

GÖĞÜS DUVARINDA TÜBERKÜLOZ SOĞUK ABSESİ

TUBERCULOUS COLD ABSCESS OF THE CHEST WALL

Melih BÜYÜKŞİRİN¹ Gülrü POLAT¹ Gökhan YÜNCÜ²
Gülistan KÜDÜR¹ Sülün ERMETE³ Gültekin TİBET¹

Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

¹ Göğüs Hastalıkları Kliniği

² Göğüs Cerrahisi Kliniği

³ Patoloji Bölümü

Anahtar sözcükler: Tüberküloz, soğuk abse, göğüs duvarı

Key words: Tuberculosis, cold abscess, chest wall

ÖZET

22 yaşında erkek olgu, göğsünün sol ön yüzünde 2 ay önce başlayan, giderek artan ağrı ve şişlik yakınması ile başvurdu. Toraks BT'de sol hemitoraks ön yüzünde pektoral kas arkasında yer alan, iyi sınırlı, posterior kesimde subplevral alana doğru uzanan, yağ dokusunda ve kemiklerde invazyon oluşturmayan kistik bir lezyon saptandı. Öncelikle, abse ve hematoma düşünülerek hastanın transtorasik ince iğne biyopsisi ile, tanı sağlanamadı. Abse duvarından yapılan biyopsi sonucu, nekrotizan granümatöz inflamasyon olarak geldi. Aspire edilen pürülan materyalin kültüründe, asido-rezistan basil (ARB) pozitif bulundu. Göğüs duvarında tüberküloz soğuk absesi nadir görüldüğünden, olgu, literatür bilgileri eşliğinde sunuldu.

GİRİŞ

Göğüs duvarında görülen kronik enfeksiyonlar, piyogen mikroorganizmalar tarafından kan yolu ile, ya da komşuluk yolu ile direkt olarak gelişirler. Bunların çoğu da, tüberküloz orjinlidir. Ekstrapulmoner tüberküloz görülme oranı, %3.2-17.5 oranındadır (1). Kemik ve eklem tutulumu ise, tüm tüberkülozlu

SUMMARY

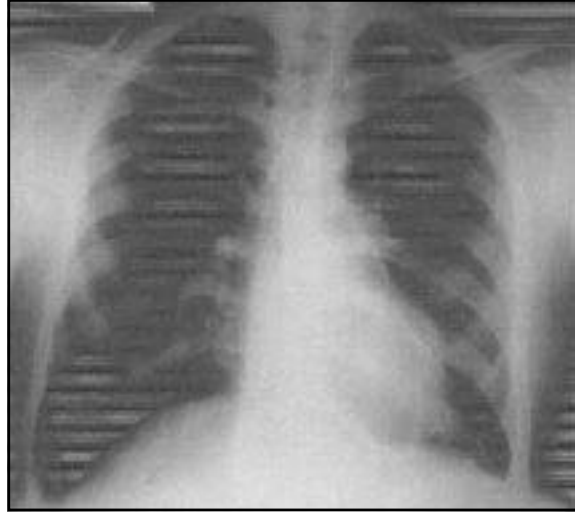
22 years old male patient applied with gradually increasing pain and swelling on the anterior wall of the left hemithorax which was started two months ago. Cystic lesion which was well-bordered, on the anterior wall of the left hemithorax, behind pectoral muscle, reaching subpleural area posteriorly seen on Thorax CT. There was no invasion to fat tissue and bone. Initially, abscess or hematoma thought but transthoracic fine needle aspiration had not given any diagnosis. True-cut biopsy from abscess wall gave the diagnosis of necrotizing granulomatous inflammation. Asido-resistant bacilli (ARB) was positive for the culture of purulent material which was aspirated from abscess. Because, tuberculous cold abscess of the chest wall is rarely seen, we presented the case with literature.

olgular içerisinde %1-5 oranında (2-3), ekstrapulmoner tüberküloz olguları içerisinde ise, %6-16.6 olarak bildirilmiştir (1). İskelet lokalizasyonları içerisinde de, en fazla, vertebra, kalça ve diz eklemde görülmektedir. Kemik ve eklem tüberkülozu serilerinde, göğüs duvarı tutulumu, %0-9.1 olarak bildirilmiştir (4). Tüberküloza bağlı soğuk abseler, daha

