

Tanısı Geciken Bir Tüberküloz Formu: Pott Hastalığı

Halûk Eraksoy, Osman Ertör, Murat Dilmener, Semra Çalangu

Özet: Sebepi bilinmeyen ateş nedeniyle incelenen iki tüberküloz spondilit vakası bildirilmiştir. Genç yaşta bu iki hastada sistemik infeksiyon belirtilerine sürekli bir bel ağrısının eşlik etmesine karşın ancak beş aylık bir gecikmeden sonra tanı konabildiğine dikkat çekilmiştir. Vertebra tüberkülozunun tanısı için gereken incelemelerin yanı sıra ortopedik işbirliğinin önemi vurgulanmıştır.

Summary: Delayed Diagnosis in A Form of Tuberculosis: Pott's Disease. Two cases of tuberculous spondylitis presenting with fever of unknown origin are reported. Despite a persistent low back pain in addition to manifestations suggesting a systemic infection in these young adults, diagnosis of vertebral tuberculosis was overlooked for a five-month period. Im portance of an orthopedic collaboration is emphasized as well as diagnostic procedures in spinal tuberculosis.

Giriş

Yurdumuzun önemli bir sağlık sorunu olan tüberküloz, iskelet sisteminde yerleşerek ciddi sakatlıklara yol açabilir (1). İskelet tüberkülozunun, özellikle spinal tüberkülozun belirtileri, alışkın olmayan hekimleri yanıltarak tanı konmasını geciktirebilir (2-6). Vakaların % 69'unun, bir ortopedi kliniğine başvuruncaya değin yanlış veya eksik tedavi gördüğü; % 41'inin, yakınmaları başladıktan tam bir yıl sonra başvurduğu bildirilmiştir (7).

Bu yazıda sebebi bilinmeyen ateş nedeniyle başvuran, beş ay süreyle çeşitli tanımlarla tedavi görmüş iki tüberküloz spondilit vakası sunulmuş ve tanıya ilişkin sorunlar irdelenmiştir.

Vakalar

Vaka 1: 21 yaşındaki kadın hasta beş aydır süren ateş, bel ağrısı, gece terlemesi, iştahsızlık, halsizlik ve zayıflama yakınmalarıyla başvurdu. Ateşinin özellikle akşamları üşüme veya titreme olmaksızın 37.5-38 °C'ye yükseldiği ve bol terlemeyle düştüğü öğrenildi. Hasta, sürekli ve künt olmakla birlikte mekanik aktiviteyle de artan bir bel ağrısı tanımlıyordu. Akşamları halsizliğinin arttığı; sabahları tüm eklemlerinde bulunan yaygın tutukluk ve ağrıların öğleden sonra geçtiği; bu arada 5 kg kadar zayıfladığı belirlendi.

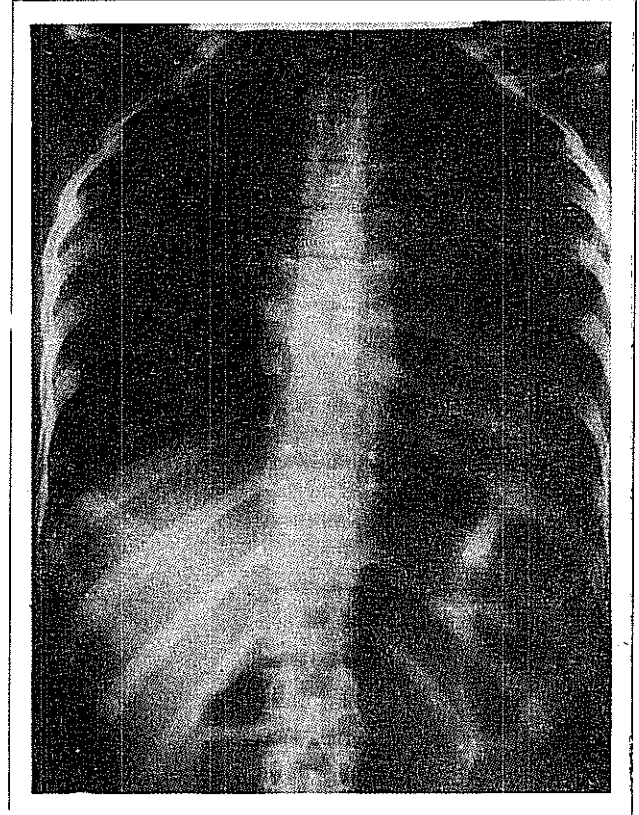
Başvurduğu çeşitli hekimlerce hastalığının, demir eksikliği anemisi, kronik pyelonefrit, febris römatisma, disk hernisi veya kronik faranjit olduğu söylenerek birçok antimikrobik, analjezik veya antianemik tedavi rejimleri uygulanmıştı ve hiçbirinden yararlanmamıştı.

