



El üçüncü parmak fleksör tendonunda izole tüberküloz tenosinoviti: Olgu sunumu

A case of isolated tuberculous tenosynovitis of the flexor tendon of the third finger of the hand

İ. Bülent ÖZÇELİK,¹ Tefik SÜLÜN,² Emre ORHUN³

¹İST-EL El Cerrahisi, Mikrocerrahi ve Rehabilitasyon Grubu
(TEM Hospital El Cerrahisi Bölümü - Özel Gaziosmanpaşa Hastanesi El Cerrahisi Bölümü);
²Gemeinschaftspraxis für Orthopädie; ³İstanbul Hospital Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü

Elli beş yaşında kadın hasta, sağ el ayasında ağrısız şişlik ve üçüncü parmakta hareket kısıtlılığı yakınmasıyla başvurdu. Manyetik rezonans görüntülemesinde, sağ el üçüncü parmak fleksör tendon kılıfında, heterojen kontrast tutan sinovyal lezyon görüldü. Açık biyopsi sonrası yapılan patolojik incelemede kazeifiye granülomatöz iltihabi reaksiyon saptandı. Biyopsi sonrası tüberküloz tanısı konarak antitüberküloz kemoterapiye başlandı. Dokuz ay sürdürülen antitüberküloz tedaviyle, geniş cerrahi girişime gerek kalmadan tam iyileşme sağlandı. Hastanın dokuzuncu ayda yapılan kontrolünde eklem hareketleri ağrısız ve açıktı.

Anahtar sözcükler: Parmak eklemi; tenosinovit/tanı/tedavi; tüberküloz, osteoartiküler/tanı/tedavi.

A 55-year-old female patient presented with a painless swelling in the palm of the right hand, causing restriction of the third finger. Magnetic resonance imaging revealed a synovial lesion in the flexor tendon sheath of the third finger, showing heterogenous contrast. Open biopsy and histopathological studies showed a granulomatous infectious reaction of the synovial tissue. A diagnosis of tuberculosis was made, after which antituberculosis treatment was instituted. Total regression was achieved after nine months of medical treatment without further extensive surgical measures. At the end of nine months, the movements of the finger were found to be normal and painless.

Key words: Finger joint; tenosynovitis/diagnosis/therapy; tuberculosis, osteoarticular/diagnosis/therapy.

Akciğer dışı tüberküloz en yaygın olarak kasiskelet sisteminde görülür. Kronik ve yavaş seyirlidir. Genellikle bel ve yük binen eklemlerde daha sıktır.^[1,2] Üst ekstremitte tutulumu daha azdır.^[2,3] Üst ekstremitede, özellikle klinik durumun olağandışı olduğu zamanlarda tanı konulması gecikir^[1] Bu yazıda, elde üçüncü parmak fleksör tendonunda izole tüberküloz tenosinoviti saptanan bir olgu sunuldu.

Olgu sunumu

Elli beş yaşında kadın hastanın, iki yıl önce sağ el üçüncü parmakta ağrısız, ama gittikçe genişleyen

şişlik şikayetleri başlamıştı. Son zamanlarda şişlik el ayasında ve üçüncü parmakta gittikçe artmıştı. Üçüncü parmak proksimal falanks dorsalateralinden fistüleze olarak devamlı akıntı meydana gelmişti. Hasta hiçbir hekime başvurmamıştı. Daha önce geçirilmiş tüberküloz veya ailede tüberküloz öyküsü yoktu. Muayenede sağ el ayasında üçüncü parmak fleksör tendon uzanımına uyan bölgede, üçüncü parmak volerinde ve proksimal falanks dorsalinde ağrısız şişlik görüldü. Üçüncü parmak dorsalindeki fistülden seröz akıntı geliyordu. Üçüncü parmakta duyu hissi ve dolaşım normaldi. Eklem hareketleri şişlikten dolayı kısıtlı ve ağrısızdı.

