

Parasternal Bölgesinde Tüberküloz Apsesi

Tuberculous Abscess in the Parasternal Region

Erkan Akar

Sağlık Bakanlığı, Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Bursa, Türkiye

Özet

Abstract

Göğüs duvarı tüberkülozu, göğüs duvarında çoğunlukla ağrılı, yumuşak ve soliter bir şişlik ile karakterizedir. Soğuk abse şeklinde ortaya çıkan bu yapı, tüberkülozun nadir görülen ekstrapulmoner bir tutulumudur. Pulmoner tüberküloz, hastaların çoğunluğunda primer kaynağı oluşturmaktadır. Kronik hastalığı ve tüberküloz anamnezi olmayan kırk yaşındaki kadın olgunun, parasternal lokalizasyondaki kitlesinden ince iğne aspirasyon biopsisi yapıldı. Histopatolojik tanı granümatöz iltihap ile uyumlu olarak geldi. Aspirat materyalinde asidorezistan basil pozitifliği. Cerrahi debridman planlandı. Genel anestezi altında kitle total eksize edildi. Specimen sonucu tüberküloz granülomu olarak bildirildi. Altta ki kosta ve sternum kenarı normal olarak değerlendirildi. Hastaya postoperatif dördü (etambutol, pirazinamid, izoniazit, rifampisin) antitüberküloz tedavi başlandı. Hasta ameliyat sonrası ikinci günde taburcu edildi. Üçer aylık yapılan dört periotluk kontrollerinde nüks saptanmadı.

Chest wall tuberculosis is usually characterized by a painful, soft and solitary swelling on the chest wall. This structure, which arises as a cold abscess, is a rare extrapulmonary involvement of tuberculosis. Pulmonary tuberculosis is the primary source in most of the patients. Fine needle aspiration biopsy was performed in the mass in the parasternal localization in a 40-year-old female patient who did not have any chronic diseases or history of tuberculosis. Histopathologic diagnosis was reported as a granulomatous type abscess. Acid-resistant bacilli was positive in aspiration material. Surgical debridement was planned. The mass was totally excised under general anesthesia. Tuberculous granuloma was reported as a result of specimen analysis. The rib below and sternal margin were evaluated as normal. Postoperative quadruple antituberculosis therapy (ethambutol, pyrazinamide, isoniazid, rifampicin) was started. The patient was discharged on the postoperative second day. There was no recurrence of the four quarterly periodic controls.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Tüberküloz, göğüs duvarı, apse

