

معرفی یک مورد اپی دیدیمیت سلی با تظاهر توده اسکروتال

دکتر سنبل طارمیان (MD)^۱ - *دکتر توفیق یعقوبی (MD)^۱

*نویسنده مسئول: گروه بیماری‌های عفونی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

پست الکترونیک: tofigh_yaghubi@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۹۷/۰۷/۱۷ تاریخ ارسال جهت اصلاح: ۹۷/۱۰/۱۱ تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۰/۲۶

چکیده

مورد نادری از سل در یک مرد ۵۰ ساله به صورت توده اسکروتال با بروز از حدود ۲ سال قبل معرفی می‌شود که همراه با ابتلای کلیوی با ایجاد هیدرونفروز یک طرفه ظاهر شده بود. بیمار با درمان‌های معمول بهبود نیافت و مورد اپی دیدیم کتومی و بیوپسی و اکسیژن توده اپی دیدیم راست قرار گرفت و نمونه جهت بررسی پاتولوژی ارسال شد. گزارش التهاب گرانولوماتوزنکر و تائزینگ بود که با تجویز داروهای ضد سل بهبود کامل یافت. در توده‌های اسکروتوم و اپیدیم و اریکت سل اسکروتال باید به عنوان یک تشخیص افتراقی توسط همکاران اورولوژیست و نیز رادیولوژیست قرار بگیرد. چون این بیماری با درمان دارویی ضد سل کاملاً بهبود می‌یابد و باعث کاهش تأخیر در تشخیص و جراحی ارکیدکتومی غیر ضروری می‌شود.

کلید واژه‌ها: التهاب اپیدیم/ توده اسکروتال / سل

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره ۲۸ شماره ۱ (پایه دربی ۱۰۹) صفحات: ۵۷-۶۱

مقدمه

گزارش زیر یک مورد نادر از سل اسکروتوم بود که به صورت توده اسکروتال پدیدار شد و اهمیت آن در این است که باید به عنوان تشخیص افتراقی در توده‌های اسکروتال مورد توجه همکاران اورولوژیست و نیز رادیولوژیست قرار گیرد.

گزارش مورد: بیمار، مرد ۵۰ ساله اهل و ساکن بخش سنگر رشت بود که با شکایت احساس و لمس توده در اسکروتوم راست از حدود دو سال پیش از آن به صورت توده بدون درد و از نظر اندازه و مدت بدون تغییر در این دو سال مراجعه کرده بود. اندازه توده بیمار در استراحت و فعالیت تغییری نداشت.

در این مدت به پزشکان متعددی مراجعه کرده و تحت درمان آنتی‌بیوتیکی معمول سیپروفلوکساسین و سفیکسیم قرار گرفت، اما، تغییری در وضعیت بیمار ایجاد نشد. حدود سه ماه پیش از مراجعه، به متخصص اورولوژی مراجعه کرد که برای وی درخواست سونوگرافی و بررسی از نظر تومور اسکروتوم و بیضه و آزمایش‌های مربوطه شد ولی با رویکرد نداشتن درد و نشانه‌های جدی دوباره مراجعه نکرد. بیمار یک ماه پیش از آن با نشانه‌های تحریکی ادراری و دیزوری و تکرر ادرار به پزشکان متعدد مراجعه داشته و تحت درمان‌های آنتی‌بیوتیکی معمول قرار گرفت اما با توجه به ندادن پاسخ درمانی به

سل یک بیماری عفونی است که به علت مایکوباکتریوم توبرکلوزیس ایجاد می‌شود. نزدیک ۳۰ درصد مردم جهان به عفونت سل دچارند و نزدیک ۱/۵ میلیون نفر در سال به سبب این بیماری فوت می‌کنند. (۱۳)

حدود ۱۰ تا ۳۰ درصد موارد سل خارج ریوی است که سل لنفاوی، پلور، استخوان و مفاصل و سل ژنیتال از موارد مهم آن هستند. (۱۴)

سل ادراری-تناسلی حدود ۸۰ درصد موارد در کلیه‌ها و سپس، اپی دیدیم، پروستات، سمینال و بیضه‌ها و از دفران ایجاد می‌شود. همواره سل ژنیتال همراه با سل کلیه یا سل ریوی بروز می‌کند و بروز سل ژنیتال در مردان عمدتاً میانسال به صورت ایزوله نادر است. خودنمایی آن به صورت توده اسکروتوم با یا بدون درد است که در تشخیص افتراقی کانسره‌های اسکروتوم و اپی دیدیمیت باکتریال قرار می‌گیرد (۱).

