



Sakroileit bulgularıyla seyreden miliyer tüberküloz: Olgu sunumu

Miliary tuberculosis presented as a sacroiliitis: a case report

Ali Utkan, Kemalettin Gülbahçe, Asım Cılız, Mehmet Ali Tümöz

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

Miliyer tüberküloz, bol miktarda tüberküloz basilinin kan yoluyla yayılması sonucu oluşan klinik bir tablodur. Bu yazıda miliyer tüberkülozu olduğu halde sakroiliyak ekleme yönelik yakınmalara odaklanıldığı için tanısı ve tedavisi geciken bir olgu sunuldu. Yirmi sekiz yaşında erkek hasta sol sakroiliyak eklemde yaklaşık beş aydır süregelen travmatik olmayan ağrı yakınması ile başvurdu. Gerçekleştirilen incelemelerle hastaya kesin tanı konulamadığından sakroiliyak ekleme açık biyopsi yapılması planlandı. Ameliyata hazırlık için rutin çekilen akciğer grafisinde iki taraflı, yaygın, 1-2 mm çapta opasiteler tespit edilerek miliyer tüberküloz tanısı kondu. Miliyer tüberküloz birçok sistemi tutabilen ve mikrobiyolojik tanısı güç olduğundan ampirik tedavinin sıkça seçildiği bir tüberküloz formudur. Sakroiliyak eklem enfeksiyonları sık görülmediğinden tanısı genellikle gecikmektedir. Kemik eklem tüberkülozu, nadir görülmesi, kliniğinin geniş çeşitlilik göstermesi, muayene eden doktorun şüphelenmemesi ve tanı koydurucu radyografik bulguların nadir olmasından dolayı zor tanınmaktadır. Bu olgu sunumunda, erken tanı ve tedavi için sakroiliyak eklem tüberküloz enfeksiyon olasılığının da göz önünde tutulmasının önemi vurgulandı.

Anahtar sözcükler: Miliyer tüberküloz; sakroiliyak eklem; tüberküloz sakroileit.

Miliary tuberculosis is a clinical picture due to hematogenous dissemination of a very large amount of bacilli. We present a case with miliary tuberculosis in which the diagnosis and treatment was delayed due to focusing on complaints about the sacroiliac joint. The 28-year-old male patient was admitted with a five-month history of pain in his left sacroiliac joint which was not traumatic. As a definitive diagnosis could not be reached by means of laboratory tests performed, an open biopsy was planned. In the chest X-ray obtained for routine preoperative evaluation, diffuse, bilateral opacities with a 1-2 mm radius were detected and the case was diagnosed with miliary tuberculosis. Miliary tuberculosis is a disease involving multiple organs and systems and treatment can be started empirically as microbiologic verification is difficult. Sacroiliac joint infections are rare and diagnosis is often delayed. The diagnosis of bone and joint tuberculosis is hard because of relative rarity of the disorder, the wide variety in clinical presentation, low suspicion of the examining physician, and rare diagnostic findings on radiographs. This case report highlights the importance of continued awareness for early detection and treatment of a tuberculous sacroiliac joint infection.

Key words: Miliary tuberculosis; sacroiliac joint; tuberculous sacroiliitis.

Sakroiliyak eklem enfeksiyonlarında tanı, silik ve nonspesifik klinik tablo nedeniyle genellikle gecikmektedir. Sakroileit, hasta için sıkıntılı, doktor için de ayırıcı tanıda olası birçok hastalık belirtilerinin göz önünde tutulması gereken zor bir bulgudur.

Tüberküloz artrit tipik olarak diz ve kalça gibi büyük eklemleri tutar. Ancak dirsek, el bileği, sak-

roiliyak eklem, omuz el ve ayak eklemlerinde de hastalık görülebilir. Kas iskelet tutulumlu tüberküloz olguları içinde sakroiliyak eklem tutulumu görülme oranı %10'dur.^[1,2]

Miliyer tüberkülozu olduğu halde sakroiliyak ekleme yönelik yakınmalara odaklanıldığı için tanısı geciken bu olguyu sunmaktaki amacımız, günümüzde yaygınlığı giderek artan tüberkülozun

her zaman göz önünde tutulmasının, tek taraflı sakroileitli olgularda erken tanı için önemini vurgulamaktır.

OLGU SUNUMU

Yirmi sekiz yaşında erkek hasta sol sakroiliyak eklemünde beş aydır süregelen travmatik olmayan ağrı yakınması ile başvurdu. Öyküsünden ağrısının eforla artmasına karşın dinlenmeyle tamamen geçmediği, sol uyluk posteriyoruna doğru yayılım gösterdiği, geceleri sol tarafına yattığında ağrıya uyandığı, özellikle geceleri ateş ve terleme yakınmaları olduğu ve miktarı tam bilinmemekle birlikte son iki ayda kilo kaybettiği öğrenildi. Hastaya daha önce başvurduğu bir başka merkezde tam kan sayımı, rutin biyokimya ve seroloji incelemeleri ile iki yönlü lomber, ön-arka pelvis grafisi ve pelvis manyetik rezonans (MR) incelemeleri yapılmış ve hasta Brodie apsesi öntanısıyla hastanemize sevk edilmişti.

