

# Sırt Ağrısı Nedeni Tüberküloz Spondilit Olabilir

## Tuberculous Spondylitis May be The Cause of Back Pain

Dr. Betül Toygar / Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ABD

Dr. Nurdan Kotevoğlu / Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ABD

Dr. Hayal Ahmetoğlu / Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ABD

### ÖZET

Spinal enfeksiyonların en sık nedeni tüberküloz olup, tercihen orta torakal ve üst lomber vertebralar tutulur. Hastalığın başlangıcının sinsi, radyografik bulgularının yavaş seyirli olması ve spesifik semptomlarının olmamasıyla tanı gecikir. Uzun süren bel ve sırt ağrısının yanı sıra, konstitüsyonel semptomlar ve akut faz cevabının yüksek olması tüberküloz spondiliti düşündürmelidir. Manyetik rezonans görüntüleme tanıda önemli yer tutar. Erken tanı ve uygun tedavi hastanın gelişebilecek morbiditesinin önlenmesinde büyük önem taşır. Polikliniğimize medikal tedaviye dirençli sırt ve bel ağrısı ile başvuran iki tüberküloz spondilit olgumuzu tanı ve tedavi yaklaşımları ile tartışmak üzere sunuyoruz.

**Anahtar kelimeler:** bel ağrısı, sırt ağrısı, spondilit, tüberküloz

### ABSTRACT

Tuberculosis is the most frequent cause of spinal infections with a preferential involvement of the midthoracic and upper lumbar vertebrae. Since the onset of disease is insidious and the development of radiographic abnormalities is slow; with lack of specific symptoms, the diagnosis is delayed. Long-lasting back pain with constitutional symptoms and elevated acute phase response, tuberculous spondylitis should be considered. Magnetic resonance imaging has an important place in diagnosis. Early diagnosis and proper therapy is important in prevention of possible morbidities. We present two cases with back pain referred to our outpatient department, not responding to medical therapy and aim to discuss diagnostic and therapeutic aspects.

**Key words:** Spondylitis, tuberculosis, low back pain

### GİRİŞ

Tüberküloz hastalarının % 1'inden azında iskelet tutulumu görülürken, yarısı da omurga tutulumu şeklindedir (1,2). Orta torasik ve üst lomber vertebralar en sık tutulur (3). Başlangıç çok sinsidir. Klinik görünüm değişikdir, radyografik görünüm yavaş gelişir, akciğer tutulumu her zaman olmaz, ancak konstitüsyonel bulgular eşlik edebilir. Spesifik bulguların olmaması tanıyı geciktirir. MRI osteitisi ve paravertebral yumuşak doku tutulumunu, varsa abseyi, diskitesi, kök basısını veya birden çok seviye tutulumu gösterebilmesi nedeniyle en önemli görüntüleme yöntemidir(4). Polikliniğimize medikal tedaviye dirençli sırt ve bel ağrısı ile başvuran tüberküloz spondilit tanısı koyduğumuz iki olgumuzu tanı ve tedavi yaklaşımları ile sunuyoruz.

**Olgu 1:** 77 yaşında kadın hasta; 6 aydır devam eden sırt ağrısı, halsizlik ve kilo kaybı şikayetleri ile başvurdu. Genel görünümü anemik olan hastanın özgeçmişinde tip II diyabet ve hipertansiyondan başka bir özellik yoktu. Travma tanımlamıyordu. Lomber hareketleri ileri derecede kısıtlı idi. Diğer sistem muayenelerinde özellik yoktu. Nörolojik muayenesi normaldi. Laboratuvar tetkiklerinde sedimantasyon 125mm/saat, CRP: 5.8mg/dl, Hb:9.7g/dl, Hct:30.4, trombosit: 217.000, Alkali fosfataz:147 gr/dl, immun elektroforesi normal, biyokimya değerleri normal sınırlarda idi. Akciğer grafisi ve batin ultrasonunda özellik yoktu. Direkt lomber grafide L1-2 aralığı dar görünüyordu. Lomber MRI tetkikinde L1-2 disk yüksekliği azalmış, L1 ve 2 endplatolar düzensiz, L1-2 vertebralarda diffüz ödem, kontrast verilme-