اپی دیدیمیت سلی می‌تواند تنها تظاهر سل ادراری تناسلی باشد که به صورت تورم دردناک در ۴۰ درصد موارد پدیدار می‌شود. در یک بررسی از ۴۰ مورد، سن مردان بین ۲۱ تا ۳۷ ساله و در ۲۰ درصد موارد سینه‌وس اسکروتال و نیز در ۱۰ درصد، تظاهر اپی دیدیمیت حاد وجود داشت. همچنین، ۱۲/۵ درصد ابتلای دو طرفه داشتند (۲).

صورت چهار قرص ترکیبی به مدت دو ماه و سپس دو قرص به مدت چهار ماه تجویز شد. پس از حدود یک ماه از آغاز درمان نشانه‌های بیمار دربردارنده دیزوری و تکرر ادرار قطع و آنالیز ادراری نرمال شد و نشانه‌های بیمار سراسر بهبود یافت.

با توجه به نداشتن کارکرد کلیه راست با نظر اورولوژیست، جراحی پیشنهاد نشد و نیز توصیه به پی‌گیری و فالوآپ بیمار شد. ولی کارکرد کلیه چپ مناسب بود و کراتینی نین در مدت ارزیابی و بررسی، $1/3 \text{ mg/dL}$ و GFR بالای ۵۰ درصد بود.

بحث و نتیجه‌گیری

امروزه سل مشکلی جهانی است و در کشورهای در حال توسعه شیوع بالایی دارد. گسترش HIV/AIDS به افزایش شیوع آن در کشورهای توسعه یافته انجامیده است.

وقتی مایکوباکتریوم توبرکلوزیس از راه استنشاق وارد آلونل‌ها می‌شود با پاسخ ایمنی وابسته لنفوسیت‌های T ، ۹۵ درصد آنها کنترل می‌شوند و در بقیه موارد باسیل‌های سل زمان طولانی داخل سلولی زنده مانده و از راه هماتوژن یا لنفاتیک به جاهای مختلف مانند غده‌های لنفاوی، پلور، استخوان و مفاصل، مننژ، دستگاه ادراری-تناسلی و غیره گسترش می‌یابند.

پس از چند سال در حدود ۵ تا ۱۰ درصد موارد عفونت سلی می‌تواند مجدداً به بیماری سل تبدیل شود ولی در ۹۰ درصد موارد عفونت سلی در طول زندگی تبدیل به بیماری سل نمی‌شود (۳).

۱۰ تا ۳۰ درصد موارد سل به صورت خارج ریوی است. سل ادراری تناسلی در ۸۰ درصد موارد در کلیه‌ها و سپس پروستات، اپی‌دیدیم، سمینال وزیکال، بیضه‌ها و واژدفران ایجاد می‌شود و در بیشتر موارد سل اسکروتوم همراه با درگیری کلیه‌ها یا درگیری سل ریوی است و سل ژنیتال و اسکروتوم ایزوله نادر است. میکروب سل با گسترش رتروگرید از پروستات و سمینال وزیکال می‌تواند به اپی‌دیدیم برسد ولی امکان رسیدن از راه لنفاتیک و هماتوژن هم هست. بازه زمانی آغاز سل ریوی و ایجاد سل ادراری تناسلی می‌تواند بین دو تا بیست سال باشد (۴-۶).

بیمارستان مراجعه کرد. بیمار از تب، تهوع، استفراغ، هماچوری و کاهش وزن شکایتی نداشت.

