

PRİMER OMUZ EKLEMİ TUBERKÜLOZU

Mehmet SUBAŞI*, **Cumhur KESEMENLİ***, **Ahmet KAPUKAYA****
Hüseyin ARSLAN*, **Serdar NECMİOĞLU****

ÖZET

Giriş: Son yıllarda tuberküloz enfeksiyonlarında artış gözlenmesi üzerine, dikkatler tekrar bu hastalığın tedavisine çevrilmiştir. Tartışmalar bu hastalıkta uygulanan cerrahi teknikler üzerinde yoğunlaşmaktadır.

Hastalar ve Yöntem: 1995-2000 yılları arasında primer omuz tuberkülozlu 7 hasta tedavi edildi. Beşi erkek, 2'si kadın olan hastaların yaş ortalaması 23 idi. Hastaların tamamına açık biopsi ve 12 ay süreyle üçlü kemoterapi uygulandı. Hiçbir hastaya sinoviektomi ve primer artrodez yapılmadı.

Sonuç: Hastalar ortalama 28 ay takip edildiler. Wilkinson kriterlerine göre, hastaların 4'ü mükemmel ve iyi, 2'si orta, 1'i ise kötü olarak değerlendirildi.

Tartışma: Martini sınıflamasına göre evre I ve II'de sadece kemoterapi, evre III ve IV'te ise başlangıç olarak debritman, daha sonra gerekirse artrodez uygulanması kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: *Tüberküloz, Omuz Eklemi.*

SUMMARY

PRIMARY TUBERCULOSIS OF SHOULDER JOINT

Introduction: Focus at tuberculosis infection has risen significantly in recent years. Discussion has at surgical techniques in these patients.

Material and Methods: Seven patients with primary shoulder tuberculosis were treated in orthopedics clinic of Dicle University Hospital during 1999-2000 years. Mean age of the patients was 23 years. Five patients were male and two females. All patients had open biopsy and chemotherapy with three agents for 12 months of duration. No patients had synovectomy or primary arthrodesis patients were followed up for 28 months.

Results: According to the Wilkinson criteriae 4 patients were accepted excellent, 2 moderate and one bad.

Discussion: According to Martini classification we think that only chemotherapy has to be considered for patients in stage I and II, and initially debridman and arthrodesis of necessary for patients in stage III and IV.

Key Words: *Tuberculosis, Shoulder Joint.*

GİRİŞ

Son yıllarda antituberkuloz ilaçlara karşı gelişen direnç, immun sistem defektliliği hasta sayısında artış, ve HIV hastalığı gibi nedenlerden dolayı tuberküloz enfeksiyonlarında önemli artış gözlenmektedir. Günümüzde tekrar önemli bir hastalık durumuna gelen tuberküloz, özellikle iskelet sisteminde ciddi sorunlarla karşımıza çıkmaktadır. Bunların başında ise erken tanıda zorluk ve tedavisinde henüz fikir birliğinin olmaması gelmektedir. Bütün yazarların birleştiği nokta, tedavide kemoterapötik ajanların verilmesidir. Ancak bu hastalıkta cerrahi tedavide tartışmalar yoğun bir şekilde devam etmektedir. Cerrahi tedavide halen debritman, sinoviektomi, artrodez ve artroplasti gibi teknikler uygulanmaktadır. Bazı yazarlar sadece konservatif tedavinin yeterli olduğunu savunurken¹, buna karşılık bazı yazarlar ise cerrahi tedavinin gerekliliğini vurgulamaktadırlar^{2,3}. Cerrahi tedavide üzerinde en fazla tartışılan konu bu hastalıkta sinoviektominin yerinin olup olmadığıdır.

Kliniğimize 1995-2000 yılları arasında primer omuz eklemi tuberkülozu tanısı konulan ve çeşitli tedavi prensipleri uygulanan hastaların sonuçları tartışıldı.

HASTALAR VE YÖNTEM

Bu çalışmaya 1995-2000 yılları arasında kliniğimize omuz ağrısı ve hareket kısıtlılığı nedeniyle müracaat eden, primer omuz eklemi tuberkülozu tanısı konulan hastalar dahil edildi. Hastaların beşi erkek, ikisi bayandı. Yaş ortalaması 23 (16-37) idi. Olguların tümüne, omuz ve akciğer grafileri, omuz MRI çekildi (Tablo I). Ayrıca ESR, PPD, balgam ve mide suyunda ARB ve kültür alındı. Enfeksiyon düşünülen omuz ekleminden ponksiyon yapıldı ve biopsi alındı. Hastalar Kerri ve Martini⁴ sınıflamasına

* Yrd. Doç. Dr., Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı.

