

## Metastatik Tüberküloz Apsesi : Bir Olgu Sunumu

Ramazan Daniş\*, Kadim Bayan\*\*, S. Uğur Keklikçi

### ÖZET

*Metastatik tüberküloz apseleri, özellikle direncin baskılandığı HIV enfeksiyonlu kişilerde, kötü beslenen çocuklarda, ve nadiren de ilaçlarla immün sistemi baskılanmış kişilerde gelişir. Burada, yüksek doz kortikosteroid kullanımı sonucu metastatik tüberküloz apsesi gelişen bir olgu sunulmaktadır.*

*Anahtar Kelimeler: Metastatik Tüberküloz Absesi*

### Metastatic Tuberculous Abscess: A Case Report

#### SUMMARY

*Metastatic tuberculous abscesses occurs particularly in association with HIV infection, malnutrition, and rarely result of immunosuppression caused with drugs. Here we report a multiple metastatic tuberculous abscesses in a patient who has been treated with high dose corticosteroid therapy.*

*Key Words: Metastatic Tuberculous Abscesses*

### GİRİŞ

İmmün direncin azaldığı veya immün yetmezlik durumlarında, primer enfeksiyon odağından mikobakterilerin hematogen yolla yayılması sonucu metastatik tüberküloz apseleri oluşabilir. Direncin azaldığı kötü beslenen çocuklarda, immün sistemin ileri derecede baskılandığı HIV enfeksiyonlu kişilerde ve nadiren ilaçlarla immün sistemi baskılanmış kişilerde metastatik tüberküloz apseleri görülebilir (1). Metastatik tüberküloz apseleri progresif organ tüberkülozu olan kişilerde miliar yayılma sonucu ortaya çıkabilir (2). Klinik olarak, genellikle hassas olmayan ve fluktuasyon veren subkutanöz apseler gövde, ekstremiteler veya baş-boyun bölgesinde görülür.

### OLGU SUNUMU

İdiopatik trombositopenik purpura (İTP) tanısı ile yüksek doz kortikosteroid kullanan 22 yaşındaki erkek hasta; ellerinde ve boynunda çok sayıda ağrısız şişliklerle polikliniğimize başvurdu. Öyküsünde bir yıl önce sırtında kırmızı renkte nohut büyüklüğünde bir lezyon çıktığını tarif ediyordu.

Total eksize edilen bu lezyonun yerinde yara iyileşmesi olmamış. Sekiz ay önce kanama diyatezi gelişen hastanın iki psoas kasının içinde 8X7X17 cm boyutunda inguinale kadar uzanan yoğun içerikli periferik kontrastlanma gösteren kistik kitle ve torakal seviyeden başlayıp her iki böbrek seviyesine kadar devam eden, vertebra korpuslarında yer yer destrüksiyon ve paravertebral yumuşak doku şişliği saptanmış. Hastanın bu lezyonları hematoma olarak değerlendirilmiş ve İTP tanısı konarak yüksek doz kortikosteroid tedavisine başlanmış. Daha sonra boynunda ve kollarında çok sayıda şişliklerin oluşmaya başladığını tarif ediyordu.

Hastanın yapılan dermatolojik muayenesinde boyun ve her iki ekstremitesinde fluktuasyon veren ağrısız subkutan apseleri mevcuttu. Apse materyalinden yapılan mikroskopik incelemede bol miktarda aside dirençli basil saptandı. Kültür materyalinde Mikobakterium tüberkülozis izole edildi. Yapılan laboratuvar tetkiklerin sonucu (karaciğer fonksiyon testleri, tam kan, tam idrar, serum immünoglobulin düzeyleri)

\* Devlet Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği / Diyarbakır  
\*\*\* SSK Bölge Hastanesi Göz Hast.Kliniği /Diyarbakır

\*\* Genç Devlet Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği/ Bingöl



normal sınırlardaydı. Hastanın akciğer grafisi normaldi. Aile sorgulamasında bir kız kardeşinde de benzer şikayetlerin olduğunu öğrenildi. Hastaya kombine antitüberküloz tedavisine başlandı klinik olarak etkin yanıt sağlandı, hasta halen takip edilmektedir.

