



BİR OLGU NEDENİ İLE KADIN GENİTAL TÜBERKÜLOZU: OLGU SUNUMU

FEMALE GENITAL TUBERCULOSIS: A CASE REPORT

Murat ULUKUŞ¹

Osman ZEKİOĞLU²

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Bornova, İzmir

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Bornova, İzmir

Anahtar kelimeler: genital tüberküloz, kadınlar

Key Words: genital tuberculosis, Women

ÖZET

Kadın genital tüberkülozu, tanısındaki zorluklar ve oluşturduğu sekeller ile dikkati çekmektedir. Hastalığa tanı koymak tüberküloz olasılığını düşünmekle başlar. Tedavisi iyi anlaşılmış bir hastalık olan tüberküloz; kadın genital organlarını tuttuğunda tedavisiz kalırsa ciddi komplikasyonlara neden olabilir ve önemli sosyal ve ekonomik maliyetler oluşturabilir. Bu nedenle olabildiğince erken tanı koymak tüberküloz sekellerinin önlenmesi için son derece önemlidir. Sunulan olgu kadın genital tüberkülozunun ayırıcı tanıda akla gelmesi gereken bir durum olduğunu vurgulamak amacı ile tartışılmıştır.

SUMMARY

Female genital tuberculosis should be given more attention because of the difficulties in its diagnosis and sequels. Suspect must be the first step on the diagnosis. Although the treatment of tuberculosis is well-determined, genital tuberculosis can cause consequential social and economical problems when it is untreated. Early diagnosis is essential to prevent its sequels. This case is discussed in order to emphasize that gynecologists should also remember tuberculosis in differential diagnosis.

GİRİŞ

Tarihin en eski hastalıklarından olan tüberküloz bugün de tıp gündeminde varlığını sürdürmektedir. Genital tüberküloz ilk kez 18. yüzyıl ortalarında Morgagni tarafından tanımlanmıştır (1).

Genital tüberküloz olguları ile ilgili sıklık araştırmaları daha çok postmortem taramalara, operasyon örneklerinden yapılan incelemelere ve endometrial biopsi sonuçlarına dayanmaktadır. Kadın genital tüberküloz sıklığı postmortem çalışmalarda %4-12 oranında bulunurken, operasyon

ve biopsi örneklerinde bu oran %2-20 olarak bildirilmektedir (1). Ülkemizde yapılan insidans çalışmaları tüberkülozun batı toplumlarının aksine genç yaşlarda (15-44) daha çok (%64) görüldüğünü göstermektedir (2). Kadın genital tüberküloz sıklığı %0,3-1,3 olarak bildirilmektedir (3).

Kadın genital tüberkülozu primer veya sekonder olabilir. Primer kadın genital tüberkülozu, vücutta ilk odağın kadın genital organları olduğu ve regional lenf nodları ile mevcut odakta enfeksiyonun aynı anda bulunduğu durumu tanımlar. Sekonder kadın genital tüberkülozu ise, söz konusu halin dışındaki tüm tüberküloz enfeksiyon durumlarını tanımlar (1). Akciğer tüberkülozu saptanan hastaların % 10-20 sinde genital tüberküloz geliştiği bildirilmektedir (3).

Yazışma adresi, Murat Ulukuş, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Bornova, İzmir
Makalenin geliş tarihi: 31. 07. 2003; Kabul tarihi: 02.09.2003

Kadın genital tüberkülozu pelvik ağrı, infertilite, ektopik gebelik, abortus, gibi komplikasyonlara yo! açabilir. Sonuç olarak bu sorunlardan doğabilecek ekonomik ve sosyal maliyetler nedeni ile önemli bir halk sağlığı sorunudur.