Hastanın fizik muayenesinde antalgik yürüyüşü dikkat çekiyordu. Lomber veya gluteal bölgede şişlik, eritem ya da fistül ağzı izlenmedi. Her iki alt ekstremitede duyu ve motor muayenesi doğaldı. Her iki kalça eklem hareket açıklıkları tamdı fakat sol kalçasında fleksiyon ve dış rotasyonla ağrı oluşuyordu. Solda FABER (fleksiyon, abduksiyon, eksternal rotasyon) testi pozitif olarak bulundu. Diğer fizik muayene bulguları normaldi.

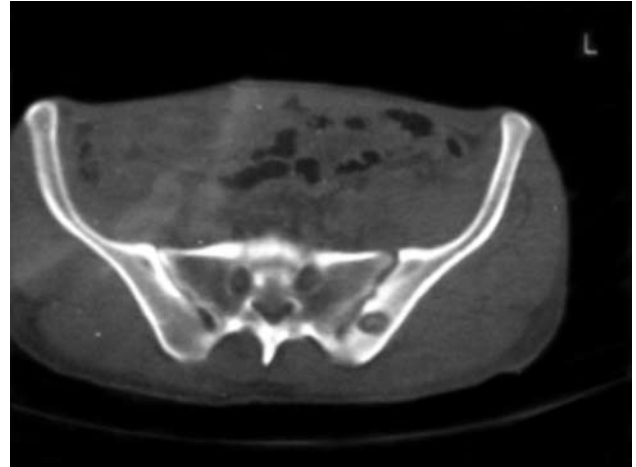
Laboratuvar testlerinde hastanın eritrosit sedimentasyon hızı 59 mm/h (0-10 mm/h), C-reaktif protein (CRP) 66.3 mg/L (0-5 mg/L), beyaz küresi 5.3 K/uL (4.4-11.3 K/uL) olarak bulundu. Kan ve

idrар kültürlerinde üreme olmadı. Brucella aglütinasyon testi negatif olarak geldi. Pelvis ön-arka grafisinde sol sakroiliyak eklemde skleroz izlenmekteydi (Şekil 1). Pelvis bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde sol iliyak kemikte çevresi skleroz sakroiliyak eklem uzanım gösteren 22x21 mm boyutunda litik alan izlenmekteydi (Şekil 2). Pelvik MR incelemesinde sol sakroiliyak eklem içerisinde eklem kıkırdağını tutan, sakrum sol kanadına ve sol iliyak kanada uzanan enfeksiyonla uyumlu sinyal değişiklikleri vardı (Şekil 3). Sol iliyak kanat eklem komşuluğunda iliyakus kası inferiorunda yaklaşık 2 cm çapında apse lehine yorumlanan lezyon izlenmekteydi.

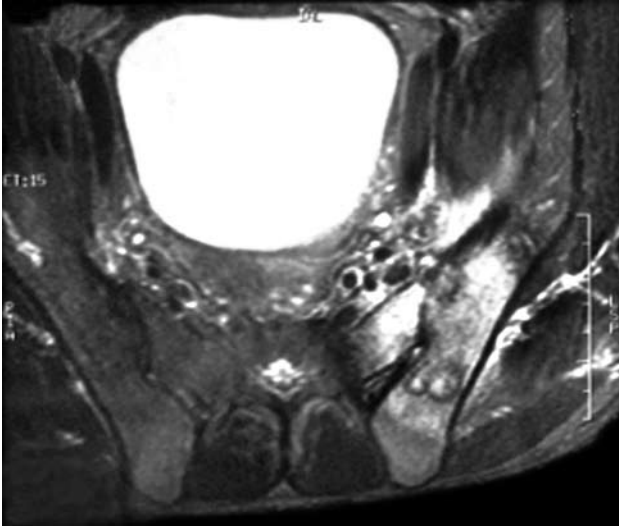
Tanı ve tedavi amacıyla kliniğimize kabul edilen olguya genel anestezi altında biyopsi yapılması planlandı. Ameliyata hazırlık için rutin çekilen arka ön akciğer grafisinde iki taraflı, yaygın, 1-2 mm çapta opasiteler (kar yağdı manzarası) izlenmesi üzerine göğüs hastalıkları kliniğine danışıldı (Şekil 4). Göğüs hastalıkları tarafından değerlendirilen hastaya miliyer tüberküloz öntanısı kondu. Tüberkülin deri testi pozitif gelen hastanın endurasyonu 18 mm ölçüldü. Hasta yatarak anti-tüberküloz tedavisi almak üzere Ankara Sanatoryum Hastanesine sevk edildi. Hastaya tedavinin başlangıç fazında dördümlü anti-tüberküloz tedavi, izoniyazid (5 mg/kg), rifampisin (10 mg/kg), pirazinamid (25 mg/kg), etambutol (15 mg/kg) başlandı ve iki ay boyunca devam edildi. Daha sonra hastaya altı ay boyunca ikili anti-tüberküloz tedavi, izoniyazid (5 mg/kg), etambutol (15 mg/kg) verildi ve altıncı ayın sonunda tedavi sonlandırıldı.



