

BRUSELLOZA BAĞLI GELİŞEN EPİDİDİMO-ORŞİT VE PROSTATİT EPIDIDYMO-ORCHITIS AND PROSTATITIS DUE TO BRUCELLOSIS

GÜNLÜSOY B.*, VARDAR E.** , ARSLAN M.* , ÇİÇEK S.* , MİNARECİ S.* , POSTACI H.**

* SSK İzmir Eğitim Hastanesi Üroloji Kliniği, İZMİR

** SSK İzmir Eğitim Hastanesi Patoloji Kliniği, İZMİR

ÖZET

37 yaşındaki bir erkek hastada bruselloza bağlı gelişen genitoüriner komplikasyonlar (epididimoorşit+prostatit) olgusu sunulmuş ve tedavi seçenekleri literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Epididimoorşit, prostatit, bruselloz, genitoüriner komplikasyonlar

ABSTRACT

A case of genito-urinary complications (epididymo-orchitis+prostatitis) of brucellosis in a 37 year old male patient is presented and treatment modalities were discussed in view of literature.

Key Words: Epididymo-orchitis, prostatitis, brucellosis, genito-urinary complications

GİRİŞ

Bruselloz, dünyanın çeşitli yörelerinde endemik görülen ve hayvanlarla bulaşan bir hastalıktır¹. Hastalığa neden olan organizma gram (-) bir basildir. Hastalık enfekte hayvanlardan insanlara solunum yoluyla, gastrointestinal sistem, çatlamış deri veya konjonktivalardan temas yolu ile ve enfekte ürünlerin yenmesiyle bulaşır. Hastalık genitoüriner sistemi %2-14 oranında tutar, ve epididimoorşit en sık rastlanan genitoüriner komplikasyondur². Prostat nadir tutulur.

Bu yazıda epididimoorşit ve prostatitin eşlik ettiği bir bruselloz olgusu sunulmuştur.

OLGU

Sağ testiste ağrı, kızarıklık ve şişlik, idrar yaparken yanma, sık idrara gitme ve yüksek ateş (39°C) yakınmaları ile üroloji polikliniğine başvuran hastanın kan sayımında lökositoz (lökosit: 17300) ve sedimentasyon hızında artış gözlemlendi (sedimentasyon hızı: 61/saat). CRP artmış (10.1 mg/dl) ve biyokimyasal incelemesi normal idi. İdrar kültüründe üreme olmadı. Skrotal USG’de; sol testis normal iken, sağ testis 57x35 boyutlarında olup boyutları artmış idi. AFP (5,2 iü/ml) ve β-HCG (<1.00 miü/ml) değerleri normal bulundu. Hastaya “Epididimoorşit” tanısıyla antibiyoterapi ve antienflamatuar tedavi verildi. Hastanın ateşinin tedaviye rağmen devam etmesi, bel ağrısı, karında dolgunluk ve iştahsızlık yakınmaları nedeniyle tekrar değerlendirildi ve enfeksiyon hastalıkları kliniğinde takibe alındı. Tüm batin ultrasonografisi normal bulundu. Yapılan incelemelerde HIV (-) bulundu; kan kültüründe

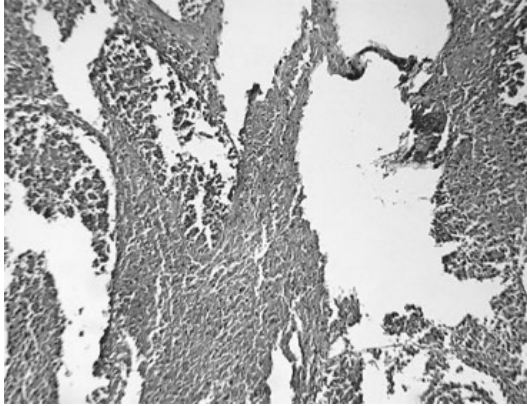
Brusella spp. üredi. Kan agglutinasyon testleri yapıldı. Rose-Bengal testi pozitif ve Wright testi 1/640 pozitif bulundu.

