

Φυματίωση προστάτη και επιδιδυμίδας. Παρουσίαση δυο σπάνιων περιστατικών

Κ. Σταματίου ¹, Ε. Ευστρατιάδη ², Σ. Τζαμαρίας ¹, Δ. Ζαβραδινός ¹, Α. Τσαβαρή ³, Γ. Χριστόπουλος ⁴

¹ Ουρολογική Κλινική, ² Α' Παθολογική Κλινική, ³ Παθολογοανατομικό Εργαστήριο και ⁴ Β' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η φυματίωση του προστάτη θεωρείται μια σπάνια νόσος. Η καθιερωμένη αντίληψη είναι ότι εμφανίζεται κυρίως σε ανοσοκατασταλμένα άτομα ωστόσο τα τελευταία χρόνια παρατηρείται το φαινόμενο της διάγνωσης της σε υγιείς κατά τα άλλα ασθενείς. Δεδομένης της χαμηλής επίπτωσης της και της συνεπακόλουθης μικρής εξοικείωσης με αυτή παρουσιάζουμε σε αυτό το άρθρο τα κλινικά και εργαστηριακά χαρακτηριστικά της και ανασκοπούμε τη σχετική βιβλιογραφία με την ευκαιρία ενός περιστατικού.



Λέξεις ευρητηρίου: Φυματίωση, προστάτης, επιδιδυμίδα



Παραπομπή

Κ. Σταματίου, Ε. Ευστρατιάδη, Σ. Τζαμαρίας, Δ. Ζαβραδινός, Α. Τσαβαρή, Γ. Χριστόπουλος. Φυματίωση προστάτη και επιδιδυμίδας. Παρουσίαση δυο σπάνιων περιστατικών. *Επιστημονικά Χρονικά* 2019; 24(1): 121-126

eoι: <http://eoι.citefactor.org/10.11212/exronika/2019.1.11>

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

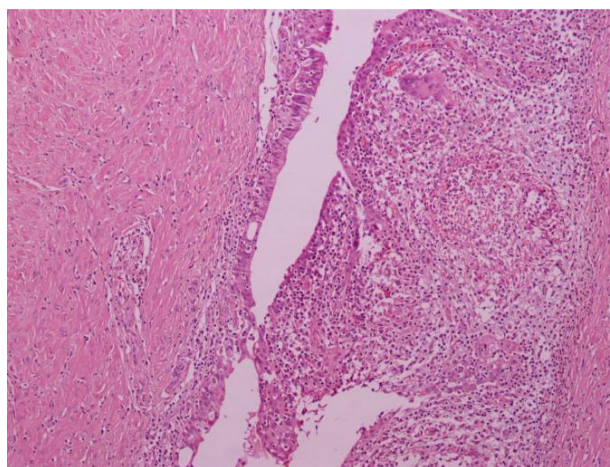
Η φυματίωση του προστάτη θεωρείται μια σπάνια νόσος. Η καθιερωμένη αντίληψη είναι ότι εμφανίζεται κυρίως σε ανοσοκατασταλμένα άτομα ωστόσο τα τελευταία χρόνια παρατηρείται το φαινόμενο της διάγνωσης της σε υγιείς κατά τα άλλα ασθενείς [1]. Δεδομένης της χαμηλής επίπτωσης της και της συνεπακόλουθης