Hasta, son olarak başvurduğu kliniğimizde sebebi bilinmeyen ateş ön tanısıyla ileri inceleme için yatırıldı. Fizik muayenede soluk görünümünde ve aksiller ateşi 37.5 °C olarak belirlendi. Yürüyüşü normaldi. Omurgada deformite, lateral deviasyon veya profilde anormal bir eğrilik yoktu. 6 ve 7. dorsal vertebraların processus spinosus'ları üzerinde kaba perküsyonla ağrı saptandı. Omurgasına yarımsız olarak antefleksiyon yaptıramıyordu; dorsifleksiyon, sağa ve sola fleksiyon ve rotasyon hareketleri ağrılı ve kısıtlıydı. Yüzükoyun yatarken omurganın aktif hiper ekstansiyonu ağrılıydı. El-yer aralığı 40 cm; Schoeber testi üstte ve altta 2 cm; göğüs ekspansiyonu kosta yayı hizasında 3 cm, koltukaltında 1 cm idi.

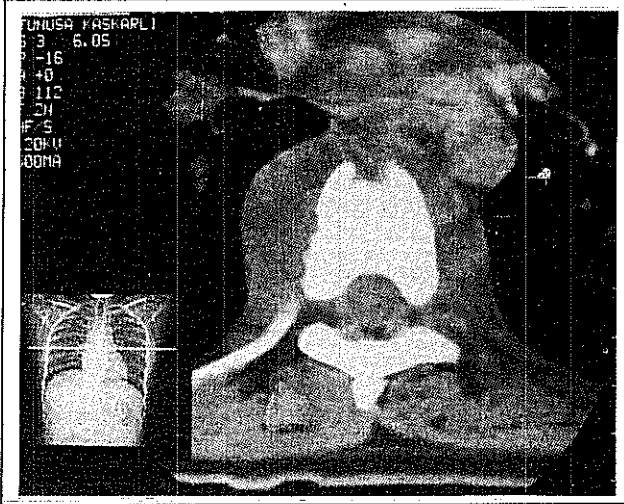
Laboratuvar incelemelerinde hipokrom mikrositer bir aneminin yanı sıra eritrosit sedimentasyon hızı 116 mm/saat olarak bulundu. İdrar kültüründe *Mycobacterium tuberculosis*

üremedi. Wright testi negatifti. Tüberkülin testi pozitif. Göğüs röntgenogramı ve intravenöz pyelogramları normaldi. Lomber vertebra röntgenogramındaki 5. lomber vertebra torsiyonu konjenital bir anomaliye bağlandı. Dorsal vertebra röntgenogramında AP pozisyonunda D6-8 düzeyinde kalp gölgesi içinde ikinci bir kontur veren füziform opasite; lateral pozisyonunda ise 7. dorsal vertebra ön kenarında yükseklik azalması ve litik görünüm saptandı (Resim 1). Bilgisayarlı tomogramlarda 6, 7 ve 8. dorsal vertebralarda ve intervertebral disklerde destrüksiyon, 5. dorsal vertebra alt kenarından 9. dorsal vertebraya değin uzanan simetrik ve homojen görüntü veren paraspinal kitle görüldü (Resim 2).

