

BRUSSELLA ORŞİTİ: AYNI AİLEDEN İKİ OLGU SUNUMU

Tuna DEMİRDAL*, Neşe DEMİRTÜRK*, Murat DEMİRBAŞ**

* Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, AFYON

**Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, AFYON

ÖZET

Malta ateşi diye de bilinen bruselloz, tüm dünyada yaygın olarak bulunan bir zoonozdur. Bruselloz % 2-20 oranında genitoüriner komplikasyonlarla seyredebilir. Brucella epididimoorşiti, testiküler abse ve atrofi gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Tedavide antibiyotik kombinasyonları genellikle yeterli olmakta ve orşiyektomiye nadiren ihtiyaç duyulmaktadır. Bu yazıda aynı aileye mensup iki epididimoorşit olgusu sunulmuştur.

Anahtar sözcükler: bruselloz, epididimoorşit

SUMMARY

Brucella Orchitis: Two Case Reports from Same Household

Brucellosis (also known as Malta fever) is a worldwide zoonosis. The genitourinary system may be affected in 2-20 % of the cases with brucellosis. Brucella epididymo-orchitis can cause serious complications such as testicular abscess and atrophy. In the treatment of brucellosis antibiotic combinations are used. Orchiectomy is rarely required. In this report, two brucellar epididymo-orchitis cases in a household were presented.

Key words: brucellosis, epididymo-orchitis

GİRİŞ

Bruselloz, daha çok hayvancılıkla uğraşanlarda, kasaplarda, mezbaha çalışanlarında, veterinerlerde, laboratuvar çalışanlarında, taze peynir yeme öyküsü olanlarda görülen bir zoonozdur. Gelişmiş ülkelerde hayvanlar arasında tamamen eradike edilmiş olmakla birlikte, ülkemizde Orta Anadolu, Doğu ve Güneydoğu Anadolu başta olmak üzere hâlâ yaygın olarak görülmektedir. Brusellozda genitoüriner komplikasyonlar nadir olarak görülür. Erkeklerde tek taraflı epididimoorşit en sık görülen genitoüriner komplikasyon şeklidir. Ateş, özellikle geceleri görülen terleme, iştahsızlık, halsizlik, kilo kaybı, eklem ağrıları, testislerde şişlik ve ağrı gibi bulgularla kendini

gösterir^(6,11,12). Bu makalede aynı aileden iki kişide (baba ve oğul) görülmesi nedeniyle ilginç olabilecek iki brusella epididimoorşiti olgusu sunulmuştur.

OLGULAR

Olgu-1: Asıl mesleği terzilik olan, hayvancılıkla da uğraşan 53 yaşında erkek hasta, polikliniğimize 10 gündür devam eden ateş, halsizlik, iştahsızlık, sol testisinde şişlik ve ağrı şikayetleriyle başvurmuştur. Daha önceden başvurduğu hekim tarafından kendisine ofloksasin 200 mg 2x1 verildiği ve hastanın bu tedaviyi üç gün boyunca kullandığı anlaşılmıştır.

Yazışma adresi: Tuna Demirdal. Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, AFYON

