



**TÜBERKÜLOZUN NADİR GÖRÜLEN BİR ŞEKLİ:
İZOLE SAKRAL TÜBERKÜLOZ**

¹ Hüseyin AYDIN

An Unusual Form Of Tuberculosis: Isole Sacral Tuberculosis

ÖZET

Sakral tüberküloz, bel ve bacak ağrısı, ayaklarda uyuşma, güç kaybı, miksiyon ve defekasyon gibi yakınmalarla karşımıza çıkabilmektedir. Ancak, son derece nadir görüldüğünden, bu tür şikâyetlerle gelen hastaların ayırıcı tanısında genellikle göz ardı edilir. İlerleyici bel ve bacak ağrısı, sol ayakta his ve kuvvet kaybı şikâyetleri ile ünitemize lomber manyetik rezonans görüntüleme (MRG) tetkiki için gönderilen bir hastada, sakral 2. ve 3. vertebra korpuslarını tutan kitle lezyonu saptanmıştır. Kitlenin ayırıcı tanısında, MR ve bilgisayarlı tomografi (BT) bulguları ile öncelikli olarak kordoma, dev hücreli tümör yada plazmositom olabileceği düşünülmüş ve biyopsi önerilmiştir. Biyopsi sonucu nekrotizan granüloamatöz inflamasyon olarak gelmiştir. Bir yıl süren anti tüberküloz (TB) tedavi ile hastanın radyopatolojik bulguları ve klinik semptomları düzelmiştir. Lumbalji veya koksajli yakınmalarının ayırıcı tanısında, nadir görülen bir sebebi olsa da, sakral tüberkülozun da unutulmaması gerektiğini hatırlatmak amacıyla, bu olgu sunulmuştur

Anahtar kelimeler: Tüberküloz, sakrum, manyetik rezonans görüntüleme.

ABSTRACT

Sacral tuberculosis can be manifested by lower back and leg pain, numbness and strength loss in the lower extremities. As it is rarely seen in clinical practice, it can be omitted in the differential diagnosis of patients with such complaints. We have detected a mass lesion in the corpora of 2nd and 3rd sacral vertebrae in a patient referred to our unit for MRI investigation for progressive lower back and leg pain, numbness and loss of strength in left foot. With MR and CT findings cordoma, plasmositoma and giant cell tumor was thought in the differential diagnosis and a biopsy has been suggested. The biopsy revealed necrotizing granulomatous inflammation. After one year antituberculosis pharmacotherapy the radiological findings and clinical symptoms has recovered. Although a rare cause of lumbago or coxalgia, this case was presented to remind that sacral tuberculosis must be remembered in the differential diagnosis of the symptoms.

Key words: Tuberculosis, sacrum, magnetic resonance imaging.

GİRİŞ

Akciğer TB'li hastaların yaklaşık %1-2'sinde sekonder spinal TB enfeksiyonu gelişmektedir. En az tutulan spinal kesim ise sakral bölgedir. Akciğer tutulumu olmadan izole sakral tüberküloz görülmesi ise son derece nadirdir. Bu nedenle sakral kitle ayırıcı tanısında TB genellikle göz ardı edildiğinden, tanı gecikmekte ve dolayısı ile lezyonun ilerlemesi ve doğru tedavi edilememesi ile sonuçlanmaktadır. Bel, bacak ağrısı, ilerleyici kuvvet kaybı ve yürüme güçlüğü çeken ve uzun zamandır medikal lumbalji tedavisi gören erkek bir hastada, MRG ile tespit edilen sakral bir kitlenin, sakral tümör lehine yorumlanmasına rağmen, biyopsi sonucunun TB olarak rapor edilmesi, sakral kitlelerin ayırıcı tanısına, TB'nin de mutlaka dahil edilmesi gerektiğini hatırlatmak amacıyla bu olgu sunulmuştur.

OLGU

38 yaşında erkek hasta, sol kasıkta başlayan ve gluteal bölgeye vuran ağrı şikâyetleri ile hastanemize başvurdu. Özgeçmişinde iki yıl öncesinde, sol böbrek taşı ameliyatı olduğu ve altı ay öncesinde lomber disk hernisi nedeniyle (resim 1), iki kez fizik tedavi gördüğü öğrenildi. Fizik muayenede lumbosakral bölge ve sol kasık bölgesinde pozisyonla artan ağrı vardı. Sedimantasyon hızı 21mm/saat idi. Tam kan sayımı, kan biyokimyası ve tam idrar tahlilinde anlamlı patolojik bulgu saptanmadı. Lumbosakral iki yönlü direkt grafisinde, lomber aks düzleşmesi saptandı. Lomber MRG incelemesinde, L5-S1 diskinde, tekal kese sol anterioruna ve sol sinir köküne bası oluşturan, sol ağırlıklı postero santral-foraminal herniasyon izlendi. Lumbosakral disk hernisi bulgularına ilaveten, sakral 2. ve 3. Vertebra korpus sol yarısını