sini takiben vertebra korpuslarında diffüz heterojen kontrast tutumu, vertebra anteriorunda 15x9mm yumuşak doku komponenti spondilodiskit düşündürmekte idi. PPD: 3 mm bulundu. BT altında alınan materyal patolojik incelemede ve direkt ARB tetkikinde özellik göstermedi. Kültür hazırlandı. PET (Pozitron emisyon tomografisi) yapılan hastanın aynı bölgede tutulum saptandı. Quantiferon sonuçları pozitif gelen hastanın nöroşirurji bölümü ile yapılan konsültasyonunda hastanın da isteği doğrultusunda antitüberküloz tedavisi başlandı.

**Olgu 2:** 66 yaşında kadın hasta 4 aydır devam eden sırt ağrısı şikayeti ile çeşitli merkezlerde görülmüş, verilen tedavilerden cevap alamamıştı. Zonklama tarzında olan ağrısının göğüs içine doğru yayılıp, baskı hissi oluşturduğunu, hareketle ve oturmakla artıp, dinlenince azaldığını ve gece özellikle çok şiddetlendiğini ifade ediyordu. Özgeçmişinde ve fizik muayenesinde özellik yoktu. Akciğer grafisinde sol hiler bölgede dolgunluk farkedilmesi üzerine toraks BT ve kan testleri istendi. Sedimantasyon: 115mm/saat, CRP: 3.6mg/dl, idi. BT'de D8 vertebra cismi sağ yarımında destrüksiyona neden olan, vertebra laterale uzanım gösteren yumuşak doku kitle si saptandı (Resim 1). Yayılım durumunu değerlendirmek için dorsal ve lomber MRI tetkiki yapıldı. MRI: D8 ve D9

sağ yarımında 37x27 mm aksiyel çaplı yumuşak doku lezyonu, yanı sıra L1 vertebra sol yarımında 5mm çaplı, S1 vertebra sağ yarımında 16 mm çaplı, T1 vertebrada hipointens T2' de izointens nodüler lezyonlar kontrast tutan özellikteydi. Metastaz olasılığı ve primer odak araştırması için PET yapıldı. D7-8 omurların sağ yarımında yumuşak doku komponentinin eşlik ettiği hipermetabolik, litik, ekspansil lezyonun metastaz veya enfeksiyon ayırımı tam olarak yapılamadı. (Resim 2). Göğüs cerrahisi ve nöroşirurji bölümünün ortak konsültasyonu ile cerrahi planlandı. Hasta kendi isteği ile dış merkezde göğüs cerrahisi kliniğinde videotorakoskopi ile opere edildi. Abse drenajı yapıldı. Kültür sonucunda ARB pozitif bulunan hastaya antitüberküloz tedavisi başlandı. Şikayetleri tamamen düzelen hastanın tedavisi halen devam etmektedir.

