

Adneksiyal Kitle Öntanısı İle Opere Edilen Pelvik Tüberküloz: Bir Olgu Sunumu

Bülent Kars, Hasan Seyhani Kalender, Yasemin Karageyim Karşıdağ, Esra Esim Büyükbayrak, Mehmet Cem Turan, Orhan Ünal

Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Ve Doğumevi
Yazışma Adresi : Milangaz Cad. Ünlüer Sitesi C Blok D: 23 Esentepe Kartal İstanbul – Türkiye

Tel: 02164574741 Cep: 05424263512 e-mail: canemrahcan@yahoo.com

ÖZET:

Amaç: Adneksiyal kitle nedeniyle laparotomi yapılan hastada, nadir görülen pelvik tüberküloz tanısı ve vakanın takdimi.

Materyal ve metod: Adneksiyal kitle ön tanısı ile opere edilen ve patolojik tanısı kronik granüloamatöz iltihap (tüberküloz) olarak verilen bir vaka.

Sonuçlar: Hasta adneksiyal kitle nedeniyle opere edilmiş ve operasyon sırasında yapılan frozen inceleme sonucu kronik granüloamatöz iltihap (tüberküloz) gelmiştir. Ameliyat sonrası dönemde anti-tüberküloz tedavi başlanan hastanın klinik bulguları ve şikayetleri hızla gerilemiş olup, hasta 6 aydır kontrol altındadır.

Anahtar Kelimeler: Pelvik tüberküloz, adneksiyal kitle

SUMMARY:

Pelvic Tuberculosis Misdiagnosed As An Adnexial Mass: A Case Report

Objective: To present a case of rare gynecologic problem; pelvic tuberculosis operated initially as an adnexial mass

Material and method: A patient diagnosed to be pelvic tuberculosis, who was operated with a clinical diagnosis of malignant adnexial mass.

Results: The patient was operated with the clinical diagnosis of malignant adnexial mass, but frozen section revealed a chronic granulomatous inflammation (tuberculosis) of the pelvis and abdomen. The patient was then given antituberculostatic therapy, now is free of clinical symptoms and disease free for the last six months.

Key words: Pelvic tuberculosis, adnexial mass

OLGU

Tüberküloz, etkeni Mycobacterium Tuberculosis olan değişik klinik prezentasyonlarla ortaya çıkabilen sessiz gidişli semptom ve bulguları nonspesifik bir hastalıktır. Genital tüberküloz hemen daima hematogen yayılım ile ortaya çıkan bir sekonder organ tüberkülozudur (1, 2, 3). Primeri barsak orjinli olan hastaların çok küçük bir kısmında lenfojen yayılım sonucu genital tüberküloz gelişebilir. Aynı şekilde teorik olarak seksüel temas ile de geçiş mümkündür. Görülme sıklığı ülkelere ve sosyoekonomik şartlara bağlı olarak değişkendir. Genital tüberküloz, akciğer tüberkülozu tespit edilen hastaların yaklaşık olarak % 4-12 'sinde mevcuttur (4,5). Kliniğimizde over tümörü ön tanısıyla opere edilen ve patoloji sonucu kronik granüloamatöz iltihap (tüberküloz) olarak bildirilen bir hasta sunuldu.

Onbeş yaşında virgin bayan hasta; son beş ay içinde başlayan ve progresyon gösteren halsizlik, yaklaşık 5 kg. bulan kilo kaybı, gece terlemesi ve iştahsızlık şikayetleri ile Dahiliye polikliniğine başvurdu. Yapılan muayene ve laboratuvar incelemeler sonucunda pelvik kitle tespiti üzerine over tümörü ön tanısıyla kliniğimizde takibe alındı. Başvurusunda yapılan fizik muayenede: genel durumu orta, anemik ve kaşektik görümlü, koopere, oryante idi. Batın muayenesinde symfisis pubis üzerinden başlayarak umblikusun 3-4 santimetre altına kadar uzanan tüm pelvisi dolduran solid, irregüler konturlu, fikse kitle mevcuttu. Jinekolojik incelemede perine ve vulva normal görümlü, hymen annüler intakt, rektal yolla yapılan muayenede uterus ve adnekslerden ayırt edilemeyen Douglas'tan başlayarak tüm pelvisi dolduran irregüler, sert, fikse kitle tespit

edildi (**Resim 1**). Ayrıca sol bacakta lumbosakral pleksus basısına veya vertebra tutulumuna bağlı olduğunu düşündüğümüz yürürken gelişen, nötral pozisyonda gerileyen ağrı şikayeti vardı.

