

Kemik ve Eklem Tüberkülozunun Laboratuvar ve Klinik Belirtileri

Dr. Yılmaz AKALIN⁽¹⁾

Ö Z E T

Bu yazıda kemik ve eklem tüberkülozunun özellikleri, hastalığın tipleri, anatomik bölgelere göre hastalığın görülme sıklığı anlatıldı. Ayrıca hastalığın en sık yerleşim bölgeleri olan omurga, kalça ve diz eklemlerindeki klinik belirtiler ile ayırıcı tanıda dikkat edilecek noktalar belirtildi.

SUMMARY

CLINICAL FINDINGS AND LABORATORY

In this paper a description has been made of bone and joint tuberculosis, the types of the disease, and its incidence in respect of its anatomical localizations. Moreover, attempts have been made to indicate clinical symptoms in the spinal column, hip and knee joints, all of which are the most frequent localizations of the disease, as well as the points that should be considered in differential diagnosis.

G İ R İ Ş

Kemik ve eklem tüberkülozu düşük derecede ilerleyen bir iltihaptır. Klinik bulgular; hastalığın kemik ve eklemde oluşuna, belkemiği, kalça diz gibi bölgelerde yerleşmesine, klinik tipine ve devresine göre değişmektedir.

Hastalığın özellikleri şu şekilde sıralanabilir (Tablo: 1):

(1) İst. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı Doçenti.

KEMİK VE EKLEM TÜBERKÜLOZU ÖZELLİKLERİ

1. Sinsi başlangıç,
2. Mono-Artiküler veya Mono-Ossöz hastalık,
3. Diğer organların lezyonu (Akciğer, bağırsak, böbrek).
4. Aile bireylerinde tüberküloz hastalığı olasılığı,
5. Başlangıçtan önce hastalık bölgesini etkileyen travma,
6. Yerel belirtiler ve bulgular,
 - a) Hamur kıvamında şişlik,
 - b) Hafif ağrı
 - c) Duyarlılık
 - d) Kas spazmı
 - e) Çocuklarda gece ağlamaları
 - f) Erken sertlik
 - g) Hasta bölge çevresinde hafif hareket
 - h) Civar lenf bezlerinin şişmesi (Adenopathie-Satellites)
 - i) Eklem sıvısının artması
 - j) Topallama
 - k) Çok erartrofisi
7. Bünyesel belirtiler,
 - a) Düşük dereceli ateş
 - b) İştahsızlık
 - c) Kilo kaybı
 - d) Gece terlemesi
 - e) Taşikardi
 - f) Anemi

Tablo: 1

HASTALIĞIN TİPLERİ:

Açıklamak amacı ile iki klinik tip tanımlanmıştır:

- 1 — GRANÜLER TİP: (Hafif, harap etmeyen bir karakter gösterir). Kemiksel ve synovitis olmak üzere iki şekilde görülür.
- 2 — KAZEİFİYE VE EKSUDATİF TİP: (Bu tipte harabiyet ve abse oluşumu vardır. Bu tipte de kemiksel ve synovitis şekilleri görülür.

GRANÜLER KEMİKSEL TİP:

Kemik lezyonu genellikle metafiz veya epifizde oluşur. Başlangıç sinsi olup, topallama, açıklanamayan hafif ağrılar ve yorgunlukla başlar. Yerel belirtiler ve bulgular çok sildir. Komşu eklemin hidrarthrozu nonspezifik olup, daha çok günlük çalışmalardan sonra akşama doğru görülür. Periost bazen ele gelebilecek kadar kalınlaşmış olabilir. Lezyon üzerindeki yumuşak kısımların hafifçe ısı artmıştır, ve duyarlılık gösterir. Hidrartrozdan dolayı eklem hareketleri kısıtlanabilir. Kas atrofisi hızla ortaya çıkar. Bünyesel belirtiler oldukça azdır. Abse oluşumu nadirdir.

