
Bir Olgu Nedeniyle Miliyer Tüberküloz ve Tüberküloz Epididimit

Faruk ÇİFTÇİ*, Ömer DENİZ*, Erkan BOZKANAT*, Hakan ÇERMİK**, İsmail YÜKSEKOL***,
Hayati BİLGİÇ***, Necmettin DEMİRCİ***

* Gülhane Askeri Tıp Akademisi Çamlıca Göğüs Hastalıkları Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisi,
** Gülhane Askeri Tıp Akademisi Çamlıca Göğüs Hastalıkları Hastanesi Patoloji Servisi, İSTANBUL
*** Gülhane Askeri Tıp Akademisi Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz Anabilim Dalı, ANKARA

ÖZET

Yirmibir yaşında erkek hasta, öksürük, halsizlik, kilo kaybı, skrotal şişlik ve skrotal deride akıntılı yara şikayetleri ile hastanemize başvurdu. Çekilen göğüs röntgenogramı ve toraks bilgisayarlı tomografi sonucu hastada miliyer akciğer tüberkülozu saptandı. Skrotal fistülden ARB (direkt, teksif, kültür) pozitifliği bulundu. Eksizyonel epididim biyopsisi uygulanan hastada epididim tüberkülozu saptandı. Miliyer akciğer tüberkülozu ile birlikte nadir de olsa epididimal tutulum olabileceğini hatırlatmak ve ayırıcı tanıda eksizyonel veya ince iğne aspirasyon biyopsisinin gerekli olduğunu vurgulamak için bu olguyu sunduk.

Anahtar Kelimeler: Miliyer tüberküloz, epididim tüberkülozu.

SUMMARY

Miliary Tuberculosis and Tuberculous Epididymitis: Case Report

Twenty one-year-old man applied to our hospital with some complaints included cough, weakness, weight loss, fatigue, swelling in scrotum and the wound in scrotal skin. It was taken a chest roentgenogram and thorax computed tomography and diagnosed with miliary tuberculosis in the patient. Epididymis biopsy was performed. It was found tuberculous epididymitis. We presented this case to remind that miliary tuberculosis may be associated with tuberculous epididymitis and to emphasize that biopsy are of the importance in the differential diagnosis.

Key Words: Miliary tuberculosis, tuberculous epididymitis.

Miliyer akciğer tüberkülozu (MAT), her iki akciğerde uniform olarak dağılmış, çok küçük ve birbirinden ayrı yaklaşık 1 mm büyüklüğündeki foküslerden oluşur (1). Genellikle primer infeksiyondan 6 ay sonra ortaya çıkar. Üç yaş altı çocuklarda, yaşlılarda ve immünsüprese kişilerde daha sık rastlanır (2,3). Akciğerde hastalığın

yerleşmesiyle, radyolojik olarak görülebilir hale gelmesi arasında 6 hafta veya daha fazla bir süre vardır. MAT, çoğunlukla tek başına seyredir; bazen akciğer-dışı organ tüberkülozlarıyla birlikte de görülebilir. Bu birlikteliklerde, daha sık olarak tüberküloz menenjit ve tüberküloz lenfadenit; daha nadir olarak da tüberküloz plörezi ve

deri tüberkülozu görülebilir (2). MAT ile birlikte izole tüberküloz epididimit (TE) görülmesi, literatürde sadece birkaç olguda bildirilmiştir (4,5).

Tüm tüberküloz olguları içerisinde, akciğer-dışı tüberküloz görülme oranı %50 civarındadır. Son 40 yıl içinde, özellikle gelişmiş ülkelerde yapılan etkili tüberküloz tedavi programları ile bu oran akciğer-dışı tüberküloz lehine dönmektedir. Akciğer-dışı tüberkülozlar arasında ürogenital tüberküloz (ÜGT), %18 görülme sıklığı ile lenf nodu ve plevra tüberkülozundan sonra 3. sırada gelir (6,7). Akciğer tüberkülozlu hastalarda, aynı anda ÜGT görülme oranı, yapılan otopsielerde %7 olarak saptanmıştır. Bu oranın klinik yansıması ancak %2.34 civarındadır (8,9). ÜGT'li hastaların yaklaşık yarısında, vücudun bir başka yerinde aktif tüberküloz saptanmaktadır (6).

