

Nadir görülen kronik dirsek monoartriti: Bir tüberküloz vakası

Rare, chronic monoarthritis of elbow: a case of tuberculosis

Fatih Bağcıer, Ahmet Çelik, Meltem Alkan Melikoğlu

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

Özet

Tüberküloz halen dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ekstrapulmoner tüberküloz giderek önem kazanmakta ve yeni olguların yaklaşık %15'ini oluşturmaktadır. Osteoartiküler tüberküloz, hastalığın sık görülmeyen bir formudur ve tüm olguların %1–5'ini oluşturur. Immünespresif kişilerin artışı ve ilaca dirençli bakterilerin ortaya çıkışı akciğer dışı mikobakteriyel enfeksiyon insidansını arttırmıştır. Tüberküloz artriti genellikle monoartiküler paterndedir. Fakat oligoartiküler tutulum da bildirilmiştir. Osteoartiküler tutulumun tanısı zordur, çünkü pek çok kemik eklem patolojisini taklit edebilir. Hızlı tanı konulması ve tedavi esas olup tedavisiz kalan tüberküloz olguları destrüktif osteoartiküler sonuçlara neden olabilir. Burada kronik dirsek monoartritin ayırıcı tanısında tüberkülozun akılda tutulmasının önemine dikkat çekmek istendi.

Anahtar sözcükler: Tüberküloz, kronik monoartrit, dirsek

Summary

Tuberculosis remains as a major public health problem in the world. Extrapulmonary tuberculosis is gaining importance and it accounts for approximately 15% of all new cases. Osteoarticular tuberculosis is an infrequent form of the disease, accounting for 1–5% of all cases. Because of the increased number of immunocompromised individuals and drug-resistant bacterial strains, the incidence of extrapulmonary mycobacterial infection has gradually increased. Tuberculosis arthritis are usually monoarticular pattern. But oligoarticular involvement are also reported. Diagnosis of osteoarticular tuberculosis is difficult because it can mimic many other bone joint pathologies. Prompt diagnosis and treatment are crucial, as untreated wrist infections can cause destructive osteoarticular outcomes. We wanted to emphasize that the differential diagnosis of chronic monoarthritis elbow include tuberculosis.

Keywords: Tuberculosis, chronic monoarthritis, elbow

Dünya Sağlık Örgütü 1994 yılında toplam 7.500.000 tüberküloz (Tbc) olgusu olduğunu, 2012 yılında yayınlanan Global Tbc Raporu'nda 2011 yılında tüm dünyada yaklaşık 8.7 milyon yeni aktif Tbc olgusunu ve Tbc'ye bağlı 1.4 milyon ölüm bulunduğunu bildirmiştir.^[1] Osteoartiküler Tbc yapılan çalışmalara göre Avrupa ve ABD'de tüm Tbc olgularının %2.2–4.7'sini ve ekstrapulmoner Tbc'lerin %10–15'ini oluşturmaktadır. Tüberkülozun osteoartiküler tutulumu büyük oranda spinal kanal

tutulumu ile seyreder. Ekstraspinal periferik eklem tutulumu nadir görülmektedir.^[2] Çoğunlukla kalça ve diz tutulumu ve tutulum paterni monoartropatidir fakat oligoartropatik tutulumlar da görülmüştür. Osteoartiküler tutulumun tanısı zordur, çünkü Tbc sinoviti pek çok kemik eklem patolojisini taklit edebilir. Bu nedenle sıklıkla hastalar yanlış tanı almakta ve hastalık ileri evrelerde tanı alarak tedavi edilmektedir. Burada öncesinde Tbc septik diz artriti nedeniyle opere edilmiş olan ve sonrasında

İletişim / Correspondence:

Dr. Fatih Bağcıer. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Erzurum.
e-posta: bagcier_42@hotmail.com

Çıkar çakışması / Conflicts of interest: Çıkar çakışması bulunmadığı belirtilmiştir. / No conflicts declared.

www.raedergisi.org
doi:10.2399/raed.15.02997
Karekod / QR code:



kronik dirsek monoartriti ile başvuran ve Tbc artriti tanısı alan olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu

Otuz altı yaşında, özel sektörde işçi olarak çalışan erkek hasta polikliniğimize sol dirseğinde şişlik ve ağrı şikayetiyle başvurdu. Yaklaşık on haftadır yakınmaları olan hastanın herhangi bir travma öyküsü yoktu. Ağrıları sürekli olarak devam etmekte ve sabahları bir saat kadar tutukluk yapmaktaydı. Bu şikayetlerle başvurduğu dış merkezde nonsteroid antiinflamatuvar ilaç tedavisi başlanan hastanın ağrılarında azalma olmamıştı. Yaklaşık bir buçuk yıl önce sol dizinde birkaç gün içinde gelişen şişlik, ağrı şikayetiyle başvurduğu merkezde eklemde mikrobik iltihap olduğu söylenmiş. Eklemine septik artriti tanısı ile cerrahi operasyon uygulanmış ve tüberküloz mikrobunun ürediği tespit edilmiş. Daha önce BCG aşısı yaptırdığı bilinen hasta, mevcut Tbc artritine yönelik tedavi düzenlenerek taburcu edilmiş ancak hasta planlanan antitüberküloz ilaçları kullanmamış. Bu dönemden itibaren diz ağrısı gerileyen hastanın sol dirsek eklemde giderek şiddetlenen ve medikal tedaviye dirençli ağrıları ortaya çıkmış. Polikliniğimizde yapılan fizik muayenesinde dirseğinde hafif ödem, hassasiyet ve hareket kısıtlılığı vardı. Sol dizinde yapılan cerrahi sonrası uygulanan enstrümantasyon nedeniyle hareket kısıtlılığı vardı. Dizinde artriti düşündüren ödem, ısı artışı görülmedi. Ateş, gece terlemesi, kilo kaybı gibi konstitüsyonel semptomları yoktu. Sistem sorgulaması olağandı. Kardiyopulmoner sisteme ait yakınmaları yoktu. Yapılan laboratuvar incelemelerinde sedimentasyon 52 mm/saat, C-reaktif protein 20 mg/l, romatoid faktör: 15 İÜ/ml, Brusella: negatif bulundu. Diğer hematolojik, biyokimyasal, otoimmün serolojik parametreler normal olarak sonuçlandı. Ek-

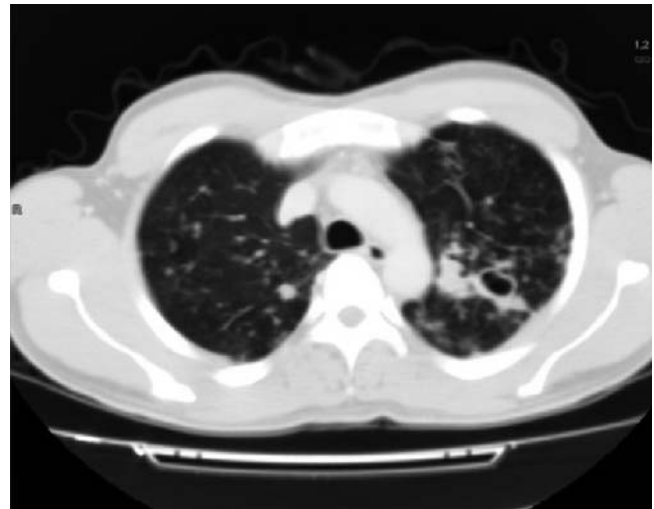


Şekil 1. Konvansiyonel akciğer grafisi: sol akciğer üst ve orta zonda retikülodüler opasite artışı görülmekte.