در معاینه سیستمی یافته بخصوصی نداشت ولی در معاینه اسکروتال، بیضه‌ها اندازه و قوام طبیعی داشتند و در پائین بیضه راست یک توده جدا از بیضه در حدود ۳۰ در ۴۰ میلی‌متر لمس شد که سفت بود و بیمار در آن ناحیه درد و حساسیت نداشت. معاینه پروستات قوام و سایز نرمال داشت. در آزمایش‌های درخواست شده برای بیمار در شمارش سلولی، تعداد گلبول‌های سفید:

$\text{ESR}=72 \text{ mm/h}$ و $\text{HB}=15.2 \text{ g/dL}$ و $10.6 \times 10^3/\mu\text{L}$ و $\text{LDH}=330 \text{ IU/L}$ ، 6.2 ng/mL (AFP) آلفاتوپروتئین و $\text{Wright, coomb's Wright, } \beta\text{HCG} = 1 \text{ mIU/ml}$ ، 2ME منفی بود.

آنالیز ادراری انجام شد که تعداد گلبول‌های سفید در آزمایش کامل ادرار بین ۴۰ تا ۴۵ عدد و تعداد گلبول‌های قرمز زیاد بود که می‌توان گفت بیمار پیوری و هماچوری داشته است. کشت ادرار منفی بود و کراتینی نین بیمار $1/3 \text{ mg/dL}$ بود. سرولوژی HIV منفی و تست توبرکولین ۱۰ میلی‌متر گزارش شد.

در سونوگرافی هنگام مراجعه، توده‌ای خارج تستیکولار در ساک اسکروتوم راست به ابعاد ۲۳ در ۳۸ میلی‌متر با اکوی هتروژن و عمدتاً سولید و پیرامون لوپوله گزارش شد.

در بررسی سونوگرافی کلیه و مجاری ادرار یافته‌ای اتفاقی به صورت هیدرونفروز گرید ۳ و سنگ کلیه ۱۲ میلی‌متری در کلیه راست دیده شد که در IVP نیز کلیه راست حتی با درنگ تراوش نداشته‌است. جدار مثانه بدون سنگ و نرمال بود. پروستات حجم و اندازه نرمال داشت. رادیوگرافی ریه نیز نرمال بود.

بیمار تحت سیستوسکوپی، اپی‌دیدیم‌کتومی، بیوپسی واکسیزین توده اپی‌دیدیم راست قرارگرفت و نمونه برای بررسی آسیب‌شناسی ارسال شد.

در گزارش آسیب‌شناسی، سیستیت گلاندولاریس و در آسیب‌شناسی اپی‌دیدیم یک پروسه التهابی گرانولوماتوز نکروتایزینگ گزارش شد که بیمار به متخصص عفونی ارجاع و تحت درمان چهار دارویی آنتی‌توبرکلوز قرار گرفت که به

هر چند ممکن است بیمار سابقه سرفه مزمن یا کاهش وزن را بدهد اما امکان دارد که تعریق شبانه به مدت بیش از یک سال یا تماس با بیمار دچار سل ریوی در چند سال گذشته را داشته باشد (۳).

سل ژنیتال مردان در اسکروتوم با یک توده در اسکروتوم، بزرگی بیضه‌ها، ضخیم شدن پوست اسکروتوم، ندول تندر و لمس شدنی یا بدون تندرینس ایجاد می‌شود که پس از چند سال می‌تواند فیستول ایجاد شده و از آن چرک خارج شود (۲).

نخستین نشانه، تورم اسکروتال همراه با درد است که در ۴۰ درصد موارد دیده می‌شود. به دنبال آن سینوس اسکروتال در ۲۰ درصد موارد و اپی‌دیدیم و ارکیت حاد در ۱۰ درصد موارد دیده می‌شود. نازائی در ۱۰ درصد و هماتواسپرمی در ۵ درصد بروز می‌کند و نشانه‌های عمومی مانند تب و کاهش وزن عموماً وجود ندارند. اپی‌دیدمیت سلی معمولاً یک طرفه بوده و شیوع دو طرفه بودن آن ۵/۱۲ درصد است و در ۵۰ درصد موارد سل فعال در بخش دیگری از بدن وجود دارد. به علت احتمال بروز واکنش‌های التهابی در بیضه‌ها در فاز حاد تمایز اپی‌دیدیم و ارکیت حاد و بدخیمی‌ها دشوار است به طوری که در معاینه بالینی و بکارگیری روش‌های تصویربرداری هم بیشتر اوقات افتراق آنها امکان‌پذیر نیست.