¹ Isparta Devlet Hastanesi
Radyoloji Bölümü

Submitted/Başvuru tarihi:
26.11.2013
Accepted/Kabul tarihi:
05.02.2014
Registration/Kayıt no:
13 11 337

**Corresponding Address /
Yazışma Adresi:**

Dr. Hüseyin AYDIN

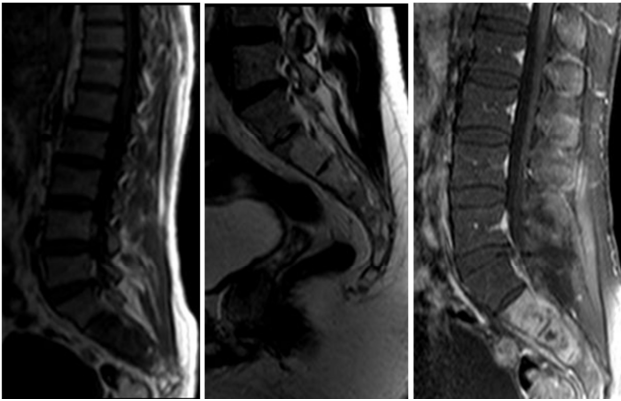
E-posta:
huseyinrad@yahoo.com

© 2016 Düzce Medical Journal
e-ISSN 1307- 671X
www.tipdergi.duzce.edu.tr
duzcetipdergisi@duzce.edu.tr

ağırlıklı olarak tutan, T1A'da hipointens ve T2A'da heterojen hafif hiperintens sinyal özelliği gösteren kitle lezyonu izlendi. Kitlenin yoğun kontrast tuttuğu ve sol lateralde kemik destrüksiyonuna neden olduğu görüldü (resim 2). Destrüksiyonu değerlendirmek amacıyla BT tetkiki yapıldı. Kemik yapıda korteks ve trabeküler kayba neden olan hipodens kitle saptandı. Kitle içinde matriks kalsifikasyonunu düşündüren amorf dansiteler izlendi. Kitlenin, radyolojik ayırıcı tanısında öncelikle, kordoma, plazmositom ve dev hücreli tümör olabileceği düşünülerek biyopsi önerildi. Kitle lezyondan yapılan kor biyopsi sonucu nekrotizan granümatöz inflamasyon olarak rapor edildi. Hastanın patoloji sonucundan sonra, geriye yönelik olarak yapılan anemnez sorgulamasında, babası ve yakın akrabalarının tüberküloz tedavisi gördüğü öğrenildi. Pulmoner TB varlığı açısından toraks ince kesitli BT yapıldı ancak aktif veya sekel TB ile uyumlu olabilecek herhangi bir radyolojik bulgu saptanmadı. Yapılan tüberkülin deri testi pozitif gelmiş ve ekstra pulmoner izole sakral TB olarak tanısı konup, anti TB tedavi başlandı. Tedavinin ikinci ayında yapılan MR incelemesinde, daha önce tarif edilen S2 ve S3 düzeylerini tutan kitle lezyonun belirgin şekilde gerilediği saptanmıştır (resim3).



