

Primer Meme Tüberkülozu

Primary Breast Tuberculosis: Case Report

Uz.Dr. Ahmet OKUŞ,^a
Uz.Dr. Cansu KARAKAŞ,^b
Uz.Dr. Aylin ÇAPRAZ,^c
Uz.Dr. Mustafa ÇAPRAZ^d

^aGenel Cerrahi Kliniği,
^bPatoloji Kliniği,
^cGöğüs Hastalıkları Kliniği,
^dDahiliye Kliniği,
Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin
Devlet Hastanesi, Amasya

Geliş Tarihi/Received: 08.01.2010
Kabul Tarihi/Accepted: 26.10.2010

Yazışma Adresi/Correspondence:
Uz.Dr. Ahmet OKUŞ
Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin
Devlet Hastanesi,
Genel Cerrahi Kliniği,
Amasya,
TÜRKİYE/TURKEY
draokus@hotmail.com

ÖZET Hayli nadir görülen bir hastalık olan primer meme tüberkülozunun Batı dünyasında görülme sıklığı son yıllarda giderek artmaktadır. Meme tüberkülozunun, memenin benin ve malign lezyonlarından ayırt edilmesi zordur. Çünkü klinik ve radyolojik bulguları malign lezyonlarda görülenlere benzemekte, ancak ultrasonografi bazı olgularda ayırıcı tanıda yardımcı olmaktadır. Tamamı için sıklıkla histopatolojik inceleme gerekmektedir. Endemik bölgelerde veya yüksek riskli toplumlarda memede kitle saptandığında, ayırıcı tanıda meme tüberkülozu akılda bulundurulmalıdır. Meme tüberkülozunun primer tedavisi sistemik dördümlü antitüberküloz tedavi olup, bu tedavi etkili ve yeterlidir. Bundan dolayı cerrahi eksizyondan kaçınılmalıdır. Biz de klinik ve radyolojik olarak maligniteye benzeyen, ayırıcı tanısı ancak histopatolojik olarak yapılmış iki kadın primer meme tüberkülozu olgusunu literatür eşliğinde irdledik.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz; meme

ABSTRACT Primary tuberculosis of the breast is a rare disease. It is uncommon in western countries but has higher incidence in developing countries. Differential diagnosis with other benign and malignant diseases of the breast can be difficult with imaging methods because clinical and mammography findings may mimic malignancy, but sonography is useful in some cases. A histological examination is required for definitive diagnosis. Tuberculosis of the breast should be considered in the differential diagnosis of the patient with clinically suspicious breast lumps in high-risk populations living in endemic areas. Anti-tuberculous therapy with four drugs is the primary choice of treatment in breast tuberculosis. Surgical excision can thus be avoided. Treatment with anti-tuberculous drugs is effective. We reported two female patients with primary tuberculosis of the breast, which clinically simulated carcinoma.

Key Words: Tuberculosis; breast

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2012;32(3):809-12

Meme tüberkülozu, gelişmekte olan ülkelerde daha sık görülmekle birlikte, memenin nadir görülen granümatöz bir enfeksiyonudur. Meme tüberkülozu primer veya sekonder olabilir. Meme tüberkülozunun, memenin diğer granümatöz hastalıklarından ve meme kanserinden ayırıcı tanısının yapılması büyük önem arz eder. Çünkü meme tüberkülozunun temel tedavisi sistemik antitüberküloz tedavidir.