Tüberküloz basilinin ürogenital sisteme ulaşabilmesi için 5 yol vardır: Hematojen, desendan üriner yol, retroüretal, lenfatik ve doğrudan yayılım (9). Bu yollardan en sık görüleni hematojen yayılımdır (9,10). Ürogenital sistemde ilk tutulan organ genelde böbrek, daha nadir olarak da prostattır. Diğer ürogenital organlar, asendan veya desendan yolla etkilenirler (6,9,10). Bu yüzden TE, genelde renal tutulum ile birlikte görülür (10). Ama bu genel bir kaide değildir. Oldukça nadir de olsa TE tek başına görülebilir ve bu tutulum, ÜGT'nin ilk ve tek semptomu olabilir (10). TE ilerlerse ve yaygınlaşırsa, apse teşekül eder ya da skrotal cilde açılarak devamlı bir fistül oluşur (6).

OLGU SUNUMU

Yirmibir yaşında erkek hasta, öksürük, göğüs ağrısı, halsizlik, kilo kaybı, skrotal akıntılı yara ve şişlik şikayetleri ile 29 Ağustos 2000'de hastanemize başvurdu. Çekilen akciğer röntgenogramında saptanan miliyer görünüm üzerine, tüberküloz servisine yatırıldı. Hastanın şikayetleri, hastaneye yatmadan yaklaşık 1 ay önce başlamış olmasına karşın; herhangi bir sağlık kurumuna başvurmamıştı.

Hastada özgeçmiş, soygeçmiş ve mesleksi özellik saptanmadı. Sigara ve alkol alışkanlığı yoktu. Fizik muayenesinde; genel durum iyi, şuuru açık, ko-opereydi; ikter, ödem, siyanoz sap-

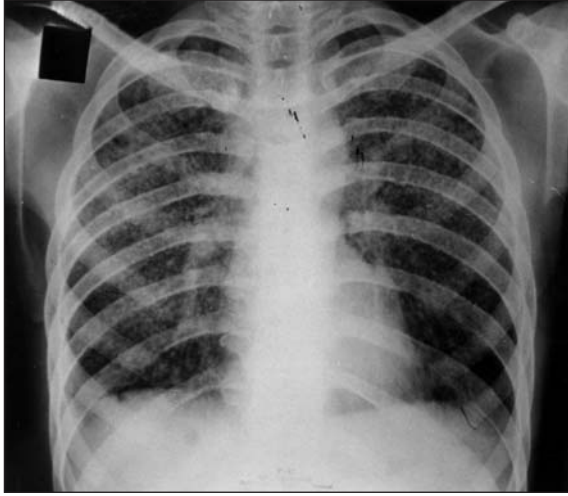
tanmadı; vital bulguları normal sınırlardaydı. Solunum sistemi muayenesinde, her iki hemitoraks özellikle kaidede solunum seslerinde kabalaşma saptandı. Ürogenital sistem muayenesinde, sol epididim sert, deriye fikse ve büyümüş olarak saptandı; deriye fikse olduğu yerde fistül gözleendi (Resim 1). Diğer sistem muayeneleri normaldi.

Laboratuvar bulguları: Eritrosit sedimentasyon hızı 51 mm/saat, hemogram ve biyokimya rutinleri normal sınırlarda saptandı. Tam idrar; her sahada bol miktarda lökosit gözleendi. Nonspesifik idrar ve yara sürüntü kültüründe, üreme olmadı. Balgam, mide suyu, bronş lavaj ve idrar ARB (direkt, teksif, kültür) negatif bulunmasına karşın; skrotal fistülden alınan sürüntüde ARB pozitifliği saptandı. Pürifiye protein derivesi 25 mm/72 saat bulundu.

Göğüs röntgenogramında her iki akciğerde yaygın miliyer görünüm vardı (Resim 2). Yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografi; miliyer tüberküloz ile uyumlu olarak, her iki akciğerde yaygın



Resim 1. Tüberküloz epididime bağlı skrotal fistül.



Resim 2. PA göğüs röntgenogramında yaygın miliyer görünüm.

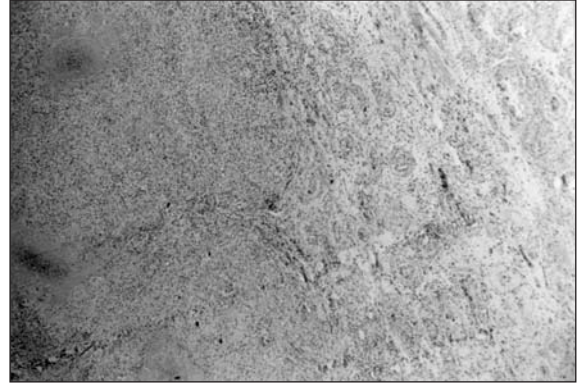
süperior ve posterior kesimlerde daha belirgin olmak üzere difüz, çoğunlukla uniform milimetrik nodüler miliyer görünüm saptandı (Resim 3). Batın US, prostat US ve intravenöz ürogram normal olarak bulundu.

