

Debridman Yapılmadan İyileşen Göğüs Duvarı Tüberkülozu Olgusu

A Case of Chest Wall Tuberculosis Who Healing Without Debridement

Dr. Göksel MiçOOĞULLARI,^a
Dr. Ahmet URSAVAŞ,^a
Dr. A. Sami BAYRAM,^b
Dr. Funda COŞKUN,^a
Dr. Mehmet KARADAĞ,^a
Dr. R. Oktay GÖZÜ^a

^aGöğüs Hastalıkları AD,
^bGöğüs Cerrahisi AD,
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi,
BURSA

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Göksel MiçOOĞULLARI
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Göğüs Hastalıkları AD, BURSA
dr.gokselmico@gmail.com

ÖZET Göğüs duvarı tüberkülozu, göğüs duvarında çoğunlukla ağrılı, yumuşak ve soliter bir şişlik ile karakterize, soğuk abse şeklinde ortaya çıkan ve tüberkülozun nadir görülen ekstrapulmoner bir tutulumudur. Tüberküloz anamnezi olmayan 62 yaşındaki kadın olgunun parasternal lokalizasyondaki kitlesinden ince iğne aspirasyonu yapıldı. Histopatolojik tanı granümatöz iltihap ile uyumlu idi. Drenaj materyalinde asidorezistan basil pozitifiti. Aynı materyalin kültür antibiyogramında, Mycobacterium tuberculosis complex üremesi oldu. Absesi basit insizyon ile drene edilen olguya, antitüberküloz tedavi (izoniazid 300 mg/gün, Rifampisin 600 mg/gün, Etambytol 1500 mg/gün, Marfazinamid mg/gün) başlandı. Debridman ve/veya rezeksiyon uygulanmadığı halde iyileşme olması nedeniyle sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, göğüs duvarı

ABSTRACT Chest wall tuberculosis is a rare entity of extrapulmonary tuberculosis that characterize with generally solitary, painfull and fluctuate mass, named as cold abscess in chest wall. Fine needle aspiration was performed from the mass in parasternal location of 62 years old female without tuberculosis history. Histopathological diagnosis was reported as granulomatous necrosis. Surgical drainage revealed acid- fast basilli and culture for Mycobacterium tuberculosis was positive. The patient who was diagnosed acid- fast basilli in surgical drainage fluid received a four drug (HRZE) antituberculous treatment. Our patient was treated without wide debridement or resection.

Key Words: Tuberculosis, chest wall

Akciğer Arşivi 2008; 9:31-34

Etkili anti-tüberküloz ilaçlar sayesinde, tüberküloz yaygınlığında azalma sağlanmışsa da, gelişmekte olan ülkelerde özellikle HIV enfeksiyonunun katkısıyla tüberküloz insidansı halen yüksektir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2006 yılı raporunda, 2004 yılında insidansın yüz binde 140 olduğu ve yılda % 0,6 oranında artış gösterdiği bildirilmiştir. Tüberküloz, ölümle sonuçlanabilen bulaşıcı hastalıklar içinde HIV enfeksiyonundan sonra 2. sıradadır.¹ Tüm tüberküloz olgularının %15-20'sini ekstrapulmoner tüberküloz oluşturmaktadır ve bunların %2'si kemik ve eklem tüberkülozudur.² Tüberküloz vücudun tüm kemiklerini tutabilir; ancak en sıklıkla (%50) vertebral kolon, daha nadir olarak (%7) kotlar tutulur.³ Kot tüberkülozu, göğüs duvarı soğuk apsesi aynı klinik antiteyi tanımlamaktadır. Göğüs duvarı tüberkülozu olgularında standart antitüberküloz

tedavi ile birlikte cerrahi debridman önerilmektedir.⁴ Bu makalede, nadir görülen bu antiteye örnek teşkil eden ve cerrahi debridman yapılmadan iyileşen bir olgu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Göğüs ön yüzde şişlik, son 2 ay içinde yaklaşık 5 kg. kadar kilo kaybı ve gece terlemesi yakınmaları bulunan 62 yaşında kadın olgunun, daha öncesine ait sistemik hastalık ve tüberküloz öyküsü yoktu. Kırk yıl önce apendektomi, 2 yıl önce de katarakt operasyonu geçirmişti. Sistemik muayenesinde; parasternal lokalizasyonda derin palpasyonla ağrılı, flüktüasyon gösteren yaklaşık 10x10 cm. boyutlarında kitle mevcuttu (Resim 1). Diğer sistem muayenelerinde özellik yoktu.