doi: 10.5336/medsci.2010-16788

Copyright © 2012 by Türkiye Klinikleri

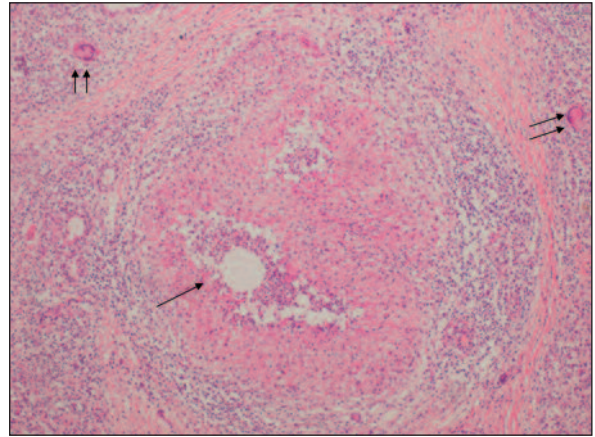
OLGU SUNUMLARI

OLGU 1

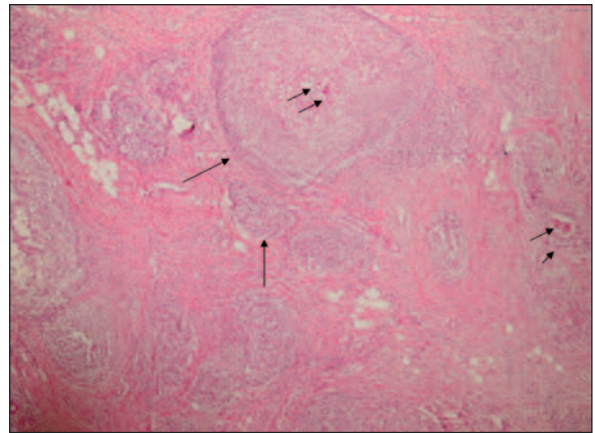
Otuz dört yaşında kadın hasta, 15 gündür sağ memede kızarıklık, şişlik, ağrı nedeni ile müracaat etti. Bu süre içinde geniş spektrumlu antibiyoterapi alan hastanın sağ meme iç kadranında, areola komşuluğunda 10x7 cm'lik fluktuasyon veren apse mevcuttu. Ultrasonografi (USG) incelemesinde, heterojen eko sergileyen, düzensiz kenarlı, 10x8x6 cm ebatlarında kitlesel lezyon tespit edildi. Apsenin genel anestezi altında boşaltıldı. Apsenin duvarından alınan biyopsi, kronik süpüratif yangısal süreç ile uyumlu olarak rapor edildi. Kültüründe üreme tespit edilmedi. Drenaj yerinden devamlı akıntısı olan hastanın kitlesi antibiyoterapiye rağmen küçülmedi. Kitlenin tümör ile ayırıcı tanısı yapılamadığından, kitlenin total eksizeksiyonuna karar verildi. Postoperatif patoloji piyesinin incelenmesi sonucunda, Langhans dev hücrelerinin eşlik ettiği, kazefikasyon nekrozu gösteren granümatöz mastit ile uyumlu olarak rapor edildi (Resim 1). Yapılan incelemede başka bir odak bulunmadığı için primer meme tüberkülozu tanısı konuldu. Postoperatif insizyon hattından tekrar akıntısı başlayan hastanın sistemik antitüberküloz tedavi ile akıntısı kısa sürede sorunsuz iyileşti. Bir yıldır takip edilen hastanın halen bir şikâyeti bulunmamaktadır.

OLGU 2

Otuz altı yaşında kadın hasta, sol memede 2-3 ay önce oluşan kitle ve ağrı nedeni ile müracaat etti. Hastanın sol meme üst dış kadranda 5x6 cm'lik, kenarları düzensiz, sert ve mobil kitle, sol aksillada palpe edilebilen ağrılı lenf düğümü saptandı. USG'de sol meme üst dış kadranında 6x2x5 cm'lik, kenarları düzensiz, hipoekoik heterojen kitle mevcuttu. Sol aksillada 25x11 mm'lik ödemli lenf düğümü saptandı. İnce iğne aspirasyon biyopsisi, histiyositlerin eşlik ettiği süpüratif yangısal süreç ile uyumlu olarak rapor edildi. Trucut biyopsisinin patoloji sonucu ise nötrofilik plazma hücrelerinden zengin nodüller desende yangısal hücre infiltrasyonu olarak rapor edildi. Nonspesifik geniş spektrumlu antibiyoterapi ile kitlenin gerileme olmadı. Kitlenin malignite dışlanmadığı için kitlenin eksizeksiyonuna karar verildi. Hastanın patoloji sonucu, Langhans dev hücreleri-



