

OLGU SUNUMU

**GÖĞÜS DUVARINDA PLEVRAL EFÜZYON SONRASI  
GÖRÜLEN TÜBERKÜLOZ SOĞUK ABSESİ**

**TUBERCULOUS COLD ABSCESS OF CHEST WALL AFTER PLEURAL  
EFFUSION**

**Dilaver TAŞ<sup>1</sup> Nejat Tezer HAZNEDAROĞLU<sup>2</sup> Oğuzhan OKUTAN<sup>1</sup>  
Faruk ÇİFTÇİ<sup>1</sup> Erdoğan KUNTER<sup>1</sup> Zafer KARTALOĞLU<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz Servisi, İstanbul

<sup>2</sup>Kasımpaşa Asker Hastanesi, Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz Servisi, İstanbul

**Anahtar sözcükler:** Tüberküloz, soğuk abse, göğüs duvarı

**Key words:** Tuberculosis, cold abscess, chest wall

Geliş tarihi: 03.02.2009

Kabul tarihi: 14.03.2009

**ÖZET**

Yirmibir yaşında erkek hasta sağ yan ağrısı yakınması ile hastanemize yatırıldı. Hastanın çekilen P/A akciğer grafisinde sağ kostofrenik sinüs küntlüğü saptandı. Toraks ultrasonografi (USG) ile plevral efüzyonun yeri işaretlenmesine rağmen plevral ponksiyon ile sıvı alınmadı. Bir ay sonra hastada sağ lateral göğüs duvarında şişlik gelişti. Toraks USG eşliğinde lezyona ponksiyon yapıldı. Yaklaşık 5 cc apse alındı. Mikrobiyolojik incelemede asidorezistan basil (ARB) saptandı. Daha sonra ARB kültürü pozitifdi. Altı aylık dörtlü antitüberküloz tedavi sonrası lezyon kayboldu. Tüberküloz soğuk absesi tanısı konan olgu, nadir görülmesi nedeniyle literatür eşliğinde tartışıldı.

**GİRİŞ**

Soğuk abse oluşumundan sorumlu etken genellikle tüberküloz basilidir. Ancak soğuk abse oluşumu nadirdir ve göğüs duvarında tüberküloz soğuk abse oluşumu, tüm muskuloskeletal soğuk abse olgularının %1-5'ini

**SUMMARY**

A 21 years old male patient with symptom of right chest pain was admitted to the our hospital. It was revealed blunting of right costophrenic angle by chest x-ray screening. Although the place of the effusion marked by thorax ultrasonography (USG), there isn't pleural fluid with thoracentesis. One month later, swelling on right lateral chest wall was developed. Needle aspiration was performed on swelling with thorax USG guidance. Abscess was taken up to 5 cc. Microbiologic examination revealed acid-fast bacilli (AFB). Then, AFB culture was positive. The patient received antituberculous treatment with four drugs for six months and the lesion disappeared. We presented the case along with literature, as tuberculosis cold abscess of chest wall is rarely seen.

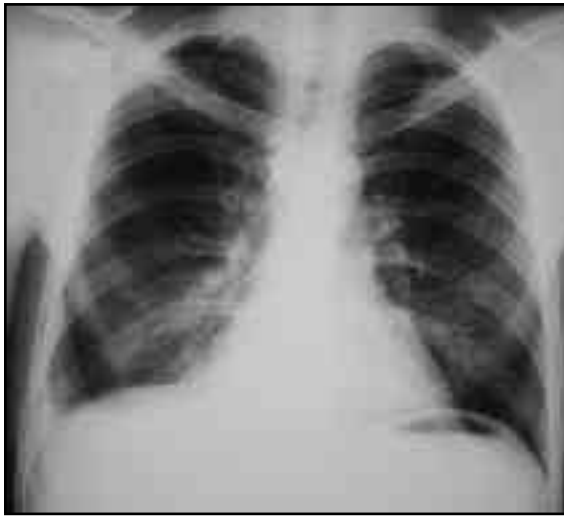
oluşturur (1,2). Göğüs duvarında tüberküloz soğuk absesi tek başına bulunabilir veya plevra ve akciğer tüberkülozu ile birlikte saptanabilir (3, 4, 5).