Tel.: (0272) 216 79 01/180-152

e-posta:tunademirdal@hotmail.com

Alındığı tarih: 31.03.2004, revizyon kabulü: 06.07.2004

Öyküsünden taze peynir tükettiği öğrenilmiştir. Fizik muayenede, ateş: 37.2°C, kan basıncı 110/80 mmHg, nabız: 78/dk, sol testiste şişlik, ısı artışı ve hassasiyet saptanmıştır. Laboratuvar incelemelerinde, lökosit 7200/mm³(% 62 polimorfonükleer lökosit, % 36 lenfosit ve % 2 monosit), eritrosit sedimentasyon hızı 20 mm/saat, CRP 18 mg/lt, aspartat aminotransferaz 50 U/lt, alanin aminotransferaz 72 U/lt, total bilirubin 1.1 mg/dl, Rose Bengal testi pozitif, Wright aglütinasyon testi 1/640 titrasyonda pozitif olarak belirlenmiştir. Hastanın kan ve sperm kültürlerinde üreme olmamıştır. Testis ultrasonografisinde, sol testis boyutlarında artış, epididimoorşite uyan solid lezyon saptanmıştır. Bu bulgularla brusella orşiti tanısı konan hastaya rifampisin (600 mg/gün) ve doksisisiklin (200 mg/gün) tedavisi verilmiştir. Tedavinin 10. gününde testisteki ödemin gerilediği, ağrılarının kaybolduğu görülmüştür. Tedavisi 6 haftaya tamamlanan hastanın tamamen düzeldiği saptanmış ve takiplerinde de bir sorunla karşılaşılmamıştır.

Olgu-2: İlk olgunun oğlu olan hasta, 19 yaşında ve öğrenci idi. Birinci olgudan bir hafta sonra ateş, halsizlik, her iki testiste şişlik ve ağrı yakınması ile polikliniğe başvurmuştur. Fizik muayenede, ateş: 38.3°C, kan basıncı 130/90 mmHg, nabız: 108/dk, her iki testiste şişlik, ısı artışı ve hassasiyet saptanmıştır. Laboratuvar incelemelerinde, lökosit 5000/mm³ (% 60 polimorf nüveli lökosit, % 35 lenfosit ve % 5 monosit), eritrosit sedimentasyon hızı 14 mm/saat, CRP 21 mg/lt, aspartat aminotransferaz 45 U/lt, alanin aminotransferaz 55 U/lt, total bilirubin 1.3 mg/dl, Rose Bengal testi pozitif, Wright aglütinasyon testi 1/320 titrasyonda pozitif olarak belirlenmiştir. Tedavi öncesi alınan kan kültürlerinde *Brucella melitensis* üremiştir. Sperm kültüründe ise üreme olmamıştır. Testis ultrasonografisinde her iki testis boyutunda artış ve epididimoorşitle uyumlu görünüm saptanmıştır. Hastaya rifampisin (600 mg/gün) ve doksisisiklin (200 mg/gün) tedavisi uygulanmıştır. Tedavinin 15. gününde testisteki ödemde azalma olmuş ve tedavi altı haftaya tamamlanmıştır. Tedavi sonunda tamamen düzelen hastanın takiplerinde de bir sorunla karşılaşılmamıştır.

TARTIŞMA

Bruselloz sistemik bir infeksiyon hastalığıdır. Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi'nin (CDC, Centers for Disease Control and Prevention) verilerine göre Amerika'da her yıl yalnızca 100 yeni olgu bildirilmesine rağmen⁽⁶⁾, ülkemiz şartlarında bu sayı çok daha yüksektir. Türkiye'de bruselloz endemik bir hastalıktır ve çeşitli tarihlerde yapılan araştırmalarda seropozitiflik % 2-6 olarak belirlenmiştir. Ülkemizde 15-35 yaş grubunda daha sık olmak üzere, her yaş

