

# Göğüs Duvarında Tüberküloz Apsesi Olan Bir Olgu

Sibel Arınç<sup>1</sup>, Bülent Arınç<sup>2</sup>, Murat Durucu<sup>1</sup>, İsmail Bayal<sup>1</sup>

**Özet:** 16 yaşındaki erkek hasta göğüs duvarında şişlik nedeniyle hastanemize başvurdu. Akciğer grafisi normal olan hastanın çekilen bilgisayarlı toraks tomografisinde loküle sıvı saptandı. Göğüs duvarından yapılan aspirasyon biyopsisinde kazeifikasyon nekrozu gösteren alanlar bulundu. Hastaya cerrahi girişime gerek duyulmadan anti-tüberküloz tedavisi başlandı. Hasta iki yıldır asemptomatik olarak izlenmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Tüberküloz, soğuk apse.

**Summary:** Tuberculous abscess on chest wall. A case report. A 16-year-old man was admitted to our hospital because of swelling on chest wall. There were no abnormal findings on X-ray of chest. Thorax CT scan showed loculated empyema. Needle aspiration of chest wall abscess revealed acid-fast bacilli and caseous necrosis. Anti-tuberculous therapy was given without surgical intervention. After two years of treatment he is asymptomatic.

**Key Words:** Tuberculosis, cold abscess.

## Giriş

Göğüs duvarı tüberkülozu nadir olup çoğunlukla pyojenik apseyi ya da tümörü taklit eder (1). Tüberküloz, göğüs duvarında bulunurken çoğunlukla kosta ve kemik dokusunda da yıkıma neden olmaktadır. Bu yumuşak doku lezyonu kalsifikasyon gösterebilir. Tüberkülozun göğüs duvarı tutulumu tek başına bulunabildiği gibi plevra ve akciğer parankim tutulumu da olaya eşlik edebilir (2).

## Olgu

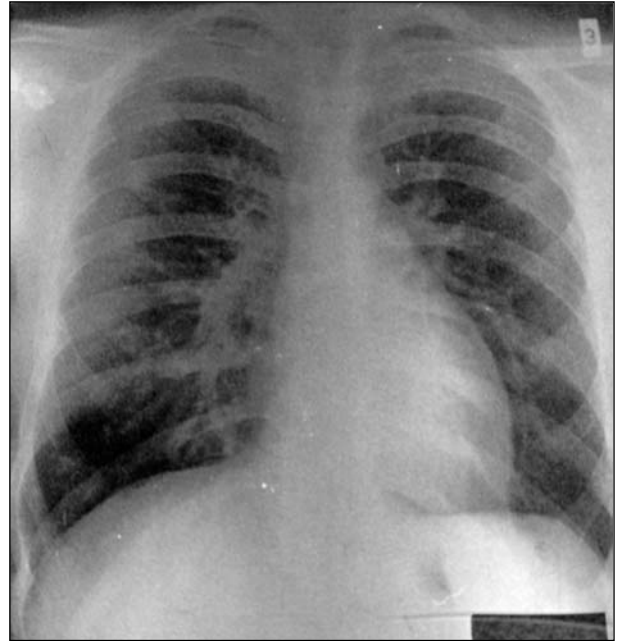
16 yaşındaki erkek hasta halsizlik, kilo kaybı ve sol göğüs duvarında şişlik nedeniyle hastanemize başvurdu. Hastanın özgeçmiş ve soygeçmişinde bir özellik yoktu. TA 120/80 mmHg, nabız 72/dakika, solunum sayısı 14/dakika bulundu. Yapılan fizik muayenesinde sol göğüs duvarında 3x3 cm çapında yumuşak doku kitlesi tespit edildi. Diğer sistem muayeneleri normal bulundu. Çekilen akciğer grafisinde herhangi bir patoloji görülmedi (Resim 1). Balgamda üç kez yapılan asidorezistan basil (ARB) incelemesi negatif kaldı. Toraksın bilgisayarlı tomografi (BT)'sinde plevrada loküle sıvı koleksiyonu görüldü (Resim 2). Göğüs duvarındaki lezyondan aspirasyon biyopsisi yapıldı. Aspirasyon materyalinden yapılan ARB incelemesi pozitif bulundu ve kültürde aside direçli basil üretti. Duyarlılık testlerinde basillerin izoniazid, rifampisin, etambutol ve pirazinamid karşı duyarlı olduğu görüldü. Materyalin histopatolojik incelemesinde ise kazeifikasyon nekrozu gösteren alanlar saptandı. Hastaya anti-tüberküloz (izoniazid 300 mg, rifampisin 600 mg, pirazinamid 1500 mg, etambutol 1500 mg) tedavi başlandı. İkinci aydan sonra izoniazid ve rifampisin ile devam edilen tedavi altı aya tamamlandı. Hastanın semptomları üçüncü haftada, göğüs duvarı lezyonu ise beşinci haftada geriledi. Altı ay sonra yapılan toraks BT incelemesinde sıvı koleksiyonunun kaybolduğu görüldü (Resim

