

# Meme Kitlelerinde Dikkate Alınması Gereken Tanı: Meme Tüberkülozu

## A Diagnosis That Should be Considered in Breast Masses: Tuberculosis of the Breast: Case Report

Zeynep ÖZKAN,<sup>a</sup>  
İbrahim Okan YILDIZ,<sup>b</sup>  
Yasemin DEVECİ,<sup>c</sup>  
Cengizhan Şan ÖZDEMİR<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Genel Cerrahi Kliniği,  
<sup>b</sup>Göğüs Hastalıkları Kliniği,  
Elazığ Eğitim Araştırma Hastanesi,  
Elazığ  
<sup>c</sup>Radyodiagnostik Kliniği,  
Yalova Devlet Hastanesi,  
Yalova

Geliş Tarihi/Received: 31.01.2011  
Kabul Tarihi/Accepted: 20.09.2011

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Zeynep ÖZKAN  
Elazığ Eğitim Araştırma Hastanesi,  
Genel Cerrahi Kliniği,  
Elazığ,  
TÜRKİYE/TURKEY  
drzeynepozkan@yahoo.com

**ÖZET** Memenin tüberküloz enfeksiyonu sık görülmez, farklı klinik tablolarla ortaya çıkabilir. Özgül bir mamografi ya da ultrasonografi bulgusu yoktur. Bazen malinite ile karışabilir. Sunulan vakada malinite şüphesi ile lezyonlardan eksizyonel biyopsi alındı. Histolojik tanının granümatöz mastit olması üzerine tüberküloz tetkikleri yapıldı ve uygun tedaviye başlandı. Tüberkülozun endemik olduğu toplumlarda meme kitlesi ve aksillada lenfadenopati varlığında invaziv işlem yapılmadan önce tüberkülozun dikkate alınmasının ve tetkik ve tedaviye bu yönde devam edilmesinin faydalı olacağı kanaatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Meme hastalıkları; tüberküloz, lenf düğümü

**ABSTRACT** Tuberculosis infection of the breast is not common and may appear with different clinical manifestations. It does not have any specific mammography or ultrasonography findings. Sometimes it may not be differentiated from malignancy. In the presented case, excisional biopsy was taken from the lesions with a presumptive diagnosis of malignancy. Histological diagnosis was granulomatous mastitis; the patient was tested tuberculosis and treatment was initiated accordingly. We suggest that tuberculosis should be considered prior to invasive procedures in the presence of a breast mass and axillary lymphadenopathy in communities that tuberculosis is endemic and the diagnosis and treatment to be addressed accordingly.

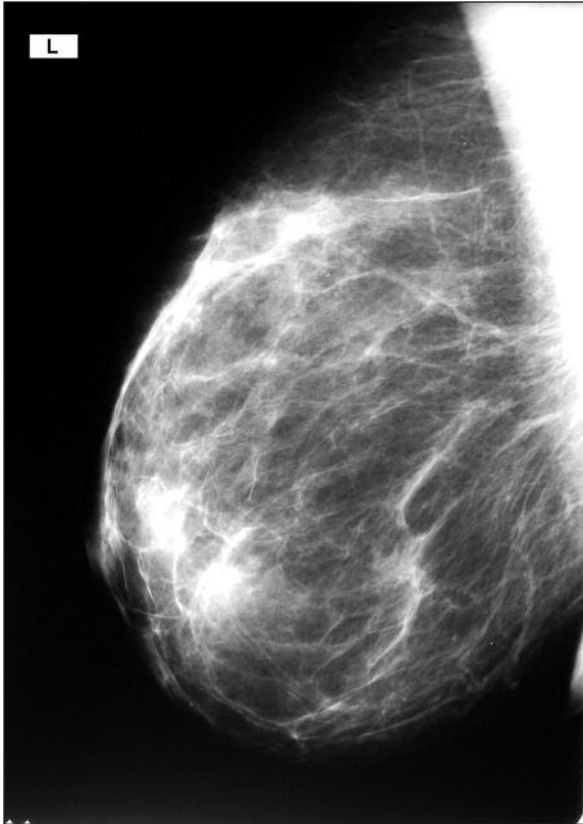
**Key Words:** Breast diseases; tuberculosis, lymph node

