

Tedavisi geciken bir testis tüberkülozunun seyri: Bir olgu nedeniyle *

Murat YALÇINSOY¹, Sinem GÜNGÖR², Esen AKKAYA¹, Sevinç BİLGİN¹, Esra AKKÜTÜK¹, Mehmet SIRMALI³, Deniz KONYA⁴

¹ Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul,

² Ünliversal Taksim Alman Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, İstanbul,

³ Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul,

⁴ Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul.

Tuberk Toraks 2013; 61(3): 255-257 • doi: 10.5578/tt.4622

** Bu olgu, Türk Toraks Derneği 15. Yıllık Kongresi (11-15 Nisan 2012)'nde sunulmuştur.*

Sayın Editör,

Araz ve arkadaşları imzalı, Tüberküloz ve Toraks Dergisi'nin 2012 yılı üçüncü sayısı 274-278 sayfa aralığında yayınlanmış olan "A case with multisystemic involved of tuberculosis" başlıklı makaleyi ilgiyle okuduk (1). Çalışmacılar birden fazla sistemi tutan tüberküloz olgularının nadir görüldüğünü bildirmişlerdir. Bu nedenle biz de 2012 yılında Türk Toraks Derneği 15. Yıllık Kongresinde sunduğumuz, testis tutulumu ile başlayıp tedavi gecikmesi nedeniyle yumuşak doku ve kemik tutulumu ile seyreden yaygın bir tüberküloz olgumuzun özelliklerini, hastalığın yaygınlığı, testis tüberkülozunun nadir görülmesi ve tedavi gecikmelerinin önemine dikkat çekmek amacıyla paylaşmak istedik (2).

OLGU SUNUMU

Yirmi bir yaşındaki erkek hastaya, 2011 yılı Şubat ayında sol testiste ağrı ve ciltte akıntı şikayetiyle başvurduğu merkezde, testiste kitle saptanarak, malignite şüphesiyle orşiektomi yapılmıştır. Hastanın orşiektomi patolojisi kazeifiye granülatöz iltihap olarak raporlanmış

olup, adli olgu/hükümlü olan hastanın, kendisinden ve sevk işlemlerinden kaynaklanan nedenlerle tedavisi başlanamamış. 2011 yılı Eylül ayında göğüs ve sırt ağrısı ve bu süre zarfında yaklaşık 10 kg kilo kaybıyla merkezimize başvuran olgunun göğüs ön yüzünde fluktuasyon veren apse formasyonu dışında fizik muayene bulgularında patoloji saptanmamıştır (Resim 1). Laboratuvar incelemede; tam kan sayımı ve biyokimyasal değerleri normal sınırlarda idi. Posteroanterior akciğer grafisinde paratrakeal dansite artışı, yan grafide sternum önünde yumuşak doku artışı ile bombeleşme mevcuttu (Resim 2). Toraks ve batin bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde; toraks ön duvarı sternum anteriorunda ve sol lateralinde, cilt altı dokularda hipodens yer kaplayıcı lezyon, posterior mediastende paravertebral alanda en geniş yerinde 42 mm kalınlığa ulaşan vertebra korpusunda ve sağ kotlarda destrüksiyona yol açan heterojen dansitede yer kaplayıcı lezyon, sağ hemitoraks posteriorunda D10 vertebra korpusu solunda ve kotlarda destrüksiyona yol açan 40 x 25 mm boyutunda yumuşak doku lezyonu, sağ hemitoraksta plörezi izlendi (Resim 3). Göğüs ön yüzünde fluktuasyon veren

Yazışma Adresi (Address for Correspondence):

Dr. Murat YALÇINSOY, SB Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi C blok 19. Servis Başbüyük/Maltepe, İSTANBUL - TÜRKİYE
e-mail: mrtyalcinsoy@yahoo.com