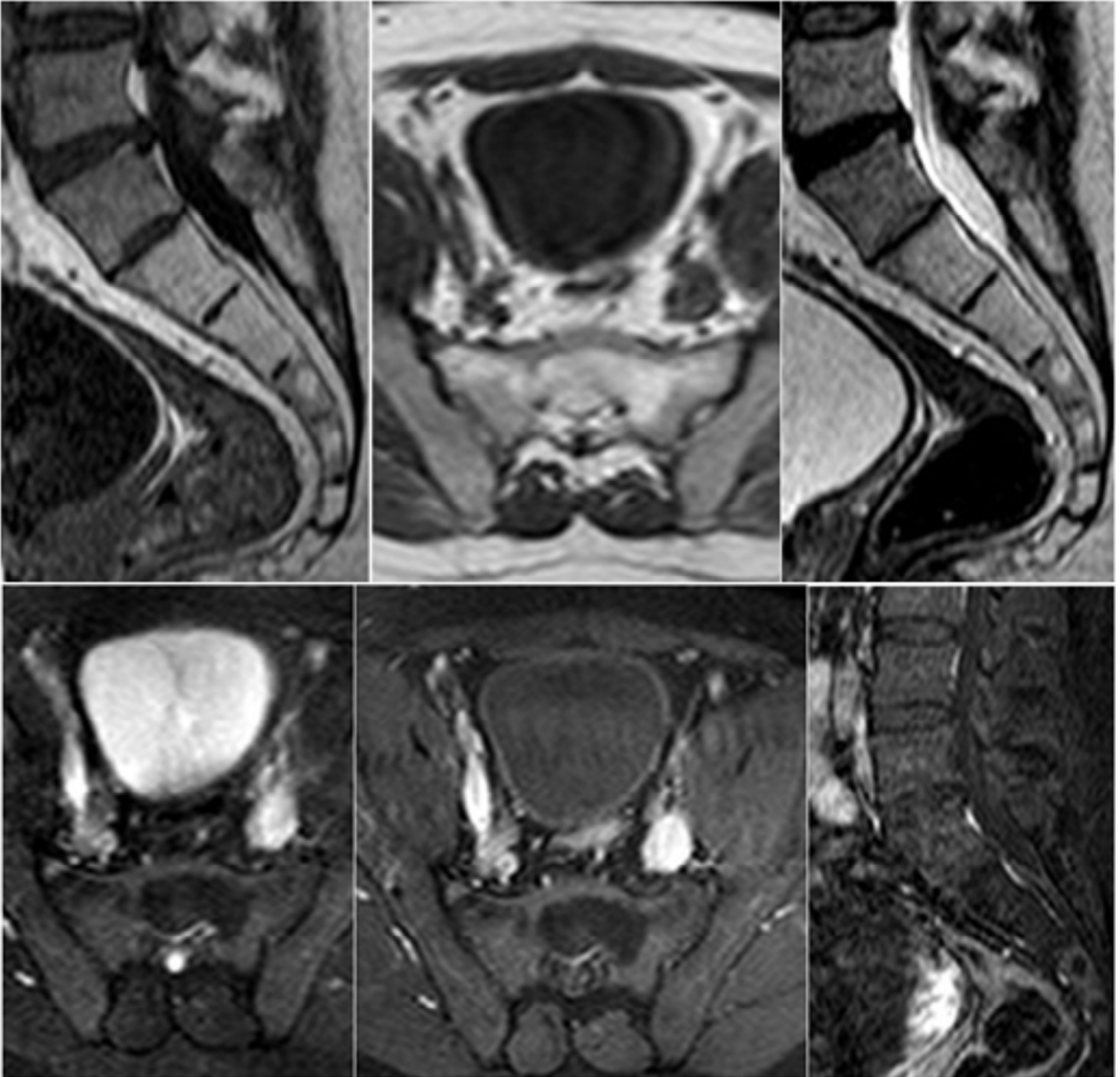
Resim 1 (a,b): T1A ve T2A SE sagittal kesitler; L5-S1 diskinde sol ağırlıklı posterior- santral herniasyon mevcuttur. Sakral vertebra korpus sinyalleri normaldir.



Resim 2 (a,b,c): T1A, T2A ve kontrastlı yağ baskılı T1A sagittal kesitler; sakral 2. ve 3.vertebra korpuslarında T1A'da hipointens, T2A'da hiperintens ve kontrast sonrası yoğun kontrast tutulumu gösteren kitleye ait sinyal değişiklikleri izlenmektedir.



Resim 3 (a,b,c): T1A SE aksiyal, T2A yağ baskılı aksiyal, T1A FS kontrastlı sagittal kesitler; tedavinin 3. ayında, sakral vertebralardaki lezyon alanının küçüldüğü izlenmektedir.



Resim 4 (a,b,c,d,e,f): T1A SE sagittal, T1A SE aksiyal, T2A SE sagitta, T2A FS aksiyal, T1A yağ baskılı kontrastlı aksiyal, T1A FS kontrastlı sagittal kesitler; tedavinin 5. ayında, sakral vertebralardaki patolojik sinyal değişikliklerinin tamamen kaybolduğu ve bu alanlarda yağlı dejenerasyon geliştiği izlenmektedir.

