

Brusella Orşiti: İki Olgu Nedeniyle(*)

Emel TÜRK ARIBAŞ(**), Abdullah YILMAZ(**)

ÖZET

Bruselloz, çoğu sistemlerde komplikasyonlara neden olabilen bir hastalıktır. Gastrointestinal sistem ve kas-iskelet sistemine ait komplikasyonlar oldukça sık oranda görülürken, diğer sistemlere ait komplikasyonlar daha düşük orandadır. Brusella orşiti ise bu hastalığın nadir bir komplikasyonu olup, genellikle tek taraflı bir tutulum söz konusudur. Bu yazıda, 32 ve 20 yaşlarında, hayvancılıkla uğraşan iki erkek hastada bruselloza bağlı gelişen biri bilateral, diğeri unilateral olmak üzere iki orşit olgusu sunulmuş ve tartışılmış ve brusellozun endemik olduğu yöremizde skrotal şişlik ile başvuran olgularda, ayırıcı tanıda brusella orşitinin de yer almasının gerekliliği vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Bruselloz, komplikasyon, orşit

SUMMARY

Brucella Orchitis: Two Case Report

Brucellosis is a disease which can cause complications in several systems. In comparison to the other systems, complications related to the gastrointestinal and musculoskeletal system occur relatively more frequently. Brucella orchitis is a rare complication of the disease which is usually unilateral. In this study, one with unilateral, the other with bilateral orchitis due to brucellosis, two cases, 20 and 32 years old respectively, were discussed. We decided that, in cases with scrotal swollen, brucella orchitis should be kept in mind in the differential diagnosis, because brucellosis is an endemic disease in our region.

Key Words: Brucellosis, complication, orchitis

GİRİŞ

Bruselloz, hayvanlarla direkt veya indirekt temas sonucu insanlara bulaşan bir hastalıktır. Hastalığın semptomları genellikle nonspesifiktir. Somatik şikayetler çok fazla olmasına rağmen fiziksel anormallikler sadece birkaç tane olabilir (1,2). Hepatomegali hastaların %20-60'ında, lenfadenopati %10-20'sinde bulunabilir. Brusellozda gastrointestinal sistem ve kas-iskelet sistemine ait komplikasyonların oranı daha düşüktür (1). Brusella orşiti bu sistemik hastalığın nadir bir komplikasyonudur (3). Bu makalede, brusellozun komplikasyonu olarak ortaya çıkan iki orşit olgusu sunulmuştur.

OLGU-1 : Hayvancılıkla uğraşan, 32 yaşında erkek hasta, kliniğimize her iki skrotumda şişlik ve sağ diz ekleminde ağrı şikayeti ile başvurdu. 5 ay önce sağ, sonra sol skrotumda şişlik ve ağrı şikayetleri başlamış. Başvurduğu hekim tarafından ampisilinsulbaktam 625 mg tab. (3x1) + gentamisin amp.

(*) 29. Türk Mikrobiyoloji Kongresi'nde (8-13 Ekim 2000, Ak-su/Antalya) sunulmuştur.

(**) Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Konya.

(1x1) tedavisi başlanmış. Tedavi ile septomları gerileyen fakat düzelmeyen hasta aynı şikayetlerle hastaneye yatırılmış. Tedaviye rağmen (yapılan tedavi hakkında bilgi veremiyor) testiste şişlik ve ağrı şikayeti devam eden ,aynı zamanda da sağ dizde ağrı şikayeti başlayan hasta kliniğimize yatırıldı. Hastanın, çiğ süttten yapılmış peynir tüketimi dışında özgeçmişinde, soy geçişinde özellik yoktu. Fizik muayene: kan basıncı: 100/60 mmHg, ateşi 36.4°C , nabız 80/dk ve ritmikti. Genel durumu iyi, şuuru açık ve kooperasyonu tamdı. Karaciğer kot altında yumuşak kıvamda ele geliyordu. Sağ diz ekleminde hareket kısıtlı ve hareketle gelişen ağrı vardı. Skrotum şiş görünümde, palpasyonda her iki testis büyümüş, yumuşak kıvamda ve ağrılı idi. Hastanın diğer sistem muayeneleri normal idi.

Laboratuvar bulguları: Hemoglobin 13.4 gr/dl, beyaz küre 8030/mm³, trombosit 205000/mm³ bulundu. Sedimentasyon 21mm/saat, lökosit formülünde nötrofil %50, çomak %4, lenfosit %42 ve monosit %4 oranında idi. Tam idrar tetkiki ve P.A-Akciğer grafisi normaldi. Açlık kan şekeri, üre, kreatinin değerleri normal sınırlardaydı. Karaciğer enzimlerinden SGOT 18U/L, SGPT 35U/L idi. Testis sintigra-

fisi inflamasyon ile uyumlu sintigrafik bulgular olarak rapor edilmişti. Brusella aglütinasyon testi 1/320 titrede pozitif bulundu.