Bu ya zıda daha önce sağ kostofrenik sinüs küntlüğü nedeniyle iki kez farklı hastane-

lerde - ikincisi bizim tarafımızdan yapılan - plevral ponksiyon yapılan hastada ikinci ponksiyon sonrası yaklaşık bir ay sonra aynı tarafta gelişen tüberküloz soğuk absesi literatür eşliğinde sunulmaktadır.

### OLGU

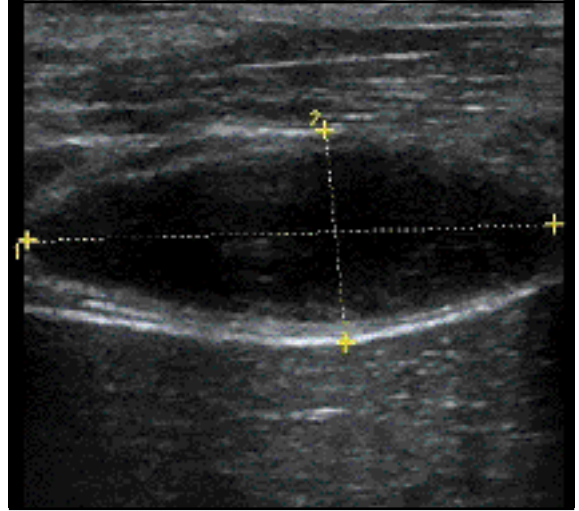
Yirmibir yaşında erkek hasta, bir yıldır devam eden sağ yan ağrısı yakınması ile kliniğimize yatırıldı. Daha önce bir devlet hastanesinde sağ göğüs duvarından ponksiyonla sıvı alınmış. Ancak hasta tanı ve tedaviyi beklemeden kendi isteği ile taburcu olmuş. Hasta mikrofilm taraması sırasında görülen lezyon üzerine kliniğimize yatırıldı. Rutin biokimyasal tetkiklerinde hafif sedim yüksekliği dışında diğer değerleri normaldi. P/A Akciğer grafisinde sağ kostofrenik sinüs küntlüğü saptandı (Resim 1). Toraks ultrasonografi (USG) ile plevral sıvı saptandı ve işaretli yerden ponksiyon yapılmasına rağmen sıvı alınamadı. Nonspesifik tedavi (chlarithromycin 500 mg 2x1) verilen hastanın bir ay sonra yapılan muayenesinde; sağ ön koltuk altı çizgisinde 10-11. kot hizasında şişlik saptandı. Lezyon ağrısız, yumuşak ve renk değişikliği



**Resim 1.** Olgunun PA akciğer grafisinde sağ sinüste küntleşme.

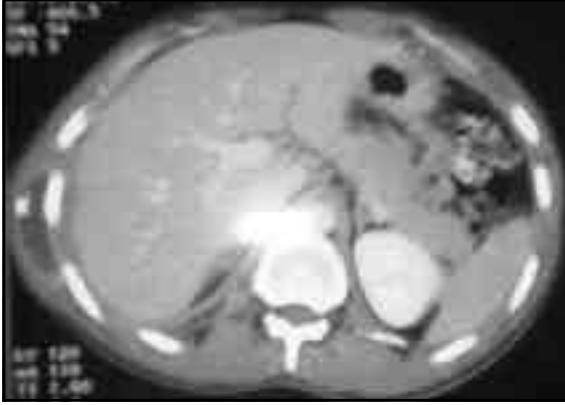


**Resim 2.** Sağ ön koltukaltı çizgisinde şişlik.



**Resim 3.** Toraks USG'de kistik lezyon.

göstermiyordu ancak palpasyonla hafif ısı artışı mevcuttu. Lezyonun toraks USG incelemesinde 3.74 X 1.52 cm çaplı kistik görünüm saptandı (Resim 2 ve 3). Toraks bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde sağ hemitoraks 10.-11. kosta lateralinde göğüs duvarında ekstraplevral yerleşimli 51x17x50 mm boyutunda çevresel kontrast tutulumu gösteren loküle yoğun içerikli koleksiyon dikkati çekti (Resim 4). Lezyona ponksiyon yapıldı. Yaklaşık 5 cc apse ile uyumlu görünümde sıvı alındı. Örneğin yapılan incelemesinde ARB (+) bulundu. Daha sonra abse



