



El bileği fleksör tendonlarında tüberküloz tenosinovit: Olgu sunumu

Michel N'guessan ANOUMOU¹, Maurice KOUAME¹, Thomas DAIX², Armand YEPIE¹

¹Treichville Üniversitesi Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü, Abidjan, Fildişi Sahilleri;

²Treichville Üniversitesi Hastanesi, Pnömoftizyoloji Kliniği, Abidjan, Fildişi Sahilleri

Nadir bir tüberküloz formu olan ekstrapulmoner tüberkülozun gerek tanı, gerekse tedavisi zordur. Bu çalışmada eklem dışı tüberküloz tenosinoviti olan 45 yaşında bir hastayı değerlendirdik. Hastanın şikayetleri, De Quervain hastalığını ve karpal tünel sendromunu taklit ediyordu. Hastada patolojik tanı sonrası 6 aylık antitüberküler kemoterapi ile iyileşme sağlandı.

Anahtar sözcükler: Tenosinovit; mycobacterium tuberculosis; fleksör tendonlar; el bileği.

Tüberküloz tropikal bölgelerde çok sık görülen bir hastalıktır ve HIV enfeksiyonu gibi bağışıklığı etkileyen hastalıkların yaygınlaşması tüberküloz sıklığını da artırmaktadır. 2007 yılında, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) yılda 9.3 milyon yeni olgu görüldüğünü ve tüberküloz insidansını 206/100000 olarak olduğunu bildirmiştir.^[1] Tüberkülozun ekstrapulmoner formu nadir olsa da, tendon kılıfı tutulumu daha da nadirdir.^[2] Fleksör tendonlar genellikle ekstansör tendonlardan daha sık tutulur.^[3] Bu çalışmada eklem dışı tüberküloz tenosinoviti olan bir hastamızın tanı ve tedavi sürecini değerlendirdik.

Olgu sunumu

2009 yılının Ekim ayında 45 yaşındaki bir kadın sol el bileği anteriorunda ağrılı bir şişlik ile kliniğimize başvurdu. Son birkaç ay içinde hastanın el bileğindeki şişlik yavaş yavaş büyümüştü ve hasta arda ardına yapılan 6 tane betametazon enjeksiyonundan fayda görmemişti. Fizik muayenesinde şiş olan bölgede ödem, iltihaplanma ve parastezi saptandı. Başparmağında ağrı ve diğer dört parma-

ğında ise fleksiyon kontraktürü vardı. Finkelstein ve Tinel testi pozitif idi. El bileği grafisinde herhangi bir anormallik görülmedi. Bununla birlikte sonografik incelemede el bileği ve elinin palmar tarafında bir flegmon görüntüsünde heterojen hipoekojenik lezyon saptandı. Manyetik rezonans görüntüsünde fleksör tendonların etrafında inflamatuvar infiltrasyonu düşündürülen intansite artışı görüldü (Şekil 1). C-reaktif proteini normal iken eritrosit sedimentasyon hızı birinci ve ikinci saatlerde yüksekti. Tüberkülin deri testi normaldi ve akciğer grafisinde herhangi bir parankimal lezyon görülmedi. HIV testi negatif idi. Hastaya açık cerrahi biyopsi yapıldı. Cerrahi sırasında fleksör tendonlar çevresinde flegmon olmayan fusiform inflamatuvar bir şişlik vardı. Aynı zamanda median sinir üzerinde de ödem vardı (Şekil 2). Bakteriyolojik ve histolojik inceleme yapılarak şişmiş olan inflamatuvar doku çıkartıldı ve transvers karpal ligament kesildi. Histolojik inceleme sonucunda tüberküloz tanısını doğrulayan santral kazeöz nekroz ile epiteloid granülomlar ve dev hücreler saptandı (Şekil 3). Bakteriyolojik kültürleri steril kaldı.

Yazışma adresi: Dr. Michel N'guessan Anoumou, Department of Orthopedics and Traumatology, University Hospital of Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire.

