

CASE REPORT / OLGU SUNUMU

Anterior chest wall musculoskeletal tuberculosis

Toraks ön duvarında kas-iskelet tüberkülozu

Akın Önder¹, Murat Kapan², Zülfü Arıkanoglu³, Alicem Tekin⁴, Ayşe Nur Keleş⁵

ABSTRACT

Musculoskeletal tuberculosis (MT) occurs in 1–3% of patients with tuberculosis, while MT of the chest wall constitutes 1% to 5% of all cases of musculoskeletal MT. They are most frequently found at the margins of the sternum and along the rib shafts. Computed tomography is a useful tool for investigation in the diagnosis of abscess and in determining the extent of an abscess. Antituberculous chemotherapy and surgical excision should be started immediately after the appropriate microbiological and histological samples have been obtained if the clinical suspicion is high. We presented our experience with a 49-year-old woman who had musculoskeletal tuberculosis at the anterior chest wall together with a review of the literature on this subject. *J Clin Exp Invest* 2010; 1(2): 122-124

Key words: Anterior chest wall, tuberculosis, diagnosis, treatment.

GİRİŞ

Kas-iskelet tüberkülozu, tüberkülozlu hastaların yaklaşık %1-3'ünde görülürken, bunların %1-5'inde toraks ön duvar tutulumu söz konusudur. Akciğer gibi primer odaktan lenfatik veya hematojen yayılım yolu ile ortaya çıkabileceği gibi, direkt inokülasyon sonucu da ortaya çıkabilir.¹ Toraks ön duvarda en sık sternum kenarı ve kosta gövdesi tutulur. Nadiren kostakondral ve kostavertebral bileşke ile vertebra tutulabilir.² Antitüberküloz ilaçlar ve bazı cerrahi yöntemler tedavide önerilse de, günümüzde tedavisi hala tartışmalıdır.³

Yazımızda, toraks ön duvarda kitle şikayetiyle başvuran kas-iskelet tüberkülozlu 49 yaşında kadın hastanın güncel literatür eşliğinde sunulması amaçlanmıştır.

ÖZET

Kas-iskelet tüberkülozları, tüm tüberküloz vakalarının %1-3'ünü oluştururlar ve bunlardan yalnızca %1-5'i toraks ön duvarında yerleşir. Toraks ön duvarında en sık tutulan yapılar ise sternum kenarı ve kosta gövdesidir. Bilgisayarlı tomografi lezyonların tanımlanmasında ve genişliğinin belirlenmesinde etkilidir. Eğer yüksek klinik şüphe varsa uygun histopatolojik ve mikrobiyolojik örnekler alındıktan sonra, derhal cerrahi eksizyon yapılmalı ve antitüberküloz ilaç tedavisi başlanmalıdır. Bu yazımızda, toraks ön duvarında tüberküloz tanısı alan 49 yaşında kadın hastanın güncel literatür eşliğinde irdelenmesi amaçlanmıştır. *Klin Den Ar Derg* 2010; 1(2): 122-124

Anahtar kelimeler: Toraks ön duvarı, tüberküloz, tanı, tedavi

Olgu

Kırk dokuz yaşında kadın hasta kliniğimize sol 9–10. kostalar üzerine yerleşmiş toraks ön duvarında yaklaşık 8 cm'lik akıntılı kitle ile başvurdu. Yaklaşık 4 aydır mevcut olan kitlede, son haftalarda boyutlarında artış ile beraber pürülan vasıfta akıntı oluştuğunu ifade eden hasta, kitle üzerinde lokal ağrı tarifliyordu. Hastanın öz ve soy geçmişinde özellik yoktu. Pulmoner hastalığa işaret eden herhangi bir belirti yoktu. Fizik muayenesinde; hastanın ateşinin normal olduğu (36.8°C) ve beslenmesinin yeterli olduğu görüldü. Toraks sol anterior duvarda sert, büyük ve kısmen hareketli, bir adet sinüs içeren kitle haricinde hastanın diğer fizik muayene bulguları normaldi.

