

İzole Prostat Tüberkülozu: Olgu Sunumu

İlhami ÇELİK^{a1}, Mustafa CİHANGİROĞLU¹, Veysel YÜZGEÇ², Hakan ARTAŞ³, Arslan ARDIÇOĞLU²

¹Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı,

²Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı,

³Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyodiagnostik Anabilim Dalı, ELAZIĞ

ÖZET

İzole tüberküloz prostatit oldukça nadir bir klinik durumdur. 42 yaşında erkek hasta prematür ejakülasyon ve cinsel ilişki sırasında artan perineal ağrı yakınmaları ile Üroloji Kliniğine başvurdu. Hastada tüberküloz öyküsü yoktu. Hastanın prostat sekresyonunda asido-rezistan basil (ARB) görülmesi; öykü, fizik muayene ve klinik bulgularda prostatite özgü bulguların dışında bulgu olmaması, akciğer grafisi, abdominal ultrasonografi ve intravenöz piyelografi incelemelerinde prostat dışı herhangi bir odakta tüberküloz lezyonuna rastlanmaması nedeniyle olgu izole tüberküloz prostatit olarak tanımlandı. ©2006, Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi

Anahtar kelimeler: İzole, tüberküloz, prostatit

ABSTRACT

Isolated Tuberculous Prostatitis: A Case Report

Isolated tuberculous prostatitis is a rare clinical condition. A 42-year old male admitted with the complaints of premature ejaculation and perineal pain during sexual intercourse to the Urology Department of our hospital. The patient had no evidence of past or present pulmonary tuberculosis. Another focus for tuberculosis could not be found except prostate gland in spite of all investigation with history, physical examination, chest X-ray, intravenous pyelography (IVP). It was seen acid-fast bacilli in the prostate secretion of the patient. Therefore, the case was diagnosed as isolated prostate tuberculosis. ©2006, Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi

Key words: Isolated, tuberculous, prostatitis

Tüberküloz olgularının %20'sinde akciğer dışı bir odak mevcut olup en sık etkilenen bölge genitoüriner sistemdir. Genitoüriner sistem tutulum oranı %4-8 arasında değişmektedir (1). Kesin olarak bilinmemekle birlikte 20. yüzyılda yapılan geniş otopsi serilerinde prostat tutulumu %10-12 arasında bildirilmektedir (2). Olguların çoğu transüretral rezeksiyon sırasında tesadüfen saptanmaktadır. Bu nedenle klinisyenlerin çoğu tüberküloz prostatitin tanısında güçlük yaşamaktadır (3).

Genitoüriner sistem tüberkülozunda en önemli dayanak hastanın öyküsüdür. Belirtiler sıklıkla non-spesifiktir. Yaşamın erken dönemlerinde akciğer veya akciğer dışı tüberküloz varlığı birçok olguda önemli ipucu olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca akciğer tüberkülozundan sonra GÜTB sistem tutulumu arasındaki latent süre oldukça değişken olup 30 yıla kadar uzayabilmektedir (1).

Özellikle son zamanlarda intravezikal Bacille Calmette-Guerin (BCG) uygulamasına bağlı granülomatöz prostatit olgularını bildirmiştir. Ayrıca AIDS²le birlikte ekstrapulmoner tüberküloz olgularında da tedrici olarak bir artış olmakla birlikte izole prostat tüberkülozu hala oldukça nadir görülmektedir (3). Sunulan olguda prostat dokusu hariç akciğer ve akciğer dışı herhangi bir odak saptanmaksızın yalnızca prostatit şeklinde gözlenen izole bir prostat tüberkülozu sunulmuştur.

OLGU

Kırk iki yaşında erkek hasta; sekiz yıldır devam eden perineal ağrı ve prematür ejakülasyon yakınmaları ile hastanemize başvurdu. Perineal ağrı özellikle cinsel ilişki esnasında penise yayılıyor ve 1-2 saat sürüyormuş. Üretral akıntı, ameliyat ve kronik hastalık öyküsü bulunmayan hastanın rektal prostat muayenesinde; prostat yüksek yerleşimli, Grade I büyüklükte, sert kıvamlı ve hassastı. Prostat yüzeyinde düzensizlik ve nodül saptanmadı. Seminal veziküllerde duyarlılık vardı. Öykü ve fizik muayene bulguları temel alınarak yapılan Birleşik Devletler Ulusal Sağlık Enstitüsü (USNIH) Prostatit sınıflamasına göre olgu, inflamatuvar kronik pelvik ağrı sendromu (İKPAS) kategori III A olarak değerlendirildi.

