

# ÜRİNER TÜBERKÜLOZA BAĞLI ADDİSON OLGUSU

AN ADDISON DISEASE CASE DUE TO URINARY TUBERCULOSIS

Barış ALTAY  
Aykut KEFİ  
Mustafa DELİBAŞ  
Ceyhun ÖZYURT  
Oktay NAZLI

## SUMMARY

Although the adrenal glands may be involved in tuberculosis, the true frequency and the extent of adrenal involvement are not well known. But considered as rarely. In this case report, a patient with a long history of Addison's disease was examined for macroscopic hematuria and the etiologic factor was urinary tuberculosis.

(Key Words: Macroscopic hematuria, corticotherapy, ofloxacin)

## ÖZET

Tüberkülozda sürrenal bezlerin tutulumu görülmele birlikte, bunun kesin sıklığı ve derecesi çok iyi bilinmemektedir, fakat nadir olduğu sanılmaktadır. Bu olgu sunumunda, uzun süredir Addison hastalığı olan ve makroskopik hematüri nedeni araştırılan hastada etyolojik faktörün üriner tüberküloz olduğu anlaşıldı.

(Anahtar Sözcükler: Makroskopik hematüri, kortikoterapi, ofloksasin)

Üroloji Anabilim Dalı (Prof.Dr.O Nazlı, Doç.Dr.C Özyurt,  
Op.Dr.B Altay, Op.Dr.A Kefi, Op.Dr.M Delibaş)  
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi 35100 Bornova-İZMİR

Yazışma :Op.Dr. B Altay

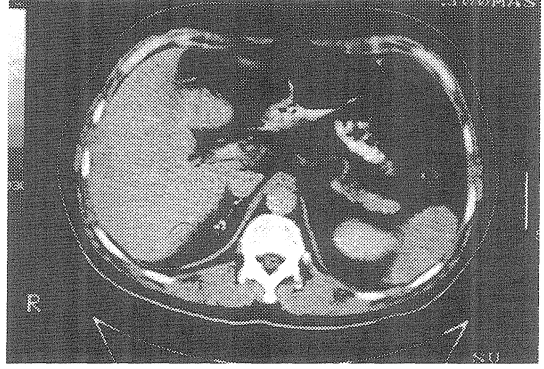
Üriner tüberküloza bağlı sürrenal bezi tutulumu ile ilgili özellikle yirminci yüzyılın başlarında bildirilen yayınlar vardır. 1928-38 yılları arasında 19, 1938-58 yılları arasında ise 14 olgu bildirilmiştir (1). Ancak etkin antitüberküloz tedavisi sonrası bildirilen olgu sayılarında düşüş sağlanmıştır. Sürrenal bezi tutulumu bazal kortizol seviyesi, sinakten'e kortizon yanıtı ve bilgisayarlı tomografi (BT) ile desteklenmektedir (2). Ayırıcı tanıda BT eşliğinde ince iğne aspirasyon biyopsisi anlamlıdır.

Çalışmamızda uzun süredir Addison hastalığı olan 57 yaşındaki erkek hastada makroskopik hematürinin nedenlerini araştırırken Addison hastağının da etyolojisini ortaya koyduk.

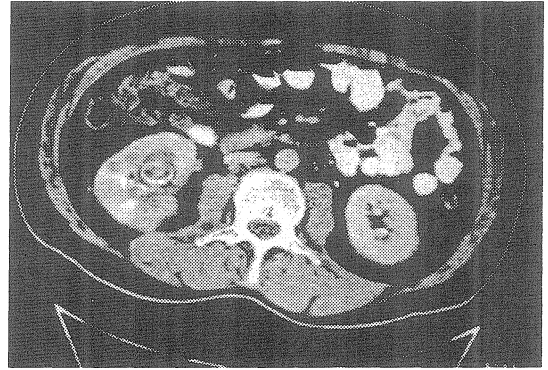
**OLGU:** 57 yaşında OÇ adlı emekli erkek hasta Temmuz 1997'de (klinik protokol: 1023) 15 gündür süren makroskopik hematüri, idrarda yanma ve halsizlik şikayetleri ile yatırıldı. Öyküsünde 35 yıldır süren Addison Hastalığı vardı ve nedenle 30 mg/gün hidrokortizon tedavisi almaktaydı. Fizik muayenede ciltte aşırı pigmentasyon dışında göze çarpan bulgu yoktu. İdrar kültüründe bakteri elde edilemedi. Akciğer filmlerinde sağ üst kutupta fibrotik ve düzensiz kalsifiye alanlar saptandı. İntravenöz ürografide (İVÜ) sağ böbrekte pelvikalsiyel dilatasyon ve sağ üreterde peristaltizmin kaybolduğu gözlemlendi. İdrar sitolojisinde polimorf nüveli lökositler ve mikst enflamatuar yapıda hücreler saptandı. BT'de sağ böbrek pelvis yerleşimli kitle ve yarım ay tarzında kalsifikasyon ve sağ sürrenal bezde atrofi bulundu. (Şekil 1-2).