**Resim 4.** Toraks BT kesitinde sağda sıvı kolleksiyonu.

örneğin ARB kültüründe üreme rapor edildi. Hastaya dördü antitüberküloz tedavi ((izoniazid (H) 300 mg/gün, rifampisin (R) 600 mg/gün, pirazinamid (Z)1500 mg/gün, etambutol (E) 1500 mg/gün)) başlandı. İki aylık tedavi sonunda lezyonda belirgin küçülme saptandı. Toraks USG ile sıvı saptanmadı. Daha sonra dört aylık antitüberküloz tedavi (HR) sonrası cerrahi tedaviye gerek kalmaksızın iyileşti.

#### TARTIŞMA

Tüberküloz soğuk absesi kemik ve/veya kartilaj dokusunda yıkıma yol açarak veya açmayarak, ilerleyici bir şekilde büyür. Abse, yumuşak veya sert olabilir (6). Tüberküloz basilleri göğüs duvarına üç farklı yolla ulaşabilir. Bunlar;

- Plevral veya pulmoner yoldan direk yayılım (7)
- Dormant tüberküloz odağının aktivasyonu ile birlikte hematojen yolla yayılım (8)
- Göğüs duvarında bulunan ve tüberküloz basili içeren lenf nodlarından yayılım (2).

Olgumuzda postero-anterior akciğer grafisi ve Toraks USG ile plevral sıvı gösterilmiş ancak ponksiyon ile sıvı olan yerin işaretlenmesine rağmen sıvı alınamamıştır. Hasta;

daha önce de başka bir hastanede yatırılarak tanısal açıdan değerlendirildiğini ifade etti. Burada hastadan ponksiyon ile sıvı alınmış ancak kendi isteği ile sonuçları beklemeden taburcu olmuş. Tüberküloz plörezen şüphelenilmekle birlikte, mikrobiyolojik ve histopatolojik olarak tüberküloz plörezi kanıtlanamadığı için, hastaya öncelikle nonspesifik tedavi verilmiştir. Nonspesifik tedavi sonucunu görmek ve tekrar değerlendirmek üzere hastaya bir ay sonra kontrol önerildi. Bir ay sonra hastada sağ ön koltuk altı çizgisinde 10-11. kot hizasında ağrısız ve yumuşak, renk değişikliği göstermeyen ancak hafif ısı artışı saptanan şişlik saptandı. Geriye dönük olarak değerlendirdiğimizde göğüs duvarında oluşan tüberküloz soğuk absesinin plevral dokudan direk yayılım ile olduğu sonucunu çıkardık. Daha önce yapılan plevral ponksiyonlar bu yayılımı kolaylaştırmış olabilir. Bu nedenle tedavi gecikmesinin tanısal girişimlere bağlı olarak komplikasyonlara yol açabileceği akılda tutulmalıdır.

Göğüs duvarında saptanan tümörlerde ayırıcı tanı açısından her hastaya toraks BT çekilmelidir (6). Toraks BT ile yumuşak doku yanında kemik ve kırıldak yapıya ait oluşumlar malign-benign ve kistik-solid süreç açısından değerlendirilir. Yine toraks USG değerlendirmesi yukarıdaki lezyonları ayırtedebilir. Olgumuzda toraks BT ve USG ile yoğun içerikli kistik lezyon saptanarak iğne aspirasyonu yapılmıştır.

