

---

# Deri-Yumuşak Doku Tutulumu ve Apselele Seyreden Dissemine Tüberküloz Olgusu

Ayşe ERBAY\*, Hürrem BODUR\*, Mustafa Aydın ÇEVİK\*, Aydın YILMAZ\*\*

\* Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği,  
\*\* Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Merkezi, ANKARA

## ÖZET

Psoas apsesi ve deri-yumuşak doku tutulumu, tüberkülozun nadir görülen formlarıdır. Yirmidokuz yaşında erkek hasta, vücudunda şişlikler ve ateş şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede, farklı bölgelerde lenfadenopatiler ve lomber bölgede fluktuasyon veren, hiperemik, ısı artışı olan apse oluşumu mevcuttu. Tomografik incelemede batın içinde çok sayıda lenfadenopati ve iliopsoas kası içerisinde apse ile uyumlu görünüm izlendi. Sol inguinal lenf nodu eksizyonel biyopsisi, histopatolojik incelemesi tüberküloz ile uyumlu kronik granülomatoz lenfadenit olarak tanımlandı. Yapılan spesifik kültürde, *Mycobacterium tuberculosis* üredi. Rifampin, izoniazid, pirazinamid ve etambutol olmak üzere antitüberküloz tedavi başlandı. Tedavi sonrası lezyonlar geriledi ve yeni lezyon oluşmadı.

**Anahtar Kelimeler:** Tüberküloz, psoas apsesi, yumuşak doku tutulumu, lenfadenit.

## SUMMARY

### *A Case of Disseminated Tuberculosis with Skin-Soft Tissue Involvement and Abscess*

Psoas abscess and skin-soft tissue involvement are rarely seen manifestations of tuberculosis. 29 years old male patient attended with the complaints of swellings in different areas on the body and fever. Physical examination revealed lymphadenopathies in different sites of body and an abscess formation with fluctuation, hyperemia in lomber region. Computed tomography scanning showed multiple lymphadenopathies in abdomen and abscess formation in iliopsoas muscle. Histological examination of left inguinal lymph node defined as chronic granulomatous lymphadenitis. In culture *Mycobacterium tuberculosis* was isolated. Antituberculosis therapy including rifampicin, INH, pyrazinamide and ethambutol were administered. After the therapy the lesions regressed and no new lesions observed.

**Key Words:** Tuberculosis, psoas abscess, soft tissue involvement, lymphadenitis.

*Mycobacterium tuberculosis*, her doku ve organa yerleşerek hastalık oluşturabilir. Sıklıkla akciğer ve plevrayı tutmakla birlikte, ekstrapulmoner tüberküloz formunda da seyredebilir. Nadi-

ren yumuşak doku ve deriyi tutarak çok değişik klinik belirtilere yol açabilir (1). Yumuşak doku tüberkülozu tüm tüberküloz tipleri içinde en az görülenidir, tüberküloz apseleri soğuk apse ola-

rak adlandırılır ve “dolor-color” bulguları göstermez. Tüberkülozun neden olduğu yumuşak doku lezyonlarının diğer bakteriyel infeksiyonlardan, apselerden kesin ayırıcı tanısı ancak bakteriyolojik olarak mümkündür (2). Bu yazıda yumuşak doku, deri, lenf nodu tutulumu ve psoas apsesi ile seyreden bir olgu sunulmuştur.

### OLGU SUNUMU

Yirmidokuz yaşında erkek hasta, vücudunda akıntılı şişlik şikayeti ile başvurdu. Öyküsünde 1.5 yıl önce ilk olarak boyunda şişlik geliştiği, fistülize olduğu ve bunu takiben farklı vücut bölgelerinde şişlikler oluştuğu, bu şişlikler için çeşitli antibiyotik tedavileri uygulandığı, ancak yanıt alınmadığı, şişliklerin oluştuğu dönemlerde ateş şikayeti de olduğu, gece terlemesi ve kilo kaybı yakınması bulunmadığı yer almaktaydı. Gece terlemesi ve kilo kaybı yakınması yoktu.