3). Göğüs duvarı lezyonu için cerrahi girişime gerek duyulmadı. Hasta iki yıldır asemptomatik olarak izlenmektedir.

## İrdeleme

HIV-pozitif hastalarda tüberkülozun yerleşimi sıklıkla atipik olmaktadır. Bu hastalarda ekstrapulmoner tutulum oranı %50-72 arasında değişmektedir. AIDS epidemisinin olduğu on hastada yapılan tüberküloz araştırmasında üç hasta pankreatik apse, iki hasta karaciğer apsesi, bir hasta testiküler apse, bir hasta prostatik apse, bir hasta psoas apsesi, bir hasta ise splenik apse olarak tespit edilmiştir (3). Olgumuzda tüberkülozun yerleşimi atipik olup HIV infeksiyonu açısından yapılan anti-HIV testi negatif bulunmuştur.

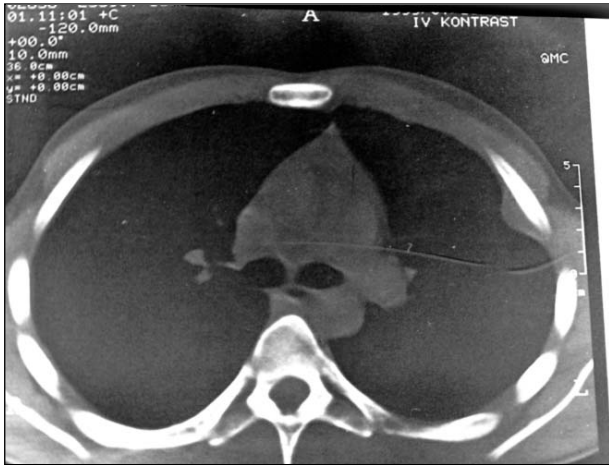
Tüberküloza bağlı soğuk apse tek veya multipl olabilir.



**Resim 1.** PA akciğer grafisindeki normal görünüm.

(1) SSK Süreyyapaşa Göğüs ve Kalp Damar Hastalıkları Eğitim Hastanesi, Maltepe-İstanbul

(2) Koşuyolu Kalp Araştırma ve Eğitim Hastanesi, Mikrobiyoloji Laboratuvarı, Kadıköy-İstanbul



**Resim 2.** Toraks BT'sinde solda loküle sıvı görünümü.



**Resim 3.** Toraks BT'sinde tedaviden sonraki görünüm.

Burke (4)'nin yaptığı çalışmada 16 hastanın 12'sinde; Faure ve arkadaşları (5)'nin yaptıkları çalışmada da 18 hastanın 16'sında bizim olgumuzda da olduğu gibi tek lezyon bulunmuştur.

