

Spina Ventoza İle Birlikte Yüzde Soğuk Apse

Peyami Cinaz¹, Necmi Aksaray², Tamer Güvenir¹

Özet: Spina ventoza ve yüzünde soğuk apse olan altı yaşında erkek hasta takdim edildi. İlgili literatür gözden geçirilerek tartışıldı.

Summary: Spina ventosa and cold abscess on the face: A case of spina ventosa (tuberculous dactylitis) and cold abscess on the face in a 6 years old male is presented and discussed. The literature is reviewed.

Giriş

Yüzyıllarca yıl önce öldüren bir hastalık olarak bilinen tüberküloz; günümüzde yalnız tedavi edilebilir değil, önlenemez bir hastalık haline gelmiştir. Gelişmiş ülkelerde tüberküloz savaşında kazanılan başarıların aksine gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Ülkemizde ise tüberküloz önemini korumakta, yakın gelecekte de önemli kalacak görülmektedir. Vakaların çoğunu akciğer tüberkülozu oluşturmaktadır. Son yıllarda akciğer dışı diğer sistemlerde görülen tüberküloz vakaları artmıştır (11, 12). Bunlardan en sık görülenleri adenit, menenjit ve miliyer tipleridir (9, 12). Kemik tüberkülozu seyrek olup, genellikle primer infeksiyon odağından hematogen yayılım sonucu oluşur ve en sık vertebralar tutulur (10). El ve ayağın kısa kemikleri olan metakarp, metatars ve falanksların tutulumu ise oldukça azdır (8, 10). Çekilen grafilerde kemiklerde kistik değişiklikler ve kalınlaşma şeklinde görülen tüberküloz infeksiyonuna özgü tüberküloz daktilit-spina ventoza bulgusu tanı koydurucudur (2).

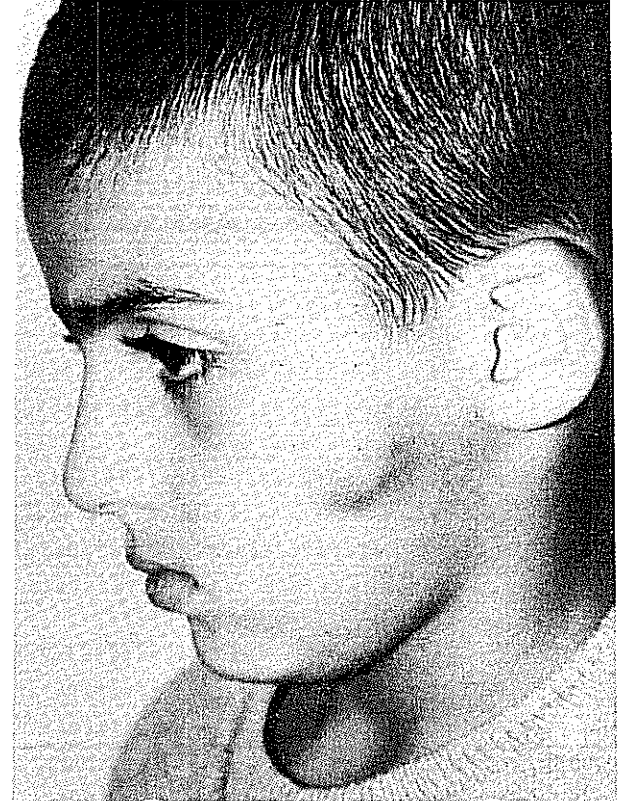
Deri tüberkülozu primer olarak direkt mikroorganizmanın yerleşimi ile ya da başka bir odaktan lenfojen veya hematogen yayılımı sonucu gelişebilir. Bazende ciltte soğuk apse tüberkülozun tek bulgusu olabilir (13).

Bizim vakamızda oldukça nadir görülen spina ventoza ile birlikte yüzde soğuk apsenin olması nedeni ile takdimini uygun gördük.