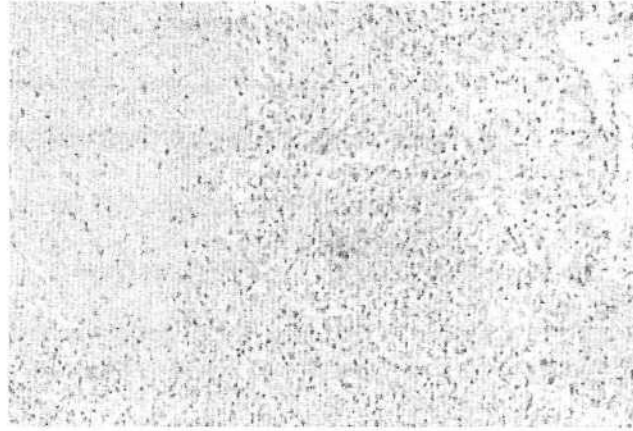
OLGU SUNUMU

Yirmisekiz yaşındaki olgu daha önce aldığı tedavilere rağmen düşmeyen yüksek ateş ve pelvik ağrı nedeni ile ileri tetkik ve izlem amacı ile kliniğimize yatırıldı. Özgeçmişinde primer infertilite ve habitüei abortus öyküsü mevcuttu ve yakın zamanda geçirilmiş erken doğum öyküsü vardı. Hastanın yaşayan çocuğu bulunmuyordu.

Olgu infertilite nedeni ile başvurduğu merkezde tetkik edilmiş ve nedeni açıklanamayan infertilite tanısı konarak aralıklarla üç kez invitro fertilizasyon uygulanmış. Dört ay önce 20 hafta, gebelik 4, parite 0, primer infertilite, İCSİ gebeliği ve ikiz gebelik tanıları iie izlendiği sırada vajirral kanama ve erken membran rüptürü nedeni iie hastaneye yatırılmış ve erken doğum yapmış. Taburculuğunu takiben bir ay sonra yüksek ateş şikayeti ile tekrar hastaneye yatırılmış. Tetkiklerinde enfeksiyon odağı bulunamamış ve uygulanan çeşitli antibiyotiklere yanıt alınamamış. Hastanın mevcut şikayetlerine pelvik ağrı, nefes darlığı, bulantı, kusma da eklenmiş. Hasta bu hali ile iki ay önce kliniğimize refere edilerek başvurdu. Hastaneye kabul sırasında genel düşkünlük hali mevcut olup, ateş 39,5C°, nabız 104/dakika ve kan basıncı 90/60 mmHg olarak tespit edildi. Jinekolojik bakıda kollum hareketle hassas, uterus normalden büyük ve hassas olarak saptandı, ayrıca mikotik vaginit hali tespit edildi. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde lökositoz ve sola kayma saptanmadı. Sedimentasyon 48 mm/saat ve C reaktif protein 14,9 mg/dl (referans aralığı:0-0.5 mg/dl) olarak bulundu. Karaciğer transaminazları ılımlı olarak artmıştı. Dört aydır amenoreik olan hastanın (3-HCG tetkiki negatif idi. Abdominopelvik sonografide uterus ve overler normal olarak değerlendirildi, serbest sıvı izlenmedi. Endometrium düzensiz, santral ekojenitesi artmış olarak izlendi. Diğer batin organları doğal olarak izlendi. PA akciğer grafisinde patolojik bulgu görülmedi. Serolojik tetkikler negatif olarak bulundu. Hastanın takibi sırasında terlemenin eşlik ettiği, akşamları yüselen ve ampirik antibiyotiklere yanıt vermeyen ateş saptandı. Kan ve diğer kültür antibiogramlarda üreme olmadı.

Göğüs hastalıkları iie konsülte edilen hastaya yapılan balgam incelemesinde asidoresiztan bakteri varlığı bulunması üzerine izoniazid, rifampisin, etambutol, morfazina mid, streptomisinden oluşan beşli antitüberküloz tedaviye başlandı. Yeni tedaviyi takiben ateş düştü, balgam sitolojisi negatif oldu. Enfeksiyon odağı araştırılması amacı ile yapılan endometrial örneklemenin histopatolojik incelemesinde granülatöz endometrit saptandı, ancak

örnekte basil izlenmedi (Resim 1). Hastaya endometrial tüberküloz tanısı kondu. Antitüberküloz tedavinin 12 ay devam etmesi planlandı. Bu tedaviye siklik estrogen ve progesteron tedavisi de eklendi.