Hastanın akciğer muayenesinde ve radyografisinde patoloji saptanmadı. Elin radyolojik incelemelerinde, lezyona bağlı yumuşak doku gölgeleri dışında patoloji yoktu. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG), el üçüncü parmak fleksör tendon kılıfında, fleksör retinakulumun distalinden başlayan ve orta falanks seviyesine kadar devam eden, derin ve yüzeysel fleksör tendonları çevreleyen, heterojen kontrast tutan, kistik ve solid alanlar içeren sinovyal lezyon izlendi (Şekil 1). Sedimentasyon hızı 28 mm/saat bulundu; diğer rutin hematolojik ve biyokimyasal incelemeler normaldi. İntradermal tüberkülin testi pozitif.

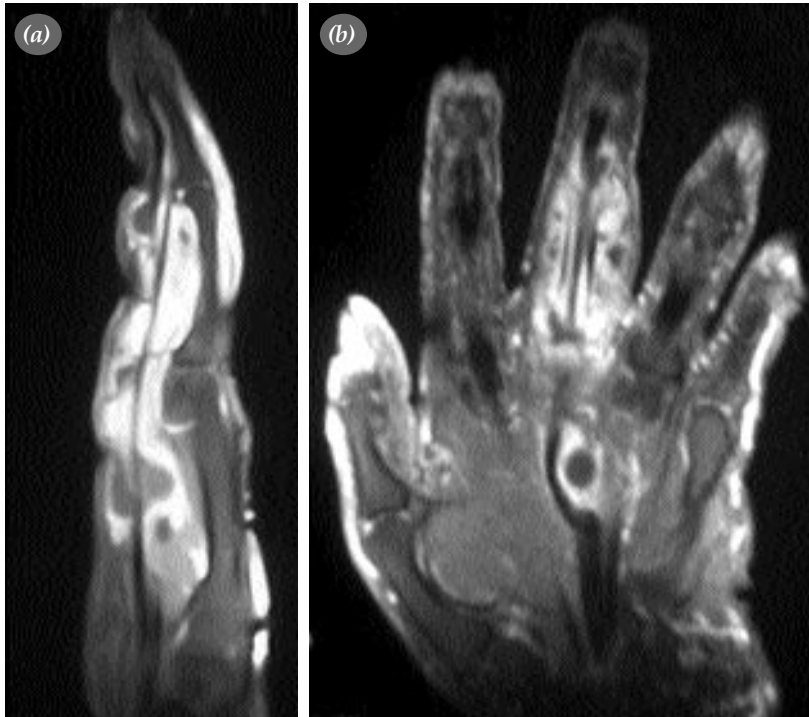
Açık biyopsi alınırken, üçüncü parmak sinovya-sının kalınlaşmış ve içinde pirinç tanesi şeklinde çok sayıda küçük parçacıklar olduğu görüldü. Sinovya ve içindeki parçacıklardan biyopsi ve kültür için örnek alındı. Biyopsi incelemesinde, granülatöz lezyon ve bazılarında santral nekroz bulunan multinükleer dev hücreler, epitelioid fibroblastlar ve mononükleer enflamatuvar hücreler saptandı. His-

tolojik olarak lezyonun tüberküloz karakteri taşıdığı görüldü; aside dirençli basil, bakteri ve mantar hücresi saptanmadı. Aerob ve anaerob kültür sonuçları negatifti. Histolojik olarak tüberküloz tanısı kondu ve antitüberküloz kemoterapiye (izoniazid, rifampisin, pirazinamid, etambutol) başlandı. Etambutol ve pirazinamid üçüncü ayda kesildi. Antitüberküloz tedaviye dokuz ay boyunca izoniazid ve rifampisinle devam edildi. Lezyon altı hafta sonra gittikçe geriledi. Parmak dorsalindeki fistülize doku tamamen iyileşti. Geniş cerrahi müdahaleye gerek kalmadan, dokuz ay uygulanan kombine anti-tüberküloz tedaviyle tam iyileşme sağlandı.