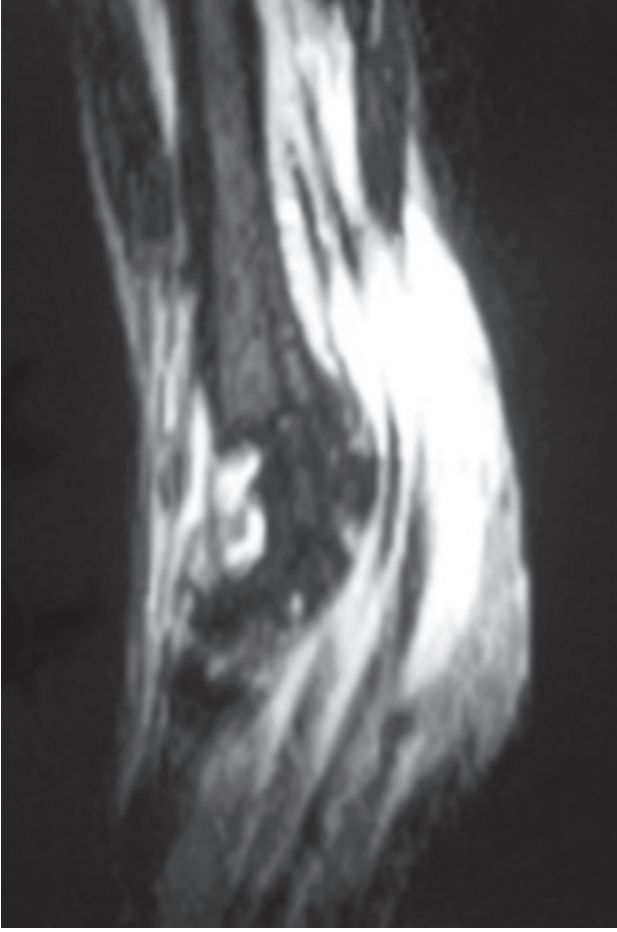
Tel: +225 21249122 e-posta: anoumoumichel@yahoo.com

Başvuru tarihi: 23.01.2013 **Kabul tarihi:** 14.05.2013

©2014 Türk Ortopedi ve Travmatoloji Derneği

Bu yazının çevrimiçi İngilizce versiyonu
www.aott.org.tr adresinde
doi: 10.3944/AOTT.2014.3168
Karekod (Quick Response Code)





Sekil 1. Fleksör tendonların çevresinde inflamatuvar infiltrasyon olduğunu düşündüren manyetik rezonans görüntüsü.

Hastaya ilk 2 ay rifampisin, izoniazid, pirazinamid ve etambutol, sonraki 4 ay rifampisin ve izoniazid kombinasyonu olmak üzere toplam 6 ay boyunca anti-tüberküler tedavi uygulandı. Median sinir duyu alanı üzerinde sonradan kaybolan parestezi dışında tedavinin herhangi bir yan etkisi görülmedi. Son takipte hastanın el fonksiyonlarının normal aktivite seviyesine ulaştığı tespit edildi.

Tartışma

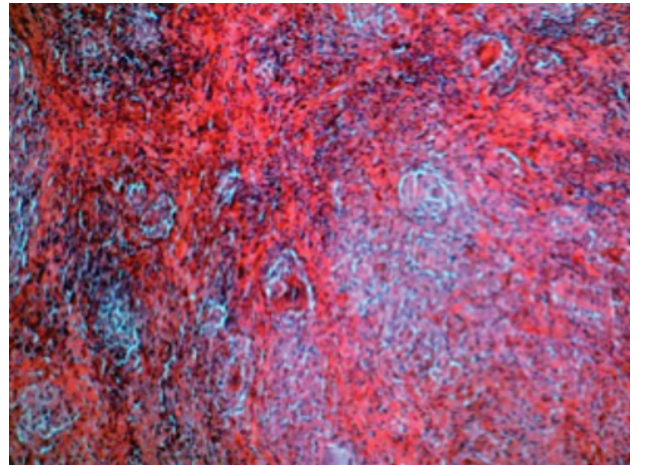
Mycobacterium tuberculosis'e bağlı gelişen tendon kılıfı enfeksiyonu, ekstrapulmoner tüberkülozun nadir bir formudur. Tendon kılıfı tüberkülozu genellikle el, el bileği, ayak ve ayak bileğinde görülür. Tüberküloz tenosinovit olguları, tüm kas iskelet tüberkülozu olgularının %5'inden azını oluşturur.^[4,5] Tüberküloz tenosinovit bulgularının nonspesifik olmaları ve sinsi olarak ortaya çıkmalarından dolayı hastalığın tanısı geç konabilir.^[6] Karpal tünelin çevresindeki inflamatuvar tenosinovit median sinire bası yaparak karpal kanal sendromunu bulgularına neden olabilir.^[7,8] Lee, el bileği fleksör ten-



