

Tüberküloz Epididimoorşit: Olgu Sunumu

Tuberculous Epididymoorchitis: A Case Report

Esat Kaan Akbay¹, Ülkü Küçük², Fırat Akdeniz¹, Emel Ebru Pala², Gökhan Koç¹, Ümit Bayol², Yüksel Yılmaz¹

¹S.B. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir

²S.B. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Laboratuvarı, İzmir

Özet

Mycobacterium Tüberkülozis; granulomatöz orşitin sık nedenlerinden birisidir. Enfeksiyon testise ya epididimden direkt yayılımla ya da kan yoluyla gelir. Burada 31 yaşında, skrotal şişlik şikayeti ile hastanemize başvuran, yapılan tetkikler sonrası tümör şüphesi ile orşiektomi yapılan ve patolojik incelemede kazeifiye granulomatöz epididimoorşit tanısı alan hasta sunulmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Tüberküloz, Epididim, Testis

Abstract

Mycobacterium tuberculosis is frequent cause of granulomatous orchitis. Infection may contaminate the testis directly from epididymis or hematogenous. In this article, 31-year-old patient is presented, who admitted to our hospital with complaints of scrotal swelling, orchiectomy was performed due to tumor suspicion after examination and diagnosed the granulomatous epididymoorchitis in pathological examination.

Key Words: Tuberculous, Epididym, Testis

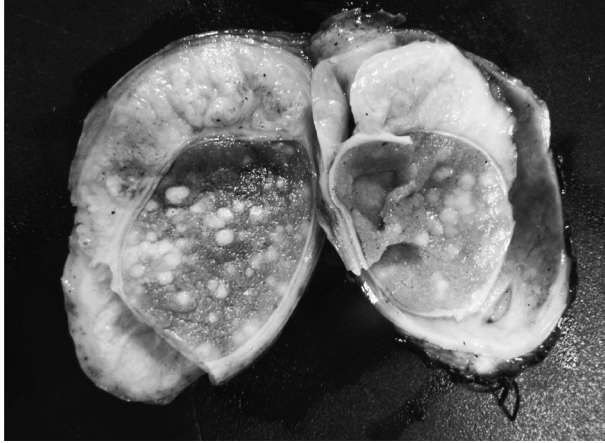
Giriş

Mycobacterium tuberculosis enfeksiyonu öncelikle pulmoner sistemi etkiler (1). Pulmoner enfeksiyonlu hastaların %10-20'sinde hematojen yayılımla genitoüriner sistem tutulumu izlenir (1). Akciğer dışında tüberküloz en sık alt genitoüriner sistemde izlenir ve burada da en sık epididim ve testisleri etkiler (2,3). Bunu mesane, ureter, prostat ve penis takip eder (1). Genitoüriner tüberküloz (GÜT) tanılı, 28 erkek ve 3 kadından oluşan bir seride 25 hastada (%58,1) epididim tutulumu görülürken, 4 hastada (%9,3) testis tutulumu saptanmıştır (4). Aynı seride mesane tutulumu 3 hastada, ureter tutulumu 2 hastada, prostat tutulumu ise 1 hastada görülmüştür (4). Biz burada, skrotal şişlik şikayeti ile hastanemize başvuran sol orşiektomi materyalinden kazeifiye granulomatöz epididimoorşit tanısı alan hastayı sunuyoruz.

Olgu sunumu

30 yaşında erkek hasta, üroloji polikliniğe skrotal şişlik, hafif ağrı ve kaşıntı şikayeti ile başvurdu. Hastanın yaklaşık 2 ay önce de antibiyotik tedavisi ile gerileme gös-

