



Akromioklaviküler eklem tüberkülozu: iki olgu sunumu

Ravi MITTAL, Pankaj KANDWAL, Sankineani Sukesh RAO, Ramakant KUMAR

All India Institute of Medical Sciences Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, New Delhi, Hindistan

Tüberküloz çeşitli şekillerde ve atipik yerlerde ortaya çıkabilir ve tanısı her zaman kolay olmayabilir. Çalışmamızda akromioklaviküler eklem tüberkülozu olan ve 18 ay boyunca anti-tüberküler ilaçlarla tedavi edilen 2 olguyu değerlendirdik.

Anahtar sözcükler: Tüberküloz; artrit; akromioklaviküler eklem.

Tüberküloz insan sağlığı ve işgücü kaybı bakımından yüksek maliyet kaybına neden olan tahrip edici bir hastalıktır. Kas iskelet sistemi tutulumu nispeten nadir görülse de tablo çok inatçı olup uzun bir tedavi gerektirebilir. Atipik ve olağan dışı olgular tanı ve tedavide büyük zorluklara sebep olabilirler. Çalışmamızda tüberküloz için nadir bir lokalizasyon olan akromioklaviküler eklemlerde tüberküloz saptanan 2 hastamızın tanı ve tedavi süreçlerini değerlendirdik.

Olgu sunumu

Olgu 1- Yirmi altı yaşındaki bir erkek hasta 4 aylık bel, sağ omuz ve sağ diz yakınmaları ile başvurdu. Gün içinde hafif olup geceleri artan ağrısı analjeziklerle kontrol altına alınmaya çalışılmıştı. Hastanın kilo kaybı, gece terlemesi ve sabah sertliği yakınması bulunmuyordu. Tüberküloz veya tüberkülozlu bir hasta ile temas hikayesi de yoktu.

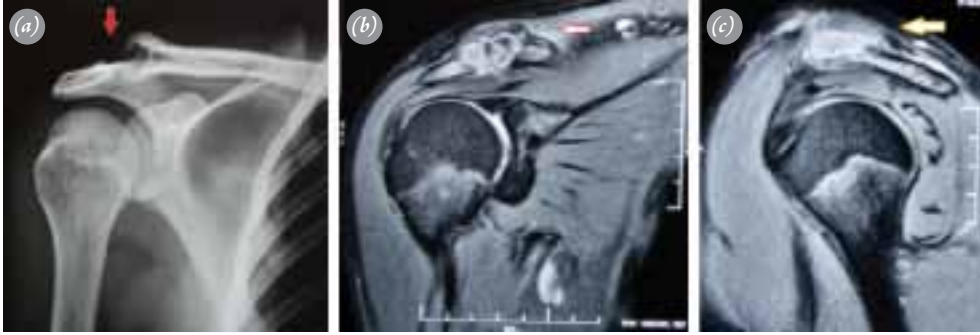
Fizik muayenede akromyonun lateral ucunda 2x1 cm boyutlarında düzensiz sınırlı ve hareketsiz bir yumuşak doku şişliği saptandı. Aksiller lenf nodlarında büyüme vardı. Omuz abduksiyonu 70, fleksiyonu 65, iç ve dış

rotasyonları ise 20 derecenin altında olacak şekilde bir hareket kısıtlılığı vardı. Omurga muayenesinde L2, L3 ve L4 vertebra üzerinde hassasiyet ve paraspinal kas spazmı saptandı. Nörolojik muayenesinde herhangi bir bulgu görülmedi. Tam kan sayımı, karaciğer fonksiyon testleri ve C-reaktif protein sonuçları normal sınırlarda bulundu. Eritrosit sedimentasyon hızı 1 saatte 70 mm idi.