Fizik incelemede ateş 37.4°C, karaciğer midklaviküler hatta kosta yayını 1 cm, dalak 8 cm geçmekteydi. Sağda skrotumda şişlik ve kızarıklık mevcuttu. Sağ aksiller fossada 1 x 1 cm, sağ inguinalde 1.5 x 1 cm boyutlarında sert, hareketli lenfadenopati saptandı. Boyun posterior servikal alt ve üst kesimde yara iyileşmesine sekonder skar dokusu, sol sternum medialinde, bacaklarda, gövdede, kollarda, el sırtında krutlu, hiperekimik lezyonlar mevcuttu (Resim 1). Lomber bölgede fluktuasyon veren, hiperemik, ısı artışı olan apse oluşumu izlendi (Resim 2).

Laboratuvar incelemede; lökosit 5700/mm<sup>3</sup> (%82 segment, %10 lenfosit, %8 monosit), hemoglobin 11 g/dL, sedimentasyon hızı 81 mm/saat, C-reaktif protein (CRP) 85.7 mg/L saptandı. Kan biyokimyasal değerleri normal sınırlardaydı. C3-C4, IgG, IgM, IgA normal düzeylerdeydi. Antinükleer antikor ve anti-dsDNA negatif bulundu. Ponksiyonla alınan apse materyalinden yapılan incelemede bol lökosit (%90 parçalı) izlendi, “Erich Ziehl Neelsen” aside dirençli boyama yöntemi ile incelemede asidorezistan mikroorganizma görülmedi. Apse materyalinin aerobik ve anaerobik kültürlerinde üreme olmadı. Kan kültürlerinde üreme olmadı.

PA akciğer grafisi normaldi. El ve lomber vertebra grafileri normal olarak değerlendirildi. Abdo-

minal ultrasonografide hepatosplenomegali, çölyak alanda 1.5 cm, paraaortik alanda 2 x 1 ve 5 x 4 cm boyutlarında lenfadenopati izlendi. Hastaya uygulanan PPD 18 mm olarak ölçüldü. Toraks ve batin bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde; sağ akciğer üst lob posterior segmentte en büyüğü 14 x 20 mm boyutunda olmak üzere subplevral ve parankimal nodüller, sol akciğer alt lob lateral segmentte 6 mm çapında nodül; sağ aksiller 16 ve 9 mm çaplarında lenf nodları, paratrakeal alanda en büyüğü 11 mm çapta olmak üzere lenf nodları, paraaortik en büyüğü 16 mm çapında olmak üzere büyümüş lenf nodları, sol iliak 14 mm çapında lenf nodları, sağ inguinal santrali nekroze 22 x 31 mm boyutlarında ve sol inguinalde 8 mm çapında lenf nodları, gluteal bölgede solda cilt-cilt altından sol multifidus kasına doğru uzanım gösteren 43 x 72 mm çapında, sol inguinal bölgede iliopsoas kası içerisinde 11 x 20 mm çapında apse ile uyumlu görünüm izlendi.

Karaciğer biyopsisinde, hepatositlerde hafif hidropik dejenerasyon ve safra stazı ile Kupffer hücrelerinde proliferasyon mevcuttu.

Sol inguinal lenf nodu eksizyonel biyopsisinin histopatolojik incelemesinde epiteloid histiositler ve arada multinükleer Langhans tipi dev hücrelerinin oluşturduğu granülomlar ve geniş kazeifikasyon nekrozu görünümü, tüberküloz ile uyumlu kronik granülomatoz lenfadenit olarak tanımlandı.

Lenf nodu biyopsisinin tüberkülozla uyumlu olması üzerine rifampin, izoniazid, pirazinamid ve etambutol olmak üzere 4'lü antitüberküloz tedavisi başlandı.

İnguinal lenf nodundan yapılan spesifik kültürde *M. tuberculosis* üredi.

Tedavinin 1. ayı tamamlandığında; hastanın lomber bölgedeki apsesinin kaybolduğu ve yeni lezyon oluşmadığı izlendi. Takiplerinde ateş yüksekliği saptanmadı. Laboratuvar incelemede sedimentasyon hızı 57 mm/saat'e, CRP 15.3 mg/L'ye geriledi. Kontrol BT incelemesinde lenf nodlarının boyut ve sayılarında belirgin azalma ve multifidus ve iliopsoas kası içindeki apse görünümünün kaybolduğu izlendi.



Resim 1. Deride izlenen lezyonlar ve tedavi sonrası görünüşleri.