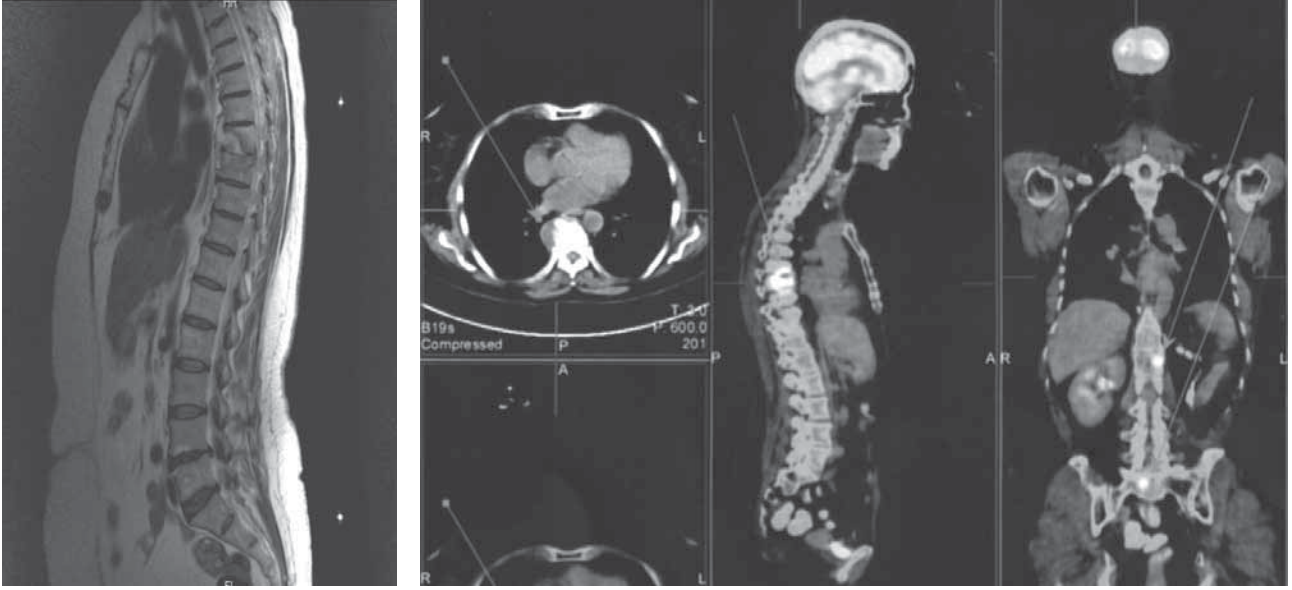
### TARTIŞMA

Her iki hastamız da medikal tedaviye dirençli sırt ve bel ağrısı ile başvurmuştu. Her iki olgumuz da 6. ve 7. dekatda olmakla birlikte , endemik bölgelerde yapılan geniş epidemiyolojik çalışmalarda spinal tuberkuloz, 40 yaş altında, üstündekilere göre daha sık görülür (relatif risk 2.7, %95 güvenlik aralığı: 2.39-3.08) ( 5).

Birinci olguda ağrının yanısıra kilo kaybı ve halsizlik



**Olgu 1, Resim 1-2**



**Olgu 2, Resim 1-2**

yakınması mevcutken ,ikinci olgumuzun genel durumu iyiydi. Her ikisinde de tüberküloz hikayesi yoktu. İkinci olgumuzun akciğer grafisinde sol hiler bölgede şüpheli gölge mevcuttu (Resim1). Her iki hastamızda da sedimentasyon yüksek ve ilk hastada PPD negatif idi. Birinci olguda Qantiferron pozitif idi. PPD pozitifliğinin prediktivitesi %86'dır (7).

Direkt grafide ilk olguda L1-2 eklem aralığının daralması dışında bulgu yokken, ikinci olguda hiler genişleme dikkati çekti. Ancak her iki olguda da MRI bulguları diskrit ve absenin yerini tanımladı. Konvansiyonel radyografide patolojik görüntü sadece %60 olguda görülebilir (6).

(Olgu 1 Resim 1-2; Olgu 2 Resim 1-2)

Tüberküloz spondilitte enfeksiyon odağı vertebra metafizinden başlayarak komşu 'endplate' hasarı yapar, radyolojik olarak fark edilebilmesi 2 veya 5 ay sonra mümkündür (2).

MRI tetkiki %96 sensitivite, %93 spesifite, %94 doğruluk ile en güvenilir yöntemdir. Epidural aralık ve spinal kord hakkında anatomik bilgi verir. T1 ağırlıklı görüntülerde disk ve komşu vertebra cisminde azalmış sinyal intansitesi, ödeme bağlı olarak T2 ağırlıklı görüntülerde artmış sinyal intansitesi görülür. T1 de endplate belirginliği seçilemez. Gadolinium erken enfeksiyonla, dejeneratif değişiklikleri ve neoplazileri ayırtetmeye yardımcı eder (5). Masif paraspinal abse; lomber bölgede paraspinal yumuşak dokular arasında, psoas kasının fasyası altında yayılırken torasik bölgede ise mediastende herhangi bir organa en çok da akciğere açılır (2,3,4,5,6,7,8).

