

Memenin primer tüberkülozu

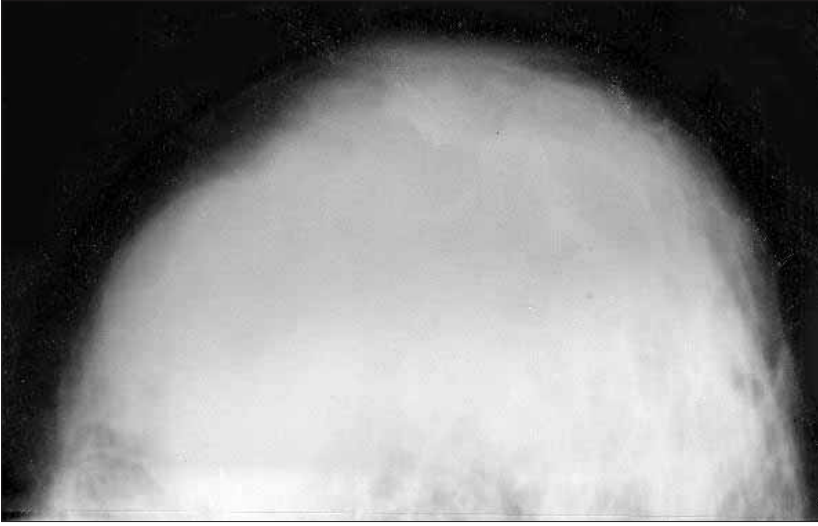
Selim Kervancıoğlu, Reşat Kervancıoğlu, Ayhan Özkur, Akif Şirikçi

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyodiagnostik (S.K. skervancioglu@yahoo.com) Anabilim Dalı, Gaziantep

Meme tüberkülozu oldukça nadir görülür. Başlıca primer ve sekonder form şeklinde sınıflandırılır. Primer formu daha nadirdir (1). Literatürde meme tüberkülozunun radyolojik özellikleri sadece birkaç bildiride sunulmuştur (1-6). Bu bildiride, ender görülen primer meme tüberkülozu olgusunun mamografi, ultrasonografi, renkli Doppler ultrasonografi (RDUS) ve bilgisayarlı tomografi (BT) bulguları sunularak tanısal güçlüğüne vurgulanması amaçlanmıştır.

Olgu bildirisi

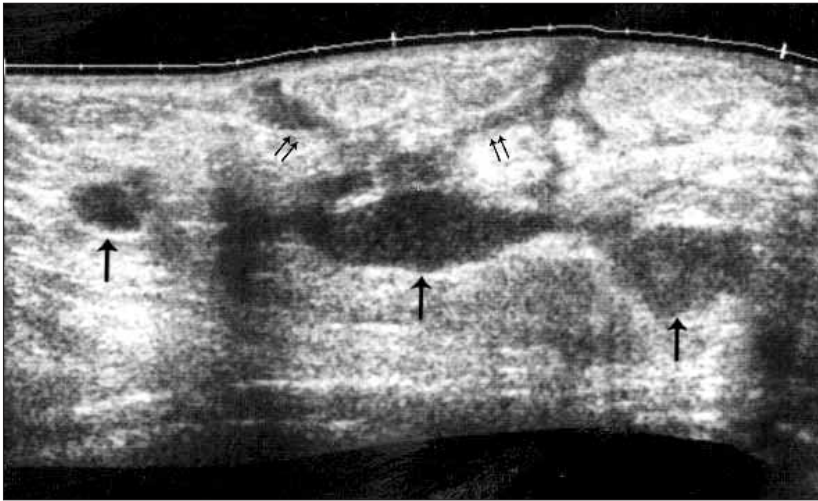
Otuzüç yaşında kadın hasta, 15 gün içerisinde, sağ memede gelişen şişlik, sertlik ve ciltte kızarıklık yakınmaları ile başvurdu. Özgeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenede sağ meme üst dış kadranda, ciltte kızarıklığa ve ödeme neden olan 8-10 cm boyutunda, sert, mobil kitle saptandı. Meme başında çekinti ve akıntı izlenmedi. Laboratuvar bulgularında lökositoz dışında özellik yoktu. Dış merkezde çekilmiş mamografide sağ memede ödem nedeniyle difüz dens görünüm mevcuttu (Şekil 1). Apse ve inflamatuvar karsinom ön tanıları düşünülerek enfeksiyona yönelik antibiyotik tedavisi başlanan olgu, bir hafta sonra kliniğimize olası primer veya sekonder odağın araştırılması amacı ile toraks BT istemi ile geldi. Toraks BT incelemesinde, akciğer parankiminde ve mediastende patolojik bulgu saptanmadı. Sağ meme dokusu içerisinde sınırları net olarak seçilemeyen, lobule yapıda İVKM enjeksiyonu sonrasında heterojen opaklaşma gösteren 10x9.5x5 cm boyutlarında kitle izlendi. Kitleye komşu ciltaltı yağ dokusunda silinme ve ciltte kalınlaşma mevcuttu (Şekil 2). Yapılan ponksiyonda 200 ml pü aspire edildi. Apse ve inflamatuvar karsinom ön tanıları ile insizyonel biyopsi yapıldı. Biyopsi sonucu meme tüberkülozu tanısı kondu. Olgunun 4 aylık anti-tüberküloz tedavisi sonrası kontrolünde, insizyon hattından, birkaç hafta öncesine kadar devam eden aralıklı pü geldiği tarif edildi. Kontrol toraks BT'sinde akciğer parankimi ve mediastende özellik saptanmadı. Ancak memedeki lezyon boyutlarında belirgin küçülme ile birlikte lezyon sayısının birden fazla olduğu tespit edildi. Ultrasonografide birbirleri ile ilişkili multifokal, düzensiz sınırlı, bazılarında arka akustik şiddetlenme izlenen, heterojen hipoeoik lezyonlar ile ciltteki insizyon hattına uzanan fistül saptandı (Şekil 3). Lezyon vaskülaritesinin değerlendirilmesi amacı ile yapılan RDUS'de ise renk modunda lezyonların içerisinde akım saptanmazken artmış çevresel vaskülarizasyon dikkati çekti (Resim 4). Spektral incelemede ise düşük dirençli monofazik akım formu izlendi.