Göğüs duvarında oluşan tüberküloz absesinde yaş dağılımı değişkendir. Bazı çalışmalarda daha çok 5-35 yaş arasında görüldüğü bildirilirken (6); Faure ve arkadaşları (5)'nin yaptıkları çalışmada olguların %40'ının elli yaşın üzerinde olduğu bulunmuştur.

Soğuk apseli olgularda %17.4 ile %62.5 arasında değişen oranlarda aktif akciğer tüberkülozuna rastlanmaktadır (4-6). Faure ve arkadaşları (5) izledikleri 18 hastanın 6'sında (%33) aktif akciğer tüberküloz görmüşlerdir. Olgumuzda ise geçirilmiş tüberküloz öyküsü bulunmamış ve soğuk apse saptandığında yalnızca plevral tutulum saptanmıştır.

Göğüs duvarında soğuk apse [1] akciğer parankiminden veya plevradan yayılım, [2] dorman basillerinin hematolojik yolla yayılımı, [3] lenfatik yoldan direkt göğüs duvarına yayılım ile oluşabilir (5). Olgumuzda plevral sıvının apsenin olduğu bölgede bulunması yayılımın plevradan olduğunu desteklemektedir. Göğüs duvarında tüberküloz absesi bulunan olgulara tanı konulurken pyojenik apse ve tümörden ayırt edilmesi gerekir (1). Olgumuzda tanıyı aspirasyon materyalinin histopatolojik olarak incelenmesinde kazeifikasyon nekrozu gösteren alanların görülmesi ve ARB pozitifliği ile koyduk.

Göğüs duvarı tüberkülozu düşünülen olgularda kombine anti-tüberküloz tedavi başlanmalıdır. Soğuk apselerin küçük bir kısmında cerrahi girişime gerek duyulursa da bunlar genellikle eksizyona gerek kalmadan anti-tüberküloz tedavi ile geriler (7). Kesin tanı yoksa ve üç aylık tedaviye rağmen

lezyon gerilemiyorsa, cerrahi tedaviye ihtiyaç vardır. Apse ile birlikte osteokondritli dokunun uzaklaştırılmasında tüberküloz tedavisinin yanı sıra cerrahi tedavinin yararı olabilmektedir (1-5). Olgumuzda kosta ve kıkırdak dokusunun tutulumu olmadığından ve anti-tüberküloz tedaviye cevap verdiğinden cerrahi girişime gerek duyulmamıştır.

Sonuç olarak, tüberkülozun hâlâ yaygın olduğu ülkemizde, atipik yerleşim gösteren olguların bulunabileceği ve tanıda tüberkülozun bu formlarının göz önünde tutulmasının uygun bir yaklaşım olduğu kanısındayız.

#### Kaynaklar

1. Hsu HS, Wang LS, Wu YC, Fahn HJ, Huang MH. Management of primary chest wall tuberculosis. *Scand J Thorac Cardiovasc Surg* 1995; 29(3):119-23
2. Adler BD, Padler SP, Muller NL. Tuberculosis of the chest wall: CT findings. *J Comput Assist Tomogr* 1993; 17(2):271-3
3. Lupatkin H, Brau N, Flomenberg P, Simberkoff MS. Tuberculous abscesses in patients with AIDS. *Clin Infect Dis* 1992; 14:1040-4
4. Burke HE. The pathogenesis of certain forms of extra-pulmonary tuberculosis: spontaneous cold abscesses of the chest wall and Pott's disease. *Am Rev Tuberc* 1950; 62:48-67
5. Faure E, Souilamas R, Riquet M, Chehab A, et al. Cold abscess of the chest wall: a surgical entity? *Ann Thorac Surg* 1998; 66:1174-8
6. Lee G, Im JG, Kim JS, Kang HS, Han MC. Tuberculosis of the ribs. CT appearance. *J Comput Assist Tomogr* 1993; 17:363-6
7. Chen CH, Shih JF, Wang LS, Perng RP. Tuberculous subcutaneous abscess: an analysis seven cases. *Tuber Lung Dis* 1996; 77(2):184-7

#### Düzeltilme

*Klimik Derg* 2001; Cilt 14, Sayı 3, s. 154-8'de yayımlanan makalenin başlığı yanlış basılmıştır. Söz konusu makalenin başlığını aşağıda görüldüğü gibi düzeltir, özür dileriz.