KAZEİFİYE VE EKSÜDATİF KEMİKSEL TİP :

Burada başlangıç daha az sinsi olup, ateş, gece terlemesi, kilo kaybı ve iştahsızlık gibi bünyesel belirtiler ile beraber olur. Ağrı granüler tipe göre daha fazladır ve özellikle geceleri daha da artar. Kas spazmı daha ileri derecededir. Lezyon üzerindeki yumuşak dokular sıcak, şiş ve oldukça duyarlıdır. Bu tipte abse oluşumu sıktır. Absenin görünümünden önce, incelen ve parlaklık gösteren derinin kızarması, ısının artması ve gerilmesi izlenir. Absenin delinmesi ile fistül gelişir ve buradan cerahat kazeifiye madde ve sekestir drenajı aylarca devam eder.

Kazeifiye materyal ekleme girince ço gelişir.

GRANÜLER SYNOVİT

Hastalık eklem synoviasında başlayınca görülen tiptir ve daha çok çocuklarda oluşur. Sıklıkla nükseden hafif hidrartroz ve çok az veya hiç ağrı olmaması sinsi başlangıcın karakteristik bulgusudur. Bünyesel belirtiler hafiftir. Sıklıkla nükseder ve bu devam eder. Kas atrofisi giderek belirir. Zamanla eklemden sıvı azalır. Synovial membran kalınlaşır. Hareket kısıtlanır. Bu kısıtlanma özellikle hareketin son kısımlarında olur. Synovit durumu kemiğe atlamadan önce yıllarca devam eder. Bazen kazeifiye şekle dönüşerek yerel ve bünyesel bulguların artmasına yol açar. Sonuçta kontraktür ve Subluksasyon görülür.

EKSUDATİF SYNOVİTİS

Başlangıç akutur. Şiddetli iltihap bulguları ve genel belirtiler vardır. Ateş 40-41°C'ye yükselebilir ve genel durum çok bozulur. Hareketler çok ağırlıdır. Bölgesel lenf şişer. Eklem çevresinde yumuşak dokular yaygın olarak şiş ve ço eksudatif kazeifiye hastalığına hızla dönüşür. Abse genellikle dışarı açılır ve nekroze kıkırdak yok olur. Özet olarak; Granüler tipin gerek gerekse synovit şeklinde hastalık yavaş seyrederek ve erken teşhis edilirse prognoz iyidir. Kazeifiye ve Eksudatif tipte ise destrüktif hâdiseler gelişir ve eklemden ağır harabiyet yapar.

Kemik ve eklem tüberkülozu en çok columna vertebralis'de görülmektedir. İstatistiklere göre kemikteki tüberküloz infeksiyonlarının;

%50'si columna vertebralis tüberkülozu, yani Pott hastalığı,

%30'u kalça eklemi tüberkülozu,

%15-18'i ise diz eklemi tüberkülozu şeklinde görülmektedir.

Enteresan olan hususlardan biri de yaş ilerledikçe üst extremitelemlerin hastalığa tutulma şansının alt extremitelere nazaran daha fazla olmasıdır. %20-30 vakada ise hastalık birkaç eklemden birden görülmektedir.

Konuşma süremizin kısıtlığı nedeni ile bu yerleşim bölgelerinde en sık görülen omurga, kalça ve diz eklemlerinin klinik belirtileri ve ayırıcı tanılarında dikkat edeceğimiz noktaları kısaca açıklamaya çalışacağım.

Kemik ve eklem tüberkülozunun bütün yerleşim bölgelerinde ileri derecelerde klinik ve radyolojik belirtiler çok belirgin bir duruma geldiklerinde tanı oldukça kolaydır. Ancak hastalığın belirtileri bir çok hastalıklarla karıştırılabilmektedir. Kanımcı burada özellikle üzerinde durulması gereken durum bu olmalıdır. Tanıda laboratuvar bulguları önemlidir. Genel bulgular kronik hastalığın bulgularıdır.

Hipokromik anemi sık görülür. Sedimentasyon sürati genellikle artmıştır. Lokosit sayısı normal olabilir veya hafif bir lökositoz bulunabilir. Formülde lenfositlerin nisbi olarak artması görülebilir. Formülde sola kaymanın belirgin olması nötrofillerde vakuolların görülmesi ve sedimentasyonun çok

eklem tüberkülozunda pirquet mantoux gibi deri testleri pozitifdir. Ancak bu testlerin pozitif olmaları özellikle ülkemizde teşhiste çok fazla bir değer ifade etmez. Fakat negatif oldukları zaman hastalığın tüberküloz olmadığı söylenebilir. Kesin tanı tüberküloz basilinin görülmesi ile konulur.