Hastanın hemogram ve biyokimya sonuçları normaldi. Ayrıca tümör ve hepatit belirteçleri ile eritrosit sedimentasyon hızı da normaldi. Yara kül-

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, ^{1,2}Genel Cerrahi, ³Patoloji AD, Diyarbakır; ³Diyarbakır Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Diyarbakır; ⁴Mardin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Mikrobiyoloji Laboratuvarı, Mardin- Türkiye.

Yazışma Adresi /Correspondence: Dr.Akın Önder

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Seyrantepe mevkii, 21280 Diyarbakır, E-mail: aonder@dicle.edu.tr

Geliş Tarihi / Received:17.05.2010, Kabul Tarihi / Accepted: 25.06.2010

Copyright © Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi 2010, Her hakkı saklıdır / All rights reserved

türünde; eksudatif zeminde yoğun polimorf nükleuslu lökosit ve lenfositlerin görüldüğü tanısız olmayan iltihabi görünüm tespit edildi. Yara kültüründe ve balgamda aside dirençli bakteri görülmedi. Tüberkülin deri testi negatifti. Direkt akciğer grafisi ve kontrastlı toraks tomografik incelemede, akciğerde herhangi bir patoloji saptanmadı. Kontrastlı abdominal tomografide batında herhangi bir patoloji saptanmazken; toraks sol anterior duvarda cilt altı yağ dokusu içinde kas yapılarıyla sınırları net olarak ayırt edilemeyen, 46 x 28 mm boyutlarında, santralinde nekrotik ve periferinde kontrastlanma gösteren, komşu kotlar üzerinde kısmi destrüksiyona yol açan kitle izlendi (Resim 1). Kitleden tru-cut iğne biyopsi ile örnek alınarak histopatolojik ve bakteriyolojik inceleme yapıldı. Ancak sonuçlar tanısız değildi. Bu bulgularla ameliyata alınan hastada, kitlenin pürülan içerikli kistik bir lezyon olduğu ve kazeifiye yapılar içerdiği, interkostal alana doğru bir fistül traktının uzandığı ve kosta alt sınırında fistülün sonlandığı gözlemlendi. Kitle üzerindeki cildi de kısmi olarak içerecek şekilde total olarak eksize edildi (Resim 2). Çıkarılan spesimenin histopatolojik incelemesinde; yoğun nekroz alanları ile çoğu yabancı cisim tipi, bir kısmı langhans tipi dev hücreler içeren granülomlar ve yoğun konjesyone damar yapıları saptanarak tüberküloz lehine yorumlandı. Antitüberküloz ilaç tedavisi başlanan hasta postoperatif 4. gün taburcu edildi. Takiplerinde nükse ait herhangi bir bulgu saptanmadı.

TARTIŞMA

Tüberküloz hastalığının görülme sıklığı gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hala artmaktadır. Bunun nedeni olarak endemik bölgelerden göç ve immun-supresif hasta sayısında artış gösterilebilir.² Toraks ön duvar tüberkülozları ise, tanı ve tedavisinde güçlüklerin yaşandığı oldukça nadir bir hastalıktır.³ Genellikle ağırlı bir kitle ile karşımıza çıkan toraks ön duvar tüberkülozları, genç erişkin yaşlarda ve kadınlarda erkeklere oranla 2.5 kat daha sık gözlenir.⁴ Kitle hamur kıvamında ve yumuşak olabileceği gibi bazen fluktuasyon gösterebilir. Ancak nadiren sert bir yapıda da karşımıza çıkabilir.² Kitle piyojenik bir apse şeklinde olabileceği gibi, tümoral bir yapı veya her ikisinin karışımı şeklinde de karşımıza çıkabilir.⁵ Bizim hastamızı da hekime getiren şikâyet ağırlı kitleydi. Kitlenin muayenesinde sert kıvamda olduğu ve bir adet sinüs içerdiği görüldü. Literatürle