Hastadaki mevcut prostatizm yakınmaları değerlendirilmek için prostat muayenesi yapıldı. Rektal muayenede prostat (+) irilikte ve ağrılı idi. PSA değeri ise 16ng/ml olarak saptandı. Bulgular “epididimoorşit+prostatit” lehine yorumlandı. Hastaya Tetrasiklin (4x500 mg) ve Streptomisin’den (1gr/gün) oluşan klasik tedavi 3 hafta süreyle uygulandı. Tedavide orşit bulgularının gerilememesi üzerine skrotal eksplorasyon ve orşiektomi yapıldı. Aynı seansta transrektal prostat biyopsisi alındı. Patolojik incelemelerde testis ve prostatta non-spesifik enfeksiyon bulguları saptandı. Testisin makroskopik olarak, boyutları 5.5x3.5x2.8 cm olan düzensiz, yer yer kesilerek gönderilmiş, kist duvarı izlenimi de veren materyal görünümündeydi (Şekil 1). Pürülan karakterde alanları da içeren orşiektomi materyalinde makroskopik olarak olağan testis parankimini düşündürecek alan görülmedi.

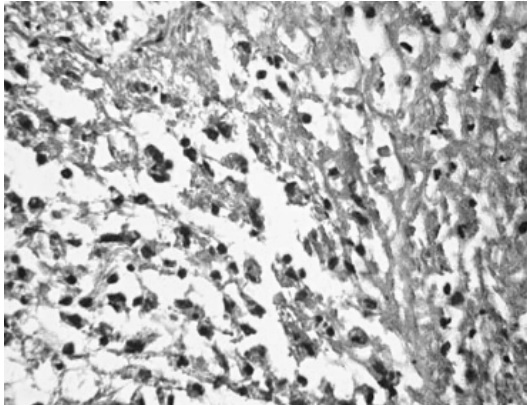
Mikroskopik olarak ise hemen tüm alanlarda testis parankim bütünlüğü bozulmuş görünümündeydi.. Kesitlerde seminifer tubulusların bazı alanlarda hayal halinde seçilebildiği, geri kalan alanlarda ise bütünlüğün tamamı ile bozulduğu dikkati çekiyordu (Şekil 2). Büyük büyütme ile yapılan incelemede ise seminifer tubulusların lümenlerinde hücre debrisleri baskın görünümündeydi. Ortamda polimorf nüveli lökositler yanı sıra yer yer histiositler de görüldü (Şekil 3).



Şekil 1. Orşiektomi materyelinde makroskopik olarak kist benzeri görünüm.



Şekil 2. Seminifer tubulusların hayal halinde seçilebildiği alanlar ve hücre debrileri (x100 / HE)



Şekil 3. Büyük büyütmede hücre debrileri, PNL'ler ile yer yer histiositlerin varlığı (x400 / HE).

TARTIŞMA

Epididimoorşit; genellikle organizmaların vas deferens yoluyla testis ve epididime ulaşması ile oluşan üriner sistemle ilgili enfeksiyondur³.

Nadir olarak retrograd yolla venöz ve lenfatik yayılım sonucu olabilir. Akut epididimoorşit ürolojide sık görülen klinik bir sendromdur. Yetersiz tanı ve tedavi apse oluşumundan süpuratif nekroza kadar değişebilen komplikasyonlara neden olur². Spermatozoalara karşı oto-immunizasyonun indüklenmesi infertilite ile sonuçlanabilir^{4,5}.

Bruselloz birçok organı tutan bakteriyel bir hastalıktır ve değişik bulgular verir. Başlangıcı akut veya sinsidir. Tanımlanamayan ateş hastalığı, hepatosplenomegalinin eşlik ettiği artrit ağrılı sendrom ve lenfadenomegali en sık görülen klinik formudur.

Nadiren tek bir organın daha fazla tutulduğu lokalize şekilde de görülebilir. Epididimoorşit sık rastlanılan genitoüriner komplikasyondur^{6,7}. Enfeksiyon daha çok granümatöz tiptedir. Granümatöz epididimoorşitler spesifik bir nedenden oluşabileceği gibi idiyopatik de olabilir⁸. Hastalığın diğer granümatöz enfeksiyonlardan ve non-spesifik orşitlerden ayırımında; sinsi başlangıcı, uzun sürmesi, ateşsiz dönemlerle birlikte ondulan seyirli ateş ve lokal enflamasyon bulgularının alt üriner semptomlarına eşlik etmesi önemlidir. Lökositoz; Brusella hastalığında tipik bir bulgu değildir^{9,10}.

