



Ankilozan Spondilitli Hastada Benign Tümörü Taklit Eden Spondilodiskit Olgusu

Spondylodiscitis Mimicking Benign Tumors in Ankylosing Spondylitis Patient

Fatih Bağcıer, Okan Balancı, Meltem Alkan Melikoğlu

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye

Sayın Editör,

Altmış yaşında erkek hasta polikliniğimize sırt ağrısı şikayetiyle başvurdu. Bilinen 10 yıldır ankilozan spondilit tanısı olan, düzenli olarak medikal tedavisini alan ve egzersiz programını uygulayan hastanın son 1 aydır sırt ağrılarında artış olmuş. İnflamatuvar karakterde olan ağrıları için kullandığı ağrı kesici ilaçlardan fayda görmemiş. Ağrısı sırt bölgesinin tamamına yansıyan özellikteydi. Bilinen kaza, travma, ameliyat öyküsü olmayan hasta sigara ve alkol kullanmamaktaydı. Fizik muayenesinde bel hareketleri kısıtlı bulundu. Torakolomber bileşkede T12-L1 seviyesinde palpasyonla hassasiyeti vardı. El parmak zemin mesafesi 37 cm, modifiye Schober testi 1,7 cm, göğüs ekspansiyonu 2 cm idi. Sakroiliak kompresyon testleri ağrısızdı. Spinöz çıkıntılarda hassasiyet yoktu. Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite indeksi skoru 1,7 ve Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel indeksi skoru 2,4 olarak saptandı. Laboratuvar incelemesinde sedimentasyon hızı 25 mm/st, C reaktif protein 16,7 mg/dL idi. Tam kan sayımı ve rutin biyokimyasal tetkikleri normaldi. Pürifiye protein derivatifi testi 5 mm ve Brusella aglütinasyon testi, hepatit belirteçleri, tümör belirteçleri ve toksoplazma, rubella, sitomegalovirüs, herpes testi negatifti. Prostat spesifik antijeni normal sınırlardaydı. Torakolomber manyetik rezonans görüntülemesinde T12-L1 düzeyinde T2 ağırlıklı kesitlerde intervertebral disklerde sinyal artışı görüldü (Resim 1, 2). Pozitron emisyon tomografi sintigrafisinde herhangi bir hipermetabolik odağa rastlanmadı. Enfeksiyon hastalıkları kliniğine konsülte edilen hastada enfeksiyöz kaynaklı bir patoloji düşünülmedi. Hastanın bilinen travma öyküsünün olmaması, laboratuvar tetkiklerinde enfeksiyon ve malignite lehine bulgu saptanmaması sonucunda mevcut vertebral lezyonlar ankilozan spondilite bağlı spondilodiskit olarak değerlendirildi. Enfeksiyöz orijinli bir patoloji düşünülmediği için mevcut tedavisine intravenöz non-streoid anti-inflamatuvar eklendi. Kontrol muayenelerinde ağrıları azalan hasta düzenli olarak kliniğimizce takip altındadır. Spondilodiskit; ankilozan spondilit hastalığının herhangi bir döneminde görülebilir ve asemptomatik olabilir. Ankilozan

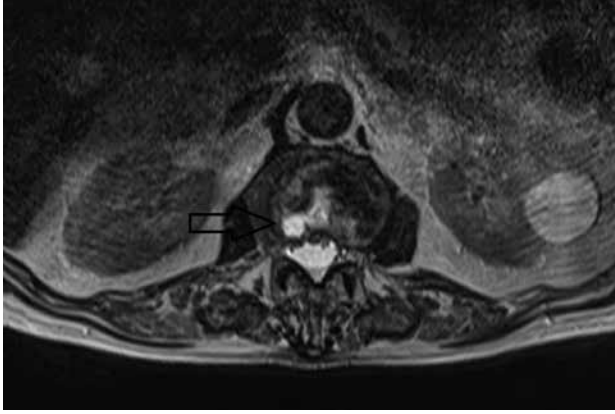
spondilitin geç komplikasyonu olması yanında hastalığın erken evrelerinde de ortaya çıkabilir (1). Sıklıkla torakal ve lomber seviyedeki omurgalarda görülür. Bakteriyel enfeksiyon, malignite ve travmatik olayların ayırıcı tanılar olarak akılda tutulması gerekir (2). Olgumuzun travma öyküsü yoktu. Yapılan tetkikler sonucunda enfeksiyon ve malignite dışlandı. Manyetik rezonans görüntülemesi tanıda en duyarlı ve güvenilir yöntemdir (3). Bu olgu ile bel ağrısı etiolojisinde aksiyel spondiloartropatinin, vertebra ve intervertebral disk lezyonlarında da ankilozan spondilite bağlı aseptik spondilodiskitin akla gelmesi gerektiğini vurgulamayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: Ankilozan spondilit, spondilodiskit, benign tümör

Keywords: Ankylosing spondylitis, spondylodiscitis, benign tumor



Resim 1. Benign kitle görünümü veren lokalize spondilodiskit görülmekte



Resim 2. Benign kitle görünümü veren lokalize spondilodiskit görülmekte

Etik

Hakem Deęerlendirmesi: Editörler kurulu tarafından deęerlendirilmiřtir.

Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Medikal Uygulama: Fatih Baęcier, Konsept: Fatih Baęcier, Dizayn: Fatih Baęcier, Veri Toplama veya İşleme: Okan Balcanı, Analiz veya Yorumlama: Fatih Baęcier, Literatür Arama: Fatih Baęcier, Yazan: Fatih Baęcier, Meltem Alkan Melikoğlu.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Nikolaisen C, Nossent H. Early histology in ankylosing spondylitis related spondylodiscitis supports its inflammatory origin. Scand J Rheumatol 2005;34:396-8.
2. Rasker JJ, Prevo RL, Lanting PJ. Spondylodiscitis in ankylosing spondylitis, inflammation or trauma? A description of six cases. Scand J Rheumatol 1996;25:52-7.
3. Lim KL, Chaudhuri K, Johnston RA, Sturrock RD. Cervical spondylodiscitis in a patient with ankylosing spondylitis. Br J Rheumatol 1996;35:1034-6.