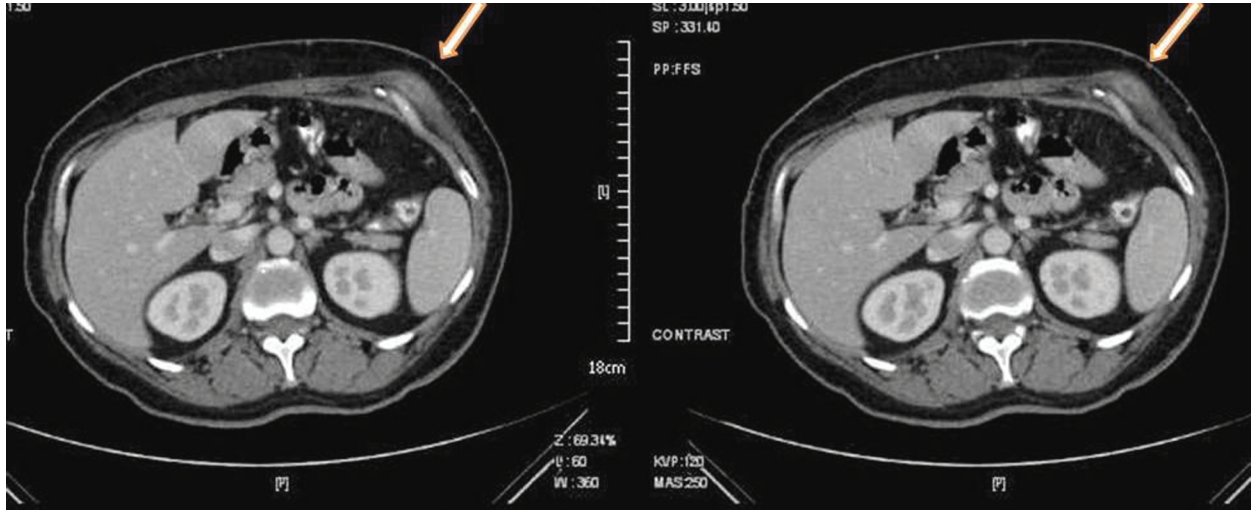
uyumlu olarak hastamız genç erişkin yaşlarda kadın hastaydı ve tüberküloz açısından endemik bölgede yaşıyordu.

Toraks ön duvar tüberkülozlarının tanısında radyolojik görüntüleme yöntemleri kullanılabilir. Chung ve ark.⁶ tüberkülozun teşhisinde bilgisayarlı tomografik incelemenin kullanışlı bir yöntem olduğunu ve lezyonların genişliğinin tespitinde oldukça yararlı olduğunu bildirmişlerdir. Bilgisayarlı tomografik incelemede, yumuşak doku ile ilişkili osteolitik lezyonlar ve nekroza uğramış kemik parçaları ihtiva eden tüberküloz ile uyumlu lezyonlar saptanabilir. Ayrıca bu vakaların yarısında kostalarda destrüksiyon izlenebilir.^{3,7} Geniş destrüksiyonların varlığı ise genellikle ayırıcı tanıda başka patolojileri düşündürür.⁴ Lee ve arkadaşları,⁸ bu vakalarda kosta tutulumunun %69 olarak bildirmişlerdir. Hastamızda yumuşak doku ile ilişkili nekrotik lezyon mevcuttu ve kostalarda destrüksiyon eşlik ediyordu. Tomografik incelemelerde ek patolojilerin saptanmaması ise lezyonun primer odak olduğu işaret ediyordu. Tüm tüberküloz vakalarında olduğu gibi, toraks ön duvar tüberkülozlarının teşhisi de histopatolojik ve bakteriyolojik inceleme sonuçlarına dayandırılmalıdır. Bu amaçla, ilk olarak teşhis, ikincil olarak ise diğer enfeksiyöz hastalıkların ve malignitenin dışlanması amacıyla iğne biyopsileri uygulanabilir.³ Faure ve ark.⁹ iğne biyopsilerinin başarı şansını %36.3 olarak bildirmiştir. Hastamızda tru-cut iğne biyopsisi uygulanarak sonuçlar histopatolojik ve bakteriyolojik olarak incelendi. Ancak sonuçlar non-spesifik iltihabi hastalık ile uyumluydu ve etken saptanamadı.