در تشخیص افتراقی، اپیدیم و ارکیت باکتریال، تومورهای اسکروتوم و بیضه، تورشن بیضه، سارکوئیدوز، اسپرماتوسل، ترومای اسکروتال و انفارکتوس بیضه قرار دارند (۲).

افتراق اپی‌دیدمیت سلی از باکتریال ممکن است دشوار باشد زیرا در سونوگرافی به صورت بزرگی هتروژنی و هیپواکوی منتشر و بزرگی هتروژنی هیپوآکوندولر و ندول‌های هیپواکوی داخل بیضه متعدد گزارش می‌شود. الگوی هیپواکوی هتروژن از اپی‌دیدیم بزرگ شده به سود ابتلای سلی است در حالی که اپی‌دیدمیت باکتریال به طور معمول بیشتر هیپواکو و هوموژن است. کلسیفیکاسیون در اپی‌دیدیم به نفع نوع سلی است. جریان خون به صورت خطی یا پاچی فوکال پیرامون اپی‌دیدیم در سونوگرافی کالرداپلر در نوع سلی دیده می‌شود در حالی که در نوع باکتریال الگوی جریان خون به طور منتشر

افزایش می‌یابد. شواهد سل در دیگر دستگاه‌های بدن و سابقه کانسر مثانه درمان شده با تزریق داخل مثانه‌ای BCG و ضعف ایمنی و ندادن پاسخ درمانی به تجویز آنتی‌بیوتیک‌های معمول باید تردید به ابتلای سل را برانگیزد (۷).

سل می‌تواند به طور نادر اسکروتوم را به تنهایی درگیر کند و با توجه به شک نئوپلازی و کانسرهای بیضه مشکلی تشخیصی است و ممکن است به درمان‌های رادیکال و تهاجمی و اورکیدکتومی بیانجامد. درمانی که می‌تواند با درمان آنتی‌توبرکلوز از آن پرهیز شود (۲).

در ابتلای دستگاه ادراری، آنالیز ادراری در بیشتر موارد غیرطبیعی است و بیمار پیوری استریل دارد. در همه بیماران دچار سل ژنیتال، باید عفونت HIV رد شود.

تشخیص سل ژنیتال ترکیبی از شرح حال، معاینه فیزیکی، یافته‌های سونوگرافی و بیوپسی یا FNA و یافته‌های هیستوپاتولوژی گرانولوم است.

درمان سل اسکروتوم، درمان آنتی‌توبرکلوز چهار دارویی ایزونیاژید، ریفامپین، پیرازینامید و اتامبوتول است که شش ماه به صورت چهار دارویی حمله‌ای است که تا دو ماه بوده و سپس با دو داروی ایزونیاژید و ریفامپین به مدت چهار ماه ادامه پیدا می‌کند که معمولاً نیاز به جراحی نیست. هنگامی نیاز به ارکیدکتومی وجود دارد که آبه‌های متعدد داخل بیضه تشکیل شده باشد (۳).

در یک مطالعه گذشته‌نگر از ۲۹ بیمار با سل اسکروتال، در ۲/۱۷ درصد به صورت اولیه شک به سل کرده بودند که منجر به جراحی غیرضروری ارکیدکتومی به خاطر شک به کانسر اسکروتوم شده بود. موارد معدودی از اپیدیم و ارکیت سلی به عنوان عارضه درمان اینتراویکال با BCG برای کانسر اوروتلیال مثانه گزارش شده است (۸).

