

ANTİTÜBERKÜLOZ TEDAVİ ALTINDA GELİŞEN DİZ TÜBERKÜLOZU; BİR OLGU SUNUMU

Duygu Geler¹, Nurben Süldür¹, Şebnem Ataman¹, Mesut Birol Atay¹, Şebnem K. Ayva¹

ÖZET

Diz tüberkülozu, omurga ve kalçadan sonra en sık görülen iskelet sistemi tüberkülozudur. Bu çalışmada, antitüberküloz tedavisi altındayken sağ diz tüberkülozu gelişen Mall de Pott nedeniyle opere edilmiş bir hasta sunulmaktadır. Bu gibi vakalarda tedaviye direnç gelişebileceği unutulmamalı, ayırıcı tanıda tüberküloz gözardı edilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: Diz tüberkülozu, monoartrit.

SUMMARY

KNEE TUBERCULOSIS UNDER ANTITUBERCULOUS CHEMOTHERAPY; A CASE REPORT

Tuberculosis of the knee is the third common site of skeletal tuberculosis after the spine and the hip. In this case, a patient, who was previously operated due to Mall de Pott, has developed tuberculous arthritis in her right knee under antituberculous chemotherapy. In such cases a drug resistance should not be forgotten and in differential diagnosis, tuberculosis should not be underestimated.

Key words: Tuberculosis of the knee, monoarthritis

GİRİŞ

Tüberküloz gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Hastalık tipik olarak pulmoner ve ekstrapulmoner olarak sınıflandırılmaktadır (1). Ekstrapulmoner tüberküloz içinde iskelet sistemi tutulum sıklığı son yıllarda giderek artmaktadır (2). Diz tüberkülozu, omurga ve kalçadan sonra en sık görülen iskelet sistemi tüberkülozudur (3). Tüberküloz artriti genellikle yük taşıyan eklemlerde monoartrit şeklinde ortaya çıkar (1). Eğer iskelet sistemi tüberkülozunun tanısı ve tedavisi erken dönemde başlanabilirse %90-95 oranında fonksiyon kaybı olmadan iyileşme sağlanabilir (3).

OLGU

43 yaşında bayan hasta; opere Mal de Pott, düşük ayak nedeni ile kliniğimize kabul edildi. Rehabilitasyon programının ikinci ayında sağ dizinde şişlik, ağrı, minimal ısı artışı gelişti.

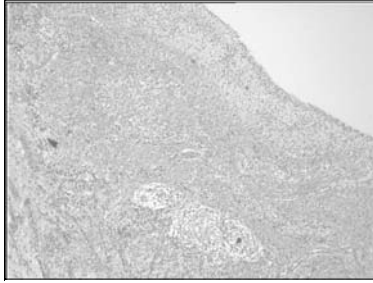
Suprapatellar bölgede şişlik ve effüzyon vardı.

Diz ekleminde hareket sonu limitasyon ve ağrı vardı. Travmatik -inflamatuvar artrit ayırıcı tanısı amacı ile istenen tetkiklerde sedimentasyon (ESR), CRP yüksekliği ve protein elektroforezinde akut inflamasyon ile uyumlu değerler saptandı (ESR: 90 mm/h, CRP: 71,2 mg/dl, lökosit:7500, Hemoglobin: 11,8 mg/dl). Direkt grafi bulguları normaldi. Ultrason eşliğinde sinoviyal sıvı aspirasyonu yapıldı. Bu sıvı gri renkli püy görünümünde idi. Hasta antitüberküloz tedavisinin 4. ayında olmasına rağmen bu bulgulara dayanarak Tübeküloz olabileceği düşünüldü. Sinoviyal sıvı örneğinden gönderilen kültür negatif geldi. Mikroskopik incelemede basil ve hücreye rastlanmadı. Sağ diz Magnetik Rezonans Görüntüleme'de (MRG) nonspesifik inflamatuvar bulgular, sinovial hipertrofi ve abse formasyonu tespit edildi. Bulgularda gerileme olmayan hastaya

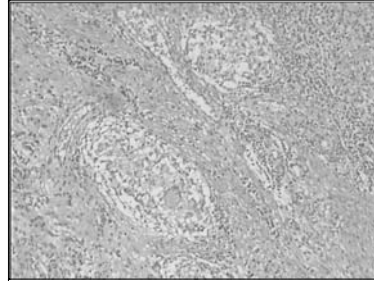
¹ Ankara Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon A.D.

sinoviyektomi ve abse drenajı yapıldı. Absede nonspesifik inflamatuvar bulgular, sinovial hipertrofi ve abse formasyonu tespit edildi. Bulgularda gerileme olmayan hastaya sinoviyektomi ve abse drenajı yapıldı. Absede basil üretilemedi. Sinovial dokunun histopatolojik incelemesinde tipik Langhans hücrelerine rastlandı. Kronik granülomatoz sinovit tanısı kondu (Şekil 1-4). Sinoviyektomi sonrası hastanın şikayetleri geriledi. Antitüberküloz tedaviye devam ediliyor.

