
Meme tüberkülozlu iki kız kardeş

Belma AKBABA, Ateş BARAN, Murat YALÇINSOY, Sinem GÜNGÖR, Esen AKKAYA

Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

ÖZET

Meme tüberkülozlu iki kız kardeş

Meme tüberkülozu, akciğer dışı organ tüberkülozunun nadir görülen bir formudur. Bu çalışmada, meme tüberkülozu saptanan ve diğer kardeşlerinde de akciğer tüberkülozu öyküsü olan iki kız kardeş sunulmuş, ülkemizde yayınlanan benzer meme tüberkülozu olguları değerlendirilerek meme tüberkülozu irdelenmiştir. Öykülerinde memede kitle, büyüme, ağrı ve akıntı yakınmaları olan olguların (26/K, 27/K) ultrasonografi (USG) incelemeleri "Fibrotik mastopati ve inflamasyon lehine" olarak raporlandı. Eksizyonel biyopsi ile meme tüberkülozu tanısı alan hastalar HRZE ile tedaviye alındı. Beraberinde akciğer tüberkülozu olan birinci olgumuzda antitüberküloz tedavi sonrası memedeki lezyonda tam rezolüsyon sağlandı. İzole meme tüberkülozu olan ikinci olgumuzdaki lezyonda belirgin iyileşme mevcuttur. Olgularımız halen takip altında olup yakınmasızdır. Sonuç olarak; tüberküloz infeksiyonunun sık görüldüğü toplumlarda, meme hastalıklarının ayırıcı tanısında meme tüberkülozu da yer almalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ekstrapulmoner tüberküloz, meme hastalıkları, meme tüberkülozu.

SUMMARY

Two sisters with breast tuberculosis

Belma AKBABA, Ateş BARAN, Murat YALÇINSOY, Sinem GÜNGÖR, Esen AKKAYA

Süreyyapaşa Chest Disease and Chest Surgery Training and Research Hospital, İstanbul, Turkey.

Breast tuberculosis is a rare form of extrapulmonary tuberculosis. Two sisters diagnosed with mammary tuberculosis and having a family history concerning pulmonary tuberculosis in other siblings were presented in this study; and thereby breast tuberculosis was discussed by evaluating similar cases of breast tuberculosis published in our country. The ultrasonography examinations of the cases (26/F, 27/F) with history of mass, enlargement, pain and discharge complaints were re-

Yazışma Adresi (Address for Correspondence):

Dr. Belma AKBABA, Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
İSTANBUL - TÜRKİYE

e-mail: belmaakbaba@hotmail.com

ported as being consistent with fibrotic mastopathy and inflammation. Patients having the diagnosis of breast tuberculosis after the excisional biopsy were undergone HRZE treatment. After the antituberculosis regimen, a complete resolution of the lesion in the breast was observed in our first case which had concurrent pulmonary tuberculosis. The lesion of our second subject who had isolated mammary tuberculosis showed marked improvement. Our cases are still being followed up without any complaints. In conclusion, breast tuberculosis should become a part of differential diagnosis of breast diseases in populations with high incidence of tuberculosis as our country.

Key Words: Extrapulmonary tuberculosis, breast disease, breast tuberculosis.

İlk kez 1829 yılında Sir Astley Cooper tarafından tanımlanan meme tüberkülozu, akciğer dışı organ tüberkülozunun nadir görülen bir formudur. Gelişmekte olan ülkelerde daha sık olarak karşımıza çıkmaktadır (1). Tüm meme hastalıkları içerisindeki insidansı %0.1 iken, gelişmekte olan ülkelerde cerrahi olarak tedavi edilen meme hastalıklarının yaklaşık %3'ünü oluşturmaktadır (2). Ülkemizde de nadir görülmekle birlikte, zaman zaman yapılan çalışmalar olgu sunumları şeklinde yayınlanmaktadır (3-11) (Tablo 1).

Bu çalışmada, meme tüberkülozunun nadir görülmesi nedeniyle, 2000-2004 yılları arasında Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları Merkezi'nde izlenen iki olgu değerlendirildi.