### TARTIŞMA

Tüberküloz pulmoner ve ekstrapulmoner olmak üzere ikiye ayrılır. Hastalığın çoğunluğunu pulmoner tüberküloz oluştururken, az bir kısmını diğer organ ve sistem tüberkülozları oluşturur. Kas iskelet sistemini tutan tüberkülozların yarısı vertebralarda görülür (3-5). Osteoartiküler tüberküloz kemiğin iyi kan akımına sahip büyüme tabakasında osteomyelit şeklinde başlar, daha sonra eklem aralığına yayılır (6). Osteoartiküler tüberkülozun tanısı genellikle geç konur (ortalama 10-16 ay), bazen 10 yıl kadar gecikebilir. Hastalık genellikle sessiz başlar. Tutulan eklemde ağrı, hareket kısıtlılığı ve şişlik oluşabilir. Hastaların üçte birinde fluktuasyon veren abse veya drene olan bir sinüs ile karşılaşılabilir (7). Olgumuz beş yıldan beri varolan sırt ağrısından yakınmaktaydı. Bir yıl önce sırtında lumbal bölgede yumuşak bir kitle çıktığını belirtiyordu. Radyolojik bulgular hastalığın erken dönemlerinde non spesifik olabilir. Manyetik rezonans (MR) tüberküloz şüphesi olan hastalarda tercih edilmelidir; çünkü granülasyon dokusu ile apse dokusunu birbirinden ayırt edebilir. Kemik anatomisi ve abnormaliteleri bilgisayarlı tomografi (BT) ile daha iyi görüntülenir (8,9). Olgumuzdaki BT bulguları osteoartiküler tüberküloz bulguları ile uyumluydu. Osteoartiküler tüberkülozlu olguların yarısında geçirilmiş pulmoner tüberküloz saptanır. Ancak aktif pulmoner tüberküloz %1-5 civarındadır (10). Ekstrapulmoner tüberkülozu olan hastalarda pulmoner tüberkülozlu hastalarda görülen ateş, öksürük, kilo kaybı, iştahsızlık ve gece terlemesi gibi sistemik semptomlar görülmez (11). Kemik ve eklem tüberkülozunda hastalığın erken döneminde çekilen grafiler tanı için yardımcı olmaz. Hastamızın uzun süreden beri sırt ağrıları olmasına rağmen, çekilen grafiler normal olarak değerlendirilmiş ve non spesifik

anti inflamatuvar ilaçlar kullanmıştır. Hastamız tüberküloz için spesifik olan sistemik semptomları tarif etmiyordu. Pulmoner veya ekstrapulmoner tüberküloz olgularında hastalık immün süpresyon durumlarında aktivasyon gösterebilir veya hematojen yolla yaygın tüberküloz apselerine neden olabilir. Olgumuzda da İTP tanısı konduktan sonra yüksek doz sistemik kortikosteroid kullanımını takiben yaygın fluktuasyon veren subkutan apseler ortaya çıkmıştı. Tüberküloz hastalığının yaygın olarak görüldüğü bölgelerde sistemik immün süpresyon yapan ilaçlar kullanıldığında tüberküloz aktivasyonu hatırlanmalıdır.

### KAYNAKLAR

1. Tappeiner G, Wolf K. Tuberculosis and other mycobacterial infections. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, et al, eds. *Dermatology in general medicine*. 4<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill, 2370-91, 1993.
2. Farina MC, Gegundez MI, Pique E, et al. Cutaneous tuberculosis: a clinical, histopathologic, and bacteriologic study. *J Am Acad Dermatol*, 1995; 33:433-40.
3. Davidson PT, Horowitz I. Skeletal tuberculosis. A review with patient presentations and discussion. *Am J Med*, 1970; 48:77-84.
4. Fanning A. Tuberculosis: Extrapulmonary disease. *CMAJ*, 1999; 160:1597-603.
5. Watts HG, Lifeso RM. Tuberculosis of bones and joints. *Bone Joint Surg Am*, 1996; 78:288-98.
6. Iseman MB. *A clinician's guide to tuberculosis*. Philadelphia:Lippincott, Williams & Wilkins p, 162, 2000.
7. Grosskopf I, David AB, Charach G, Hochman I. Bone and joint tuberculosis - a 10-year review. *Isr J Med Sci*, 1994; 30:278-83.
8. Bell GR, Stearns KL, Bonutti PM, Boumphrey FR. MRI diagnosis of tuberculous vertebral osteomyelitis. *Spine*, 1990; 15:462-5.
9. Kim NH, Lee HM, Sub JH. Magnetic resonance imaging for the diagnosis of tuberculous spondylitis. *Spine*, 1994; 19:2451-5.

*Cilt:31, Sayı:3, (66-68)*

10. Kramer N, Rosenstein ED. Rheumatologic manifestations of tuberculosis. *Bull Rheum Dis*, 1997; 46:5-8.

11. Canadian Thoracic Society. Canadian tuberculosis standards. 5th ed. Ottawa: Health Canada, p. 4. Cat no H49-146/2000E, 2000.