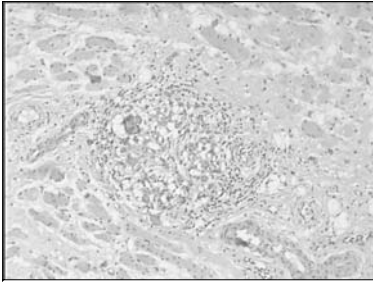
ağrı, şişlik ve eklem hareket kısıtlılığıdır (1,4). Rölatif lenfositoz, düşük Hemoglobin, artmış ESR aktif dönem labaratuvar bulgularıdır. Erken dönemde radyolojik bulgular nonspesifik veya normaldir. Kerri ve Martini'ye göre radyolojik olarak eklem tüberkülozu 4 evrede incelenir. Evre 1; yumuşak doku şişliği, osteopeni (epifiziyal hipertrofi olsun veya olmasın), Evre 2; epifiziyal veya metafiziyal erozyon, normal eklem aralığı, Evre3; büyük anatomik disorganizasyon olmaksızın daralmış eklem aralığı, Evre



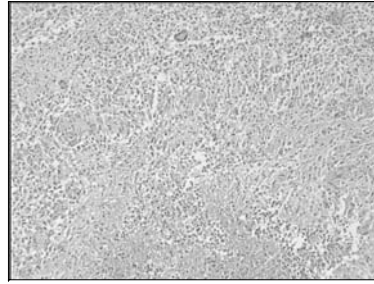
Şekil 1. (HEEx40) Sinoviyal epitel altında mononükleer iltihabi hücre infiltrasyonu, derinde ise epiteloid histiyositlerden oluşan granülomlar



Şekil 2. (HEEx100) Langhans tipi dev hücre içeren granülom



Şekil 3. (HEEx100) Çizgili kas demetleri arasında dev hücre içeren granülom



Şekil 4. (HEEx100) Büyük bir granülom santralinde nekroz varlığı, kenarda epiteloid histiyositler ve dev hücreler

TARTIŞMA

Ekstrapulmoner tüberküloz klasik pulmoner tüberküloz gibi ateş, öksürük, kilo kaybı, iştahsızlık, gece terlemesi gibi bulgular vermez. Sistemik muayene genellikle normaldir. Diz tüberkülozunun en sık görülen klinik bulguları;

4; büyük anatomik disorganizasyon (3). MRG; granülasyon dokusu, abse, kemik destrüksiyonu ve makroskopik kalsifikasyonları gösterebildiğinden son yıllarda tüberkülozdan şüphelenildiğinde tercih edilen görüntüleme yöntemi

olmuştur (1). Monoartrit olgularında risk faktörleri de varsa (immünsüpresyon, endemik bölgede yaşama, ileri yaş, kötü beslenme, geçirilmiş tüberküloz öyküsü vs) tüberküloz mutlaka akla gelmeli ve ekarte edilmelidir. En değerli tanı aracı ise sinoviyal sıvı örneğidir (5). Sinovial sıvıda beyaz küre sayısının (WBC) 10000-20000/mm³ olması, polimorfonükleer lökositlerin (PMNL) predominant olması, protein>3,5 gr/dl, glukozun normal olması tüberküloz lehinedir. Sinoviyal sıvı kültürü %75 pozitifdir. Ancak organizmayı göstermek için sinoviyal biyopsi de gerekebilir. Bazı vakalarda smear veya kültürde organizma görülmeyebilir ancak bu olgularda bizim vakamızda olduğu gibi kazeifiye granülomlar histolojik incelemede gösterilebilmektedir. Bu nedenle mikrobiyolojik testlerin negatif sonuç verdiği olgularda tüberkülozu ekarte etmek için histolojik inceleme gerekebilir (3). Tedavi edilmemiş olgularda mikroskopik incelemede tipik tüberkül bulunabilir. Lenfositlerle çevrelenmiş epitel hücreleri; santral nekroz veya periferik yabancı

dev hücre olmasa da klinik olarak tüberkülozdan şüphelenilen olgularda yeterli histolojik kanıttır. Montaux testi de tüberkülozu göstermede faydalı bir testtir ancak negatif olması hastalığı ekarte ettirmez (3).

Kemik ve eklem tüberkülozunun primer tedavisi uzun süreli antitüberküloz kemoterapi protokolleridir (5). Birçok otöre göre sinoviyektomi ve diğer cerrahi girişimler, antitüberküloz kemoterapi olmadan tek başına yetersiz, hatta özellikle erken evrede gereksiz bulunmaktadır (4). Hastalık aktivitesi kombine antitüberküloz tedavi ile baskılanamıyorsa, İzoniiazid ve Rifampisine dirençli organizmalarsa, hastalık 4-5 aydır kontrol altına alınamıyorsa, kombine kemoterapiye rağmen bizim vakamızda olduğu gibi daha aktif yeni tüberküloz lezyonları oluşuyorsa ikinci basamak ilaçlara geçilmesi veya medikal tedaviye ek olarak uygun cerrahi girişimde bulunulması önerilmektedir. Operasyon sonrası antitüberküloz tedaviye 3-5 ay daha devam etmek gerekir. Prognoz tanı alıp tedaviye başlandığı dönemde hastanın hangi evrede olduğuna bağlıdır (3).

KAYNAKLAR

1. Payne K, Yang J. Osteoarticular tuberculosis: a case report and discussion. JAMC 2002;166(5).
2. Harrington JT. Mycobacterial and Fungal Infections. In: Ruddy S, (ed). Kelley's Textbook of Rheumatology. Philadelphia; W.B. Saunders Company, 2001: 1493-1505.
3. Hoffman EB, Allin J, Campbell JAB. Tuberculosis of the Knee. Clin OrthopRel Res 2002; 398: 100-106.
4. Tuli SM. General Principles of Osteoarticular Tuberculosis. Clin Orthop Rel Res 2002; 398: 11-19.
5. Al-Matar MJ, Cabral DA, Petty RE. Isolated Tuberculous Monoarthritis Mimicking Oligoarticular Juvenile Rheumatoid Arthritis. J Rheumatol 2001; 28-31.