گزارش شرلی آبراهام و همکاران در سال ۲۰۱۶، یک مرد ۳۶ ساله را با شرح حال ۲ ساله توده بیضه چپ و ترشح چرکی از ضایعه اولسره اسکروتوم توصیف کرده‌است. در پیشینه وی توده بدون درد، کاهش وزن ۳۰ پوند، مراجعه پیاپی به کلینیک‌های سرپایی و درمان آنتی‌بیوتیکی، نداشتن سابقه روشن تماس با فرد مسلول وجود داشت. بیمار، به درمان

در گزارش کریشنا مورتی و همکاران در سال ۲۰۱۷ یک مرد ۵۵ ساله با تورم بدون درد بیضه چپ، هماچوری و پیوری استریل و سونوگرافی نرمال کلیه و مجاری ادرار معرفی شد که با احتمال تومور بیضه ارکیدکتومی شد اما گزارش آسیب‌شناسی گرانولوم سلی بود (۱۲). بیمار معرفی شده این گزارش، از دو سال پیش از آن با توده بدون درد اپیدیدیم راست که تبدیل به سینوس نشده بود، مراجعه کرد.

اما با توجه به نشانه‌های ادراری، هماچوری و پیوری استریل، معاینه سیستم اسکوپ، هیدرونفروز حالب راست، نداشتن کارکرد کلیه راست در IVP، درگیری مثانه، کلیه و حالب راست به صورت یکطرفه، داشت. بیمار به درمان ضد سل بخوبی پاسخ داد اما با توجه به نداشتن کارکرد کلیه راست و کارکرد مناسب کلیه چپ، با تصمیم جراح اورولوژی، اقدام دیگری پیشنهاد نشد. پس از نزدیک ۶ ماه پی‌گیری بطور کامل بهبود یافت و کارکرد کلیه چپ نیز نرمال است.

در توده‌های اسکروتوم و اپیدیموارکت سل اسکروتال به رغم نادر بودن باید به عنوان یک تشخیص افتراقی توسط متخصصان بالینی و رادیولوژیست‌ها قرار گیرد. چون این بیماری با درمان دارویی آنتی توبرکلوزی کاملاً بهبود می‌یابد و باعث کاهش تاخیر در تشخیص و جراحی ارکیدکتومی غیرضروری می‌شود. نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

ضدسل پاسخ داد. موارد بالا با گزارش موردی ما شباهت دارد اما در مورد تراوش چرکی از ضایعه اولسره تفاوت دارد (۹). در گزارش ویکتور کاسیونگ خو و همکاران در سال ۲۰۱۲، یک مرد ۲۰ ساله با اپیدیدیمیت سلی ایزوله به صورت تومور بدون درد اسکروتوم، بدون سابقه سل ریوی، بدون درگیری کلیه‌ها با سابقه تزریق واکنشی PPD، توصیف شده است که با مورد گزارش شده، همخوانی دارد (۱۰).

در گزارش ال همرونی و همکاران در سال ۲۰۱۷ یک مرد ۷۶ ساله با اپیدیدیموارکت و الگوی میلیاری با تورم و تندرینس بیضه چپ، بدون تب، و نشانه‌های ادراری توصیف شده است که به دنبال تزریق BCG از راه مثانه به دنبال کارسینوم کلیه راست ایجاد شده بود که از ۲ هفته پیش از آن، نشانه‌دار شده بود. در این گزارش اپیدیدیموارکت به صورت میلیاری بود ولی در مورد ما به صورت توده در اپیدیدیم بوده است (۸). در گزارش شاگابا و همکاران در سال ۲۰۱۲ یک مرد ۴۵ ساله که با ۵ سال تورم بدون درد اسکروتوم چپ بیمار بدون تب و بدون کاهش وزن بوده که از ۲ هفته پیش از آن اولسره شده توصیف شد که با گمانه تومور، ارکیدکتومی شد که آسیب‌شناسی توده سل را تأیید کرد. از نظر ترشح چرکی از اولسر با بیمار گزارش شده تفاوت داشت اما از نظر توده بدون درد، بدون تب و بدون کاهش وزن با مورد ما همخوانی داشت (۱۱).