Laboratuvar incelemelerinde; beyaz küre sayısı: 7.500/mm³, hemoglobin: 14 g/dL, trombosit: 186.000/mm³, Sedimentasyon hızı: 7 mm/saat, CRP: negatif idi. Rutin kan biyokimyasal değerleri ve tam idrar tetkiki normaldi. Masajla alınan prostat sekresyonunun Giemsa boyamasında küçük büyütmede her alanda 8-10 lökosit (%45 nötrofil, %40 lenfosit, %15 monosit) görüldü. Gram boyamada mikroorganizma görülmedi. Kanlı agar, Eosin Metilen Blue (EMB) ve çukulata besiyerine yapılan ekimlerde üreme olmadı. Anti-Chlamydia, anti-Mycoplasma, anti-Human Papilloma Virus ve anti-Herpes Simplex Virus antikorları için serolojik

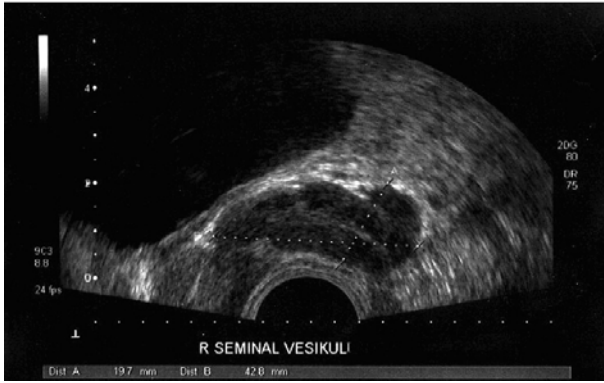
^a Yazışma Adresi: Dr. İlhami Çelik, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, ELAZIĞ

* 30 Mart-3 Nisan 2003 XI. Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Kongresinde sunulmuştur.

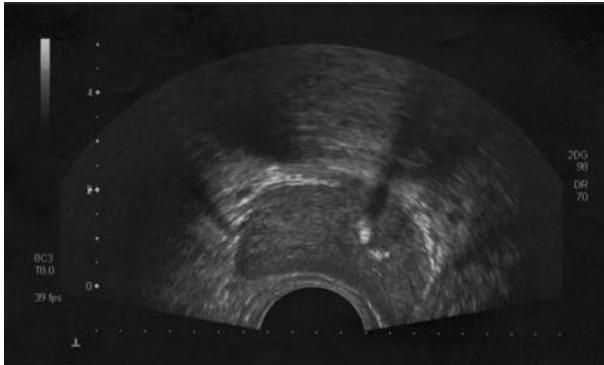
Tel: 0 424 2333555

e-mail: ilhamicelik@yahoo.com

testler yapıldı ve negatif olarak sonuçlandı. Prostat sekresyonunun Ehrlich Ziehl-Neelsen (EZN) boyamasında aside dirençli basiller görüldü. Bir sonraki gün alınan prostat sekresyonunda direkt boyamada yine ARB görüldü ve Löwenstein-Jensen besiyerine kültürü yapıldı. Hastaya prostat biyopsisi planlandı ancak hasta işlem için onay vermedi. Hastanın sabah ilk idrarında ve mide açlık suyunda üst üste üç gün ARB basili arandı. Ancak hem preparatın direkt EZN boyamasında ARB gözlenmedi ve hem de bu materyallerin ekildiği Löwenstein-Jensen besiyerlerinde 45 günlük süre sonunda üreme gözlenmedi. Prostattan ikinci kez alınan sıvıda TBC PCR (+) bulundu. Löwenstein-Jensen besiyerine yapılan ekimde 20. günde M. tuberculosis üredi.



Şekil 1. Transrektal ultrasonografide sağ seminal vezikülde dilatasyon.



Şekil 2. Ejakulatuar kanalda 5 mm'lik kalkül ile uyumlu hiperekojen görünüm

Akciğer grafisi, abdominal ultrasonografi ve intravenöz piyelografi incelemeleri normal olarak değerlendirildi. Transrektal doppler ultrasonografide (TRUS-D) prostat boyutları, parankimi ve kanlanması normal, seminal veziküller dilate olarak izlendi (Şekil 1). Ejakulatuar kanalda 5 mm'lik kalkül ile uyumlu hiperekojen görünüm mevcuttu (Şekil 2).

Bu incelemeler ışığında hasta izole prostat tüberkülozu olarak tanımlandı. İlk 2 ay 4'lü (izoniazid, rifampin, streptomisin, morfazinamid), daha sonra ikili (izoniazid ve rifampin) anti-tüberküloz tedavi verildi (2). Altı ay verilen bu tedavi sonunda hastanın şikâyetleri tamamen kayboldu. Yapılan rektal muayenede prostat grade 1 büyüklükte ve sert kıvamda idi ancak hassas değildi. Hasta 2 yıl süre ile nüks açısından izlendi ancak relaps gözlenmedi.

TARTIŞMA

Tüberküloz prostatit, mikobakterilerin primer infeksiyon bölgesinden sıklık sırasına göre hematogen, komşuluk veya lenfatik yolla prostata ulaşması neticesinde gelişir. Son derece nadir olmakla birlikte cinsel yolla da bulaşabileceği bildirilmiştir (3-6). Prostat tutulumu olan olguların %75-90'ında genitoüriner sistemin herhangi bir yerinde tüberküloz odağı saptanırken, sistemik tüberküloz olgularının %3-12'sinde prostat tutulumu olduğu bildirilmektedir (5). Geniş otopsi çalışmalarında prostat tutulum oranı %10-12 olarak rapor edilmiştir (3).