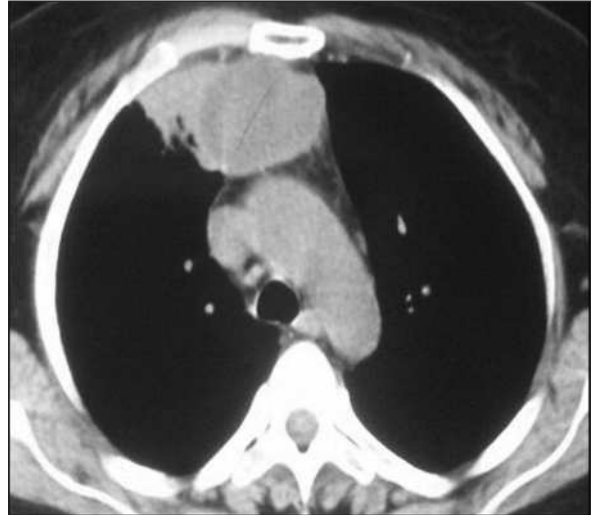
Hemogram ve rutin laboratuvar incelemelerinde patolojik özellik yoktu. Sedimentasyon 43 mm/saat idi. Posteroanterior (PA) akciğer grafisinde patolojik özellik yoktu (Resim 2). Olgunun tedavisi öncesi toraks bilgisayarlı tomografisinde; ön mediastende yaklaşık 4x5.5 cm boyutlarında kitle lezyonu, sağ akciğer üst lobda, kitle komşuluğundaki parankimde konsolidasyon, anteriorda sternum korteksinde incelleme ve subkarinal, sağ paratrakeal alanda en büyüğü 1.5 cm. olan lenf nodu izlendi (Resim 3, 4). Tüberkülin testi 17 mm. olarak değerlendirildi.



RESİM 1: Parasternal lokalizasyonda 10x10 cm.boyutlarında kitle lezyonu.



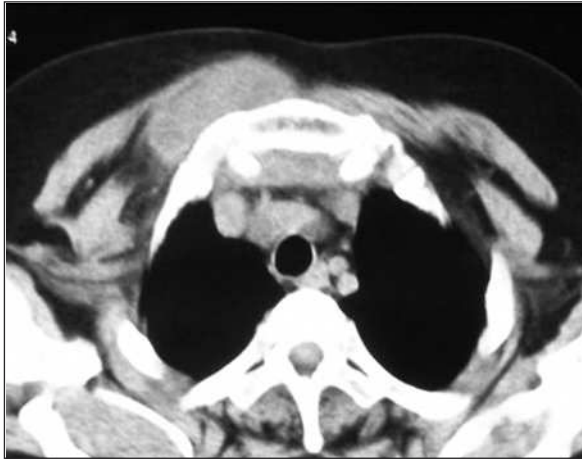
RESİM 2: Olgunun PA akciğer grafisi.



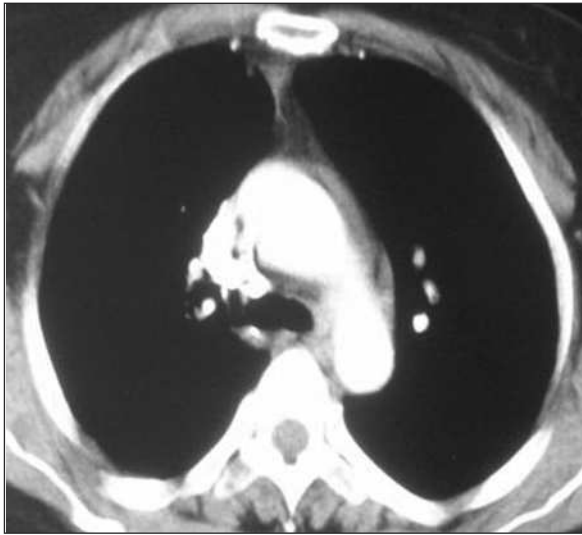
RESİM 3: Tedavi öncesi toraks bilgisayarlı tomografi kesiti.

İnce iğne aspirasyonu yaymasının patolojik incelemesi, granülatöz iltihapla uyumlu olarak değerlendirildi. Aspirasyon sıvısında asidorezistan basil pozitifliği ve daha sonra bu örnekte *M. tuberculosis complex* üremesi oldu. Kültür antibiyogramında İzoniazid, Rifampisin, Etambutol ve Morfozinamid duyarlılığı saptandı.