Vaka Takdimi

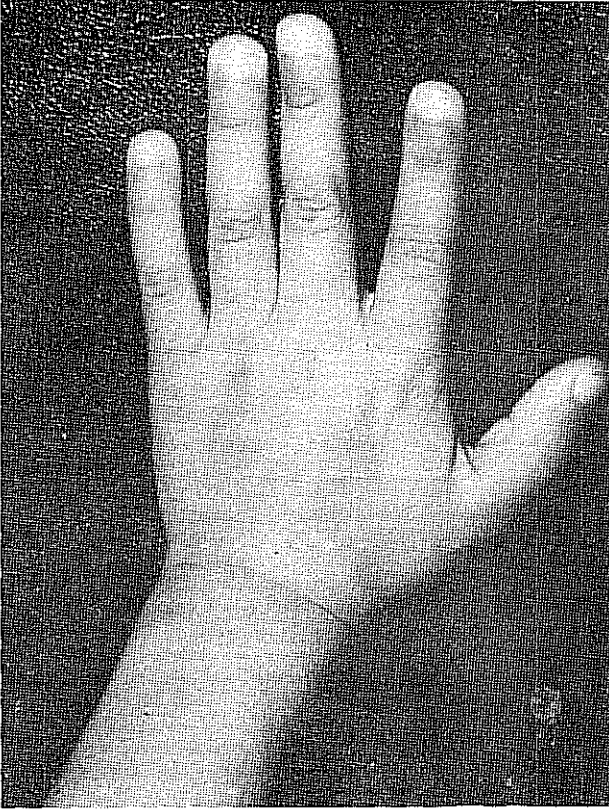
Sosyoekonomik seviyesi düşük bir ailenin çocuğu olan altı yaşındaki erkek hasta 40 gün öncesi sol elinde ve yüzünde bir iki gün içinde gelişen şişlik şikayeti ile çocuk hastalıkları polikliniğimize getirildi. Hikayesinde ateş, öksürük, iştahsızlık ve travma tarif edilmiyordu. Öz ve soygeçmişinde özelliği olmayan, doğumdan bu yana bir kez BCG aşısı yapıldığı öğrenilen hastanın fizik muayenesinde ateş 36.8 C, TA=110/70 mmHg, ağırlık 18.5 kg (25 persentil), boy 113 cm (25 persentil) idi. Yüzünün sol tarafında zigomatik kemik üzerinde yumuşak dokuda 4x3 cm çapında sınırları belirgin, hiperemisi olmayan, palpasyonla yumuşak, hafif mobil şişlik mevcuttu (Resim I). Ayrıca sol el üçüncü metakarp kemik üzerindeki yumuşak dokuda sert,

fikse ve basmakla hafif ağrılı, hiperemisi olmayan şişliği vardı (Resim II). Lenfadenopatisi yoktu. Diğer sistem muayeneleri doğal olan hastanın laboratuvar incelemesinde hematokrit % 39, lökosit sayısı 5200/mm³, periferik kan yaymasında % 64 parçalı, % 32 lenfosit, % 4 monosit vardı. Eritrosit yapısı normokrom normositerdi. Sedimentasyon hızı 80 mm/saat idi. PPD(5 Ü) ile 20x20 mm çapında endürasyon tesbit edildi. İdrar tetkiki, karaciğer fonksiyon testleri ve akciğer grafisi doğaldı. Yüzdeki şişlikten yapılan ponksiyonda açık sarı renkli sıvı geldi. Gram ve Ziehl-Nielsen boyamalarında mikroorganizma, Giemsa boyamasında hücre yoktu. Normal ve tüberküloz vasatına yapılan ekimlerde üreme olmadı. Çekilen yüz ve sinüs grafilerinde özellik yoktu. Sol el grafisinde III'üncü metakarpal kemikte spina ventoza görünümü vardı (Resim III). Eldeki şişlikten insizyonel biyopsi ile alınan yumuşak doku ve kemik materyalinin hematoksileneozin boyası ile boyana-



Resim I: Hastanın yüzündeki şişliğin görünümü.