leminden elde edilen aspirasyon materyalinden yapılan biyokimyasal analizde glukoz seviyesi düşüktü ve lenfosit hücre hakimiyeti gözlemlendi. Asidorezistan boyaması pozitif geldi ve Tbc kültüründe üreme oldu. Dirsek grafisinde patolojik bulgu görülmedi. Telekardiyografisinde sol akciğer üst ve orta zonlarda retikülodüler opasite artışı vardı (**Şekil 1**). Ek olarak PPD incelemesi ve bilgisayarlı tomografi istendi. PPD 16 mm geldi. Tomografisinde aortopulmoner pencerede ve paratrakeal alanda lenfadenopatiler ve sol akciğer üst lob apikoposterior segmentte 23x16 mm ebatlı ince duvarlı kaviter lezyon gözlemlendi (**Şekil 2 ve 3**). Sonuç olarak inflamatuvar tarzda dirsek ağrısı ve sabah tutukluğu, öyküsünde artritinin sinsi başlangıç göstermesi, ilaç kullanım öyküsü ve travma hikayesi olmaması, laboratuvar ve görüntüleme bulguları ile hastaya kronik Tbc mo-



Şekil 2. Paratrakeal ve hiler alanda kalsifikasyon gösteren lenfadenopatiler.



Şekil 3. Sol akciğer üst lob apikoposterior segmentte kaviter lezyon.

noartrit tanısı kondu. Antitüberküloz medikal tedavisi düzenlenip ve istirahat önerilip taburcu edildi. Bir ay sonra yapılan kontrol muayenesinde artritinde gerileme gözleildi, subjektif ağrı şikayetlerinde azalma tespit edildi ve laboratuvar bulguları normal düzeylere yaklaştı.

Tartışma

Anamnezinde 6 haftayı aşan süre şikayetleri olan hastalarda kronik artropatiler düşünülür. Olgumuzun tek eklemünde artrit olması nedeniyle ayrırcı tanılar arasında enfeksiyöz artrit (tüberküloz, mantar), travmatik artrit, osteoartrit, gut-psödogut, nöropatik artropati, neoplazmlar düşünölmelidir. Burada hastamızın herhangi bir travma tarif etmemesi, ileri yaşta olmaması, daha önce buna benzer bir atak tarif etmemesi, diyabet gibi nöropati etyolojisinin olmaması, daha önce sol dizinden Tbc septik artrit nedeniyle opere olması, kronik Tbc dirsek artritini açısından ayrıntılı inceleme yapmamıza neden oldu.

Tüberküloz 21. yüzyılda halen kontrol altında tutulamayan, tüm dünyanın önemli bir sağlık problemidir. Dünya Sağlık Örgütü, her yıl 10 milyon yeni aktif Tbc olgusu ortaya çıktığını bildirmektedir. Sebep olarak gelişmekte olan ölkelerde sosyoekonomik koşulların kötüleşmesi düşünölmektedir. Gelimiş ölkelerde ise yaşlı popölasyonun artması ve "Human Immunodeficiency Virus (HIV)" ile enfekte kişiler, kronik hastalık, maligniteler, organ transplantasyonu, ilaca dirençli suşların gelişmesi Tbc'nin artmasına katkıda bulunan faktörlerdir.^[3-5] Bu gruplarda klinik atipik ve bazen ekstrapulmoner bulgular baskın olarak seyretmekte, tanı ve tedavide gecikilmektedir.^[3]

Türkiye'de Tbc endemiktir ve 2008 yılı Tbc toplam olgu hızı 100.000'de 25.8 olarak tespit edilmiştir. Sağlık Bakanlığı Verem Savaş Daire Başkanlığı'nın 2010 yılı raporunda Türkiye'de 2006 ile 2008 yılı akciğer dışı Tbc olgularının yüzdesi yıllara göre sırasıyla %28.2, %30.5 ve %30.6 olarak belirtilmiştir.^[6]

Mycobacterium tuberculosis enfeksiyonu, bakterinin solunum yoluyla alınması sonrası nonspesifik pnömoni ardından lenfatik veya hematogen yolla bakterinin akciğer loblarına ve diğer organlara yayılmasıyla gelişir. İmmünkompetan konakçıda enfeksiyon, hücrel immünite ile sınırlandırılır. Konakçı immunitésinin baskılandığında ise dormant haldeki basil, yeniden aktive olur ve hematogen veya lenf yoluyla hastalık yeniden yayılır.

