

Aşıl tendonun izole tüberküloz tenosinoviti (Olgu sunumu)

Bülent Aksoy⁽¹⁾, Cem Zeki Esenyele⁽²⁾, Rıdvan Yeşiltepe⁽²⁾, Ercan Olcay⁽¹⁾, Ayhan Nedim Kara⁽³⁾

Mycobacterium Tuberculosis iskelet sisteminde vertebrayı tutarken tendon tutulumu nadirdir. Tendon yerleşimi en çok el fleksörleridir. Biz bu olgu sunumuzda daha da nadir görülen aşıl tendon tüberkülozunu yayınlamayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: Aşıl tendonu, tüberküloz

Isolated tuberculous tenosynovitis of the achilles tendon (A case report)

While mycobacterium tuberculosis is mostly localised in the spine, tendon involvement is not common. Flexor tendons of the hands are the commonest site for the tendon involvement. We present a case of tuberculous tenosynovitis of the achilles tendon, which is very rare.

Keywords: Tuberculous tenosynovitis, achilles tendon

Gelişmiş ülkelerde akciğer tüberkülozu görülme sıklığı hızla azalmakta iken ülkemizde varlığını kimi kez artma eğilimine girerek sürdürmektedir. Akciğer dışı tüberküloz tüm olguların %10-%15'ini oluştururken, iskelet tutulumunun %50'si vertebrada görülmekte, vertebrayı kalça, diz ve diğer eklemler izlemektedir (3, 4).

Mycobacterium Tuberculosis en sık rastlanan etken olup, nadiren m.bovis ve kansaii, m.marinum gibi diğer türlerine de rastlanmaktadır. Hastalığın tendon tutulumu nadiren olup, daha çok el ve ayak tendonlarını tutar. Elde fleksör tendonlarda ayakta ise ekstansör ve peroneal tendonlar boyunca yerleşim gösterir (2, 3). Bu çalışmada, akciğer tutulumu olmayan ve başka bir etken izole edilemeyen aşıl tendon yerleşimli tüberküloz tenosinovit olgusu tartışılacaktır.

Olgu sunumu

38 yaşında ev hanımı olan hasta 1991 yılında, kliniğimize sağ ayak bileğinde birden başlayan şişlikle başvurdu. Başlangıçta steroid olmayan antiinflamatuar ilaçlarla (SOAEİ) ve atelle tedavi edilen hastanın şikayetlerinde azalma görülmüştür. Bir yıl süreyle fizik tedavi uygulanan hastada aktivitenin azalması ve şikayetlerinin artması üzerine tetkiklere yeniden başlandı. Yapılan laboratuvar tetkikler normal bulundu ancak ayak bileği arkasında belirgin bir şişlik tespit edilmesi üzerine MR incelemesi istendi. İstanbul Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı'nda yapılan sağ ayak bileği MR incelemesi sonucu ayak bileği ve aşıl tendonu çevresinde enflamatuar bir oluşum tespit edildi (Şekil 1a, b, c, d). Bu dönemde aşıl tendon üzerinde akıntılı bir yara ortaya çıktı ve hasta kliniğimize takip ve tedavi amacı ile yatırıldı. Hastaya ya-

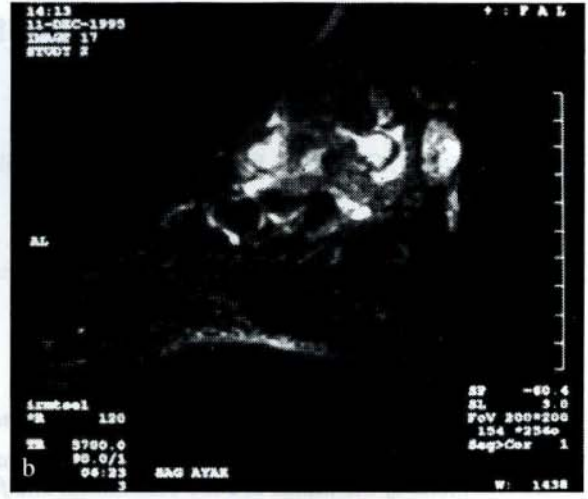
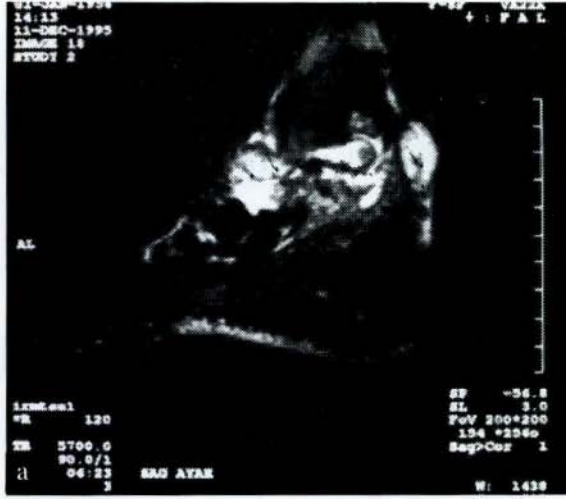
pılan laboratuvar incelemede sedimentasyon saatte 20mm, kantitatif CRP 13ng (N:<10ng) ve PPD testinde 13 mm endurasyon, 25 mm çapında eritem tespit edildi. Diğer laboratuvar tetkiklerde başka bir patolojiye rastlanmadı. Akciğer ve ayak grafilerinde bir özellik yoktu. Hastadan alınan kültür İstanbul Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji laboratuvarında değerlendirildi ve aside dirençli bakteri görülmüdü. Lowestein-Jensen besiyerine (DACTEL 12 B/ 13 A+) ekim yapıldı ve mycobacterium cinsinde bakteri ürettiği bildirildi. Hastaya genel anestezi altında tendon eksplorasyonu ve debridman planlandı. Peroperatif olarak yer yer pembe, beyaz-sarı renkte sert doku parçalarının bulunduğu tendonun canlılığını yer yer kaybettiği ve kılıfın korunmadığı belirlendi. Tendonun distal 8 cm.'lik kısmının kalınlaştığı görüldü. Canlı olmayan kısımlar eksize edildi ve ameliyat sahası yıkanarak kapatıldı. Alınan materyal patolojik ve sitolojik inceleme için İstanbul Tıp Fakültesi Patoloji ve Onkolojik Patoloji Bilim Dallarına gönderildi. Sonuç tendon tüberkülozu tanısı olarak geldi (Şekil 2, 3a, 3b, 4).