ve cinsiyette görülmektedir^(11,12). Brusellozun genitoüriner sistemde en sık görülen komplikasyonu epididimoorşittir^(4,14). İlk kez 1928 yılında Hardy, *Brucella* türlerinin insanlarda granülatöz orşite neden olabileceğini göstermiştir. Sonraki yıllarda sporadik pek çok brusella orşiti olgusu bildirilmiştir. Bruselloz hastalarında epididimoorşit insidansının % 2 ile % 20 arasında olduğu tahmin edilmektedir⁽⁸⁾. Türkiye'de de brusella epididimoorşiti önemli oranda sorun teşkil etmektedir. Yurdakul ve ark.⁽¹⁵⁾ epididimoorşitli 84 hastayı değerlendirdikleri çalışmada 14 hastada (% 16.7) bruselloza bağlı orşit geliştiğini bildirmişlerdir. Bu olguların hepsinde Wright aglütinasyon testi pozitif bulunmuş, dört olguda da kan kültüründe üreme saptanmıştır. Tatlışen ve ark.⁽¹³⁾ da 18 epididimoorşitli hastayı incelemişler, iki hastada (% 11) bruselloza bağlı orşit saptamışlardır. Epididimoorşit bazen sistemik hastalığın seyri sırasında görülmekte, bazen de yalnız başına bir klinik tablo olarak ortaya çıkmaktadır. Memiş ve Venkatesh⁽⁷⁾ 17 yıl boyunca 1655 bruselloz olgusu tedavi etmişler, bunların 26'sında epididimoorşit saptamışlardır. Olguların 25 (% 96)'inde ateş ve halsizlik yakınması olduğunu vurgulamışlardır. Benzer şekilde bizim iki olgumuzda da testiste şişlik ve ağrı yanında, ateş ve halsizlik yakınması bulunmaktaydı.

İlk olguda tanı, klinik bulgular yanında Wright aglütinasyon testi ile, ikinci olguda ise klinik bulgular, Wright aglütinasyon testi ve kan kültürü ile konmuştur. Ayrıca testisteki kitlenin ayırıcı tanısı için, her iki olguda da testis ultrasonografisi uygulanmıştır. Özellikle renkli doppler ultrasonografisinin genitoüriner komplikasyonlu bruselloz olgularında yararlı olduğu vurgulanmıştır⁽²⁾. Tanıda sperm kültüründen de etkenin izole edilebilme olasılığı bulunduğundan, prostat salgısı kültürü de önerilmiştir⁽¹⁰⁾. İki olguda da sperm kültürü yapılmış ve üreme saptanmamıştır. Klinik olarak epididimoorşit genellikle lokal ağrı ve şişlikle ortaya çıkar, çoğu olguda tutulum tek taraflıdır. Olgularımızdan birincisinde tek taraflı, ikincisinde ise bilateral tutulum saptanmıştır.

Brusellozun tedavisinde yüksek rölaps riski nedeniyle monoterapi uygulanmamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü 1986 yılında yetişkin hastaların altı haftalık doksisisiklin+rifampisin kombinasyonu ile tedavi edilmesini önermiştir. Yine altı hafta doksisisiklin+ondört gün streptomisin tedavisinin yaklaşık olarak benzer etkinlikte olduğu saptanmıştır^(6,11,12,14). Bruselloza bağlı epididimoorşit olgularında genellikle medikal tedavi yeterli olmaktadır. Medikal tedaviye cevap vermeyen olgularda ise orşiyektomi uygulanmaktadır. Afşar ve ark.⁽¹⁾ 13 olguluk serilerinde doksisisiklin+rifampisin tedavisi uygulamışlar ve yalnızca iki olguda orşiyektomiye gereksinim duyulduğunu vurgulamışlardır. Cesur ve ark.⁽³⁾ dört olguluk serilerinde medikal tedavi ile bu hastaların tamamını tedavi ettiklerini bildirmişlerdir. Özsoy ve ark.⁽⁹⁾ da beş olguluk

serilerinde preoperatif dönemde testis büyümesinin nedeni saptanamadığı için bir olguya orşiyektomi uygulandığını, diğer dört olgunun medikal tedaviden yarar gördüğünü vurgulamışlardır. Kadıköylü ve ark.⁽⁵⁾ da brusellaya bağlı 16 epididimoorşit olgusunu aynı kombinasyonla tedavi etmişler, yalnızca iki hastada rölaps saptamışlardır. Navarro-Martinez ve ark.⁽⁶⁾ ise 59 hastalık serilerinde, yalnızca beş hastada yanıt alamamışlar, iki hastaya abse drenajı uygulamışlar, diğer üç hastaya da orşiyektomi yapmışlardır. Bizim iki olgumuzda da doksisisiklin+rifampisin tedavisine klinik yanıt alınmıştır. Bir yıllık takip sonunda da hastaların herhangi bir yakınmalarının olmadığı görülmüştür. Olgularımızın aynı ailenin bireyleri olması dikkat çekicidir. Hastaların baba ve oğul olması orşit komplikasyonu ortaya çıkmasında genetik bir yakınlıkla ilgili olabilir. Ancak bunu açıklayacak ayrı bir araştırma yapılamadığı için, bu durum ilginç bir rastlantı olarak değerlendirilmiştir.

