

# Akut Gelişen İzole Göğüs Duvarı Tüberküloz Absesi

## *Acute Presentation of the Isolated Tuberculosis Abscess of the Chest Wall*

Mahmut Tokur

Kahramanmaraş Devlet Hastanesi, Kahramanmaraş

### ÖZET

Göğüs duvarı tüberküloz absesi nadir görülen bir durumdur. Nonspesifik abseden ya da tümörden ayırt edilmesi zordur. Tanı, ponksiyon ya da biyopsi ile elde edilen materyalin direkt yayma, kültür ya da patolojik incelemesiyle konulur. Tedavide standart bir yaklaşım yoktur. Altı ile on iki ay kadar medikal tedavi, kombine medikal ve cerrahi tedavi ya da sadece cerrahi tedavi uygulanabilir.

**Anahtar sözcükler:** akut, izole, tüberküloz absesi

### ABSTRACT

Tuberculosis abscess of the chest wall is rare. It is difficult to differentiate the tuberculosis abscess from non-specific abscess or tumor formation. The diagnosis of tuberculosis abscess of the chest wall can be done by direct examination of the smear, culture and pathological examination of the material extracted by needle aspiration. There are no standart treatment protocols. Medical therapy for 6-12 months, surgery or combination of these treatments can be preferred.

**Keywords:** acute, isolated, tuberculosis abscess

### GİRİŞ

Göğüs duvarında tüberküloz absesi nadir görülen bir durumdur. Nonspesifik abse ya da tümörden ayırt edilmesi zordur. Tek ya da multipl olabilir. Paravertebral tüberküloz abseleri genellikle vertebra tüberkülozuna bağlı olarak gelişir.

### OLGU

Otuz yedi yaşındaki erkek hasta, sırtında iki hafta önce başlayan ve gittikçe artan ağrı ile bu bölgede oluşan ve hızla büyüyen şişlik nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde herhangi bir özellik yoktu.

Fizik muayenede, sağ torakolomber bileşkede paravertebral yerleşimli yaklaşık 3×4 santimetrelik (cm), yumuşak kıvamlı, kitlesel lezyon saptandı. Rutin hemogram, biyokimya tetkikleri ve akciğer grafisinde patoloji saptanmadı. Toraks duvarı

USG'sinde lezyon lipom olarak yorumlandı. Lezyondan lokal anestezi altında iğne biyopsisi yapıldı. Biyopsi materyali ve sıvı örneği, benign karakterli olarak yorumlandı. Eşzamanlı çalışılan kültürde üreme olmadı ama ARB negatif bulundu. Cerrahi tedavi kararı verilmesi nedeniyle çekilen BTT raporunda, lezyon paravertebral kaslarda ekspansiyona neden olan kistik dansitede kitle olarak (**Resim A-B**), MRG inceleme raporu ise paravertebral kas içinde çevresi ile sınırları net ayırt edilen hematoma şeklinde bildirildi (**Resim C**).

Hasta toraks duvarı kitlesi ön tanısı ile operasyona alındı. Sağ torakolomber bileşke hizasında orta hattın 3-4 cm lateralinden yaklaşık 5 cm'lik vertikal insizyon yapıldı. Lezyona ulaşıp içi açıldığında pürülan materyal ile dolu olduğu görüldü (**Resim D**). Sitoloji ve kültür için örnek alınıp drene edildi ve duvarı ile birlikte total eksize edildi.

Sitoloji benign olarak yorumlanırken, tüberküloz kültüründe üreme oldu. Histopatolojik inceleme sonucu, kazeifiye granülatöz inflamasyon ile uyumluydu.

**Alındığı tarih:** 29 Ekim 2009; **Kabul tarihi:** 26 Ocak 2010

**Yazışma adresi (Address for correspondence):** Uzm. Dr. Mahmut Tokur, Dulkadiroğlu Mah. Karamaraş Cad. No: 53 Kahramanmaraş, Tel: 0 (532) 408 71 86; *E-posta:* mahmuttokur@hotmail.com

© 2010 Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği (TÜSAD)

Solunum 2010;12(3): 144-146

Solunum Dergisi'ne [www.solunum.org.tr](http://www.solunum.org.tr) adresinden ulaşabilirsiniz.

Hastaya altı ay izoniazid, rifampisin, etambutol, morfozinamid'den oluşan dördümlü antitüberküloz tedavi verildi. Klinik takiplerinde komplikasyon izlenmedi.