Sekil 2. Ameliyat sırasında, fleksör tendonlarının çevresinde fleğmon olmayan fusiform şekilli inflamatuvar bir şişlik vardı. Aynı zamanda median sinir üzerinde de ödem vardı. [Bu şekil, derginin www.aott.org.tr adresindeki çevrimiçi versiyonunda renkli görülebilir.]

donlarında tüberküloz tenosinovit olan hastalarda karpal tünel sendromunun sık görüldüğünü bildirmiştir.^[7]

Wallach ve Masmajejan, sekonder karpal tünel sendromu etyolojisinde tüberküloz enfeksiyonunun önemli bir yeri olduğunu bildirmişlerdir.^[9] Chen ve Eng tüberküloz tenosinovitin De Quervain tenosinoviti ile taklit edebileceğini belirtmişlerdir.^[10] Kang ve ark. karpal tü-



Sekil 3. Tüberkülozun tanısı, histolojik incelemede santral kazeöz nekroz ile epitelioid granülomların ve dev hücrelerin gösterilmesi ile kondu. [Bu şekil, derginin www.aott.org.tr adresindeki çevrimiçi versiyonunda renkli görülebilir.]

nelde yer kaplayan lezyonları histolojik olarak değerlendirildikleri çalışmalarında tüberküloza bağlı lezyonların %25 kadar yüksek bir insidansa sahip olduklarını bildirmişlerdir.^[11] Tendon kılıfı enfeksiyonu basilin hematojen olarak yayılmasından kaynaklanmaktadır.^[12] Bununla birlikte Koch basili ile tendon kılıfının doğrudan da enfekte olabileceği bildirilmiştir.^[13]

Bizim olgumuzda hastalığın tanısından önce arda ardına kortikosteroid enjeksiyonları yapılmıştı. Laulan ve ark. nonspesifik fibröz tenosinovit tedavisinde lokal steroid enjeksiyonun etkisini incelemişlerdir.^[14] Bununla birlikte steroid enjeksiyonu yapılmadan önce tüberküloz tenosinovit olma olasılığı da göz önünde bulundurulmalıdır.^[15] Hastamızın fizik muayenesi ve akciğer grafisi normaldi, ancak sonografik incelemesinde hastalığını ortaya çıkaran önemli bulgular gözlemlendi.

El bileği grafisi sekel gibi kronik olgular dışında herhangi bir anormallik göstermeyebilir. Manyetik rezonans görüntüleme genellikle kronik tenosinovitin varlığını tespit eder ancak hastalığın spesifik kökenini belirtmez. Buna karşılık cerrahi tedavi için planlamaya yardımcı olur.^[15] Herhangi bir tendon lezyonunu veya eklem tutulumunu tespit etmek için bütün tendonları manyetik rezonans ile tam olarak değerlendirmek gerekir. Tüberkülozun kesin tanısı, santral kazeöz nekrozu ile epitelioid granülomlar ve dev hücreleri gösteren histopatolojik inceleme ile konur. Kanavel, tendinöz tüberkülozda üç evre olduğunu belirtmiştir.^[13] I. evre tendon kılıflarının kalınlaşması sonucunda seröz eksudasyonun olduğu aşama, II. evre pirinç tanesi gibi görünen granülom dokularının proliferatif aşaması ve III. evre ise nekroz aşamasıdır. Olgumuzu Kanavel evrelemesine göre, tendon kalınlaşması ve seröz eksudasyon ile karakterize I. evre olarak değerlendirdik.