Vertebra tüberkülozu tanısı konan hastaya ortopedi konsültasyonundan sonra üç haftalık antitüberküloz tedavi ve immobilizasyonun ardından anterior debridman, apse drenajı



Resim: 1



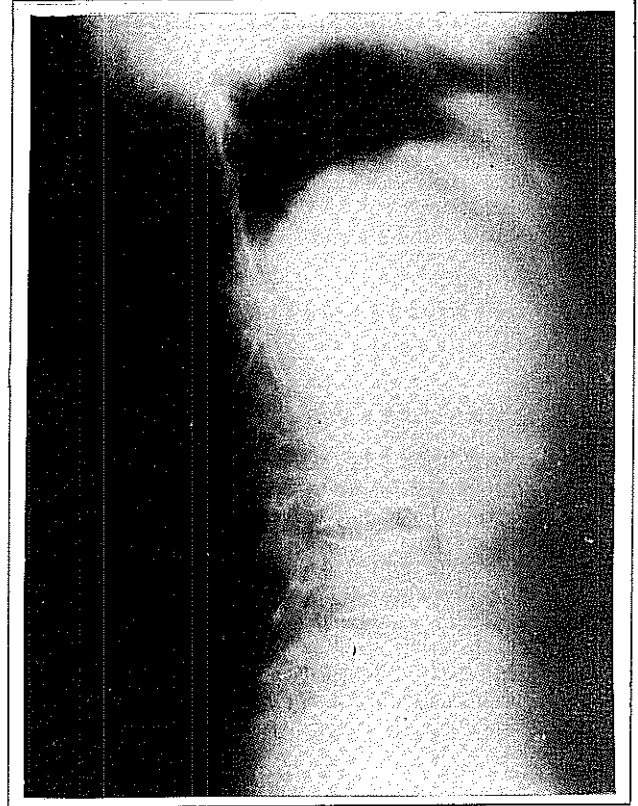
Resim: 2

ve füzyon uygulandı. Histopatolojik incelemede tüberküloza özgü bulgular saptandı.

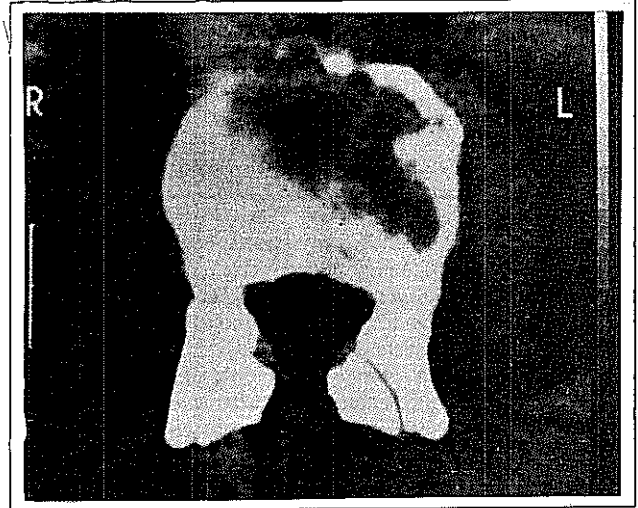
Vaka 2: 19 yaşındaki erkek hasta, ateş, bel ağrısı, sağ kalçasında hareketle ağrı, yürüyememe, gece terlemesi, iştahsızlık ve halsizlik yakınmalarıyla başvurdu. Hastanın, beş ay önce sırtüstü düştükten iki gün sonra dizine de yayılan belindeki ve sağ kalçasındaki ağrı nedeniyle yürüyemez olduğu; bu sırada 39 °C'ye çıkan ateş, gece terlemesi ve sabahları belinde daha belirgin olmak üzere tüm vücudunda tutukluk olduğu öğrenildi. Hasta, başvurduğu hekimlerce belkemiğinde romatizma ve iltihap olduğu söylenerek verilen nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlarla ateşinin düştüğünü; ağrısının hafiflediğini; ancak kısa adımlarla, sırtını herhangi bir sarsıntıdan koruyacak şekilde "robot gibi" yürüebildiğini ve öne eğilemediğini; ayrıca sağ kalçasında da hareketle ağrı olduğunu belirtmekteydi. Bu arada önce ACTH, daha sonra flukortolon verilen ve ağrısının hafiflediğini belirten hasta, bir de tetrasiklin ve streptomisin ile bruselloz tedavisi görmesine karşın ateşinin 37.5-38 °C dolaylarında sürdüğünü bildirmektedir.