### TARTIŞMA

Göğüs duvarının tüberküloz absesi nadir olup, daha çok paravertebral abse olarak görülmektedir. Vertebra tüberkülozu olgularında bile çok ender gelişmektedir.<sup>1</sup> Akciğer parankiminden veya plevradan basillerin hematolojik yolla yayılım veya lenfatik yoldan direkt göğüs duvarına yayılım ile oluşabilir.

Tüberkülozun göğüs duvarı tutulumu tek başına bulunabileceği gibi, plevra ve akciğer parankim tutulumu da olaya eşlik edebilir. Tek başına göğüs duvarı tüberkülozu ise HIV pozitif hastalarda daha sık görülür.<sup>2,3</sup>

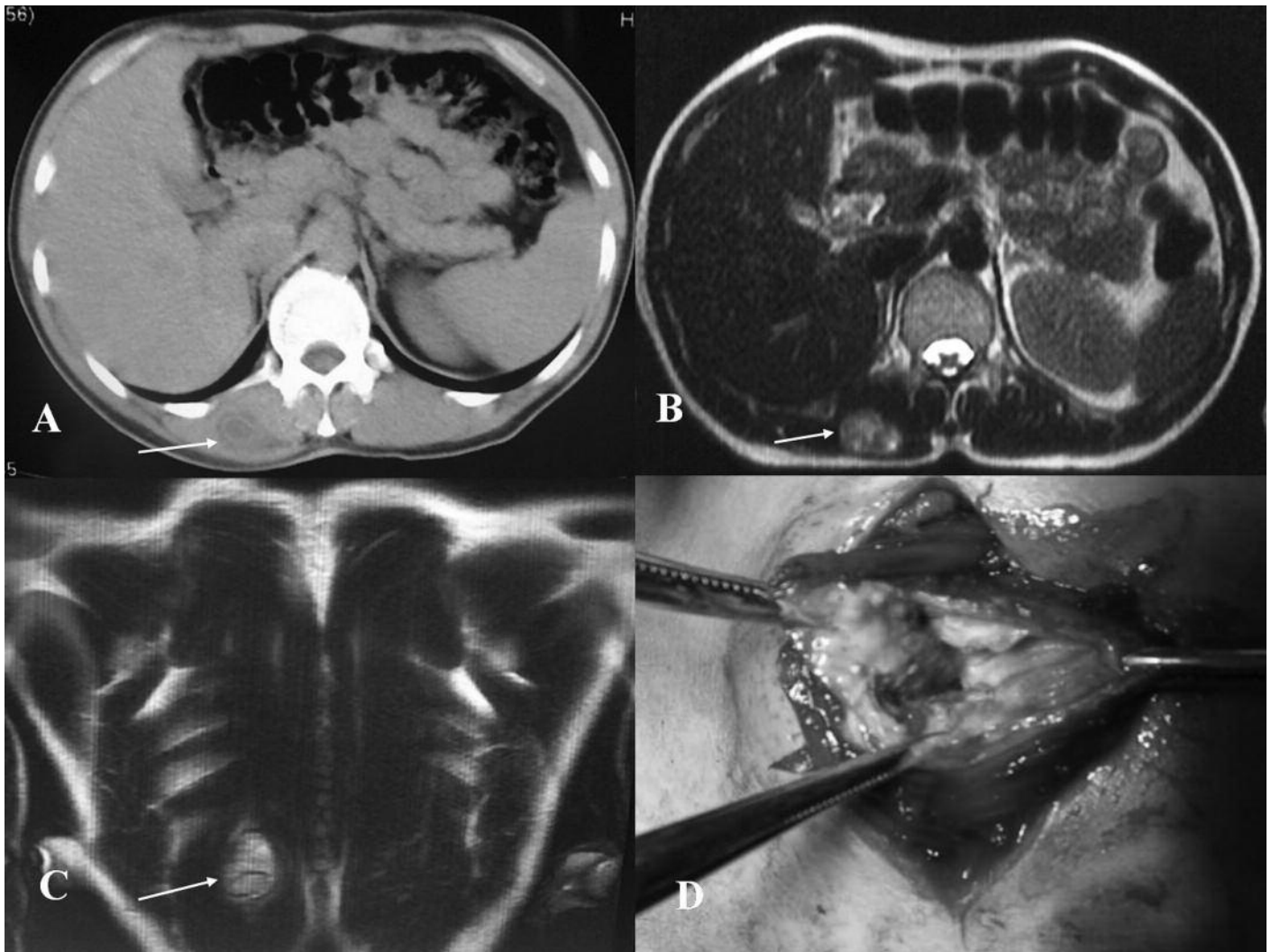
Nonspesifik abse, apseyi ya da tümörü taklit edebilir. Tek veya multiple olabilir.