Şekil 1. Hastanın ön-arka pelvis grafisi. Sol sakroiliyak eklemde skleroz mevcut.



Şekil 2. Pelvis bilgisayarlı tomografi incelemesinde sol iliyak kemikte eklem uzanım gösteren 22x21 mm boyutunda litik alan izlenmekte.



Şekil 3. Pelvik manyetik rezonans T₂ ağırlıklı görüntü. Sol sakroiliyak eklem içerisinde sol iliyağ kanada uzanan, 2 cm çapında apse lehine yorumlanan lezyon izlenmektedir.

Tedavi bitimindeki muayenesinde tamamen ağrısız ve eklem hareketleri tamdı, FABER testi negatif bulundu. Hastanın tedavisinin bitiminden bir yıl sonraki kontrol muayenesinde halen herhangi bir yakınmasının olmadığı ve tamamen sağlıklı olduğu izlendi.

TARTIŞMA

Sakroileitin ayırıcı tanısında seronegatif spondilartropatiler (ankilozan spondilit, psöriatik artrit, Reiter sendromu, Behçet hastalığı ve enflamatuvar bağırsak hastalığı) posttravmatik artrit, sakroiliyak eklem piyogenik enfeksiyonu, yumuşak doku bozuklukları (romatoid artrit, sistemik lupus eritematozus), ailesel Akdeniz ateşi, metabolik hastalıklar (gut, psödogut ve hiperparatiroidizm), tümörler, tüberküloz ve pigmente villonodüler sinovit düşünülmelidir.^[3,4]

Sakroileit, ankilozan spondilitin erken evresinin klasik bulgusudur fakat ankilozan spondilitte sakroileit iki taraflı ve simetrik dağılımlıdır. Diğer seronegatif artropatilerde de sakroiliyak eklem tutulumu genellikle simetriktir ve eşlik eden diğer sistem otoimmün tutulum bulguları (üveit, dermatit, üretrit vb.) izlenir.^[3,5] Bununla birlikte tüberküloz sakroileit de %10 oranında iki taraflı görülebilmektedir.^[2]

Ekstrapulmoner tüberküloz sıklıkla enfekte mukozal sekresyonların yutulup gastrointestinal sisteme geçmesiyle ve basilin lenfohematojen yolu kullanarak vücuda yayılmasıyla gerçekleşir.^[6] Basil



Şekil 4. Hastanın arka-ön akciğer grafisinde iki taraflı, yaygın, 1-2 mm çapta opasiteler (kar yağdı manzarası) mevcut.

hedef organa veya organlara yerleştikten sonra enfeksiyona özgü bir klinik görülmeyebilir. Ekstrapulmoner tüberküloz kliniğinin değişken olması tanı aşamasında bir takım güçlükler neden olur. Bu nedenle ayırıcı tanıda birçok hastalık düşünülmelidir.^[7]

Miliyer veya dissemine tüberküloz; konağın immünesini yenecek sayıda tüberküloz basiliinin kan yolu ile akut yayılımı sonucunda ortaya çıkmaktadır. Miliyer terimi 1-3 mm çaplı yaygın mikronodüler patolojik görünümünden kaynaklanmaktadır ve miliyer tüberküloz akciğerleri etkilediği gibi hastalık sırasında birçok organı da etkilemektedir.^[8] Miliyer tüberküloz geçmişte primer basillemi sırasında yerleştiği çok sayıda yerleşim yerinden, immünesitedeki ani düşüşe bağlı eşzamanlı aktifleşme sonucu da gelişip ortaya çıkabilir. Bir diğer mekanizmada ise primer akciğer enfeksiyonu ile birlikte görülen basillemi aynı anda birçok organda ilerleyici hastalığa neden olur.^[7]

Kemik eklem tüberkülozu, herhangi bir kemiği veya eklemi tutabilmektedir. Tüberküloz osteomyeliti kemikte sınırlı kalır veya komşu eklem yayılım gösterebilir. Hastalarda sistemik olarak ateş, gece terlemesi, öksürük, kilo kaybı, plöretik ağrı, anoreksi ve yorgunluk görülebilir. Bazen tutulan kemikte apse formasyonu gelişir ve bir fistül ağız ile dışarı açılır. Bizim olgumuzda da sistemik olarak ateş, gece terlemesi ve kilo kaybı vardı. İliyak kemikteki litik alan sakroiliyak eklem uzanım göstermiş fakat bir fistülle dışarı açılmamıştı.