### TARTIŞMA

Tüberküloz lenfadenit, ekstrapulmoner tüberkülozun en sık görülen şeklidir, hematojen veya direkt yayılımla ortaya çıkmaktadır. En sık servikal lenf nodlarını tutar. Servikal ve supraklaviküler alan dışında lenfadenopati olması genellikle sistemik bulgularla seyreden daha ciddi tüberkülozda izlenir. Sert, ağrısız, sıklıkla birden fazla sayıda ve deriye fistülize olan kitleler şeklindedir (sükrofüloderma). PPD sıklıkla pozitifdir (1,3).

Ekstrapulmoner tüberkülozun akciğer tüberkülozu ile birlikte bulunma oranı %60 olarak bildirilmektedir (3). Olgumuzda ekstrapulmoner bulgulara akciğer tüberkülozu eşlik etmemekteydi.

Deri tüberkülozu genellikle *M. tuberculosis* tarafından, daha az olarak da nontüberküloz mikobakteriler, atipik mikobakteriler tarafından oluşturulmaktadır. Tüberküloza bağlı deri tutulumu eritema induratum ve papülonekrotik tüberkü-

lidleri içerir. Deri tutulumunda hematojen ve komşu dokulara yayılım olabilir (lenfadenit, sükrofüloderma, osteomyelit veya epididimit gibi) (4).

Tüberküloz apseleri, tüberküloz odağından basilin hemotojen yayılımı ile oluşur. Klinik olarak tek ya da çok sayıda eritemli, ağrısız, subkütan nodüller gelişir ve daha sonra bunlar yumuşayıp açılarak ülserler ve sinüsler gelişir. Yumuşak doku tüberkülozu en az görülen tüberküloz tipidir (5). Yumuşak doku lokalizasyonunda tüberküloz görülmesi nadirdir ve erken tanı için dikkat gerektirir (5,6). Yumuşak doku tutulumu ile seyreden tüberküloz olgularını bildiren en geniş seri 11 olgudan oluşmaktadır ve hastalarda kollajen vasküler hastalık, böbrek transplantasyonu, immünsüpresif tedavi ve travma öyküsü gibi altta yatan hastalıklar bulunduğu belirtilmektedir (6). Olgumuzda immünsüpresyon oluşturacak bir hastalık ve travma öyküsü bulunmamaktaydı.



Resim 2. Lomber bölgede izlenen apse oluşumu ve tedavi sonrası görünüm.

Tüberküloz apseleri klasik olarak soğuk apse olarak adlandırılır ve “dolor-color” bulguları göstermez (1). Olgumuzda izlenen apseler klinik olarak sıcak apse özelliğinde olmasına rağmen, tekrarlayan aerobik ve anaerobik kültürlerde herhangi bir mikroorganizma izole edilmemiş, nonspesifik antibiyotik tedavisine yanıt alınamamış, spesifik kültürde *M. tuberculosis* üremesi ile tanı konulmuştur.

Tüberküloza bağlı yumuşak doku apseleri, kemik tutulumu olmaksızın nadir görülür (7). Olgumuzda, kemik tutulumu olmaksızın multipl yumuşak doku apsesi mevcuttu.

Tüberküloza bağlı psoas kası apsesi nadir görülmektedir (8). Tavusbay ve arkadaşları, ekstrapulmoner tüberküloz saptadıkları olgularda psoas kası apselerini %3.3 olarak bildirmektedirler (9). Uğtur ve arkadaşlarının serisinde ise tüberküloz lenfadenit %24 olarak saptanmıştır (10).

Tüberkülozun kesin tanısı, basilin gösterilmesi ya da kültürde üretilmesi ile mümkündür. Alınan materyallerden yapılan yaymanın mikroskopik incelemesi ile pulmoner tüberkülozun %50-90’ı, ekstrapulmoner tüberkülozun %25’i saptanabilmektedir (11). Spesifik histolojik bulgular *M. tuberculosis* dışındaki mikobakterilere ve mantarlara da bağlı olabileceğinden, tanı için biyopsi ve kültür yapılması gereklidir (1,3). Olgumuzda tanı, lenf nodu biyopsisinin tüberküloz ile uyumlu kronik granülomatoz lenfadenit olarak tanımlanması ve yapılan spesifik kültürde *M. tuberculosis* üremesi ile konuldu.