İkinci olgumuzda abse akciğer ile yakın komşuluk gösteriyordu. BT altında perkütan iğne aspirasyon biyopsisi, kültür ve/veya histolojik inceleme taniya yardım

eder. Direkt mikroskopik inceleme, EZN boyama düşük duyarlılık ve özgüllüğe sahiptir, etkeni görebilmek örnekte fazla miktarda bakteri olmasını gerektirir. Alınan örnekte canlı basil sayısı azsa kültürlerde üreme olabilmesi için 6 hafta değil aylarca beklemek gerekebilir. Yirmidört olgulu bir çalışmada perkutan biyopsilerde kültür sonucu %50 pozitif bulunmuştur. Tekrarlanan biyopsilerde pozitiflik %79 olarak bildirilmiştir (9). Birinci olgumuzda perkutan aspirasyon bir kez yapıldı ve kültür sonuçları negatifti.

PET ise yanlış negatiflik vermediğinden ve yayılımın tamamını kısa sürede güvenilir olarak gösterdiğinden ve cerrahın daha güvenilir planlama yapmasını sağladığından güvenilir ve değerli bir görüntüleme metodudur (10).

Tedavi amacı enfeksiyonu eradike etmek, omurganın fonksiyonunu sağlamak ağrıyı sonlandırmaktır. Konservatif tedavi; antibakteriyel tedavi, immobilizasyon ve fizyoterapi aşamalarını içerir. Günümüzde medikal tedavi ile mortalite %25-56' dan %5 den aza inmiştir (11).

Spinal kord kompresyonu acil cerrahi gerektirir. Fazla kemik destrüksiyonu, ciddi kifoz veya konservatif tedavinin etkisiz kaldığı durumlarda düşünülmelidir. Konservatif tedavi altındaki hastaların olası nörolojik bulgular için yakından takip edilmesi gereklidir (11). Minimal invaziv teknikler ise ustalık gerektiren erken enfeksiyonlarda iyi sonuç veren yöntemlerdir (5).

Sonuç olarak; tedaviye cevapsız kalan bel ve sırt ağrısı olan hastaların inflamasyon bulgularının da tetkik edilmesi, sadece konvansiyonel grafi ile değil, MRI ile incelenmesi ve ülkemizdeki yaygınlığı göz önünde bulundurularak tüberküloz diskritin ayırıcı tanıda akılda bulundurulması, erken tanıyı ve tedaviyi sağlayarak, gereksiz cerrahi veya oluşabilecek nörolojik kayıpları önler.

#### KAYNAKLAR

1. Halsey JP, Reeback JS, Barnes CG. A decade of skeletal tuberculosis. *Ann Rheum Dis* 1992; 41:7-10.
2. Lifeso RM, Weaver P, Harder E: Tuberculous spondylitis in adults. *J Bone and Joint Surg Am* 1985;67; 1404-1413.
3. Moon MS: Tuberculous of the spine. *Spine* 1997; 22:1791-1797.
4. Sharif HS, Clark DC, Aabed MY. Granulomatous spinal infections: MRI imaging. *Radiol* 1990;177: 101-107.
5. Gouliuris T, Aliyu S, Brown N. Spondylodiscitis. Update on diagnosis and management. *J. Antimicrobial Chemotherapy* 2010;65(suppl 3 ) iii11-iii24. doi: 1093/jac/dkq303.
6. Mitchell RS. Control of tuberculosis. *N Eng J Med* 1967; 276:15.
7. Hamzaoğlu A. Granulomatous infection of the spine. *Spine* 1999;13;145-178.
8. Yau ACMC, Hodgson AR. Penetration of the lung by the paravertebral abscess. *J Bone Joint Surg* 1968;50;243-254.
9. Frieman JA, Maher CO, Quast LM. Spontaneous disc infections in adults. *Surg Neurol* 2002; 57: 81-86.
10. Nanni C, Boriani L, Fantini L et al. *J Nucl Med* 2010; 51; 12:1932-1993.
11. Kotevoğlu N, Taşbaşı I. Diagnosing tuberculous spondylitis: patients with back pain referred to a rheumatology outpatient department. *Rheumatol Int* 2004;24:9-13.