

Seorang Penderita Tuberkulosis Testis

Prastuti Asta Wulaningrum dan Soedarsono

Abstrak. Seorang laki – laki, berusia 40 tahun, dengan diagnosis, TB testis kiri, limfadenopati kelenjar inguinal kanan maupun kiri, kecurigaan adanya HIV karena riwayat seks bebas, anemia dan hipoalbuminemia. Hal ini dapat disebabkan oleh antara lain penyebaran hematogen, limfogen, aliran balik urin, dan jarang melalui kontak seksual. Pasien ini mendapatkan terapi obat anti tuberkulosis dan mengalami perbaikan secara klinis. (*JKS 2006; 2:69-74*)

Kata Kunci : Tuberkulosis, testis

Abstract. A 40 years old man had the diagnosis: left testis TB, right and left inguinal lymphadenopathy gland. It is suspected that this man has HIV since he has a free sex history ,anemia and hypoalbuminemia. This may be caused by the spreading of hematogenous, limfogen, backflow of urine, and rarely through the sexual contacts. The patient is getting anti-tuberculosis drug therapy and as a result his condition shows a clinical improvement. (*JKS 2006; 2:69-74*)

Keywords : Tuberculosis, testis

Pendahuluan

Tuberkulosis adalah penyakit yang telah dikenali dan berusaha untuk diatasi oleh para klinisi selama ribuan tahun, namun konsep tentang cara penularannya tidak dapat diketahui selama tiga milenium. Hal ini disebabkan oleh perjalanan penyakit yang kronis sehingga menutupi sifat alaminya yang menular.¹

Pada saat ini, tahun 2002, diperkirakan terdapat 8,8 juta kasus baru dan 3,9 juta diantaranya sangat infeksius. Total jumlah kasus yang ada di dunia diperkirakan sebesar 17 juta jiwa, dengan kasus kematian sebesar 1,84 juta jiwa pada tahun 2000. Hampir semua kasus (>95%) dan hampir semua kasus kematian (98%) terjadi di negara berkembang.⁵

TB genitourinaria adalah salah satu manifestasi TB ekstra paru, dan mencerminkan 2,34% dari keseluruhan

kasus TB, walaupun keterlibatan genitourinaria didapatkan pada 7% hasil otopsi pasien yang mengidap TB. Kasus yang hanya melibatkan genitalia didapatkan pada 28% kasus TB genitourinaria. Prostat, epididimis, dan vesikula seminalis adalah tempat yang paling sering terlibat sedangkan testis sangat jarang dan pada otopsi didapatkan hanya pada 3% dari seluruh penderita TB genitalia pada era modern.^{1,12} Kasus yang akan kita tampilkan kali ini adalah kasus TB testis dengan kultur BTA yang positif pada urine dan swab testis dan hasil biopsi yang mencerminkan proses granulomatosa pada testis dan kelenjar getah bening inguinal.

Kasus

Seorang laki-laki, EE, 40 tahun, suku Sengihe Talaut, agama Protestan, berpendidikan SMEA, dirawat di ruang Paru laki RSUD Dr. Soetomo sejak tanggal 27 Desember 2006 dengan keluhan borok pada testis.

Prastuti Asta Wulaningrum dan Soedarsono adalah dosen pada bagian Pulmonologi Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala

Riwayat Penyakit :

Penderita mengalami pembengkakan pada testis kiri sejak tiga bulan sebelum masuk rumah sakit, terasa gatal dan panas. Dari pembengkakan itu pelan – pelan menjadi borok yang bernanah dan berbau tidak sedap sejak satu bulan sebelum masuk rumah sakit. Selain itu penderita juga mengeluhkan benjolan pada kedua selangkangan yang terasa keras dan mengganggu aktivitas. Kencing tidak terasa panas, tidak pernah ada kencing nanah, dan kencing darah sebelumnya.

Penderita mengeluh batuk sejak tiga bulan sebelum masuk rumah sakit, dengan dahak yang berwarna putih tanpa pernah disertai batuk darah, tidak pernah mengeluh sesak, dan tidak ada riwayat nyeri dada. Nafsu makan dan berat badan penderita menurun sejak sakit, namun pola buang air besar normal.

Riwayat Penyakit Dahulu : penderita tidak pernah sakit sehingga memerlukan perawatan inap dirumah sakit sebelumnya. Tidak diakui adanya penyakit kencing manis, darah tinggi, maupun riwayat pemakaian OAT sebelumnya.