Laboratuvar incelemede saatlik sedimantasyon hızı 11 mm olarak saptandı. Klinik olarak hastanın semptomlarının da belirgin olarak gerilediği gözlemlendi. Tedavinin beşinci ayında tekrar MRG tetkiki yapıldı ve daha önce tanımlanan, kemik destrüksiyonu dışındaki, tüm patolojik sinyallerin kaybolduğu görüldü (resim 4). Hastanın bir yıllık tedavi sonrası kontrolünde genel durumunun tamamen düzeldiği gözlemlenmiştir.

TARTIŞMA

Tüm dünyada tüberküloz enfeksiyonu görülme sıklığında, son yıllarda belirgin artış gözlemlenmiştir. Pulmoner TB enfeksiyonuna sekonder olarak % 1-2 oranında spinal tüberküloz gelişmekte ve bunların da çok az bir kısmında sakral tüberküloz görülmektedir. İzole sakral TB görülmesi ise son derece nadirdir (1-3). Olgumuzda, sakral vertebra dışında, aktif veya sekeler TB enfeksiyonu ve nonspesifik enfeksiyon lehine yorumlanabilecek odak saptanmadı.

Spinal TB olgularının klinik semptomları nonspesifik olup bu bölgedeki birçok patolojiyi taklit edebilmektedir. En belirgin

linik semptomları bel ve bacak ağrısı, ekstremitelerde güç ve his kaybı, daha nadir olarak da miksiyon ve defekasyon bozuklukları sayılabilir. Bizim olgumuzun şikâyeti sol kasık ağrısı olarak başlamış, şikâyetleri zamanla progresyon göstererek sol kalça, sol bacağı vuran ağrı, sol ayakta his ve güç kaybı ile sonuçlanmıştır. Hastanın ayırıcı tanısında, benzer klinik semptomlar oluşturan lomber diskopati, kalça eklem patolojileri ve spinal sakral tümörler düşünülmüştür.

Kemik patolojilerinde direkt grafi bulgusunun saptanabilmesi için trabeküler yapıda en az %50 kaybın olması gerekirken, BT inceleme ile kemik destrüksiyonu çok erken dönemde saptanmakta ve kitlenin çevre yapılarla olan ilişkisi detaylı bir şekilde ortaya konabilmektedir (2). Bizim olgumuzun direkt grafisinde, vertebra korpuslarında belirgin patolojik bulgu saptanmadı. sakral BT incelemesinde ise kemik destrüksiyonu ve kitle içindeki amorf kalsifikasyonlar detaylıca ortaya konmuştur.

Manyetik rezonans görüntüleme, kemik kitle lezyonlarının lokalizasyonu, içyapısı, çevre yapılarla olan ilişkisi ve tedaviye

cevabın takibinde oldukça değerli bilgiler veren bir radyolojik inceleme yöntemidir (2). Tüberküloz enfeksiyonunda, T1A'da hipointens ve T2A'da hiperintens sinyal değişikliği kemik iliği ödemi için tanısaldır. Granülasyon dokusu erken dönemde belirgin ve difüz kontrast tutulumu gösterirken, devitalize kemik kontrast tutulumu göstermez ve T1A serilerde hiperintens olarak izlenir. Kemik korteks normalde tüm sekanslarda hipointens rim olarak izlenirken, kemik patolojilerine bağlı destrüksiyonda bu hipointens rimin kaybolduğu izlenir (2). Spinal TB'nin MRG bulguları, pek çok spinal tümörü ve enfeksiyonu taklit edebilir ve ayırım için patolojik inceleme gerekebilir. Ancak geç dönem tüberkülozda, T1A serilerde kemik korpusunda sinyal artışı izlenirken, diğer spondilit etkenlerinde ise T1A serilerde sinyal kaybı izlenir. Bu bulgu tüberküloz tanısı için oldukça değerlidir (5). Granülomatöz kitle oluşturan spinal TB olguları tümöral kitleler içinde en fazla kordoma, dev hücreli tümör ve plazmositom ile karışır.

