

TÜBERKÜLOZ SALPİNJİT OLGUSU

A CASE OF TUBERCULOUS SALPINGITIS

Mansur KAMACI
Rıfat Hakkı GÜRSOY
Hüsamettin SARGIN
Eşref DEMİR

SUMMARY

A seven-year married infertile patient was admitted to 600-bed-Military Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology. In routine physical examination and infertility work up, a scaring due to tuberculosis lymphadenitis on left submandibular region and a typical "golf stick" sign of the fallopian tubes on hysterosalpingography was noted. Biopsies from the granulomatous tissues and the peritoneal fluid samples from the Douglas pouch were taken during diagnostic laparoscopy. The peritoneal fluid aspirate from the Douglas pouch was Rivalta positive. Histology and biochemical analysis confirmed the diagnosis of tuberculous salpingitis. The patient was referred to an In Vitro Fertilization center.

(Key words: Tuberculous salpingitis, Infertility, In vitro fertilization.)

ÖZET

Çocuk isteğiyle başvuran, 7 yıllık evli, kadın hastamızın çene altında solda lenfadenit tüberküloz skarı mevcuttu. 24 yaşındaki olgunun histerosalpingografisinde fallopian tüplerde "golf sopası" belirtisinin saptanması üzerine infertiliteye salpinjit tüberkülozun neden olabileceği düşüncesiyle laparoskopi yapıldı. Laparoskopik gözlem ve tubalardaki granülasyonlardan alınan biyopsi metaryallerinin patolojik incelemesi, ayrıca Douglastan aspirasyonla sağlanan sıvının sitolojik ve biyokimyasal (Rivalta testleri) analizlerinde salpinjit tüberküloz tanısı doğrulandı. Olgunun infertilite sorununun In Vitro Fertilizasyon/Embryo Transferi girişiyle çözülebileceği önerildi.

(Anahtar Sözcükler: İnfertilite, İn vitro fertilizasyon, Salpinjit Tüberküloz)

Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği (Doç.Dr.M Kamacı,
Klinik Şefi)

Radyoloji Kliniği (Uz.Dr.H Sargin, Klinik Şefi)

Patoloji Laboratuvarı (Uz.Dr.E Demir)

600 Yataklı Mevki Asker Hastanesi Dışkapı-İSTANBUL

Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği (Doç.Dr.R.H Gürsoy)

Gazi Üniv. Tıp Fakültesi Beşevler - ANKARA

Yazışma: Doç. Dr. M. Kamacı

İçel Sokak No: 3/12 Yenışehir 06420 ANKARA

Tüberküloz basilinin yaptığı, granülomatoz salpinjitin en belirgin tipi tüberküloz salpinjittir. Salpinjilerin hemen % 5'ini tüberküloz salpinjitlerin oluşturmasının önemli nedeni ülkemiz koşullarında tüberkülozun yaygın oluşudur Hastalık insandan insana öksürük, aksırık, ekspirasyonla çıkan ve basil taşıyan Pflüge tanecikleriyle bulaşmaktadır. İkinci bir enfeksiyon kaynağı hasta ineklerdir. İneklerde tüberküloz mycobacterium bovi'in meydana getirdiği enfeksiyonda, memede bulunan basiller sütle geçer (1). Son yıllarda sütlerin pastörizasyon yapılarak kullanılmasıyla bu hastalığın pelvik organlarda görülme sıklığının belirgin bir şekilde azaldığı bildirilmektedir (2).

Pelvik tüberküloz, izole bir hastalık olmayıp, primer hastalığın sıklıkla akciğerde seyrek olarak da kemik, lenf bezleri ve böbrekte olduğu bilinmektedir (3). Tüberküloz basilinin uzak foküslerden kan yoluyla, tüberküloz peritonitte intestinal komşulukla ve eskimiş pastörize süt alımı ile gastro intestinal kanal yolu ile tüplere ulaşabileceği bildirilmektedir (4, 5).

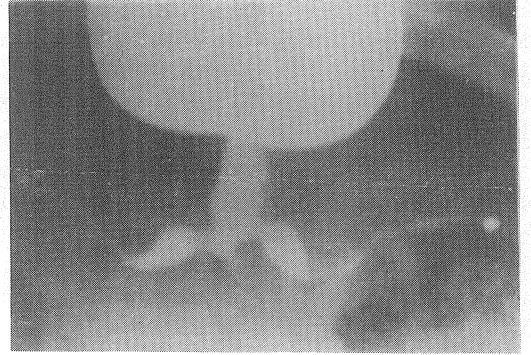
Bu hastalarda infertilitenin tedavisinde medikal tedavi ve rekonstrüktif cerrahi tedavinin yerinin olmadığı bilinmektedir. İn vitro fertilizasyon ve embryo transferinde başarılı merkezlerin çok olduğu ülkelerde tüberküloz insidansının düşük olması nedeniyle in vitro fertilizasyon ve embryo transferi yaygın şekilde uygulanmamıştır (6).