Sonuç olarak, ülkemizde özellikle brusellozun endemik olduğu bölgelerde orşitlerin ayırıcı tanısında, brucella orşiti mutlaka akla gelmelidir. Öykü alırken, mesleki sorgulama ve taze peynir yeme alışkanlığı gibi bilgiler alınmalıdır. Brucella orşitinde medikal tedavi hastaların büyük kısmında yeterli olmaktadır. Bu nedenle orşit olgularında etkene yönelik laboratuvar testlerinin hemen istenmesi, erken tedavi olanağı sağlayacak ve brucella orşitli hastaların pek çoğunu orşiyektomiden kurtaracaktır.

KAYNAKLAR

1. Afşar H, Baydar İ, Sırmatel F: Epididymo-orchitis due to brucellosis, Br J Urol 1993;72:104-5.
2. Bayram MM, Kervancıoğlu R: Scrotal gray-scale and color doppler sonographic finding in genitourinary brucellosis, J Clin Ultrasound 1997;25 :443-7.
3. Cesur S, Çapar Y, Demir P ve ark: Brucella orşiti: dört olgunun incelenmesi, Klimik Derg 2002;15:22-4.
4. Ibrahim AIA, Away R, Shetty SO et al: Genitourinary complications of brucellosis, Br J Urol 1988;61:294-8.
5. Kadıkoylu G, Tuncer G, Bolaman Z et al: Brucellar orchitis in Innerwest Anatolia Region of Turkey, Urol Int 2002;69:33-5.
6. Lim ML, Rickman LS: Brucellosis, Infect Dis Clin Pract 2004;12:7-14.
7. Memiş ZA, Venkatesh S: Brucellar epididymo-orchitis, BJU Int 2001; 88:72-6.
8. Navarro-Martinez A, Solera J, Corredoira J et al: Epididymo-orchitis due to Brucella melitensis: A retrospective study of 59 patients, Clin Infect Dis 2001;33:2017-22.
9. Özsoy MF, Koçak N, Çavuşlu Ş: Brucella orşiti: beş olgu sunusu, Klimik Derg 1998;11:88-91.
10. Öztürk R, Soysal F, Altaş K: Sperm kültüründe Brucella melitensis üretilen bir epididimo-orşit olgusu, Türk Mikrobiyol Cem Derg 1993;23:148-50.
11. Sözen TH: Bruselloz, "Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M (eds): İnfeksiyon Hastalıkları, 2. baskı" kitabında s. 636-42, Nobel Tıp Kitapçevleri, İstanbul (2002).
12. Tansel Ö, Yavuz M, Kuloğlu F ve ark: Trakya Üniversitesi Hastanesi'ne başvuran 40 bruselloz olgusunun değerlendirilmesi, İnfeksiyon Derg 2003;17:1-4.
13. Tatlışen A, Carpinhoğlu M, Sümerkan B ve ark: 18 epididimoorşit vakasının değerlendirilmesi, Mikrobiyol Bült 1993;27:36-41.
14. Young EJ: Brucella species, "Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (eds): Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 5. baskı" kitabında s. 2386-93, Churchill Livingstone, New York (2000).
15. Yurdakul T, Sert U, Acar A et al: Epididymo-orchitis as a complication of brucellosis, Urol Int 1995;55:141-2.