

Tüberküloz epididimit: bir olgu sunumu ve literatür taraması

Mustafa YILDIRIM¹, Ertuğrul GÜÇLÜ¹, Ali TEKİN², Ümran YILDIRIM³, Ömer GÜNAL⁴

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, ²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji AD, ³Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji AD, ⁴Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD

ÖZET

Tüberküloz epididimit tanısı güç olan nadir bir hastalıktır. Epididimitin, testis tümörü ve torsiyonu gibi diğer skrotum hastalıklarından ayırt edilmesi önemlidir. Konvansiyonel tanı metodları genellikle invazif ve zaman alıcı yöntemlerdir. Mikobakteriyal DNA'nın saptanmasına yönelik polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) testi, tüberküloz epididimitin hızlı tanısı amacıyla kullanılan değerli bir tanı metodudur. Ayırıcı tanıda biyopsinin önemini vurgulamak amacıyla başlıca öksürük, ateş, bilateral skrotal şişlik ve ağrı yakınmalarıyla başvuran bu vakayı sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, epididimit, inflamasyon

Tuberculous epididymitis: a case report and review of the literature

SUMMARY

Tuberculous epididymitis is a rare disease difficult to diagnose. It is important to differentiate epididymitis from other causes for acute scrotum, such as testicular torsion and tumor. The conventional methods for diagnosis are often time-consuming and invasive. Polymerase chain reaction (PCR)-based assay for mycobacterial DNA is a valuable method for rapid diagnosis of tuberculous epididymitis. We report this case who was admitted with the chief complaints of cough, fever, bilateral scrotal swelling and pain to emphasize that biopsy are of the importance in the differential diagnosis.

Key words: Tuberculosis, epididymitis, inflammation

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) dünya nüfusunun üçte birinin (1.9 milyar kişi) *M. tuberculosis* ile infekte olduğunu tahmin etmektedir. 2006 yılı raporunda, 2004 yılında 3.9 milyonu yayma pozitif (62/100.000), 8.9 milyon yeni tüberküloz olgusu olduğunu bildirmektedir (1). Bu rapora göre tüberküloz insidansı yüzbinde 140'tır ve 2004'te 1.7 milyon kişi tüberkülozdan ölmüştür. Türkiye için Verem Savaş Daire Başkanlığı tarafından DSÖ'ye 2004 için bildirilen olgu sayısı 19.943, insidans yüzbinde 28, yayma pozitif yeni olgu sayısı 8974'tür (1).

Tüm tüberküloz olgularının yaklaşık %30'u akciğer tutulumu ile birlikte ya da akciğer dışı tutulum şeklinde görülmektedir. Ekstrapulmoner tüberkülozun akciğer tüberkülozuna göre tanı ve tedavisi daha zordur ve çoğunlukla tanı için invaziv girişimler gerekmektedir. Erkeklerde genital tutulum ağrısız skrotal kitle, prostatit,

epididimit ve orşit şeklinde ortaya çıkmaktadır. Olguların %50-75'inde akciğer grafisinde çoğunlukla geçirilmiş tüberküloz enfeksiyonu ile ilişkili olan lezyonlar saptanmaktadır (2).

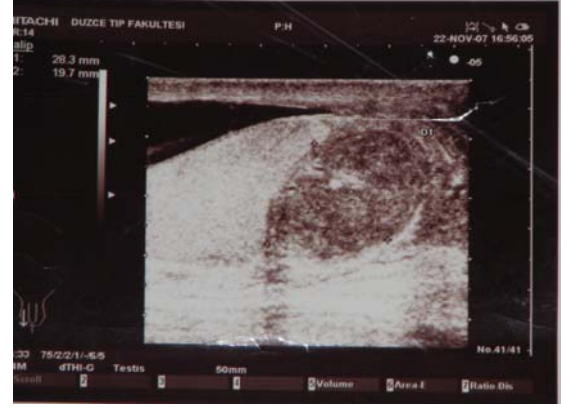
Bu olgu skrotal kitle nedeniyle başvuran ve testis tümörü düşünülen hastalarda genital tüberkülozun hatırlanması gerektiğini belirtmek amacıyla sunulmuştur.