OLGU

M. G. 24 yaşında, 7 yıldır evli ve çocuk-suz bayan, çocuk sahibi olmak istemiyle, 600 Yataklı Ankara Mevki Asker Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine 23.7.92' de 4993 protokol no ile başvurdu. Son adet tarihi 20.7.92 olan olgunun siklus düzeni 30/4-5/3-4 şeklinde ve sancısız meydana gelmekteymiş. Hastanın fizik muayenesinde; sol çene altı lenf adenit tüberküloz olarak değerlendirilen cilt skar saptandı. Hafif kasık ağrısından yakınan olgunun jinekolojik

muayenesinde vulva ve vajen tabii, kollum uteri orta hatta, nulipar özellikte, korpus uteri antevort pozisyonda normal kıvam ve büyüklükte, adneksler serbest bulundu. Spekulum bakışı normaldi. Çocukken lenf adenit tüberkülozu nedeniyle antitüberküloz tedavi gördüğü öğrenildi. Eşinin sperm değerleri fertil özellikte bulundu. Primer infertilitesinin nedenini belirlemek için araştırma kapsamına alındı.

Histerosalpingografik değerlendirmede (28. 7. 92) uterus kavitesinde dolma defektleri ile tüplerde golf sopası belirtisi (5) vardı (Resim 1). Ultrasonografik muayenede ovü-



Resim 1: Olgunun histerosalpingografisi

lasyon bulgusu saptanmadı. 8. 8. 92 tarihindeki hormon analizlerinde (FSH: 10.4 mIU/ml, LH: 33.9 mIU/ml, PRL: 351.2 mIU/ml, E₂: 225.6 pg/ml, P:0.7 mg/ml., 17-OH-P: 1.0 mg/ml, T₃: 2.8 pg/ml, Serbest T₄: 1.3 ng/dl, TSH: 3.5 mIU/ml, DHEA-S: 296.1 ul/ml) anovuluar siklusu olduğu belirlendi. PPD testi 15 mm. ve Akciğer grafisi normaldi. Menstrüel siklusun 25 nci günü (4. 8. 92) yapılan laparoskopide; overlerde ovülasyon izinin olmadığı, tüplerde yaygın granülasyonların varlığı, metilen mavisi ile yapılan kontrolde tüplerin hidrosalpinks'e bağlı olarak kapalı olduğu saptandı. Douglastan aspire edilen 10 cc kadar sıvının sitolojik incelenmesinde malign hücre olmadığı ve az sayıda nötrofil lökositler saptandı. Tubalar üzerindeki granüler oluşumlardan yapılan biyopsilerin değerlendirilmesinde normal

bağ dokusu görüldü. Tubanın bir bölümü çıkarılıp seri kesitler yapılamadığından tubalar üzerindeki granüler oluşumlardan yapılan biyopsilere göre kesin histopatolojik tanı konulamadı. Endometrium biyopsisinde de sekretuar endometrium saptandı. Granülom yapısı izlenmedi.

Histerosalpingografide, endometrial kavitede yapışıklıklar belirlendiğinden Karmann Suction apareyinin 4 mm çaplı kanülüyle yeterli miktarda endometrial doku sağlanması nedeniyle küretaj düşünülmedi.

Douglaston aspire edilen sıvının % 3'lük asetik asitle yapılan Rivalta testi olumlu bulundu (5. 8. 92). Ziehl boyası ile aynı örneklerden yapılan yaymada aside dirençli bakteri (ADB) saptanmadı (7). Menstrüel kandan Löwenstein-Jensen besi yerine ekim yapıldı (GATA Mikrobiyoloji Laboratuvarı) (8). 21-60 ncı günlerdeki kontrollerde Koch Basili üretilmedi.

Olgunun infertilite sorununun çözümü için histerosalpingografideki endometrial değişikliklerin embryo transferine uygun olup olmadığının histeroskopi ile belirlenmesi ve daha sonra da in vitro fertilizasyon uygulanması önerisi ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Avustralya'da Victoria'da 1961 ile 1980 yılları arasında 181 olgu genital tüberkülozun saptandığı ve hastalığın sıklığında belirgin bir düşme meydana geldiği ve 100.000'de 0,16 oranında görüldüğü ve bunların da Güney Avrupa'dan gelen göçmenler olduğu bildirilmiştir. Genital tüberküloz'un % 46 oranda infertiliteye neden olduğu retrospektif bir çalışmayla bildirilmektedir (9).