İbrahim ve arkadaşları, Brusella epididimo-orşitli 10 hastanın birinde lökositoz saptarken⁶, Yurdakul ve arkadaşları 14 hastanın ikisinde lökositoz bulmuşlardır¹¹. Bununla birlikte Afşar ve arkadaşları yaptıkları çalışmada 13 hastanın 11'inde lökositoz bulmuşlardır¹. Yine bir diğer çalışmada ise 26 hastanın 6'sında lökositoz görülmüştür. Lökositoz epididimo-orşitlerin ayırımında dikkatle kullanılması gereken bir bulgudur.

Hastalığın tedavisinde Streptomisin+Tetrasiklin kombinasyonu klasik yerleşmiş tedavidir. Bunun yanı sıra Doksisiklin ve Rifampisin'den oluşan alternatif tedavi de tercih edilebilir. Tedavinin başlamasından 2-5 gün sonra ateşte azalma ve testis boyut ve hassasiyetinde azalma görülür. Yeterli ve erken dönemde tedavi edilmesine rağmen <%10 hastada relaps görülebilir². Sunduğumuz olguda 3 haftalık tedaviye rağmen epididimo-orşit bulgularının gerilememesi sonucu hastaya orşiektomi yapıldı.

Epididimo-orşitin ayırıcı tanısında dikkatli bir anamnez, iyi bir fizik muayene ve hızlı labo-

ratuvar incelemesi önemlidir. Özellikle endemik bölgelerde epididimo-orşitin etiolojisinde Bruselloz akla gelmelidir. Tanıda her ne kadar birçok parametre kullanılabilirse de klinik ve serolojik testler yeterlidir.

Bu olgu sunumunda amaç ülkemizde de görülen Brusellozun epididimo-orşit ve nadiren prostatit tutulumuna neden olduğunu hatırlatmak ve erken ve başarılı tedavi uygulanmasını sağlamaktır.

KAYNAKLAR

- 1- **Afşar H, Baydar I and Sirmatel F:** Epididymo-orchitis due to Brucellosis. Br. J. Urol., 72: 104-105, 1993.
- 2- **Memish ZA and Venkatesh S:** Brucellar epididymo-orchitis in Saudi Arabia: A retrospective study of 26 cases and review of literature. BJU. International, 88: 72-76, 2001
- 3- **Sheaff M, Ahsan Z, Badenoch D and Baithan S:** A rare cause of epididymo-orchitis. Br. J. Urol., 75: 250-251, 1995
- 4- **Osagbe DN:** Testicular function after unilateral bacterial epididymo-orchitis. Eur. Urol., 19: 204-208, 1991
- 5- **Ingersleu HJ, Walter S, Andersen ST, et al:** A prospective study of antisperm antibody development in acute epididymitis. J. Urol., 136: 162-164, 1986
- 6- **İbrahim AIA, Awad R, Shetty SD and et al:** Genitourinary complications of brucellosis. Br. J. Urol., 61: 294-298, 1998
- 7- **Bayram MM and Kervancıoğlu R:** Scrotal gray-scale and color Doppler sonographic findings in genitourinary brucellosis. J. Clin. Ultrasound., 25: 443-447, 1997
- 8- **Salmenon I, Escobar-Ramirez MA, Puentes F and et al:** Granulomatous epididymo-orchitis: Sonographic features and clinical outcome in Brucellosis, Tuberculosis and idiopathic granulomatous epididymo-orchitis. J. Urol., 159: 1954-1957, 1998
- 9- **Khan MS, Humayoon MS, Al manee MS:** Epididymo-orchitis and brucellosis Br. J. Urol., 63: 87-89, 1989
- 10- **Crosby E, Llosa L, Quesado MM and et al:** Hematological changes in brucellosis. J. Infect. Dis., 150: 419-423, 1984
- 11- **Yurdakul T, Sent U, Acar A et al:** Epididymo-orchitis as a complication of brucellosis Urol. Int., 55: 141-142, 1995