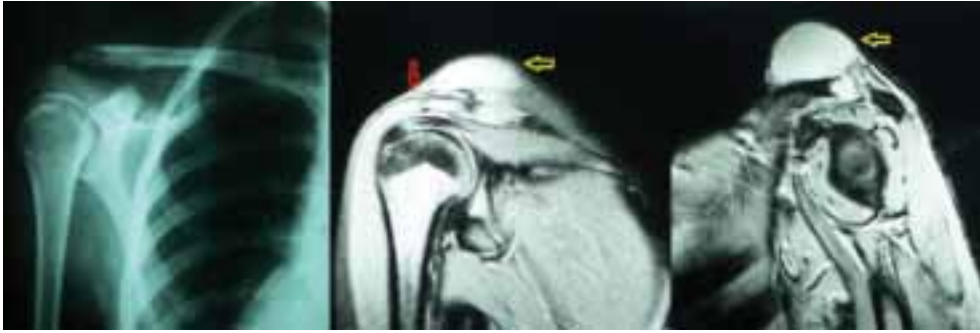
Radyografide klavikula dış ucunda osteolitik bir lezyon olduğu ve akromioklaviküler eklem aralığının genişlediği görüldü. Sağ omuz Manyetik rezonans (MR) incelemesinde T1 ağırlıklı kesitlerde hipointens, T2 ağırlıklı ve STIR kesitlerde ise hiperintens görülen akromioklaviküler eklem çevresinde subartiküler kemik ilik ödemi görüldü. Kapsülde homojen olmayan diffüz bir kalınlaşma vardı (Şekil 1). Diz ekleminin fizik ve radyolojik incelemelerinde anormal bir bulgu saptanmadı.

Lumbosakral bölgenin MR'ında L4 vertebra seviyesinde yükseklik kaybı ve sağ tarafa hafif skolyoz saptandı ve L3-L4 seviyesinde intervertebral disk ve paradiskal vertebralarda end-plate tutulumu olduğu görüldü. Kemik sintigrafisinde sağ akromioklaviküler eklemlerde, L3-L4 vertebrada ve sol 6. kaburganın anterior kısmında





Şekil 1. Anteroposterior radyografi klavikülanın lateral ucundaki litik destrüksiyonu göstermektedir (a); Koronal yağ-baskılı T2 ağırlıklı görüntüde (b) ve sagittal görüntüde (c) ise akromio-klaviküler eklemden inflamatuvar değişiklikleri ve düzensiz sınırlı lezyonu gösteren hiperintens sinyal artışı görülmektedir. [Bu şekil, derginin www.aott.org.tr adresindeki çevrimiçi versiyonunda renkli görülebilir.]



Şekil 2. Anteroposterior radyografi klaviküla distal ucundaki litik lezyonları göstermektedir. T2 ağırlıklı koronal ve sagittal görüntüler akromioklaviküler eklemlerle ilişkili subkutan plandaki iyi sınırlı hiperintens lezyonu göstermektedir. [Bu şekil, derginin www.aott.org.tr adresindeki çevrimiçi versiyonunda renkli görülebilir.]

tutulmuştu. Mantoux testi pozitif çıktı. Biyopsi forsesi kullanılarak akromioklaviküler eklem çevresinden Punch biyopsi ile yumuşak doku örneği alındı. Yapılan incelemede tipik tüberküloz dev hücreleri yanında kazeifiye granülomatoz doku görüldü ve aside dirençli boyama ile tüberküloz basili gösterilerek tüberküloz tanısı kondu.

Hastaya 4 ay boyunca rifampisin, izoniazid, pirazinamid, ethambutol ilaçlarıyla antitüberküler tedaviye başlandı ve sonraki 3 ay boyunca ethambutol ilacı olmadan diğer 3 ilaç ile tedaviye devam edildi. Son 11 ay boyunca ise rifampisin, izoniazid ilaçları kullanılarak akromioklaviküler eklem tüberkülozu tedavisine toplam 18 ay devam edildi. Vertebral lezyon için hastaya lumbosakral korse verildi ve 1 aylık yatak istirahatinden sonra mobilize olmasına izin verildi. Takipte 6 ay boyunca eritrosit sedimantasyon seviyesinde sürekli bir düşüş görüldü. Omurga deformitesinde ilerleme ya da nörolojik bir bulgu gelişimi saptanmadı. 18 ayın sonunda hasta tamamıyla iyileşti ve omuz hareketleri tamamen açıldı. Kemoterapinin tamamlanmasından 4 ay sonra yapılan son kontrolünde hastanın herhangi bir yakınmasının olmadığı görüldü.

