

# GENİTAL TÜBERKÜLOZ

Begüm YILDIZHAN\*, Meltem Uygur\*

Genital tüberküloz ilk olarak 18.yy ortalarında Morgagni tarafından tarif edilmiştir. Pelvik tüberkülozda etyolojik ajan "Mycobacterium tuberculosis" olarak isimlendirilen Koch basilidir. Çok nadiren pastörize edilmemiş süttten geçebilen "mycobacterium bovis" de genital tüberküloza yol açmaktadır.

Genital tüberküloz, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sekonder organ hastalığı şeklinde görülmektedir. Genital organlarda primer infeksiyon olarak görülmesi çok nadirdir. Primer infeksiyon odağı olan akciğerlerden hematogen yol ile genital bölgeye geçiş gösterir (1). Genellikle olgular da klinik olarak şüphe edilmeyen hastalarda tesadüfen bulunduğu ve semptomsuz hastaların çoğu tespit edilemediğinden popülasyonda insidansını saptamak güçtür. Fakat sık görüldüğü yaş aralığını gösteren çalışmalar bu aralığın 20-40 yaşlar arasında olduğunu belirtmiştir (2).

Genital tüberküloz makroskopik olarak milier, latent ve adeziv tüberküloz şeklinde izlenir (3). Milier dönemde genital organlar üzerinde ve barsaklara yapışık tüberküllere rastlanır, hatta bu görünüm ile yaygın metastaz yapmış over tümörüne benzerlik gösterir (4). Bu sırada tuba uterinaller, özellikle bilateral tutulum şeklinde en sık etkilenen genital organlardır (5). Tubalardan sonra sırasıyla, endometriyum, miyometriyum, overler ve serviks etkilenir. Vajen ve vulva tüberkülozu %1 den az görülmektedir. Adeziv görünüm nadir olarak izlenir, özellikle puberteden önce geçirilmiş barsak tüberkülozundan sonra meydana gelir. Uterus, tuba ve overler barsaklar ile yapışmış durumda izlenir.

Tubalar sekonder genital tüberkülozda en çok etkilenen bölgedir ve erken dönem tutulumda bile fonksiyonu ileri derecede ve geri dönülmez biçimde bozulmaktadır.

Tüberkülozun tipik klinik semptomları olan yorgunluk, kilo kaybı ve gece terlemeleri genital tüberkülozda nadir olarak görülür. Genital tüberküloz hastalarının en sık rastlanan başvuru nedeni infertilitedir (6). Eski çalışmalarda infertilite yakınması ile başvuran hastaların %4-20 sinde tüberküloz salpenjitin sorumlu olduğunu belirtmişlerdir.

Fakat günümüzde bu oran çok daha düşük düzeylerde olduğundan infertilite sebepleri arasındaki listede alt sıralara kaymıştır. İnfertilite dışında diğer bulguları kronik pelvik ağrı ve menstruasyon bozukluklarıdır. Tüberküloz endometritte görülen yapışıklıklara bağlı amemore de diğer başvuru sebeplerindedir.

Genital tüberkülozun tanısı oldukça güçtür, anamnez, pelvik muayene, histerosalpingografi, laparoskopi ve histopatolojik tanıdan faydalanılır. Tüberkülin testinin, ülkemiz gibi tüberküloz aşılmasının uygulandığı ülkelerde özgünlüğü azdır.

Tubalarda tüberküloza bağlı gelişen kalıcı görüntüler nedeni ile sadece histerosalpingografiye bakılarak tanı konulabilmektedir. Bu görüntüler, tespih tanesi, golf sopası, pipo, kurşun boru görünümünde olabilir (7).

Laparoskopi veya laparotomi ile alınan doku örneklerinde histopatolojik inceleme yapılabilir. Unutulmamalıdır ki, bu işlemler mevcut olan batın içi yapışıklıkları nedeni ile deneyimli kişilerce yapılarak olası perforasyon gibi komplikasyonlardan kaçınılmalıdır.