KEY WORDS: Tuberculosis, chest wall, abscess

Geliş Tarihi/Received: 13.02.2013

Kabul Tarihi/Accepted: 12.06.2013

Çevrimiçi Yayın Tarihi/Available Online Date: 31.06.2013

GİRİŞ

Tüberküloz, tüm doku ve organları tutabilen bir enfeksiyon hastalığıdır. Hastalığın akciğer dışı yerleşimleri ekstrapulmoner tüberküloz olarak adlandırılır ve dünyadaki tüm tüberkülozlu hastaların %15-20'sinde görülür [1]. Kemik ve yumuşak doku tüberkülozu tüm tüberküloz olgularının %1-2'sini oluştururken, bunların da %1-5'i toraks duvarında görülür [2]. Tüberküloz vücudun tüm kemiklerini tutabilir; ancak en sıklıkla (%50) vertebral kolon, daha nadir olarak (%7) kotlar tutulur [3]. Ekstrapulmoner tüberküloz, akciğer hastalığının direk yayılımı olabileceği gibi ilk yerleşim yeri olabilir. Göğüs duvarı tüberküloz apsesi, enfektif prosesler ve toraks duvarı kanserlerine taklit edebilir [4]. Kas-iskelet sistemi tüberkülozu olgularında standart anti-tüberküloz tedavi ile birlikte cerrahi debridman önerilmektedir [3]. Ekstrapulmoner tüberküloz apseli olgu literatür bilgileri eşliğinde sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Kliniğimize, dört aydır gittikçe artan göğüs ağrısı ve şişliği olan, kırk yaşında bayan hasta başvurdu. Olgusu bu şikayetlerinde son haftalarda artma olduğunu bildirdi. Hastanın anamnezinde, geçmişte kronik rahatsızlığının bulunmadığı ve devamlı ilaç almasını gerektirecek sorununun olmadığı anlaşıldı. Sistemik muayenesinde; parasternal lokalizasyonda, palpasyonla sert, ağrılı, flüktüasyon veren yaklaşık 4x3 cm boyutlarında kitle lezyonu mevcut idi (Şekil 1). Diğer sistem muayenelerinde özellik yoktu. Akciğerin oskültasyonunda solunum sesleri doğaldı ve ek ses alınmadı. Kan analizinde; lökosit 8500/µL, PLT 426000/µL, nötrofil %73,2, lenfosit %12,4 ve sedimantasyon değeri 40 mm/saat olarak bulundu. Biyokimyasal tüm değerler normal sınırlar içerisinde idi. Tüberkülin testi 16 mm olarak değerlendirildi. Hastanın çekilen postero-anterior akciğer grafisinde (PA) parankim doğal, her iki hilusda lezyon ve genişleme görülmedi (Şekil 2). Yüzeysel ultrasonografide (USG), sağ parasternal bölgede cildin 7 mm altında 56x27 mm büyüklüğünde muntazam konturlu içi homojen hipoekoik solid kitle görüldü. Bilgisayarlı toraks tomografisinde (BT), sağ meme üst medialinde, pektoral kas posteriorunda yerleşimli 42x27 mm boyutlarında oval yapıda yer yer yüksek hens ünitesi (HÜ) dansite değerlerine sahip hipodens lezyon bulundu, akciğer gözenekli dokusu doğaldı (Şekil 3). Hastadaki kitleden ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) ve yayma yapıldı. Patolojik inceleme malignite negatif, kazeifiye granümatöz iltihapla uyumlu olarak değerlendirildi. Aspirasyon sıvısında asidorezistan basil (ARB) pozitifliği. Birbirini takip eden üç balgam incelemesinde ARB nega-





Şekil 1. Parasternal lokalizasyonda ağrılı, flüktüasyon veren kitle lezyonu



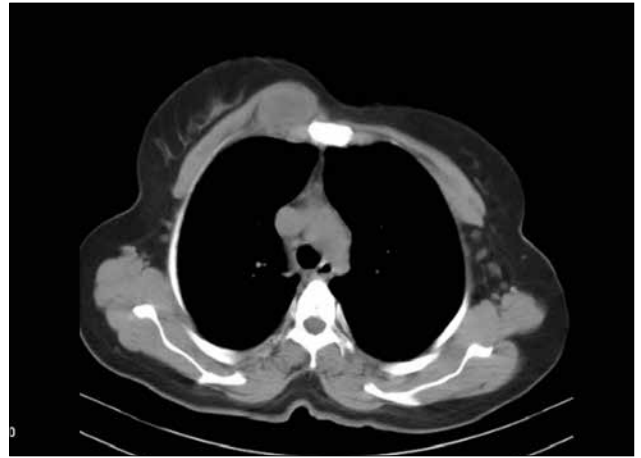
Şekil 2. Olgunun postero-anterior akciğer grafisinde parankimde lezyon olmadığı görülmektedir

tifti. Olguya operasyon kararı alındı. Preoperatif hazırlıkların ardından hasta supin pozisyonunda yatırılarak operasyona alındı. Genel anestezi altında, kitle üzerinden yaklaşık 3 cm'lik insizyon yapıldı. Künt diseksiyonlarla lezyona ulaşıldı. Eksplozasyonda kitlenin sert ve konturlarının düzgün olduğu görüldü. Lezyondan iltihabı dokunun geldiği tespit edilerek, total olarak eksize edildi. Kitle lezyonu ve içeriğinden operatif sahada frozen gönderildi. Frozen sonucu kazeifikasyonlu granülom olarak geldi. Alttaki kosta ve sternum kenarı normal olarak değerlendirildi. Hastaya postoperatif sağaltımda izoniazit (INH) 300 mg/gün, rifampisin (RIF) 600 mg/gün, etambutol (EMB) 15-25 mg/kg/gün, pirazinamid (PZA) 15-30 mg/kg/gün tedavisi iki ay verildi. İkinci ayın sonunda klinik olarak tedaviye olumlu yanıt alınınca INH ve RIF devam tedavisi ile dokuz aya tamamlandı. Tedavi ile klinik ve radyolojik olarak tam iyileşme gözlenen olgu bir yıllık takibin sonunda halen asemptomatiktir.