RESİM 1: Kazefikasyon nekrozu gösteren granümatöz mastit. Tek ok; Kazefikasyon nekrozu. Çift ok; Langhans dev hücreleri. (HE, x200). (Renkli hali için Bkz. <http://tipbilimleri.turkiyeklinikleri.com/>)



RESİM 2: Granümatöz mastit. Tek ok; granülom. Çift ok; langhans dev hücreleri (HE, x100). (Renkli hali için Bkz. <http://tipbilimleri.turkiyeklinikleri.com/>)

nin eşlik ettiği granümatöz mastit ile uyumlu olarak rapor edildi (Resim 2). Granümatöz mastitin ayırıcı tanısı için tetkik edilen hastanın tüberkülin testinin pozitif olması ve başka tüberküloz odağının bulunmaması nedeni ile hasta, primer meme tüberkülozu olarak kabul edilerek tedavisi planlandı. Tedaviden sonra aksiller lenf düğümü küçüldü. Her iki olguda da laboratuvar tetkikleri normaldi.

TARTIŞMA

İlk kez 1829'da Sir Astley Cooper tarafından tanımlanmış olan meme tüberkülozu, gelişmiş ülkelerde, gelişmekte olan ülkelere nazaran çok daha nadir görülen bir hastalıktır.¹⁻⁴ Ancak HIV enfeksiyonunun yaygınlaşmasına paralel olarak gelişmiş

olan ülkelerde de görülme sıklığı artmaktadır.^{3,4} İnsidansı tüm meme lezyonları içinde %0,1 iken, gelişmekte olan ülkelerde cerrahi olarak tedavi edilen meme hastalıklarının yaklaşık %3'ü kadardır.⁵ Sıklıkla 20-50 yaş aralığındaki doğurgan kadınlarda gözükmektedir.⁴ Özellikle laktasyonun memede enfeksiyon ve tüberküloza eğilimi artırdığı kabul edilmektedir ve olguların yaklaşık %30'u laktasyon dönemindeki olgulardır.^{5,6} Hamilelik, travma ve birden çok doğum yapmış olmak predispozan faktör olarak gözükmektedir.⁷

Meme diğer organlara göre (kas ve dalak gibi) tüberküloz enfeksiyonuna dirençli bir organdır.^{5,7} Memede saptanan granülatöz yapıdaki lezyonun, bu granülatöz reaksiyona neden olabilecek fungal enfeksiyon, plazma hücreli mastit, sarkoidoz, sifiliz ve aktinomiçes gibi durumlardan ayırıcı tanısının yapılması gerekir. Bunun haricinde, memenin malign lezyonları ile ayırıcı tanı için sıklıkla histopatolojik örnekleme gereklidir.^{2,8} Bu makalede sunulan iki olguda da malignite dışlanamadığı için eksizyonel biyopsi ile tanı konulmuştur.

Tüberküloz mastiti, primer veya sekonder olabilir. Hastada meme dışında sıklıkla akciğer olmak üzere bir odak mevcut ise sekonder tüberküloz mastiti adını alır. Tüberküloz enfeksiyonu primer odaktan memeye hematogen, lenfatik veya komşuluk yoluyla yayılarak, memede sekonder enfeksiyona neden olur.¹⁻³ Ancak olguların yaklaşık %50'sinde meme dışında başka odak tespit edilemez ve bu olgular primer meme tüberkülozu olarak kabul edilir.⁴ Primer meme tüberkülozu, derideki abrazyon veya meme başındaki açık duktuslardan enfeksiyonun doğrudan edinilmesi şeklinde olabilir. Ancak primer meme tüberkülozunun, radyolojik ve klinik olarak tespit edilemeyen bir odağa sekonder geliştiğine inanılmaktadır.⁵ Bizim iki olgumuzda da meme dışı odak tespit edilemediği için tanı, primer meme tüberkülozu olarak konulmuştur. Rapor edilen tüm vakalarda aksiller lenf düğümü oranı %41-75 arasında bildirilmiştir;^{2,5} bu makalede sunulan ikinci olguda patolojik aksiller lenf düğümü tespit edilmiş ve bu lenf bezi tedaviden sonra küçülmüştür.

