

ORHIEPIDIDIMITA TUBERCULOASĂ REVELATOARE A INFECȚIEI HIV

dr. Alina Dobroș¹, prep.univ.dr. Marius Irimie²

¹Spitalul Clinic Județean de Urgență Brașov, Secția de Dermatologie

²Universitatea „Transilvania” din Brașov, Facultatea de Medicină

Abstract

The emergence of AIDS has changed the natural history of tuberculosis which has now become the second most common infection associated to human immunodeficiency virus infection. We present the case of a 34-year-old male patient that was diagnosed with tuberculous orchiepididymitis as clinical onset of HIV infection. The patient was admitted in hospital with fever, right scrotal enlargement, abdominal pain referred to right lumbar area and right thigh. Laboratory examinations showed an inflammatory syndrome, negative serology for syphilis but positive serology for HIV. Urine examination was normal. Chest X-ray, plain abdominal radiography, renal ultrasonography were all normal. The inefficiency of initial treatment with gentamicin and ciprofloxacin led to practice the right orchiectomy. Histopathological examination revealed the tuberculous aetiology and antituberculous therapy was started. The course was favourable but the life prognosis is determined by the infection with HIV.

Key-words: tuberculous orchiepididymitis, human immunodeficiency virus infection

Introducere

Orhiepididimita este definită prin inflamarea bursei testiculare și a epididimului. Etiologia orhiepididimitelor este fie infecțioasă (*Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycobacterium tuberculosis*), fie iatrogenă (explorări instrumentale, adenomectomie transuretrală).

Tuberculoza genitourinară este una dintre cele mai frecvente manifestări ale tuberculozei extrapulmonare, dar orhiepididimita tuberculoasă izolată este rară. Emergența SIDA a modificat evoluția naturală a tuberculozei care a devenit a doua cea mai frecventă infecție asociată virusului imunodeficienței umane. Prezentăm cazul unui pacient diagnosticat cu orhiepididimită tuberculoasă ca primă manifestare a sindromului imunodeficienței umane dobândite.

Caz clinic

Pacient în vârstă de 34 de ani a fost internat în secția de dermato-venerologie pentru febră, scrot mărit de volum, dureri abdominale cu iradiere în lumba și coapsa dreaptă. La examenul obiectiv se evidențiază temperatura 39°C, hemiscrot drept mărit de volum, cu tegument roșu, cald, cu cadrilajul tegumentar dispărut. Testiculul drept era mărit de volum, cu consistență crescută, dureros, cu epididim nedecelabil. Investigațiile de laborator au evidențiat o VSH de 20 mm la 1 h, cu leucocitoză 19.000 L/mm³, serologie pentru sifilis (VDRL, TPHA) negativă, dar testul HIV

a fost pozitiv. Diagnosticul inițial a fost de: Orhiepididimită acută dreaptă (etiologie probabil chlamidiană). Infecție HIV. A fost început tratamentul cu gentamicină 240 mg în prima zi urmat de ciprofloxacină 500 mg/zi. Pacientul abandonează tratamentul, părăsește spitalul, dar prezentându-se după două săptămâni în serviciul de urologie pentru aceeași simptomatologie motiv pentru care se practică orchiectomie dreaptă. Examenul histopatologic a evidențiat prezența foliculilor tuberculoși și a necrozei cazeoase stabilind diagnosticul de orhiepididimită tuberculoasă (fig. 1, 2 și 3).

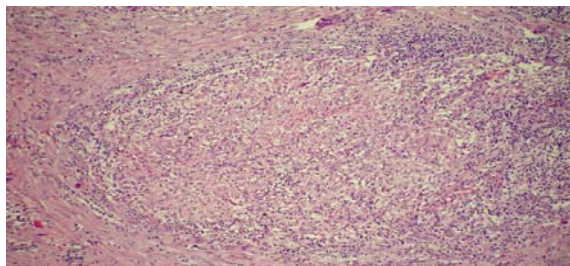


Fig. 1 Foliculi tuberculoși la nivelul testiculului

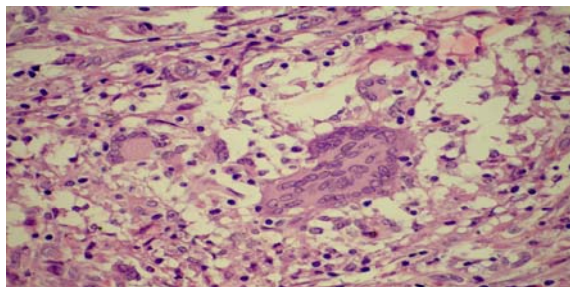


Fig. 2 Celule gigante Langhans

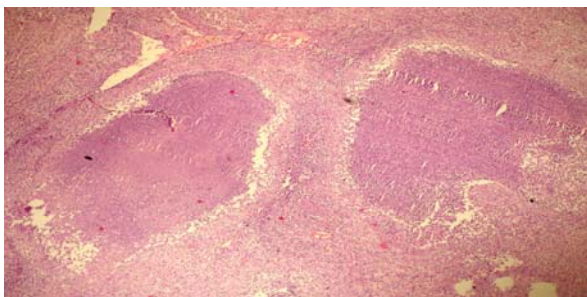


Fig. 3 Focare de necroză de cazeificare

Antecedentele tuberculoase personale sau familiale erau absente. IDR la 2 u PPD a fost negativ, iar radiografia pulmonară nu a evidențiat leziuni tuberculoase active. A fost inițiat tratamentul tuberculostatic 3HREP_{7/7}+6HR_{7/7}. Consultul de boli infecțioase recomandă neînceperea terapiei antiretrovirale, numărul CD4 fiind de 878/mm³ cu o încărcare virală de 104.000/ml. Evoluția sub tratamentul antituberculos a fost favorabilă, dar prognosticul atât *quo ad sanatorum* cât și *quo ad vitam* rămânând rezervat datorită infecției HIV.