TARTIŞMA

Gelişmiş ülkelerde, tüberküloz insidansında azalma gözlenirken, ekstrapulmoner tüberküloz insidansında artış gözlenmiştir [5]. Göğüs duvarının tüberküloz absesi nadirdir. Sternum, kostokondral ve kostovertebra eklem, kaburga ve vertebrada görülebilir. Daha sıklıkla sternum ve kaburga boyunca bulunur. Parasternal bölge, kostovertebral eklem ve vertebrada daha az rastlanır. Akciğer parankiminden veya plevradan mikobakterilerin kan ve lenfatik kanallarla doğrudan göğüs duvarına yayılımı ile olur [6]. Tüberküloz tenosinovitinin başlangıç semptomları, yavaş ilerleyen şişlik ve bunu takip eden ağrı ile eklem hareketlerinde azalmadır. Bizim hastamızın taramalarında göğüs duvarı dışında herhangi bir başka odak rastlanılmadı. Göğüs duvarındaki lezyon şiş ve ağrılı idi. Görülme yaşı farklılık göstermekle beraber genellikle 35 yaşın altındadır. Kadınlarda daha fazla görülmeyle beraber kadın/erkek oranı 1,2/1'dir [5]. Olgumuz 40 yaşında bayan idi.

Tanıda ayrıntılı anamnez ve fizik muayeneden sonra radyolojik incelemeler (Direkt grafi, USG, BT, MRG) ve İİAB önerilmektedir. Fakat İİAB her olguda tanıyı koyamamaktadır. Mesela, on sekiz göğüs duvarı tüberküloz apseli hastada yapılan İİAB ile sadece dört hastaya tanı konulmuş, başka bir çalışmada ise tanı oranı %36 olarak saptanmıştır [3]. Yapılan



Şekil 3. Toraks bilgisayarlı tomografi kesitinde, sağ parasternal bölgede yaklaşık 4x3 cm boyutlarında düzgün kenarlı kistik lezyon görülmektedir

bir seri çalışmada ise İİAB örneklerinde; ARB bakısıyla olguların %35'in de, kültür pozitifliği ile %60'ın da tanıya gidilebildiği bildirmiştir [7]. Bizim olgumuzda ise İİAB örneklerinde, histopatolojik ve mikrobiyolojik inceleme ile tanı konulmuş, etilenmiş dokuların uzaklaştırılması için yapılan operasyon sırasında yine de frozen çalışılmıştır.

Tanıda; beyin-omurilik sıvısı, apse, steril vücut sıvıları ve doku örneklerinin histopatolojik incelemesinde kazeifikasyonlu granülomun gösterilmesi tüberkülozu düşündürse de, kesin tanı Ehrlich-Ziehl-Neelsen boyamasında ARB pozitif saptanması, Löwenstein-Jensen besiyerinde Mycobacterium tuberculosis'in izole edilmesi kesin tanı için yeterlidir. Patolojik inceleme sonucunda, histopatolojik olarak, epitelioid dev hücreler ve kazeöz nekroz ile karakterize granülomatöz inflamasyon bulunur. Granülasyon dokusunun histopatolojik incelemesi en güvenilir tanı yöntemidir [5]. Olgumuzda da alınan materyalin hem ARB hem de kültür sonuçları pozitif gelmiş, operasyon sahasından gönderilen doku örneklerinde kazeifikasyon nekrozu içeren granülomatöz inflamasyon görülmüştür.