## Bakteriyolojik Kültürlerde Kontaminasyonun Mali Analizi

Güler Yaylı, Çağrı Ergin, Hülya Gülen

## KLİMİK DERGİSİ YAYIN KURALLARI

1. Klimik Dergisi, Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları (Klimik) Derneğinin yayın organıdır.
2. Dergide ilgili alanlardaki özgün araştırma, vaka takdimi, derleme, okuyucu mektupları ve haberler yayımlanır.
3. Derginin dili Türkçe'dir. Yabancı yazarların İngilizce yazılarına da yer verilebilir.
4. Metnin dergide yer alabilmesi için Dernek Yönetim Kurulu'nun seçtiği Yayın Kurulu'nca uygun görülmesi gerekir. Yayın Kurulu yayın kurallarına uymayan metinleri yayımlamamaya veya düzeltilmek için yazarlarına geri göndermeye yetkilidir.
5. Dergi, Uluslararası Tıbbi Editörler Kurulu'nca hazırlanan "Biyomedikal dergilere teslim edilecek metinlerde aranan ortak özellikler" in üçüncü (1988) baskısındaki kurallara uygun olarak hazırlanmamış yayın metinlerini kabul etmez. Metinler teslim edilmeden önce bu kuralların yayımlandığı *British Medical Journal* 1988; 296:401-5 veya *Annals of Internal Medicine* 1988; 108: 258-265'e bakılmalıdır (Bu kuralların çevirisi, *Literatür* [Tıp Dünyasından Seçmeler] dergisinde Mart 1989, cilt 9, sayı 58, sayfa 165-170'te yayımlanmıştır).
6. Yayımlanması istenen metnin dayandığı çalışma, daha önce başka bir yerde yayımlanmamış ya da yayımlanmak üzere teslim edilmiş ve kabul edilmiş olmamalıdır. Özet biçiminde yayımlanmış bir ön bildirinin bitmiş biçimine yer verilebilir.
7. Metnin uzunluğu özgün araştırmalar için 10, vaka takdimleri için 4, derlemeler için 12, okuyucu mektupları için 1 daktilo sayfasını geçmemelidir.
8. Metni oluşturan her bölüm, çift aralıklı olarak daktilo edilmeli ve aşağıdaki sıraya uyularak yeni bir sayfaya başlamalıdır: Başlık sayfası, özet ve anahtar sözcükler, ana metin, teşekkür (istenirse), kaynaklar, tablolar (her tablo başlık ve dipnotlarıyla birlikte ayrı bir sayfaya yazılmalıdır), resim altyazıları.
9. Özet ve anahtar sözcükler bölümünde, Türkçe özet gibi 150 sözcükten uzun olmayan bir de İngilizce özet (summary) bulunmalıdır.
10. Ana metin, özgün araştırma tipindeki bir makalede "giriş, yöntemler, sonuçlar, irdeleme"; vaka takdiminde ise "giriş, vaka(lar), irdeleme" bölümlerine ayrılmalıdır. Derleme ve başyazıların bölümleri için Yayın Kurulu'nun da uygun gördüğü düzenlemeler yapılabilir. Bunun için dergide yayımlanmış benzer yazılara bakılmalıdır.
11. Kaynaklara ana metinde ilk geçtikleri sıraya göre art arda numara verilmelidir. Kaynaklar ana metin içinde, tablolarda ve alt yazılarda Arap rakamlarıyla araç arasında gösterilmelidir.
12. Kaynaklar arasındaki dergi adları *Index Medicus*'ta kullanılan stile göre kısaltılmalıdır. *Index Medicus*'ta bulunamayan dergi adları kısaltılmadan yazılmalıdır.