Tedavide, izoniazid ve rifampinin ilk 2 ay pirazinamidle birlikte olmak üzere 6 ay kullanılmasının yeterli olduğu bildirilmektedir (1). Ancak ülkemizde çoklu ilaç dirençli tüberküloz oranı %5.8 olarak bildirilmekte ve bu nedenle hastalara 4’lü tedavi başlanması ve streptomisin yerine

etambutol kullanılması önerilmektedir (12-15). Olgumuzda dissemine seyir nedeniyle, 9 aylık antitüberküloz tedavi planlanmış ve tedavi sonrası lezyonlar gerilemiş ve yeni lezyon oluşmamıştır.

Sonuç olarak; ülkemizde tüberkülozun yaygın bir hastalık olduğu, deri ve yumuşak doku tutulumu, lenfadenopati ve apselerle seyredebileceği gözönüne alınarak, etyolojisi saptanamayan yumuşak doku enfeksiyonu ve apselerin ayırıcı tanısında ekstrapulmoner tüberkülozun düşünülmesi gerektiği görüşüne varılmıştır.

### KAYNAKLAR

1. Haas DW. Mycobacterial diseases: Mycobacterium tuberculosis. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (eds). Principles and Practice of Infectious Diseases. 5<sup>th</sup> ed. Pennsylvania: Churchill Livingstone, 2000: 2576-607.
2. Ertürk A, Arıkan S, Arslantaş N, Öğretensoy M. Yumuşak doku tutulumu gösteren bir dissemine tüberküloz olgusu. Solunum Hastalıkları 1998; 9: 511-7.
3. Kundakçı N, Taşpınar A. Lepa ve diğer mikobakteriyel deri enfeksiyonları: Deri tüberkülozları. Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M (editörler). Enfeksiyon Hastalıkları. Nobel Tıp Kitabevleri, 1996: 803-17.
4. Ertürk A, Arıkan S, Öğretensoy M. Deri tüberkülozu: İki farklı görünüm. Tüberküloz ve Toraks 1999; 47: 352-6.
5. Hugosson C, Nyman RS, Brismar J, et al. Imaging of tuberculosis. V. Peripheral osteoarticular and soft tissue tuberculosis. Acta Radiol 1996; 37: 512-6.
6. Puttick MP, Stein HB, Chan RM, et al. Soft tissue tuberculosis: A series of 11 cases. J Rheumatol 1995; 22: 1321-5.
7. Abdelwahab IF, Kenan S, Hermann G, Klein MJ. Tuberculous gluteal abscess without bone involvement. Skeletal Radiol 1998; 27: 36-9.
8. Harrigan RA, Kauffman FH, Love MB. Tuberculous psoas abscess. J Emerg Med 1995; 13: 493-8.
9. Tavusbay N, Aksel N, Çakan A ve ark. Ekstrapulmoner tüberküloz olgularımız. Solunum Hastalıkları 2000; 11: 294-8.
10. Uğtur YŞ, Öztıp A, Oğuz V, Çakmak R. 50 ekstrapulmoner tüberküloz olgusu. Solunum Hastalıkları 1999; 10: 362-6.
11. Gupta A, Sharma SK, Pande JN. Diagnostic methods for tuberculosis. Indian J Chest Dis Allied Sci 1993; 35: 63-84.
12. Tahaoğlu K, Torun T, Sevim T, et al. The treatment of multidrug-resistant tuberculosis in Turkey. N Engl J Med 2001; 345: 170-4.
13. Tahaoğlu K, Kızkin O, Karagöz T, et al. High initial and acquired drug resistance in pulmonary tuberculosis in Turkey. Tuber Lung Dis 1994; 75: 324-8.
14. Bengisun JS, Karnak D, Palabiyikoğlu I, et al. Mycobacterium tuberculosis drug resistance in Turkey, 1976-97. Scand J Infect Dis 2000; 32: 507-10.
15. The WHO/IUATLD global project on antituberculosis in the world. Report No: 2 Prevalence and Trends. Communicable diseases World Health Organization WHO/CDS/TB/2000. 278.

### Yazışma Adresi:

Dr. Hürrem BODUR

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

2. İnfeksiyon Hastalıkları ve

Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

Samancıpazarı, ANKARA