Gelişmiş ülkelerde de genital sistemde tüberkülozun infertilite nedenlerini araştırılması sırasında belirlenmektedir. Antitüberküloz ilaçlarla tedavinin, tedavide hala yerini savunanların ise genital tüberkülozlu hastaların fertiliteleriyle ilgili geleceğlerinin, fallopian tüpler ve endometrial dokulardaki hassasiyetler sonucu şüphelerle dolu olduğu

bildirilmektedir (3, 10). Histerosalpingografilerinde kalsifiye pelvik lenf bezleri, adnekslerde düzensiz kalsifikasyonlar, tuba istmus ve ampullasında obstrüksiyonlar, tubalarda multipl konstrüksiyonlar, fistüller istmus ve ampullanın musküler duvarında kalınlaşma ve skarlar (golf sopası arazi), uterus kavitesinde deformite ve dolma defektleri saptandığı bildirilmektedir (5, 12).

Pannonen ve arkadaşlarının tüberküloz endometritisli olguların hiçbirisinde daha önceden belirgin tüberküloz öyküleri olmadığı gibi akciğer filmlerinin normal bulunmasına karşın olgularının sadece infertilite sorunu olduğunu, bunları histerosalpingografik ve histolojik olarak doğruladıklarını bildirmektedir (11).

Tüberkülozlu abdominal lenf bezlerinin komplikasyonlarının salpinjit ve peritonit olarak görüldüğü bildirilmektedir (13).

Tubalarda granüller oluşumundan laparoskopik biyopsi ile elde edilen doku örneklerinin patolojik incelemesinin fibröz bağ dokusu şeklinde değerlendirilmesi ile histerosalpingografik golf sopası arazının salpinjit tüberküloz olarak tanımlaması arasında bir çelişkiyi anımsatmaktaysa da, 7 yıllık evli olan olgumuzda infertiliteye neden olan salpinjit tüberkülozun primer olarak akciğerde kaynaklanmış olduğu, çene altındaki Lenfadenit tüberkülozun bir komplikasyon olduğu ve enfeksiyonun hematogen yayılımı ile meydana gelebileceği şeklinde değerlendirilmesinin Pannonen R. ve arkadaşlarının (11, 12) açıklaması ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Genital organlardaki tüberkülozun tanınmasında radyolojik yöntemlerin özellikle histerosalpingografinin hala yeri olduğu bildirilmektedir (14). Uterus kavitesinin durumunu ve tüplerin açık olup olmadığını inceleyen histerosalpingografi basitliği ve her yerde yapılabilirliği nedeniyle önemli bir avantaj sağlamaktadır (15).

Balgam, premenstrüel sıvı, menstruasyon kanı gibi örneklerden tüberküloz yönünden

ve Douglas sıvısı ile yapılacak mikroskopik muayenelerde bu örneklerde yeterli sayıda bakteriyi bulunmadığından sonuçların olumsuzluğu doğal olabilir. Bu nedenle kesin tanı, kültür ve hayvan deneyleri ile yapılmaktadır (7). Kültür amacıyla Löwenstein-Jensen, Middlebrook 7 H10, Middlebrook 7 H11 besi yerleri kullanılmaktadır. Ayrıca günümüzde çabuk tanı için geliştirilen Bactec460 TB sistem, gaz likid kromatografi, Polymerase Chain Reaction (PCR) gibi tekniklerden de yararlanılabilmektedir (6).

Douglas sıvısından yapılan sitolojik, biyokimyasal ve mikrobiyolojik çalışmalarda spesifitesi ve sensitivitesi düşük Rivalta olumluluğu, Ziehl boyası ile yapılan yaymanın özellik taşımadığı Löwenstein-Jensen besi yerine ekimde üreme olmadığı saptandı.

Salpinjit tüberkülozun, tüplerdeki epitel fonksiyonlarını bozması sonucu ovumun taşınmaması infertiliteye yol açmaktadır (16, 17).

Tüberküloz nedenli infertilitesi olan 20 olguya uygulanan 47 siklusta 47 in vitro fertilizasyon girişimi sonucunda 5 doğum ile 1 devam eden gebelik olayının elde edildiği bildirilmektedir (18). İn vitro fertilizasyonun gelişmekte olduğu Çin'den 1984-1988 yılları arasında tüberkülozlu olgudan, in vitro fertilizasyon yöntemiyle bir yıldan fazla bir zamanda 3 gebelik elde ettikleri bildirilmektedir (19).