Anamnesa Pekerjaan : penderita bekerja sebagai pelaut disebuah kapal dagang.

Anamnesa Khusus : penderita pernah melakukan seks bebas dalam pekerjaannya.

Anamnesa Keluarga : tidak ada keluarga penderita yang sakit sama dengan penderita.

Pemeriksaan Fisik : pada saat pertama kali datang tanggal 27 Desember 2006 didapatkan penderita dengan keadaan umum yang lemah, GCS 4-5-6. Tidak didapatkan anemia, ikterus maupun sianosis. Tekanan darah 110/70, jumlah pernafasan 20 kali/menit, nadi 88 kali/menit, temperatur aksiler 37°C. Pada pemeriksaan kepala dan leher tidak didapatkan peningkatan tekanan vena jugularis, deviasi trakea dan

pembesaran kelenjar getah bening pada leher dan supraklavikula. Pada pemeriksaan jantung, iktus kordis teraba pada ruang antar iga ke-5, garis midklavikula kiri. Batas jantung kiri pada garis midklavikula kiri dan batas jantung kanan pada garis sternalis kanan. Bunyi jantung (S1 dan S2) tunggal, regular, tidak terdengar murmur maupun gallop. Pada pemeriksaan paru didapatkan inspeksi dan palpasi simetris, pada perkusi ditemukan sonor pada kedua lapangan paru, pada auskultasi terdengar suara nafas vesikuler, pada paru kanan maupun kiri. Tidak terdengar rhonki maupun wheezing pada kedua paru. Pada pemeriksaan abdomen: abdomen tampak datar, hati dan limpa tidak teraba, tidak teraba massa, peristaltik normal. Pada pemeriksaan daerah inguinal didapatkan pembesaran kelenjar getah bening kiri yang berdiameter kurang lebih tiga sentimeter, multipel, yang kenyal, dan lepas dari dasar, sedangkan pada kelenjar getah bening kanan didapatkan pembesaran kelenjar yang berdiameter dua sentimeter, multipel, dengan konsistensi kenyal, dan lepas dari dasar. Pada skrotum kiri didapatkan ulkus yang bernanah dan berbau tidak sedap berdiameter kurang lebih enam sentimeter. Pada pemeriksaan ekstremitas tidak didapatkan edema, jari tabuh ataupun sianosis, akral hangat.

Pemeriksaan Penunjang :

Darah Rutin:

Hb : 8,7 mg/dl, Lekosit : 14,5 x 10⁹/L, Eritrosit : 3,06 x 10⁶/L, Hematokrit : 26,6 %, Trombosit : 610 x 10³ uL, MCV : 86,9, MCH : 28,5, MCHC : 32,7.

Sedimen urine:

Eritrosit : 15 – 20 , Lekosit : 5 – 7 ,
Epitel : 1 – 2 .

Kimia Klinik :

SGOT : 80 IU/L, SGPT : 42 IU/L,
glukosa : 124 mg/dl, serum kreatinin:
1,7 mg/dl, BUN :13 mg/dl, albumin :
1,5 g/dl, Kalium 2,66 mmol/L,
Natrium 124,2 mmol/L

Foto Toraks :

Bercak granuler di seluruh lapangan
paru, fibroinfiltrat suprahiler paru
kanan.

**Perkembangan dan Perjalanan
Penyakit**

Pada saat pasien datang diruang paru
laki – laki pada 28 Desember 2006
pukul 01.30 WIB, saat itu juga
dilakukan koreksi kalium dan
direncanakan untuk mengadakan
transfusi darah diet tinggi kalori dan
infus albumin untuk memperbaiki
keadaan umum penderita. Selanjutnya
pada hari itu juga pada jam kerja,
dilakukan pemeriksaan sputum BTA,
kultur sputum, kultur darah, kultur
urine, pemeriksaan darah lengkap dan
elektrolit ulang, dan FNAB pada
pasien ini. Kecurigaan HIV pada
pasien ini juga diperiksa menggunakan
tes tiga metode. Hasil – hasil
laboratorium yang didapatkan pada
pasien ini setelah perbaikan keadaan
umum adalah :

Darah rutin serial :

Anemia yang dialami pasien ini
membaik, dari 8,7 g/dl (26/12/2006)
menjadi 12 g/dl (30/12/2006), lekosit
menurun dari $14,5 \times 10^9/L$
(26/12/2006) menjadi $7,15 \times 10^9/L$
(30/12/2006), trombosit menurun dari
 $610 \times 10^3 uL$ (26/12/2006) menjadi
 $355 \times 10^3 uL$. LED masih tinggi (50
mm/j) pada tanggal 30/12/2006 dengan

hitung jenis yang cenderung *shift to the
left* (-1/-87/4/8).

