

Postmenopozal Dönemde Tüberküloz Endometrit: Olgu Sunumu

Dr. İlker ARIKAN (1), Doç. Dr. Serpil BOZKURT (2), Dr. Deniz ARIKAN (1),
Dr. Kemal BEHZATOĞLU (3), Dr. Remzi ABALI (1)

ÖZET

Genital tüberküloz olguları genellikle klinik olarak şüphe edilemeyen hastalarda tesadüfen bulunduğu ve semptomsuz hastaların çoğu tespit edilemediğinden genel popülasyonda genital tüberkülozun gerçek insidansını saptamak zordur. Genç yaştaki genital tüberkülozlu hastalar en sık infertilite nedeniyle kliniklere başvururken, postmenopozal dönemde pyometra ön plana çıkmaktadır. Kasık ağrısı yakınmasıyla kliniğimize başvuran 73 yaşındaki hastanın yapılan muayene ve ultrasonografik incelemeler sonucu uterus kavitesinde koleksiyon birikimi ve ileri decede genişleme saptandı. Öyle ki, bu görünümü ve incelenmiş uterus-duvarı ile ilk bakışta kistik bir kitle izlenimi veriyordu. Endometrium karsinomu ön tanısıyla full küretaj yapılan hastada, servikal dilatasyonun hemen ardından kaviteden kokusuz ve püy kıvamında bir materyal boşaldığı gözlemlendi. Histopatolojik inceleme sonucunda olgunun tüberküloz endometrit olduğu anlaşıldı. Hastaya antitüberküloz tedavi başlandı. Kavitede birikimin tekrarlanması ve her gün yeniden dilatasyon ve drenaj gerektirmesi üzerine, antitüberküloz tedaviden daha hızlı yanıt alınabilmesi amacıyla histerektomi yapıldı. Bu olgu sunumuyla postmenopozal dönemde pyometra ile başvuran hastalarda tüberküloz endometrin de ayırıcı tanıda hatırlanması gerektiği vurgulanmak istenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz endometrit, Pyometra, Postmenopozal dönem

SUMMARY

Postmenopausal Endometrial Tuberculosis: A Case Report

Cases of genital tuberculous endometritis are usually found in the clinically unsuspecting patients randomly. Most of the patients are without symptoms and they can't be diagnosed. So it is hard to confirm the real incidence of genital tuberculosis in the general population. The young patients with genital tuberculosis mostly apply to clinics with the complaint of infertility, but in the postmenopausal period pyometra becomes a more important symptom. A 73 year old woman applied to our clinic with the complaint of inguinal pain. We detected high degree of widening and collection in the uterine cavity with a thin uterine wall. We primarily thought it was a cystic mass. We did dilatation and curettage with the pre-diagnose of endometrial carcinoma. After the cervical dilatation an odorless material discharged from the cavity. The histopathological diagnosis of this material was tuberculous endometritis. We begun antituberculosis treatment. Because the collection repeated in the cavity and dilatation and drainage had been needed every day, hysterectomy was done to get more rapid response from the antituberculosis treatment. Tuberculous endometritis must kept in mind in the differential diagnosis of the patients who applied with the pyometra in the postmenopausal period.

Key Words: Tuberculous endometritis, Pyometra, Postmenopausal period

GİRİŞ

Tüberküloz vücudun herhangi bir organını tutabilir, klinik belirti vermeden var olabilir. Kadın genital tüberkülozunun genellikle vücudun başka bir

yerinde, sıklıkla akciğerdeki lezyondan basillerin hematojen yolla yayılması sonucu sekonder olduğu kabul edilir.

Genital tüberküloz olgularının çoğu klinik olarak şüphe edilmeyen hastalarda tesadüfen bulunduğu ve semptomsuz hastalar genellikle tespit edilemediğinden genel popülasyonda genital tüberkülozun gerçek insidansını saptamak zordur. Yine de postmortem çalışmalar sonucunda genital tüberküloz insidansı %4-12 arasındadır (1). 24-80 gibi geniş bir yaş aralığında görülmekle beraber, çalışmalar genital tüberkülozun pik yaptığı yaşı 20-40 arasında

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi II. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Asistanı (1), Klinik Şefi (2),
SSK İstanbul Eğitim Hastanesi, Patoloji Kliniği Uzmanı (3)

göstermiştir (1).