Kas-iskelet sisteminin tüberküloz apseli olgularında, geniş cerrahi debridman yanında uzun süreli anti-tüberküloz tedavisi verilmesi, hem cerrahi başarıyı arttırmada hem de nüksü

önlemede temel esastır [8]. Medikal tedavinin başlangıcında, basil sayısının fazlalığından dirençli suşların oluşabileceği düşünülerek dördü ilaç ile başlanılmalıdır. INH dirençli suşlarının %4'ten yüksek olduğu ülkemizde, başlangıç tedavisi dördü ve devam tedavisi en az ikili anti-tüberküloz ilaçlarıyla olmalıdır [9]. Tedavi süresi en az 6-9 ay olmakla beraber bazı yazarlar tedavinin 12 aya kadar uzatılması gerektiğini vurgulamaktadır. Bizim olgumuzda, nüks oluşumunu önlemek için geniş debrütman ile beraber; INH 300 mg/gün, RIF 600 mg/gün, EMB 15-25 mg/kg/gün, PZA 15-30 mg/kg/gün tedavisi iki ay verildi. İkinci ayın sonunda klinik olarak tedaviye olumlu yanıt alınınca INH ve RIF devam tedavisi ile dokuz aya tamamlandı. On iki aylık kontrol döneminde nüks görülmemesini, kombine tedavi yapmamıza bağladık.

Tüberküloz, kot destrüksiyonuna yol açan nedenler içerisinde, malignitelerden sonra ikinci sırada gelmektedir. Göğüs duvarı tüberküloz apselerinin çoğunda kaburga harabiyeti görülmez [1]. Hastamızda yapılan debrütman sırasında, alttaki kot ve sternum kenarında harabiyet görülmedi.

Sonuçta, göğüs duvarında gittikçe büyüyen şiş ve ağrılı kitle lezyonunda, toraks duvarı tümörlerinin yanında tüberküloz soğuk absesi de akla gelmelidir. Erken teşhis ve tedavi ciddi kemik ve eklem harabiyetini önlemede önemlidir. Sadece anti-tüberküloz tedavi sonucunda tekrarlayan enfeksiyonlar görüldüğünden, olgumuzda olduğu gibi öncelikle kitle cerrahi olarak total eksize edilmelidir.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu çalışmaya katılan hastadan alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Informed Consent: Written informed consent was obtained from patient who participated in this case.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the author.

Financial Disclosure: The author declared that this study has received no financial support.

KAYNAKLAR

1. Karadayı Ş, Çelik N, Barış Yİ. Toraks Duvarında Tüberküloz Soğuk Abse Olgusu. C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2008;30:82-4.
2. Günay E, Küçükbayrak A, Günay S, ve ark. Primer sternum tüberkülozu Editöre Mektup. Turkish J Thorac Cardiovasc Surg 2011;19:692-3. [CrossRef]
3. Aghajanzadeh M, Pourrasouli Z, Aghajanzadeh G, Massahnia S. Surgical Treatment of Chest Wall Tuberculosis. Tanaffos 2010;9:28-32.
4. Sakuraba M, Sagara Y, Komatsu H. Surgical Treatment of Tuberculous Abscess in the Chest Wall. Ann Thorac Surg 2005;79:964-7. [CrossRef]
5. Erdem H, Uzunlar AK, Yıldırım Ü, ve ark. Akciğer Dışı Organ Tüberkülozu. Düzce Tıp Dergisi 2012;14:86-9.
6. Papavramidis TS, Papadopoulos VN, Michalopoulos A, et al. Anterior chest wall tuberculous abscess: a case report. J Med Case Rep 2007; 1: 152. [CrossRef]
7. Bekci TT, Tezcan B, Yaşar S, et al. Tuberculous Abscess of the Chest Wall. Eur J Gen Med 2010;7:326-9.
8. Barbetakis N, Asteriou C, Kleontas A, Karvelas C. Primary sternal tuberculosis mimicking anterior chest wall tumor:case report. Tüberk Toraks 2011;59:164-7. [CrossRef]
9. Günay E, Ertürk A, Canbakan S, ve ark. Median sternotomi sırasında tespit edilen sternum tüberkülozu (Olgu sunumu). Solunum Hastalıkları 2008;19:79-82.