Kordoma, multipl myelomadan sonra en sık görülen primer malign spinal tümör olup yarısı sakrum yerleşimlidir. Vertebra korpusundaki tipik radyolojik görünümü litik, amorf matriks kalsifikasyonları içeren ekspansil kitle şeklindedir. T1A'da düşük-orta ve T2A'da yüksek sinyal özeliğinde olup intravenöz kontrast madde enjeksiyonu sonrası yoğun kontrast tutulumu gösterir. Dev hücreli tümör ise omurgada en sık sakrumu tutan litik, ekspansil, destrüktif ve lokal agresif seyirli, vertebranın daha çok korpusunu tutan ve komşu sakroiliak eklemlere uzanabilen bir tümördür. Manyetik rezonans incelemesinde T1A ve T2A'da, yüksek kollajen içeriği ve kanama ürünlerine bağlı olarak, heterojen, düşük yada orta sinyal intensitesindedir. T2A'da düşük sinyal özelliği diğer tümöral kitlelerden ayırımında önemlidir. Plazmositom, multipl myelomanın lokalize şeklidir. Litik, destrüktif kemik lezyonu olup, matriks kalsifikasyonu içermez. T1A'da hipointens ve T2A'da belirgin hiperintens olup yoğun kontrast tutulumu gösterir (6). Hastamızın ilk yapılan MRG incelemesinde sadece L5-S1 düzeyinde disk hernisi saptanmış ve buna yönelik fizik tedavi görmüştür. Ancak hasta tedaviden fayda görmemiş, klinik semptomların progresif olarak artması üzerine yaklaşık altı ay sonra yapılan kontrastlı lumbosakral MRG'sinde daha önceki MRG incelemesinde izlenmeyen, sakral kitle saptanmıştır. Kitlenin sinyal özellikleri, literatürde de tanımlandığı gibi, sakral tümörlerle benzerlik göstermesi nedeniyle biyopsi önerilmiştir. Biyopsi sonucu nekrotizan granülomatöz inflamasyon gelen hastaya anti TB tedavisi başlandı. Tedavinin beşinci ayında yapılan MRG incelemede kitle lezyonun radyolojik olarak gerilediği ve lezyon alanlarının TB ile uyumlu yağlı dejenerasyonu göstren T1A ve T2A'da hiperintens karakter kazandığı görülmüştür.

Spinal TB büyük oranda pulmoner TB'ye sekonder geliştiğinden, anamnezde TB mutlaka sorgulanmalıdır (7). Bizim olgumuzda biyopsi ile tanı konulduktan sonra geriye dönük yapılan anamnez sorgulamasında, hastanın primer yakınmalarının TB tedavisi gördüğü öğrenilmiştir. PPD testi pozitifliğiyle patolojik tanı desteklenmiştir.

Vakaların çoğunda standart 12 aylık anti TB tedavi, hastalığın eradikasyonu için yeterlidir. Erken tanı, etkin tedavi için çok önemlidir. Ancak spinal TB nadir görülmesinden dolayı, ayırıcı tanıda genellikle göz ardı edildiğinden, tedavi sıklıkla gecikir (6). Ayrıca şunu da belirtmeliyiz ki, aynı anda farklı iki patoloji, aynı hastada görülebilir. Bizim olgumuzda, lomber diskopatiye yönelik yapılan fizik tedavi sürecinde, hastada sakral TB'nin gelişmesi nedeniyle, lomber diskopatiye yönelik yapılan fizik tedavinin başarısız olarak değerlendirilmesine neden olmuştur.

Sonuç olarak, tüm dünyada TB'nin görülme sıklığı artmış olduğundan, spinal kitle lezyonlarının ayırıcı tanısında TB enfeksiyonu mutlaka düşünülmeli ve anamnezde özellikle sorgulanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Wellons JC, Zomorodi AR, Villaviciencio AT, Lawson WT, Woods CW, Eastwood JD. Sacral Tuberculosis: A Case Report And Review Of The Literature. *Surg Neurol* 2004;61:136-41.
2. Patankar T, Krishnan A, Patkar D, Kale H, Prasad S, Shah J, Castillo M. Imaging in isolated sacral tuberculosis: A Review Of 15 Cases. *Skeletal Radiol* 2000;29:392-6.
3. Kumar A, Varshney MK, Trikha V. Unusual Presentation Of Isolated Sacral Tuberculosis. *Joint Bone Spine* 2006;73(6):751-2.
4. Case records of the Massachusetts General Hospital. Weekly Clinicopathological Exercises. Case 5-1988. A 34-year-old man with a destructive sacral lesion and a left gluteal mass. *N Engl J Med*. 1988;318:306-12.
5. Engin G, Acunas B, Acunas G, et al. Imaging Of Extrapulmonary Tuberculosis. *RadioGraphics* 2000;20:471-88.
6. Alkan A: Spinal Tümörler. Erden İ: Nöroradyoloji: Manyetik Rezonans Uygulamaları. Ankara. Türk Radyoloji Derneği. 2008:335-40.
7. Coffman GJ. Presentation Of A Rare Sacral Tuberculosis In An Otherwise Healthy Patient: Diagnostic Challenge and Review of Treatment. *J La State Med Soc* 2012;164:67-6.