

Brusella Epididimoorşiti: Olgu Sunumu

Brucella Epididymoorchitis: A Case Report

Türkan Aydın Teke, Betül Tokgöz, Gönül Tanır

Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

Özet

Bruselloz dünyanın birçok yerinde görülen bir zoonozdur. *Brucella melitensis*'in neden olduğu bruselloz birçok organın tutulabildiği sistemik bir enfeksiyondur. Epididimoorşit brusellozun en sık görülen genitoüriner komplikasyonudur, çocuklarda nadirdir. Bu yazıda bruselloz tedavisi ile dramatik olarak düzelen brusella epididimoorşitli bir çocuk olgu sunulmuştur.

(*J Pediatr Inf 2012; 6: 161-2*)

Anahtar kelimeler: Bruselloz, çocuk, epididimoorşit

Abstract

Brucellosis is a zoonosis found worldwide. Brucellosis caused by *Brucella melitensis* is a systemic infection that can involve any organ. Epididymoorchitis is the most frequent genitourinary complication of brucellosis, but it is rare in children. We report a pediatric case of brucella epididymoorchitis who recovered dramatically with brucellosis treatment.

(*J Pediatr Inf 2012; 6: 161-2*)

Key words: Brucellosis, child, epididymoorchitis

Giriş

Bruselloz halen tüm dünyada en sık görülen zoonozdur. Ülkemizin de içinde bulunduğu Akdeniz ülkelerinde, Balkanlarda, Ortadoğu'da, Orta ve Güney Amerika'da önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ülkemizdeki insidansı 25.67/100000 olarak bildirilmiştir (1). Türkiye'de en sık görülen suş, rezervuarı koyun ve keçiler olan *B. melitensis*'tir. İnsanlara bulaş, enfekte hayvansal gıdaların tüketimiyle veya enfekte hayvanların dışkısı, idrarı veya kanı ile temas sonucu oluşur. *Brucella* organizmaları birçok organı tutabilen sistemik enfeksiyona neden olur. Klinik bulguları değişkendir. Hastalar ateş, halsizlik, kilo kaybı gibi spesifik olmayan belirtilerle başvurabileceği gibi osteoartiküler, kardiyak, hematolojik, nörolojik, genitoüriner tutulumlarla da başvurabilir. Bu yazıda epididimoorşit ve hematolojik tutulum ile kendini gösteren brusellozlu bir olgu sunulmuştur.

Olgu Sunumu

On üç yaşında erkek hasta kliniğimize bir haftadır olan terleme, iştahsızlık ve halsizlik şika-

yetleri ile başvurdu. Hastanın öyküsünden, bir ay önce yedi gün süren diz ve bel ağrısının olduğu, o günden beri yaklaşık on kilo kaybettiği, hayvancılık ile geçindikleri ve taze köy peyniri tükettikleri, babasında ve amca çocuklarında bruselloz olduğu öğrenildi. Hastaya dokuz gün önce, başka bir hastanede Rose Bengal testi pozitifliği ve serum aglütinasyon testinin (SAT) 1/1280 olarak saptanmasıyla bruselloz tanısı konulmuş, doksisisiklin, streptomisin ve rifampisin başlanmıştı. Fizik muayenesi; sağ testiste ağrısız şişlik dışında doğaldı. Laboratuvar incelemelerinde; hemoglobin 12.6 g/dL, periferik kan lökosit sayısı 4000/mm³ (%45 nötrofil, %42 lenfosit, %10 monosit, %3 bazofil), trombosit sayısı 97000/mm³, eritrosit sedimentasyon hızı 29 mm/saat (0-10), C-reaktif protein 27.4 mg/L (0-8), FSH 5.1 mIU/mL (0.76-7.2), LH 2.3 mIU/mL (0.6-5.8) idi. Serolojik testlerde SAT 1/800, Coombs'lu antiserum ile brusella agglutinasyonu 1/1280 titrede pozitif, enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) ile brusella immüno-globulin G ve immüno-globulin M pozitif bulundu. İdrar ve kan kültüründe üreme olmadı. Skrotal ultrasonografisi; sağ testis ve epididim boyutları sola göre artmış ve parankimi heterojen, skrotal

