

Akut Prostatit ile Seyreden Seronegatif Bir Bruselloz Olgusu

Şebnem Şenol, Tansu Yamazhan, Deniz Gökengin

Özet: *Türkiyede endemik bir infeksiyon olan bruselloz asemptomatik hastalıktan farklı organ ve sistem tutulumlarına kadar değişen bir klinik yelpazede karşımıza çıkabilir. Bu makalede yüksek ateş ve üriner sistem yakınmaları ile başvuran, serolojik göstergeleri olumsuz olan bir bruselloz ve akut prostatit olgusundan söz edilmektedir*

Anahtar Sözcükler: *Prostatit, serolojik testler, bruselloz.*

Summary: *A seronegative case of brucellosis presenting with acute prostatitis. Brucellosis is an endemic disease in Turkey and can be encountered in a wide clinic spectra ranging from asymptomatic to mild disease to involvement of several systems and organs. In this article we present a case, admitted to our clinic with fever and urinary system complaints and diagnosed as prostatitis associated with seronegative brucellosis.*

Key Words: *Prostatitis, serological examination, brucellosis.*

Giriş

Bruselloz, hayvanlardan insanlara doğrudan ya da dolaylı temas yolu ile bulaşan bir zoonozdur (1,2). Ülkemizde özellikle İzmir ve çevre illerde bruselloz endemik bir hastalıktır (3). Hastalık sırasında meydana gelen bakteriyemi sırasında *Brucella*'lar, birçok organa yerleşebilir. Bunlar arasında kas iskelet sistemi, gastrointestinal sistem, santral sinir sistemi ve genitoüriner sistem organları baş sırada yer alır (4). Brusellozda genitoüriner sistem komplikasyonları %10-20 oranında görülür ve en sık epididimoorşit şeklinde karşımıza çıkar. Prostat ise brusellozda genitoüriner sistemin nadir yerleşim bölgelelerinden biridir (1, 5).

Brusellozun tanısında altın standard etkenin izolasyonu olmakla birlikte, serolojik incelemeler, erken tanı koymak amacıyla sıkça başvurulan yöntemlerdir. Özellikle önceden antibiyotik kullanmış hastalarda kültürlerin negatif bulunması nedeniyle seroloji, tanıda önemli bir yer tutar (1,6). Ancak brusellozlu olguların % 1-5'inde antikorların hiç oluşmadığı görülmektedir (7,8). Seronegatif bruselloz olarak adlandırılan bu tür olgularda tanı koymanın tek yolu, etkenin izolasyonudur (6,8). Bu makalede, geliş yakınmaları prostat malignitesi düşündürülen, ancak kan kültüründe *B. melitensis* üremesi ile tanı konulan akut prostatitli bir olgudan söz edilmektedir.

Olgu

Yaklaşık iki aydır her gün yükselen ateş, baş ağrısı ve kilo kaybı yakınmaları olan 51 yaşında erkek hasta, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi acil servisinde görüldü. Son iki ay içinde yaklaşık 10 kilo kaybettiğini ve son bir haftadır, yukarıdaki yakınmalarına idrar yaparken sızlama ve sık idrara çıkma yakınmalarının eklendiğini belirtti. Özgeçmişinde hobi olarak hayvancılıkla ilgilendiği öğrenildi. Hasta bruselloz, tüberküloz ve üriner sistem infeksiyonu ön tanısı ile İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı kliniğine yatırıldı.

Yapılan fizik bakıda ateşin 38°C olduğu saptandı, karaciğer kot kavsinin 2 cm altında ele geliyordu. Diğer sistem bakıları olağandı.

Rutin laboratuvar incelemelerinde sedimantasyon hızı 34 mm/saat, lökosit sayısı 11 800/mm³ bulundu, formülü normal sınırlardaydı. Kronik hastalık anemisi olan hastanın CRP'si 17.3 mg/dl bulundu. Üç kez tekrarlanan rose-Bengal ve standard Wright testleri olumsuzdu; idrar kültüründe üreme olmadı.