OLGU

Yetmiş bir yaşında erkek hasta tek taraflı skrotal ağrı ve şişlik, ateş, öksürük, balgam çıkarma, karın ağrısı ve bulantı-kusma şikayetleri ile hastanemize başvurdu. Hastanın öksürük ve balgam çıkarma şikayeti bir aydır devam ediyordu. Bir hafta önce sol testisinde ağrı ve şişlik oluşmuş ve epididimo-orşit tanısıyla siprofloksasin tedavisi almış. İki gündür bulantı kusmayla birlikte karın ağrısı ve gaz-gaita çıkaramama şikayeti başlamış. Hastaneye başvurduğunda ateş 38 °C, kan basıncı 70/50 mmHg, nabız 76 atım/dak. ve solunum sayısı 22/dk idi. Sol testiste şişlik ve

hassasiyet saptandı. Testiküler travma veya dizüri hikayesi yoktu. Laboratuvar incelemesinde beyaz küre $20.97 \times 10^9/L$, nötrofil %90, hemoglobin 10.3g/dL ve trombosit sayısı $300 \times 10^9/L$ idi. Biyokimyasal parametreler: açlık kan şekeri 112 mg/dL, sodyum 143 mmol/L, potasyum 4.32 mmol/L, kan üre azotu 21.49 mg/dL, kreatinin 1.43 mg/dL, AST 65 IU/L, ALT 49 IU/L tespit edildi. C-reaktif protein 5.6 mg/dL ve eritrosit sedimentasyon hızı 38 mm/h olarak bulundu. İdrar mikroskopisinde 250 beyaz küre/mL tespit edildi. İdrar ve kan kültürlerinde üreme olmadı. Widal, Wright ve anti-HIV testleri negatifti. PA akciğer grafide non-homogen infiltrasyonlar görüldü. Batında palpasyonda yaygın hassasiyet vardı. Yapılan tüm batın ultrasonografisinde sağ alt kadranda barsak anslarının dilate olduğu ve içeriğinde ileri geri hareket olduğu tespit edildi (ileus?). Yapılan ilk skrotal ultrasonografide skrotumda anekoik septalar içeren hidrosel ile uyumlu mayi görünümü; ve sol epididim boyutları ve vaskülaritesinin artmış olduğu izlendi (epididimit?). Hastaya epididimit ön tanısıyla piperasilin tazobaktam tedavisi (3x4.5 g/gün) başlandı. Bu tedavinin ikinci gününden itibaren hastada gaz gaita çıkışı başladı ve batındaki hassasiyeti azaldı. Ateşin devam etmesi nedeniyle altıncı günde bu tedaviye vankomisin (2g/gün) eklendi. On günlük antibiyotik tedavisine karşılık ateş ve diğer klinik bulgularda gerileme gözlenmedi. Yapılan ikinci ultrasonografide sağ testis 29x20x37mm, sol testis 27x19x40mm boyutlarında ölçüldü. Sol epididimde minimal heterojenite, her iki taraf cilt altı doku kalınlığının artmış ve ödemli görünümde olduğu, skrotumda septalı anekoik mayi (hidrosel) ve sol testis inferiorunda yaklaşık 28x19mm boyutunda heterojen ekoda kitle görünüm tespit edildi (Resim 1). Testis tümörü ön tanısıyla hastaya sol orşiyektomi yapıldı. Operasyon materyalinin patolojik incelemesinde epididimde kazeöz nekrozla beraber kronik granulatöz inflamasyon görüldü

(Resim 2). Aynı materyalde yapılan polimeraz zincir reaksiyonu testi *Mycobacterium tuberculosis* için pozitif bulundu. İdrar ve balgamda aside dirençli bakteri saptanmazken, balgam kültüründe *Mycobacterium tuberculosis* üredi. Genel durumu hızla kötüleşen hasta test sonuçları çıkmadan kaybedildi.