** Doç. Dr., Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı.

göre sınıflandırıldı (Tablo II). Cerrahi olarak olguların 1'ine artrodez, 4'üne debritman ve 2'sine ise sadece biopsi yapıldı. Omuz artrodezi yapılan hastalar hariç, diğer hastalara ameliyat sonrası 7. gün omuz hareketleri başlatıldı. Rifampicin, İsoniazid, Pyrazinamid üçlüsü 12 ay süreyle hastalara verildi. Hastalar üçer ay aralıklarla kontrol edildiler. Bu kontrollerde ağrı, fonksiyon, hareket açıklığı ve düz röntgenogramların sonuçları belirlenip kaydedildi. Ayrıca karaciğer fonksiyon testleri de incelendi. Sonuçlar Wilkinson² kriterlerine göre değerlendirildi (Tablo III).

SONUÇLAR

Hastalar ortalama 27 ay takip edildiler. ESR ortalama 44 mm/h idi. PPD, kültür, balgam ve mide suyunda ARB tüm hastalarımızda negatifti. Kesin tanı biopsi ile konuldu. Kesin tanı biopsi ile konulduktan sonra antituberkuloz ilaçlara başlandı. İlaçlar başladıktan sonra sadece biopsi endikasyonu konulan hastalarda ağrı, ortalama ilk üç haftada dramatik olarak azaldı veya yok oldu

Tablo I
Hastaların Yaşı, Yapılan Tedavi ve İzlem Süreleri

Hasta Sayısı	Yaş	Cerrahi	Kültür	İzlem (Ay)
1	21	Artrodez	-	52
2	37	Debritman	-	18
3	21	Debritman	-	20
4	31	Biyopsi	-	32
5	20	Debritman	-	23
6	19	Debritman	-	22
7	16	Biyopsi	-	22

(Resim 1). Debritman ve artrodez yapılan hastalarda ise bu süre daha uzun olmakla beraber ağrı tam olarak yok oldu. Hareket açıklığı ise ortalama üç ay sonunda tama yakındı. Artrodez yapılan hastada tam olarak kaynama elde edilmemesine rağmen ağrının geçtiği görüldü (Resim 2).



Resim 1a: 20 yaşında erkek hasta ameliyat öncesi düz grafisi.

Tablo II
Kerri ve Martini'ye Göre Hastaların Radyolojik Sınıflandırılması

Stage	Tanım	Görünüm	Hasta Sayısı
1	Normal	Osteogeni, yumuşak doku şişliği epifiziyal hipertrofi var veya yok	1
2	Osteomyelit	Epifiziyel veya metafizyal kist normal eklem aralığı	1
3	Arthitic	Eklem aralığı daralmış. Büyük anatomik bozukluk	3
4	Arthitic	Büyük anatomik bozukluk	2

Tablo III
Wilkinson Kriterlerine Göre Hastaların Dağılımı

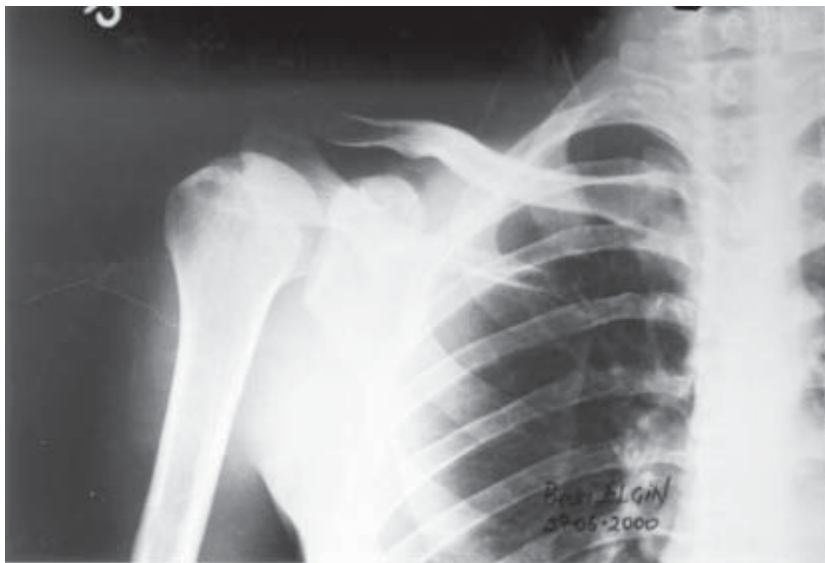
Grade	Fleksiyon Derecesi	Radyoloji	Sayı
Mükemmel	Tam	Normal	2
İyi	>90	Normal	2
Orta	35-90	Eklem aralığı daralmış	2
Kötü	<35 veya Ankiloz	Eklem aralığı daralmış	1