Diğer bir doku örnekleme şekli olan küretaj ve endometrium biopsisi alınarak da histolojik inceleme yapılabilir ve hastaların çoğunda hızlı bir tanı yöntemi olarak fayda sağlar.

Tüberküloz tanısının hızlı yapılabilmesi açısından gelişmiş yöntemleri kullanmakta fayda vardır. Elisa yöntemi ile basilin proteinleri, gaz kromatografisi ile metabolitlerine ayrılarak tanısı konulabilmektedir. PCR yöntemiyle de basilin genomu çoğaltılıp tanıya varılabilmektedir.

Genital tüberkülozun tedavisinde unutulmaması gereken, bu durumun sistemik bir hastalığın parçası olduğu ve genel tedavi önlemlerinin alınması gerektiğidir.

Tüberkülozda henüz medikal tedavi yöntemleri kullanılmadan önce cerrahi tedavi sıklıkla uygulanmış, ancak

\* Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı

çoğunlukla yapışıklıklar nedeni ile teknik olarak zorlanılmış ve sık fistül oluşumu nedeni ile de başarısız kalınmıştır. Bu nedenle günümüzde cerrahi tedavinin yeri sınırlanmıştır. Öncelikli tedavi izoniazid, rifampin, pirazinamid ve etambutol kombinasyonlarını içeren tedavi rejimleri şeklindedir ve sadece medikal tedavi ile genital tüberküloz kontrol altına alınıp kür sağlanabilmektedir (8). Cerrahi tedavi sadece antitüberküloz ilaçlara rağmen gerilemeyen pelvik kitlelere, geçmeyen pelvik ağrılara, bir yıllık medikal tedaviden sonra tekrarlayan endometrial tüberkülozda ve uzun dönem ilaç tedavisi alamayacak ileri yaşta hastalara uygulanmaktadır (9). Doğum süreçlerini tamamlamış kişilerde uygun cerrahi tedavi histerektomi ve bilateral salpingo-ooforektomidir, ancak çocuk sahibi olmak isteyen genç kadınlarda hastalığın yaygınlığı dikkate alınarak konservatif teknikler uygulanmalıdır.

Genital tüberküloz tedavi sürecini tamamlayan infertil kişilerde tuboplasti operasyonları düşük başarı oranları nedeni ile önerilmemektedir. Günümüzde bu kişiler tüp bebek yöntemlerine yönlendirilerek gebelik şansları denenmektedir(10,11).

## KAYNAKLAR

1. Nogales-Sortiz F, Tarancon I, Nogales P. The pathology of the female genital tuberculosis. *Obstet Gynecol* 1979;53:422-8
2. Ulgenalp I, Orhon E. Seksüel geçişli hastalıklar ve pelvic enfeksiyonlar. *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, Güneş Kitabevi, 1996, Ankara
3. Yıldırım M. Tubanın Benign Hastalıkları. *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, Bölüm58. Güneş Kitabevi, 2004, Ankara.
4. Protopapas A, Milingos S, Diakomanolis E et al. Miliary tuberculous peritonitis mimicking advanced ovarian cancer. *Gynecol Obstet Invest* 2003;56:89-92
5. Aliyu MH, Aliyu SH, Salihu HM. Female genital tuberculosis: a global review. *Int J Fertil Womens Med* 2004;49:123-36
6. Sutherland AM. Gynecological tuberculosis since 1951. *J Obstet Gynecol* 1997;17:119-22
7. Siegler AM. Hysterosalpingography. *Fertil Steril* 1983;40:139-57
8. Centers for Disease Control and Prevention. Initial therapy for tuberculosis in the era of multidrug resistance. *JAMA* 1993;270:694
9. Sutherland AM. Surgical treatment of tuberculosis of the female genital tract. *Br J Obstet Gynecol* 1980;87:610
10. Marcus SF, Rizk B, Fountain S, Brinsden P. Tuberculous infertility and in vitro fertilization. *Am J Obstet Gynecol* 171:1593,1994
11. Quershi RN, Samad S, Hamid R, Lakha SF. Female genital tuberculosis revisited. *J Pak Med Assoc* 2001;51:16-8