Akciğer dışı Tbc tutulumuna bakıldığında en sık Tbc lenfadenit (%43.2) görölmektedir. Osteoartiküler tutulum da olguların %10.9'unu oluşturmaktadır. Osteoartiküler enfeksiyonda klasik olarak görölen spinal tutulum, diğer adıyla Pott hastalığıdır. Daha çok ağırlık binen eklemlerde kronik artrit, tendinit, bursit ve reaktif artrit (Poncet hastalığı) diğer tutulum tipleridir. Tbc'nin ekstraspinale

periferik eklemleri tutması nadir görölmektedir. Ekstraspinale osteoartiküler Tbc tutulumuna bakıldığında sıklık sırasına göre diz, kalça, ayak bileği, el bileği, sakroiliak eklem, symphysis pubis, el ve ayakların küçük eklemlerini tutmaktadır.^[7,8] Olgumuzun spinal kanal lokalizasyonu ile uyumlu ağrısı yoktu. Eklem Tbc'si kronik, yavaş ve sinsi seyirlidir, inflamasyon bulguları minimaldir; bu yüzden tanıda gecikme sık göröür. Olgumuzun artritini de sinsi başlangıç göstermişti ve belirgin artrit tablosu olmadığı için dış merkezde tanı konulamamıştı. Çoğunlukla sistemik semptomlar ve ekstraskeletal Tbc yoktur. Travma öyküsü sıklıkla vardır.^[9] Hastamızın da konstitösyonel ve pulmoner bulguları yoktu. Herhangi bir travma öyküsü bulunmamaktaydı. Tüberküloz, hastalığın erken evrelerinde travma, dejeneratif hastalık, gut, psödogut, romatoid artrit gibi romatizmal hastalıklar ve piyojenik septik artrit ile karışabilir.^[7,10] Beyaz küre sayısı genellikle normal iken, ESR hafif yüksek bulunur. Eklem bulgularına sistemik toksik gidişatın eşlik etmemesi, akut faz reaktanlarında belirgin yükselme olmaması ile akut piyojenik septik artritinden ayrırt edilir. Hastamızda da literatürle benzer şekilde akut faz reaktanlarında ılımlı bir yükseklik tespit edilmişti.

Osteoartiküler Tbc tanısında öncelikle hastalıktan şüphelenmek en önemli basamaktır. Ölkemiz şartlarında ayrırcı tanıda kronik monoartropati yapabilen başta brüseloz ve diğer enfeksiyonlar olmak üzere kanser ve sarkoidoz düşünölmelidir.

Hastalığın tanısında sinoviyal sıvı analizi, görüntüleme yöntemleri, histopatolojik incelemeler kullanılabilir. Artropatili eklemden yapılan sinoviyal sıvı analizinde sıvının saman sarısı rengine ve septik özellikte olup, lenfositleri seri hücrelerinin yüksek oranlarda olduğu görölmektedir. Glukoz seviyesi düşüktür. Olguların %20'sinde asidorezistan boyama (ARB), %80'inde kültür pozitifliği göröülebilir. Olgumuzun sinoviyal sıvı analizinde lenfositleri seri hakimiyeti gözleildi, ARB boyası ve Tbc kültürü pozitif sonuçlandı. Tüberküloz PCR, tanıda %50-80 pozitifdir. Görüntüleme yöntemleri şüpheli artırabilir. Direkt grafide periartiküler osteoporoz, eklem kenarlarında erozyon göröür. Ancak romatoid artrit ve diğer enfeksiyonlarda da benzer radyolojik bulgular izlenir. Yumuşak doku şişliği, subkondral skleroz, periostit ve kalsifikasyonlar diğer radyolojik bulgularlardır. Olgumuzun dirsek grafisinde belirgin bir patolojiye rastlanmadı. İlerleyen dönemde eklem yüzlerinde kırık harabiyeti ilerledikçe eklem aralığı daralır.^[7,10,11] Sonuçta eklem hareketleri kısıtlanır, kas atrofisi, kontraktürler ve eklemde ankiloz ortaya çıkar.^[12] Radyolojik değişikliklerin ortaya çıkması yavaştır ve bu değişiklikler hastalığa spesifik değildir. Tbc tanısının histopatolojik olarak desteklenmesi gerekir. Patoloji olan eklem bölgesinden yapılan sinoviyal biyopside kazeifiye granülatöz değişikliklerin göröülmesi önemlidir.