Gönderilen parçaların üzeri hiperkeratotik epidermis tarafından örtülüydü, bunların altında lenfoplasmositer hücre infiltrasyonu içeren bağ dokusu olduğu izlendi. Bu bağ dokusu içinde epitelioid histiositlerden zengin odaklar ve çevrede geniş nekroz alanları ve fibrin toplulukları arada Langhans tipi dev hücreler görüldü. Hastaya tüberküloz aşıl tenosinovit tanısı konduktan sonra streptomycin flakon 1 gr/gün, IM, (30 gün), rifadin 300 mg kapsülden 1x2, isovit tabletten 1x3, piazolina tabletten 3x2 başlandı ve günlük pansumanlarla hasta takip edildi. Hastanın 1 ay içinde şikayetleri geriledi ve hasta rahatladı. Postoperatif üçüncü yılda bir problem olmaksızın hasta yaşamına devam ediyor.

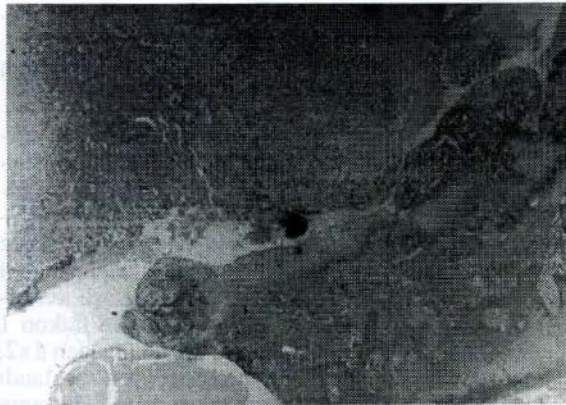
(1) Vakıf Gureba Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Uzman Dr.

(2) Vakıf Gureba Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Araştırma Görevlisi

(3) Vakıf Gureba Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Şefi, Doç. Dr.



Şekil 1 a, b, c, d: Hastanın ayak bileğinin MR görüntülemesi aşil tendonu çevresindeki enflamatuvar oluşumu göstermektedir



Şekil 2: Fistül ağzı. Fistül yolunda epitel proliferasyonu. Bağ dokusunda yoğun lenfosit, plazma hücresi ve lenfosit infiltrasyonu. Altta nekroz mevcut. Hematoksilen+Eozin (H+E) x40

Sonuç

Tüberküloz tanısı;

1- Kültür materyalinden m. tuberculosis etkeni-

nin üretilmesi ile,

2- Biopsi materyalinin histopatolojik kesitlerinde aside dirençli organizmanın eşlik ettiği m. tüberkülozise özgü granümatöz dokunun gösterilmesi ile,

3- Otopsi materyalinde m. tuberculosis enfeksiyonu için tipik granümatöz değişimin gösterilmesi ile konabilir (3, 4).