Olgu 2– On dört yaşında bir kız çocuğu sol klavikülanın lateral ucunda şişlik ve ağrı şikayetiyle başvurdu. Gün boyunca devam eden ağrısı geceleri artıyordu. Önemli bir kilo kaybı, ateş, kronik öksürük yakınması ve tüberküloz hikayesi yoktu.

Yapılan muayenede akromioklaviküler eklem dış ucunda yaklaşık 5x4 cm boyutlarında ağrısız kistik bir şişlik saptandı. Omuz abduksiyon açıklığı 60 derecenin altındaydı. Şişliğin aspirasyonunda peynir kıvamında bir madde elde edildi ve kültür ve antibiyogram istendi.

Omuz radyografisinde akromioklaviküler eklem aralığının genişlemesiyle klavikülanın dış ucunda periartriküler osteopeni görüldü. T2 ağırlıklı MR görüntülerinde ise klaviküla dış ucunda, akromiyon medialinde ve akromioklaviküler eklem üzerinde 4x3 cm'lik bir apseyi düşündürülen hiperintens bir sinyal tespit edildi (Şekil 2).

Kültür ve aside dirençli boyama sonucunda tüberküloz tanısı konuldu ve hastaya olgu 1'de uygulanan antitüberküler kemoterapi uygulandı. İki ay sonra hastanın şikayetlerinde gerileme görülmeye başlandı. Onsekiz ay sonunda omuz hareketleri tamamen açılan hastanın şikayeti kalmamıştı.

Tartışma

Tüberkülozun farklı birçok şekilde ve lokalizasyonda ortaya çıkabilir. Hastalık gelişmekte olan ülkelerde yüksek bir orana sahiptir. Hindistan'da tek başına tüm tüberküloz olgularının tahminen dörtte birininin (%26) görüldüğü ve 2010 yılında Çin ile birlikte bu oranın %38'e yükseldiği açıklanmıştır.^[1] İmmün yetmezlik virüsü (HIV), alkolizm, evsizlik, kalabalık yaşam koşulları, sistemik hastalıklar, yetersiz tıbbi bakım gibi risk faktörleri ve romatoloji hastalarındaki anti-tümör nekroz faktörü-alfa tedavisi hastalığın insidansında artışa neden olmuştur. Dünya çapındaki göçmenlik sorunları gelişmekte olan ülkelerde risk faktörlerini giderek arttırmaktadır.

İskelet tutulumu ekstra-pulmoner tüberkülozlu hastaların yaklaşık %10'unda ve omurga tutulumu ise bu tip hastaların yaklaşık %50'sinde meydana gelir.^[2] Omuz kuşağı tutulumu nadirdir.^[3] Bizim iki hastamızda herhangi bir sistemik hastalık ya da enfeksiyon saptanmamıştır. Bununla birlikte hastalarımız kalabalık koşullarda yaşamaktaydılar.

Kapsamlı bir literatür taraması, izole akromioklaviküler tüberkülozun oldukça nadir bir hastalık olduğunu göstermektedir.^[2,4] Richter ve ark. 1955-1980 yılları arasında yaptıkları çalışmada akromioklaviküler eklem tüberkülozuna sadece bir olguda rastlamışlardır.^[4] Bu eklem tutulumunun nadir olmasının sebebi ise bilinmemektedir. Akromioklaviküler tüberküloz eklemde ağrısız şişlik veya bir sinüs akıntısı ile ortaya çıkabilir. Tan ve ark., bir sinüs akıntısıyla ortaya çıkan bir akromioklaviküler eklem tüberkülozu olgusu bildirmişlerdir.^[5] Çevik ve ark. tarafından bildirilen bir hasta tamamen ağrısız belirtilerle başvurmuştur.^[3] Hastalık genellikle klavikulanın lateral ucundan veya akromiyon ucundan başlayabilir.^[2] Radyografide periartiküler osteoporoz ile bir litik lezyon saptanabilir. Eklem yüzeyinin hızlı harabiyeti artrite zemin hazırlayabilir.