Genç yaştaki genital tüberkülozlu hastalar en sık infertilite nedeniyle kiliniklere başvururlar. İnfertilite problemi olan hastalarda genital tüberküloz insidansı %5 ile %10 arasındadır (1). Postmenopozal dönemde ise genelde semptomsuz seyretmekle beraber, pyometra genital tüberkülozun saptanmasını sağlayan önemli bulgulardan biridir. Genital organların lokalizasyonlarına göre tüberküloz sıklıkları; tubalar %100, endometrium %79, myometrium %20, serviks %24, overler %11'dir (1).

Tuba hematogen yayılım sırasında tüberküloz basili için uygun bir ortamdır ve en erken lezyonlar tubal mukozada bulunur. Tüberküloz basili organları bilateral olarak tutma eğilimindedir, dolayısıyla her iki tuba birlikte enfekte olur. Enfeksiyon tubalara ulaştıktan sonra direkt yayılımla uterus ve overlere ulaşır. Uterust ilerleme endometrium boyunca ve nadiren myometriuma ilerler. Makroskopik olarak uterus büyük, ancak şekli normal olabilir. Uterusun tutulumu ciddi ise görüntü karsinoma benzer.

Kadın genital tüberkülozunun en sık bulguları; pelvik ağrı %50, infertilite %45, menstrüel bozukluk %20, vaginal akıntı %20'dir (1). Pelvik ağrı en sık semptomdur ve genellikle jinekoloğa başvurmadan önce birkaç ay boyunca sürmüştür. Pyojenik mikroorganizmalarla sekonder enfekte olup kut ataklar gelişmedikçe ağrı ciddi değildir.

Postmenopozal yaşlarda genital tüberkülozla daha nadir olarak karşılaşılır. Bu hastaların çoğu pelvik ağrı veya vaginal akıntı yakınmasıyla başvurur, bir kısmında ise hiçbir semptom bulunmaz, tamamen tesadüfen ortaya konur. Gerek hastanın yaşı ve klinik muayeneler, gerekse görüntüleme yöntemleri ön planda endometrium karsinomunu düşündürür. Kesin tanı ancak histopatolojik olarak konabilir. Nadir oluşu, klinik olarak kanser ile karışması ve ayırıcı tanıda en son akla gelmesi dolayısıyla postmenopozal bir tüberküloz endometrit olgusundaki gözlem ve yaklaşımlarımız sunulmak istenmiştir.

OLGU

73 yaşındaki kadın hasta onkolojik kontrolleri sırasında çekilen abdominal ve pelvik BT'de pelvik kitle saptanması üzerine semptomsuz olarak kliniğimize başvurdu. Hasta 5 yıl önce infiltratif duktal meme karsinomu nedeniyle sol mastektomi operasyonu geçirmişti ve takip edilmekteydi. Jinekolojik hikayesinde; G:0, P:0, A:0, C:0, SAT:23 yıl önce idi. 25-4-2001 tarihinde çekilen abdominal ve pelvik BT incelemesinde; uterus boyutları normalden büyük olup, endometrial kavite ileri derecede geniş olarak izlenmekte (5.7 cm) ve uterus bu haliyle adeta kistik bir kitle görünümü vermektedir. (Resim 1).



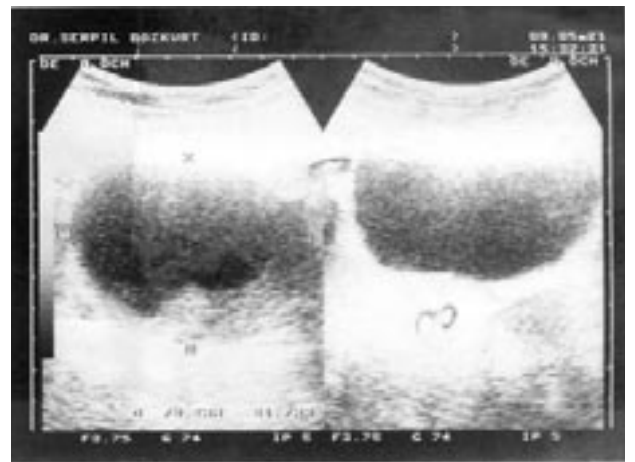
Resim 1

Ayrıca myometriumda uterus konturunda lobulasyon oluşturan 1.1 x 1.6 cm. boyutlarında kalsifiye bir lezyon mevcuttu.

Hastanın akciğer grafisinde peribronşial kalınlaşma dışında patoloji saptanmadı.