Resim 1: Hastanın operasyon öncesi ultrason görüntüsü



İlk adetini bir yıl önce gördüğü ve irregüler olduğu, 3 ile 12 gün arasında sürdüğü ve ortalama 3 pedlik kanaması olduğu öğrenildi. Özgeçmişinde birinci dereceden dört akrabasında tüberküloz hikayesi vardı. Transabdominal ultrasonografide sol adneksiyal alandan orijin aldığı izlenimi veren Douglas'a ve göbek altına uzanan 78 x 80 milimetrelik kompleks yapıli septasyon içeren kitle tespit edildi. Pelvik tomografi incelemesinde kompleks yapıda, tüm pelvisi dolduran 80 x 90 mm çaplı kitle vardı. Posteroanterior akciğer grafisi normaldi. Preoperatif; Hemogloblin: 9.9 mg/dl, Hematokrit: 30.5 %, Lökosit: 8 600 /mm³, Platelet: 504 000 /mm³, CRP (+++), sedimentasyon: 65 mm/saatti. Tümör markerları: HCG < 0.1 mIU/ml, CEA: 0.783 ng/ml, CA 125: 2842 mIU/ml, AFP: 0.975 IU/ml olarak bulundu. Karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri ile koagülometri sonuçları normaldi. Tiroid fonksiyon testleri TSH: 4.31 uIU/mL, FT3: 4.55 pmol/l, FT4: 17.78 pmol/l ve sekonder hipertiroidi ile uyumluydu. Pelvik kitle tanısıyla uygun premedikasyon sonrası operasyona alındı. Göbek altı median insizyon tercih edildi. İncelemede tüm omentum ve peritonda yaygın nodülerite vardı. Tuba ve barsaklar pelvik alanda konglomere olmuş ve tubalar sosis görünümü almıştı. Frozen section sonucu kronik granülatöz iltihap: tüberküloz olarak bildirilmesi üzerine bilateral

salpenjektomi yapıldı. Peroperatif bir ünite kan replase edildi ve operasyon 2 saat 15 dakika sürdü. Postoperatif 8. günde sutürler alınarak enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji kliniğine antitüberküloz tedavi için devredildi. Hastaya İzoniasid 300 mg/ gün, Rifampisin 600 mg/ gün, Etambutol 1500 mg/ gün, Thiazolin 2000 mg/ gün ve Prednol 60 mg/ gün başlandı. Medikal tedaviye başlanılmasının 15. gününden itibaren konstitüsyonel semptomlarda ve genel klinik **tablo 1**' de belirgin iyileşme gözlemlendi. Tedavinin 32. gününde Pirazinamide bağlı ürik asit değerinin 5.6 mg/dl olması üzerine Allopurinol başlandı. Halen Enfeksiyon hastalıkları kliniğince takip edilmektedir.

Tablo I: Pelvik kitle ayırıcı tanısı (10)

Urachus kisti	Dolu mesane
Gebelik	Ovaryen veya adneksiyal kitleler
İntrauterin	Fonksiyonel kistler
Tubal	İnflamatuvar kitleler
Abdominal	Tubo-ovaryan
	Divertiküler
	Appendiks
	Periton kisti
	Neoplastik tümörler
	Benign
	Malign
Paraovaryan veya paratubal kistler	Ender karşılaşılan durumlar
	Pelvik böbrek
	Kolon,rektum,appendiks karsinomu
	Tuba karsinomu
	Retroperitoneal tümörler
	Uterin sarkomlar

TARTIŞMA

Pelvik tüberküloz, pelvik kitlelerin nadir nedenlerinden biridir. İsveç'te yapılan bir çalışmada 10 000 jinekolojik başvuruda 2 oranında pelvik tüberküloz saptanmıştır (6). Türkiye'de yeterli veri bulunmamakla birlikte daha sık görüldüğü düşünülmektedir (7). Pik insidans 20-40 yaşları arasındadır. 20 yaş öncesi oldukça nadirdir (2, 8, 9). Genital tüberküloz tanısı öncelikle şüphelenmeyi gerektirmektedir. Ayırıcı tanıda "pelvik kitle"lerin sık etkenleri (**tablo I**) (10) ile beraber; granülatöz iltihap yapan yabancı cisme bağlı granülom (daha evvelden operasyon geçirenlerde veya salpingografi geçirenler de) ; sarkoidoz (11) ; Crohn hastalığına bağlı granülatöz salpenjit (11) ; Enterobius vermicularis'e bağlı granülom (11); blastomikoz (11) ; ve non-infeksiyöz nedenlerden xantogranülatöz salpanjit (11) ; malakoplaki (11) ve tubanın granülatöz arteriti (11) düşünülmelidir. Kilo kaybı, yorgunluk, gece terlemeleri gibi semptomlar

