

# Bir Vaka Nedeniyle POTT Hastalığı

Uzm. Dr. Tuğba Emüroğlu

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Dahiliye Kliniği

Dr. Nihal Kavaklı Cengiz

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Dahiliye Kliniği

Uzm. Dr. Dilek Soysal

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Dahiliye Kliniği

Uzm. Dr. Hakan Yavaş

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Dahiliye Kliniği

Uzm. Dr. Hamit Güneş Feran

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

## Özet

Bu çalışma, aktif veya geçirilmiş semptomatik akciğer tüberkülozu öyküsü bulunmayan 38 yaşındaki bir bayan hastada tüberkülozun lomber vertebra tutulumu ile bilateral psoas absesinin tanı ve tedavi evreleri incelenerek ve ilgili literatür gözden geçirilerek sunulmuştur.

**Anahtar kelimeler:** Tüberküloz, Pott hastalığı, psoas absesi.

## Summary

This study is aimed to review the diagnosis and treatment stages of lomber vertebral involvement of tuberculosis with bilateral psoas abscess in a 38 years old female patient with no medical history of active or passed symptomatic lung tuberculosis in the view of literatures.

**Key Words:** Tuberculosis, Pott's disease, psoas abscess.

## Giriş

Tüberküloz dünyada artan bir insidansla bulunmaktadır. Tüberküloz vakalarının %3'ünde iskelet sistemi tutulumu görülür ve bunların da %50'sinde vertebra tutulumu vardır (1,2). Vertebra tutulumunun erişkinde en sık görülen şekli olan paradiskal lezyon vertebral metafizden başlar, kırıkardak ve son plakta erozyona yol açar, sonuçta disk inflamasyonu ve disk aralığında daralma ile sonuçlanır. Abse oluşumu, tüberküloz enfeksiyonlarında diğer piyogenik enfeksiyonlara göre daha sıktır (3) ve tüberküloz spondiliti vakalarının %71-75'inde izlenmiştir. Gelişmemiş ülkelerde Mikobakterium Tüberkülosise bağlı spondilit sonrası mortalite ve morbidite yüksektir. Bu bölgelerde nontravmatik paraplejinin en sık nedenini oluşturmaktadır. Olgumuz da bilateral psoas absesi gelişmiş, lomber tutulum saptanmış bir vertebral tüberküloz vakasıdır (1).

## Olgu

38 yaşındaki bayan hasta 9 aydır devam eden, dinlenmekle azalan, hareketle artan bel ağrısı, son 5 ay içinde 20 kg kilo kaybı ve gece terlemesi şikayetleri ile başvurdu. Alkol, sigara ve ilaç kullanım öyküsü yok. Hipertansiyon, diabetes mellitus ve herhangi bir solunum yolu hastalığı tanımlanıyor. 5 yıl önce kolesistektomi operasyonu geçirmiş. Yapılan muayenesinde genel durumu iyi, bilinç açık koopere; kalp sesleri ritmik, mitral odakta 2/6 derece koltuk altına yayılan sistolik üfürümü mevcut; solunum sesleri dinlemekle olağan; batin serbest, karaciğer 3 cm, dalak 1 cm palpabl; batında kolesistektomi operasyonuna ait skar mevcuttu. İnguinal bölgede çok sayıda mikro lenfadenomegali palpe edildi. Hastanın nörolojik muayenesinde, sol bacak medial ve lateralinde hiperestezi, aljezi; sol patella üzerinde hiperestezi, aljezi; solda patellar refleks kaybı; sol ayak sırtında hipoaljezi; alt ekstremitelerde 4/5 paraparezi ve bilateral Babinski pozitifliği saptandı.