منابع

1. Adem Altunkol, Yalçın Evliyaoğlu, Nevzat Can Şener. Tuberculous Epididymitis Mimicking a Testicular Tumour. A Case report. J Urol Surg 2015;2(2):100-102, 10.4274/jus.2015.155
2. Viswaroop BS, Kekre N, Gopalakrishnan G. Isolated tuberculous epididymitis. a review of forty cases J Postgrad Med. 2005 Apr-Jun; 51(2):109-11
3. Viswaroop B S, Kekre N, Gopalakrishnan G. Isolated tuberculous epididymitis: A review of forty cases. J Postgrad Med 2005;51:109-11
4. Huan-Yun Liu, Yian-Tzueng Fu, Ching-Jiunn Wu et al. Tuberculous epididymitis: a case report and literature review, Case Report. Asian J Androl 2005; 7(3): 329-332.
5. Stephanie N.Taylor, Epididymitis, CID 2015:61(Suppl 8)
6. Shavadia J., Abdallah A. Epididymal tuberculosis: Case report. The Annals of African Surgery; Vol. 2, June 2008
7. Singh, Durga; Fontanella, Mary; Voci, Susan. Tuberculous Epididymitis Ultrasound Quarterly. June 2012 - Vol 28 - Issue 2 - p 145-147
8. Ikram El Hamrouni, Thierry Puttemans, Emmanuel Dardenne et al. Unusual Case of Testicular Tuberculosis, DOI. <http://doi.org/10.5334/jbr-btr.1142>
9. Sherly Abraham, Dora Ernestina Izaguirre Anariba, Kirandeep Dua, Mohammad Mir and Arvind Ankireddypalli. A case of testicular tuberculosis mimicking malignancy in a healthy young man. Ther Adv Infectious Dis 2016, Vol. 3(3-4) 110-113
10. Victor Ka-Siong Kho, Pei-Hui Chan. Isolated tuberculous epididymitis presenting as a painless scrotal tumor. Journal of the Chinese Medical Association 75 (2012) 292e295
11. A.I. Shugaba¹, A.M. Rabi², C. Uzokwe³ and R.M. Matthew. Tuberculosis of the Testis. A case Report. Clinical Medicine Insights: Case Reports 2012;5 169-172
12. Krishnamoorthy S, Gopalakrishnan G and Kekre, NS. Genito-Urinary Tuberculosis. A Great Mimicker and Its Atypical Manifestations. Austin J Urol - Volume 4 Issue 1 - 2017

13. Jafari M, Mansouri R. A Review on Immunological Diagnosis Methods of Tuberculosis Infection. JSSU. 2017; 24 (10) :852-860

14. Aminzadeh Z., Akhyani H. Clinical manifestations of patients with extra-pulmonary tuberculosis admitted to Loghman Hakim Hospital. zahedan journal of research in medical sciences : 2005(7) Issue 4 :283-288.

A Case of TB Epididymitis with the Appearance of Scrotum Mass

Taramian S (MD)¹- *Yaghubi T(MD)¹

***Corresponding Address:** Department of Infectious Diseases, Faculty of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

Email: tofigh_yaghubi@yahoo.com

Received: 09/Oct/2018 Revised: 01/Jan/2019 Accepted: 16/Jan/2019

Abstract

A rare case of tuberculosis in a 50-year-old man presented as a scrotal mass from about 2 years ago, which was associated with renal involvement and one side hydronephrosis. The patient did not recover with usual treatments, and epididymectomy and biopsy and excision of the right epididymis performed and a sample was sent to examine by pathology. Nectrotizing granulomatous inflammation was reported that improved by prescribing anti-tuberculosis drugs completely. In the scrotal masses and epididymiorchitis, the scrotal tuberculosis should be considered as a differential diagnosis by urologist and radiologist colleagues. Because the disease is completely treated by anti-TB drug therapy, it will reduce the delay in diagnosis and unnecessary orchidectomy.

Key words: Epididymitis\ Scrotum\ Tuberculosis

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 109, Pages: 57-61

Please cite this article as: Yaghubi T, Taramian S. A Case of TB Epididymitis with the Appearance of Scrotum Mass . J of Guilan University of Med Sci 2019; 28(109):57-61. [Text in Persian]