CA 125 değeri 424 U/ml idi.

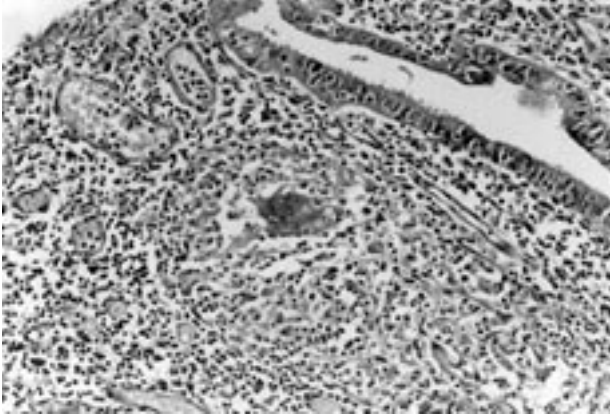
Yapılan jinekolojik muayenede uterus atrofik olup, sağ adneksial 4-5 cm'lik yumuşak kıvamlı kitle mevcuttu. Pelvik USG'de; uterus 34 x 24 mm, endometrial eko 9.4 mm olup orta hatta uterusu bitişik 76 x 61 mm pür kistik kitle kitle tespit edildi (Resim 2).



Resim 2

Laboratuvar bulguları: BK: 10850, Hb: 13.2, Htc: 39.9, Plt: 237000, AKŞ: 100, AST: 36, ALT: 29

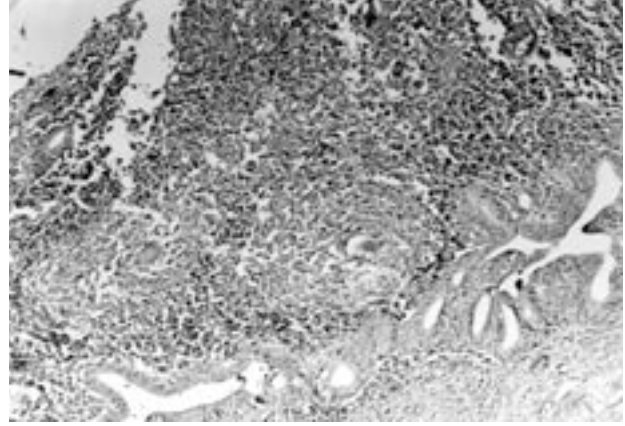
Endometrium karsinomu ön tanısıyla full küretaj yapılan hastada, servikal dilatasyonun hemen ardından kaviteden kokusuz ve püy kıvamında bir materyal boşaldığı gözlemlendi. Histerometri 12 cm'di. Kaviteye drenaj sağlamak amacıyla 16 nolu foley sonda yerleştirildi. Postoperatif 2. günde yapılan pelvik USG'de kitlenin sıvı içeriğinin azaldığı gözlemlendi ve foley sonda çekildi. Histopatolojik inceleme sonucunda olgunun tüberküloz endometrit olduğu anlaşıldı. Hastaya antitüberküloz tedavi (İsoniazide 100 mg 1x3, Rifampicin 300 mg 2x1, Ethambutol 500 mg 3x1, Morphazinamide 500 mg 4x1) başlandı. Ancak kavitede birikimin tekrarlanması ve her gün yeniden dilatasyon ile drenaj gerektirmesi, ayrıca hastanın opere meme kanseri olması ve CA 125 değerinin yüksek oluşu da dikkate alınarak, antitüberküloz tedaviden daha hızlı yanıt alınabilmesi amacıyla 24-5-2001 tarihinde histerektomi yapıldı. Postoperatif histopatolojik inceleme sonucu; Endometrium: granülatöz endometrit, Tubalar: granülatöz salpenjit, Myometrium: leiomyomata, Serviks: kronik servisit, Overler: fibrozis (Epikriz: Bulgular tüberküloz endometrit ve tüberküloz salpenjit ile uyumludur.) olarak geldi. (Resim 3, 4)



Resim 3

İki aylık dörtlü antitüberküloz tedavisinden sonra, İsoniazide 100 mg 1x3 ve Rifampisin 300 mg 2x1'den oluşan ikili tedaviye geçilmiştir. Halen medikal tedavi sürmektedir. Yapılan son kontrollerde pelvik bölge ve akciğerlerde herhangi bir patoloji saptanmamıştır.