genelde bulunur. En sık jinekolojik semptom infertilitedir (12). Karın alt bölgesinde ağrı veya menometroraji gibi şikayetler olabilir (12,13). Ender olgularda aktif salpenjit ile beraber ektopik gebelik (11), iyileşmekte olan tuberküloza bağlı sol parametriumun ve vajen kubbesinin kısılması ve uterusun sol pelvis yan duvara doğru yer değiştirmesi ve fikse olması (11) ve tuberküloz tuboappendiks fistülü görülebilir (11). Hastamızda tüm konstitüsyonel semptomlar ve sol bacağı vuran ağrı vardı. Genital tuberküloza ait özel bir fizik muayene bulgusu yoktur. Genç bayanlarda asit, pelvik ağrı ve hafif ateş yüksekliğinde ayırıcı tanıda pelvik tuberkülozda düşünülmelidir. Asit mayii eksuda vasfında ve 500 ile 1000 arası çoğunluğu lenfositlerden oluşan hücreler içermektedir. 100 mililitre asit mayiinde 3 gramdan daha fazla protein olması tuberküloz için tipiktir (3). Pelvik tuberkülozu olan hastaların %25-50'sinde daha önce geçirilmiş tuberküloz anamnezi vardır (6,11). Akciğer grafisinde lezyon olmaması tanıyı ekarte ettirmez. Nitekim hastada akciğer grafisi normaldi. Etken patojenin alınmasından 2 ile 10 hafta sonra geç tip hipersensitivite reaksiyonu gelişmektedir. Bu; tuberkülin deri testi ile ortaya konulabilmektedir. Hastanın sorgusunda BCG aşısının yapılmadığı saptandı. Enfeksiyon hastalıkları kliniğinde yapılan tuberkülin deri testinde 10 milimetrenin üzerinde endurasyon tespit edildi. Tuberküloz tanısında kültür, histolojik inceleme yada immünojenik çalışmalar kullanılabilir. Histolojik olarak granülom varlığı ve kronik inflamasyonun ortaya konulması gerekir. Genital tuberkülozdan şüphelenilen hastaların % 60'ında endometrial biopsi tanı koydurucudur. Tanı için en uygun dönem adet dönemidir (14). Hasta virgin olduğundan dolayı endometrial örnekleme yapılmadı. Direkt batın grafilerinde kalsifikasyonlar bulunması iyileşmiş tuberküloz odakları olarak değerlendirilmelidir (3). Bizim hastamızda yapılan abdominopelvik ultrasonografide ve tomografide kalsifikasyon tespit edilmedi. Pelvik ultrasonografide bilateral kalsifiye solid adneksiyal kitle görünümü tuberküloz tanısı için oldukça spesifiktir (15). İlerlemiş tuberküloz vakalarında tanı koyduracak en iyi görüntüleme yöntemi histerosalpingografidir (3,16). Tuberkülozda

CA 125 düzeyleri yükselmekte ve tedavi ile bu değerler düşmektedir (17). Bizim hastamızda da öncelikle 2842 olan CA 125 düzeyi postoperatif 28. günde 20.85 mIU/ml'ye geriledi. Genital tuberkülozda tubal tutulum % 90-100 oranındadır. Tüm salpenjitlerin % 5'i tuberküloza bağlıdır (18). Genellikle tuba mukozasından başlar ve ampullayı tutar. Yayılım desenden yolla ve sistemattır. Bazı olgularda pelvik organlarda ve bağırsakta yaygın milier tuberküloz odakları mevcuttur (2). Bizim hastamızda batın eksplorasyonunda tüm peritoneal yüzeylerde yaygın nodülerite vardı. Frozen sonucunda hastalığın tuberküloz olduğu saptandı. Genital tuberküloz olgularının % 10-30'unda over tuberkülozu gelişmektedir. Genellikle periooforit şeklindedir. Ayrıca % 8.5 hastada serviks tutulumu ve %2 hastada vulva ve vajen tutulumu olabilir. Hastamızda spekulum muayenesi yapılmadı. Perine ve vulvada tutulum yoktu .

