

Omurga Tümörünü Taklit Eden Spinal Tüberküloz: Olgu Sunumu

Mürteza ÇAKIR ¹, Güzin ÖZDEMİR ¹, Kerem Mazhar ÖZSOY ¹, Ali KURT ²

¹ Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroşirurji Kliniği, Erzurum

² Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği, Erzurum

✓ Tüberküloz spondilit tanısı öykü, klinik bulgular ve radyolojik görüntüleme yöntemleri ile konulabilir, ancak bazı olgularda tümör-spondilit ayırıcı tanısı yapılamayabilir. Bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme tetkiklerinde spinal tümör olarak görüntü veren, ancak ameliyat sonrası patolojik tanıya göre tüberküloz sonucu aldığımız bir olguyu sunuyoruz.

Anahtar kelimeler: Tüberküloz, omurga tümörü, metastaz

J Nervous Sys Surgery 2009; 2(3):141-144

Tuberculosis Spondylitis Mimicking Vertebra Tumor: A Case Report

✓ Diagnosis of tuberculous spondylitis is difficult without biopsy confirmation. Radiological imaging techniques only may not help. In this case we present a case of tuberculous spondylitis mimicking vertebral tumor on computed tomography and magnetic resonance imaging scans.

Key words: Tuberculosis, spine tumor, metastasis

J Nervous Sys Surgery 2009; 2(3):141-144

GİRİŞ

Mycobacterium tuberculosis etkeni tarafından omurga ve eklerinin enfekte edilmesiyle ortaya çıkan omurga tüberkülozu tüm tüberküloz olgularının % 1-1.5, tüm akciğer dışı tüberkülozların % 15 kadarını oluşturur ⁽¹⁻³⁾. İlaç dirençlerinin gelişimi ve immün sistemi baskılayan hastalıklardaki artış nedeniyle omurga tüberkülozu olguları son yıllarda yine artış göstermiştir ⁽⁴⁾.

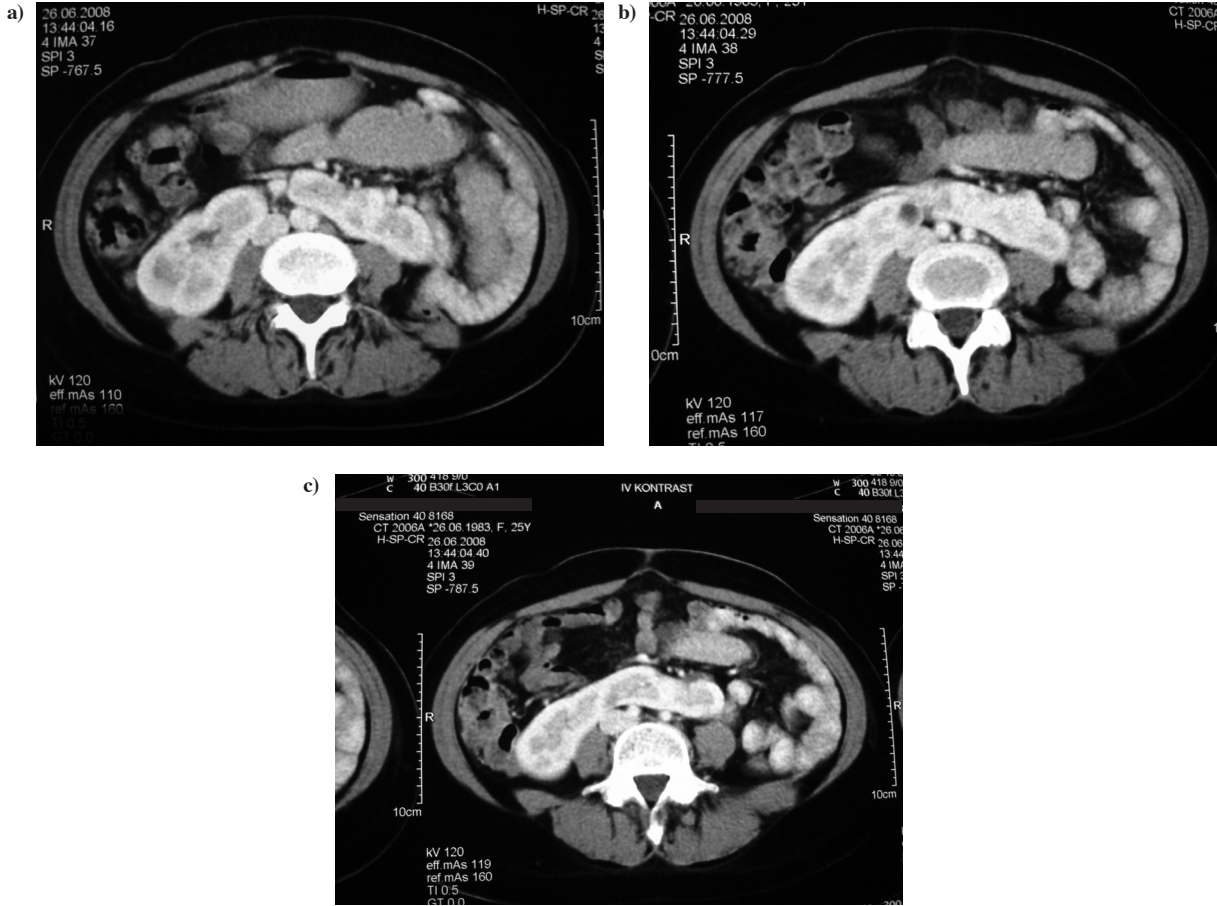
Hastalık neden olduğu yüksek morbidite yüzünden ciddi bir klinik sorun oluşturmaktadır. Kesin tanıya biyopsi sonucunda bakteriyolojik ve histolojik çalışmalarla ulaşılır ^(3,4). Kalıcı nörolojik defisit ve spinal deformiteden kaçınmak için erken tanı ve etkin tedavi önemlidir. Bununla birlikte, omurga tüberkülozunun radyolojik özellikleri erken teşhiste yardımcı olup,