Tartışma

Akciğer dışı tüberküloz lezyonları, aktif veya sessiz, belirgin veya belirti göstermeyen primer enfekte organlardan (akciğer, lenf bezi veya diğer visceral organlar) hematogen yayılım sonucu oluşur.^[3-5]

Tendon uzanımı boyunca devam eden, yavaş ilerleyen ağrısız kitlelerde, herhangi başka sistemik



Şekil 1. (a) Aksiyel manyetik rezonans görüntülemeye belirgin şekilde kalınlaşmış üçüncü parmak fleksör tendonu çevreleyen sinovyal kılıf. (b) Kontrast sonrası koronal manyetik rezonans görüntülemeye, el üçüncü parmak fleksör tendon kılıfında fleksör retinakulumun distalinden başlayan ve orta falanks seviyesine kadar devam eden, fleksör tendonları çevreleyen heterojen kontrast tutan, kistik ve solid alanlar içeren sinovyal lezyon.

semptom veya kanıt bulunmasa dahi, tüberküloz tenosinoviti akla getirilmelidir.^[3,6]

Kronik tenosinovit olgularında MRG bulguları, özellikle kontrast sonrası incelemelerde tüberküloz tanısında yararlıdır. Kontrast sonrası incelemeler sinovyal kalınlaşmanın miktarı ve lezyonun genişliği hakkında değerli bilgi sağlar.^[7]

Biyopsi sırasında mutlaka kültür için örnek alınmalıdır. Tüberküloz tanısı histolojik veya kültür sonuçlarıyla konur.^[3,8] Olgumuzda tüberküloz tedavisine başlama kararını biyopsiden beş-altı gün sonra histolojik sonuçlarla verdik. Kültür tekniklerinin karmaşık olması yanı sıra sonuç en az altı-sekiz hafta sonra alınabilmekte, bazen sonuç negatif olabilmektedir.^[2,3]

Cerrahi debridman konusu tartışmalıdır.^[3,5] Cerrahi debridman yapılmasını savunanlar vardır.^[3,9] Tuli'ye^[5] göre cerrahi tedavi (sinoviyektomi, debridman), dört-beş aylık kemoterapiye yanıt vermeyen hastalarda uygulanmalıdır. Olgumuzda tüberküloz tanısı konduktan sonra, daha geniş bir cerrahi girişimden önce lezyonu bir miktar geriletmek için anti-tüberküloz tedaviye başladık. Ameliyat öncesi anti-tüberküloz kemoterapi, tüberküloz enfeksiyonunun ameliyattan sonra yayılarak milier ve meningeal tüberküloza neden olması riskini azaltır.^[5] Olgumuzda geniş cerrahi girişime gerek kalmadan antitüberküloz tedaviyle tam iyileşme sağlandı. Elde, özellikle fleksör bölgede cerrahi sonrası oluşabilecek yapışık-

lıklardan kaçınmak için geniş debridman ve sinoviyektomi öncesinde antitüberküloz tedaviyle lezyonun tedavi edilmeye çalışılması önemlidir. Tedavi sırasında hastaya egzersiz programı verilerek, fonksiyonel sonuçların da düzelmesi amaçlandı.

Sonuç olarak, tüberküloz lezyonlarının karşımıza atipik yerleşimde çıkabileceği unutulmamalıdır.

Kaynaklar

1. Hunfeld KP, Rittmeister M, Wichelhaus TA, Brade V, Enzensberger R. Two cases of chronic arthritis of the forearm due to Mycobacterium tuberculosis. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 1998;17:344-8.
2. Skoll PJ, Hudson DA. Tuberculosis of the upper extremity. Ann Plast Surg 1999;43:374-8.
3. Bush DC, Schneider LH. Tuberculosis of the hand and wrist. J Hand Surg [Am] 1984;9:391-8.
4. Robins RH. Tuberculosis of the wrist and hand. Br J Surg 1967;54:211-8.
5. Tuli SM. General principles of osteoarticular tuberculosis. Clin Orthop Relat Res 2002;(398):11-9.
6. Esenyel CZ, Bulbul M, Kara AN. Isolated tuberculous tenosynovitis of the flexor tendon of the fourth finger of the hand. Case report. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg 2000;34:283-5.
7. Sueyoshi E, Uetani M, Hayashi K, Kohzaki S. Tuberculous tenosynovitis of the wrist: MRI findings in three patients. Skeletal Radiol 1996;25:569-72.
8. Visuthikosol V, Kruavit A, Nitiyanant P, Siriwongpairat P. Tuberculous infection of the hand and wrist. Ann Plast Surg 1996;37:55-9.
9. Cramer K, Seiler JG 3rd, Milek MA. Tuberculous tenosynovitis of the wrist. Two case reports. Clin Orthop Relat Res 1991;(262):137-40.