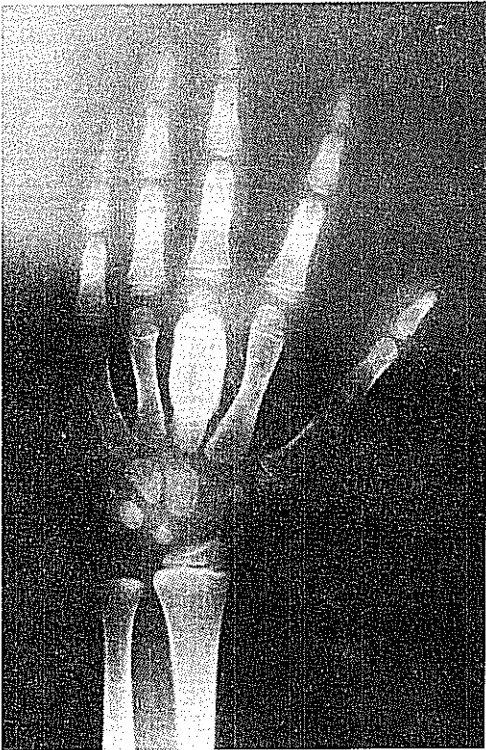
1 Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Anabilim Dalı
2 Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Anabilim Dalı, İnfeksiyon Bilim Dalı
2. Ulusal Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Kongresi'nde (20-22 Eylül 1988, İstanbul) bildirilmiştir.



Resim II: Hastanın sol elindeki şişliğin görünümü.



Resim IV: Tedavinin onuncu gününde yüz görünümü.



Resim III: El grafisinde III. metakarp kemikte spina ventosa görünümü.

rak yapılan histopatolojik incelemesinde sekestre kemik spikülleri çevresinde yer yer osteoid doku ve osteoblastik kenar ile karakterize yeni kemik yapımı alanları dikkati çekti, çevrede epitelooid histiosit, lenfosit, fibroblastlar ve Langhans tipi dev hücrelerden oluşan tüberküloz ile uyumlu granülomatöz iltihap saptandı. Üç kez alınan açlık mide suyunda ise aside dirençli bakteri görülemedi.

Antitüberküloz tedavisi olarak 15 mg/kg INH, 15 mg/kg rifampisin ve 30 mg/kg streptomisin başlanan hastanın on gün sonraki kontrolünde yüzündeki şişliğin kaybolduğu (Resim IV), elindeki şişliğin ise azaldığı görüldü. İki ay sonraki kontrolünde eldeki şişliği kaybolmuş olup PPD 'si 6x6 mm çapında endürasyon vermekte ve sedimantasyonu 40 mm/saat idi. Spina ventosa görünümü beşinci aydaki kontrolünde düzelen hastamızın tedavisi INH+rifampisin şeklinde devam etmektedir.

Tartışma

Tüberküloz basilinin kemiklere genellikle hematogen veya lenfatik yolla yayıldığı düşünülmektedir (1). Kemik tutulumu çoğunlukla primer tüberküloz infeksiyonunun ilk altı-on iki ayı içinde görülür ve sistemik hastalığın ilk bulgusu olabilir. Geçirilen travma hastalığın aktifleşmesine neden olabilir. El ve ayak kısa kemikleri metatars, metakarp ve falanksların tutulumu ise oldukça nadirdir (8). Hardy el kemiklerindeki tüberkülozun ayak kemiklerinden daha sık görüldüğünü belirtmiştir (6). Tüberküloz basili el ve ayağın kısa kemiklerini tuttuğunda damarca zengin epifizin metafiziyel kısmında reaksiyon olarak granülasyon dokusu ve nekroz gelişir. Kemikte kortekste incelleme ve dışa doğru

kalınlaşma şeklinde kistik yapı değişikliği olur. Çekilen grafide görülen bu değişikliğe tüberküloz daktilit-spina ventosa denir (3, 4). Spina ventosa görünümü ilk defa 1896'da Feilchenfeld tarafından bir çocukta tarif edilmiştir (2). 1967 yılından itibaren literatürde bildiğimiz kadarıyla dokuz spina ventosa vakası bildirilmiştir. Spina ventozanın % 85'i altı yaşından küçük çocuklarda görülür ve sıklıkla sistemik başka bir bulgusu olmaz (4). Bu ciltte gergin, parlak ve ağrısız şişlik yapar. Bizim vakamızda ek bulgu olarak yüzde soğuk apse mevcut olup muhtemelen kemikten hematogen yayılımla gelişmiştir. Aksine primer deri tüberkülozundan kemiğe ve yumuşak dokuya hematogen yayılım literatürde tarif edilmemiştir (13). Hastamızda olduğu gibi soğuk apsed-en ponksiyonla alınan materyalin histolojik ve mikrobiyolojik tetkiki tüberküloz tanısında yardımcı olmayabilir (1, 9).