Faure et al. 18 olguluk bir hasta serisini incelemişler ve iğne aspirasyonu veya biopsisi yapılan 11 hastadan sadece 3'ünde yayma ile ARB saptanırken, 1 hastada histolojik analiz sonucu tüberküloid lezyon saptanmıştır. Bu hastalardan sadece 2'sinde kültür pozitifliği saptamışlardır. Toplam 4 hastada (4/11) tüberküloz soğuk absesi tanısı koymuşlardır. Geri kalan 4 hastada pulmoner

tutulmuş olması nedeniyle antitüberküloz tedavi verilmiş ve 10 hasta ise cerrahi operasyon sonrası tanı almışlardır. Büyükşirin ve arkadaşlarının sunduğu bir olguda iğne aspirasyonu ile tanı sağlanamamış ancak abse duvarından yapılan biyopsi sonucu tanı konmuş ve daha sonra kültür pozitifliği saptanmıştır (9). Anlaşıldığı üzere göğüs duvarında gelişen tüberküloz soğuk absesi tanısında zorluklar yaşanabilir. Olgumuzda iğne aspirasyonu sonrası yayma ile mikroskopik olarak ARB saptanmış ve daha sonra kültürde üreme gösterilmiştir (2).

Tüberküloz soğuk absesinin tedavisinde halen medikal tedavinin yeterli olup olmadığı tartışılmaktadır. Yine tek başına dörtlü anti-tüberküloz tedavi uygulanan hastalara, bu tedavinin ne kadar süreyle verileceği belir-

sizdir. 6-12 aylık antitüberküloz tedavi ile başarılı sonuçlar alınmıştır (7,10,11). Bunun yanında medikal tedavi ile birlikte cerrahi tedavinin gerekli olduğunu savunan yazarlar da vardır (2,6). Olgumuza iki ay HRZE verdik. İki ay sonra yapılan muayenede hastanın bir şikayeti kalmamıştı ve abseye ait klinik bulgu saptanmadı. Hastaya altı ay HR teda-visi uygulayarak takibe alındı.

Sonuç olarak, tüberküloz soğuk absesinde cerrahi tedaviden önce medikal tedavi denenmelidir. Özellikle kemik ve kırık doku tutulumu yoksa medikal tedavinin başarı şansı vardır. Ayrıca ülkemizde tüberküloz hala yaygındır ve bu nedenle göğüs duvarında abse saptanan olgularda ilk önce tüberküloz düşünölmelidir.

### KAYNAKLAR

1. Morris BS, Maheshwari M, Chalwa A. Chest wall tuberculosis: A review of CT appearances. *Br J Radiol* 2004; 77: 449-57.
2. Faure E, Souilamas R, Riquet M, Chehab A, Le Pimpec-Barhes F, Manac'h D, Debesse B. Cold abscesses of the chest wall: A surgical entity? *Ann Thorac Surg* 1998; 66: 1174-8.
3. Adler BD, Padler SP, Muller NL. Tuberculosis of the chest wall: CT findings. *J Comput Assist Tomogr* 1993; 17: 271-3.
4. Ünsal E, Güler M, Aksu K, Ofluoğlu R, Kulaçoğlu S, Çapan N. Solunum Hastalıkları 2007; 18: 26-9.
5. Arınç S, Arınç B, Durucu M, Bayal İ. Göğüs duvarında tüberküloz absesi olan bir olgu *Klimik Dergisi* 2002; 15: 34-5.
6. 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.
7. 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.
8. Wiebe ER, Elwood RK. Tuberculosis of the ribs: a report of three cases. *Respir Med* 1991; 85: 251-3.
9. Büyükşirin M, Polat G, Yüncü G, Küdür G, Ermete S, Tibet G. Göğüs duvarında tüberküloz soğuk absesi. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi* 2004; 18: 93-6.
10. Blunt SB, Harries MG. Discrete pleural masses without effusion in a young man: an unusual presentation of tuberculosis. *Thorax* 1989; 44: 436-7.
11. Chen CH, Shih JF, Wang LS, Perng RP. Tuberculous subcutaneous abscess: an analysis of seven cases. *Tuber Lung Dis* 1996; 77: 184-7.

---

### Yazışma Adresi:

Dr. Dilaver TAŞ  
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz Servisi, İSTANBUL  
Tel : 0 532 397 52 09  
e-posta: dilavertas@gmail.com

---