Eklemde alınan sıvının direkt muayenesinde tüberküloz nadiren görülebilir. Sonucun müsbet çıkması önemlidir. Negatif netice tüberkülozu ekarte etmez. Ayırıcı tanıda çok yararlı olan bir bulgu synovial sıvıda glikozun çok azalmış olması veya yokluğudur. Kobay inokulasyonu çalışmaları yapılmalıdır. Ancak seröz eksudanın komşu iltihaba nonspesifik inflamatuvar reaksiyon olarak oluşabileceği akıldan çıkarılmamalıdır. Kemikten eklem synoviasından ve büyümüş lenf bezlerinden yöntemidir ve diğer yöntemlere tercih edilmelidir.

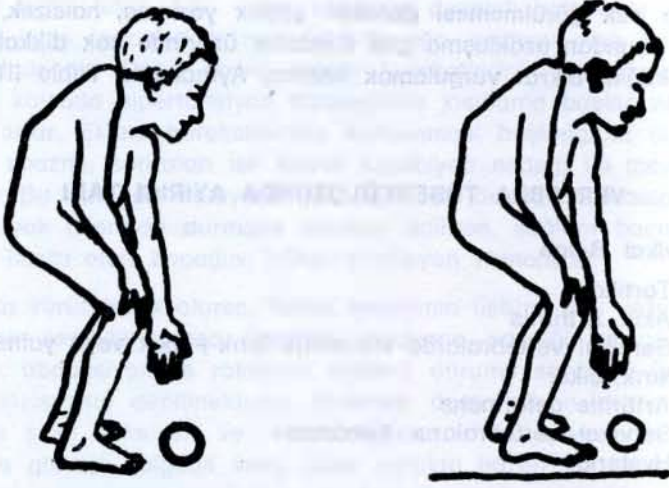
OMURGA TÜBERKÜLOZU

(Pott hastalığı)

Omurga, kemik ve eklem tüberkülozları içinde en çok rastlanan bölgedir. Olguların %40-50'sini oluşturur. En çok 5-10 yaşları arasında rastlanır. Erkek çocuklarda daha sık görülür. En çok 10. dorsal ile 2. lumbal vertebraları arasında görülür.

Pott hastalığının başlangıcı genellikle sinsidir ve yavaş gelişim gösterir. Başlangıç semptomları belirsizdir, genellikle hastalık hali kolay yorulma, iştah ve kilo kaybı ve çocukta oyun oynama arzusunun kaybolmasından ibarettir. Öğleden sonra veya akşam subjektif bir ateş olabilir. Sırt ağrısı genellikle minimaldir.

Hastalığa yakalanan vertebra bölgesinde adale spazmı sabit bir bulgudur. Omurganın hareket kabiliyeti (souples'si) kaybolmuştur.



Resim: 1

Herhangi bir cisim yerden alınırken hasta kalçalarını ve dizlerini fleksiyona getirir. Columna vertebralisini ekstansiyonda tutar. Torasik bölgede kifoz ilk dikkati çeken belirt

Lezyon servikal veya lomber vertebralarında yerleştiği zaman normal lordozun ortadan kalkışı ilk belirtidir. Hasta olan vertebranın processus spinosusu üzerine nazik perküsyonla veya basınçla ekseriya bir hassasiyet bulunur. Pott hastalığı olan çocuğun yürüyüşü özellik gösterir ve vertebranın koruyucu sertliğine yansır. Adımları kısadır. Sanki sırtını herhangi bir sarsıntıdan korumaya çalışır. Servika

hasta boynunu ekstansiyonda tutar ve bir eli ile çeneden, diğeri ile oksipit üzerinden başını destekler. Eğer seviye dorso-lumbar bölgede ise ve psoas absesi mevcut ise hasta diz ve kalçalarını fleksiyonda tutarak yürür ve ellerini uylukları üzerine yerleştirerek sırtını destekler. Abseler lezyonun seviyesine bağlı olarak boynun bir tarafında retrofanugeal bölgede, fossa iliacada kasıkta flüktüasyon veren bir şişlik şeklinde palpe adale belirler.