P-A akciğer grafisi normaldi. Laboratuvar tetkiklerinde Hgb:9.45 g/dl, Hct:%28, Lökosit:10400/mm<sup>3</sup>, MCV:83.7fL, eritrosit sedimentasyon hızı:103 mm/sa, serum demir düzeyi:16ug/dL(49-167), serum demir bağlama kapasitesi:181ug/dL(205-467), serum B12 vitamini:461 pg/ml (100-700), folik asit:8.6 ng/ml (3-16), HbsAg(-), AntiHBs(+), AntiHBcIgG(+), AntiHCV(-), AntiHAViGm(-), AntiHAViGg(-), AntiHIV(-), grup aglutinasyon testleri(-), Coombs'lu Brucella(-) saptandı. Rutin biyokimya tetkikleri olağandı. Lomber BT'sinde; L3-L4-L5 vertebra korpuslarında yükseklik kaybı (kompresyon kırığı), L3-L4-L5 vertebra korpuslarında düzgün sınırlı litik alanlar, L3-L4 ve L4-L5 disklerinde sol posterolateral disk protrüzyonu ve soldan L4-L5 sinir köklerine bası tespit edilerek sintigrafi ve manyetik rezonans ile ileri inceleme önerildi. Tüm vücut kemik sintigrafisinde; 20mCi Tec 99m Metilen Difosfonat (MDP)'in intravenöz enjeksiyonunu takiben 3. saatte alınan tüm

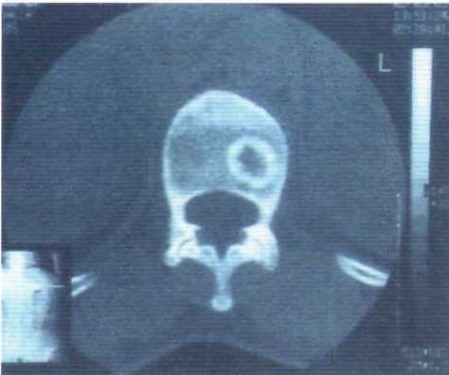
vücut ve plantar görüntüler değerlendirilerek, posterior pozisyonda lomber L4-L5 vertebralarda ılımlı diffüz artmış MDP akümüasyonu, alt ekstremitelerde pozisyonel olarak sol diz eklemi ve komşuluğu simetriğine oranla hiperaktivite izlendi ve alt lomber vertebralarda tanımlanan bulguların klinik ve radyolojik veriler eşliğinde değerlendirilmesi önerildi. Lomber spinal MRI'da multiplanar, multisekansiyel yöntemle L3-L4 ve L4-L5 vertebra disk aralıklarında darlık, komşu son plaklarda erozyonlar tespit edildi. Bu düzeydeki disk aralıklarında ve L3-L5 arasında epidural kontrast tutulumu ve bu düzeylerde foramenlerde daralma görüldü. L3 seviyesinden aşağıya doğru uzanan, S1 düzeyi ve altına doğru ilerleyen bilateral psos absesi izlendi. Hastanın yapılan torax BT'sinde parankimal, mediastinal veya plevral patolojik görüntü saptanmadı. Batin BT'sinde karaciğer ve dalak normalden büyük, karaciğer parankim ekjenitesi heterojen, sol lobunda hipodens parankimal defekt; bilateral retroperitoneal alanda böbrekleri öne itmiş, her iki iliopsoas kasını, sağ quadratus lumborum kasını tutmuş, kistik solid miks dansiteli infiltrasyon izlenmekteydi. Kas infiltrasyonu, böbreklerin alt polü düzeyinden başlayıp perineye doğru en az 22 cm boyunca uzanmakta, sağ piriform kası ve bilateral gluteal kasları da tutmaktaydı. Lumbosakral vertebra korpuslarında da destrüksiyon, paravertebral yumuşak doku kitlesi oluşumu izlendi. Bu seviyelerde düzensiz sınırlı, heterojen yumuşak doku kitlesinin santral nöral kanal içine de uzanmakta ve belirgin nöral eleman basısına yol açmakta olduğu görüldü.