Resim 1b: Aynı hastanın MR görünütüsü.



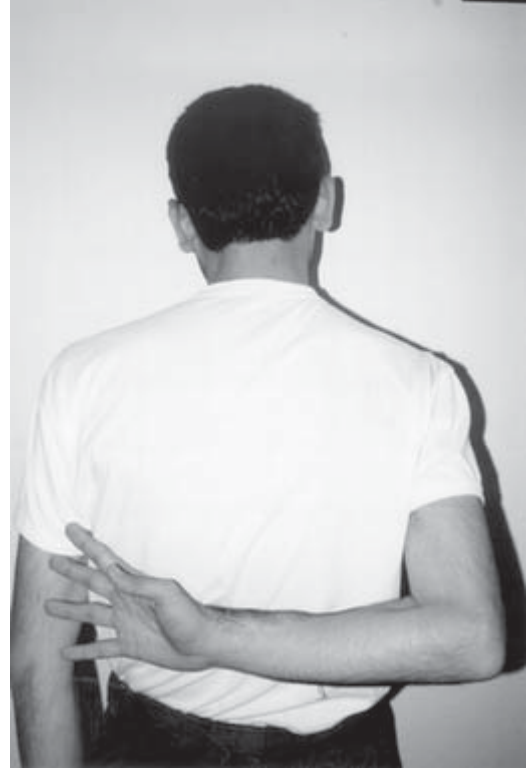
Resim 1c: Aynı hastanın sintigrafisi.



Resim 1d: 22 ay sonraki düz grafisi.



e



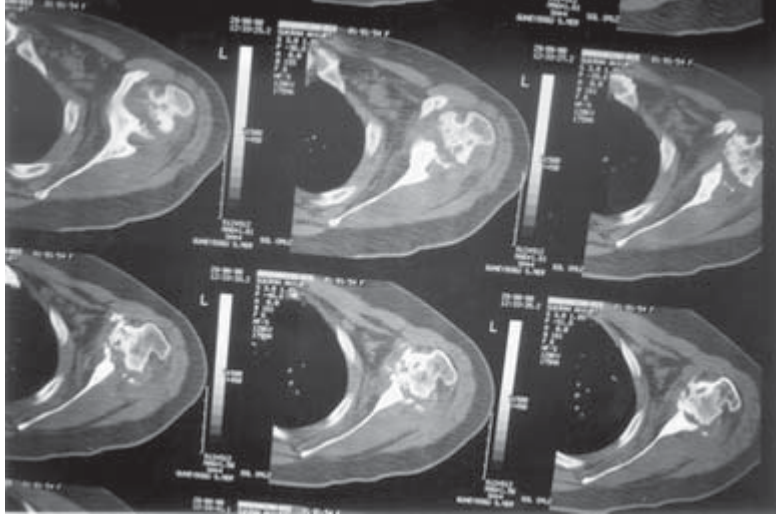
f

Resim 1e, f: Fonksiyonel sonuç.

