

ENDER BİR OLGU: ENDOMETRİYUM TÜBERKÜLOZU

A RARE CASE: ENDOMETRIUM TUBERCULOSIS

Aydan ÖZKÜTÜK¹
Nuran ESEN¹

Emel CEYLAN²

Burçin TUNA³

Gülper ŞENER⁴

¹ Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

² Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Aydın

³ Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

⁴ Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

Anahtar Sözcükler: Tüberküloz, endometriyum tüberkülozu, *Mycobacterium tuberculosis*, menstrüel bozukluklar

Keywords: Tuberculosis, endometrial tuberculosis, *Mycobacterium tuberculosis*, menstrual disorders

Geliş: 31 Ağustos 2005

Kabul: 06 Ekim 2005

ÖZET

Genital tüberkülozun en sık klinik bulgusu infertilitedir. Nadiren menometroraji yapabilir. Bu yazıda, menometroraji etiyolojisi araştırılırken endometriyum tüberkülozu saptanan 40 yaşında bir olgu sunulmuştur.

SUMMARY

The most common clinical symptom of genital tuberculosis is infertility. It rarely causes menometrorrhagia. In this paper, a 40-year-old female with menometrorrhagia due to endometrial tuberculosis is presented.

GİRİŞ

Tüberkülozun sık görülmeyen klinik formlardan genital tüberküloz, genellikle infertilite araştırmaları sırasında saptanmaktadır. Sıklıkla akciğer tüberkülozuna sekonder ortaya çıkar. En sık tutulan organlar Fallop tüpleri, endometriyum (%50), overler (%30) ve servikstir (%10). Vagina-vulva tutulumu ise çok enderdir (1, 2). Genital tüberküloz, aktif üreme dönemindeki kadınlarda daha sık ortaya çıkar. Olguların %60'ı infertilite yakınması ile başvurmakta, pelvik ağrı ve menstrüyel bozukluklar ise diğer klinik yakınmalardır. Menstrüyel bozukluklar daha çok amenore ya da oligomenore klinik formundadır. Menoraji ve dismenore daha ender görülen yakınmalardır (3, 4). Bu yazıda, menometroraji nedenleri araştırılırken saptanan endometriyum tüberkülozlu bir olgu sunulmaktadır.

OLGU

Kırk yaşında, evli ve iki çocuklu kadın hasta, beş-altı yıldır devam eden düzensiz adet kanamaları nedeniyle Kadın-Doğum Polikliniği'ne başvurdu. Kanama etiyolojisinin araştırılması amacıyla yapılan endometriyum biyopsisinin patolojik değerlendirilmesinde granülomatöz endometrit saptandı. Olası tanılar arasında tüberküloz bulunması nedeni ile Göğüs Hastalıkları Polikliniği'ne gönderildi.

Hastanın özgeçmişinde demir eksikliği anemisi dışında özellik yoktu. Soygeçmişinde ise kuzeni akciğer tüberkülozu nedeniyle bir aydır tedavi görmekteydi. Olgu 15 yıldan beri kullandığı günde 10-15 adet sigarayı bir yıldır bırakmıştı. Sistem sorgulamasında halsizlik, sağ üst kadranda şişkinlik hissi ve sağda kot üzerinde lokalize

kemik ağrısı dışında sistemik bulgusu yoktu. Jinekolojik muayenesinde özellik olmayan hastanın menometroraji şeklindeki yakınması devam ediyordu. Akciğer grafisinde solda kalsifikasyon içeren hiler dansite dışında patolojik bulgu saptanmadı. Eritrosit sedimentasyon hızı 14 mm/h, CRP 6.96 mg/L, tüberkülin testi 20x30 mm olarak saptandı.

Alınan endometriyum biyopsisinde endometriyum yüzey epiteli altında kıvrımlanma gösteren ve subnükleer vakuoller içeren endometriyal bezler izlendi. Stroma genelde ödemli görünümde olup bazı alanlarda stromal, periglandüler ve perivasküler predezidüalizasyon dikkati çekti. Ayrıca birkaç alanda epiteloit histiyositlerden ve multinükleer dev hücrelerden oluşan granülom yapıları gözlemlendi (Şekil 1). Biyopsi ile tüberküloz tanısına ulaşılamaması nedeniyle olgunun endometriyum biyopsisi tekrarlanarak tüberküloz kültürü için örnek elde edildi. Klinik izlem sırasında önerilen nomegestrol asetat (Lutenyl tab 1x1) tedavisi ile menometroraji yakınması düzeldi. Alınan örneğin direkt bakısında aside dirençli bakteri (ARB) saptanmadı, ancak hem BACTEC 12B hem de Löwenstein-Jensen besiyerlerinde *Mycobacterium tuberculosis* üredi. Radyometrik BACTEC 460 TB otomatize sistemi ile antibiyotik duyarlılık testi yapıldı. Etken; isoniyazit, rifampisin, streptomisin ve etambutol'e duyarlı bulundu.