Eğer parapleji gelişirse alt extremitelerde spastisite oluşur. Derin tendon refleksleri hiper aktiftir, spastik bir yürüyüş, çeşitli derecelerde motor zayıflık, mesane ve anorektal fonksiyon bozukluğu

Kemik ve eklem tüberkülozunda geç devredeki klasik belirtiler ve geç devredeki bulgular genellikle çok belirgindir. Adeta teşhis edememek büyük

sık görüldüğü çocukluk yaşlarında birçok hastalıklarla karışabilir. Ancak,

çocuklarda pek görülmemesi gereken çabuk yorulma, halsizlik, sırt ve bel ağrısı oyundan uzaklaşma gibi durumlar üzerinde çok dikkatli durulması gerektiğini tekrar vurgulamak isterim. Ayırıcı tanı Tablo II'de özetlenmiştir.

VERTEBRA TÜBERKÜLOZUNDA AYIRICI TANI

I — Servikal Bölge

- A) Tortikolis
- B) Akut Arthritis
- C) Servikal vertebralarda travmatik kırık+çıkık veya yalnız kırık, çıkık
- D) Arthritis deformans
- E) Servikal vertebraların tümörleri
- F) Hysteria

II — Dorsal Bölge

- A) Raşitizm
- B) Skolyoz
- C) Sifilitik kifoz
- D) Spinal nevrалgie
- E) Vertebra Osteomyeliti
- F) Chondro-Osteo-Distrofi
- H) Putti sendromu
- I) Kümmel-Verneoil hastalığı
- J) Pott paraplejileri ile karışabilen diğer paralitık durumlar (Difteri, Menengitis, polio ve cerebral paraliz)

III — Lumbal Bölge

- A) Perinefritik abseler, çekum çevresi abseleri
- B) Sakro-koksajji
- C) Lumbago
- D) Disk hernilerine veya diğer nedenlere bağlı lumbo-Siyatalgieler
- E) Lomber bölge vertebralarının travmatik lezyonları.

Tablo: 2

KALÇA VE EKLEM TÜBERKÜLOZU «COXALGİE»

Kemik ve eklem tüberkülozu olgularının %30'unu teşkil etmektedir. Koksitis tüberküloza çoğunlukla çocukluk çağında en çok 5-7 yaşları arasında rastlanmaktadır. Erkek çocuklarda daha sıktır. Diğer olgularda tüberküloz enfeksiyonlarında olduğu gibi burada da iştahsızlık ve zayıflama gibi belirtiler başlangıçta meydana çıkar. Hastada sabahları mevcut olan ve sonra geçen topallama ile eklem hareketlerinde güçlük ve ağrı ilk

belirtileri teşkil eder. Ağrı daha sonraları devamlı hale gelir. Akşamları subjektal ateş, geceleri krizler halinde ağrı artması yine bu devrenin özelliklerindedir. Daha sonra eklem hareketlerinin kısıtlanması başlar. İlk önce kalçada hipertansiyon hareketinde kısıtlama başlar ve derecesi giderek artar. Eklem hareketlerinin kısıtlanması başlangıçta adale kasılması ve spazmı, sonraları ise kemik harabiyeti nedeni ile meydana gelmektedir. Bu safhada muayene bulguları çok önemlidir. Hasta bir süre her iki ayak üzerinde durmaya mecbur edilirse, sağlam bacağı üstüne basarak hasta olan bacağı büker (Pozisyon Hanche'

Hasta yürütülecek olursa, hasta bacağının üstüne yük vermez, topalar. Hasta sert bir masa üzerinde muayene edildiği zaman kalçada, fleksiyon, abduksiyon ve rotasyon ekstern durumu saptanır. Bu duruma (Bonet pozisyonu) denilmektedir. Eklemde destrüksiyon artınca kalçada deforme şekli fleksiyon ve adduksiyondur. İleri devrelerde kalçanın arı edilir veya buralardan fistülize olur. Artık hastalık yapacağını yapmıştır. Teşhisi çok kolaydır, fakat bıraktığı sakatlık çok büyüktür.

