



Brucella Diskiti ile Spinal Tüberküloz Birlikteliği: Bir Olgu Sunumu

Brucella Discitis Associated with Spinal Tuberculosis: A Case Report

Ercan Madenci, Pınar Arslan, Deniz Karabıçak, Yaşar Keskin, Hasan Hüseyin Mutlu*

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul, Türkiye

*İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul, Türkiye

Özet

Brucella diskiti kas iskelet sistem şikayetleri ile karşımıza çıkabilir ve hastalar normal antiromatizmal ilaçlardan fayda görmezler. Spinal bruselloz ve tüberküloz hastalıkları ilk anda akla gelmez. Bu olguyu sunmadaki amacımız erken teşhisinin önemini vurgulamaktır. Olgu, 63 yaşında, şehir merkezinde yaşayan, bir kadın hasta idi. Bel ve iki kalça eklemine çok şiddetli ağrısı varmış, istirahatle azalmıyormuş, cerrah tarafından operasyon önerilmiş, ancak hasta kabul etmemiş, 3 kutu analjezik-antiinflamatuvar ve 3 kutu myorelaksan tedavisi verilmiş, şikayetleri geçmemiş ve polikliniğimize başvurmuştu. Hastanın detaylı sorgulanmasında zaman zaman ateşlendiği, halsizlik ve yorgunluk bulguları da mevcuttu. Sonuç olarak, hastanın dirençli ve enflamatuvar karakterli bel ağrısı varsa, standart tedavilere rağmen şikayetleri geçmiyorsa MRI, PET/CT yardımıyla "Tüberküloz spondiliti" varlığını erken safhada tespit etmek ve komplikasyonlardan hastayı korumak mümkündür. (Türk Osteoporoz Dergisi 2014;20: 143-5)

Anahtar kelimeler: Brucella diskiti, spinal tüberküloz

Summary

Brucella discitis may present with musculoskeletal complaints and patients can not benefit from regular antirheumatic drugs. Spinal brucellosis and tuberculosis diseases may not come to mind at first. Our purpose in presenting this case is to emphasize the importance of early diagnosis. Case, 63 years old, living in the city center, was a female patient. Low back pain and in the both of hip joints have had very severe pain, did not decrease with rest, proposed operation by the surgeon, however patient has not accepted, 3 box anti-inflammatory and analgesic and 3 box myorelax treatment given, not complaints and she was admitted to our clinic. Patients were fired from time to time in the detailed questioning, weakness and fatigue findings were also available. As a result, the patient's have a resistance and inflammatory character of back pain, if the standard treatment despite complaints does not exceed MRI, PET/CT help "Tuberculosis spondylitis" presence at an early stage to identify and complications protect the patients possible. (Turkish Journal of Osteoporosis 2014;20: 143-5)

Key words: Brucella discitis, spinal tuberculosis

Giriş

Bruselloz, dünya üzerinde yaygın dağılım gösteren, ülkemizde de sıkça rastladığımız, değişik organ ve sistemleri etkileyen sistemik enfeksiyöz bir hastalıktır (1). İnsanlara sıklıkla enfekte hayvan ürünleri tüketimi, direkt temas veya inhalasyonla bulaşır. Yüksek oranlarda morbiditeye yol açan bu zoonotik enfeksiyon hastalığının en belirgin semptom ve bulguları; eklem ağrıları, iştahsızlık, halsizlik, terleme, yüksek ateş, hepatomegali, splenomegali, artrit ve lenfadenopatidir. Komplikasyonlarından kas-iskelet sistemi tutulumları önemli bir yere sahip olup, sakroileit, spondilit, periferik artrit görülebilmektedir (1,2).

Tüberküloz dünya çapında milyonlarca kişiyi etkileyen, gelişmekte olan ülkeler için önemli bir sorun ve gerçek bir halk sağlığı problemidir. Ekstrapulmoner tüberkülozdan en sık etkilenen sistemler; lenfatik, genitoüriner ve kas-iskelet sistemleridir (3). Hematojen yolla kas-iskelet sistemine yayılır ve en sık vertebraların korpuslarında tutulum görülür (4). Daha sonra kalça ve diz eklemlerinde tutulum olur. En sık tutulan T9 omurgasıdır (5). İskelet tüberkülozu tanısı nadir olması nedeniyle gecikebilir. Konvansiyonel röntgen grafi, manyetik rezonans (MRI) ve bilgisayarlı tomografi (BT) gibi radyolojik testler tanıya yardım amaçlı kullanılabilir (6). Son yıllarda, pozitron emisyon tomografisi (PET) tümörleri tespit etmek ve tanımlamak için kullanılmıştır.