μικρής εξοικείωσης με αυτή παρουσιάζουμε σε αυτό το άρθρο τα κλινικά και εργαστηριακά χαρακτηριστικά της και ανασκοπούμε τη σχετική βιβλιογραφία με την ευκαιρία δυο συνεχόμενων περιστατικών.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Οι δυο ασθενείς βρίσκονταν στην έκτη και έβδομη αντίστοιχα δεκαετία της ζωής τους (68 και 77 ετών). Ο νεώτερος εμφανίστηκε με χρονίζουσα επιδιδυμίτιδα για την οποία είχε λάβει διαφορετικά σχήματα αντιβίωσης από τριμήνου χωρίς βελτίωση. Στην κλινική εξέταση το αριστερό πάσχων ημιόσχεο ήταν διογκωμένο, ο περιεχόμενος όρχις ήταν υπόσκληρος και η επιδιδυμίδα διογκωμένη και σκληρή. Ο προστάτης ήταν σκληρός και ανώδυνος. Από το ιστορικό του ανέφερε χρόνια προστατίτιδα. Ο ασθενής ήταν απόρეტος χωρίς λεμφοκυττάρωση και η καλλιέργεια ούρων ήταν αρνητική. Το υπερηχογράφημα ανέδειξε ασαφοποίηση του περιγράμματος του όρχι, πάχυνση της επιδιδυμίδας και των τοιχωμάτων του οσχέου. Δεν βρέθηκε αξιόλογο υπόλειμμα ούρων και ο προστάτης είχε 2-3 μικρές υπόηχες βλάβες και αραιές αποτιτανώσεις. Το PSA ήταν ελαφρώς αυξημένο και οι καρκινικοί δείκτες αρνητικοί. Στον ασθενή προτάθηκε βιοψία προστάτη και αριστερά ορχεκτομή την οποία αρνήθηκε και ζήτησε νέα αντιβιοτική αγωγή. Επανήλθε δυο μήνες μετά με οίδημα οσχέου και πυορροών συρίγγιο και τελικά υποβλήθηκε σε ορχεκτομή και μερική αφαίρεση του πάσχοντος ημισοσχέου. Ακολούθησε βιοψία του προστάτη αδένος. Το χειρουργικό παρασκεύασμα της ορχεκτομής ανέδειξε χρόνια κοκκιωματώδη φλεγμονή αποτελούμενη από διάφορου μεγέθους επιθηλιοειδή κοκκιώματα ορισμένα συρρέοντα με ή χωρίς κεντρική τυροειδή νέκρωση και αθροίσεις γιγαντοκυττάρων τύπου Langhans καταλαμβάνουσα εξ' ολοκλήρου το ορχικό παρέγχυμα την επιδιδυμίδα και μέρος του σπερματικού

πόρου (εικόνα 1). Η βιοψία του προστάτη ανέδειξε φλεγμονώδη διήθηση και κοκκιωματώδεις βλάβες με γιγαντοκύτταρα περιβαλλόμενα από λεμφοκύτταρα, ινοκύτταρα και επιθηλιοειδή κύτταρα. Τα ευρήματα θεωρήθηκαν συμβατά με φυματίωση και ο ασθενής παραπέμφθηκε για αντιφυματική θεραπεία.



Εικόνα 1. Συρρέοντα επιθηλιοειδή κοκκιώματα

Ο γηραιότερος ασθενής προσήλθε με έντονη ερεθιστική ούρηση από μηνών για την οποία είχε λάβει διαφορετικά σχήματα αντιβίωσης. Στο υπερηχογράφημα δεν βρέθηκε αξιόλογο υπόλειμμα ούρων και ο προστάτης είχε φυσιολογική ηχομορφολογία και διάσπαρτες αποτιτανώσεις. Το PSA ήταν αυξημένο αλλά εντός φυσιολογικών για την ηλικία και την κατάσταση επιπέδων. Η καλλιέργεια ούρων ανέδειξε το *E. Coli* για το οποίο έλαβε ciprofloxacin για 30 μέρες. Παρά την αρχική ύφεση των συμπτωμάτων, λίγες μέρες μετά την λήξη της αγωγής εμφάνισε εμπύρετο ουρολοίμωξη. Η καλλιέργεια των ούρων ανέδειξε πολυανθεκτική *Klebsiella oxytoca* και έλαβε 15μερη ενδοφλέβια αγωγή με αντιβίωση χωρίς βελτίωση. Ο ασθενής