Şekil 1. Mamografide, sağ memede ödem paterni mevcut olup meme ileri derecede difüz dens görünümde.



Şekil 2. Toraks BT kesitinde, sağ meme dokusu içerisinde sınırları net olarak seçilemeyen, lobüle yapıda İVKM enjeksiyonu sonrasında heterojen opaklaşma gösteren 10x9.5x5 cm boyutlarında kitle (oklar) ile komşu ciltaltı yağ dokusunda silinme ve ciltte kalınlaşma izleniyor.



Şekil 3. Dördüncü ayda, ultrasonografide birbirleri ile ilişkili multifokal, düzensiz sınırlı, bazılarında arka akustik şiddetlenme izlenen, heterojen hipoekoik lezyonlar (oklar) ile ciltteki insizyon hattına uzanan fistül (çift ok) izleniyor.

Tartışma

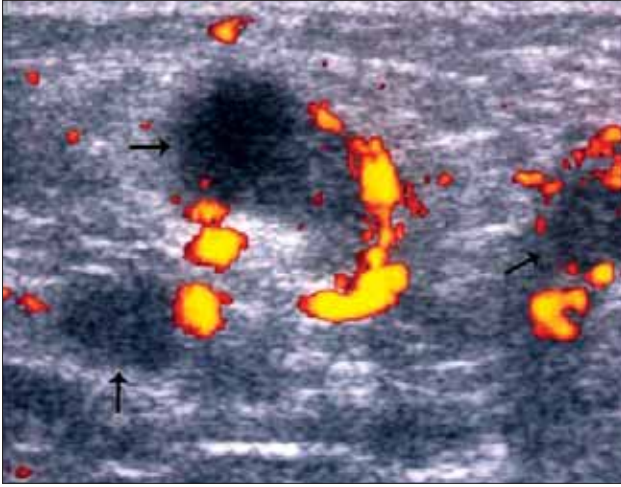
Meme tüberkülozu nadir görülen hastalıklardandır. İnsidansı %0.1-0.52 arasında değişmekle birlikte endemik bölgelerde artmaktadır (7). Başlıca primer ve sekonder form şeklinde sınıflandırılır. Primer form oldukça nadirdir (1). Primer meme tüberkülozunda hastalığın bulunduğu tek yer memedir. Enfeksiyonun yayılımı hematogen veya doğrudan yayılım ile gerçekleşir. Doğrudan yayılım, enfekte materyalin tahriş olmuş deri veya özellikle laktasyon döneminde süt kanalları ile teması sonucu oluşur (1, 8). Sekonder form ise, çok daha sık görülmekte olup olgularda tüberküloz öyküsü mevcuttur. Hematojen, aksiller

lenf nodlarından geri yayılım veya akciğer, plevra, mediasten, kosta, sternum, artiküler lezyonlardan doğrudan yayılım başlıca yayılım yollarını oluşturur (1, 2, 5). Olgumuzda meme tüberkülozu öykü, fizik muayene ve radyolojik incelemeler sonucunda başka bir tüberküloz enfeksiyonu odağı saptanmadığından primer form olarak değerlendirilmiştir.

Mamografide meme tüberkülozunun 3 farklı paterni tanımlanmıştır. a) Bunlardan ilki olan nodüler patern: düzgün sınırlı, ağrısız, yavaş büyüyen lezyonları ifade eder. İleri dönemde deriyi tutarak retraksiyona ve sinüs oluşumuna neden olabilir. İkinci tip olan dissemine patern, deride kalınlaşma

ma ve sinüs oluşumunun bulunduğu, birbiriyle ilişkili çok sayıda fokal lezyonlar şeklindedir. Son olarak sklerotik patern, çoğunlukla yaşlı kadınlarda, yavaş büyüyen dens fibröz doku şeklinde görülür. Çoğunlukla mikrokalsifikasyon ve meme başı çekintisi yoktur (2, 6, 8, 9). Radyolojik bulgulara göre nodüler patern fibroadenom veya karsinom ile dissemine patern inflamatuvar karsinom ile sklerotik patern ise skirroz karsinom ile karışabilir. Olgumuzun mamografi bulguları dissemine patern ile uyumlu idi. Aspirasyonda pü gelmesi nedeniyle ayırıcı tanıda öncelikle apse ve inflamatuvar karsinom düşünüldü.