Brusella orşiti düşünülen hastaya streptomisin (1gr/gün i.m.), doksisisiklin (200mg/gün) tedavisi başlandı. Tedavinin yedinci gününde testislerde ve diz eklemindeki şişlik geriledi. Hasta, tedavisi 45 güne tamamlanmak üzere ve kontrollere çağrılarak taburcu edildi. Tedavi tamamlandıktan sonra hastada altıncı ayda yapılan kontrolde herhangi bir belirti ve bulgu saptanmadı.

OLGU-2: Yirmi yaşında, hayvancılıkla uğraşan erkek hasta, kliniğimize halsizlik, ateş, terleme, yaygın eklem ağrısı ve sol skrotumda şişlik şikayeti ile başvurdu. 20 gündür bu şikayetleri devam eden hasta kliniğimize yatırıldı. Çiğ süttten yapılmış peynir yeme alışkanlığı dışında hastanın öz ve soy geçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenede; kan basıncı: 110/60 mmHg, ateş 38.3°C, nabız 100/dk idi. Genel durumu iyi, şuuru açık ve kooperasyonu tamdı. Karaciğer 2cm kadar palpabldı. ÜGS muayenesinde, sol skrotum şiş görünümde, solda testis büyük ve ağrılı olarak palpe ediliyordu. Her iki diz eklemi hareketle ağrılı idi. Diğer sistem muayeneleri normaldi.

Laboratuvar bulguları: Hemoglobin 11.9gr/dl, beyaz küre 7700/mm³, trombosit 247000/mm³, sedimentasyon 20mm/saat, lökosit formülünde nötrofil % 56, lenfosit %40, monosit %2 ve bazofil %2 idi. Tam idrar tetkiki ve PA.Akciğer grafisi normaldi. Açlık kan şekeri, üre, kreatinin değerleri ve karaciğer enzimleri normal sınırlardaydı. Skrotal ultrasonografi incelemesinde; sol testis normalden büyük olarak ve fokal hipoekojen alanlar mevcut şekilde rapor edilmişti. Brusella aglütinasyonu 1/320'de pozitif bulundu.

Bruselloz ve buna bağlı brusella orşiti düşünülen hastaya streptomisin (1gr/gün i.m.) + doksisisiklin (200gr/gün) tedavisi başlandı. Birinci hafta sonunda ateşi düşen ve ikinci hafta sonunda da skrotumdaki ağrı ve şişlik ile eklem ağrısı şikayetleri düzelen hasta kontrole çağrılarak taburcu edildi. Altıncı hafta sonunda tedavisi tamamlanan hasta tamamen düzeldi.

TARTIŞMA

Bruselloz, tüm dünyada özellikle Akdeniz Bölgesi, Arap Yarımadası, Hindistan, Orta ve Güney Amerika

ve Meksika'nın bir bölümünde görülen bir hastalıktır. Ülkemizde de Konya, Diyarbakır ve Urfa yöreleri ve Ankara ovasında hayvanlarda yaygın olup, hayvanlarla yakın teması olan insanlarda (veteriner, çiftçi) veya süt ve süt ürünlerini taze tüketme imkanı olanlarda daha sık görülmektedir. En yaygın bulaş kaynağı çiğ süttten yapılmış peynirlerdir (1,4). Bizim her iki olgumuzda da infeksiyonun kaynağının çiğ süttten hazırlanmış peynir tüketimine bağlı olduğu görülmektedir.

Brusellozda semptomlar genellikle, etkenin alınmasından yaklaşık 2-8 hafta sonra başlar. Semptomlar genellikle non-spesifiktir. Çok sayıda somatik şikayet olabilir. Hastalarda yorgunluk, halsizlik, miyalji, artralji, ateş ve terleme en sık rastlanan yakınmalardır. Fizik muayenede hiçbir anormallik saptanmayabilir. Ancak olguların %20-60'ında hepatomegali, %10-20'sinde lenfadenopati saptanabilir (1,2).

Birinci olgumuzda diz eklemine ağrı ve skrotal şişlik, ağrı dışında belirgin bir semptom yoktu. 2. olgumuzda ise skrotal şişlikle birlikte halsizlik, ateş, terleme, artralji gibi bruselloz lehine daha spesifik semptomlar vardı. Brusellozda %20-60 oranında ortaya çıkan hepatomegali her iki hastamızda da saptandı.

Bruselloz, organ ve sistemlere ait komplikasyonları oldukça sık olan bir sistemik hastalıktır. Gastrointestinal sistem tutulumu %70'in üzerinde, kas iskelet sistemi tutulumu ise %20-60 dolayındadır. Periferik eklemlerden özellikle kalça, diz ve bilek eklemi en fazla etkilenen eklemlerdendir(1). Her iki hastamızda da diz eklemi tutulumuna ait belirti ve bulgu saptanmıştır.