Hastanemiz beyin cerrahisi kliniği doktorları tarafından L3-L4 seviyesinden yapılan ince iğne aspirasyon biopsi materyali makroskopik olarak koyu sarı kıvamda idi ve mikroskopik incelemede nekrotik zeminde debriler, kan elemanları ve çok sayıda polimorf nüveli lökositler içermekteydi. Benign yangısal sitoloji, abse içeriği ile uyumlu patolojik tanı aldı. Bu bulgular



Lomber spinal MR; L3-L4-L5 vertebra korpuslarında yükseklik kaybı, bu düzeyde spinal korda anterior epidural bası, her iki vertebrada fraktür.

la beyin ve sinir cerrahisi kliniğinde 2 ayrı seansa sağ ve sol retroperitoneal girişimle iliopsoas kası içinden Pott absesi boşaltılması operasyonu uygulandı. Paraspinal yumuşak dokudan alınan materyalin histopatolojik incelemesinde granülatöz yangısal infiltrasyon, reaktif lenfoid hiperplazi ile tüberküloz tanısı desteklendi. Postoperatif ek nörodefisit gelişmedi. Dörtlü antitüberküloz tedavi (İzoniazid 300 mg/gün, Rifampisin 600 mg/gün, Etambutol 2000 mg/gün, Pirazolidine 1000 mg/gün) baş-



Lomber spinal MR: vertebra korpusu sol anterolateralinde kitle imajı.

landı. Antitüberküloz tedavinin komplikasyonları yönünden takibe alındı.

### Tartışma

Tüberküloz 1990 yılında tüm dünyada toplam 8 milyon yeni vaka tespiti ile oldukça yaygın bir hastalıktır. Bugün dünya popülasyonunun 1/3'ü tüberküloz ile karşılaşmıştır ve Asya'da her yıl 5 milyon yeni vaka oluştuğu düşünülmektedir. Spinal tüberküloz oranı tüberkülozuların yaklaşık %2'sini oluşturur (4). Tüberküloz spinal kanal içine doğru yayılım gösterir (5). Tanı ve tedavide gecikme sonucu spinal kanal basısı ve spinal deformite nedeni olabilmektedir (6). Erkeklerde, yaşlılarda ve immunsupresyonu olan vakalarda daha sık görülmektedir (5,7). Lumbosakral tüberküloz kliniğinde radikülopati ve kladikasyon, duyuşal veya motor defisit gibi nörolojik kompresyon varlığından bağımsız olarak ağrı ve kas spazmına sıklıkla ateş, kilo kaybı, anoreksi gibi konstitüsyonel semptomlar eşlik eder. Disk aralığında azalma ve son plak erozyonu ile birlikte osteopeni, paravertebral yumuşak doku katılımı olsun veya olmasın direkt radyolojik incelemede görülebilir. Granülasyon dokusu veya abse formasyonu, son plak erozyonu ve yaygın ödemli olan özel vakalarda MR ile görülebilir (1,4). Doku tanısı için lezyondan yapılan biyopsi invaziv ve nadiren gerekli bir işlemdir. S. Bhojraj ve arkadaşları histopatolojik tanı almamış, klinik ve radyolojik bulgularla tanı koyup tedavi ettikleri bu tip hastalarda %93 oranında başarılı sonuçlar elde etmişlerdir. Lomber ve lumbosakral tüberkülozda, ülkemizde izoniazid direnci %4-10 arasında değiştiği için 4 ilaçla tedaviye başlanır. Tedavinin ilk 2 ayı bittikten sonra tedavi süresi en az 6 ay olacak şekilde izoniazid ve rifampisin ile devam edilir. Ekstrapulmoner tüberküloz vakalarında tedavi süresi genelde 6-9 aydır (8). Cerrahi tedavi bu protokole yanıt alınamaması durumunda düşünülmelidir. Burada göz önünde bulundurulması gereken abse formasyonunun olmadığı

vakaları içeren bir prosedür olmasıdır. Abse oluşumu tüberküloz enfeksiyonu vakalarında piyojenik enfeksiyonlardan daha sık görülür (1). Tüberküloz, spondilit vakalarının %71-75'inde gösterilmiştir (1,2). İliopsoas kompartıman T12 vertebradan başlar ve femurun trokanterinden aşağı doğru uzanır. Retroperitoneal organlar, pelvis ve uylukla yakın ilişki içindedir. Spinal enfeksiyon iliopsoas kompartıman, pelvis ve uyluğa kadar yayılabilir (1). Spinal enfeksiyonların tanısında radyografi, BT, MR ve radyonüklid çalışmalar kullanılabilir (1,9,10). Tüberküloz spondilit uzun süren medikal tedavi gerektirir (1). Tüberküloz spondilitli hastada dirençli ağrı ve ilerleyici nörolojik kayıplar erken cerrahi tedavi için relatif endikasyon yaratır. Abse drenajı endikasyonu basitçe absenin lokalizasyon ve boyutuna bağlıdır (4).