Son olarak ağrıları yeniden şiddetlenen ve yürüyemez olan hasta sebebi bilinmeyen ateş ön tanısıyla ileri inceleme için yatırıldı. Fizik muayenede ağrı nedeniyle yürüyemeyen hastanın aksiller ateşi 38 °C idi. Omurga profilinde lomber lordozun kaybolduğu ve lomber vertebraların processus spinosus'ları üzerinde kaba perküsyonla ağrı olduğu saptandı. Omurganın antefleksiyon, dorsifleksiyon, sağa ve sola fleksiyon ve rotasyon hareketleri ileri derecede ağrılı ve kısıtlıydı. Yüzükoyun yatarken omurgasına aktif hiperekstansiyon yaptırılmıyordu. Sağ koksofemoral eklem fleksiyon, abduksiyon, addüksiyon, içe ve dışa rotasyonunu kısıtlayan radiküler tipte ağrısı vardı. Nörolojik muayenesi normal sınırlar içerisindeydi.

Eritrosit sedimantasyon hızı 110 mm/saat, Wright testi negatif, tüberkülin testi pozitif olarak bulundu. Göğüs röntgenogramı normaldi. AP ve lateral pozisyonundaki lomber vertebra röntgenogramlarında 2 ve 3. lomber vertebra korpuslarının ön kenarında litik görünüm ve intervertebral aralıkta daralma saptandı (Resim 3). Bilgisayarlı tomogramlarda L2-3 aralığındaki diskte parasantral bombeleşme ve korpusların



Resim: 3



Resim: 4

diske komşu yüzeylerinde kemik destrüksiyonu gözlemlendi (Resim 4).

Vertebra tüberkülozu tanısı konan hastanın ortopedi kliniğindeki vertebral iğne biyopsisinde yeterli materyal elde edilemedi. İki haftalık antitüberküloz tedavi ve immobilizasyondan sonra klinik olarak büyük ölçüde düzelen hastanın eritrosit sedimantasyon hızı 37 mm/saat idi. İki ay sonra hastaya anterior debridman ve füzyon uygulandı. Elde edilen

materyalin histopatolojik incelemesinin sonucu, dejenerasyon gösteren fibrokartilajinöz doku olarak bildirildi.

İrdeleme

İskelet sistemi, ekstrapulmoner tüberkülozun en sık yerleştiği bölgelerden biridir (8-10). Gelişmiş ülkelerde tüberkülozun prevalansındaki düşmeyle birlikte sürekli bir bel veya eklem ağrısı ile osteoartiküler tüberküloz arasındaki ilişki de unutulmuştur (4, 5, 9). Yurdumuzda ise osteoartiküler tüberkülozun artmakta olduğunu düşünenler olduğu gibi (11, 12); 1970'li yıllardan sonra gittikçe azaldığını bildirenler de vardır (13).

Vertebra tüberkülozu (Pott hastalığı), iskelet tüberkülozunun en sık görülen ve en tehlikeli biçimidir. Destruktif lezyonlara bağlı kalıcı sakatlıklardan korunabilmek için erken tanı ve enerjik bir tedavi gerekir (14). Ancak tanıda çoğu kez geç kalındığı da bir gerçektir. Eklem romatizması, artroz, siyatik gibi tanımlarla uzun süre bekleyen, daha kötüsü bekletilen hasta, genellikle konservatif tedavinin yeterli olacağı dönemi geçirdikten sonra tanınmaktadır (13).