Discuții

Tuberculoza genitourinară este a doua manifestare ca și frecvență a tuberculozei extrapulmonare după cea ganglionară [6]. Epididimul este cel mai frecvent afectat de tuberculoza genitală, fiind urmat de prostată, de veziculele seminale și cel mai rar de testicul [4]. Diseminarea tuberculoasă la nivelul epididimului se poate face pe cale hematogenă sau pe cale retrocanaliculă de la nivelul unei prostatite tuberculoase. Cum epididimita tuberculoasă este mult mai frecventă decât prostatita tuberculoasă, diseminarea hematogenă pare mult mai probabilă. De asemenea este posibilă și diseminarea distală de la un focar tuberculos renal. O altă cale rară de transmitere a tuberculozei genitale este cea sexuală întâlnită la pacienții a căror parteneră sexuală suferă de tuberculoză a organelor pelvine [6].

Înainte de erei terapiei tuberculostatice epididimita tuberculoasă era mai des întâlnită la bărbații tineri, activi sexual, cu vârsta între 16 și 40 de ani. În prezent peste 70% dintre bărbații cu tuberculoză genitală au peste 35 de ani [5]. 70% dintre pacienții cu tuberculoză genitală prezintă antecedente tuberculoase [5]. Afectările tuberculoase extragenitale, incluzând tuberculoza pulmonară și tuberculoza renală, sunt

întâlnite la 50% [2] și respectiv 88% dintre pacienții cu tuberculoză genitală [1].

În fazele inițiale epididimita tuberculoasă este dificil de diferențiat clinic de epididimitele bacteriene. Se manifestă prin edem scrotal masiv, dureros, de obicei unilateral, și palparea unei mase tumorale la nivelul hemiscrotului, neputându-se delimita epididimul de testicul. Starea generală poate fi modificată cu febră și frisoane. Piuria și hematuria sunt mai rare în epididimita tuberculoasă izolată, fără afectare renală. Afectarea secundară a testiculelor poate fi observată în fazele avansate ale infecției.

Spectrul investigațional al pacientului cu epididimita tuberculoasă trebuie să cuprindă hemoleucograma, electroforeza, ionograma, test HIV, intradermoreacția la PPD, radiografia toracică pentru evidențierea unei tuberculoze pulmonare, radiografia simplă și ecografia abdominală, urografia intravenoasă pentru tuberculoza tractului urinar superior, ultrasonografia scrotală. VSH este de obicei crescută. Examenul microscopic al urinei evidențiază hematurie și piurie cu urocultură sterilă.

Puncția-biopsie epididimară cu ac fin poate diferenția epididimita bacilară de una bacteriană obișnuită. Examenul histopatologic evidențiază leziuni specifice tuberculoase similare celor din alte organe: leziuni granulomatoase, infiltrat inflamator nespecific, necroză de cazeificare. Metodele de amplificare genică precum PCR se pare că facilitează și grăbesc stabilirea diagnosticului de tuberculoză genitală [3].

Diagnosticul diferențial se face cu traumatismul testicular, torsiunea testiculară, hidrocelul, tumorile testiculare.

Complicațiile orhiepididimitei tuberculoase includ: abcese scrotale, hidrocel, fistule scrotale, calcificări extratesticulare și sterilitatea.

Tratamentul de primă intenție în orhiepididimita tuberculoasă este cel medicamentos. Înaintea stabilirii unui diagnostic etiologic se instituie tratament antibiotic ca pentru o orhiepididimită bacteriană acută. Stabilirea etiologiei tuberculoase prin frotiu colorat Ziehl-Nielsen, culturi pozitive și examen histopatologic permite inițierea tratamentului antituberculos cu asocierea a trei sau patru tuberculostatice (izoniazida, rifampicina, etambutol, pirazinamida) pentru 2-3 luni, continuat cu două tuberculostatice (izoniazida, rifampicina) până la 6 luni. Tratamentul chirurgical și-a mai

pierdut din importanță dar se recurge la el în cazul unor complicații sau în cazurile refractare la chimioterapia antituberculoasă [3].

Concluzie

Orice epidididmită acută la un tânăr HIV pozitiv trebuie să ridice suspiciunea etiologiei bacilare și necesită investigații în acest sens.

Bibliografie

1. Borthwick W.M. - Present position of urinary tuberculosis, *Br J Urol*, 1970, 42, 642.
2. Gorse G.J., Belshe R.B. - Male genital tuberculosis: a review of the literature with instructive case reports, *Rev Infect Dis*, 1985, 7, 511.
3. Ludwig M., Velcovsky H.G., Weidner W.- Tuberculous epididymo-orchitis and prostatitis: a case report, *Andrologia*, 2008, 40, 81–83.
4. Oben F.T., Wright R.D., Ahaghotu C.A. - Tuberculous epididymitis with extensive retroperitoneal and mediastinal involvement, *Urology*, 2004 Jul, 64(1), 156-158.
5. Ross J.C., Gow J.G., St. Hill C.A. - Tuberculous epididymitis: a review of 170 patients, *Br J Surg*, 1961, 48, 663–666.
6. Wise G.J., Marella V.K. - Genitourinary manifestation of tuberculosis, *Urol Clin North Am*, 2003, 30, 111–121.