Tüberküloza bağlı oluşan lezyonun spesifik ultrasonografi bulgusu yoktur. Ultrasonografide heterojen internal ekolar içeren, düzensiz sınırlı, hipoekoik kitle veya bazen internal septa ve posterior akustik şiddetlenme gösteren kalın duvarlı kistik lezyon şeklindedir. Bazı olgularda Cooper ligamentleri ve subkutanöz dokuda kalınlaşma ve fistüller bildirilmiştir (1, 5). Ayrıca lezyonun göğüs duvarı ile ilişkisi de değerlendirilebilir. Olgumuzun takip döneminde yapılan ultrasonografi incelemesinde, birbirleri ile ilişkili, düzensiz sınırlı heterojen hipoekoik, bazıları posterior akustik şiddetlenme gösteren birden fazla fokal



Şekil 4. Dördüncü ayda, RDUS'de lezyonlarda (oklar) çevresel artmış vaskülarizasyon dikkati çekmekte.

lezyon ve cilde uzanan fistül saptanmıştır. Birbirleri ile ilişkili birden fazla lezyonun görülmesi ve fistül oluşumu mammografi paternleri arasında dissemine tipe uymaktadır. Literatürde, meme tüberkülozunun RDUS bulgularından bahsedilmemektedir. Orta kısmı avasküler olan lezyonlarda artmış çevresel vaskülarizasyon, enfektif hadisenin devam ettiğinin göstergesi olarak yorumlanabilir.

BT, primer ve sekonder meme tüberkülozu ayırımında yararlıdır. Özel-

likle derin yerleşimli lezyonların göğüs duvarı ve plevra ile ilişkisinin de-

ğerlendirilmesinde ve akciğer parankim lezyonlarının saptanmasında yardımcıdır (1, 2, 6). Olgumuzun BT'sinde lezyonun göğüs duvarı ile ilişkisinin bulunmadığı görülmüştür. Akciğer parankiminde de primer odak saptanmamıştır.

Sonuç olarak meme tüberkülozu tanısında, tanı için yeterli olmayan mamografik bulgular (dissemine patern) saptandığında, ultrasonografi-RDUS ve BT gibi diğer radyolojik yöntemler oldukça yararlı bilgiler sağlamakta, ancak kesin tanı yine de histopatolojik inceleme ile mümkün olmaktadır. Özellikle tüberkülozun endemik olduğu bölgelerde, tümöral meme lezyonlarının ayırıcı tanısında tüberküloz da düşünülmelidir.

PRIMARY TUBERCULOSIS OF THE BREAST

Primary tuberculosis of the breast is a rare disease. Mammographic, sonographic, and computed tomographic features of a case of primary tuberculosis in the breast are presented. Differential diagnosis with other benign and malignant diseases of the breast can be difficult with imaging methods. In endemic areas, tuberculosis should be considered in the differential diagnosis of breast tumors.

Key words: • tuberculosis • breast • mammography

Diagn Interv Radiol 2005; 11:210-212

Kaynaklar

1. Zandrino F, Monetti F, Gandolfo N. Primary tuberculosis of the breast. A case report. Acta Radiol 2000; 41:61-63.
2. Schnarkowski P, Schmidt D, Kessler M, Reiser MF. Tuberculosis of the breast. US, mammographic, and CT findings. J Comput Assist Tomogr 1994; 18:970-971.
3. Crowe DJ, Helvie MA, Wilson TE. Mammographic and sonographic findings with clinical correlations. Invest Radiol 1995; 30:582-587.
4. Makanjuola D, Murshid K, Al Sulaimani S, Al Saleh M. Mammographic features of breast tuberculosis. The skin bulge and sinus tract sign. Clin Radiol 1996; 51:354-358.
5. Oh KK, Kim JH, Kook SH. Imaging of tuberculous disease involving breast. Eur Radiol 1998; 8:1475-1480.
6. Romero C, Carreira C, Cereceda C, Pinto J, Lopez R, Bolanos F. Mammary tuberculosis: percutaneous treatment of a mammary tuberculous abscess. Eur Radiol 2000; 10:531-533.
7. Hamit HF, Ragsdale TH. Mammary tuberculosis. J R Soc Med 1982; 75:764-765.
8. Hale JA, Peters GN, Cheek JH. Tuberculosis of the breast. Rare but still existent. Review of the literature and report of an additional case. Am J Surg 1985; 150:620-624.
9. Shinde SR, Chandawarkar RY, Deshmukh SP. Tuberculosis of the breast masquerading a carcinoma. A study of 100 patients. World J Surg 1995; 19:379-381.