Göğüs Cerrahisi tarafından, basit insizyon ile absesi drene edilen olguya; İzoniazid 300 mg/gün, Rifampisin 600 mg/gün, Etambutol 1500 mg/gün ve Morfozinamid 2500 mg/gün şeklinde antitüberküloz tedavi başlandı.



RESİM 4: Üst mediastenden geçen toraks bilgisayarlı tomografi kesiti.



RESİM 5: Tedavinin 5. ayında çekilen toraks bilgisayarlı tomografi kesiti.

Çekilen kontrol toraks tomografisinde (tedavinin 5. ayında); ilk tomografide saptanan ön mediastendeki 4x5.5 cm. kitle, komşuluğundaki akciğer parankiminde izlenen konsolidasyon alanları ile mediastendeki patolojik boyutta lenf nodlarının tamamen gerilediği belirlendi (Resim 5).

TARTIŞMA

Göğüs duvarında soğuk abse 4 yolla meydana gelebilir;⁵ dormant bir fokustan hematogen yayılım, lokalize ampiyemin yumuşak dokulara yayılımı, tüberküloz plörezide örnek alma sonrasında disseminasyon ve lenfatik yayılım. Lenfatik yayılımda

oluşan lokal plöritisin parasternal veya posterior lenf nodlarına taşınması ve bu nodların kazeifikasyon nekrozu sonucu rüptürüyle göğüs duvarı abselerinin oluştuğu gösterilmiştir.⁶

Tüberküloz, kot destrüksiyonuna yol açan nedenler içerisinde, malignitelere sonra ikinci sırada gelmektedir.⁷ Kot destrüksiyonu, olguların yarısından azında izlenmektedir.^{4,8} Olgumuzda anterior sternal kortekste incelleme gözlenmiştir.

Göğüs duvarı absesi genellikle soliterdir. Kuzucu ve ark.nın⁴ serisinde, olguların %89'unda tek bir soğuk abse belirlenmiştir. Parasternal lokalizasyon, değişik serilerde %12-88 olarak bildirilmiştir.⁹ Olgumuzda parasternal lokalizasyonda 10x10 cm. boyutlarında, flüktüasyon veren, derin palpasyonla ağrılı tek bir soğuk abse mevcuttu.

Diğer olası tanıların dışlanması için, ince iğne aspirasyonu veya biyopsi önerilmektedir. Bu girişim ile kazeifikasyon nekrozu, direkt bakıda asidorezistan basil veya daha sıklıkla kültürde üreme saptanabilir. İnce iğne aspirasyonunun tanısal değeri, Faure ve ark.nın⁹ serisinde %36 olarak saptanmıştır. Nonaka ve ark.¹⁰ ince iğne aspirasyonu örneklerinde; asidorezistan basil bakısıyla olguların %35'inde, kültür pozitifliği ile %60'ında tanıya gidilebildiğini bildirmişlerdir. Bizim olgumuzda ince iğne aspirasyonu örneklerinde, histopatolojik ve mikrobiyolojik inceleme ile tanı konulmuştur.

Göğüs duvarı abselerinin tedavisi net değildir. Daha az sayıda çalışmada yeterli spesifik tedavi ile kür sağlanabildiği bildirilmiştir.^{11,12} Faure ve ark.nın⁹ serisinde 18 hastanın yalnız birinde sadece medikal tedavi ile iyileşme gözlenmiştir. Bir diğer seride ise, sadece medikal tedavi ile yalnız 1 hastada yeterli iyileşme raporlanmışsa da; kalan 6 hastanın üçünde ikiden fazla operasyon gerektiği bildirilmiştir.¹²

Cerrahinin hangi olgularda ve ne genişlikte yapılacağı, medikal tedavinin ve cerrahinin zamanlaması konularında görüş birliği yok ise de; pek çok araştırmacı, kombine tedavi önermektedir.^{9,10,13-15}

Cho ve ark.¹⁵ göğüs duvarında soğuk absesi olup preoperatif ortalama 16,3 hafta anti-tüberküloz tedavi alan 6 hastada ve eşlik eden tüberküloz

lezyonları olup preoperatif 2-3 hafta kadar tedavi alan 3 hastanın hiçbirinde ikinci bir operasyona ihtiyaç duyulmadığını göstermiştir. Buna karşın; cerrahi öncesi antitüberküloz tedavi almayan 7 hastanın 4'ünde ikinci bir operasyona ihtiyaç duyulduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte, Paik ve ark.nın¹⁴ çalışmasında ortalama 6,3 ay (1-36 ay) pre-operatif antitüberküloz tedavi uygulanan 39 (%43.8) hasta ile preoperatif antitüberküloz tedavi almayan 50 (%56.2) hasta arasında komplikasyon hızı açısından fark olmadığı saptanmıştır.