Geliş Tarihi/ Received:
15.05.2012

Kabul Tarihi/Accepted:
07.06.2012

Yazışma Adresi:
Correspondence
Address:

Dr. Türkan Aydın Teke
Dr. Sami Ulus Kadın
Doğum, Çocuk Sağlığı
ve Hastalıkları Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
Çocuk Enfeksiyon
Hastalıkları Kliniği,
Ankara, Türkiye
Tel.: +90 312 305 60 48
E-posta:
turkanteke@gmail.com

©Telif Hakkı 2012
Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları
Derneği - Makale metnine
www.cocukenfeksiyon.com
web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2012 by
Pediatric Infectious Diseases
Society - Available on-line at
www.cocukenfeksiyon.com

doi:10.5152/ced.2012.45

renkli doppler ultrasonografisi; sağ testis ve epididim kanlanması sola kıyasla belirgin artmış olarak değerlendirildi. Olası malignensi açısından bakılan tümör belirteçleri (beta-human chorionic gonadotropin, alfa fetoprotein) negatif bulundu. Hastaya bruselloz komplikasyonu epididimoorşit tanısı konuldu, oral doksisisiklin tedavisine 2x100 mg olacak şekilde devam edildi, rifampisin 2x300 mg (oral) başlandı. Epididimoorşiti, lökopeni ve trombositopenisi tedavinin yedinci gününde düzeldi ve taburcu edildi. Altı hafta süren tedavisinin bitiminde bakılan SAT ve 2-merkaptotanol testi (2ME) negatif bulundu. Hasta daha sonraki kontrollerine gelmedi.

Tartışma

Epididimoorşit brusellozun en sık görülen genitoüriner komplikasyonudur ve nadiren de ilk başvuru bulgusudur. Brusellozlu olguların %2-%20'sinde genitoüriner tutulum bildirilmiştir (2). Brusellozun diğer genitoüriner sistem tutulumları prostatit, sistit, piyelonefrit, interstisyel nefrit, eksudatif glomerülonefrit ve renal apsedir. Epididimoorşitli vakaların %2.86'sında neden olarak brusella enfeksiyonu bulunmuştur (3). Çocuklarla ilgili yeterli veri bulunmamaktadır. Brusella epididimoorşiti hematojen yolla gerçekleşir ve hastalığın akut fazında daha sık görülür. En sık belirtileri genellikle tek taraflı olan skrotal ağrı, şişlik ve ateştir. Terleme, kilo kaybı, baş ağrısı, disüri, artralji, hepatosplenomegali eşlik edebilir. Hastamızda olduğu gibi idrar incelemesi normal ve kültürü sıklıkla negatiftir. Bruselloz varlığında (kan kültürü ile veya serolojik testlerle doğrulanmış) skrotal hassasiyet, şişlik ve skrotal ultrasonografi bulguları tanının esasını oluşturur. Hastamızın öyküsünde skrotal ağrı yoktu fakat giderek artan şişlik mevcuttu ve bruselloz tedavisi ile epididimoorşiti geriledi. Literatürde, rölaps brusellozlu bir vakanın ağrısız skrotal kitle ile başvurduğu, testiküler tümör tanısıyla orşiyektomi uygulandığı ve histopatolojik olarak apsenin gösterildiği bildirilmiştir (4). Tümör, travma, hematoma, kist, torsiyon ve diğer akut ve kronik genitoüriner enfeksiyonlar (apse, gonore, tüberküloz, kabakulak, sifiliz, klamidyal enfeksiyonlar gibi) ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Klinik bulgular ve fizik muayene bulgularının yanı sıra skrotal ultrasonografi ve renkli doppler ultrasonografi, testiküler sintigrafi ayırıcı tanıda yardımcı olabilir. Ayrıca epididimal aspirat, skrotal doku ve sperm kültüründe de üreme gösterilebilir. Brusella epididimoorşiti tedavisinde kombine antibiyotik tedavisinin uygulandığı konservatif yaklaşım sıklıkla yeterlidir. Ancak bu hastalarda infertilite problemleri gelişebilir. Bu vaka adölesan çağda olduğu için invazif tetkiklerden kaçınıldı, planlanan sperm analizi ve endokrinolojik takibi ise hasta kontrollere gelmediğinden yapılamadı.