υποβλήθηκε σε διουρηθρική προστατεκτομή. Το παρασκεύασμα της βιοψίας ανέδειξε παρόμοια με τα παραπάνω περιγραφόμενα ευρήματα καθώς και διάφορου βαθμού ίνωση και ασβεστοποίηση. Τα ευρήματα επίσης θεωρήθηκαν συμβατά με φυματίωση και ο ασθενής παραπέμφθηκε για αντιφυματική θεραπεία.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η φυματιώδης λοίμωξη του προστάτη θεωρείται λιγότερο συχνή από του νεφρού της ουροδόχου κύστης και των επιδιδυμίδων. Με βάση τις κλινικές παρατηρήσεις φαίνεται ότι η μόλυνση του προστάτη είναι κατά κύριο λόγο το αποτέλεσμα αιματογενούς διασποράς. Άλλοι πιθανοί τρόποι μόλυνσης του προστάτη είναι η άμεση επέκταση από γειτονική εστία στην γεννητική οδό και η κατιούσα λοίμωξη από την ουροφόρο οδό σε έδαφος προϋπάρχουσας λοίμωξης του νεφρού και της ουροδόχου κύστης [2]. Εφόσον η μόλυνση εξελιχθεί δημιουργούνται κατά περιοχές άλλοτε άλλου τύπου φυματώματα. (ανεργά: ανοργάνωτο κοκκίωμα με μακροφάγα, λεμφοκύτταρα, πλασματο-κύτταρα και πολυμορφοπύρρηνα χωρίς νέκρωση, υποδραστικά: φτωχά οργανωμένα με παρουσία άωρων επιθηλιοειδών κυττάρων και περιορισμένη βασεοφιλική τυροειδική νέκρωση, υπερπλαστικά: καλά οργανωμένα με ελάχιστη ηωσινοφιλική τυροειδική νέκρωση και αντιδραστικά: καλά οργανωμένα με άφθονη ηωσινοφιλική τυροειδική νέκρωση). Η τυροειδοποίηση οδηγεί στο σχηματισμό ασύμμετρων κοιλοτήτων μέσα στον αδένα, οι οποίες αυξανόμενες βρίσκουν διέξοδο προς

την ουρήθρα. Οι σπερματοδόχες κύστεις ο σπερματικός πόρος μολύνονται με την ανιούσα οδό και εμφανίζουν κομβολογιοειδή μορφή, λόγω της ανάπτυξης ινώδους ιστού με τη μορφή οζιδίων.

Οι επιδιδυμίδες μολύνονται είτε με επέκταση της νόσου μέσω του σπερματικού πόρου, είτε μέσω των λεμφαγγείων του πόρου είτε μέσω αιματογενούς διασποράς. Οι επιδιδυμίδες είναι καθηλωμένες και διογκωμένες με κομβολογιοειδή μορφή. Μπορεί να παρατηρηθεί σχηματισμός αποστημάτων που οδηγούν στην εμφάνιση επιδιδυμοδερματικών συριγγίων. Οι όρχεις προσβάλλονται σπάνια και κατά συνέχεια ιστού από τις επιδιδυμίδες και παρουσιάζουν οζώδη διόγκωση που δίνει την εντύπωση νεοπλάσματος [3].

Το πιο κρίσιμο βήμα για την αποσαφήνιση της διάγνωσης της φυματίωσης του ουροποιογεννητικού συστήματος είναι το ιστορικό του ασθενούς. Και στις δυο περιπτώσεις που αναφέρουμε απουσίαζαν προδιαθεσικοί παράγοντες όπως ιστορικό πνευμονικής ή άλλης λοίμωξης από φυματίωση, καταστάσεις ανοσοκαταστολής μετακινήσεις προς και από ενδημικές περιοχές ή θεραπεία με Calmette-Guérin για τον καρκίνο της ουροδόχου κύστης. Επιπλέον, τα αντικειμενικά και εργαστηριακά ευρήματα καθώς και ο απεικονιστικός έλεγχος παρείχαν πενιχρές ή αντιφατικές πληροφορίες και στις δυο περιπτώσεις. Η τυπική άσηπτη πυουρία (παρουσία αριθμού λευκών αιμοσφαιρίων >10 κ.ο.π., στα ούρα και μη ανάπτυξη μικροβίων στην ουροκαλλιέργεια), ήταν παρούσα στη μια μόνο περίπτωση και ενώ στην άλλη όχι. Και στις δυο περιπτώσεις ο

υπέρηχογραφικός έλεγχος δεν ήταν κατατοπιστικός. Γενικά, στον υπέρηχο, εάν υπάρχουν, οι φυματιώδεις βλάβες είναι υπόηχες και βρίσκονται συνήθως στην περιφερική ζώνη του προστάτη [4]. Τα ευρήματα αυτά καθιστούν συχνά δύσκολη τη διαφοροποίηση με το αδενοκαρκίνωμα του προστάτη. Αντιστοίχως μη ειδικά είναι και τα ευρήματα της αξονικής τομογραφίας στην αρχική εκτός εάν υπάρχουν περιοχές μειωμένης ενίσχυσης εντός του προστάτη που υποδεικνύουν ένα φυματιώδες απόστημα. Ωστόσο η μαγνητική τομογραφία μπορεί να αναδείξει καλύτερα την επέκταση του αποστήματος σε παρακείμενα όργανα ή συρίγγια στο περίνεο [5]. Καλλιέργειες ούρων με χρώση Ziehl-Nielsen και ειδικές εξετάσεις (ανοσολογική ή μοριακή διάγνωση) δεν πραγματοποιήθηκαν σε αυτούς τους ασθενείς καθότι δεν υπήρχε καταφανής υπόνοια φυματίωσης. Στην πραγματικότητα, η χρώση Ziehl-Nielsen έχει χαμηλή ευαισθησία και οι καλλιέργειες απαιτούν έως και οκτώ