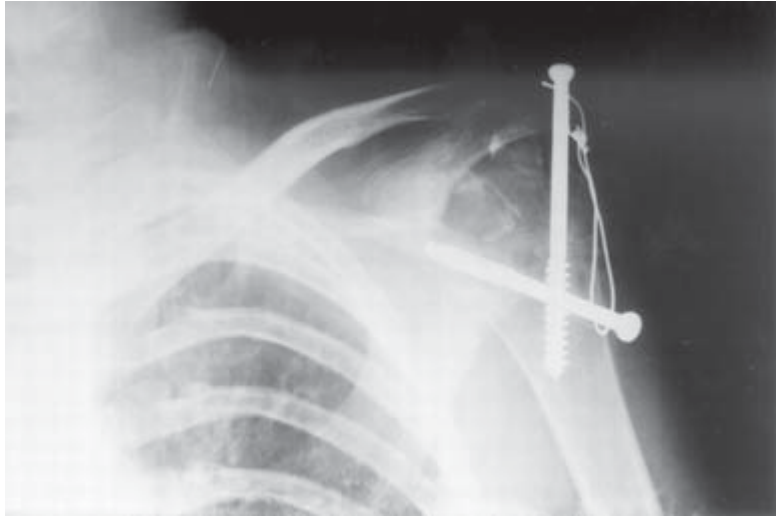


Resim 2a: 21 yaşında erkek hasta ameliyat öncesi grafisi.

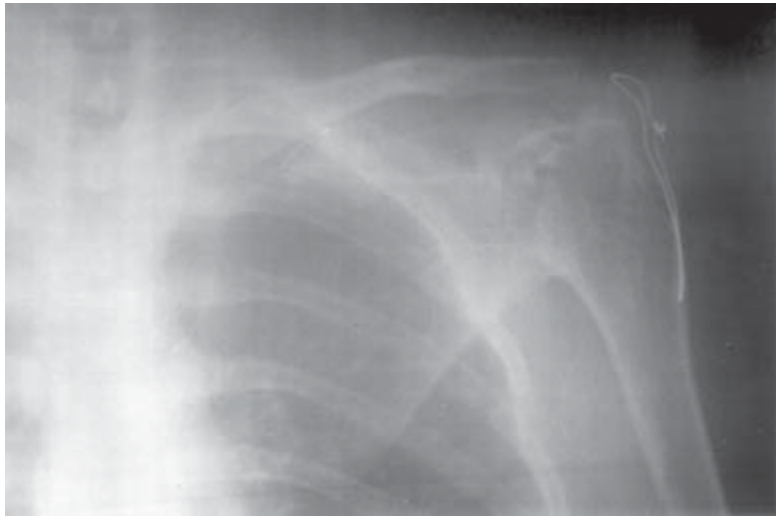
Resim 2b: Aynı hastanın tomografik görüntüsü.



Resim 2c: Postoperatif düz grafisi.



Resim 2d: 32 ay sonraki kontrol grafisi.



TARTIŞMA

Tüberküloz enfeksiyonlarında son yıllarda dünyanın her ülkesinde bir artış gözlenmesi üzerine dikkatler tekrar bu hastalığa çevrilmiştir. Özellikle bu hastalıkta uygulanması gereken cerrahi tedavilerde tartışmalar yoğunlaşmıştır^{2,3}. Günümüzde cerrahi olarak debrütman, sinoviektomi, artrodez ve artroplasti gibi teknikler uygulanmaktadır. Debrütman genellikle erken tanı konulmuş, kemik ve kıkırdakta aşırı derece destrüksiyon yapmamış olgularda başvurulan bir tekniktir^{4,5}. Belki de bu hastalıkta en fazla tartışılan teknik sinoviektomidir. Bir kısım yazarlar tek başına kemoterapinin, kemoterapi ve sinoviektomi kombinasyonundan daha iyi sonuçlar aldıklarını bildirmektedirler¹. Buna karşılık Chow ve You³ gibi yazarlar ise sinoviektominin gerekliliği üzerinde durmuşlardır. Bazı yazarlar ise, 4-6 hafta kemoterapi uygulandıktan sonra, şiddetli pannus dokusu gelişen olgularda debrütmanla beraber yapılabileceğini vurgulamaktadırlar⁶.

Hastalarımızın hemen tamamı bize geç olarak başvurdukları için tanı koymada güçlükler çekilmiştir. Bu bakımdan hastalarımızın tamamına rutin tetkikler tamamlandıktan sonra biopsi yapıldı. Klinik radyolojik ve histopatolojik incelemeler neticesinde