Meme tüberkülozu genellikle memede ağırlı bir kitle olarak başlar ve zamanla yumuşayarak dı-

şarı açılıp fistülize olur. Ciltte kalınlaşma ve ödem gözlenebilir. Bazen de apse tanısı ile drene edilir ve kronik bir fistül halini alır. Bizim de birinci olgumuzda drenaj sonrası fistül gelişmiştir. Klinik olarak tanınması ve meme kanseri ile ayırıcı tanısının yapılabilmesi epeyce zordur. Özellikle kitlede akıntılı sinüs olmadığında kansere benzer.^{1,2,5} Meme tüberkülozunun memenin malign lezyonlarından ayırıcı tanısı için sıklıkla histopatolojik tanı gerekir. Çünkü klinik, mammografi ve ultrasonografi bulguları özgül değildir ve karsinomdan ayırt edilmesini sağlamaz.⁵ Genç hastalarda piyojenik meme apselerinden ve yaşlı hastalarda ise meme kanserinden ayırıcı tanısı önem arz eder.^{7,9}

Meme tüberkülozu klinik ve mammografik olarak üç tipte karşımıza çıkmaktadır;⁵

1) Nodüler patern: Düzgün sınırlı, ağrısız, yavaş büyüyen lezyonlar olup fibroadenom veya karsinom ile karışır. İlerleyince ciltte retraksiyon ve fistüle neden olabilir.

2) Dissemine patern: Deride kalınlaşma, sinüs oluşumu ve birbiri ile ilişkili çok sayıda fokal lezyonlar mevcuttur. Yangısal karsinom ile karışır.

3) Sklerotik patern: Çoğunlukla yaşlılarda yavaş büyüyen dens fibröz doku şeklinde olup, sklerotik karsinom ile karışır.^{2,3}

Bu makalede sunulan birinci olgu dissemine patern, ikinci olgu ise nodüler patern ile uyumluydu. Meme tüberkülozu mammografide memede heterojen dansite gösteren, dens, kenarları düzensiz bir kitle şeklinde izlenir. Ciltte kalınlaşma ve ödem eşlik edebilir.^{4,5} USG'de heterojen internal ekolar içeren düzensiz sınırlı hipoekoik kitle veya internal septasyon içeren ve posterior akustik şiddetlenme gösteren kalın duvarlı kistik yapılar şeklinde görünür.⁶ Mamografi ve ultrasonografi tanı koydurucu bulgular içermez. Doppler ultrasonografide ise orta kısmı avasküler olan lezyonlarda çevresel vaskülarizasyondaki artış, enfektif hadisenin devam ettiği şeklinde yorumlanabilir.^{3,6} USG bulguları özgül değilse de, bazı olgularda karsinomdan ayırıcı tanıda faydalı olabilir.⁶