Resim 1. Granülatöz endometrit. Kazeifikasyon nekrozu ve granülom yapısının histopatolojik görünümü (H&Ex40)

TARTIŞMA

Günümüzde özellikle gelişmekte olan ülkelerde tüberküloz ciddi bir sağlık sorunudur. Tüberküloz 1985 yılında HIV ile birlikte tedavisi daha da zorlaşmış bir şekilde tıp gündemine yeniden girmiştir (4). Ülkemizde ise bu durumun tüberküloz enfeksiyonu üzerine etkisi tam olarak bilinmemektedir. Yapılan çalışmalarda bir korelasyon saptanmamıştır (5).

Tüberküloz kadın genital sisteminde en sık fallop tüplerini (%100), daha sonra sırası ile endometriumu (%79), myometriumu (%20), serviksi (%24) ve overleri (%11) tutar (1). Başka bazı çalışmalarda da bu oranlara yakın oranlar bildirilmekte ve yine endometrium tutulumu ikinci sırada gösterilmektedir (6-7).

Açıklanamayan infertilite olgularında ailesi veya kendisinin de tüberküloz anamnezi olanlarda genital tüberküloz şüphesi uyanmalıdır (1). Ülkemizde yapılan bir çalışmada pulmoner tüberküloz nedeni ile hastaneye yatırılmış 57 kadından 7'sinde (%12.3) kadın genital tüberkülozu saptanmış olup, bu kadınların %71,4 ünün aynı zamanda infertil oldukları belirtilmiştir (8). Literatürde yirmisekiz yaşında oligomenoreik infertil bir olguya endometrial tüberküloz tanısı konduğu ve antitüberküloz tedavi sonrası histeroskopide endometriumun normal bulunduğu ve siklusların da düzene girdiği bildirilmektedir (9).

Yapılan bir çalışmada tüberkülozun en sık semptomları ateş (%51), halsizlik (29.6), kilo kaybı (%28.5), bulantı kusma (25,5) ve aşırı terleme (17.3) olarak gösterilmiştir (5). Kadın genital tüberkülozunda ise en sık karşılaşılan

semptomlar pelvik ağrı ve hastalığın progresyonu sonu cunda pevik ağrıya eklenebilen disparoni, halsizlik ve amenore şekiinde menstruel düzensizliklerdir. Postmenapozal kanama açısından değerlendirilen hastalarda da tüberküloz akla getirilmesi gerektiği bildirilmektedir (1).

Fizik muayene, genital tüberküloz tanısında önemli olmak la birlikte, bulgu vermeyeceği gibi şüpheli bulgular da verebilir (1). Tüberküloz açısından endemik bölgelerde, aile öyküsü olanlarda, nedeni bilinmeyen infertiite olgularında ve assit ile seyreden özellikle genç hastalarda ayırıcı tanıda tüberküloz mutlaka düşünülmelidir (3). Tüberkülozlu olgularda akciğer grafisi normal sınırlarda bulunabilir. PPD testi tanıda yardımcı ancak spesifik değildir. Tüberküloz tanısında sonografi, tomografi ve magnetik rezonans görüntüleme teknikleri de kullanılabilir (3).

Taşova ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada akciğer dışı tüberküloz tanısında dış odaktan basilin izolasyonu kesin tanıyı sağlayan kriter olarak bildirilmiştir (5). Asidorezistan (Ehrlich-Ziehl-Neelsen) boyama ile basilin gösterilmesi, yapılan örneklemede granümatöz inflamasyon bulunması, olumlu PPD deri testi, tüberküloz ile uyumlu klinik bulgular ve tedaviye yanıt alınması minör tanı kriterleri olarak değerlendirilmiş ve en az ikisinin birlikteliğinin tanı için yeterli olduğu gösterilmiştir. Ayrıca aynı araştırmada biopsi materyallerinden bakterinin %65 oranında izole edilebildiği belirtilmektedir (5). Sunulan olguda ise tüberküloz ile uyumlu klinik bulgular, olumlu PPD deri testi, örneklemede granümatöz inflamasyon ve tedaviye yanıt olması gibi minör tanı kriterleri bulunmak taydı.