çok, paravertebral abse olarak görülmekte ve vertebra tüberkülozu olgularının hemen hemen çoğunda gelişmektedir (5). Göğüs duvarının kot tutulumu ile beraber soğuk absesi de, nadirdir. Klinik prezentasyon, piyogenik abse veya tümöre benzeyebilmekte ve bu yüzden tanı ile tedavide sorunlar yaşanabilmektedir (6). Bizim olgumuzda da, belirgin kot tutulumu olmaksızın, göğüs ön duvarında tüberküloz soğuk absesi tanısı konmuş ve ilgili literatür eşliğinde sunulmuştur.

OLGU

Yirmiiki yaşında çiftçilikle uğraşan erkek olgu yaklaşık 2 ay önce göğsünün sol ön yüzünde giderek artan ağrı ve şişlik meydana gelmesi üzerine, kliniğimize başvurusu ile yatırıldı. Sigara ve alkol kullanma alışkanlığı olmayan hastanın, tüberküloz ve tüberküloz temas öyküsü yok idi. Başka bir hastalık tanımlamıyordu. TA 90/60 mmHg., ateş 36.8 °C, nabız 72/dak. ritmik idi. Sol hemitoraks ön yüzünde 10x8 cm. boyutlarında, ağrı ve hassasiyet göstermeyen, kızarıklığı olmayan ancak hafif ısı artışı gösteren sert şişlik mevcut idi. Fizik muayenede başka patolojik bulgu saptanmadı. Sedim 15 mm/saat., eritrosit 4.450000., Hb 15.9., lökosit 8600., AKŞ 74 mg/dl., kreatin 0.9 mg/dl., total bilirubin 1.04 mg/dl., direkt bilirubin 0.41 mg/dl., alkalin fosfataz 95 U/L., LDH 182 U/L., ALT 16 U/L., AST 17 U/L., total protein 7.6 gr/dl., albümin 5.0 gr/dl. idi. Tam idrar analizi normal değerlerde idi. Akciğer grafisinde sol orta zonda hafif tülleme tarzı dansite artımı izlendi (Resim 1). Toraks BT de, sol hemitoraks ön yüzünde, pektoral kas arkasında yer alan, iyi sınırlı, posterior kesiminde subplevral alana doğru uzanan, yer yer ince ve düzenli görünümde duvarı olan, çevre yağ dokusu ve kotlarda invaziv değişiklikler oluşturmayan, abse veya hematoma düşünölen kistik bir lezyon izlendi (Resim 2). USG incelemesinde, sıvı dolu iyi sınırlı kistik kitlenin, interkostal aralıktan toraksa doğru protrüze olduğu ve abse veya hematoma



Resim 1. Olgunun PA akciğer grafisi.



Resim 2. Sol hemitoraks ön duvarında iyi sınırlı kistik lezyon.

ile uyumlu olduğu belirtildi. Yapılan trans-toraksik ince iğne biyopsisinde (TTİİAB), hemorajik zeminde nadir yangı elemanları izlendi. Asido-rezistan basil (ARB) negatif idi. Bu nedenle hastaya, lokal anestezi altında biyopsi yapılması düşünöldü. 5 cm'lik kesi ile cilt altı geçildikten sonra lezyona ponksiyon yapıldı. Pürölan materyal gelmesi üzerine, soğuk abse düşünölen abse duvarından biyopsiler alındı. Betadin ile kavite temizliği yapıldı. Lezyonun, kot planına kadar uzanmış olduğu izlendi. Patolojik muayene sonucu, nekrotizan granölatöz inflamasyon olarak raporlandı. Bunun üzerine hastaya 4 lü antitüberküloz tedavi başlandı.

Aspirasyon materyalinde, ARB direkt bakıda negatif olmasına rağmen, kültür pozitif olarak geldi.