Toraks ön duvar tüberkülozlarının tedavisi tartışmalıdır. Başarılı bir tedaviden sonra dahi ilk 2 yıl içerisinde nüks oranı %5 olarak bildirilmiştir.⁹ Yalnız başına antitüberküloz ilaç tedavisi uygulanmasının etkin olduğu bildirilse de, literatürde yalnız başına ilaç tedavisinin yeterli olmayacağı da bildirilmektedir.³ Cerrahi girişimlere cevapsız olgularda, apselerin drenajı ile beraber bakiye kitle ve sinüslerinde eksizyonu önerilmektedir.² Kuzucu ve ark.,³ ise tek başına antitüberküloz ilaç tedavisinin güvenilir olmayacağını, geniş cerrahi debridman ve ek olarak antitüberküloz ilaç tedavisinin en etkili yöntem olduğunu bildirmişlerdir. Hastamıza histopatolojik incelemenin yapılabilmesi ve tedavinin sağlanması amacıyla total kitle eksizyonu uygulandı. Tanının doğrulanmasının ardından literatürle uyumlu olarak antitüberküloz ilaç tedavisi başlandı.

Histopatolojik incelemelerde, kazeifikasyon nekrozu içeren epitelioid granülomların ve Langhans tip dev hücrelerin görülmesi, tüberküloz için tipiktir. Mikobakterinin doku kültüründe veya dokunun mikroskopik incelemesinde görülmesi ise oldukça zordur.¹⁰ Hastamıza ait dokunun incelenmesinde tüberküloz basili görülemedi. Ancak Langhans dev hücreleri içeren epitelioid granülomların mevcudiyeti tüberkülozu teyit etti.

Toraks ön duvar tüberkülozlarının değerlendirilmesinde bilgisayarlı tomografik inceleme kullanışlı ve etkili bir yöntemdir. Ancak tanı mutlaka histopatolojik olarak doğrulanmalıdır. Total cerrahi eksizyon ve antitüberküloz ilaç tedavisinin kombine kullanımı rekürrensini azaltılmasında etkili bir tedavi yöntemi olarak önerilmelidir.



Resim 1. Tomografide 46 x 28 mm boyutlarında, santralinde nekrotik ve periferinde kontrastlanma gösteren, komşu kotlar üzerinde kısmi destrüksiyona yol açan kitle



Resim 2. Kistik yapıda kazeifiye yapılar içeren kitlenin makroskopik görünümü

KAYNAKLAR

- Papavramidis TS, Papadopoulos VN, Michalopoulos A, et al. Anterior chest wall tuberculous abscess: a case report. *J Med Case Reports* 2007;1:152.
- Teo TH, Ho GH, Chaturverdi A, Khoo BK. Tuberculosis of the chest wall: unusual presentation as a breast lump. *Singapore Med J* 2009;50:97-9.
- Kuzucu A, Soysal O, Gunen H. The role of surgery in chest wall tuberculosis. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2004;3:99-103.
- Morris BS, Maheshwari M, Chalwa A. Chest wall tuberculosis: a review of CT appearances. *Br J Radiol* 2004;77:449-57.
- Paik HC, Chung KY, Kang JH, Maeng DH. Surgical treatment of tuberculous cold abscess of the chest wall. *Yonsei Med J* 2002;43:309-14.
- Chung SY, Yang I, Bae SH, et al. Tuberculous abscess in retromammary region: CT findings. *J Comput Assist Tomogr* 1996;20:766-9.
- Gaude GS, Reyas A. Tuberculosis of the chest wall without pulmonary involvement. *Lung India* 2008;25:135-7.
- Lee G, Im JG, Kim JS, Kang HS, Han MC. Tuberculosis of the ribs: CT appearance. *J Comput Assist Tomogr* 1993;17:363-6.
- Faure E, Souilamas R, Riquet M, et al. Cold abscess of the chest wall: a surgical entity? *Ann Thorac Surg* 1998;66:1174-8.
- Gönül M, Gül Ü, Kiliç A, Soylu S, Demiriz M, Kubar A. Coexistence of tuberculosis verrucosa cutis with scrofuloderma. *Turk J Med Sci* 2008;238:495-9.