OLGU SUNUMLARI

Olgu 1

H.P., 26 yaşında üç doğum yapmış kadın hasta, son doğumunu altı yıl önce gerçekleştirmiş. İki aydır sağ memede yaklaşık 2 cm boyutunda,

Tablo 1. Ülkemizde yapılan meme tüberkülozu olgu sunumları (3-11)

	Çalışma sonuçlarımız				Çalışma sonuçlarımız		
	Sayı	%			Sayı	%	
Toplam olgu sayısı	29	100	2	Ön tanı			
Cinsiyet				Malignite	8	27.59	1
Kadın	28	96.55	2	Apse	4	13.79	1
Erkek	1	3.45	0	Tüberküloz	4	13.79	-
Lokalizasyon				Kistik mastopati	3	10.34	-
Sağ	8	27.59	2	Bilinmeyen	10	34.48	-
Sol	11	37.93	-	Başka odakta tüberküloz			
Bilateral	1	3.45	-	Yok	16	55.17	1
Bilinmeyen	9	31.03	-	Akciğer tüberkülozu	5	17.24	1
Yaş ortalaması*	37.53 (16-60)		26.5	Tüberküloz lenfadenit	2	6.90	-
Muayene bulgusu**				Odak var, yer?	3	10.34	-
Kitle	14	48.28	1	Bilinmeyen	3	10.34	-
Apse	7	24.14	1	Tanı metodu***			
Aksiller lap	5	17.24	-	Eksizyonel biyopsi	27	93.10	2
Bilinmeyen	8	27.59	-	İnsizyonel biyopsi	2	6.90	-
				Tedavi metodu****			
				Antitüberküloz tedavi	29	100	2
				Apse drenajı	3	10.34	1
				Simple mastektomi	2	6.90	-

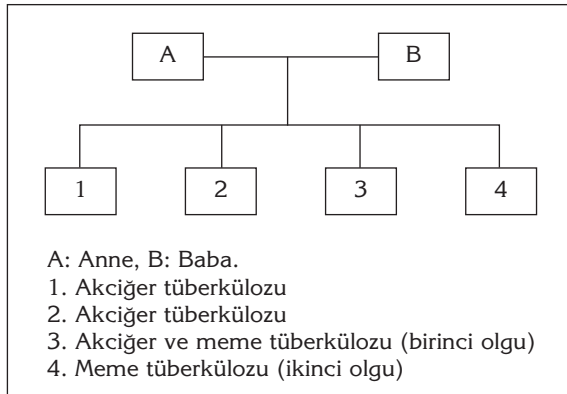
* Yaşı bilinmeyen 12 hasta dikkate alınmamıştır.

** Bir hastada birden fazla muayene bulgusuna rastlanmıştır.

*** Erkek olguda eksizyonel biyopsinin yanı sıra meme akıntısında da ARB pozitifliği görülmüştür.

**** Antitüberküloz tedavinin yanı sıra beş olguda yardımcı cerrahi tedaviler de uygulanmıştır.

sert, ağrısız kitle ve öksürük, halsizlik, terleme yakınmaları nedeniyle gittiği merkezde sağ memedeki kitleden yapılan eksizyonel biyopsi sonucu “granülomatöz mastit” olarak raporlanması üzerine tüberküloz mastit? ön tanısı ile merkezimize sevk edildi. Özgeçmişinde iki kız kardeşinde (toplam dört kardeş) akciğer tüberkülozu öyküsü olan hastanın merkezimizde yapılan fizik muayenesinde sağ meme üst dış kadranda kitle, eritem, akıntılı apse formasyonu dışında bir özellik saptanmadı (Şekil 1). Biyopsi öncesi yapılan bilateral mamografi ve ultrasonografi (USG) tetkiki “Fibrokistik mastopati, sağ meme üst dış kadranda distorsiyona uğramış, fibrotik dokudan zengin yumuşak doku komponenti” olarak raporlandı. Hastaya öncelikle insizyonel, akıntının devam etmesi üzerine eksizyonel biyopsi ve drenaj uygulandı. Rutin tetkiklerinde, PPD: 20 mm, sedimentasyon: 110 mm/saat, AST: 76, balgamda üç kez, meme akıntısından alınan yaymada bir kez ARB negatif bulundu, takip eden aylarda kültürde üreme olmadı. Diğer tetkiklerinde patoloji saptanmadı. PA akciğer grafisi ve sonrasında çekilen toraks bilgisayarlı tomografi (BT)’de sağ akciğerde apikal segmentte nodüler lezyon ve çevresinde parankimal infiltrasyon tespit edilen hastaya akciğer ve meme tüberkülozu tanısı ile antitüberküloz tedavi olarak izoniazid 300 mg, rifampisin 600 mg, pirazinamid 1500 mg, etambutol 1500 mg oral olarak başlandı. Yapılan kontrollerinde başlangıçta alınan balgamda kültür pozitifliği saptandı. Tedavisi bir yıla tamamlanan hastanın sağ akciğer apikal segmentteki lezyonu sekel görünümde devam etmekte olup, memedeki lezyonda tam rezolüsyon sağlanmıştır.