Diğer tedaviler kesilerek olguya isoniazid 300 mg/gün, rifampisin 600 mg/gün, etambutol 1 gr/gün ve morfozinamit 3 gr/gün başlandı. Sadece antitüberküloz tedavisi almaya başladıktan üç hafta sonra bulantı yakınmasının başlaması üzerine semptomatik olarak tedaviye anti-emetik eklendi. Bu dönemde karaciğer fonksiyon testleri (KCFT) değerlendirildi. AST 146 (1-32) U/L, ALT 144 (1-31) U/L, ürik asit 6.4, total bilirübin 0.42 ve direkt bilirübin 0.20 saptandı. Bu nedenle olgunun hastaneye yatırılması ve tüberküloz tedavisine 12 gün ara verilmesi sonucunda tedavi süresi bir ay uzatılarak 10 aya çıkarıldı. Dördüncü aydan sonra etambutol ve morfozinamit

sonlandırılarak tedaviye isoniyazit 300mg/gün ve rifampisin 600 mg/gün ile devam edildi. İzlemede KCFT değerlerinde artış izlenmedi. Olgunun dispeptik ve menometroraji yakınmaları düzeldi.

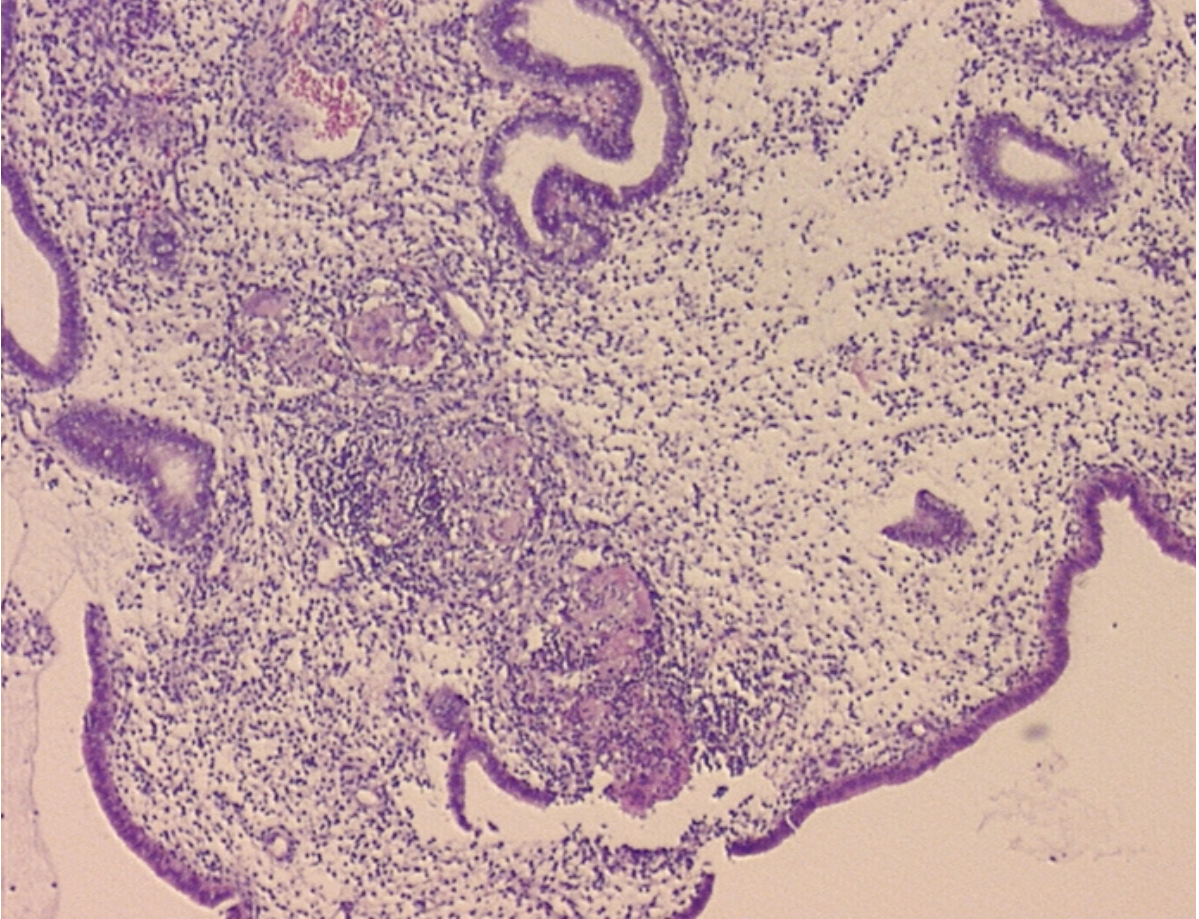
TARTIŞMA

Endometriyum tüberkülozu olgularında klinik yakınmalar tüberküloz tanısını düşündürmeyebilir. Endometriyum biyopsi örneğinde tüberkülozun patolojik olarak ayırıcı tanısı güçlükle oluşturabilir. Sonuç olarak gecikmiş tedaviler nedeniyle komplikasyonlar ortaya çıkabilir.

Genital tüberküloz olguları diğer tüberküloz olgularına göre çok daha nadir görülmekle birlikte, özellikle gelişmekte olan ülkelerde dikkate alınmalıdır. Kırk yaş altı, infertilite ya da anormal uterin kanama yakınmaları olan hastalarda endometrial biyopsisi sonucu net bilgi veremiyorsa endometriyum tüberkülozu da akla gelmelidir. Nijerya (4) ve Hindistan'da (5, 6) yapılan çalışmalarda, 40 yaş altı kadınlarda infertilite ve kanama yakınmaları bulunan, ancak biyopsi ile kararsız kalınıp daha sonra tüberküloz tanısı alan birçok olgu bildirilmektedir. Postmenapozal dönemde genital malignansilere eşlik eden ve gebelikle birlikte seyreden genital tüberküloz olguları da görülebilmektedir (7-9).

Genital tüberkülozun tedavisi akciğer tüberkülozunda olduğu gibidir. Tubaovariyan apse varlığında cerrahiye gereksinim duyulabilir (1). Olgu da sistemik tedaviye iyi yanıt verdi ve tedavi sonlandığında yakınmaları kalmadı.