TARTIŞMA

Göğüs duvarının tüberküloz soğuk absesi, nadir olup, vertebra tüberkülozu olgularında bile çok nadiren gelişmektedir (7). Göğüs duvarındaki soğuk abseler, genellikle soliter olup, multipl lezyonlar da görülebilir. Altta yatan kemik veya kırıkta destrüksiyon görülebilir. Kitle; yumuşak, flüktüan veya sert olabilir (8). Abse lokalizasyonu, daha çok sternum kenarında ve kot şaftında olmaktadır. Serilere göre, parasternal %12 (3/26)-88 (14/16), kot şaftında %12 (2/16)-56 (15/26) ve kostovertebral bileşkede ise %5 (1/20-32 (8/26) oranlarında görülmektedir (4). Paik ve ark. (8)'nin 89 göğüs duvarı tüberküloz absesi olgularında görülen semptomlar, göğüs duvarında palpabl kitle (%69.6), göğüs ağrısı (%53.9) ve %8.9 da lezyondan akıntıdır. Hastalarda kadın erkek oranı 1.2/1 dir. Yaş ortalamaları ise 33.3'tür (9-71 yaş). Olgular da geçirilmiş tüberküloz insidansı, %62.5-83 olarak bildirilmiştir (4,8). Birlikte görülen aktif akciğer tüberküloz oranı ise, %33-62.5 olarak bildirilmiştir (4). Kalac ve ark. (9) da, yumuşak doku tüberkülozu tanısı alan 8 olguyu değerlendirmişlerdir. Bu olguların 5'inde göğüs duvarı absesi vardır. Bunların lokalizasyonları da, 2'sinde sternum üzeri, 3'ünde göğüs ön duvardır. Tüm olgulardan 3'ünde akciğerde lezyon bildirilmemiştir (9).

Bizim olgumuzda, geçirilmiş tüberküloz, ailede tüberküloz öyküsü ve akciğerde parankimal lezyonlar yoktu. Sadece ağrı ve giderek artan şişlik nedeniyle başvurmuş idi. Bildirilen olgular ile klinik, radyolojik olarak benzerlik gösteriyordu.

Kot tüberkülozu için, patogenezi 3 mekanizma öne sürülmüştür. Plevra veya parankimal lezyondan direkt yayım, dorman bir tüber-

küloz foküsünün aktivasyonu ile birlikte hematogen yayılma veya göğüs duvarı lenfadenitlerinden direkt yayılmadır (6,8). Göğüs duvarı soğuk abseleri, daha çok, göğüs duvarı soğuk absesinin görüldüğü lokalizasyon olan pariyetal lenf nodlarından, internal mammarian arter çevresindeki lenf nodları ile lateral interkostal lenf nodları ve paravertebral lenf nodlarındaki lenfadenitlerinden gelişir (4). İnterkostal lenf bezlerinden orjin aldığı da, pürülan materyal, ya interkostal sinirin posterior bölümü ile arkaya doğru gider ve erekte spinal kasların hemen yanında abse oluşur ya da interkostal sinirin anterior bölümü ile beraber giderek lateral göğüs duvarında abse gelişmektedir. İnternal mammarian arter etrafındaki lenf bezlerinden geliştiğinde ise, abse, kostal kartilajların hemen yanında ortaya çıkmaktadır (10).

Tanı, iğne aspirasyonu veya biyopsi ile elde edilen materyalin patolojisi ve ARB için direkt yayma ve kültürü ile konur. Ancak, iğne aspirasyonu ile, 11 hastanın sadece 4'ünde tanı konulabilmiştir (4).

Toraks BT, hem ayırıcı tanı, hem de tedavi yaklaşımını belirlemek açısından çekilmelidir. Soğuk absede, Toraks BT'de, kot tutulumu olmaksızın, düşük atenüasyon alanları, kotlara ait kemik ve kırıkta destrüksiyonları, kalsifikasyonlu yumuşak doku kitlesi gibi lezyonlar izlenebilmekte ve altta yatan akciğer ve plevraya ait lezyonlar değerlendirilmektedir. Toraks USG'sinde, hasta yatağında uygulanabilmesi ve ince iğne ile biyopsi kolaylığı sağlaması açısından avantajları vardır (11,12).