Sol epididime eksizyonel biyopsi uygulandı. Tüberküloz ile uyumlu olarak kazeifiye granülom odakları saptandı (Resim 4). Biyopsi alanına giren az miktardaki parankim dokusu normal olarak gözlemlendi.

Hastaya dörtlü antitüberküloz tedavi başlandı. İzoniazid (H) 300 mg/gün, rifampisin (R) 600 mg/gün, morfazinamid (Z) 3000 mg/gün, streptomisin (S) 1000 mg/gün. Tedavi ikinci ayın sonundan itibaren 3 (HRZ), 3. ayın sonundan itibaren



Resim 3. Toraks BT, her iki akciğerde yaygın miliyer görünüm.



Resim 4. Epididimde kazeifiye granülom odakları görülmektedir (HE x 200).

ren de 2'ye düşürüldü (HR). Tedavi 7. ayda halen devam etmektedir. Tedavinin 2. ayında fistül, 3. ayında ise akciğerlerdeki miliyer görünüm düzeldi.

TARTIŞMA

MAT, özellikle immün sistemi baskılanmış kişilerde görülen bir tüberküloz formudur. Hematojen yayılım yapabilme ihtimali, diğer tüberküloz formlarına göre daha yüksektir (11). MAT, organların kan akım hızları ile doğru orantılı olarak, herhangi bir organda yayılım yapabilir (11). Bu organlardan birisi de böbrektir. Böbrekler, ÜGT'nin ilk ve en sık tutulum gösteren bölgesidir (6,7,9,10). Daha sonra komşuluk yoluyla üreter, mesane, prostat, vezikula seminalis, epididim ve testisler tutulabilir. Hastalık genelde tek taraflıdır. Renal tüberküloz genellikle sessiz başlar, zaman içerisinde hematüri, steril piyüri, dizüri ve yan ağrısı olabilir (9). Etkin antibiyotik tedavisine rağmen tekrarlayan üriner infeksiyonlar, ÜGT'nin başlıca özelliklerinden biridir. TE'de ise başlangıç daha belirgin ve spesifiktir. Skrotal, tespih tanesi gibi sıralı sert şişlikler ve negatif bakteriyel kültür veren skrotal fistüller, TE'yi düşündürmelidir (12). TE'de granülomların en sık görülen kaynağı, hematojen yayılımdır. Hastalık, epididimin daha iyi kanlandığı bilinen globus minörden başlar (10). TE'de, idrar ARB genelde negatiftir. Tanı, eğer skrotal fistül oluşmuşsa, buradaki akıntıda ARB pozitifliğinin gösterilmesiyle veya epididim biyopsisi neticesi histopatolojik olarak konur. Son zamanlarda, idrarda veya fistül akıntısında polimeraz zincir reaksiyonu yöntemi ile tüberküloz basiliini göstermeye yönelik çalışmalar yapılmaktadır (13).

TE'de komşuluk yoluyla yayılım olarak, testisler de tutulabilir. Bu durum daha nadir olarak meydana gelir ve hastalık, tüberküloz epididimo-orşit olarak adlandırılır (9,12,14). Testis malignitesinden ayrımı oldukça güçtür (12,15). Tanı için, genellikle orşiektomi gerekir.

Bizim olgumuzda MAT ile birlikte tipik skrotal şişlik ve fistül olması, TE'yi akla getirmiştir. Hastanın 21 yaşında olması, ÜGT'nin %60'ının 20-40 yaşları arasında görülmesiyle alakalı literatür bilgisiyle uyumluydu. Hastanın başlangıç şikayetleri, idrar ARB'sinin negatif olması, IV ürogramın normal bulunması, fistül akıntısında ARB pozitifliği bulunması beklenen özelliklerdendi. Hastalığın boyutlarının tam olarak ortaya konabilmesi ve histopatolojik tanı için, ince iğne veya eksizyonel epididimal biyopsi gerekir (9). Böylece, epididimit ve epididimo-orşit ayrımı yapılabilir. Bu ayrım genelde tedaviyi de etkiler, testis tutulumunda medikal tedavinin başında veya sonunda orşiektomi eklenir (14). Bizim olgumuzda da, bu bilgilere uygun olarak, eksizyonel biyopsi uygulanmış, histopatolojik tanı konmuş ve testis tutulumu olmadığı gösterilmiştir. İzole TE varlığında medikal tedavi yeterli olmaktadır. Sadece antitüberküloz tedaviye cevap vermeyen kazeöz apselerde ve sebat eden skrotal sert şişliklerde epididimektomi gerekir (10). Sunduğumuz olguda, medikal tedavi yeterli olmuş, tedavinin 2. ayında fistül kaybolmuş ve skrotal şişlik azalmış, 3. ayda ise akciğerdeki miliyer görünüm düzelmiştir.