Endometriyum tüberkülozu sık görülen infeksiyonlardan değildir. Sıklıkla infertilite yakınmaları olmakla birlikte, sunulan olguda olduğu gibi, bazen sadece adet düzensizlikleri ile de başvurular olabilir. Özellikle biyopsinin yetersiz kaldığı 40 yaş altı kadınlarda, tüberküloz da akılda bulundurulup, mikrobiyolojik incelemenin yararlı olacağı düşünülmektedir.



Şekil 1. Endometriyum biyopsi örneğinde lezyon.

KAYNAKLAR

1. **Haas DW.** Mycobacterial diseases. In: Mandel GL, Bennett JE, Dolin R, eds. *Principles and Practice of Infectious Diseases*. 5th ed. New York: Churchill Livingstone, **2000**: 2576-607.
2. **Mukerji PK, Misra VK, Nath J, Prasad R, Das K.** A study of endometrial tuberculosis in hospitalised patients of pulmonary tuberculosis. *Indian Journal of Tuberculosis* **1991**, 38: 197-9.
3. **Weerakiet S, Rojanasakul A, Rochanawutanon M.** Female genital tuberculosis: clinical features and trend. *J Med Assoc Thai* **1999**; 82: 27-32.
4. **Adewole IF, Babarinsa IA, Akang EE, Thompson MO.** The value of routine endometrial biopsy in gynaecological practice in Nigeria. *West Afr J Med* **1997**; 16: 242-5.
5. **Arora VK, Gupta R, Raksha A.** Female genital tuberculosis – need for more research. *Ind J Tub* **2003**; 50: 9-11.
6. **Chowdhury NN.** Overview of tuberculosis of the female genital tract. *Indian Med Assoc* **1996**; 94: 345- 61.
7. **Rajaram S, Dev G, Panikar N, Singh KC, Goel N.** Postmenopausal bleeding: squamous cell carcinoma of cervix with coexisting endometrial tuberculosis. *Arch Gynecol Obstet* **2004**; 269: 221-3.
8. **Saygılı U, Guclu S, Altunyurt S, Koyuncuoglu M, Önvural A.** Primary endometrioid adenocarcinoma with coexisting endometrial tuberculosis. A case report. *J Reprod Med* **2002**; 47: 322-4.
9. **Zekioğlu O, Özol D, Çavusoğlu C, et al.** Miliary tuberculosis with endometrial spread in a pregnant woman. A case report. *Ann Saudi Med* **2003**; 23: 296-7.

İLETİŞİM

Yrd. Doç. Dr. Aydan ÖZKÜTÜK
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı
35340 İnciraltı, İZMİR
e-posta: aydan.ozkutuk@deu.edu.tr