Yaş dağılımı değişkendir ve bazı çalışmalarda daha çok 5-35 yaş arasında görüldüğü bildirilmektedir. Hastalarda kadın ile erkek oranı 1.2/1'dir.<sup>4,6</sup>

Abse lokalizasyonu, daha çok sternum kenarında ve kot şaftında olmaktadır. Literatüre göre, %12 parasternal, %12 kot şaftında ve %5 oranında ise kostovertebral bileşkede bulunmaktadır.<sup>5</sup> Kalac ve arkadaşları<sup>7</sup> da, yumuşak doku tüberkülozu tanısı alan sekiz olguyu değerlendirmişlerdir. Bu olguların beşinde göğüs duvarı absesi bulunmuştur. Bunların lokalizasyonları, ikisinde sternum üzeri, üçünde ise göğüs ön duvarıdır. Tüm olgulardan üçünde akciğerde lezyon bildirilmemiştir.<sup>7</sup>

Tanı ve ayırıcı tanıya giden yolda ayrıntılı anamnez ve fizik muayeneden sonra direkt grafi, USG, BT ile MRG'den oluşan radyolojik incelemelerden sonra iğne aspirasyonu ve biyopsiden oluşan cerrahi süreç vardır.<sup>4</sup>

Tedavi konusu tartışmalıdır. Tek başına 6-12 ay medikal tedavi verildiği zaman başarılı sonuçlar bildirilmesi-



**Resim.** Olguya ait Bilgisayarlı Toraks Tomografisi (A), Magnetik Rezonans (B-C) kesitleri ve intraoperatif görüntü (D)

ne karşılık, cerrahi ile kombine bir tedavi, rekürrensi ve ilaç direnci olasılığını azaltmak bakımından daha yararlı olmaktadır. Başka bir görüşe göre ise, kesin tanı yoksa ve üç aylık tedaviye rağmen lezyon gerilemiyorsa, cerrahi tedavi gerekir. Kemik tutulumu varsa, apse ile birlikte osteokondritli dokunun uzaklaştırılmasında tüberküloz tedavisinin yanı sıra cerrahi tedavinin yararı olabilmektedir.<sup>2-4,6</sup>

Bizim olgumuza, akut gelişimli, belirgin kemik, plevra veya akciğer parankimi tutulumu olmaksızın, göğüs arka duvarında tüberküloz soğuk absesi tanısı konmuş ve HIV negatif bulunmuştur. Tüberküloz ülkemizde hâlâ yaygın bir enfeksiyon olduğu için, bu nadir klinik de akılda tutulmalı, tanı ve tedavi için hızlı davranılmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Newton P, Sharp J, Barnes KL. Bone and joint tuberculosis in greater Manchester 1969-1979. *Ann Rheum Dis* 1982;41:1-6.
2. Adler BD, Padler SP, Muller NL. Tuberculosis of the chest wall: CT findings. *J Comput Assist Tomogr* 1993;17:271-273
3. Lupatkin H, Brau N, Flomenberg P, Simberkoff MS. Tuberculous abscesses in patients with AIDS. *Clin Infect Dis* 1992;14:1040-1044
4. Hsu HS, Wang LS, Wu YC, et al. Management of primary chest wall tuberculosis. *Scand J Thorac Cardiovasc Surg* 1995;29:119-123.
5. Faure E, Souilamas R, Riquet M, et al. Cold abscess of the chest wall: a surgical entity? *Ann Thorac Surg* 1998;66:1174-1178.
6. Paik CH, Chung KY, Kang JH, Maeng DH. Surgical treatment of tuberculosis cold abscess of the chest wall. *Yonsei Med J* 2002;43:309-314.
7. Kalac N, Güven SF, Putun ET, et al. Soft tissue tuberculosis. 13th ERS annual congress Vienna, Austria, September 27-October 1, 2003. Abstracts. *European Respiratory Journal* 2003;22:59.