Menstrüel kandan Löwenstein-Jensen besi yerine yapılan ekimin olumsuz sonuçlanması üzerine olguya in vitro fertilizasyon yapılan merkezlere başvurması önerildi.

Bu olguda histerosalpingografide uterin boşluğu düzgün olması nedeniyle embriyo transferi infertilite nedeninin eskiden yapıldığı gibi tıbbi ve mikrocerrahi girişimlerle (tuboplasti) değil, ovulasyon indüksiyonu ve in vitro fertilizasyon/embriyo transferiyle bugün daha güvenle çözülebileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Vidinel, I. *Akciğer Hastalıkları I.* İzmir Ege Üniversitesi Matbaası, 1975 ; 188-189.
2. Haines, M.: Tuberculous salpingitis as seen by pathologist and surgeon. *Am J Obstet Gynec.* 1985 ; 75 ; 742.
3. Lamb, E. J. : Genital tuberculosis. In: *Current Therapy of Infertility.* Ed. Garcia, C. R., Mastroianni, J. R., Amelar, R. D., Dubin, L. BC. Toronto, Decker Inc., 1988 ; 56-57.
4. Brown, A. B., Gilbert, C.R.A., Teinde, R.W.: Pelvic tuberculosis, *Obstet Gynec.* 1953 ; 2 ; 476.
5. Yıldırım, M.: Tubalara ait infertilite nedenleri. *Kadın İnfertilitesi ve Mikroşirürji*, Ankara, Er Ofset Basımevi, 1983 ; 62-70.
6. Urman, B.I, Gürkan, T., Kışınışçi, H.A: Genital tüberküloza bağlı infertilitenin tedavisinde; IVF ve ET'in yeri. *Medial Kadın Doğum Dergisi*, 1990 ; 6 : 2 , 120-122.
7. Schaefer, G.I. Tuberculosis of genital tract. *Clin Obstet Gynecol.*, 1970 ; 13 : 965.
8. Koneman, E. W. Allen, S. D., Janda, W.M., Schreckenberger, P.C., Winn, W.C.: *Diagnostic Microbiology*; Philadelphia, J.B. Lippincott Company, 1992 ; 703-755.
9. Cordas, S E, Monheit, B.M.: Gynecological tuberculosis in Victoria: a 20 year survey. *Aust. N.Z. Obstet Gynecol* 1982 ; 22 : 86-99.
10. Carter, J R 0 Unusual presentations of genital tract tuberculosis. *Int J Gynaecol-Obstet.* 1990 ; 33 : 171-6.
11. Neresesian, O.N., Materow, G.D., Gordienko, N.W., Bogatyreva, E.V.: A case of tuberculosis of the abdominal lymph nodes complicated by salpingitis and peritonitis. *Probl Tuberk*, 1989; 7 : 61-71.
12. Punnonen, R., Soderstrom, K.O., Alanen, A.: Isthmic tubal occlusion: Etiology and histology. *Acta Eur Fert.* 1984 ; 15(1) : 39-42.
13. Punnonen, R., Kiiholma, P., Meurman L.: Female genital tuberculosis and consequent infertility. *Int J Fertil.* 1983 ; 28 : 235-8.
14. Kolacheskia, E.N., Dolgushina, L.M.: Value of roentgenological methods in the diagnosis of tuberculosis of the female genital organs. *Akush Ginekol Mosk.* 1985; 7 : 38-41.
15. Siegler, A.M.: Hysterosalpingography. *Fertil-Steril* 1983 ; 40 : 139-58.
16. Jansen, R.P.S.: Fallopian tube istmic mucus and ovum transport. *Science*, 1978 ; 210 : 349, 1978.
17. Legros, R., Bastien, Y., Venou, C.I.: Tuberculoose utero-annexielle. *J Gyn Obst Biol Repr.* 1978 ; 7 : 1235.
18. Frydman, R., Eibschitz, I., Belaich-Allart, J.C., Hazout, A., Hamou, J.E.: In vitro fertilization in tuberculous infertility. *J In Vitro Fert. Embryo-Transf.* 1985 ; 2 : 184-9.
19. Wang, X.Y.: Female infertility due to tubal obstruction management and clinicopathologic study of 66 cases. *Chung Hua Fu-Chan-Ko Tsa Chih.* 1989 ; 24(4) : 201-2.