Orta derecede anemi ve lökopeni bruselloza sıklıkla eşlik eden hematolojik bulgulardır. Pansitopeni ve trombo-

sitopeni daha nadir görülür (5). Hastamızda tedavi ile yedinci günde düzelen hafif düzeyde lökopeni ve trombositopeni vardı.

Brusellozda kesin tanı yöntemi kan, kemik iliği, beyin omurilik sıvısı gibi örneklerin kültüründe bakterinin üretilmesidir. Kandan izolasyon oranı %15-%70 arasında değişkenlik gösterir (6). Doksan brusellozlu çocuk olgunun değerlendirildiği bir çalışmada 37 vakadan alınan kan kültürlerinin 16'sında (%43.2) pozitiflik saptanmıştır (7). Literatürde brusella epididimoorşitli beş erişkin hastaya epididimal aspirasyon uygulandığı, dördünde brusella izole edildiği bildirilmiştir (2). Epididimoorşit sıklığının %12.7 olduğu 134 brusellozlu erişkin hastayı kapsayan bir çalışmada, epididimoorşiti olanlarda pozitif kan kültürü %59, olmayanlarda %30 olarak bildirilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (8). Hastamızın kan kültüründe üreme olmaması aldığı bruselloz tedavisinden kaynaklanabilir.

Sonuç

Epididimoorşit ayırıcı tanısında, brusellozun endemik olduğu bölgelerde yaşayanlarda, risk faktörü bulunanlarda bruselloz akla gelmelidir. Ayrıca geç veya yanlış tanı ve tedavi, testiküler apse, atrofi veya infertilite ile sonuçlanabileceği için brusellozlu her olgunun genitoüriner sistem muayenesi dikkatlice yapılmalıdır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir

Kaynaklar

1. Buzgan T, Karahocagil MK, Irmak H, et al. Clinical manifestations and complications in 1028 cases of brucellosis: a retrospective evaluation and review of the literature. *Int J Infect Dis* 2010; 14: 469-78. [\[CrossRef\]](#)
2. Navarro-Martinez A, Solera J, Corredoira J, et al. Epididymorchitis due to *Brucella melitensis*: a retrospective study of 59 patients. *Clin Infect Dis* 2001; 33: 2017-22. [\[CrossRef\]](#)
3. Stamatou K, Polyzois K, Dahanis S, Lambou T, Skolarikos A. *Brucella melitensis*: a rarely suspected cause of infections of genitalia and the lower urinary tract. *Braz J Infect Dis* 2009; 13: 86-9.
4. Kocak I, Dündar M, Culhaci N, Unsal A. Relapse of brucellosis simulating testis tumor. *Int J Urol* 2004;11: 683-5. [\[CrossRef\]](#)
5. Citak EC, Citak FE, Tanyeri B, Arman D. Hematologic manifestations of brucellosis in children: 5 years experience of an anatolian center. *J Pediatr Hematol Oncol* 2010; 32: 137-40. [\[CrossRef\]](#)
6. Mantur BG, Akki AS, Mangalgi SS, Patil SV, Gobbur RH, Peerapur BV. Childhood brucellosis: A microbiological, epidemiological and clinical study. *J Trop Pediatr* 2004; 50: 153-7. [\[CrossRef\]](#)
7. Tanir G, Tufekci SB, Tuygun N. Presentation, complications and treatment outcome of brucellosis in Turkish children. *Pediatr Int* 2009; 51: 114-9. [\[CrossRef\]](#)
8. Akıncı E, Bodur H, Cevik MA, et al. A complication of brucellosis: epididymorchitis. *Int J Infect Dis* 2006; 10: 171-7. [\[CrossRef\]](#)