Brusellozda genitoüriner sistem komplikasyonları %20-10 oranında görülmektedir. Bu komplikasyonlardan başlıcaları ünilateral veya bilateral epididimo-orşit, prostatit, seminal vezikülit, dismenore, salpenjit ve akut piyelonefritdir (1,5). Skrotal şişlik ve ağrı şikayetleri ile başvuran iki olgumuzdan ilkinde sintigrafik inceleme, ikincisinde ultrasonografik inceleme sonuçları orşit ile uyumlu idi. Olgularımızda başlangıcın yavaş olması beraberinde alt üriner sistem infeksiyonu semptomlarının bulunmaması, lökosit sayılarının normal sınırlarda olması, orşitin non-spesifik olmadığını düşündürdü. Çünkü akut-nonspesi-

fik epididimoorşitlerde genellikle başlangıç daha akut, süre daha kısadır ve sıklıkla piyüri ve alt üriner sistem infeksiyonu semptomları, kanda beyaz küre sayısında belirgin artış vardır.

Orşit, brusellozun nadir bir komplikasyonu olmakla birlikte hastalığın bölgemizde endemik olması, olgularımızın hayvancılıkla uğraşması ve pastörize edilmemiş süttten yapılmış peynir tüketmeleri özellikle ikinci olgumuzda spesifik belirtilerin olması, bizi orşitin nedeni olarak brusellozi araştırmaya yöneltti. Bruselloz tanısında kan ve kemik iliği kültürü kullanılabilir. Ancak izolasyon oranı % 15-70 arasındadır. Polimeraz zincir reaksiyonu (PZR) ile bakteri DNA'sının tespiti tanıda başarılıdır. Ancak ilave çalışmalara ihtiyaç vardır. Bakteriyolojik konfirmasyon yokluğunda, serum aglütinasyon testi (SAT) Brusella antikorlarını ölçmek için en fazla başvuru olan testtir. Akut infeksiyonlarda titre genellikle 1/160 ve üzerindedir (1,4). Olgularımızda da Brusella aglütinasyon titreleri 1/320 de pozitif bulunmuştur.

Hastalığın yöremizde endemik olması, anamnezde hayvancılıkla uğraşın olması, pastörize edilmemiş süttten yapılmış peynir tüketimi, 1. olguda non-spesifik olmakla beraber, özellikle 2. olguda spesifik semptomların bulunması bruselloz yönünden serolojinin pozitif olması ve ayrıca bulgu ve belirtilerin akut non-spesifik orşite uygunluk göstermemesi nedeniyle her iki olgumuzda da orşitin brusellozun komplikasyonu olduğunu göstermektedir.

Brusella orşitinin tedavisi medikaldir ve cerrahi girişime gerek yoktur. Standart tedavi rejimi oldukça et-

kilidir(6.). Bölgemizde Yurdakul ve ark (7) tarafından yapılan bir çalışmada streptomisin+tetrasiklin ile brusella orşitlerinde sağaltım oranı %93 bulunmuştur. Hastalarımızda streptomisin+doksisiklin kombine tedavisi kullanılmış ve tam düzelme sağlanmıştır.

Sonuç olarak, brusellozun endemik olduğu yörelerde, skrotal anormallik görüldüğü zaman, ayırıcı tanıda Brusella orşiti göz önünde bulundurulmalıdır. Serumda Brusella antikorları araştırılarak, hem tedavisi tamamen farklı olan non-spesifik orşit tanısı dışlanmış olacak hem de gereksiz cerrahi girişime başvurulmadan hasta uygun ve kolay bir şekilde başaıyla tedavi edilebilecektir.

KAYNAKLAR

1. **Young EJ:** Brucella species. "Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. (eds): Principles and Practice of Infectious Diseases", p2386-93, 5th ed. Churchill-Livingstone, New York(2000).
2. **Madkour MM:** Brucellosis. "Fauci AS, Braunwald EB, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper PL, Hauser SL, Longo DL (eds) : Harrison's Principles of Internal Medicine" p969-71, 14th.ed. Mc Graw. Hill New York(1998).
3. **Castillo Soria JL, Bravo de Rueda Accinelli C:** Genital brucellosis. A rare of testicular abscess. Arch Esp Urol. 47:533 (1994).
4. **Sözen TH:** Bruselloz." Wilke Topçu A, Söyletir G, Doğanay M. (eds): İnfeksiyon Hastalıkları", s.486-9
1. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul(1996).
5. **Bayram MM, Kervancıoğlu R:** Scrotal gray-scale and color doppler sonographic findings in genitourinary brucellosis. J Clin Ultrasound 25: 443 (1997).
6. **Roguin A, Ben. Dror G, Hatani E.** Brucella orchitis. Harefuah 126 : 70(1994).
7. **Yurdakul T, Sert Ü, Acar A, Karalezli G, Akçetin Z.** Epididymo-orchitis as a complication of brucellosis. Urol. Int. 55: 141 (1995).