KOKSALGI

Ayırıcı Tanı:

Ayırıcı tanıda dikkat edilmesi gereken bir durum, kalça eklemının gene aynı yaşlarda görülen perthes-calve-legg hastalığıdır. Erken bulgularından ağrı ve topallama şikâyetleri karışabilirse de pertheste ilk bozulan kalça hareketleri abduksiyon ve rotasyondur. Diğer radyolojik ve laboratuvar bulguları kolayca ayırıcı tanıyı yapmamıza yardım eder. Aynı şekilde kalça eklemının artritleri kolaylıkla ayrılırlar. Ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken hastalıklar arasında akut mafsalsal romatizmasının transiyent (geçici) synovit durumunun para artiküler lezyonlardan; kistlerin, tümörlerin, masası mümkündür.

DİZ EKLEME TÜBERKÜLOZU (CONALGİE)

Olguların %1 çok genç yaşlarda tesadüf edilmektedir.

5 yaşından küçük çocuklarda	%60
5-10 yaşları arasında	%35
10 yaşından sonra ise	%5 oranında tesbit edilmektedir.

Her iki cinste aynı oranda rastlanma sık olmaktadır. Her iki dizde birden görülmesi çok nadirdir.

KLİNİK BULGULAR :

Diz eklemi tüberkülozunda da yine başlangıç harabiyet ve tamir safhaları klinik olarak tesbit edilmekte ve harabiyet safhası da ikiye ayrılmaktadır.

I — Hidrarthrosis Tüberküloza

II — Tümör Blanche dé genn

HYDRARTHROSİS TÜBERKÜLOZA

Diz ekleminde yavaş yavaş seröz bir sıvı oluşur. Bu durum patella dalgalanması ile kendini gösterir. Eklem içi sıvı toplanması gonokokside arthritislerde de oluşur. Fakat koksih durumda adenopati görülmez. Yine çok nadir olarak Hydrarthrosis syphilizde de görülebilir. Fakat bu durum iki dizi birden ilgilendirir. Bundan başka, tr de olabilir.

Bu durumları tüberküloz hydrarthrosisinden ayırmak ancak dikkatli bir klinik ve laboratuvar muayene için biyopsi yapma fisi ve diz bölgesi kemi teşhise yardım eder. Sonuç olarak bilhassa çocuklarda kronik hydrarthroz durumlarında diz tüberkülozunu düşünmek gerekir.

TÜMÖR BLANCHE DE GENU

Diz eklemi tüberkülozunun en tipik başlangıç şeklidir. Hastalık burada da Hydrarthrosis ile başlayabilir. İlk belirti de dıştaki bir şişlikten ibarettir. Bu şiş ağrısızdır. Daha sonra hastada dizi ile beraber topallama başlar ve hastalık dikkat çesiyon bozukluğu saptanır. Bu iki şekilde de hastalık Hydrarthrosis ile başlamakta, fakat ilk şekilde eklemdede daha çok sıvı toplamaktadır.

Harabiyet Devri:

Birinci safhada görülen belirtiler artmıştır. Dizde, istirahatte bile ağrı vardır. Bu ağrı hare Tedavi edilmeyen vakalarda diz eklemindeki ileri derecedeki harabiyet ile birlik oluşur. Ayrıca cruris dışı doğru dönerek rotasyon extern deformitesi oluşur. Bundan başka harabiyet devresinde, metafiz bölgesinde büyüme plağında harabiyete bağlı olarak, epifiz kaymaları kısalık ve çeşitli deformiteler oluşarak ağır bir sakatlıkla sonuçlanır.

PROGNOZ :

Küçük çocuklarda erken teşhis edilip tedavi edilen olgular hariç, hastalık fibröz ankiloz ve yukarıda belirtilen deformitelerde saptanmakta ve olguların hemen hemen %50'sinde arthrodez ihtiyacı görülmektedir.

Ayırıcı Tanı:

Erken devrede;

Akut veya sub akut osteomyelit, Akut Arthrit, Transseut synovit, kronik nonspesifik synovit ve travmatik synovit durumları düşünülmelidir.

Geç devrelerde; (Çocuklarda ve erişkinlerde)

Eski süpüratif artrit, Romatoid artrit,

Osteoartrit durumları dikkate alınmalıdır.