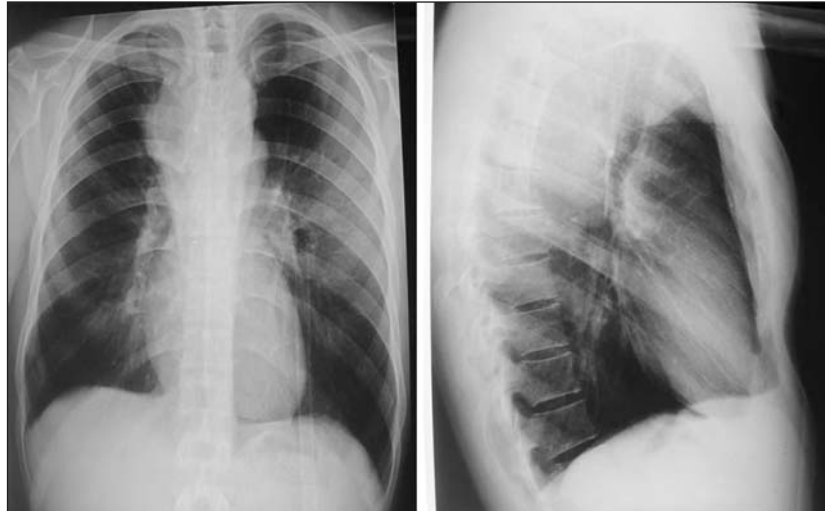
Resim 1. Hastanın merkezimize müracaatında göğüs duvarının görüntüsü.

apseye yapılan iğne aspirasyonu ile pü aspire edildi ve Erlich Ziehl Neelsen aside dirençli boyama yöntemiyle incelemede aside dirençli basil (ARB) görülmedi. Apse materyalinin aerop ve anaerop kültürlerinde üreme olmadı. Alınan balgam örneğinde direkt muayenede ARB negatif kaldı. Yapılan tetkikler sonucunda testis tüberkülozunun yanı sıra plörezi, göğüs ön duvarında soğuk apse, vertebra ön yüzünde paravertebral apse (Psoas apsesi), vertebralarda destrüksiyon saptandı. Olguya testis tüberkülozunun yanı sıra yaygın tutulum nedeniyle rifampin, izoniazid, pirazinamid ve etambutol olmak üzere antitüberküloz tedavi başlandı. Merkezimize müraca-

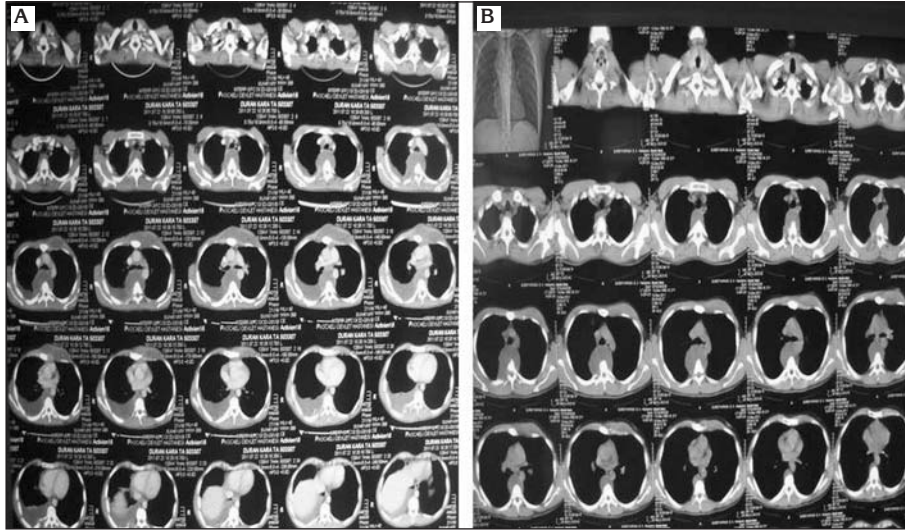
atında plörezi düzelme mevcuttu (Resim 3B). Tedavi altında, vertebra destrüksiyonu açısından nöroşirürji konsültasyonları devam eden hastanın, tedaviye rağmen göğüs ön yüzündeki apse düzelme olmaması ve hastanın ağrı ve gerginlik şikayetleri olması nedeniyle göğüs tüpü takıldı ve apse boşaltılarak hasta rahatlatıldı (Resim 3B). Takiplerde hastadan alınan balgam örneğinin spesifik kültürü negatif kaldı. Göğüs ön duvarından aspire edilen püden yapılan spesifik kültürde *Mycobacterium tuberculosis* üredi. İlaç duyarlılık testlerinde direnç paterni saptanmadı. Vertebralara yönelik çekilen manyetik rezonans görüntüleme (MRG)'de; C5-6 diskinde posterior sağ paramedian protüzyon, T1-T8 vertebralarda korpuslarda destrüksiyon ve intervertebral foramen yoluyla spinal kanal içine uzanan 18 x 6.5 x 8.5 cm boyutlarında ankapsüle yüksek dansiteli koleksiyon mevcuttu. Beyin ve sinir cerrahisi ile konsülte edilen hastaya 2011 yılı Aralık ayında T3-T4 torakotomi + apse drenaj operasyonu yapıldı. Postoperatif dönemde çekilen MRG ile apsenin boşaltıldığı verifiye edildi. Tedavi sonrası lezyonlar geriledi ve yeni lezyon oluşmadı (Resim 4). Hasta halen şikayetsiz olup, tüberküloz tedavisi sonlandırılmıştır. Hastalık seyrine bakıldığında; adli olgu/hükümlü hastada, hastanın kendisinden (hasta gecikmesi), sevk işlemlerinden (sevk zincirinde gecikme) ve doktor gecikmelerinden (doktor gecikmesi) kaynaklanan yedi aylık bir tedavi gecikmesi olmuş ve başlangıçtaki testis tüberkülozu, yaygın tüberküloz ile sonlanmıştır.