Şekil 1. Olguların aile soy ağacı.

Olgu 2

T.A., 27 yaşında iki doğum yapmış kadın hasta, son doğumunu dört yıl önce gerçekleştirmiş. Yirmi gündür sağ memede büyüme, ağrı ve her iki bacağına çok sayıda ağrılı, üzeri eritemli şişlik yakınmaları mevcut olup, medikal tedavi ile yakınmaları geçmeyince başvurduğu merkezde apsededen insizyonel biyopsi yapılmış. Biyopsi patolojisi “granülomatöz mastit” olarak raporlanan hasta ileri tetkik ve tedavi için sevkle yatırıldı. Özgeçmişinde iki kız kardeşinde akciğer tüberkülozu, bir kız kardeşinde akciğer ve meme tüberkülozu öyküsü olan hastanın merkezimizde yapılan fizik muayenesinde, sağ meme üst dış kadranda üzeri eritemli, hafif ağrılı, 3-4 cm boyutlarında, sert, akıntılı apse formasyonu palpe edildi. Meme başından ve apsededen yoğun yeşil renkli akıntı gelmekteydi. Diğer fizik muayene bulguları normaldi. Biyopsi öncesi yapılan mamografi ve Doppler USG’de, sağ meme retromamiller alan ve üst dış kadranda parankim içerisinde yaygın heterojenite, vaskülarite artışı ve lineer tarzda sıvı alanları inflamasyon lehine olarak raporlandı. Hastanın rutin tetkiklerinde, sedimentasyon: 100 mm/saat, PPD: 21 mm, balgamda üç kez ve meme akıntısından alınan yaymada bir kez ARB negatif bulunmuş olup, takip eden aylarda kültürlerinde de üreme olmamıştır. PA akciğer grafisinde sol hiler dolgunluk dışında patoloji saptanmamıştır. Kronik öksürük ve zaman zaman olan nefes darlığı yakınması da olan hastaya sarkoidoz ayırıcı tanısı amacıyla toraks BT, yüksek rezolüsyonlu BT ve Ga sintigrafisi tetkikleri yapıldı. Tetkiklerde patolojik bir bulguya rastlanmadı. Nonspesifik tedaviyle yakınmaları düzeldi. Bacaklarında bulunan nodüler lezyonlar nedeniyle dermatoloji konsültasyonu istenen hastada klinik olarak eritema nodozum düşünülerek semptomatik tedavi önerildi. Hastaya anti-tüberküloz tedavi olarak izoniazid 300 mg, rifampisin 600 mg, pirazinamid 1500 mg, etambutol 1500 mg oral olarak başlandı. İkinci ayın sonunda pirazinamid ve etambutol kesilerek izoniazid ve rifampisin ile tedaviye devam edildi. İkinci ayından itibaren memedeki akıntısı kesilip ödemi azaldı. Halen tedavinin 10. ayında olan hastada lezyonda belirgin iyileşme mevcut olup, takipleri devam etmektedir.