Kas-iskelet sistemi tüberkülozunda görüntüleme yöntemleri ile kesin tanı konulmasa da tanıya yardımcıdırlar. Direkt grafilerde özellikle erken dönemde bilgi edinmek güç olmakla birlikte sisli görüntü ve eklem çizgisinde kaybolma ilk bulgular olabilir. Kemik sintigrafisi erken dönemde tanıya yardımcı olabilir.^[9] Buna karşın erken dönemde BT ve MR incelemeleri daha fazla bilgi verir.^[5,6] Bilgisayarlı tomografi eklem harabiyetinin yaygınlığını açıkça gösterir. Manyetik rezonans görüntüleme ise yumuşak doku içinde apse formasyonunu gösterebilir, yumuşak doku tümörü ile piyojenik artrit ayrımına yardımcı olabilir.^[10] Bilgisayarlı tomografi ve MR incelemeleri tanıya yardımcı olsa da aspire edilen materyalin kültür sonucu pozitif ise kesin tanı konur.

Tüberküloz artritin tanısı kendisine özgü bir kliniği olmadığı için sıklıkla gecikmektedir. En belirgin özellik tutulan kemik ve eklem bölgesinde ortaya çıkan yerel ağrıdır. Hastalığın başlaması ile tanı konması arasında geçen süre ortalama 8-19 aydır.^[2,11] Bizim olgumuzda tanı göreceli olarak erken kondu. Bununla birlikte sakroileit etyolojisini araştırırken tüberkülozu ön planda düşünüp akciğer grafisini daha erken çektiysedik ileri incelemelerle zaman kaybetmeden hastanın miliyer tüberküloz tablosunu görebilecek ve tedaviye daha erken başlayabilecektik. Ülkemizde halen nüfusun önemli bir kısmında hakiki tüberküloz basiliyle enfeksiyon olduğuna göre, enfeksiyon havuzu dediğimiz bu toplumdaki endojen tüberküloz aktivasyonu ile yeni olgular çıkacaktır. Bu nedenle tüberküloz, daha uzun

süre son derece ciddi bir sorun olarak göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Goldberg J, Kovarsky J. Tuberculous sacroiliitis. *South Med J* 1983;76:1175-6.
2. Kim NH, Lee HM, Yoo JD, Suh JS. Sacroiliac joint tuberculosis. Classification and treatment. *Clin Orthop Relat Res* 1999;358:215-22.
3. Bernard TN Jr, Cassidy JD. The sacroiliac joint syndrome: pathophysiology, diagnosis, and management. In: Frymoyer JW, editor, *The adult spine: principles and practice*. 2nd ed. New York: Lippincott-Raven; 1997. p. 2343-66.
4. Moujtahid M, Essadki B, Lamine A, Fikry T, Bennouna D, Dkhissi M, et al. Tuberculous osteitis in limbs. Twenty five case-reports. *Rev Rhum Engl Ed* 1996;63:344-8.
5. Keleş I, Aydın G, Kitay OL, Orkun S. Tuberculous sacroiliitis: a case report. *Rheumatol Int* 2004;24:312-4.
6. Rosman MD, Eyupoglu AF. Clinical presentation and treatment of tuberculosis. In: Fishman AP, Elias JA, Fishman JA, Grip MA, Senior RM, Pack AI, editors. *Fishman's pulmonary disease and disorders*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill Company; 1998. p. 2483-2502.
7. Iseman MD. *A clinician's guide to tuberculosis*. Philadelphia: 2000. *Klinisyenler için tüberküloz kılavuzu*. Çeviri editörü: Özkara Ş. Erişkinlerde akciğer dışı tüberküloz. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2002. s. 145-98.
8. Balcı K. Tüberküloz. In: Balcı K, editör. *Göğüs hastalıkları*. 3. baskı. Konya; Atlas Kitapevi; 1993. s. 191-254.
9. Salomon CG, Ali A, Fordham EW. Bone scintigraphy in tuberculous sacroiliitis. *Clin Nucl Med* 1986;11:407-8.
10. Hong SH, Kim SM, Ahn JM, Chung HW, Shin MJ, Kang HS. Tuberculous versus pyogenic arthritis: MR imaging evaluation. *Radiology* 2001;218:848-53.
11. Moore SL, Rafii M. Imaging of musculoskeletal and spinal tuberculosis. *Radiol Clin North Am* 2001; 39:329-42.