Vertebra dışı kas-iskelet sistemi tüberkülozunda tedavideki temel amaç enfeksiyonun durdurulması, deformiteyi sınırlamak, mobilitiyi korumak ve rahatsızlığı azaltmaktır. İstirahat önemlidir ve hastanın ekstremiteye ağırlık vermemesi gerekir. Tedavi öncelikli olarak medikal tedavidir ve erken tedavi tam osteoartiküler iyileşme sağlar. Ancak geç tanı alan hastalarda prognoz kötüdür ve kalıcı deformiteler ile sonuçlanır.^[13] Tedavide antitüberküloz ilaçlar, yetersiz kaldığı olgularda ise sinoviyektomi, debritleme, eklem stabilizasyonu gibi cerrahi girişimler gerekebilir.

Sonuç olarak osteoartiküler Tbc'nin sık görülmeyen bölgeleri tuttuğu durumlarda tanısı güçtür. Hastamız da olduğu gibi dirsek bölgesi Tbc'nin nadir tuttuğu bir bölge olması nedeniyle Tbc tanısı atlanmakta ve hastalar ancak ileri evrelerde tanı almaktadır. Tüberküloz artriti tedavisiz kaldığında ciddi komplikasyon ve sekeller gelişmektedir. Bu nedenle Tbc'nin kronik monoartrit ayırıcı tanıları arasında akılda tutulması gerekir.

Kaynaklar

1. Nelson LJ, Wells CD. Global epidemiology of childhood tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis* 2004;8:636-47.
2. Ruderman EM, Flaherty JP. Mycobacterial Infections of bones and joints. In: Firestein GS, Budd RC, Gabriel SE, McInnes IB, O'Dell JR, editors. *Kelley's textbook of rheumatology*. 9th ed. Philadelphia: Elsevier; 2013:1829-40.
3. Bocanegra TS. Mycobacterial, fungal and parasitic arthritides. In: Klippel J, Dieppe P, editors. *Rheumatology*. London: Mosby; 1994:4:5.1-12.
4. Garrido G, Gomez-Reino JJ, Fernández-Dapica P, Palenque E, Prieto S. A review of peripheral tuberculous arthritis. *Semin Arthritis Rheum* 1988;18:142-9.
5. Watts HG, Lifeso RM. Tuberculosis of bone and joints. *J Bone Joint Surg Am* 1996;78: 288-98.
6. The 2009 Report on fight against tuberculosis in Turkey. [Internet] Ankara: Turkish Republic Ministry of Health, Department of Fight Against Tuberculosis [cited 2010 Jan 15]. Available from: http://www.ehsm.gov.tr/Sub/verem_savas_dispanseri/files/dokumanlar/turkiyede-verem-savasi-2009-raporu.pdf
7. Pigrau-Serrallach C, Rodríguez-Pardo D. Bone and joint tuberculosis. *Eur Spine J* 2013;22: 556-66.
8. Wardle N, Ashwood N, Pearse M. Orthopaedic manifestations of tuberculosis. *Hosp Med* 2004;65:228-33.
9. Friedland JS. Tuberculosis. In: Armstrong D, Cohen J, editors. *Infectious diseases*. London: Mosby; 1999:2.30.1-16.
10. Ocguder A, Tosun O, Akkurt O, Oguz T, Colakoglu T. Tuberculosis of the foot: a rare involvement in osteoarticular tuberculosis. *J Clin Rheumatol* 2006;12:304-5.
11. Ferguson KB, Jones CE, Thomson AG, Moir JS. A rare case of tuberculosis of the midfoot. *Foot Ankle Spec* 2012;5:327-9.
12. De Vuyst D, Vanhoenacker F, Gielen J, Bernaerts A, De Schepper AM. Imaging features of musculoskeletal tuberculosis. *Eur Radiol* 2003;13:1809-19.
13. Agarwal A, Qureshi NA, Khan SA, Kumar P, Samaiya S. Tuberculosis of the foot and ankle in children. *J Orthop Surg (HongKong)* 2011;19:213-7.