Hastanın, kliniği ve BT ile birlikte değerlendirildiğinde, daha sonra bu kistik kitle görünümünün uterusun kendisine ait olduğu anlaşıldı.



Resim 4

TARTIŞMA

İlk kez 18. yüzyılda Morgagni tarafından tarif edilen genital tüberküloz genellikle sessiz seyretmekte, daha çok infertilite tetkikleri sırasında tesadüfen ortaya çıkarılmaktadır. Ancak son yıllarda tanı tekniklerinin, özellikle görüntüleme yöntemlerinin gelişmesiyle daha sık teşhis edilir olmuştur.

Roy ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada, çeşitli yakınmalarla (%47.5'i infertilite, %30.75'i anormal uterine kanama, %11.25'i amenore, %6.25'i lökore, %4.25'i pelvik ağrı ve pyometra nedeniyle) kliniklere başvuran, yaşları 15-60 arasında değişen, 800 hastanın endometrial küretaj materyalinin histopatolojik sonuçlarını değerlendirmişlerdir. Bu çalışmada :11.8 hastada endometrial tüberküloz saptanmıştır (2).

Adewole ve arkadaşlarının yaptığı 7211 hastanın endometrial biyopsi sonuçlarını kapsayan bir çalışmada ise tüberküloz endometrit insidansı %0.49 olarak bulunmuştur (3).

Akazawa ve Ushiki yaşları 52-82 arasındaki 535 hastayı kapsayan bir çalışmada 5 (%0.93) hastada tüberküloz endometrit saptamışlardır. Bu 5 hastanın hiçbirinde eşlik eden bir akciğer tüberkülozu saptanmamıştır (4).

Genel tüberküloz insidansı toplumlar arasında farklılık gösterdiğinden ve genital tüberküloz olgularının çoğu semptomsuz olup kliniklere başvurmadığından genital tüberküloz insidansını belirlemek üzere yapılan çalışmalar birbirinden çok farklı sonuçlar vermiştir. Bu kadar farklı değerlerin verildiği bir hastalığın gerçek insidansını belki de ancak otopsi bulguları ortaya koyabilir. Postmortem çalışmalar sonucunda genital tüberküloz insidansı %4-12 arasında bulunmuştur (1).

Genital tüberküloz semptom vermeden ilerlese de genç hastalarda en sık şikayet infertilitedir. Klein ve

arkadaşlarının saptığı 20 genital tüberküloz olgusundan 14 (%70)'ünde infertilite şikayeti mevcuttu (5). Postmenopozal yaşlarda ise son derece nadir rastlanmakta, çoğu zaman da sessiz seyrettiğinden bir kısmında hiçbir zaman tanı konamamaktadır. Bizim burada sunduğumuz olgu da 5 yıl önce meme kanserini nedeniyle opere edilmiş ve bu nedenle takip altında bulunan bir hastaydı. Bu takipler kapsamında Nisan 2001'de pelvik ve abdominal BT'de tesadüfen saptanan pelvik kitle ileri tetkiklerin yapılarak tanının konmasına yardımcı olmuştur.

CA 125 çöлом epitelinde kaynaklanan yapılarda ve Müller kanalı orjinli organlarda saptanan bir glikoproteindir. Gebelik, düşük tehdidi, endometriosis, pelvik enfeksiyon, periton tüberkülozu, uterus myomu, karaciğer yetmezliği, siklusun luteal fazı gibi benign durumlarla, overin nonmüsinöz epitelyal kanseri, endometrium kanseri, tuba kanseri, endoservikal kanser, meme kanseri gibi malign durumlarda yükselmektedir (6). Mansour ve arkadaşları bir genital tüberküloz olgusunda CA 125 değerini 331 micrograms/L olarak saptamışlardır. Bir yıllık antitüberküloz tedavisinden sonra ise CA 125 değerlerinin düzeldiğini belirtmişlerdir (7). Biz de hastamızda CA 125 değerini 424 U/ml olarak saptadık. Hastamız opere meme kanserini olması nedeniyle CA 125 değeri yüksekliği dikkate değer bir bulgudur. Bu yükseklik tüberküloza bağlı olabileceği gibi, meme kanserinin bir nüks veya metastazının göstergesi de olabilir. Bu nedenle hastanın izlenmesinde CA 125 değerlerinin düştüğünün veya sebat ettiğinin gözlenmesi bu olgu için ayrı bir klinik önem taşımaktadır. Bu da hızlı bir tüberküloz tedavisi açısından histerektomi kararı vermemizde rol oynayan faktörlerden biri olmuştur.