Sunulan olguda prostat sekresyonu hariç mide açlık suyu ve idrarda ARB pozitifliği saptanamadı ve bu örneklerin Löwenstein-Jensen besiyerine yapılan ekimlerinde üreme gözlenmedi. Akciğer grafisi, abdominal ultrasonografi ve intravenöz piyelografi incelemeleri normal olarak değerlendirildi. Belirti, bulgu ve laboratuvar incelemelerinde prostat dışında tüberküloza ait başka bir odak saptanamadı.

Prematür ejakülasyon yaygın bir erkek cinsel fonksiyon bozukluğu olup yaşa bağlı olmak üzere seksüel aktif erkeklerin %30-40'ını etkilemektedir. Bu rahatsızlığın genel anlamda gözlenen nedeninin psikolojik olduğu ileri sürülmekle birlikte bu amaçla verilecek tedavi öncesinde özellikle kronik prostatit başta olmak üzere organik nedenlerin dışlanması gerekir (7, 9, 10). Tüberküloz prostatitte ejakulat volümünde azalma, oligospermi, azospermi ve lökositospermi olmakta ve kendisini infertilite ile gösterebilmektedir. Ayrıca perine bölgesinde ağrı gözlenmektedir. Hatta tek bulgu idrar yaparken yanma olabilir. Steril üretral akıntı ve idrar sonunda kanama görülebilir. Rektal muayenede; prostat sert, düzensiz, nodüler veya granüler olarak palpe edilmektedir (3-7,10). Sunulan olguda en önemli belirtiler prematür ejakülasyon ve perineal ağrı idi. Hastanın rektal muayenesinde; prostat yüksek yerleşimli, Grade I büyüklükte, sert kıvamlı ve hassastı. Seminal veziküllerde duyarlılık vardı.

Prostat tüberkülozunda prostat sekresyon sıvısı ve üç günlük sabah ilk idrarda asidorezistan basil aranması ve kültür yapılması önemli tanı araçlarıdır. Bu örnekler için aside-dirençli basil görülme oranı %52 olarak bildirilmiştir (3, 6-8). Polimeraz zincir reaksiyonunun duyarlılığı ise %95.6-%98.1 olarak bildirilmektedir (9). Genital tüberkülozlu 53 olgunun semen analizi incelemelerinde olguların %89'unda azospermi, %53'ünde oligospermi saptanmıştır. Görüntüleme yöntemi olarak transrektal ultrasonografi (TRUS), intravenöz ürogram, tomografi ve manyetik rezonans gibi görüntüleme yöntemlerinden yararlanılabileceği bildirilmektedir.(3, 6-8). Prostat sıvısından yapılan kültürde mikroorganizmanın üretilmesi tanıyı kesinleştirir (4).

Bu olguda prostat sıvısında EZN boyama yöntemi ile ARB görülmesi, TBC-PCR pozitifliği ve Löwenstein-Jensen besiyerinde 20. günde üreme ile kesin tanı konulmuştur. Hastaya dörtlü anti-tüberküloz başlanmış ve 6. ay takibinde prostat sıvısında ARB görülmemiş, yakınmalarında ve prostat boyutlarında düzelme gözlenmiştir.

KAYNAKLAR

1. Severin L, Schroeder J. Genitourinary tuberculosis. *Current Opinion in Urology* 2001; 11: 93-96.
2. Schaffaer AJ. Diagnosis and management of prostatic prostatic. *Br J Urol* 2000; 26: 122-131.
3. Gow JG: Genitourinary tuberculosis. In: Walsh PC, Retik AB, Stamey TA, Vaughan ED, eds. *Campbell's Urology*. 7th ed. Philadelphia, Pa: WB Saunders; 1998: 807-36.
4. Domingue GJ, Hellstrom WJG. Prostatitis. *Clin Microbiol Rev* 1998; 11: 604-13.
5. Kostakopoulos A, Economou G, Picramenos D, Macrichoritis C, Tekerlekis P, Kalliakmanis N. Tuberculosis of the prostate. *Int Urol Nephrol* 1998; 30: 153-7.
6. Angus BJ, Yates M, Conlon C, Byren I. Cutaneous tuberculosis of the penis and sexual transmission of tuberculosis confirmed by molecular typing. *Clin Infect Dis* 2001; 33: E1 32-4.
7. Screponi E, Carosa E, Di Stasi SM, Pepe M, Carruba G, Jannini EA. Prevalence of chronic prostatitis in men with premature ejaculation. *Urology* 2001; 58: 198-202.
8. Tanagho EA. Specific infections of the genitourinary tract. In: Tanagho EA, McAnich JW, eds. *Smith's General Urology*. 15th ed. New York, NY: McGraw-Hill Professional Publishing, 2000: 265-281.
9. Moussa OM, Eraky I, El-Far MA, Osman HG, Ghoneim MA. Rapid diagnosis of genitourinary tuberculosis by polymerase chain reaction and non-radioactive DNA hybridization. *J Urol* 2000; 164: 584-8.
10. Lubbe J, Ruef C, Spirig W, Dubs M, Sigg C.. Infertility as the first symptom of male genitourinary tuberculosis. *Urol Int* 1996; 56: 204-6.

Kabul Tarihi: 16.02.2006