

Brusella Epididimoorşiti Olgu Sunumu

Brucella Epydidymo-Orchitis A Case Report

Kadir POLAT, Murat DEMİRBAŞ, Cem GÜLER, Murat ŞAMLI

Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji AD, Afyon

ÖZET: Testiste akut olarak büyüme yapan nadir nedenlerden birisi de Brusella epididimoorşitidir. Bu bildiri de bruselloza bağlı olarak gelişen unilateral epididimoorşit olgusu irdelenmiş ve son literatür ışığında tartışılmıştır. Brusellozun endemik olduğu yerlerde testis büyümelerinin ve/veya epididimitin ayırıcı tanısında Brusella enfeksiyonu da akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Bruselloz, epididimoorşit.

ABSTRACT: One of the rare cause of acute swelling of the testis is Brucella epididymoorchitis. The case of unilateral epididymoorchitis due to Brucellosis was presented and discussed with current literature. In the regions where Brucellosis is endemic, Brucella epididymoorchitis must be kept in mind in the differential diagnosis of acute swelling of the testis.

Key Words: Brucellosis, epididymoorchitis.

GİRİŞ

Bruselloz, Türkiye’de insan ve hayvanlarda endemik olarak karşılaşılan bir zoonozdur.

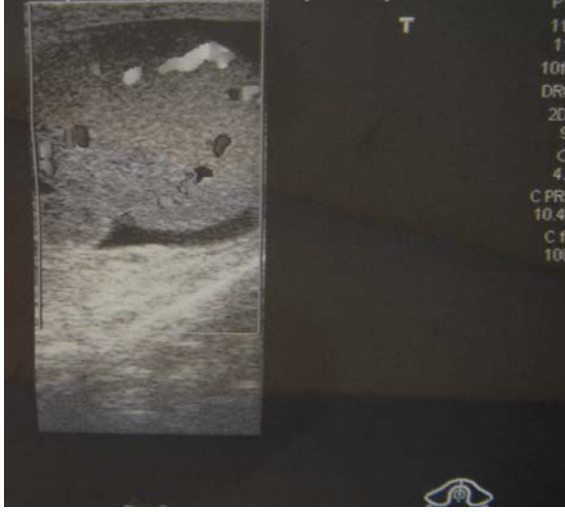
Hastalık ortalama olarak 2-3 hafta süren kuluçka döneminden sonra ondüle seyreden ateş, özellikle geceleri olan terleme, eklem ağrıları, iştahsızlık, bitkinlik, halsizlik, kilo kaybı, baş ağrısı vb. gibi nonspesifik belirtilerle ortaya çıkar. Bruselloz tanısı, klinik bulgularla birlikte etkenin izolasyonu ve serolojik testler ile konulmaktadır (1).

Brusellozda, genitoüriner tutulum %2-40 oranındadır. Erkeklerde, en sık tek taraflı epididimoorşit ile kendini gösterir (2).

İlk granülatöz orşit olgusu 1926 yılında yayımlanmıştır. Brusella türlerinin granülatöz orşitin nedenlerinden biri olduğu ise 1928’de Hardy (3) ve 1929’da Wainwright (3) tarafından bildirilmiştir. Daha sonraları çeşitli sporadik Brusella orşiti olguları yayımlanmıştır (3-5). Bruselloza bağlı olarak gelişen granülatöz orşit, akut veya kronik olarak genellikle tek taraflı şişlik şeklinde ortaya çıkar. Bruselloza bağlı olarak gelişen orşitte testiste fokal nekroz alanları ile birlikte granülatöz tipte inflamasyon oluşur (6,7).

OLGU SUNUMU

43 yaşında erkek hasta bir hafta önce sol testisinde şişlik, ağrı ve kızarıklık şikayetleri nedeniyle başka bir merkezde epididimoorşit tanısı ile yatırılarak medikal tedavi uygulanmış, ancak şikayetlerinin geçmemesi üzerine hasta kliniğimize refere edilmiştir. Fizik muayenesinde; ateşi olmayan hastanın sol skrotumunda hiperemi, ağrı ve sol testis boyutunda artma (10x8cm) tespit edildi. Yapılan USG’de sağ testis boyutu ve parankim ekojenitesi normal, sol testis boyutunda artma ve parankiminde 26,7x17,2 mm boyutunda fokal orşit alanı ile uyumlu düzensiz sınırlı hipoekojen lezyon izlendi (Resim 1). Hemogram ve tam idrar tahlili normal olan hastanın, kan biyokimya tahlilinde, AST: 48 U/L ile hafif bir yükseklik tespit edildi. İdrar kültüründe üreme olmadı. Bruselloza yönelik yapılan tetkiklerde; Brusella Ig G, Ig A ve Ig M negatif olarak saptandı. Rose Bengal testi pozitif, Wright aglütinasyonu 1/40 titrede pozitif ve kan kültüründe Brusella Melitensis üremesi üzerine hastaya, Tetrasiklin 200 mg/gün po ve Rifampisin 600 mg/gün po başlandı. Tedavinin başlanmasından bir hafta sonra başlangıç semptom ve bulguları düzelen hasta tedavisini 6 haftaya tamamlamak ve poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.