ÜGT'nin tedavisinde, ilaç sayısında fikir ayrılığı olmamakla birlikte; tedavi süresi konusunda oldukça değişik görüşler vardır. Önerilen tedavi süresi 6-24 ay arasında değişmektedir (8).

Sonuç olarak, MAT düşünülen olgularda yayılım ihtimali olan tüm organlar gözden geçirilmeli, bu arada ÜGT ve TE, tanıda gözönünde bulundurulmalıdır. Skrotal şişlik, ağrı, skrotal akıntılı yara şikayetleri ile üroloji kliniklerine başvuran hastalarda, ÜGT akla getirilmelidir. Histopatolojik tanı, testis tutulumunun ortaya konması ve malignite ile ayırıcı tanı yapılabilmesi için ince iğne veya eksizyonel biyopsi gereklidir (9). Tanı konulan olgularda dörtlü antitüberküloz tedavi (HRZS veya HRZE) başlanmalıdır (8). İki veya 3 ay bu şekilde devam edip, daha sonra ikili (HR) tedaviye geçmek ve en az 6 aya tamamlamak gerekir.

KAYNAKLAR

1. Bayındır Ü. Akciğer tüberkülozunun radyolojisi. Kocabaş A (editör). Tüberküloz Kliniği ve Kontrolü. 1. Basım. Adana: Çukurova Üniversitesi Basımevi, 1991: 224-5.
2. Seaton A. Clinical features of tuberculosis (chapter 14). In: Seaton A, Seaton D, Leitch AG (eds). Crafton and Douglas's Respiratory Disease. 4th ed. Blackwell Scientific Pub International Ed, 1989: 400-3.
3. Oymak FS. Tüberkülozun klinik belirtileri ve bulguları. İnfeksiyon Hastalıkları Serisi 2001; 4: 24-9.
4. Calvet C, Solis V. Recurrent orchiepididymitis, 6 months after likely military tuberculosis. Arch Esp Urol 1999; 52: 518-20.
5. Pestana E, Telo L, Gomes MJ, Amaral MR. Extrapulmonary tuberculosis. Acta Med Port 1993; 6: 175-80.
6. Türkyılmaz R. Genitoüriner sistem tüberkülozu. Kocabaş A (editör). Tüberküloz Kliniği ve Kontrolü. 1. Basım. Adana: Çukurova Üniversitesi Basımevi, 1991: 175-80.
7. Gürçay A. Akciğer dışı organ tüberkülozuna yaklaşım. Kocabaş A (editör). Tüberküloz Kliniği ve Kontrolü. 1. Basım. Adana: Çukurova Basımevi, 1991: 149.
8. Uçar N, Saka D, Çalışır HC, Öğretensoy M. Akciğer, plevra ve epididim tüberkülozu (bir olgu nedeniyle). Solum Hastalıkları 1999; 10: 263-6.
9. Wolf JS, Mc Aninch JW, Mc Aninch JR. Tuberculous epididymo-orchitis: Diagnosis by fine needle aspiration. The J Urol Vol 1991; 145: 836-8.
10. Gow JG. Genitourinary tuberculosis. In: Walsh PC, Retik AB, Stamey TA, Vaughan ED (eds). Campbell's Urology. 6th ed. An HBJ International Ed, WB Saunders 1991: 958-60.
11. Rossman MD, Eyüpoğlu AFÖ. Clinical presentation and treatment of tuberculosis (chapter 162). In: Fishman AP, Elias JA, Fishman JA, et al (eds). Mc Graw-Hill Pub International Ed, 1998: 2490.
12. Heaton ND, Hogan B, Michell M, et al. Tuberculous epididymo-orchitis (clinical and ultrasound observations). Brit J Urol 1989; 64: 305-9.
13. Loffler U, Berndt A, Kosmehl, et al. A unusual case of genital tuberculosis (a case report). Urologe A 1999; 38: 60-4.
14. Debre B, Steg A. Genital tuberculosis in men (a report on eleven cases). Sem Hop 1981; 57: 409-11.
15. Koyama Y, Ligaya T, Saito S. Tuberculous epididymo-orchitis. Urology 1988; 31: 419-21.

Yazışma Adresi:

Dr. Faruk ÇİFTÇİ

Gülhane Askeri Tıp Akademisi

Çamlıca Göğüs Hastalıkları Hastanesi

81020, Acıbadem, İSTANBUL