Kimia klinik :

SGOT : 80 IU/L, SGPT : 42 IU/L,
glukosa : 103 mg/dl, serum kreatinin:
1,7 mg/dl, BUN :13 mg/dl, albumin :
2,6 g/dl, Kalium 4,0 mmol/L, Natrium
130 mmol/L

Sputum BTA dan aerob: (28/12/2006)

BTA negatif 3x, batang gram negatif,
coccus gram positif

Swab testis : (28/12/2006) : BTA +2

Kultur urine : (29/12/2006) BTA
positif

Kultur swab testis : (29/12/2006) BTA
positif , aerob: *Enterobacter
aerogenes*, tidak ada pertumbuhan
jamur.

Kultur sensitivitas antibiotika :

Resisten : Amikacin, Amoxycillin,
Amoxycillin – Clavulanic acid,
Ampicillin – Sulbactam, Cefazidime,
Cefotaxime, Cefoperazone,
Ceftriaxone, Cefepime, Ciprofloxacin,
dan Fosfomycin.
Sensitif : Cefoperazone – Sulbactam,
Meropenem

FNAB KGB inguinal dan skrotum: (29/12/2006)

Proses radang granulomatik sesuai
tuberkulosa.

Pada saat masuk, pasien langsung
mendapatkan terapi OAT karena
gambaran klinis dan radiologis yang
menunjang kearah TB. Karena adanya
riwayat seks bebas pada pasien ini,
maka dilakukan pemeriksaan HIV tiga
metode oleh Labkesda Surabaya
dengan hasil yang negatif
(29/12/2006). Diagnosa TB testis
diperkuat oleh pemeriksaan

swab testis yang menunjukkan adanya BTA yang positif serta pemeriksaan histopatologi biopsi kelenjar getah bening inguinal yang menunjukkan proses peradangan sesuai TB, walaupun hasil pemeriksaan sputum tidak mendukung. Selama menjalani terapi diruangan, pasien mengalami perbaikan keadaan umum, yaitu borok pada skrotum mulai mengering, tidak berbau, dan nanah yang tadinya banyak menjadi berkurang. Keluhan nyeri dan gatal sudah jauh berkurang, dan batuk yang dialami penderita juga berkurang. Setelah enam hari menjalani perawatan diruangan, diputuskan bahwa penderita dapat menjalani perawatan di daerah asalnya dengan surat pengantar dari poli DOTS RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Pembahasan

Epidemiologi : TB genitalia biasanya diidap oleh laki – laki yang aktif secara seksual dan dalam rentang usia 20 – 50 tahun⁴, walaupun hal itu dapat terjadi pada anak – anak . Ross dan kawan – kawan menyatakan bahwa pada 70% persen pasien TB genitalia juga pernah mengidap TB paru sebelumnya. Keterlibatan ekstra genitalia termasuk paru – paru dan ginjal didokumentasikan pada 50% dan 80 – 85 % kasus dengan TB genitalia.¹¹ Pada penelitian oleh Medlar dan kawan – kawan, dari 13 % pasien laki – laki dengan lesi pada ginjal, 52% diantaranya juga terdapat lesi kaseosa dan seluruhnya (100%) memiliki kavitas pada ginjalnya. Pasien yang menderita lesi genitalia tanpa lesi ginjal terdapat pada 11 % penderita.⁷ Pasien kita kali ini berumur 40 tahun, laki – laki yang aktif secara seksual dan pada foto dada didapatkan bintik granular yang mencerminkan TB paru.