Ancak, ön çalışmalarda inflamatuvar süreçlerin belirlenmesinde de kullanılabileceği gösterilmiştir (7). Tüberkülozun tanı ve tedavisinin gecikmesi, gereksiz cerrahi müdahalelere, kalıcı nörolojik sekellere ve spinal deformitelere neden olabilir (8). Brusella en sık lomber diskleri tutar, ikinci sıklıkta da sakroiliak eklemlerde görülür (1). Tanısı serolojik testlere ve kan kültürüne dayanır ve genellikle biopsi gerekmez (9). Brusella diskiti kas iskelet sistem şikayetleri ile karşımıza çıkabilir ve hasta normal antiromatizmal ilaçlardan fayda görmez. Spinal bruselloz ve tüberküloz tanıları ilk anda akla gelmeyen hastalıklardır. Bu olguyu sunmadaki amacımız bu tür olguların erken teşhisinin önemini vurgulamaktır.

Olgu

Altmış üç yaşında, şehir merkezinde yaşayan, kadın hasta idi. Bel ve her iki kalça ekleminde çok şiddetli, istirahatle azalmayan ağrısı nedeniyle gitmiş olduğu cerrah tarafından kendisine operasyon önerilmiş, hasta kabul etmemiş. Bunun üzerine hastaya 3'er kutu analjezik-antiinflamatuvar ve myorelaksan tedavisi verilmiş, şikayetlerinin azalmaması üzerine polikliniğimize kendi isteği ile başvurmuştu. Hastanın detaylı sorgulanmasında ağrısına ilaveten zaman zaman ateşlendiği, halsizlik ve yorgunluk şikayetlerinin de olduğu öğrenildi.

Hastanın özgeçmişinde, osteoporoz ve 15 yıldır tip 2 diabetes mellitus (DM) öyküsü vardı, soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde vücut ısısı 38,4 °C, nabız 87/dak, halsiz görünüm mevcut, lomber eklem hareket açıklığı tüm yönlere limitli ve ağrılı idi. Visüel analog skala (VAS): 10 idi. Laseque (-/-), Kalça hareketleri her yöne ağrılı ve ağrıdan dolayı kısıtlı idi. Diz, ayak bileği, omuz gibi eklemlerde ağrı ve şişlik yoktu. Paravertebral bölgede kas spazmı mevcuttu.

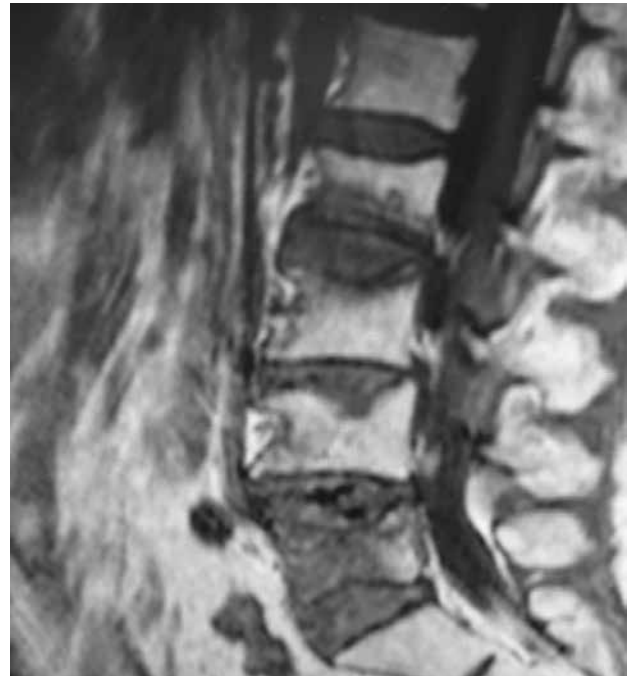
Laboratuvar tetkiklerinde kan beyaz küre 9,7 K/uL (4,0-10,2), Hb: 12,6 g/dl (12-16,2), rutin biyokimya değerlerinde anormallik yoktu. Eritrosit sedimentasyon hızı (ESH): 58 mm/h, CRP: 3,9 mg/dl (0-0,5), coombslu Brusella aglutinasyon testi 1/80 idi. Daha önce çekilen Lomber MRI'da "L4-5 vertebrada spondilit" ile uyumlu görünüm saptandı (Resim 1). Hastaya "Brusella diskiti" teşhisiyle streptomycin 1g IM/gün 15 gün, rifampisin 600 mg/gün ve doksisisiklin 200 mg/gün 6 hafta süre ile tedavisi düzenlendi. Altı hafta sonra kontrole gelen hastanın ağrıları azalmış (VAS: 6) ancak tam olarak geçmemişti. MRI tekrarlandı ve Resim 2'de görüldüğü üzere diskitin yanı sıra spondilitin tabloya eşlik ettiği saptandı. Spondilit teşhisi "positron emission tomography/computed tomography (PET/CT)" ile doğrulandı. Hastanın fizik muayenesinde lomber hassasiyeti ve hareket kısıtlılığı mevcuttu. Vücut ısısı 36,6 °C, nabız 76/dak idi. Laboratuvar tetkiklerinde kan beyaz küre 7400 K/uL (4,0-10,2), Hb: 12,7 g/dl (12-16,2), ESH: 91 mm/h, coombslu Brusella aglutinasyon testi 1/20, PPD testi 22 mm idi. Hasta Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği ile konsülte edildikten sonra 4'lü anti-tbc tedavisi düzenlendi (Ethambutol, INH, pirazinamid ve rifampisin). Hastanın ağrıları bir hafta içerisinde azaldı ve takiplerinde herhangi bir komplikasyon görülmedi.