Sonuç olarak, tüberküloz soğuk absesi, göğüs duvarı lokalizasyonunda nadir olarak görülmektedir. Tanı için, öncelikle iğne aspirasyonu ve sonra gerekirse biyopsi yapılmalıdır. Tedavide tartışmalar vardır. Tek başına 6-12 ay medikal tedavi verildiği zaman başarılı sonuçlar bildirilmesine rağmen (6), cerrahi

ile kombine bir tedavi, rekürrensi azaltmak ve ilaç direnci olasılığını azaltmak açısından, daha yararlı olmaktadır. Cerrahi yaklaşım konusunda da, kesin bir yaklaşım yoktur. Tekrarlanan aspirasyonlar, lezyon içeriğinin debridmanı, abse eksizyonu ile primer kapatılması ve makroskopik olarak normal olsa dahi kot rezeksiyonu yapılabilmektedir (4). Bizim olgumuzda, abse içeriği biyopsi esnasında boşaltılmış, lezyon içeriği debride edi-

lerek kapatılmıştır. VSD tarafından 6 aylık antitüberküloz tedavi ile izlenen hastanın tedavi sonrasında, 6 ay içerisinde nüks görülmemiştir. Antitüberküloz tedaviye yanıt alınmadığında veya progresyon görüldüğünde osteokondritik lezyonların kaldırılması dahil cerrahi girişim yapılması ve cerrahi tedavisi sonrası da rekürrensi önlemek için antitüberküloz tedaviye postoperatif 12 ay devam edilmesi önerilmektedir (8).

KAYNAKLAR

1. Tavusbay N, Aksel N, Çakan A, Gülerçe G, Dereli Ş, Özsöz A. Ekstrapulmoner tüberkülozlu olgularımız. *Solunum Hastalıkları* 2000; 11: 294-98.
2. Enarson DA, Ashley MJ, Grzybowski S, Ostapkowicz E, Dorken E. Non-respiratory tuberculosis in Canada: epidemiologic and bacteriologic features. *Am J Epidemiol* 1980; 112: 341-51.
3. Davies PDO, Humphries MJ, Byfield SP, Nunn AJ, Darbyshire JH, Citron KM, et al. Bone and joint tuberculosis: a survey of notifications in England and Wales. *J Bone Joint Surg* 1984; 66B: 326-30.
4. Faure E, Souilamas R, Riquet M, Chehab A, Pimpec-Barthes FL, Manac'h D, et al. Cold abscess of the chest wall: a surgical entity? *Ann Thorac Surg* 1998; 66: 1174-78.
5. Gönen Baş E, Numanoğlu N. Vertebra tüberkülozunda tanı ve tedavi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2000; 48(3): 266-72.
6. Hsu HS, Wang LS, Wu YC, Fahn HJ, Huang MH. Management of primary chest wall tuberculosis. *Scand J Thorac Cardiovasc Surg* 1995; 29: 119-23.
7. Newton P, Sharp J, Barnes KL. Bone and joint tuberculosis in greater Manchester 1969-1979. *Ann Rheum Dis* 1982; 41: 1-6.
8. Paik CH, Chung KY, Kang JH, Maeng DH. Surgical treatment of tuberculosis cold abscess of the chest wall. *Yonsei Med J* 2002; 43(3): 309-149.
9. Kalac N, Güven SF, Putun ET, Özkan B, Demirağ F. Soft tissue tuberculosis. 13th ERS annual congress Vienna, Austria, September 27-October 1, 2003. Abstracts. *European respiratory journal* 2003; 22 (45): 59.
10. Seaton A, Seaton D, Leitch AG. *Crofton and Douglas's respiratory diseases*. 4th ed. Edinburgh: Blackwell scientific publications; 1989: 1160.
11. Chen CH, Shih JF, Wang LS, Perng RP. Tuberculous subcutaneous abscess an analysis of seven cases. *Tuber Lung Dis* 1996; 77: 184-7.
12. Adler BD, Padley SPG, Muller NL. Tuberculosis of the chest wall: CT findings. *J Comput Assist Tomogr* 1993; 17: 271-73.

Yazışma Adresi:

Dr. Melih BÜYÜKŞİRİN
İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi
Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenışehir / İZMİR
Tel : 0 232 4333333/278
Faks : 0 232 4587262
E-mail: Buyuksinn@hotmail.com