Tüberkülozu taklit edebilen diğer lezyonların ayırıcı tanı sırasında dışlanması gerekir. Akromioklaviküler eklem tüberkülozu ayırıcı tanısında osteomyelit, brusella, mantar enfeksiyonları, atipik mikobakteri enfeksiyonları, endemik sifilis, romatoid artrit, kedi tırnağı hastalığı, lepra ve neoplastik hastalıklar sayılabilir. Eksiksiz bir öykü, fiziksel muayene ve radyolojik tetkikler tanıya yardımcı olsa da, tüberkülozun kesin tanısı ancak histolojik ve bakteriyolojik sonuçlara göre konulabilir.

Kemik eklem tüberkülozu özellikle akciğer gibi enfekte olmuş bir viseral odaktan genellikle hematogen olarak yayılır. Enfeksiyon basilemi sonucunda iskelet

sistemine yerleşir. Tipik bir tüberküle biyopsi yapıldığında sonucun pozitif çıkması tanıyı koymada önemli bir adımdır.^[2]

Çevresel bir lenf nodülünden alınan biyopsi de tanı için yararlı olabilir. Bunun yanı sıra kemik iliği değişiklikleri, eklem efüzyonu, sinovyal efüzyon, pannus, kemik ve eklem kırıkdağı harabiyeti gibi değişiklikleri gösteren MR da tanı için yararlı bir yöntemdir. Kontrastlı MR ile enflamatuar değişiklikler daha da iyi gösterilebilir.^[3]

Kemik eklem tüberkülozu tedavisinde öncelikle kemoterapi yapılır. Refrakter olgularda, debridman anti-tüberküler ilaçların etkisini arttırabilir. Bununla birlikte 9 ile 18 ay arasında değişen tedavi yaklaşımları vardır ve kemoterapi süresi konusunda bir fikir birliği yoktur.^[2,3,6] Kliniğimizde kemoterapi 18 aylık bir sürede uygulanmıştır. Akromioklaviküler tüberküloza klavikula dış ucunun eksizyonu da tanımlanmıştır.^[7]

Sonuç olarak akromioklaviküler eklemde açıklanamayan şişlik ve ağrısı olan hastalarda bu bölgedeki kemik eklem tüberkülozu da akla getirilmelidir. Antitüberküler kemoterapinin erken dönemde başlanması hastanın medikal olarak kontrol altına alınmasını sağlayabilir.

Çıkar örtüşmesi: Çıkar örtüşmesi bulunmadığı belirtilmiştir.

Kaynaklar

1. WHO report. Global tuberculosis control? Chapter 2011;2:9-27.
2. Tuli SM. Tuberculosis of skeletal system (bones, joints, spine and bursal sheaths). 3rd ed. New Delhi: Jaypee Brothers; 2004. p. 167-8.
3. Cevik R, Bukte Y, Nas K, Cevik FC, Kirbas G, Buyukbayram H. Oligoarticular tuberculous infection of the knee and acromioclavicular joints: an unusual manifestation and characteristic magnetic resonance imaging findings. Turk J Rheumatol 2011;26:61-5.
4. Richter R, Hahn H, Nübling W, Köhler G. Shoulder girdle and shoulder joint tuberculosis. [Article in German] Z Rheumatol 1985;44:87-92. [Abstract]
5. Tan WP, Tang MB, Tan HH. Scrofuloderma from the acromioclavicular joint presenting as a chronic ulcer in an immunocompetent host. Singapore Med J 2007;48:243-5.
6. Antti-Poika I, Vankka E, Santavirta S, Vastamäki M. Two cases of shoulder joint tuberculosis. Acta Orthop Scand 1991;62:81-3.
7. Wirth CJ, Breitner S. Resection of the acromial end of clavicle in acromioclavicular joint arthrosis. [Article in German] Z Orthop Ihre Grenzgeb 1984;122:208-12. [Abstract]