**Türkiye Klinikleri J Med Sci 2013;33(1):229-33**

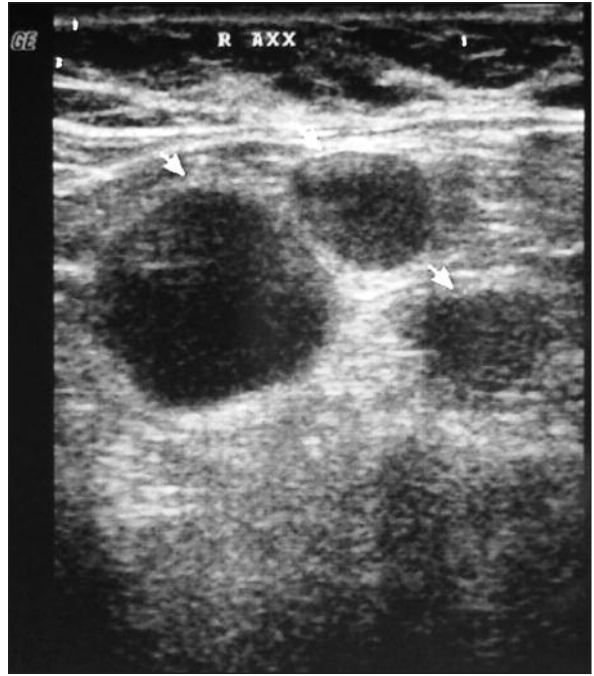
**T**überküloz, *M. tuberculosis* kompleksinin neden olduğu, başlıca akciğerleri tutan, ancak akciğer dışı organ ya da sistemlerde de ortaya çıkabilen bir hastalıktır.<sup>1</sup> Meme tüberkülozu nadir görülen bir tüberküloz formudur ve gelişmiş ülkelerde prevalansı %0,1, gelişmekte olan ülkelerde ise %3-4'tür.<sup>2</sup> Tüberküloz enfeksiyonu memede primer veya sekonder olarak ortaya çıkabilir. Enfeksiyonun daha çok retrograt lenfatik akımla tüberküloz lenfadenitten yayıldığı teorisi kabul görmektedir.<sup>3</sup> Histolojik olarak beş tipi tanımlanmıştır. En sık görüleni nodüler tüberküloz mastit tipidir.<sup>4</sup> Klinik tanı güçtür; bu amaç için histopatolojik inceleme yapılması gerekir. Bu makaledeki amacımız, tüberkülozun sık görüldüğü toplumlarda aksiller lenfadenopati ve memede kitle birlikteliğinde ayırıcı tanıda tüberkülozun da dikkate alınmasını sağlamaktır.

## OLGU SUNUMU

Kırk yaşında kadın hasta polikliniğimize her iki koltuk altında ve sol memede şişlik, ağrı şikâyeti ile başvurdu. Aile öyküsünde meme kanseri saptanmadı; özgeçmişinde de özellik yoktu. Fizik bakıda palpasyon ile sol memede 2x1 cm boyutunda iki adet ve sağ memede de 1x1 cm boyutunda bir adet olmak üzere toplam üç adet yarı hareketli sert kitle tespit edildi. Ayrıca her iki aksillada 3-4 cm boyutunda lenfadenopati olduğu belirlendi. Ultrasonografik incelemede sol memede 18x11 mm, 19x12 mm ve 12x9 mm boyutlarında, hiperekoik yapıda, çevre dokudan net olarak ayırt edilemeyen lezyonlar bulunduğu ve 12x9 mm boyutundaki lezyonun, cilt kalınlığında artışa neden olduğu izlendi (Resim 1). Sağ memede de 13x11 mm ve 12x10 mm boyutlarında ve benzer yapıda lezyonlar izlendi. Sağ aksillada en büyüğü 33x12 mm, santral ekojenitesi komprese olmuş lenfadenopatiler vardı (Resim 2). Sol aksillada benin özellikte lenfadenopati izlendi.



**RESİM 1:** Mamografide sol meme mediolateral oblik grafide üst kadranda yaklaşık 1 cm çaplı şüpheli opasite alanı tespit edildi.