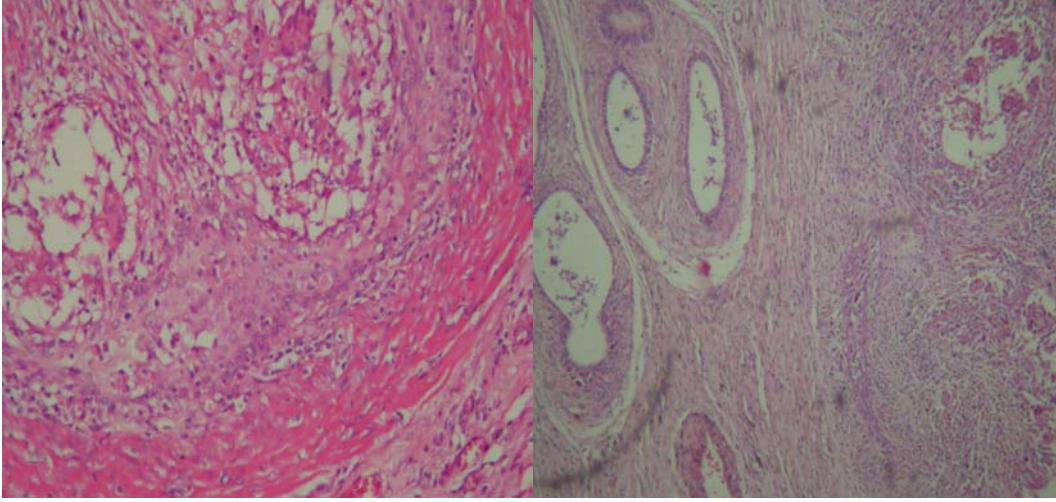


Resim 1. Sol testis inferiorunda yaklaşık 28x19mm boyutunda heterojen ekoda kitle görünümü

TARTIŞMA

Tüberküloz basili en sık hematogen yolla genitoüriner sisteme ulaşmaktadır. Ayrıca desendan üriner yol, retroüretal, lenfatik ve doğrudan yayılım basilin bu bölgeye yerleşmesine yol açabilmektedir (3). Enfeksiyonun başlangıç evresinde genellikle tek başına epididim tutulmakta ve ileri evrelerde aynı taraftaki testise yayılım görülmektedir (4).

Tüberküloz epididimo-orşit hastalarının çoğunda kronik sinsi bir seyir gözlenmektedir. Viswaroop ve ark. tarafından yapılan ve toplam 40 tüberküloz epididimit olgusunun değerlendirildiği bir çalışmada, hastalarda başvuru sırasında %40 ağırlı şişlik (en sık), %20 skrotal sinüs ve %10 akut epididimo-orşit klinik bulguları saptanmıştır. Ayrıca başvuru anında hastalarda %12.5



Resim 2. Epididimde kazeöz nekrozla birlikte granülatöz inflamasyon görüntüleri

bilateral tutulum olduğu belirlenmiştir (5). Tellaloğlu ve ark. tarafından yapılan ve 32 genitoüriner tüberküloz hastasının incelendiği diğer bir çalışmada, skrotal şişlik, testiste ağrı ve skrotal fistül dikkati çeken semptomlar olmuştur (6). Kore'de yapılan bir çalışmada ise, 22 skrotal tüberkülozlu hastanın 12'sinde hidrosel ve dördünde fistül tespit edilmiştir (7). Bizim hastamızda ise tek taraflı tutulum ve hidrosel olmakla birlikte, beklenenin aksine akut bir başlangıç vardı ve testiküler şişlik, ağrı ve kızarıklık ilk başvuru şikayetleriydi.

Klinik olarak skrotumun tüberküloz enfeksiyonu, genellikle 20-50 yaşlar arasında görülmekte ve sıklıkla tümör veya infarktüsle karıştırılabilmektedir (8,9). Bununla beraber, ayırıcı tanının doğru olarak yapılması uygun tedavinin başlanabilmesi için şarttır. Muttarak ve ark.'nın yaptığı ve olgularının ultrasonografik görünümünün incelendiği bir çalışmada, tüberküloz epididimit olgularının diffüz yada nodüler büyüme gösteren, homojen veya heterojen hipoekoik lezyonlar şeklinde görüldüğü bildirilmiştir (10). Bizim hastamızda ultrasonografide sol epididimde heterojenite ve sol testis inferiorunda heterojen görünümde hipoekoik kitle lezyonu görülmüştür. Testis tümörü şüphesi ile orşiyektomi operasyonu yapılmış ve operasyon materyalinin patolojik incelemesinde epididimde kazeöz nekrozla beraber kronik granülatöz inflamasyon görülmesiyle tüberküloz epididimit tanısına yönelinmiştir.