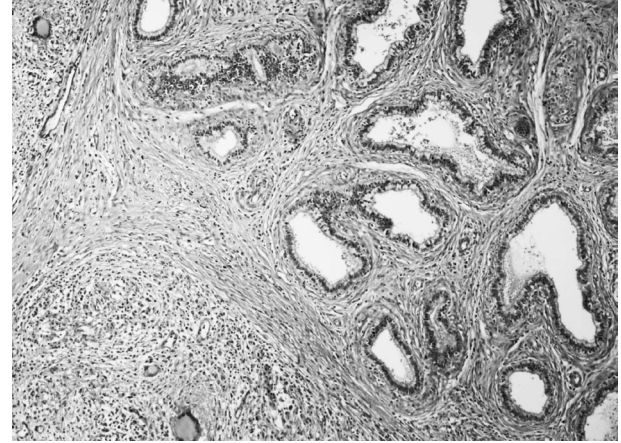
teren skrotal şişlik hikayesi olduğu öğrenildi. Yapılan fizik muayenede; sağ testisin boyutu artmış ve palpasyonda çok hafif duyarlıydı. Sağ epididim sert olarak palpe edildi. Sol testis ise normalden büyük ve sertti. Kord her iki tarafta kalınlaşmış olarak palpe edildi. Ayrıca skrotal ciltte fistülize lezyon gözlemlendi. Hastanın özgeçmişinde 8 yıl önce geçirilmiş sol orşiopeksi öyküsü dışında bir özellik yoktu. Ayrıca hastanın önceden geçirilmiş tüberküloz hastalığı olmadığı da öğrenildi. Yapılan skrotal ultrasonografide (USG) bilateral tümör şüphesi olması üzerine skrotal Doppler USG istendi. Doppler USG de; sağ testis parankiminde diffüz, milimetrik, sınırları net ayırt edilemeyen, hipoeoik lezyonlar ve hidrosel ile sağ epididimde boyut artışı izlendi. Sol testiste ise parankim içerisinde çok sayıda, en büyüğü 1 cm boyutunda, düzgün sınırlı, hipoeoik, homojen iç yapıda, nodüler kitlesel lezyonlar izlendi. Sol epididim boyutu, tüm kesimlerinde artmış olup parankim ekojenitesi azalmış olarak görüldü. İzlenen diffüz tutulum sebebiyle lenfoma, granulomatöz hastalıklar ve bilateral testis tümörünün ayırıcı tanıda



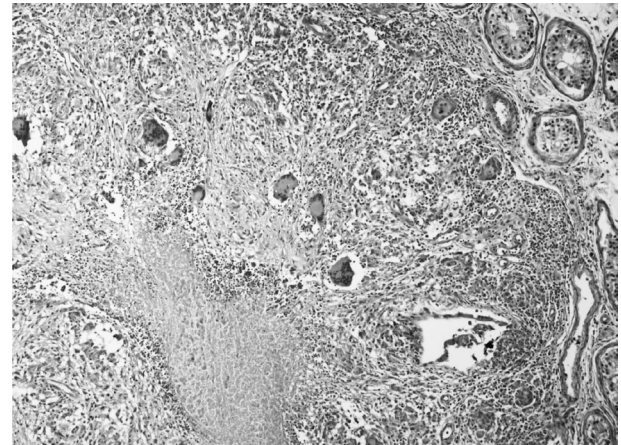
Resim-1. Testis Makroskobik Görüntü

düşünüldüğü bildirilerek raporlandırıldı. Tüm batın bilgisayarlı tomografisinde (BT) özellik izlenmeyen hastanın, çekilen toraks BT'sinde; sol akciğer inferior linguler segmentte, yaklaşık 1 cm çaplı bir nodül ile çevresinde pnömonik infiltrasyon alanları izlendi. Göğüs hastalıkları uzmanı ile de konsülte edilen hastaya amoksisilin/klavunik asid 1g tedavisi başlandı. Gönderilen balgam kültüründe üreme saptanmayan hastanın uygulanan tedavi sonrası şikayetlerinde bir gerileme olmadı ve kontrol toraks BT'de saptanan pnömonik infiltratın gerilemediği gözlemlendi. Kontrol skrotal Doppler USG'nin; her iki testis parankiminde solid lezyonlar izlendiği bildirilerek, testis tümörü açısından kuşku olarak raporlanması üzerine tanı ve tedavi amaçlı sağ inguinal orşiektomi uygulandı.