13. Kaynakların yazılışında aşağıdaki örneklere uyulmalıdır:  
*Dergiler:*
  - (1) Standard dergi makalesi (altı veya daha az yazar varsa hepsini yazınız; yedi veya daha çoksa yalnız ilk üçünü yazıp et al. [ve ark.] ekleyiniz):  
 You CH, Lee KY, Chey RY, Menguy R. Electrogastrographic study of patients with unexplained nausea, bloating and vomiting. *Gastroenterology* 1980; 79: 311-4
  - (2) Yazarı verilmemiş:  
 Anonymous. Coffee drinking and cancer of the pancreas [Editorial]. *Br Med J* 1981; 283: 628
  - (3) Dergi eki:  
 Frumin AM, Nussbaum J, Esposito M. Functional asplenia Demonstration of splenic activity by bone marrow scan [Abstract]. *Blood* 1979; 54 (Suppl 1): 26a
  - (4) Her sayısı birinci sayfa ile başlayan dergi:  
 Seaman WB. The case of the pancreatic pseudocyst. *Hosp Pract* 1981; 16 (sep): 24-5*Kitaplar ve diğer monografiler:*
  - (5) Kişi olarak yazar(lar):  
 Eisen HN. *Immunology: an introduction to molecular and cellular principles of the immune response*. 5th ed. New York: Harper and Row, 1974: 406
  - (6) Bir kitabın bölümü:  
 Weinstein L, Swartz MN. Pathogenic properties of invading microorganisms. In: Sodeman WA Jr, Sodeman WA, eds. *Pathologic physiology: mechanisms of disease*. Philadelphia: WB Saunders, 1974:457-72
14. Resimler çoğu kez 127x173 mm boyutlarında olan ancak 203x257 mm'den büyük olmayan kaliteli parlak bir kağıda basılmalıdır. Renkli resimler ancak yazar ayrı bir ücret öderse yayımlanabilir.
15. Yayımlanması istenen metinler, şekil ve tablolar da içinde olmak üzere iki eksiksiz kopya olarak kalın bir zarf içinde bir üst yazıyla birlikte Yazı İşleri Müdürlüğü'ne teslim edilmelidir.
16. Metinde yayımlanmasından vazgeçilebilecek bir tablo vb. gibi bir ek bölüm varsa yazar, gönderdiği üst yazıda Yayın Kurulu'na gerektiğinde bu bölümü çıkarma ayrıcalığını tanıyabilir. Ana metne, ilgilenenlerin, bu bölümü yazardan isteyebileceklerine ilişkin bir dipnot konabilir.
17. İlişikteki üst yazıda telif hakkının dergiye bırakılacağı açıklanmalı ve metnin tüm yazarlarca okunduğunu ve onaylandığını belirten bir tümce bulunmalıdır.
18. Teslim edilen metne, yayımlanmış şekil vb. gereçlerin yeniden basılabilmesi, tanınabilecek kişilerin resimlerinin veya duyarlı kişisel bilgilerinin kullanılabilmesi ve katkılarından dolayı kişilerin adlarının belirtilebilmesi için alınmış izinler de eklenmelidir.
19. Yazarlar teslim ettikleri her şeyin bir kopyasını saklamalıdır.
20. Teslim edilmiş bir metnin tümünün veya bir bölümünün başka bir yerde yayımlanması söz konusu olursa Yazı İşleri Müdürlüğü'ne bilgi verilmesi zorunludur.
21. Yayımlanan yazıların sorumluluğu yazarlarına aittir.
22. Yayımlanan yazılar için ayrı baskı verilmez.
23. Yayımlanması kabul edilmeyen metinler geri verilmez.