Her iki vakamıza da, sistemik infeksiyon belirtilerinin belirgin olmasına karşın, beş ay süreyle yanlış tanımlarla riskli olabilecek tedaviler uygulanmıştır. Uzun süren ateş, gece terlemesi, zayıflama, iştahsızlık ve halsizlik gibi kronik bir infeksiyonu düşündüren yakınmalara bel ağrısı da eşlik ettiğinde vertebra tüberkülozu anımsanmalıdır (3, 9). İlk vakamızın belindeki ağrıya karşılık vertebra lezyonunun dorsal bölgede bulunması dikkat çekicidir. Tüberküloz spondilit en çok 10. dorsal ve 2. lomber vertebra arasında yerleşir (1).

Tüberküloz spondilitli hastalarda vakalarımızda da olduğu gibi aktif bir akciğer tüberküloz bulgusu saptanamayabilir (4, 8, 15). Ancak hastanın daha önce özellikle pulmoner veya genitoüriner tüberküloz geçirip geçirmediğini titizlikle soruşturmak gerekir (16). Öte yandan tüberküloz spondilitli hastalarda eritrosit sedimentasyon hızının artması ve tüberkülin testinin pozitif olması bir kural gibidir (6, 9, 16, 17). Yabancı yayınlara göre vertebra tüberkülozu eski yayınlardakilerin tersine (18), artık ileri yaşlarda görülmektedir (5, 8, 17, 19). Yurdumuzda ise vakalarımızın da gösterdiği gibi genç hastalar hâlâ çoğunluktadır (13). Vakaların yarısında ikinci vakamızdaki gibi düşme veya çarpma gibi bir travma öyküsü saptanmaktadır (20).

Vertebra tüberkülozunun tanısında radyolojik bulgular yol göstericidir. İntervertebral diskin yıkımına bağlı olarak disk aralığı daralır. Bitişik corpus vertebrae'de erozyon ve reaktif değişiklikler olur. En sonunda korpusların çökmesi, omurgada deformiteye yol açar. Tüberküloz inflamasyonun fasya düzlemleri boyunca yayılmasıyla paravertebral apseler oluşabilir (9). Ayrıca bilgisayarlı tomografi de, özellikle böyle yumuşak doku kitlelerinin tanınmasında ve Pott hastalığının yaygınlığının görünlünlüğünde, vakalarımızda olduğu gibi değerli ipuçları sağlayabilmektedir (21). Ayırıcı tanıda kemik korteksinin sağlam kalması osteoporozun, pediküllerin kaybı ise kötücül hastalığın lehindeki bulgulardır; disk aralığındaki yıkımın yanı sıra paravertebral yumuşak doku gölgeleri ve eşlik eden kalsifikasyon da infeksiyonu düşündürür (5).

M. tuberculosis kültürü ile etyolojik tanı konamayan vakalarda tanı, birinci vakamızdaki gibi histopatolojik olarak kesinleştirilir (3, 9, 16). Anıtüberküloz tedaviden önceki biyopsinin başarısız kaldığı ikinci vakamızda yoğun kemoterapiden sonra elde edilen ameliyat piyesinde tüberküloza özgü

histopatolojik bulgu saptanamamıştır. Ancak spesifik tedaviye alınan klinik yanıt, tanıyı büyük ölçüde desteklemiştir. Tüberküloz spondilit vakalarından elde edilen kemik biyopsisi veya apse örneklerinin kültürü veya histopatolojik incelemesi % 73-95 oranında pozitif sonuç vermektedir (3, 19). Erken tanınan vakalar 12-18 aylık kemoterapiyle iyileşebilir (5, 8). Ancak birçok vakada anterior debridman ve füzyon indikasyonu doğmaktadır (12, 14). Vakalarımıza da uygulanan bu ameliyatın başarılı sonuçlar verdiği bildirilmiştir (20).

Sonuç olarak bu iki vakanın gösterdiği gibi sebebi bilinmeyen ateşin ayırıcı tanısında tüberkülozun spinal lokalizasyonu da göz önüne alınmalıdır ve gerekli incelemelerden sonra gecikmeksizin ortopedik işbirliğine gidilmelidir.