Meme tüberkülozu tanısı, basilin mikrobiyolojik olarak gösterilmesi ve/veya histopatolojik olarak nekrozlu granülatöz iltihabın saptanması ile

konur.⁶ Ancak basilin izolasyonu zordur. Biyopsi materyalinde asido-alkalo-rezistan bakteri (AARB) pozitifliği oranı %12-25 arasındadır; Türkiye'den bildirilen birkaç olgu hariç AARB pozitifliği gösterilememiştir.⁴ Yine benzer şekilde Khanna ve ark.nın 52 olguluk serilerinde hiçbir hastada direkt boyama veya kültürde AARB gösterilememiştir.⁵ Tüberküloz mastiti, epitelioid granülomlar, Langhans dev hücreleri ve lenfositik agregatların sitolojik olarak gösterilmesi ile teşhis edilebilir.^{4,5} İnce iğne aspirasyonu ile %100'e varan oranlarda tanı konulduğu bildirilmiş olsa da bizim ülkemizde tanı genellikle insizyonel veya eksizyonel biyopsi ile konulmakta olup, tanı için insizyonel biyopsinin yeterli olduğu savunulmaktadır.^{4,5} Tanıda en önemli adım, olgunun meme tüberkülozu olabileceğinin düşünülmesi ve klinik ile sitolojik bulguların birlikte değerlendirilmesidir.⁵ Bu makalede sunulan olgular geriye dönük olarak irdelendiğinde, meme tüberkülozunun daha önce düşünül-

memiş olması, hastalarda eksizyonel biyopsi yapılmasına neden olmuştur.

Biyopsi ile tanı konulduktan sonra antitüberküloz tedavinin önerilen süre boyunca kullanılmasının yeterli olduğu, literatürde ortak kanaat olarak bildirilmektedir. Cerrahi tedavi nadiren direnç ve nüks gelişen olgularda basit mastektomi şeklinde olabilir.⁴

Sonuç olarak meme tüberkülozu nadir görülen bir hastalıktır; tüberküloz enfeksiyonunun yaygın olduğu bölgelerde tekrarlayan apseler ve memede fistüle giden yangısal lezyonlar güçlü bir şekilde tüberkülozu düşündürmelidir. Meme tüberkülozunun klinik ve radyolojik olarak meme karsinomundan ayırıcı tanısı zordur; ultrasonografi bazı olgularda ayırıcı tanıda yardımcı olabilir. Tanı histopatolojik olarak doğrulanmalı ve eksizyondan kaçınılmalıdır. Sistemik antitüberküloz tedavi genellikle etkin ve yeterlidir.

KAYNAKLAR

1. Ünal H. [Infectious and inflammatory disorders of the breast]. Ünal G, Ünal H, editörler. Meme Hastalıkları.1 Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2001. p.192-8.
2. Ersöz F, Şener M, Bayrak S, Güneş ME, Çolak Ş, Şentatar E.[Granulomatous mastitis case reports] İstanbul Medical Journal 2004; 67(2):48-50.
3. Kervancıoğlu S, Kervancıoğlu R, Özkur A, Şirikçi A. [Primary tuberculosis of the breast]. Diagn Interv Radiol 2005;11(4):210-12.
4. Akbaba B, Baran A, Yalçınsoy M, Güngör S, Akkaya E. [Two sisters with breast tuberculosis]. Tuberk Toraks 2007;55(4): 395-9.
5. Khanna R, Prasanna GV, Gupta P, Kumar M, Khanna S, Khanna AK. Mammary tuberculosis: report on 52 cases. Postgrad Med J 2002; 78(921):422-4.
6. Madhusudhan KS, Gamanagatti S. Primary breast tuberculosis masquerading as carcinoma. Singapore Med J 2008;49(1):e3-e5.
7. Hamit HF, Ragsdale TH. Mammary tuberculosis. J R Soc Med 1982; 75(10):764-5.
8. Bakaris S, Yuksel M, Cirağil P, Guven MA, Ezberci F, Bulbuloglu E. Granulomatous mastitis including breast tuberculosis and idiopathic lobular granulomatous mastitis. Can J Surg 2006;49(6):427-30.
9. Luh SP, Hsu JD, Lai YS, Chen SW. Primary tuberculous infection of breast: experiences of surgical resection for aged patients and review of literature. J Zhejiang Univ Sci B 2007; 8(8):580-3.