εβδομάδες για να επιτευχθεί η μέγιστη ευαισθησία [1,6]. Η θετική δοκιμασία φυματινής -PPD έχει υψηλή ευαισθησία αλλά χαμηλή ειδικότητα ενώ η αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης ούρων έχει πολύ υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα για την πάθηση [7,8]. Δεδομένων των δυσχερειών της διάγνωσης, της χαμηλής επίπτωσης της πάθησης και της συνεπακόλουθης μικρής εξοικείωσης με αυτή η διάγνωση επιβεβαιώνεται συνήθως μόνο με βιοψία προστάτη [9].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Απαιτείται υψηλός δείκτης υποψίας και ευρύ φάσμα διαγνωστικών ερευνών για την επίτευξη έγκαιρης διάγνωσης της φυματίωσης του προστάτη. Παρόλο που η φαρμακευτική θεραπεία εξασφαλίζει την ίαση η διάγνωση είναι συνήθως καθυστερημένη και επιβεβαιώνεται συνήθως στο υλικό βιοψίας του προστάτη σε προχωρημένη νόσο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Lenk S, Schroeder J. Genitourinary tuberculosis. *Curr Opin Urol*. 2001;11:93-8.
2. Sporer A, Auerback MD. Tuberculosis of the prostate. *Urology*. 1978;11:362-5.
3. Wise GJ, Marella VK: Genitourinary manifestations of tuberculosis. *Urol Clin. North Am* 2003;30:111-121.
4. Buchholz N, Salahuddin R, Haque R. Genitourinary tuberculosis: A profile of 55 in-patients. *J Pak Med Assoc*. 2000;50:265-9

5. Trauzzi SJ, Kay CJ, Kaufman DG, Lowe FC. Management of prostatic abscess in patients with human immunodeficiency syndrome. *Urology*. 1994;43:629-33.
6. Hemal AK, Gupta NP, Rajeev TP, Kumar R, et al. Polymerase chain reaction in clinically suspected genitourinary tuberculosis: comparison with intravenous urography, bladder biopsy, and urine acid fast bacilli culture. *Urology* 2000;56:570-4.
7. Buchholz N, Salahuddin R, Haque R. Genitourinary tuberculosis: A profile of 55 in-patients. *J Pak Med Assoc*. 2000;50:265-9.
8. Moussa OM, Eraky I, El-Far MA, Osman HG, et al. Rapid diagnosis of genitourinary tuberculosis by polymerase chain reaction and non-radioactive DNA hybridization. *J Urol*. 2000;164:584-8.
9. Gupta N, Mandal AK, Singh SK. Tuberculosis of the prostate and urethra: A review *Indian J Urol*. 2008;24(3):388-391.

Tuberculosis of prostate and epididymis: two case reports of a rare disease

K. Stamatiou¹, E. Efstratiadi², S. Tzamarias¹, D. Zavrados¹, A. Tsavari³, G. Christopoulos⁴

¹ Urology Department, ² First Department of Internal Medicine, ³ Pathology Department, ⁴ Second Department of Internal Medicine, General Hospital of Piraeus "Tzaneio", Greece

ABSTRACT

Prostate tuberculosis is considered a rare disease. The established perception is that it occurs mainly in immunosuppressed individuals, however, in recent years, diagnosis of prostate tuberculosis has been described in otherwise healthy patients. Given the low incidence and the consequent lack of familiarity with this disease, we present its clinical and laboratory characteristics and review the relevant literature on the occasion of two consecutive incidents.



Keywords: Prostate, prostatic calculi, chronic bacterial prostatitis, L-Methionine



Citation

K. Stamatiou, E. Efstratiadi, S. Tzamarias, D. Zavrados, A. Tsavari, G. Christopoulos. Tuberculosis of prostate and epididymis: two case reports of a rare disease. Scientific Chronicles 2019; 24(1): 121-126

eoi: <http://eoi.citefactor.org/10.11212/exronika/2019.1.11>