Operasyon sonrası patoloji laboratuvarına gönderilen spesimen; 82gr ağırlığında, 8x5x4cm boyutlarda, üzerinde 5cm uzunlukta 1,5cm çapta spermatik kord izlenen sağ orşiektomi materyaliydi. Materyale kesit yapıldığında parietal ve visseral yapraklar arasından şeffaf sıvı boşalması izlendi. 2,5x1 cm çaptaki testisin kesit yüzünde; diffüz dağılım gösteren, 1-3mm çaplarda, sarı renkli noduler lezyonlar dikkati çekerken, epididimde ise sarı beyaz renkli eksudatif bir görünüm izlendi (Resim 1). Materyalden hazırlanan Hematoksilen eozin kesitlerde testis ve epididimde, çok sayıda, bir kısmında kazeifikasyon nekrozu görülen, epitelioid histiositlerden oluşan granülom yapıları izlendi. Granümler arasında, Langhans tipi dev hücreleri de içeren, mononükleer enflamatuar infiltrat görüldü (Resim 2, Resim 3). Uygulanan Ziehl-Neelsen histokimyasal boyamada basil görülmedi. Bu bulgularla



Resim-2. Testis Mikroskobik Görüntü



Resim-3. Testis Mikroskobik Görüntü

hastaya kazeifiye granümatöz epididimoorşit tanısı verildi ve hastanın tüberküloz enfeksiyonu açısından araştırılması önerildi.

Tartışma

1980 yılının ortalarına kadar GÜT insidansı azalma gösterirken, günümüzde edinilmiş immün yetmezlik sendromunun (AİDS) artmasıyla birlikte tekrar artış göstermeye başlamıştır (5). İmmün sistemi baskılanmış hastalar dışında, kötü beslenen ve alkolik insanlarda, göçmenler, mahkumlar gibi kötü yaşam koşullarına sahip insanlarda da hastalığın görülme riski artmaktadır (5). 2005 yılında Amerikada saptanan tüberküloz vakalarının; %70,3'ü akciğer tüberkülozu iken %21'i izole akciğer dışı tüberküloz, %8,7'i ise kombine miliar hastalık olarak bildirilmiştir (1). Akciğer dışında tüberküloz en sık alt genitoüriner sistemde izlenir (2), burada da en

sık epididim ve testisi etkiler. Genitoüriner tüberkülozlu (GÜT)'lu hastaların sadece %20-30'unda akciğer enfeksiyonu hikayesi vardır (1).

Bilateral skrotal yayılım eskiden kural olarak bildirilirken son yapılan yayınlarda ise tek taraflı tutulum gösteren hastalar bildirilmektedir (6). Tüberküloz epididimit sıklıkla epididimin kuyruğundan başlar. Bu ya epididimin bu bölgesinde diğer alanlarından daha fazla kan desteği bulunmasına ya da vas deferensler boyunca reflüde ilk tutulan bölge olmasına bağlı olabilir (6). Testis tutulumu; tedavinin başlanmadığı durumlarda, epididimden direkt yayılımla ya da nadiren görülen hematojen yayılımla gelişir (5). Hematojen yayılım ise en sık damardan zengin olan epididimden ya da prostattan olur (7). Bazı olgularda gelişen sinüs traktı ile kazeöz apse içeriği skrotal deriye açılabilir. Uzun süredir cilde drene olan sinüslerde tüberküloz enfeksiyonu öncelikle düşünülmalıdır (6).

GÜT'lu erkek hastaların yaklaşık %60'ı 20-40 yaşları arasındadır (6). Hastalar en sık ağrılı ya da ağrısız skrotal kitle ile başvurur. Ateş, disüri, hematüri, sırt veya karın ağrısı daha az bildirilen şikayetlerdir (4). Histolojik olarak izlenen değişiklikler diğer organlardaki tüberküloz enfeksiyonunda izlenen bulgular ile aynıdır. Hematoksi- le eozin kesitlerde; bir kısmında nekroz izlenen granulom yapıları görülür. Granulomlar arasında Langhans tipi dev hücreler ve nonspesifik enflamatuar infiltrat izlenir. Kazeifiye nekroz içerisinde Aside rezistan basiller görülebilir. Tanı sıklıkla patolojik spesimen ve idrarda nukleik asit amplifikasyonunun doğrulanması ile koyulur (5). Kültür ile spesifik mikroorganizma tespit edilmelidir, çünkü testisin nekrotizan granulomu, Mycobacterium kansasii ve Mycobacterium avium-intracellulare ajanları ile gelişen enfeksiyonlarda da izlenir (8).