Resim 1. Testis USG: Sol testis boyutunda artma, parankimde fokal orşit ile uyumlu görüntü.

TARTIŞMA

Bruselloz, pek çok organ ve sistemi tutabilen *Brusella* cinsi bakterilerin neden olduğu zoonotik bir hastalıktır. Brusellozda, nonspesifik ve bir çok hastalıkla kolaylıkla karışabilen çok değişik semptom ve klinik bulgular ortaya çıkabilmektedir (1).

Epididimoorşit, sistemik hastalığın seyri esnasında yada yetersiz tedavi görmüş olgularda relapsların semptomu olarak görülebileceği gibi, sistemik hastalık belirtileri olmaksızın tek klinik belirti olarak da ortaya çıkabilir. Sıklıkla lokal ağrı ve şişliğe neden olur. İdrar incelemesi genellikle normaldir ve rutin idrar kültürü negatiftir. Akut veya kronik şekilde ve genellikle tek taraflı olarak ortaya çıkar (1-3).

Testiste fokal nekroz alanlarıyla birlikte granülatöz tipte inflamasyon oluşur. Testisler veya epididim, lenfosit ve plazma hücreleriyle infiltridir ve seminifer tubuluslarda atrofi vardır. Granülatöz orşitin ayırıcı tanısında bruselloz, tüberküloz, travma ve infektif nedenler (postoperatif ve idiyopatik) düşünülmelidir (4-7).

Sperm kültüründe etkenin izole edildiği epididimoorşitli bir Bruselloz olgusu da bildirilmiş ve *Brusella* orşiti düşünülen olgularda prostat salgısı kültürünün yapılması önerilmiştir(8).

Endemik bölgelerde Bruselloza bağlı testis tutulumunun araştırılmasında renkli Doppler ultrasonografisi ile *Brusella* aglütinasyon testi oldukça yararlıdır (9-11). Yurdakul ve arkadaşları, 84 epididimoorşitli hastayı değerlendirdikleri bir çalış-

mada, 14 hastada (%16.6) Bruselloza bağlı orşit geliştiğini bildirmişlerdir (11). *Brusella* orşitli olguların hepsinde *Brusella* aglütinasyon testi pozitif olarak bulunurken, sadece dört olguda (%28.5) kan kültüründe üreme saptanmıştır. Uygun antibiyotik tedavisine rağmen düzelmeyen epididimoorşitlerde ayırıcı tanıda Brusellozun da düşünülmesine dikkat çekilmiştir

Testis kitlelerinin çoğuna preoperatif ayırıcı tanı güçlüğü nedeniyle radikal orşiektomi uygulanmaktadır (3). Haas ve ark.'nın yaptıkları bir çalışmada radikal orşiektomi uygulanan olguların %31'inde nedenin benign tümörler olduğu saptanmıştır (12). Tackett ve ark. da radikal orşiektomi materyallerinin %50'sinde benign hastalık saptandığını bildirmektedirler (13).

Olgumuz testislerinde ağrı ve şişlik yakınması nedeniyle kliniğimize başvurmuştur. Hastanın daha önce nonspesifik epididimoorşite yönelik medikal tedaviye yanıt vermemiş olması ve bölgemizin Bruselloz açısından endemik bir bölge olması nedeni ile ayırıcı tanıda ilk olarak *Brusella* epididimoorşiti akla gelmiştir. Tanı, serolojik testlerle konulmuş olup kan kültüründe de *Brusella Melitensis* izole edilmiştir.

Orşit ve/veya epididimoorşit komplikasyonlu Bruselloz olgularının tedavisi konusunda farklı görüşler bulunmaktadır. Kimi yazarlar medikal tedavinin yeterli olacağını bildirirken (14), bir bölümü de standard antimikrobiyal tedaviyi takiben orşiektomi yapılması gerektiğini ileri sürmektedirler (3,5).