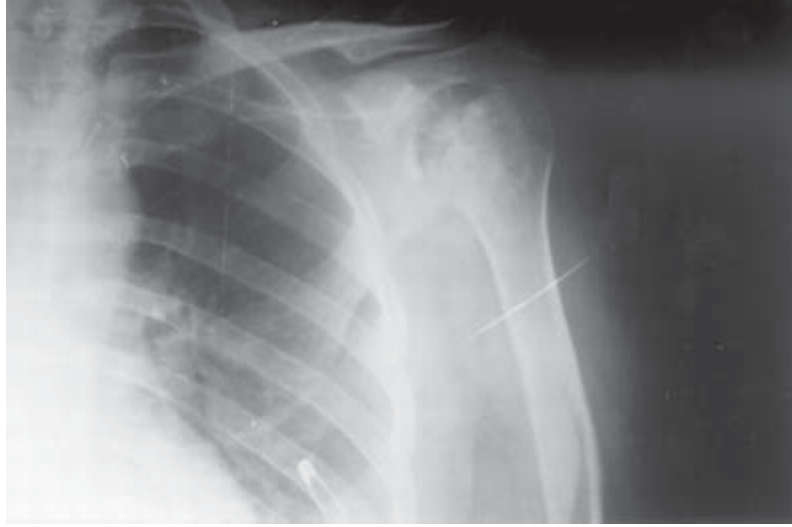
tanısı konulan hastalara ilk üç hafta kemoterapi uygulandı. Evre I ve II'de sadece biopsi ve kemoterapi kombinasyonu, evre III ve IV'e ise üç hafta kemoterapi uygulandıktan sonra hastanın şikayetleri geçmemiş ise sadece debrütman yapılmıştır. Hiçbir hastamızda sinoviektomi ve primer artrodez uygulanmadı. Sadece evre IV olan bir hastamıza debrütman yapıldıktan 3 ay sonra artrodez yapıldı. Diğer evre IV olan hasta ise 18 aydır takibimizde olup herhangi bir şikayeti yoktur (Resim 3). Ancak eklem hareket açıklığında önemli derecelerde azalma vardır.

Her ne kadar omuz eklemi tüberküloz olgularımız az olsa da genel iskelet tutulumu olarak son 15 yıldır takip ettiğimiz hasta sayısı oldukça fazladır. Genel kanılarımızı bu olgulardan da çıkartarak vermekteyiz. Buna göre uzun süreli sinsi bir ağrının varlığı, daha önce uygulanan tedavilerin başarısız olması ve çekilen düz grafilerde osteopeni, epifizial hipertrofi, kemik erozyonları, eklem aralığının daralması ve destrüksiyon gibi görüntüler ve bulgular var ise ilk olarak tüberküloz enfeksiyonu düşünülmeli ve rutin tetkikler tamamlandıktan sonra hasta biopsiye alınmalıdır.

Her yazar tarafından kabul edilen konu ise kemoterapinin her olguda uygulanmasıdır. Kemoterapide genel kabul, en az üçlü kombinasyon



Resim 3a: 37 yaşında bayan hasta.



Resim 3b: Aynı hastanın 18 ay sonraki grafisi.

ve bu ilaçlardan birinin bakterisid olması yönündedir. Bu ilaçların verilme süresi hakkında değişik görüşler olmakla beraber en az sürenin 12 ay olması üzerinde fikir birliği vardır⁶. Hastalarımıza 12 ay süreyle üçlü kombinasyon verilmiştir.

Sonuç olarak, sinoviektomi yapılmasının çok yararlı olduğu kanısında değiliz. Hastalık hangi evrede olursa olsun başlangıçta primer olarak artrodezden önce konservatif tedavi uygulayıp cevap alınmaz ise artrodezden düşünülmesi gerektiği kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Gupta SK. The treatment of synovial tuberculosis of the knee by a method with unrestricted activities. *Indian J Orth.* 1982; 16: 14-18.
2. Wilkinson MC. Tuberculosis of the hip and knee treated by chemotherapy, synovectomy, and debridement. A follow-up study. *J Bone Joint Surg.* 1969; 51-A: 1343-1359.
3. Chow SP, Yau A. Tuberculosis of the knee. a long term follow-up. *Int Orthop.* 1980, 4: 87-92.
4. Kerri O, Martini M. Tuberculosis of the knee. *Int Orthop.* 1985; 9: 153-157.
5. Aguirre, N. Bago, J, Martin N. Tuberculosis of the knee. surgical or conservative treatment. *Acta Orthop Belgica.* 1989; 55: 22-25.
6. Watts. HG, Lifeso MR. Current concepts review tuberculosis of bones and joints. *J Bone Joint Surg.* 1996; 78-A: 288-298.