Tartışma

Bruselloz ve Tüberkülozun kas iskelet sistemi tutulumu en sık vertebral kolonda görülür. Bizim olgumuzda ilk önce brusellaya bağlı diskite, sonra tüberküloza bağlı spondilit gelişmiştir. Vertebra tutulumu L5 korpusunda olmuştur. Olgumuz tüberkülozun farklı lomber vertebralarda olabileceğini gösteren ender bir olgudur.



Resim 1. L4-5 brucella diskiti



Resim 2. Üç ay sonra çekilen MRI'da L2-3, L4-5 brucella diskiti ve L5 spinal tüberküloz

İki farklı çalışmada (1,9) brusella diskiteli hastaların ilk başvuru yakınmasının kas-iskelet sistemi şikayetleri ile olduğunu belirtmişlerdir. Hekim deneyimine ve uzmanlık alanına göre hastanın tanısı gecikebilmekte ve hatta operasyonlar önerilebilmektedir. Bizim olgumuzda da ilk olarak bel ve kalça ağrısı şikayetleri ile başvurmuş ve bel fıtığı olduğu söylenmiş ve operasyon önerilmiştir. Diabetes mellitus, kronik böbrek yetmezliği ve malignite gibi eşlik eden hastalıkların spondilodiskit gelişimini kolaylaştırdığı söylenmektedir (9). Bu hastalıkların defans mekanizmalarını baskıladığı ve mikroorganizmaların primer enfeksiyon odağından vertebraya yayılmasına neden olduğu söylenmektedir. Malnutrisyon ve yaşlanmayla ilişkili biyolojik değişiklikler savunma bariyerlerini, klirens mekanizmalarını bozabilir ve M. Tüberkülozis gibi mikroorganizmalara karşı hücrel immün cevapta azalmaya katkıda bulunabilir. Bu nedenle yaşlılıkta tüberküloz insidansı ve bununla birlikte ekstrapulmoner tüberküloz riski artmaktadır (10). Bizim olgumuzun yaşı ileri ve eşlik eden DM'si mevcuttu. Bu durum brusella diskiti ile tüberküloz spondilit birlikteliğini açıklayabilir.

Farklı etyolojik ajanlara bağlı gelişen spontan spondilodiskitli hastalarla yapılan bir çalışmada ateş en sık brusellozda, konstitusyonel semptomlar ise en sık tüberkülozda görülmüştür (9). Nörolojik semptomlar ve nörolojik defisit tüberküloz spondilitli hastalarda daha yaygın görülebilir. Aynı çalışmada laboratuvar tetkiklerinde belirgin farklılık saptanmamış sadece tüberküloz da ESH'de belirgin yükselme saptanmıştır (9). Bizim hastamızda brusella sırasında ateş yüksekliği, tüberküloz sırasında belirgin ESH yüksekliği vardı, nörolojik defisit gelişmemiştir.