**RESİM 2:** Ultrasonografide sağ aksillada santral ekojenitesi komprese lenfadenopatiler izlenmekte.

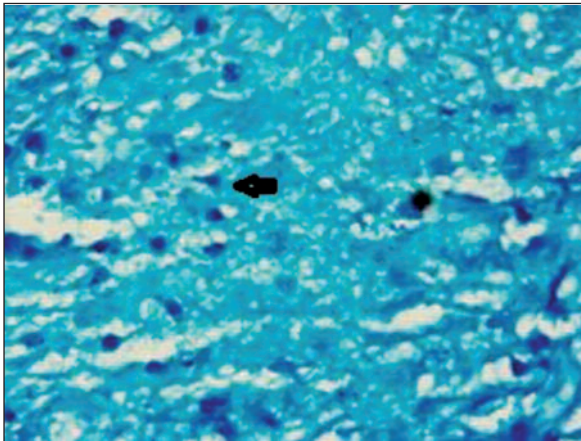
Sol meme mediolateral oblik (MLO) pozisyonundaki mamografide üst kadranda izlenen, fakat kraniyokaudal (KK) pozisyonundaki grafide seçilemeyen, yaklaşık 1 cm çaplı şüpheli opasite alanı tespit edildi. Bunun dışında patoloji görülmedi (Resim 3). Sol memedeki 12x9 mm, 19x12 mm ve sağ memedeki 13x11 mm boyutlarındaki kitlelere eksizyonel biyopsi ve sağ aksilladaki lenfadenopatiye insizyonel biyopsi yapıldı. Patolojik inceleme sonucunda lezyonlar, kazeifiye granümatöz mastit ve kazeifiye granümatöz lenfadenit olarak değerlendirildi. Asidorezistan boyamada tüberküloz basilleri görüldü (Resim 4). Hasta bu tanıyı almadan önce çekilen akciğer grafisinde tüberküloz bulgusu yoktu. Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı hekimleri tarafından değerlendirilen hastaya, ilk iki ay dörtlü (rifampin+izoniyazit+pirazinamit+ etambutol) antitüberküloz tedavi uygulandı. Tedaviye başlandıktan iki ay sonra yapılan muayenede ve mamografi ve ultrasonografi kontrollerinde herhangi bir kitle ve patoloji tespit edilmedi (Resim 5).

## TARTIŞMA

Meme tüberkülozu nadir görülen hastalıklardandır; tüberkülozun endemik olmadığı bölgelerde in-



**RESİM 3:** Ultrasonografide sol memede hiperekoik, çevre dokudan net ayrırt edilemeyen lezyon.

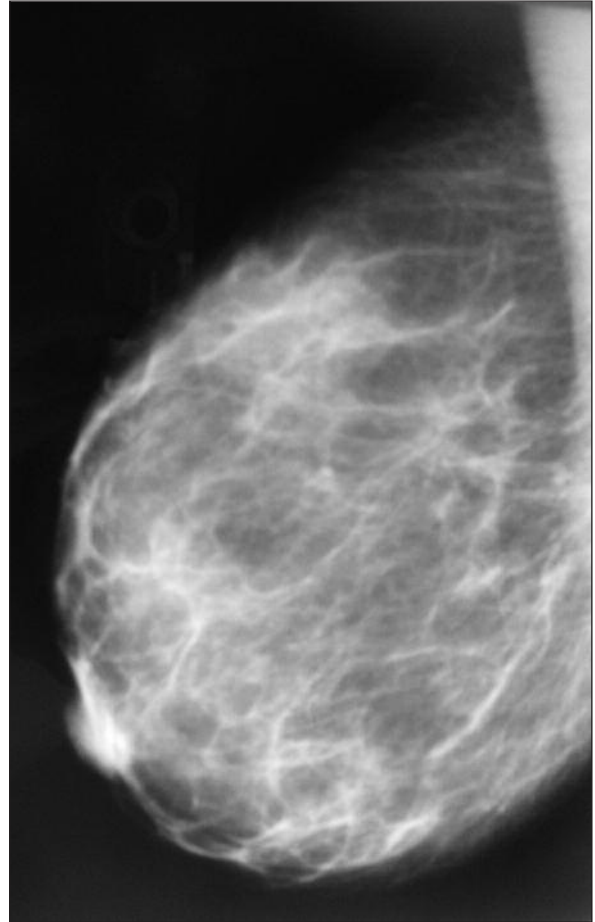


**RESİM 4:** Asidorezistan boyama ile tüberküloz basillerinin görüntülenmesi. (siyah ok).  
(Renkli hali için Bkz. <http://tipbilimleri.turkiyeklinikleri.com/>)

sidansı %0,1-0,52'dir.<sup>5</sup> Memede tüberküloz enfeksiyonu, primer ve sekonder olacak şekilde iki formda ortaya çıkar. Primer form çok nadirdir.<sup>6</sup> Primer meme tüberkülozunda hastalık yalnızca memededir; enfeksiyon hematojen yolla veya doğrudan yayılım ile gerçekleşir. Sekonder forma ise

