirti ve bulguları, "Uzun Ö, Ünal S (eds): Güncel Bilgiler Işığında İnfeksiyon Hastalıkları" kitabında s.847-58, Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara (2002).
11. Smith MHD, Weinstein AJ: Genitoüriner tüberküloz, "Schlossberg D (ed): Tetikkurt C (çeviri editörü): Tüberküloz" kitabında s.121-7, Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı, İstanbul (1994).
12. Tellaloğlu S, Ander H, Öner A, Müslümanoğlu AY, Alıcı B: Erkek genital sistem tüberkülozu, Klimik Derg 1989;2(2):74-5.
13. Türkvan A, Kelahmet E, Yazgan Ç, Ölçer T: Sonographic findings in tuberculous epididymo-orchitis, J Clin Ultrasound 2004;32(6):302-5.
14. Wang LJ, Wu CF, Wong YC et al: Imaging findings of urinary tuberculosis on excretory urography and computerized tomography, J Urol 2003;169: 524-8.