Patogenesis : banyak teori telah dipostulatkan untuk menentukan rute

infeksi TB sampai pada epididimis. Teori itu antara lain :

1. Basil tuberkulosis mencapai epididimis lewat urine yang terinfeksi melalui vas deferens
2. Penyebaran basil tuberkulosis lewat kelenjar getah bening dari fokus genitourinaria primer yang terletak pada pelvis (mis : prostat).
3. Proses hematogen lewat aliran darah.
4. Tansmisi lewat kontak seksual atau transmisi venereal kuman TB (jarang).¹¹

Keterlibatan testis biasanya terjadi karena invasi lokal dari epididimis, proses retrograde dari epididimis, dan jarang dari proses hematogen.⁸

Pada pasien ini terdapat kultur urine yang positif BTA, serta terdapat pembesaran kelenjar getah bening yang setelah dibiopsi ternyata menunjukkan proses radang granulomatik sesuai tuberkulosa. Sedangkan proses venereal masih menjadi tanda tanya .

Gejala klinis : TB genital biasanya muncul dengan gejala lokal seperti pembengkakan skrotum, nyeri, adanya pus dan sinus. Adanya abses dan sinus menandakan penyakit yang telah parah.⁴ Selain itu dapat juga terdapat gejala prostatitis, orkitis, dan epididimitis. Sering pasien datang dengan tanpa gejala, dan penyakit terdeteksi hanya karena urinalisa yang abnormal. Pada pasien dengan TB ginjal dan genitalia, urinalisis abnormal mencapai 90%, mencakup piuri, hematuri, atau keduanya. Temuan piuria pada urin yang asam dengan kultur kuman yang steril adalah salah satu penanda adanya TB. Kadang – kadang, bila ada fokus genital atau bila TB ginjal terhambat oleh adanya striktur, urinalisa dapat menjadi

normal.^{2,5} Pada pasien ini terdapat pembengkakan skrotum yang terasa nyeri, pus, epididimitis, hematuri dan kultur urin yang positif BTA. Tingkat keasaman urin pada pasien ini tidak diperiksa.

Diagnosa

Kecurigaan adanya tuberkulosis urogenitalia diperkuat bila ada abnormalitas foto dada. Sekitar 50% - 75% menunjukkan abnormalitas foto dada walaupun banyak diantaranya merupakan infeksi TB yang telah lampau. Pada pasien ini terdapat foto toraks yang abnormal berupa bercak granuler diseluruh lapangan paru dan fibroinfiltrat pada suprahiler paru kanan.

Bila dicurigai adanya TB urogenitalia, kita harus mengumpulkan spesimen urin awal pagi hari sebanyak tiga hari berturut – turut untuk diperiksa smear BTA dan kultur BTAny. Pada laki – laki, *Mycobacterium smegmatis* dapat menyebabkan smear positif. Namun bila ada kelainan lain yang mendukung kearah TB, temuan smear yang positif bisa diinterpretasikan sebagai TB genitourinaria sampai hasil kultur diketahui. *Mycobacterium tuberculosis* didapatkan pada 85% - 95% pasien dengan TB genitourinaria. Diagnosa dari isolat lesi genital sering memerlukan biopsi, karena diagnosis lainnya mencakup neoplasia dan proses infeksi lain.⁵ Pada pasien ini ditemukan baik smear BTA yang positif maupun hasil pemeriksaan histopatologi yang menunjukkan proses peradangan granulomatis sesuai tuberkulosis.

High resolution sonography saat ini adalah teknik yang paling baik untuk menerawang skrotum beserta isinya. TB epididimo – orkitis akan tampak hipoekoik heterogen yang membengkak difus dan lesi noduler hipoekoik yang heterogen. Temuan

lain dapat berupa kulit skrotum yang menebal, hidrokel, kalsifikasi intraskrotal ekstratestikuler, abses skrotum dan jalur sinus skrotum. Pada pasien ini tidak ditemukan kulit skrotum yang menebal, abses skrotum, ataupun hidrokel, sedangkan pemeriksaan lain tidak dilakukan karena biaya.

Pembengkakan epididimis dengan pola hipoekoik heterogen, keterlibatan epididimis bilateral, dan lesi testis menunjukkan adanya TB, terutama pada pasien dengan TB pada bagian lain dari tubuh dan kegagalan terapi dengan antibiotik konvensional. Temuan sonografi membantu untuk membedakan TB dari tumor, infeksi akut dan infark testis.¹²

TB testis dapat berdampak pada kesuburan. Hitung sperma dan motilitasnya dapat menurun karena blokade vas deferens dan atau atropi sekunder.⁵ Pemeriksaan kesuburan pada pasien ini tidak dapat dilakukan karena masalah biaya.