Pelvis Renalis tümörün ayırıcı tanısı amacıyla sağ bibeğin eksplorasyonu planlandı (perasyon tarihi: 23.5.1997) ancak gerçek anlamda kitle saptanmadı. Bununla beraber pelvis yapısında intra-renal yerleşimli olduğu ve fibröz yapıda üreter ile devam ettiği belirlendi. Sağ üreter üst ucudan yapılan eksizyonel biyopsi sonrası pipüri saptandı ve yapılan biyopsisinin frozın incelenmesinde süpürayon zeminin-

de asidofilik sitoplazmik hücrelerle birlikte mikst, yoğun eflamatuar hücre popülasyonu ve köpüksü makrofajlar izole edildi. Üreteral biyopsi örneği PAS (+) boyaması sonrası tanının üriner tüberküloz lehine olduğu değerlendirildi. (Patoloji Prot. No: 11571-97)



**RESİM 1:** Sağ böbrekteki kitle



**RESİM 2:** Sürrenal bezde yarım ay şeklinde kalsifikasyon

Addison hastalığı zemininde klasik izoniazid ve rifampisin tedavisinin hepatoksisitesi gözönüne alınarak, streptomisin 1 gr/gün 1 ay, etambutal 125 mg/gün 3 ay ve ofloksasin 600/gün 6 ay boyunca planlandı. Tedaviye bağlı bir yan etki gözlenmedi ve ofloksasin 600 mg/gün 6 ay boyunca planlandı. Tedaviye bağlı ciddi bir yan etki gözlenmedi ve 1 ay sonunda üriner yakınmalarda belirgin bir düzelme kaydedildi. 3 ay sonunda çekilen kontrol İVÜ'de pelvikaliektazinin ve üreteral dilatasyonun gerilediği gözlemlendi. Patolojik, radyolojik ve klinik veriler eşliğinde Addison has-

talığın etyolojisinin makroskopik hematüri gibi üriner tüberküloza bağlı olduğu sonucuna varıldı.

### TARTIŞMA

Litaratürde, Addison hastalığı nadir görülmekle birlikte en sık nedenlerinin üreiner tüberküloz ve adrenal atrofi olduğu ve tanının geç konduğu olgularda ölümcül seyrettiği bildirilmektedir (3). Malin infiltrasyon, sarkoidoz ve mantar enfeksiyonları diğer endenler arasındadır. Tüberküloza bağlı etyolojilerde klasik antitüberküloz ajanlarından farklı olarak hepatotoksitesi az olan tedavi seçenekleri önem kazanmaktadır, çünkü izoniazid ve etambutolün karaciğer fonksiyonlarını erken dönemde etkilediği bilinmektedir.

*Mycobacterium tuberculosis* (4) üzerine ofloksasinin in vitro koşullarda yüksek et-

kinliği ve düşük karaciğer toksisitesi olduğu, sadece % (den azının karaciğerde metabolize edildiği saptanmıştır. Ofloksasin öncelikle böbreklerden atılmaktadır. Bu nedenle üriner tüberküloz tedavisinde uzun süreli ofloksasin kullanımı etkin ve güvenli bulunmuştur (5,6). Akut fazda yakınmaları en aza indirmek için kısa süreli streptomisin tedavisi düzenlenmiş ve düşük yan etkileri nedeniyle etambutol tedaviyi eklenmiştir.

İdrar yakınmalarla birlikte makroskopik hematüri tanımlayan özellikle orta yaş ve üstündeki olgularda üriner tüberkülozun ayırıcı tanıda ülkemiz koşullarında hala önemli olduğu ve kuşku edilen olgularda idrarda tüberküloza yönelik kültür bakışı gerekliliği bir kez daha ortaya çıkmaktadır. Bununla beraber karaciğer yetmezliği nedeniyle klasik antitüberküloz tedavi yerine uzun dönem ofloksasin tedavisinin bir seçenek olduğunu savunmaktayız.

### KAYNAKLAR

1. Dunlop D. Eighty-six cases of Addison's disease. *Brit Med J*. 1963 ; 12 : 887-91.
2. Eason RJ, Croxson MS, Perry MC, Somerfield SD. Addison's disease, adrenal autoantibodies and computerized adrenal tomography. *NZ Med J*. 1982 ; 95 : 569-73.
3. Irvine WJ, Barnes EW. Adrenocortical insufficiency. *J Clin Endocrinol Metab*. 1972 ; 1 : 549-55.
4. Bagnato GF, Di Cesare E, Gulli S, Cucinotta D. Long-term treatment of pulmonary tuberculosis with Ofloxacin in a subject with liver cirrhosis. *Monaldi Arch Chest Disease*. 1995 ; 50 : 279-81.

5. Berning SE, Madsen L, Iseman MD, Peloquin CA. Long-term safety of Ofloxacin and Ciprofloxacin in the treatment of Mycobacterial infections. *Am J Respir Crit Care Med*. 1995 ; 151 : 2006-9.

6. Cambau E, Songkoff W, Besson M, et al. Selection of a *gyrA* mutant of *Mycobacterium tuberculosis* resistant to fluoroquinolones during treatment with Ofloxacin. *J Infect Dis*. 1994 ; 170 : 479-83.

## EDİTÖRYEL YORUM

İdrar kültüründe üreme olmaması, akciğerde geçirilmiş tbc bulguları olması, İVP'deki belirtilen tipik bulgular Tbc'yi hemen akla getiriyor. İdrara da direk ARB ve Tbc yönünden kültür ekimleri yapılmalı yine PPD yapılmalı idi.

BT'de görülen dolma defekti hastaya gereksiz bir eksplorasyona neden olmuş İVP'de bu dolma defekti doğrulanmıyorsa ve o esnada alınan selektif o böbreğe ait idrardan tbc için ekimler yapılmalı idi.

Hastada surrenalde Tbc olduğunu belirten objektif veri yok. Objektif olarak (biyopsi ile) surrenalde Tbc olduğunun gösterilmesi gerekirdi. Hastada ürogenital sistem (UGS) tüberkoloz olması adrenal yetmezliğin nedeninin sadece tbc olduğunu düşündürür, ancak bunun kanıtlanması gerekir.

Ayrıca UGS Tbc'de tedavinin 3. ayında üreter dilatasyonu ve pelvikaliektazinin gelişmesi çok sık rastlanan bir olay değildir.

Op.Dr. Ferruh Zorlu  
SSK Tepecik Eğitim Hastanesi  
Üroloji Klinik Şefi İZMİR