daha sık rastlanmaktadır. Bu formun yayılımı hematojen yolla, aksiller lenf düğümlerinden retrograt yolla ya da toraks içindeki organlardan doğrudan yayılım ile olabilir.<sup>7,8</sup> Bizim olgumuzun sekonder meme tüberkülozu olarak ortaya çıktığını düşünüyoruz. Hasta hastaneye başvurduğunda, aksiller lenf düğümlerinde klinik ve görüntüleme yöntemleri ile tanımlanmış patolojinin mevcut olduğu görülmüştür. Bu da yayılımın aksiller lenf düğümlerinden retrograt yolla olabileceğini göstermektedir. Ancak sunduğumuz bu vakada, toraks içindeki organlarda tüberküloz bulgusuna rastlanmamıştır.

Meme tüberkülozu, klinik ve radyolojik olarak değerlendirildiğinde ise üç farklı formda ortaya çıkar. Bunlardan birincisi nodüler formdur. Lezyon memede yuvarlak kitlesel bir lezyon şeklinde büyür. Bu form mamografik görünümüyle kanser-



**RESİM 5:** Antitüberküloz tedaviden sonra mediolateral oblik grafide normal görünen sağ meme.

den net olarak ayırt edilemeyen, belirgin sınırları olmayan, yoğun, yuvarlak veya oval bir tümör gölgesi şeklindedir. İkincisi diffüz formdur. Bu formda memedeki lezyonların sayısı çoktur. Bunlar zamanla ülserleşerek cilde açılabilen çok sayıda akıntılı fistüle sebep olabirler. Mamografik değerlendirmede malinite ile karıştırılabilirler; çünkü bu lezyonlarda ciltte, yangısal, kansere benzeyen kalınlaşmalar görülür. Ayrıca, memedeki lezyonların yanında çoğunlukla aksiller lenf tutulumu da vardır. Üçüncüsü de fibrosizin ön planda olduğu sklerozan formdur. Mamografide süt bezlerinde homojenite ve yoğunluk artışı görülür; yaşlılarda bu forma daha sık rastlanır.<sup>9</sup> Sunduğumuz vaka mamografik bulgu olarak nodüler form gibi değerlendirilebilir de, klinik ve ultrasonografi ile birlikte düşünüldüğünde, daha çok fistüle olmamış diffüz form olarak kabul edilmesi gerektiği kanaatindeyiz.

Meme tüberkülozunun özgül bir ultrasonografi bulgusu yoktur. Düzensiz sınırlı hipoekoik kitle ya da akustik gölge artışı yapan kalın duvarlı kistik kitle şekilleri görülebilir.<sup>10</sup> Bizim sunduğumuz vakada da ultrasonografik olarak hiperekojen kitleler görülmesi, meme tüberkülozunda özgül bir ultrasonografi bulgusu olmadığı görüşünü desteklemektedir.

Bütün bunların yanı sıra, kesin tanı ancak histopatolojik inceleme ile konulabilir.<sup>11</sup> Meme tüberkülozu vakalarında ince iğne biyopsisi özgül tanıyı koymada tam olarak başarılı bulunmamaktadır. Vakaların dörtte üçünde ince iğne biyopsisinde Langhans dev hücreleri görülebilmektedir. Core biyopsi ve cerrahi biyopsi tanı koymada daha başarılıdır.<sup>12,13</sup> Bu vakada da histopatolojik incelemede kazeifiye granülom görülmesi ve asidorezistan boyamada tüberküloz basillerinin tespit edilmesi tanıyı kesinleştirmiştir.

Tüberkülozun endemik olduğu bölgelerde meme ve aksilla kitlelerinde benin bir hastalık olan meme tüberkülozunun da ayırıcı tanıda dikkate alınmasının, hastaya yapılacak invaziv girişim sayısının azaltılması açısından önemli olduğu kana-