Tüberküloz tenosinovitin tedavisi genellikle standart protokolleri esas alan bir medikal tedavidir. Kemoterapinin yan etkilerinin olmasından dolayı tedavi donanımlı bir merkezde yapılmalıdır.

Primer cerrahi tedavi sadece lezyonların II. evresinde ve tendon yırtıklarında tavsiye edilebilir. Benzer şekilde Benchakroum ve ark. apseleşme gibi komplikasyonların yanında, tıbbi tedavinin yetersiz kaldığı olgularda da cerrahi tedaviyi önermektedirler.^[6] Cerrahiden sonra, histolojik tanı konup yeterli yumuşak doku iyileşmesi sağlandıktan sonra el bileğine fonksiyonel bir rehabilitasyon programı uygulanmalıdır. Hastamız fonksiyonel bir rehabilitasyon uygulaması ile el ve el bileği fonksiyonlarını tamamen geri kazanmıştır.

Çıkar örtüşmesi: Çıkar örtüşmesi bulunmadığı belirtilmiştir.

Kaynaklar

1. World Health Organization. Global tuberculosis control-epidemiology, strategy, financing. WHO report 2009 (WHO/HTM/TB/2009(p.411)).
2. Gester. Affections des gaines synoviales. *Encycl.Med. Chir.*1987 Appareil locomoteur, 15153 A10,9:8.
3. De Vuyst D, Vanhoenacker F, Gielen J, Bernaerts A, De Schepper AM. Imaging features of musculoskeletal tuberculosis. *Eur Radiol* 2003;13:1809-19.
4. Fnini S, Ouarab M, Rafai M, Cohen D, Largab A, Trafeg M. An uncommon occupational accident: tuberculous tenosynovitis of the extensor tendons of the hand. [Article in French] *Chir Main* 1999;18:309-12. [Abstract]
5. Dumontier C, Maylin V, Sautet A, Lenoble E, Urban T, Apoil A. Rupture of the flexor tendon of the hand caused by tuberculosis. [Article in French] *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot* 1996;82:668-71. [Abstract]
6. Benchakroum M, El Bardouni A, Zaddoug O, Kharmaz M, El Yaacoubi M, Ouadghiri M, et al. Tuberculosis of the wrist. Symptoms and outcome in eleven cases. [Article in French] *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot* 2004;90:337-45. [Abstract]
7. Lee KE. Tuberculosis presenting as carpal tunnel syndrome. *J Hand Surg (Am)* 1998;13:574-6.
8. Kang HJ, Park SY, Shin SJ, Kang ES, Hahn SB. Tuberculous tenosynovitis presenting as carpal tunnel syndrome. *J Korean Soc Surg Hand* 2009;5:137-41.
9. Wallach F, Masmajan E. Carpal tunnel syndrome. When to operate? *La revue du praticien-medecine générale* 2006;20:716-7.
10. Chen WS, Eng HL. Tuberculous tenosynovitis of the wrist mimicking de Quervain's disease. *J Rheumatol* 1994;21:763-5.
11. Kang HJ, Jung SH, Yoon HK, Hahn SB, Kim SJ. Carpal tunnel syndrome caused by space occupying lesions. *Yonsei Med J* 2009;50:257-61.
12. Latil F, Magalon G, Dreant J, Roffe JL, Decaillet JM, Bureau H. Current aspects of tuberculous tenosynovitis. A report of six cases. [Article in English, French] *Ann Chir Main* 1982;1:336-41. [Abstract]
13. Kanavel AB. Tuberculosis tenosynovitis of the hand: A report of fourteen cases of tuberculosis tenosynovitis. *Surg Gynecol Obstet* 1923;37:635-47.
14. Laulan J, Jeannou J, Goupille P. Tendinitis of the hand and the wrist. *Rev Rheum* 2001;68:497-504b
15. Pertuiset E. Tuberculis of bone and joint members. *EMC-Rheumatologie Orthopédie* 2004;463-86.