KAYNAKLAR

1. Ülgenalp İ, Orhon E. Kadın genital tüberkülozu. In: Kışınççi HA, Gökşin E, Durukan T, Ostay K, Ayhan A, Gürkan T, Önderoğlu LS. Temel kadın hastalıkları ve doğum bilgisi. Güneş Kitabevi, Ankara. 1996; 634-641
2. Anı Ö, Uzun M. Türkiye'de tüberkülozun son durumu. Klimik 1998;11:3-5.
3. Celayir AC, Yaltı S, Asil Z, Inalhan M, Dayicioğlu V. over tümörünü andıran bir tüberküloz hidrosalpinks olgusunun değerlendirilmesi. Cerrahpaşa J Med 1999; 30: 277-280.
4. Otkun M. Tüberküloz tedavisinde temel ilkeler ve direnç sorunu. Klimik 2001 ;14 :71-82.
5. Taşova Y, Saltoğlu N, Mıdıklı D, Kandemir Ö, Aksul HSZ, Dündar İH. Erişkinde 98 ekstrapulmoner tüberküloz olgusunun değerlendirilmesi. Klinik 2000; 13:17-23.
6. ChoWdhury NN. OvervieW of tuberculosis of the female genital tract. J Indian Med Assoc. 1996; 94: 345-6, 361.
7. AgarWal J, Gupta JK. Female genital tuberculosis: a retrospective clinicopathologic study of 501 cases. Indian J Pathol Microbiol. 1993; 36: 389-97.
8. Aka N, Vural EZ. Evaluation of patients with active pulmonary tuberculosis for genital involvement. J Obstet Gynaecol Res. 1997; 23: 337-40.
9. Goddijn M, Emanuel MH, Wiers PW, Eastham WN. Tuberculosis as an unusual cause of oligoamenorrhoea and infertility. Ned Tijdschr Geneesk. 1997; 11: 105-7.

Diğer yöntemlerle tanı konamayan olgulara endoskopik yöntemler ya da tedaviden tanıya gidilmesi önerilmektedir. Ayırıcı tanıda tüm pelvik kitle nedenleri (tubaovarian abse, kronik ektojik gebelik, myoma uteri) ve ayrıca sarkoidoz ve Crohn hastalığı gibi granümatöz hastalıklar da düşünülmelidir (3).

Otkun tarafından yapılan bir araştırmada tüberküloz için tedavi ilkeleri belirtilmiştir. Buna göre, her aktif tüberküloz olgusuna mutlaka tedavi uygulanmalı, tedavi kombine ve uzun süreli olmalı, ilaçlar yeterli dozda ve sürede alınmalı; ilaçlara karşı birincil ve edinsel dirençler araştırılmalı, etkenin duyarlı olduğu ilaçlar kullanılmalıdır (4).

Modern antitüberküloz ilaçlar, pelvik tüberküloz tedavisin de tercih edilen birinci seçenektir. Oniki aylık tedaviden sonra endometrial tüberkülozun rekürrensi, uzun süreli antitüberküloz tedaviye rağmen pelvik semptomların devam etmesi, uzun süre tedavi alamayacak veya kontrole gelemeyecek 40 yaş üzerindeki hastalar ve iyileşmeyen püstüiller cerrahi tedavi endikasyonlarıdır (3).

Kadın sağlığı bakımından özellikle ülkemiz koşulları dikkate alındığında sağlık kuruluşlarına başvuran olguların tanı aşamasında belirsizlik olduğunda genital tüberkülozun düşünülmesi büyük önem taşımaktadır. Zira genital tüberkülozun tanısı şüpheye dayanır. Tedavinin zamanın da yapılması tüberküloza bağlı gelişmesi olası yüksek ekonomik ve sosyal maliyetler bakımından koruyucu olmaktadır.