Tüberküloz spondilitinde vertebranın korpus kısmı posterior yapılara göre daha sık tutulum gösterir. Vertebra korpusunda da anterior yerleşim dikkat çekicidir (11). Hastalık soliter olabileceği gibi tipik olarak birden fazla vertebrayı da tutabilir, hatta beş veya daha fazla vertebrayı tutması nadir değildir. Literatürde intervertebral disk aralığı en sık tutulan omurga unsuru olarak belirtile de son zamanlardaki çalışmalar hematogen yayılım gösteren omurga enfeksiyonlarında ilk tutulan bölgenin vertebra metafizer bölgesi ve son plaklar olduğunu göstermiştir (12).

Tüberküloz spondiliti tedavisinde, tek seviyenin tutulduğu ve nörolojik bulguların olmadığı, lokal kifoz oluşumu veya vertebra gövdesinde çökmenin görülmediği durumlarda önerilen tedavi seçeneği medikal anti-tbc tedavidir (13).

Biz de olgumuzun teşhisi konulduktan sonra 4'lü anti-tbc tedavisi başladık ve 9 ay boyunca kullanmasını önerdik. Spondilodiskit prognozu erken teşhis ve tedavi edilmeyen olgularda kötüdür. Bizim olgumuz erken denilebilecek aşamada tespit edilen bir olgu olup takiplerinde herhangi bir komplikasyon olmamıştır.

Sonuç

Hastanın dirençli ve enflamuar karakterli bel ağrısı varsa, standart tedavilere rağmen şikayetleri geçmiyorsa MRI, PET/CT yardımıyla "Tüberküloz spondiliti" varlığını erken safhada tespit etmek ve komplikasyonlardan hastayı korumak mümkündür.

Kaynaklar

1. Bal A, Gürçay E, Ünlüsoy D, Çınar C, Çakıcı A. Brusellozda kas iskelet sistemi komplikasyonları, Trakya Üni Tıp Fak. Derg 2008;25:20-5.
2. Efe S, Karahocagil MK, Dilek İ, Akdeniz H. Bruselloz olgularında yüksek ferritin düzeyleri, 3 olgu sunumu. Van Tıp Dergisi 2007;14:87-9.
3. Spiegel DA, Singh GK, Benzkota AK. Tuberculosis of the musculoskeletal system. Techniques in Orthopaedics 2005;20:167-78.
4. Resnick D, Niwayama G. Osteomyelitis septic arthritis and soft tissue infection. In: Resnick D, Niwayama G, editors. Diagnosis of bone and joint disorders. 2nd ed. Philadelphia, London, Toronto, Montreal, Sydney, Tokyo, Saunders; 1988. P. 2661-85.
5. Jain AK. Treatment of tuberculosis of the spine with neurologic complications. Clin Orthop Relat Res 2002;398:75-84.
6. Hoffman EB, Crosier JH, Cremin BJ. Imaging in children with spinal tuberculosis. A comparison of radiography, computed tomography and magnetic resonance imaging. J Bone Joint Surg Br 1993;75:233-9.
7. Guhlmann A, Brecht-Krauss D, Suger G, Glatting G, Kotzerke J, Kinzl L, et al. Chronic osteomyelitis: detection with FDG PET and correlation with histopathologic findings. Radiology 1998;206:749-54.
8. Gur A, Altındag O, Karagullu H, Koca I, Madenci E. Multifocal skeletal tuberculosis presenting as paraplegia: a case report. J Back Musculoskelet Rehabil 2014;27:239-45.
9. Turunc T, Demiroglu YZ, Uncu H, Colakoglu S, Arslan H. A comparative analysis of tuberculous, brusellar and pyogenic spontaneous spondylodiscitis patients. J Infect 2007;55:158-63.
10. Kanat F, Teke T. Yaşlılık ve ekstrapulmoner tüberküloz: Testis tüberkülozu olan 90 yaşındaki olgu. Selçuk Tıp Der 2006;22:191-4.
11. Martini M, Adjrad A, Boudjemaa A. Tuberculous osteomyelitis. A review of 125 cases. Int Orthop 1986;10:201-7.
12. Benli T. Omurga enfeksiyonları. Türk Omurga Derneği Yayınları. Rekmay Yayıncılık, Ankara 2006; p. 8-58.
13. Güven O, Bezer M, Aydın N, Ketenci İE. Tüberküloz spondilitinde tedavi stratejisi: 55 hastanın uzun dönem takip sonuçları. Acta Orthop Traumatol Turc 2008;42:334-43.