tanıda gecikmeye bağlı komplikasyonları önler. Ancak, bazı olgularda vertebra lezyonları vertebra tümörüne veya metastatik lezyonlara benzer görüntü verebilir ^(1,2,5).

Bu çalışmayla, Bilgisayarlı Tomografi (BT) ve Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) bulguları yönünden vertebra tümörünü taklit eden bir omurga tüberkülozu olgusunu sunuyoruz.

OLGU SUNUMU

Yirmi altı yaşında, 32 haftalık gebe kadın hasta, dört aydır giderek artan sırt ve sağ bacak ağrısı ile buna eklenen sağ bacağının üzerine basama ve yürüyememe yakınmalarıyla kliniğimize başvurdu. Nörolojik muayenede sağ alt ekstremitede 2/5 motor kayıp saptandı. Hastanın torakal vertebralara ait BT tetkikinde: onuncu tora-



Resim 1 (a,b,c). Hastaya ait T-10 seviyesinden geçen aksiyel BT kesitleri.



Resim 2. Hastaya ait Sagittal planda vertebral MRG kesitleri.

kal vertebrada (T-10) yumuşak doku komponenti bulunmayan pür osteolitik lezyonlarla karakterize lezyon saptandı (Resim 1). Torakal MRG tetkikinde aynı lokalizasyonda özellikle korpus

arka kısmı ve arka elemanlarda daha belirgin olan inhomojen sinyal değişiklikleri, osseöz destrüksiyon görüntüsü saptandı. Bu kesitlerde paravertebral abse görünümü izlenmedi (Resim 2). Bu bulgularla hastada, TB spondilit ayırıcı tanıda akılda tutulmakla birlikte T-10 yerleşimli metastatik omurga tümörü düşünülerek, öncelikli olarak primer odağı araştırmak için tetkikleri yapıldı. Ancak, laboratuvar tetkiklerinde sedimentasyon yüksekliği dışında herhangi bir özelliğe rastlanmadı.

Olgu ameliyata alınarak posterior yaklaşımla ve T8-11 cilt insizyonu ile, gereğinde enstrümente edilebilecek şekilde açıldı. Öncelikle total laminektomi sonrada pedikül yerleşimli granüle doku temizlenerek diskektomi yapıldı. Parsiyel korpektomi ile vertebrayı tutan lezyon çıkartıldı.

Ameliyat sonrası erken dönemde hastanın parezisi düzeldi. Histopatolojik inceleme sonucunun tüberküloz ile uyumlu gelmesi üzerine dördüncü antibiyoterapi başlandı. İzlemede klinik olarak bir sorun gelişmeyen olgunun ameliyat sonrası 3. ve 6. aylarda yapılan kontrol MRG tetkiklerinde belirgin düzelme gözlemlendi.