Genital tuberkülozda tedavi cerrahi ve medikal tedavi olmak üzere iki ana grupta incelenebilir. Medikal tedavide günümüzde başlıca beş ajan kullanılmaktadır: İzoniazid, rifampisin, streptomisin, etambutol ve pirazinamid. Genelde tedavi rejimleri ikili yada üçlü kombinasyonlar şeklinde oluşturulur. Cerrahi tedavi: tıbbi tedaviyi takiben persistan yada rekürren hastalık veya kitle, sürekli pelvik ağrı veya anormal uterin kanama varsa, fistül gelişmiş ise, kemoterapiye rezistan hastalık varlığında ve ayrıca genital malignensi şüphesi durumunda tercih edilir (1,11). Bizim hastamızda ise öncelikle klinik tanıda adneksiyal malignite düşünülmesi nedeniyle operasyon kararı verildi. Patolojik bulgu tuberküloz ile uyumlu gelmesi üzerine tedaviye dörtlü antibiyoterapi eklendi. Operatif tedavide önerilen yöntem total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi olmasına rağmen hastada yaşı ve fertilitte isteği göz önünde tutularak sadece salpenjektomi uygulandı. Hasta yaşı göz önüne alındığında uygulanan cerrahi prosedür katastrofik olmakla birlikte, malignite olmaması ve medikal definitif tedavisi olan bir hastalığın tespiti, yardımcı üreme tekniklerinden faydalanabilecek olması, prognostik beklenti yönünden sevindirici olmuştur.

KAYNAKLAR

1. Anderson JR: *Genital tuberculosis. In Novak's Textbook of Gynecology. Jones HW, Wentz AC. Burnett LS (Eds). Tenth ed. Williams and Wilkins, Baltimore, 1988, p: 557- 69*
2. Netter FH: *Disease of fallopian tubes. In Netter FH. (ed) The Ciba Collection of Medical Illustrations, Vol 2, Reproductive System. Ciba Pharmaceutical Company, USA, 1988, p:188- 90*
3. Hemsell DL, Wendel GD, Mickal A: *Sexually transmitted disease and pelvic infections. In Pernall ML. (ed). Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment. 7th Ed. Appleton and Lange, Lebanon, 1991, p:796- 7*
4. Aka N, Vural EZ,: *Evaluation of patients with active pulmonary tuberculosis for genital involvement. J Obstet Gynaecol Res 1997, 23: 337- 40*
5. Kolachevskaia EN, Antipova NB, Rzhavskov Mlu: *Clinical course and diagnosis of female genital tuberculosis. Probl Tuberk 1994, 6: 26-9*
6. Falk V, Ludviksson K, Agren G: *Genital tuberculosis in women. Analysis of 187 newly diagnosed cases from 47 Swedish hospitals during the ten year period 1968 to 1977. Am J Obstet Gynecol 1980, 138: 933- 51*
7. Arısan K: *Genital tüberküloz. Arısan K. (Ed.) Kadın hastalıkları. Çeltüt Matbaacılık, İstanbul, 1983, s: 453- 8*
8. Agarwal J, Gupta JK: *Female genital tuberculosis; a retrospective clinicopathologic study at 501 cases. Indian J Pathol Microbiol 1993, 36: 389- 97*
9. Yıldırım M: *Pelvik tüberküloz. Yıldırım M. (Ed.) Klinik jinekoloji. Türkiye Klinikleri Yayınevi, Ankara, 1992, s: 324- 8*
10. Paula A. Hillard. *Benign isease of the Female reproductive Tract: Symptoms and signs. In : J.S. Berek. , Novak's Gynecology 12. ed. Williams and Wilkins, 1996, 331-397.*
11. C.Hillary Buckley. *Endometrial iflammation. In Obstetrical & Gynecological pathology, 4th. Ed,edited by H.Fox and M Wells, Churchill Livingstone, 1998, 405-420.*
12. Sutherland AM: *The changing pattern of tuberculosis of the female genital tract. A Thirty year survey. Arch Gynecol 1983, 234: 95- 101*
13. Köse G, Köse AD, Tuğrul AS, Demir HF, Çağlayan B: *Pelvik tüberküloz. 52 aktif tüberküloz olgusunda endometrial tutulum oranları. Zeynep Kamil Tıp Bülteni Jinekoloji Obstetrik Pediatri Klinikleri 1997, 29: 56- 61*
14. Amenore. *In Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve infertilite. Speroff L, Glass RH, Kase NG (Eds); 5. Baskı, çeviri: Nobel Tıp Kitabevi 1996, s: 418*
15. Waltez A, Koenigsberg M: *Ultrasonographic demonstration of pelvic tuberculosis. J Ultrasound Med 1983, 2: 139- 40*
16. Siegler AM: *Hysterosalpingography. Fertil Steril 1983, 40: 139- 58*
17. Rao GJ, Ravi BS, Cheriparambil KM, Pachter B, Pujol F: *Abdominal tuberculosis or ovarian carcinoma management dilemma associated with an elevated CA-125 level. Medscape Women's Health 1996, 1: 2*
18. Novak ER, Woodruff JD: *Novak's Gynecologic and Obstetric Pathology , ed. 8, Philadelphia, WB Saunders, 1979, p: 328*