Hastanın, yattığı günden itibaren her gün, akşamları yükselen ve 39°C'yi bulan ateşi oldu. Yatışının ilk haftasında her gün kan kültürü alındı. Rektal tuşede prostatının büyümüş ve PSA değerinin 13.35 ng/ml olması üzerine Üroloji Anabilim Dalı'ndan istenen konsültasyonda, hastanın bulgularının prostat karsinomu ile uyumlu olduğu ve transrektal ultrasonografi (TRUSG) ve biyopsi ile tanı konulabileceği belirtildi. Hastaya uygulanan TRUSG sonucunda, santral zonda, çok sayıda, benign prostat hipertrofisi ile uyumlu nodüller, periferik zonda ise belirgin heterojenite ve kanlanma artışı gözlemlendi. Prostatın 6 kadranından biyopsi alındı. TRUSG işleminden iki gün sonra; hastanın yatışının ilk haftasında alınan kan kültürlerinin 11. gününde *B. melitensis* üredi. Hastaya rifampisin 600 mg/gün, doksisisiklin 200 mg/gün ile bruselloz tedavisi başlandı. Hasta biyopsinin patoloji sonuçları ile değerlendirilmek üzere taburcu edildi.

Biyopsi sonucunun prostatta nodüler hiperplazi ve akut prostatit şeklinde olması üzerine, hasta *Brucella* prostatiti olarak değerlendirildi ve tedavi protokolüne 1 gr/gün siprofloksasin eklenerek, tedavinin 6 aya tamamlanması planlandı. Tedavinin 1. ayı sonunda hastanın tüm şikayetleri kaybolmuştu. Tedavinin 1. ve 3. aylarında yapılan serolojik tetkiklerde olumsuzluk sürüyordu. Tedavi sonunda yapılan TRUSG kontrolünde prostatın normal sınırlarda olduğu saptandı. Altı ay sonunda tedavi kesildi ve hastanın 1 yıllık izleminde nüks olmadı.

İrdeleme

Prostatit, bruselloz seyri sırasında çok nadir olarak rastlanabilen bir tutuluş şeklidir (1). Ülkemizde, brusellozun ende-

mik bir hastalık olmasına ve özellikle de bölgemizde sık görülmesine karşın, *Brucella* prostatitine ilişkin yayınlar son derece kısıtlıdır. Benzer şekilde, dünya literatüründe de bu konuya ilişkin yayınlar birkaç olgu sunumundan ibarettir (5,9,10).

Brusellozun, birçok farklı organ tutuluşları ile seyretmesi ve dolayısıyla farklı klinik görünümle ortaya çıkması, tanıda güçlük yaratmaktadır (6,11). Her ne kadar bakterinin izolasyonu kesin tanı koydursa da, bakterinin geç ve güç üremesi nedeniyle kültür sonuçlarının geç alınması, tanıda serolojik yöntemlere sıkça başvurulmasını gerektirmektedir (1,8,9). Daha da önemlisi, özellikle de tipik bir seyir göstermeyen olguların, önceden birçok değişik antibiyotik kullandıktan sonra başvurmaları, izolasyonu imkansız hale getirmekte ve hem tanı güçlüğü yaratmakta hem de uygun tedaviye başlanmasını geciktirerek, hastalığın kronikleşmesine veya nükslere zemin hazırlamaktadır.

Sunulan olguda, öyküde brusellozu düşündürecek unsurların bulunmasına karşılık, serolojik testlerin ısrarla negatif olması, tanının gecikmesine neden olmuştur. Ayrıca olguda, prostat hastalığına ilişkin klinik ve laboratuvar bulgularının mevcut olması, ateş nedeni olabilecek bir başka hastalığın, özellikle de prostat malignitesinin göz önüne alınmasını gerektirmiştir. Hastanın en büyük avantajı, önceden antibiyotik kullanmamış olması ve etkenin kandan izole edilmesidir.

Her ne kadar elde edilen veriler, olguda saptanan akut prostatitin etkeninin *B. melitensis* olduğuna işaret etmekteyse de, prostattan alınan biyopsi örneklerinin kültürü yapılmadığından, bu varsayımı kanıtlamak mümkün olmamıştır. Ancak hastada, akut prostatit nedeni olabilecek diğer mikroorganizmaların bulaşmasına ilişkin herhangi bir öykünün bulunmaması, prostatitin sistemik infeksiyon geliştikten sonra ortaya çıkmış olması ve tedaviye iyi yanıt alınması, yukarıda sözü edilen varsayımı destekleyen önemli bulgulardır.