Postmenopozal genital tüberküloz tedavisinin planlanmasında hastanın yaşı, genel durumu, büyük bir cerrahi girişimi tolere edebilmesi ve fertilitenin konusunun olmaması önemli faktörlerdir. Genel yaklaşım 18 ay İsoniazide 300 mg/gün ve Ethambutol 15-20 mg/kg/gün kullanılmalıdır (1). Cerrahi tedavinin endike olduğu durumlar şunlardır:

- antitüberküloz ilaç kullanımına rağmen adneksial kitlenin persistansı veya büyümesi
- bir yıllık tedaviden sonra endometrial tüberküloz rekürrensi
- uzun süreli antitüberküloz tedaviden sonra pelvik semptomların persistansı
- uzun süreli tedavi alamayacak veya kontrole gelemeyecek 40 yaş üzeri hastalar
- iyileşmeyen fistüller

Towers ise postmenopozal dönemde, uterusu bırakmanın herhangi bir gereği olmadığı ve antibiyotiklerin ilerlemiş ülsere-kazeöz lezyonlara (pyometra, tubaovaryen kitleler...) iyi penetre olamayacağı

için total abdominal histerektomi + bilateral salpingoferektominin tedavi seçeneği olduğunu belirtmiştir (8, 9). Biz de hastamızda başlangıçta antitüberküloz tedavi ile yetinmeyi planlamıştık. Fakat hiç doğum yapmamış ileri yaştaki bu hastanın kollumunun stenotik oluşu nedeniyle devamlı kavitede koleksiyon birikimi tekrarlanmaktaydı. Bu da antitüberküloz tedaviye yanıtı geciktireceği endişesini doğurdu. Ayrıca CA 125 değerinin yüksek olması ve hastanın opere meme kanseri hikayesi de histerektomi kararı vermemizde etkili oldu.

SONUÇ

- Postmenopozal pelvik tüberküloz çoğu zaman tesadüfen tespit edilebilmektedir.
- Postmenopozal dönemde pyometra ile başvuran hastalarda nadir de olsa tüberküloz endometrit akla gelmelidir. Akciğer grafisinde lezyon olmaması bizi tanıdan uzaklaştırmamalıdır.
- Tüberküloz endometrit tanısı için en kesin yol endometrial küretaj ve materyalin histolojik incelenmesidir.
- CA 125 pelvik tüberküloz olgularında yükselbilmektedir.
- Postmenopozal genital tüberküloz olgularında en etkili ve çabuk tedavi şekli cerrahi ve antitüberküloz ilaçların birlikte uygulanmasıdır.

KAYNAKLAR

1. **Ülgenalp İ, Orhon E.** Seksüel geçişli hastalıklar ve pelvik enfeksiyonlar. "Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi" içinde ed.: Kışnişçi AH, Gökşin E, Durukan T. Güneş Kitabevi, Ankara 1996; 634-41.
2. **Roy A, Mukherjee S, Bhattacharya S, Adhya S, Chakraborty P.** Tuberculous endometritis in hills of Darjeeling: a clinicopathological and bacteriological study. Indian J Pathol Microbiol 1993; 36(4): 361-9.
3. **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(4): 242-5.
4. **Akazawa K, Ushiki N.** Clinico-statistical study on tuberculous peritonitis and genital tuberculosis in elderly women. Nippon Ronen Igakkai Zasshi 1995; 32(1): 20-6.
5. **Klein TA, Richmond JA, Mishell DR Jr.**

Pelvic Tuberculosis. *Obstet Gynecol* 1976; 48(1): 99-104.

6. **Hekim N, Kaleli S.** Jinekolojik onkolojide tümör belirteçleri. "Jinekolojik Onkoloji" içinde, ed.: Atasü T, Aydın K. Logos Yayıncılık, İstanbul, 1999: 86-101.
 7. **Mansour M, Linden ER, Colby S, Posner G, Marsh F Jr.** Elevation of carcinoembryonic antigen and CA 125 in a patient with multivisceral tuberculosis. *J Natl Med Assoc* 1997; 89(2): 142-3.
 8. **Towers RP.** *Obstet Gynaecol. BR. Commonw.* 1954; 61: 657.
 9. **Schaefer G, Marcus SR, Kramer EE.** Postmenopausal endometrial tuberculosis. *Am J Obstet Gynecol* 1972; 112(5): 681-7.
-