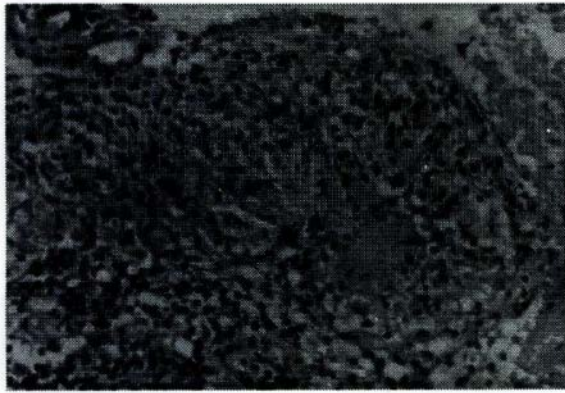
Sunulan olguda ise tüberküloz enfeksiyonunun tanısı biopsi materyalinde m. tuberculosisin üretilmesi ile konmuştur.

Tüberküloz hastalarının ancak %1'inde iskelet tutulumu mevcuttur. İskelet tutulumu mevcut olan olguların ancak %50'sinde akciğer tutulumu vardır. Tendon kılıfı ise tüberkülozun nadiren yerleştiği bölgelerdir (2, 3, 4).

Tüm osteoartiküler tüberküloz lezyonlarının ancak %0.7 ile %5'inde bilek ve el tendon bölgesi yerleşimi mevcuttur. El ve bilek seviyesi ise en sık tutulan bölgedir. Ayakta ise Aşil tendonu en nadir tutulan bölge olup sıklıkla peroneal tendonlar ve ekstensör tendonlar tutulmaktadır (2, 3). Tüberküloz tenosinovitin etyopatogenitesinde 2 temel teori mevcuttur, direkt inokülasyon ve hematogen yayılımla bulaşma-



Şekil 3 a, b: Geniş kazeifikasyon nekrozu, arada histiositlerin yaptığı tüberküller görülmektedir. Tüberküllerin arasında Langhans dev hücreleri mevcuttur (H+E, x100)



Şekil 4: Şekil 3 a'nın büyük büyütmesi. Histiositlerin yaptığı tüberkül ve ortada Langhans dev hücreleri görülmektedir (H+E, x250)

dır. Tüberkülozda primer odak iyileştiği halde sekonder odağın iyileşmesi senelerce sürebilir (1). Bunun sonucu olarak akciğer lezyonunun iyileşmesi sekonder lezyonun gelişme olasılığını elimine etmez. Tüberküloz tenosinovit çok yavaş gelişir. Yıllarca ağrısız olarak hafif hassasiyetle kendini gösterir. Senelerce sessizce ilerleyen hastalık son derece iyi gelişir ve yerleşir.

Laboratuvar bulguları tanı için çok önemli değildir. Tanı bakteriolojik ya da patolojik inceleme ile konur. Bazı laboratuvar bulguları tanı koydurabilir, anemi, sedimantasyon yüksekliği, lökopeni, trombositopeni, monositoz, bazofili gibi ya da tüberkül testi gibi. Ancak tipik kazeöz granülomatöz lezyonun tendon kılıfında varlığı ve kültürde etkenin üretimi daima tüberküloz lehinedir (2, 3).

Eğer etken üretilir ve tanı konursa kemoterapi tedavinin en temel bölümüdür. Hastalığın erken devresinde cerrahi drenaj rahatlama sağlar (3).

Tartışma

Aşil tendonunda nonspesifik tedaviye cevap şüpheliği mevcut olan vakalarda ayırıcı tanıda çok nadir görülmesine rağmen aşil tendonunun tüberküloz enfeksiyonu da hatırlanmalıdır. Bu hastalığın tedavisinde antitüberküloz tedavisine ilaveten tendon kılıfı eksizyonu tamamen yapılmalı ve tüberküloz enfeksiyon görünümünün olduğu her doku tümüyle temizlenmelidir. Bickel ve ark.'ları serilerinde 7 vakada, Moning ve ark.'ları 27 olguluk serilerinde 3 vakada nüks görmüşler ve bunun nedenini yetersiz kemoterapiye bağlamışlardır (3).

Üç yıl süreyle takibi yapılan olguda literatürlerle uyumlu olarak cerrahi tedavi ve kemoterapinin kombine edildiği durumlarda çok iyi sonuç alındığı görüldü.

Kaynaklar

1. Berney S, Goldstein M, Bishko F: Clinical and diagnostic features of tuberculous arthritis. *Am J Med* 53: 36-42, 1972.
2. Bickel WH, Kimbrough RF, Dahlin DC: Tuberculous tenosynovitis. *JAMA* 151: 31-35, 1953.
3. Goldberg I, Avidor I: Isolated Tuberculous Tenosynovitis of the achilles tendon. A case report. *Clin Orthop* 194: 185-188, 1985.
4. Sen P, Kapila R, Salaki I, Louria DB: The diagnostic enigma of extra-pulmonary tuberculosis. *J Chronic Dis.* 30: 331-350, 1977.

Yazışma adresi:

Uzman Dr. Bülent Aksoy
Vakıf Gureba Hastanesi
Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği
Çapa, İstanbul, Türkiye