TARTIŞMA

M. tuberculosis, her doku ve organda yerleşerek hastalık oluşturabilir. Akciğer-plevra tutulumu sıklıkla görülmele beraber nadiren organ tutulumu yaparak farklı klinik tablolara yol açar. Birden fazla sistemi tutan tü-



Resim 2. Hastanın merkezimize müracaatındaki akciğer grafileri.



Resim 3. A: Hastanın Temmuz 2011 tarihli merkezimize müracaatı öncesi çekilen toraks bilgisayarlı tomografisi. B: Hastanın Ekim 2011 tarihli toraks bilgisayarlı tomografisi (göğüs ön duvarındaki apsenin denajı sonrası).



Resim 4. Hastanın tedavi sonu akciğer grafisi.

berküloz olguları, çocuklarda ve AIDS gibi immün sistemin baskılandığı hastalarda sık görülmekle birlikte, olgumuzda olduğu gibi, nadir de olsa immün sistemi normal erişkinlerde de bildirilmektedir (1,3-5). Genitoüriner tüberküloz, primer pulmoner infeksiyondan sonra hematojen yayılımla böbreklerde başlar ve nadir görülür (%6.6) (3). Erkek genital tüberkülozunda skrotal ve testiküler kitle en sık saptanan bulgudur. Kronik drenaj olan fistül, ağırlı intraskrotal kitle nadir görülen bulgulardandır. Tanı cerrahi olarak çıkarılan kitlenin incelenmesiyle konur (6,7). Olgumuzda da skrotal kitlenin cerrahi olarak çıkarılmasıyla tanı konulmuş, tedavi ge-

cikmesiyle hastalık yaygın hal almıştır. Bu durumda medikal tedavinin yanı sıra cerrahi müdahalelere de ihtiyaç olmuş, tedavi süresi uzamıştır.

Sonuç olarak; tüberkülozun erken tanı ve tedavisi, gelişebilecek ciddi komplikasyonları önlemek açısından önemlidir.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Bildirilmemiştir.

KAYNAKLAR

1. Araz Ö, Özkaya Ş, Güçer H, Taşçı F, Keleş S, Ullusan DZ, Şahin Ü. A case with multisystemic involved of tuberculosis. *Tuberk Toraks* 2012; 60: 274-8.
2. Akkaya E, Yalçınsoy M, Güngör S, Bilgin S, Akkütük S, Sırmalı M, et al. A case report: Course of the treatment delay of testicular tuberculosis. *Turkish Thoracic of Society 15th Annual Congress Abstract Book. 11-15 April 2012, Antalya, P504.*
3. Iseman MD. *A Clinician's Guide to Tuberculosis. Philadelphia: Lippincot Williams and Wilkins, 2000: 145-97.*
4. Erbay A, Bodur H, Çevik MA, Yılmaz A. Disseminated tuberculosis with skin-soft tissue involvement and abscessus. *Tuberk Toraks* 2002; 50: 492-6.
5. Babalık A, Çaltışır HC. Multidrug resistant tuberculosis with multiple organ involvement. *Tuberk Toraks* 2012; 60: 261-4.
6. Yaşar KK, Şengöz G, Yıldırım F, Ergin G, Nazlıcan Ö, Yiğit M. A case of genital system tuberculosis with chronic system drainage. *ANKEM* 2006; 20: 34-6.
7. Akbay EK, Küçük Ü, Akdeniz F, Pala EE, Koç G, Bayol Ü, Yılmaz Y. A case report: Epididymal orchitis. *New Urology Journal* 2011; 6: 42-4.