Tanıda USG yardımcı bir yöntemdir. Epididimoorşitte USG de; epididim ve testiste diffüz büyüme, heterojenöz, hipoeoik görünüm veya diffüz büyüme, homojenöz, hipoeoik görünüm ya da nodüler büyüme, heterojenöz, hipoeoik görünüm izlenir (5). Renkli doppler USGde epididimin periferinde çok sayıda fokal, çizgisel veya alacalı Doppler sinyalleri izlenir. (5).

Skrotal şişlik ayırıcı tanısında; akut enfeksiyon, enfarkt, granulatöz enflamasyon ve tümör yer alır (5). Epididimal büyüme, skrotal deri kalınlaşması ve perites-tisküler sıvı birikimi tümörden çok öncelikle enfeksiyo-

nu düşündürmelidir (5,6). Eğer akciğer grafisinde şüpheli lezyon varsa, hastanın immün sistemi baskılanmış ise, vücutta herhangi bir yerde tüberküloz enfeksiyonu varsa ve hasta antibiotiklere cevap vermiyorsa GÜT'dan şüphelenilmelidir (9,10).

Tedavide 6 ay süreyle rifampisin, isoniazid, pyrazinamid ve etambutolden oluşan antitüberküloz ilaçlar kullanılır. İlaçlardan fayda görmeyen, obstrüktif semptomları olan ve apse gelişen hastalara cerrahi tedavi gerekebilir (5).

Kaynaklar

1. Wise J, Shteynshlyuger A: An update on lower urinary tract tuberculosis. *Curr Urol Rep*; 9(4):305-313, 2008.
2. Chung JJ, Kim MJ, Lee T, Yoo HS, Lee JT. Sonographic findings in tuberculous epididymitis and epididymoorchitis. *J Clin Ultrasound*; 25:390, 1997.
3. Wolf JS Jr, McAnich JW. Tuberculous epididymoorchitis: diagnosis by fine needle aspiration. *J Urol*; 145:836, 1991.
4. Orakwe JC, Okafor P. Genitourinary tuberculosis in Nigeria; a review of thirty-one cases. *Niger J Clin Pract*; 8(2):69-73, 2005.
5. Hassan A, El-Mogy S, Zalata K, Mostafa T. Bilateral testicular tuberculomas: a case detection. *Andrologia*; 41(2):130-135, 2009.
6. Turkvatan A, Kelahmet E, Yazgan C, Ölcer T. Sonographic findings in tuberculous epididymoorchitis. *J Clin Ultrasound*; 32(6):302-305, 2004.
7. Shahi KS, Bhandari G, Rajput P, Singh A. Testicular tuberculosis masquerading as testicular tumor. *Indian J Cancer*; 46(3):250-252, 2009.
8. Levin HS, Schoenfeld LR: Nonneoplastic diseases of the testis. In Mills SE (Edt): *Sternberg's Diagnostic Surgical Pathology*. 5th ed., Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins; 1914-43, 2010.
9. Muttarak M, Chaiwun B. Painless ultrasonographical features with pathological correlation. *Singapore Med*; 46:196-202, 2005.
10. Muttarak M, Peh WC. Case 91: Tuberculous epididimoorchitis. *Radiology*; 238:748-751, 2006.

Yazışma / Correspondence

Esat Kaan Akbay

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Yenişehir, İzmir

e-posta: esatkaanakbay@hotmail.com, esatkaanakbay@yahoo.com

Tel: 0533 330 4178