Terapi

Terapi untuk TB testis terdiri dari obat anti tuberkulosis, dan epididimektomi atau orkiektomi dapat juga dilakukan walaupun jarang. Terapi bedah ini dapat dilakukan bila penyakit ini kurang respon terhadap terapi medis. Terapi medis dapat mengembalikan patensi epididimis, namun sering meninggalkan bekas jaringan parut yang tebal. Efek terapi medis terhadap kualitas semen dan infertilitas tidak dapat dibuktikan.

Tindakan bedah baru dapat dikerjakan setelah diberikan tuberkulostatik. Tindakan bedah pada penderita yang pernah mengidap TB harus dilakukan dengan perlindungan tuberkulostatika

sebagai tindakan profilaksis mencegah kambuhnya TB.^{6,9,10} Pasien kita mendapatkan OAT sebagai terapi utamanya, dan dalam beberapa hari perawatan pasien mengalami perbaikan kondisi yaitu borok pada testis menjadi tidak berbau dan mulai mengering, serta diimbangi dengan perbaikan keadaan umum.

Ringkasan

Telah dilaporkan suatu kasus dengan angka prevalensi yang cukup rendah yaitu seorang laki – laki, berusia 40 tahun, dengan diagnosis masuk sebuah TB paru, TB testis kiri, limfadenopati kelenjar inguinal kanan maupun kiri, kecurigaan adanya HIV karena riwayat seks bebas, anemia dan hipoalbuminemia. Setelah melalui tahapan diagnosis, pada pasien ini ternyata ditemukan suatu TB testis dengan limfadenitis TB yang angka kejadiannya cukup jarang diseluruh dunia. Hal ini dapat disebabkan oleh beragam faktor, antara lain melalui penyebaran hematogen, limfogen, aliran balik urin, dan jarang melalui kontak seksual . Pasien ini kemudian mendapatkan terapi TB dengan obat anti tuberkulosis dan mengalami perbaikan secara klinis sehingga dapat dipulangkan untuk kontrol dipusat pelayanan kesehatan yang terdekat dengan tempat tinggalnya .

Daftar Pustaka

1. Farer LS, Lowell AM, Meader MP. Extrapulmonary tuberculosis in the United

- States . *Am J Epidemiol*.1979;109:205.
2. Goldfarb DS, Saiman L. Tuberculosis of the Genitourinary Tract. In Garay S, Rom WN, *Tuberculosis*. Boston : Little, Brown.1996 : 619 – 620 .
3. Gow JG. Genitourinary Tuberculosis. In PC Walsh (ed), *Campbell's urology*. Philadelphia : Saunders.1992 : 951 – 981 .
4. Heaton ND, Hogan B, Michell M et al. Tuberculous epididymo – orchitis : Clinical and ultrasound observations.*Br J Urol*. 1989.64:305 – 309 .
5. Hopewell PC. Tuberculosis and Other Mycobacterial Diseases. In Nadel, Murray. *Textbook of Respiratory Medicine*. Fourth ed. Philadelphia: Elsevier, Saunders, 2005.33:1017.
6. Jong W, Sjamshudajat R. Buku Ajar Ilmu Bedah. Jakarta: EGC. 1998.32:1022 – 1024 .
7. Medlar EM, Spain DM, Holliday WR: Post – mortem compared with clinical diagnoses of genitourinary tuberculosis in adult males. *J Urol*. 1949.61:1078 – 1088.
8. Misra MC, Kapoor VK, Mokhopadhyay AK, Sharma LK. Tuberculosis of testis – an unusual presentation. *Indian J Tuberc* 1985.32: 160 – 161.
9. O'Flynn D. Surgical treatment of genitourinary tuberculosis. A report on 762 cases. *Br J Urol*.1970.42:667 – 671 .
10. Poulos C, Malovrouvas D. Progress in the approach of tuberculosis of the genitourinary tract. *Acta Urol Belg*. 1990.58:101 – 123 .
11. Ross JC, Gow JG, St Hill CA. Tuberculous epididymitis: a review of 170 patients . *Br J Surg*.1961.48:663 – 666 .
12. Shah H, Shah K, Dixit R, Shah KV. Case report on Isolated Tuberculous Epididymo – Orchitis. *Indian J Tuberc*.2004.51:159 – 162
13. Simon HB, Weinstein AJ, Pasternak MS, et al: Genitourinary tuberculosis: Clinical features in general hospital. *Am J Med* . 1997. 63 : 410 – 420.