Genitoüriner tüberkülozlu olguların yarısında vücudun başka bir yerinde aktif tüberküloz saptanabilmektedir (11). Çiftçi ve

ark. tarafından bildirilen bir olguda, miliyer akciğer tüberkülozu ile birlikte epididimal tüberküloz saptanmış ve araştırmacılar tarafından miliyer akciğer tüberkülozu ile epididimal tutulumun birlikte olabileceği ve ayırıcı tanıda eksizyonel veya ince iğne aspirasyon biyopsisinin gerekli olduğu vurgulanmıştır (12). Bizim hastamızda geliş anamnezinde yaklaşık bir aydır devam eden öksürük ve balgam çıkarma şikayeti vardı ve alınan balgam kültüründe *Mycobacterium tuberculosis* üredi.

Genitoüriner tüberkülozda klasik tedavi, sistemik dördümlü anti-tüberküloz tedavisidir. Tedavi süresi olarak, oldukça düşük bildirilen relaps oranları nedeniyle 6-9 aylık süreler yeterlidir (13,14). Tek başına tüberküloz epididimite antitüberküloz tedavi yeterli olmakla birlikte apse gelişen, yavaş gerileyen veya malignite şüphesi olan olgularda epididimektomi önerilmektedir (3). Olgumuz, anti-tüberküloz tedavi başlanmadan erken dönemde kaybedilmiştir.

Sonuç olarak, skrotal şişlik ve ağrı yakınması ile başvuran ve sonografik olarak heterojen ve hipoekoik lezyon tespit edilen olgularda tüberküloz epididimit veya tüberküloz orşit hatırlanmalıdır. Erken tanı ve uygun tedavi ile mortalite oranlarının azalacağı kanaatindeyiz.

Yazışma adresi Yrd.Doç.Dr.Mustafa Yıldırım,
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon
Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD
Konuralp/Düzce
Tel: 3805414107 / 2134. **Fax:** 3805414486
E-mail: mustafayildirim4@yahoo.com

KAYNAKLAR

1. Global tuberculosis control: Surveillance, planning, financing. WHO report Geneva, World Health Organization. (WHO/HTM/TB/2006. 362), 2006
2. Hopewell PC: Tuberculosis and other mycobacterial diseases. In: Masson RJ, Broaddus VC, Murray JE, Nadel JA (eds): Textbook of Respiratory Medicine. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders: 979-1043, 2005
3. Skoutelis A, Marangos M, Petsas T, Chionis I, Barbalias G, Bassarias H: Serious complications of tuberculous epididymitis. Infection. 28: 193-195, 2000
4. Riehle RA Jr, Jayaraman K: Tuberculosis of testis. Urology. 20:43-46, 1982
5. Viswaroop BS, Kekre N, Gopalakrishnan G: Isolated tuberculous epididymitis: A review of forty cases. J Postgrad Med. 51:109-111, 2005
6. Tellaloğlu S, Ander H, Öner A, Müslümanoğlu AY, Alıcı B: Erkek genital sistem tüberkülozu, Klimik Derg. 2:74-75, 1989
7. Chung JJ, Kim M-J, Lee T, Yoo HS: Sonographic findings in tuberculous epididymitis and epididymo-orchitis, J Clin Ultrasound. 25:390-394, 1998
8. Ferrie BG, Rundle JS: Tuberculous epididymo-orchitis: a review of 20 cases. Br J Urol. 55:437-439, 1983
9. Heaton ND, Hogan B, Michell M, Thomson P, Yates-Bell AJ: Tuberculous epididymo-orchitis: clinical and ultrasound observations. Br J Urol. 64:305-309, 1989
10. Muttarak M, Peh WCG, Lojanapiwat B, Chaiwun B: Tuberculous Epididymitis and Epididymo-orchitis: Sonographic Appearances. AJR.176: 1459-1466, 2001
11. Türkyılmaz R: Genitouriner sistem tüberkülozu. Koçabaş A (ed). Tüberküloz kliniği ve kontrolü. Adana: Çukurova Üniversitesi Basımevi, 175-80. Bajpai M, Nambhirajon 1991
12. Çiftçi F, Deniz Ö, Bozkanat E ve ark. Bir Olgu Nedeniyle Miliyer Tüberküloz ve Tüberküloz Epididimit. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 50:387-390, 2002
13. Büyükalpelli R: Genitouriner sistem tüberkülozu: 21. Yüzyılda Tüberküloz Sempozyumu ve II. Tüberküloz Laboratuvar Tanı Yöntemleri Kurs Kitabı. Samsun. s:141-147, 2003
14. Madep R, Marshall J, Nativ O, Erturk E: Epididymal tuberculosis: case report and review of the literature, Urology 65: 798, 2005