Tatlışen ve ark., 18 epididimoorşitli hastanın incelendiği çalışmalarında, 2 (%11.1) hastada Bruselloza bağlı orşit saptamışlardır (15). Özsoy ve arkadaşları, 5 *Brusella* orşitli hastayı incelediği çalışmalarında olguların hepsinde testiste ağrı ve şişlik saptarken, 4 olguda tek testis tutulumu, bir olguda ise iki testiste tutulum saptamışlardır. Tanı tüm olgularda serolojik testlerle konurken, iki olguda kan kültüründe üreme saptanmıştır. Medikal tedaviyle tüm olgularda tam yanıt alınmış ve testiküler kitle kaybolmuştur (2).

Bizim olgumuzda da medikal tedaviye cevap alınmış ve semptomlarında gerileme olmuştur.

Testisteki büyüme ve kitlelerin ayırıcı tanısında özellikle benign ve malign etyolojilerin ayırımında kullanılabilecek daha ileri inceleme yöntemlerinin geliştirilmesi, bir veya iki testisin korunabilme şansını arttıracaktır. *Brusella* orşitinin, medikal tedaviye vermiş olduğu yanıt göz önüne alınacak olursa, testis

büyümlerinin ve/veya orşitin ayırıcı tanısında özellikle endemik bölgelerde, Brusella infeksiyonu da göz önünde bulundurulmalı ve tanı doğrulandığı takdirde ilk seçenek olarak medikal tedavi uygulanmalı, cerrahi tedaviye (orşiyektomi) ancak medikal tedaviye yanıt alınamayan olgularda başvurulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Young E.J, Brusella species. In: Mandell G.L, Douglas R.G, Dolin R, eds. Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 5th ed. New York: Churchill Livingstone, 2000; s.2386-93.
2. Özsoy M.F, Koçak N, Çavuşlu Ş: Brusella orşiti: beş olgu sunumu. Klinik Dergisi,1998; 11(3): 82-7.
3. Reisman E.M, Colquitt L.A, Childers J, Preminger G.M. Brusella orchitis: a rare cause of testicular enlargement. J Urol, 1990; 143: 821-2.
4. Khan MS, Humayoon MS, Al Manee MS. Epididymo-orchitis and brucellosis. Br J Urol, 1989; 63: 87-9.
5. Guy M, Nissim F, Eisenkraft S, Eliraz A. Brusella infection of the testis mimicking malignancy. Harefuah 1992; 306: 260-2.
6. Uysal V, Ağan M, Dizdaroğlu F, Yenerman M. İdiyopatik granülatöz orşit: 21 vaka üzerinde histopatolojik çalışma. Tıp Fak Mecm (İstanbul), 1989; 52:635-44.
7. Kahn R.I, McAninch J.W. Granulomatous disease of the testis. J Urol, 1980; 123:868.
8. Öztürk R, Sosyal F, Altaş K. Sperm kültüründe Brusella melitensis üretilen bir epididimo-orşit bruselloz olgusu. Türk Mikrobiyol Cemiy Derg, 1993; 23:148-50.
9. Aksin A, Mete O. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Kliniğinde 1984-1987 yılları arasında teşhis ve tedavi edilen Brusella epididimitleri. Türk Ürol Derg. 1988; 14:547-52.
10. Bayram M.M, Kervancıoğlu R. Scrotal gray-scale and color Doppler sonographic findings in genitourinary brucellosis.J Clin Ultrasound , 1997; 25(8):443-7.
11. Yurdakul T, Sert U, Acar A, et al. Epidymo-orchitis as a complication of brucellosis. Urol Int, 1995; 55(3):141-2.
12. Haas G.P, Shumaker BP, Cerny J.C, The high incidence of benign testicular tumors. J Urol, 1986; 136:1219.
13. Tackett R.E, Ling D, Catalona W.J, Melson G.L, High resolution sonography in diagnosing testicular neoplasms. Clinical significance of false positive scans. J Urol, 1986; 135:494.
14. Yağcı F, Meto Ş, Erbağcı A, Pınar T. Brusellozis endemik alanlarında skrotal kitleyle gelen hastaların brusella orşiti ve testis tümörü yönünden değerlendirilmesi. Ürol Bül, 1995; 6:25-89.
15. Tatlışen A, Carpanoğlu M, Sümerkan B, et al. 18 epididimoorşit vakasının değerlendirilmesi. Mikrobiyol Bül, 1993; 27(1):36-41.