Brucella'lar, yaşamlarını hücre içinde sürdürdüklerinden, brusellozun tedavisinde birkaç ilaç birlikte ve uzun süre kullanılmalıdır (1). Fokal organ tutuluşu olmadan seyreden bruselloz olgularında standard tedavi rejimi ve bunun kullanım süresi konusunda kesin öneriler bulunmamakla birlikte, fokal organ tutuluşları için böyle bir standard öneri yoktur (9,10). Özellikle prostatit gibi son derece nadir rastlanan organ tutuluşlarında tedavinin nasıl ve ne kadar süre ile olması gerektiği bilinmemektedir. Kinolonların rifampisin veya rifampisin ve doksiklin ile kombinasyonu çoklu antibiyotikle yapılan bruselloz tedavisinde önerilen bir seçenektir (12,13). Sunulan olguda, kinolonların prostat dokusuna çok yüksek konsantrasyonlarda ulaşması (9,14,15) ve prostatit etkeninin *B. melitensis* olduğunun kanıtlanmamasından dolayı, tedavi rejimine siprof-

loksasin eklenmiş ve prostatitte tedavi süresi konusunda kesin bir öneri bulunmadığından, başka fokal organ tutuluşları için önerilen 6 aylık sürenin benimsenmesine karar verilmiştir. Hastanın 1 yılı aşkın süredir izleminde nüks gözlenmemiştir.

Bu makalede sunulan olgu, klinik özellikleri ve laboratuvar bulguları bruselloz ile uyumlu olmayan olgularda öykünün ve kan kültürünün, doğru tanıya ulaşmada ne denli önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

Kaynaklar

1. Young EJ Brucellosis: current epidemiology, diagnosis, and management. *Curr Clin Top Infect Dis* 1995;15:115-28
2. Colmenero JD, Reguera JM, Cabrera FP, Cisneros JM, Orjuela DL, Fernandez-Crehuet J Serology, clinical manifestations and treatment of brucellosis in different age groups. *Infection* 1990; 18(3): 152-6
3. Tarım ve Köyişleri Bakanlığı. 2002 Yılı Hayvan Hastalık ve Zararlıları ile Mücadele Programı. Ankara: Tarım ve Köyişleri Bakanlığı, 2002: 9
4. Yamazhan T, Saydam C. İki olgu nedeni ile atipik bruselloz. *İnfeksiyon Derg* 1998; 12(3): 423-5
5. İbrahim A, Awad R, Shetty SD, Genito-urinary complications of brucellosis. *Br J Urol* 1998; 61 294-8
6. Young EJ. Serologic diagnosis of human brucellosis: analysis of 214 cases by agglutination tests and review of the literature. *Rev Infect Dis* 1991;13(3):359-72
7. Karakartal G, Tekelioğlu A. Bir seronegatif bruselloz olgusu. *İnfeksiyon Derg* 1987; 1(2-3): 133-5
8. Gatuzzo E, Carillo C, Guerra J. An evaluation of diagnostic methods for brucellosis. The value of bone marrow culture. *J Infect Dis* 1986; 153(1): 122-5
9. Aygen B, Sümerkan B. Prostatitis and hepatitis due to *Brucella melitensis*. *J Infect* 1998; 36: 111-2
10. Rosales Leal JL, Tallada Bunuel M, Espejo Maldonado E Acute prostatitis as the 1st symptom of brucellosis. *Arch Esp Urol*. 2003; 56(5): 527-9
11. Lubani MM, Dudin KI, Sharda DC, Nihar DS, Araj GF, Hafez HA, al-Saleh QA, Helin I, Salhi MM.A, Multicenter therapeutic study of 1100 children with brucellosis. *Pediatr Infect Dis J* 1989; 8(2): 75-8
12. Akova M, Gür D, Livermore DM, Kocagöz T, Akalin HE. In vitro activities of antibiotics alone and in combinations against *Brucella melitensis* at neutral and acidic pHs. *Antimicrob Agents Chemother* 1999; 43(5): 1298-300
13. Akova M, Uzun O, Akalin HE, Hayran M, Unal S, Gur D. Quinolones in treatment of human brucellosis: comparative trial of ofloxacin-rifampin versus doxycycline-rifampin. *Antimicrob Agents Chemother* 1993; 37(9): 1831-4
14. Fowler JE Jr. Antimicrobial therapy for bacterial and nonbacterial prostatitis. *Urology* 2002; 60(6, Suppl):24-6
15. Garcia-Rodriguez JA, Garcia Sanchez JE, Trujillano I, Garcia Sanchez E, Garcia Garcia MI, Fresnadiello MJ. Susceptibilities of *Brucella melitensis* isolates to clinafloxacin and four other new fluoroquinolones. *Antimicrob Agents Chemother* 1995; 39(5): 1194-5