atindeyiz. Sunduğumuz vakada, hastanın içinde bulunduğu sosyokültürel durumdan dolayı bir defada yapılacak işlemde kesin sonuç alabilmek için iğne biyopsisi tercih edilmemiştir. Çünkü hasta kırsal kesimden gelmektedir ve biyopsi işlemini bir kez yaptırabilecek imkânı olduğunu, sürecin daha fazla uzamasını istemediğini belirtmiştir. Bunun yanı sıra, lezyonların benin olabileceği ve yine bir kez yapılacak işlemle tedavi sağlanabileceği de düşünülerek eksizyonel biyopsi yapılmasına karar verilmiştir. Ayrıca, ülkemizde sık görülmeyen meme tüberkülozu ile ilgili yeterli bilgimizin olmamasından dolayı bu hastalık hiç dikkate alınmamıştır; memedeki kitleler ile aksilladaki lenfadenopatilerin, hastada varolan iki ayrı patolojiden kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Çünkü malinite ihtimali yüksek olan sol memedeki lezyonun karşı tarafındaki aksillada patolojik lenf nodülleri olduğu saptanmıştır. Meme tüberkülozu gerek klinisyen gerekse radyologlar tarafından daha iyi bilinirse ve farklı tablolarla ortaya çıkabileceği akıld tutulursa, minimal invaziv işlem ile tanı koymak mümkün olacak ve vakit kaybetmeden antitüberküloz tedaviye başlanabilecektir.<sup>14</sup> Meme tüberkülozu için de diğer akciğer dışı tüberküloz vakalarında olduğu gibi, Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenmiş tıbbi tedavi verilir. Bu hastalarda ilk 2 ay dördü (rifampin+izoniyazit+pirazinamit+etambutol ya da streptomisin) ve daha sonra da ikili (izoniyazid, rifampin) idame tedavisi en az 6 ay boyunca uygulanmaktadır.<sup>15</sup> Olgumuzda da histopatolojik tanının ardından uygulanan iki aylık rifampin+izoniyazit+pirazinamit+etambutol ve devamında izoniyazit+rifampin tedavisi ile meme ve aksilladaki lezyonlar tamamen ortadan kalkmıştır.

Meme tüberkülozu, cerrahi müdahaleye gerek kalmadan tıbbi tedavi ile tamamen iyileşebilmektedir. Bu nedenle tanı aşamasında dikkate alınmasının ve gerek radyolojik gerekse klinik özelliklerinin bilinerek tanı ve tedavi aşamalarının buna göre planlanmasının, hasta ve hekim açısından daha faydalı olacağını düşünmekteyiz.

## KAYNAKLAR

1. Özsoy S, Akar T, Gümüş S, Dinç AH, Demirel B, Safalı M. [The results of tuberculin skin test and the risk of tuberculosis in autopsy workers]. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2010; 30(6):1876-83.
2. Ochoa Aguilar MA, Ortiz Martínez JD. [Tuberculosis of the breast. A case report]. *Ginecol Obstet Mex* 2009;77(6):282-6.
3. Dharkar RS, Kanhere MH, Vaishya ND, Bisarya AK. Tuberculosis of the breast. *J Indian Med Assoc* 1968;50(5):207-9.
4. Mckeown KC, Wilkinson KW. Tuberculous disease of the breast. *Br J Surg* 1952; 39(157):420.
5. Hamit HF, Ragsdale TH. Mammary tuberculosis. *J R Soc Med* 1982;75(10):764-5.
6. Zandrino F, Monetti F, Gandolfo N. Primary tuberculosis of the breast. A case report. *Acta Radiol* 2000;41(1):61-3.
7. Schnarkowski P, Schmidt D, Kessler M, Reiser MF. Tuberculosis of the breast: US, mammographic, and CT findings. *J Comput Assist Tomogr* 1994;18(6):970-1.
8. Hale JA, Peters GN, Cheek JH. Tuberculosis of the breast: rare but still extant. Review of the literature and report of an additional case. *Am J Surg* 1985;150(5):620-4.
9. Kalaç N, Ozkan B, Bayiz H, Dursun AB, Demirağ F. Breast tuberculosis. *Breast* 2002;11(4): 346-9.
10. Oh KK, Kim JH, Kook SH. Imaging of tuberculous disease involving breast. *Eur Radiol* 1998;8(8):1475-80.
11. Tewari M, Shukla HS. Breast tuberculosis: diagnosis, clinical features & management. *Indian J Med Res* 2005;122(2):103-10.
12. Azarkar Z, Zardast M, Ghanbarzadeh N. Tuberculosis of the breast: a case report. *Acta Med Iran* 2011;49(2):124-6.
13. 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.
14. Seker D, Kaya O, Seker GE. Tuberculosis of the breast: medical treatment. *Acta Chir Belg* 2010;110(6):614-5.
15. WHO/CDC/TB. Treatment of Tuberculosis: Guidelines for National Programmes. Revision approved by STAG. 3<sup>rd</sup> ed. Geneva: WHO; 2004. p.107.