Bu olguda, şiddetli bel ağrısı ve konstitüsyonel semptomları bulunan bir vakada yapabileceğimiz tüm biyokimyasal ve görüntüleme teknikleri kullanılarak ve ülkemizde yaygınlığı halen devam etmekte olan tüberküloz hastalığı ve ekstrapulmoner tutulum oranları da göz önünde bulundurularak etkin ve hızlı bir şekilde tanıya ulaşılmış ve erken cerrahi girişim ile hastanın tedavisinde gerekli en önemli adım atılmıştır. Hastamızın halen ilaç tedavisi devam etmektedir.

## Sonuç

Spinal bölge, ekstrapulmoner tüberkülozun en sık yerleşim gösterdiği alandır ve genellikle tanı ve tedavide gecikme sonucunda ağır nörolojik sekeller bırakarak ilerleme gösterir. Özellikle paravertebral alanda gelişen abse oluşumları ile seyrettiğinde cerrahi tedavi ardından antitüberküloz tedavi uygulanarak başarılı sonuçlar alınmıştır. Dirençli bel ağrısı ile gelen hastalarda ayırıcı tanıda spinal tüberküloz da gözönünde bulundurulmalı ve erken tanı ile kliniği de

değerlendirilerek hastaya özel, gerekli ve etkin tedavi düzenlenmelidir.

## Kaynaklar

1. H.Dinç, A.Ahmetoğlu, S.Baykal, A.Sari, Ö.Sayıllı, H.R.Gümele. *Image-guided Percutaneous Drainage of Tuberculous Iliopsoas and Spondylodiskitic Abscesses: Midterm Results*. *Radiology*, Nov 2002; 353-58.
2. Lindahl S, Nyman RS, Brisman J, et al. *Imaging of tuberculosis. IV. Spinal manifestations in 63 patients*. *Acta Radiol* 1996; 37: 506-511.
3. Levine MT, Pedlow FX. *Spinal infections*. In: Garfin SR, Vaccaro AR, eds. *Orthopedic knowledge update spine*. Rosemont, III: American Academy of Orthopaedic Surgeons, 1997; 257-71.
4. S.Bhojraj, A.Nene. *Lumbar ve lumbosacral tuberculous spondylodiscitis in adults*. *J Bone Joint Surg(Br)* 2002; 84-B: 530-4.
5. Beronius M, Bergman B, Andersson R. *Vertebral Osteomyelitis in Göteborg, Sweden: A Retrospective Study of Patients During 1990-95*. *Scand J Infect Dis* 2001; 33: 527-32.
6. Turgut M. *Spinal tuberculosis(Pott's disease): its clinical presentation, surgical management, and outcome. A survey study on 694 patients*. *Neurosurg Rev* 2001 Mar; 24(1): 8-13.
7. Buranapanitkit B, Lim A, Kiriratnikom T. *Clinical manifestation of tuberculous and pyogenic spine infection*. *J Med Assoc Thai* 2001 Nov; 84(11): 1522-6.
8. Kabak F, *Enfeksiyon Hastalıkları*, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul 2003, s.212-215.
9. Felix Chua. *Clinical Picture: Paravertebral abscess*. *The Lancet*, Vol.357, Jan 2001: 168.
10. Sovetova NA, Olinik VV, Mitsova GM, Nekachalova AZ. *Clinical and radiographic manifestations of tuberculous spondylitis in adults*. *Probl Tuberk* 2001; (4): 9-13.