TARTIŞMA

Meme tüberkülozu, sıklıkla 20-40 yaş grubu ve genellikle doğurgan kadınlarda görülen nadir bir infeksiyon hastalığıdır (3,12). Genellikle tek taraflıdır, nadiren ileri yaş erkeklerde ve prepubertal kadınlarda da görülebilir (11,12). Hamilelik ve laktasyon dönemi koşullarının memeyi tüberküloza hassas hale getirdiği savunulmaktadır (2). Bizim iki olgumuz da bu yaş grubunda doğurgan kadınlar olup, lezyonları tek taraflı ve sağ meme üst dış kadranda idi. Meme tüberkülozunda etken sıklıkla *Mycobacterium bovis*'tir. Akciğer tüberkülozlu olgularda meme tüberkülozu oranı çok düşük iken, meme tüberkülozlu olgularda %60 oranında meme dışı organ tüberkülozu saptanmaktadır. Bu olgular "sekonder meme tüberkülozu" olarak tanımlanır. Memeye basil hematojen yol, komşuluk yolu ve daha sıklıkla retrograd lenfatik yolla gelir. Buna karşın %0-50 olgu, meme dışı tüberküloz odağı saptanmadığı için "primer meme tüberkülozu" başlığı altında toplanmıştır. Bu hastalarda infeksiyonun bulaşma yolu hematojen yayılım veya infekte materyalle temas sonrası direkt bulaşmadır. Sekonder form daha sık görülür (2,3,12,13). Bizim birinci olgumuz beraberinde akciğer tüberkülozu olması nedeniyle sekonder form olarak tanımlanmıştır. Diğer olgumuz, başka bir organda tüberküloz saptanmayarak primer form (izole meme tüberkülozu) olarak değerlendirilmekle birlikte, ailedeki üç kız kardeşte akciğer tüberkülozu olması tanımlayamadığımız başka bir odağı da akla getirmektedir. Meme tüberkülozu tanısı, basilin mikrobiyolojik olarak gösterilmesi ve/veya histopatolojik olarak nekrozlu granülomatöz iltihabın gösterilmesiyle konur. Ancak basilin izolasyonu zordur. Yapılan çeşitli çalışmalarda meme biyopsi materyalinde ARB pozitifliği %12-25'e varan oranlarda bildirilmektedir (2,14). Ataseven ve arkadaşları meme tüberkülozlu hastalarının hiçbirinde basili gösterememişlerdir (3). Bizim her iki olgumuzda memeden alınan materyalin direkt yayma ve kültürü negatif olarak bulunmuştur.

Tüberküloz mastit; epitelooid granülomlar, langhans dev hücreleri ve lenfositik agregatların sitolojik olarak gösterilmesiyle teşhis edilebilir. Kakker, kazeöz nekroz ve epitelooid hücrelerin

görüldüğü ince iğne aspirasyon biyopsisi ile hastaların %73'üne tüberküloz teşhisi koymuştur (15). Başka bir çalışmada, yumuşak nodülaritesi olan hastaların %100'üne ince iğne aspirasyon biyopsisi ile teşhis koyulduğu belirtilmektedir (2). Bizim iki olgumuzda da eksizyonel biyopsi ile histolojik tanıya gidilmiştir. Yine başka bir çalışmada; meme tüberkülozunun tanı ve ayırıcı tanısının yapılmasında insizyonel biyopsinin yeterli olacağı, meme apsesi ve 4 cm'den büyük kitlelerde yapılan eksizyonel biyopsinin fazla miktarda meme dokusu kaybına yol açacağından, özellikle genç hastalarda psikolojik ve estetik sorunlar yaratabileceği belirtilmiştir (6). Meme tüberkülozunda ayırıcı tanı; özellikle meme kanseri olmak üzere, piyojenik meme apsesi, oldukça seyrek görülen aktinomikoz infeksiyonu, fibroadenom, meme kistleri, travmatik yağ nekrozu, sifiliz gomu ile yapılmalıdır. Bazı kontraseptif ilaçların meydana getirebileceği granülomatöz mastitler de ayırıcı tanıda yer almalıdır (2). Bizim olgularımızın doğum kontrol yöntemi olarak rahim içi araç kullanmaları bu olasılığı dışlamıştır. Son yıllarda meme sarkoidozu ile ilgili çalışmalarda da sarkoidoz-tüberküloz ayrımı önem kazanmaktadır (16). Bu nedenle hiler dolgunluk şüphesi olan ikinci olgumuz sarkoidoz açısından incelenmiştir. Bizim her iki olgumuzda da, kitlenin üst dış kadranda lokalize olması, gerek fizik muayene gerek mamografi ile sert, sınırları düzensiz, distorsiyona uğramış kitlenin saptanması ön tanımlar arasına meme kanserinin de girmesine neden olmuştur. Histolojik konfirmasyon olmazsa mamografi ve diğer radyolojik yöntemlerin (BT, MR, USG gibi) tanı değerleri sınırlıdır (2,3). Mamografi ve USG, tüberküloz mastit ile karsinomu her ikisinde de inflamatuvar proses olması nedeniyle ayıramaz (2,8). Mamografide; heterojen dansitede, sınırları düzensiz meme kitlesi, kitle üzerinde lokalize deri kalınlaşması ve dens sinüs traktı görülmesi tüberküloz mastit için güçlü fikir verici olur ama bu bulgular küçük bir hasta grubunda görülebilir (2). Bizim her iki olgumuzda da mamografi ve Doppler USG yapılmış olup tüberküloz lehine yorumlanmamıştır. İkinci olgumuzda mamografi sonrası meme kanseri ön plana alınarak eksizyonel biyopsi yapılmıştır. Meme tüberkülozu te-