Kemik tüberkülozunda kesin tanı kemik biyopsisi ile konur (1, 8). Tüberkülin testi sıklıkla pozitif olup, negatifliği tanıdan uzaklaştırır. Beraberinde akciğer tutulumu % 20-50'dir (3). Literatürdeki çoğu vakalar gibi bizim hastamızın tüberkülin testi pozitif olup, akciğer tutulumu yoktu.

Spina ventozanın septik artrit, romatoid artrit, kronik apse, sifiliz, orak hücre anemisi, habis tümör ve mantar enfeksiyonu ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır (5, 8, 14). Kombine tüberküloz tedavisine oldukça iyi cevap alınır ve çoğunlukla kemikte deformite bırakmadan düzelir. Cerrahi müdahaleyi gerektirmez (1).

Beklenmeyen bulgularla çocuklarda problem olmaya devam eden tüberküloz enfeksiyonunun önlenmesi için tüberkülin testinin 12-15. ayda, okul öncesi ve adölesan çağda mutlaka tekrarı gereklidir. Riskli gruplarda tüberkülin testinin her yıl yapılması önerilmektedir (7).

Kaynaklar

- 1- Berkol A, Yalaz K: Kafa kemiklerinde tüberküloz osteomyeliti, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 30: 159 (1987).
- 2- Caffey J: Pediatric x-Ray Diagnosis, 7. Baskı, 2. Volum, Yearbook Medical Publishers, Chicago (1978).
- 3- Feldman F, Auerbach R, Johnson A: Tuberculosis of the soft tissues and bones of the foot, *Radiology* 125 (3): 833 (1977).
- 4- Foasso MF, Hermier M, Berard J, Pracros JP, Collet JP: Spina ventosa, affection historique, *Arch Fr Pediatr* 42: 385 (1985).
- 5- Fowles JW: Skeletal tuberculosis, *Lancet* 26: 475 (1978).
- 6- Hardy JB, Hartmann JR: Tuberculosis dactylitis in childhood: a prognosis, *J Pediatr* 30: 146 (1957).
- 7- Kendig LE: The study of tuberculosis in childhood, *AJDC* 141: 1075 (1987).
- 8- Lincoln EM, Sewell EM: Tuberculosis, "Krugman S, Ward R, Katz SL (eds): *Infectious diseases of children*, 6. baskı" kitabında s. 389, CV Mosby Co, Saint Louis (1977).
- 9- Priel I, Dolev E: Tuberculosis lymphadenitis: A survey of 94 cases, *J Infect Dis* 146: 710 (1982).
- 10- Seto DS, Heller RM: Tuberculosis, "Rudolph AM (ed): *Pediatrics*, 16. baskı" kitabında S. 462, Appleton-Century, New York (1977).
- 11- Smith MHD, Marquis JR: Tuberculosis and other mycobacterial infections, "Feigin RD, Cherry JD (eds): *Textbook of Pediatric Infectious Diseases*, 2. baskı" kitabında s. 1342, WB Saunders Co, Philadelphia (1987).
- 12- Starke JR: Modern approach to the diagnosis and treatment of tuberculosis in children, *Pediatr Clin North Am* 35 (3): 441, (1988).
- 13- Strikas R, Venezro FR, O'keefe JP: A case of cutaneous tuberculosis: Primary or Secondary, *Am Rev Respir Dis* 128: 316 (1983).
- 14- Watts HG: The bones and joints orthopedic problems, "Behrman RE, Vaughan VC (eds): *Nelson textbook of pediatrics*, 13. baskı" kitabında s. 1343, WB Saunders Co, London (1987).