Sakuraba ve ark.¹³ direkt radikal cerrahi uygulanan 4 hasta dışındaki tüm olgulara, öncelikle drenaj uygulamışlar. Abse debridmanı ve kosta rezeksiyonu 10 hastada; debridman, kosta rezeksiyonu ve parsiyel sternal rezeksiyon 1 hastada uygulanmıştır. 2 hastada ise, sadece debridman uygulanmıştır. Tanıdan sonra anti-tüberküloz tedavi verilen bu hastaların hiçbirinde rekürrens gözlenmemiştir. Bir diğer

çalışmada, sadece abse eksizyonu uygulanan 25 olgunun 4'ünde (%16) nüks saptanmıştır.¹⁴ Kuzucu ve ark.nın⁴ serisinde ise, en azından geniş debridman uygulanan 6 hastada iyi sonuçlar bildirilmiştir. Olgumuzda 8 haftalık antitüberküloz tedavi sonrası eksizyon planlanmıştır. Ancak; bu sürenin sonunda çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde belirgin iyileşme saptanması üzerine cerrahiden vazgeçildi. Antitüberküloz tedavinin 5. ayında çekilen toraks BT' de ise, soğuk apsenin tama yakın gerilediği saptandı. Literatür taramamızda, sadece drenajı içeren cerrahi bir prosedür ve antitüberküloz tedavi ile iyileşen olguya rastlanmadı.

Sonuç olarak; göğüs duvarı tüberkülozunda, antitüberküloz tedavi ile birlikte cerrahi debridman önerilmektedir. Ancak; nadiren cerrahi debridman uygulanmadan, basit insizyon ve antitüberküloz tedavi ile de iyileşme olabileceği unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Global TB Control. WHO Report 2006;1:1-3.
2. Iseman MD. Clinician's guide to tuberculosis. In: Iseman MD; ed. Extrapulmonary tuberculosis in adults. Philadelphia: Lippincott; 2000:145-97.
3. Bloch AB, Farer L, Kelly GD, et al. The epidemiology of tuberculosis in the United States. *Sem. Respir Infect* 1989; 4:157-170.
4. Kuzucu A, Soysal Ö, Günen H. The role of surgery in chest wall tuberculosis. *Interact CardioVasc Thorac Surg* 2004;3:99-103.
5. Koreeda Y, Hirotsu Y, Fukunaga H, et al. A case of tuberculous abscess in the chest wall close to the thickening pleural lesion following tuberculous pleuritis. *Nihon Kyobu Shikkan Gakkai Zasshi* 1997; 35: 1013-9.
6. Burke HE. The pathogenesis of certain forms of extrapulmonary tuberculosis: Spontaneous cold abscesses of chest wall and Pott's disease. *Am Rev Tuberc* 1950; 62: 48-67.
7. Tatelman M, Drouillard EJP. Tuberculosis of the ribs. *Am J Roentgenol* 1953;70:923-35.
8. Lee G, Im JG, Kim JS, et al. Tuberculosis of the ribs. *J Comput Assist Tomogr* 1993;17:363-6.
9. Faure E, Souilamas R, Riquet M, et al. Cold abscess of the chest wall: A surgical entity? *Ann Thorac Surg* 1998;66:1174-8.
10. Nonaka M, Arai T, Inagaki K, et al. Analysis of surgical treated chest wall tuberculosis. *J Jpn Assoc Chest Surgery* 1991;5:724-5.
11. Chen CH, Shih JF, Wang LS, et al. Tuberculous subcutaneous abscess: an analysis of seven cases. *Tubercle Lung Dis* 1996;77:184-7.
12. Hsu HS, Wang LS, Wu YC, et al. Management of primary chest wall tuberculosis. *Scand J Thorac Cardiovasc Surg* 1995;29:119-23.
13. Sakuraba M, Sagara Y, Komatsu H. Surgical treatment of tuberculous abscess in the chest wall. *Ann Thorac Surg* 2005;79:964-7.
14. Paik HC, Chung KY, Kang JH, et al. Surgical treatment of tuberculous cold abscess of the chest wall. *Yonsei Med J* 2002;43:309-14.
15. Cho KD, Cho DG, Jo MS, et al. Current surgical therapy for patient with tuberculous abscess of the chest wall. *Ann Thorac Surg* 2006;81:1220-6.