davisinin, lezyonun eksizyonu ve daha sonra antitüberküloz ilaçların yeterli süre kullanılması olduğu literatürlerde ortak kanı olarak sunulmaktadır. Soğuk apse aspirasyonu sonrası ve sinüs/kitle eksizyonu sonrası rezidüel durumlarda cerrahi müdahale gerekebilir (1,2). Tedaviye direnç ve nüks görülen olgularda basit mastektomi de gerekebilir (1,3-5). Bizim olgularımızda lezyonlar antitüberküloz tedavi ile gerilemiş olup cerrahi müdahaleye gerek görülmemiştir.

Sonuç olarak; meme tüberkülozu oldukça nadir görülen bir infeksiyon hastalığı olmasına rağmen, kanser ayırıcı tanısında primer form unutulmamalıdır. Toplu yaşam koşulları nedeniyle bulaş yolunun kolay olduğu bizim gibi gelişmekte olan ülkelerde ise sekonder form meme hastalıklarının ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Sharma PK, Babel AL, Yadav SS. Tuberculosis of the breast (study of 7 cases). *J Postgrad Med* 1991; 37: 24-6.
2. Khanna R, Prasanna GV, Gupta P, et al. Mammary tuberculosis: Report on 52 cases. *Postgrad Med J* 2002; 78: 422-4.
3. Ataseven A, Kutaniş R, Çıkmaz H. Meme tüberkülozu. *Bezm-i Alem Valide Sultan Vakıf Gureba Hastanesi Dergisi* 1984; 11: 65.
4. Akkaya E, Karagöz T, Yıldız A. Meme tüberkülozu (3 olgu). *SSK Tepecik Hastanesi Dergisi* 1992; 2: 64-8.
5. Alemdaroğlu K, Şirin F, Cengiz A. Primer meme tüberkülozu. *Cerrahpaşa Tıp Bülteni* 1980; 13: 235.
6. Mihmanlı A, Sevim T, Tuncer L ve ark. Meme tüberkülozu. *Turkish Archives of Surgery* 2000.
7. Gürocak M. Hususiyet gösteren bir meme tüberkülozu münasebetiyle. *Tüberküloz ve Toraks* 1964; 12: 457-62.
8. Yazıcıoğlu S, Coşkunsel M, Coşkunsel N. Meme tüberkülozu. *Tüberküloz ve Toraks* 1979; 27: 206-10.
9. Balbay Ö, Ertürk A, Çalısır H, Öğretensoy M. Primer multidrug rezistan meme tüberkülozu (bir olgu münasebetiyle). *Tüberküloz ve Toraks* 1998; 46(Ek 1): 38-40.
10. Göksoy E. Tuberculosis of the breast. *Eur J Surg* 1999; 161: 471-3.
11. İlker O, Çağlar E, Çamusanı G. Erkeklerde meme tüberkülozu. *Tüberküloz ve Göğüs Hast Derg.* 1989; 37/1-2: 38-41.
12. Harstein M, Leaf HL. Tuberculosis of the breast as a presenting manifestation of AIDS. *Clin Infect Dis* 1992; 15: 692-3.
13. Zandrino F, Monetti F, Candolfo N. Primary tuberculosis of the breast. a case report. *Acta Radiol* 2000; 41: 61-3.
14. Gupta D, Rajwanshi A, Gupta SK, et al. Fine needle aspiration cytology in the diagnosis of tuberculosis mastitis. *Acta Cytol* 1999; 43: 191-4.
15. Kakker S, Kapila K, Singh MK, et al. Tuberculosis of the breast, a cytomorphologic study. *Acta Cytol* 2000; 44: 292-6.
16. Lower EE, Hawkings HH, Baughman RP. Breast disease in sarcoidosis. *Sarkoidosis Vasc Diffuse Lung Dis* 2001; 18: 301-6.