Kaynaklar

1. Akalin Y. Kemik ve eklem tüberkülozunun laboratuvar ve klinik belirtileri. *Acta Orthop Traumatol Turc* 1986; 20: 185-93.
2. Elphick HR, Turnbull HM. Problems in the diagnosis and management of skeletal tuberculosis. *Med J Aust* 1970; 2: 943-7.
3. Gorse GJ, Pais MJ, Kusske JA, Cesario TC. Tuberculous spondylitis: a report of six cases and a review of the literature. *Medicine (Baltimore)* 1983; 62: 178-93.
4. Hunt DD. Problems in diagnosing osteoarticular tuberculosis. *JAMA* 1964; 190: 95-8.
5. Mann JS, Cole RB. Tuberculous spondylitis in the elderly: a potential diagnostic pitfall. *Br Med J* 1987; 294: 1149-50.
6. Walker GF. Failure of early recognition of skeletal tuberculosis. *Br Med J* 1968; 1: 682-3.
7. Ağaoglu S. Mal de Pott'un cerrahi tedavisi. In: Ege R, ed. VIII. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongre (21-25 Mart 1983, Bursa) Kitabı. Ankara: Türkiye Ortopedi ve Travmatoloji Birliği ve Türkiye Sakatların Rehabilitasyonu Dernekleri, 1984: 69-73.
8. Alvarez S, McCabe WR. Extrapulmonary tuberculosis revisited: a review of experience at Boston City and other hospitals. *Medicine (Baltimore)* 1984; 63: 25-55.
9. Davidson PT, Horowitz I. Skeletal tuberculosis: a review with patient presentations and discussion. *Am J Med* 1970; 48: 77-84.
10. Jones WC III, Miller WE. Skeletal tuberculosis-1963. *South Med J* 1964; 57: 964-71.
11. Ünsaldı T, Köstem L, Salman Ü. Osteoartiküler tüberkülozlar. In: Ege R, ed. IX. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongre (28-30 Ekim 1985, Alanya) Kitabı. Ankara: Türkiye Ortopedi ve Travmatoloji Birliği ve Türkiye Sakatların Rehabilitasyonu Dernekleri, 1987: 428-30.
12. Aykurt M. Osteoartiküler tüberkülozda ortopedik konservatif tedavinin yeri ve değeri. *Acta Orthop Traumatol Turc* 1986; 20: 218-26.
13. Köklü İ. Belkemiği dışı kemik eklem tüberkülozunun cerrahi tedavisi. *Acta Orthop Traumatol Turc* 1986; 20: 245-53.
14. Karaman AA, Abalı Y. Osteoartiküler tüberküloz görülme sıklığı. *İzmir Devlet Hastanesi Tıp Derg* 1988; 26: 67-9.
15. Kelly PJ, Karlson AG. Musculoskeletal tuberculosis. *Mayo Clin Proc* 1969; 44: 73-80.
16. American Thoracic Society. The present status of skeletal tuberculosis: a statement of the subcommittee on surgery and the committee on therapy. *Am Rev Respir Dis* 1963; 88: 272-4.
17. Wolfgang GL. Tuberculosis joint infection. *Clin Orthop* 1978; 136: 257-63.
18. LaFond EM. An analysis of adult skeletal tuberculosis. *J Bone Joint Surg [Am]* 1958; 40: 346-64.
19. Lifeso RM, Weaver P, Harder EH. Tuberculous spondylitis in adults. *J Bone Joint Surg [Am]* 1985; 67: 1405-13.
20. Çakırğil GS. Vertebra tüberkülozun tedavisinde vertebrektomi ve anterior spinal füzyon uyguladığımız 50 vakanın değerlendirilmesi. *Acta Orthop Traumatol Turc* 1986; 20: 231-44.
21. LaBerge JM, Brant-Zawadzki M. Evaluation of Pott's disease with computed tomography. *Neuroradiology* 1984; 26: 429-34.