TARTIŞMA

Omurga tüberkülozu tüm tüberküloz olgularının % 2'sini oluşturur. İskelet tüberkülozu olgularının % 25-60'ında vertebral kolon etkilenmiştir. Omurgada en sık etkilenen bölge ise alt torakal ve üst lomber bölgelerdir. Lezyonlar soliter olabilmekle birlikte, sıklıkla birden fazla, ancak devamlılık gösteren seviyenin tutulduğu izlenir⁽⁵⁾. Bizim hastamızda da tutulum T-10 vertebrada olup, soltiterdi.

Artmış vasküler volüme karşın hamile kadınlarda ekstrapulmoner tüberküloz ender olarak görülür^(6,7). Literatürde omurga tüberkülozu sonrası paralizisi gelişen ve sezaryen ile doğum yaptırılan hamile bir olgu bildirilmiştir⁽⁸⁾. Chako ve ark.'nın bildirdiği bu olguda tanı sezaryen öncesi yapılan biyopsi ile doğum sonrası konulmuştur. Bizim olgumuzda da sezaryenle bebek dünyaya getirildikten sonra cerrahi girişim yapılmış, girişim sonrası parezisi düzelterek hasta ayağa kalkmış ve nörolojik bir sekel kalmamıştır.

Tüberküloz etkeninin meydana getirdiği spinal lezyonlar pek çok hastalık tarafından taklit edilebilir. Piyojenik infeksiyonlar genellikle daha akut bulgular ve hızlı seyirleri nedeniyle daha kolay ayırt edilebilirken, aktinomikozis, nokardiyozis ve brusellozis gibi yavaş seyirli infeksiyonların salt görüntüleme bulguları ile ayrılmaları güç olabilir⁽⁹⁾. Metastatik hastalıklarda omurga tüberkülozunu taklit edebilir ve olgumuzda olduğu gibi biopsi alınmaksızın ayırımı yapılamaz. Omurga tüberkülozunun ayırıcı tanısında akılda tutulması gereken diğer hastalıklar fungal infeksiyonlar, sarkoidozis, kist

hidatik hastalığı ve sifilizdir^(5,9).

Omurga tüberkülozunda vertebra korpusunun sıklıkla anterior kısmı tutulur. Posterior tutulum ise olguların % 2-10'unda izlenmektedir⁽⁹⁻¹¹⁾. Oysa metastatik lezyonlar olguların % 50-90'ında posterior elemanları tutarlar⁽⁹⁾. Olgumuzda lezyonun ağırlıklı olarak arka elemanları tutmuş olması da öncelikli olarak metastaz-omurga tümörü lehine düşünmemize neden olmuştur.

Omurga tüberkülozunda, BT incelemede en sık gözlenen destrüksiyon şekli vertebra end plate'lerinde fragmentasyon tarzında osseöz destrüksiyon ve paravertebral yumuşak doku izlenmesidir⁽¹²⁾. Olgumuzda bu tarz bir destrüksiyon gözlenmemiştir. Bunun tersine, olgumuzda izlenen pür osteolitik lezyon şekli omurga tüberkülozunda izlenen en ender lezyonlardır⁽¹⁰⁻¹²⁾. BT incelemede tipik olarak disk uzaklığında daralma, paravertebral yumuşak doku kitleleri, birbirini izleyen çok seviyeli tutulum ve kifoz izlenir. Genellikle enfeksiyöz olay, longitudinal ligament boyunca vertebra anterior kesiminden yayılma eğilimi gösterdiği için, tüberküloz osteomyelit olgularının % 50'sinde iki vertebra korpusu birden tutulur⁽¹³⁻¹⁴⁾. Olgumuzda, yalnızca bir vertebrada tutulum izlendi. Yine paravertebral yumuşak doku izlenmedi.

Aksiyal, koronal ve sagittal planlarda görüntüleme sağlayabildiği için spinal kord ve intervertebral disk konusunda daha sağlıklı bilgi sağlayabilen MRG ile infeksiyonun başlangıç aşamasında, T1 ağırlıklı görüntülerde vertebra kemik iliği intensitesi ödem nedeniyle azalmış olarak görüntülenir^(11,15). İleri aşamalarda disk yüksekliği azalır ve paraspinal yumuşak doku değişiklikleri baş gösterir. T2 ağırlıklı serilerde tutulan vertebra korpuslarında, disklerde yumuşak dokularda artmış su içeriğine bağlı olarak sinyal artışı izlenir^(12,13,16). Olgumuzda MRG incelemede osseöz destrüksiyon, kemik yapılarında daha çok metastatik yayılımı düşündürecek şekilde yaygın anormal sinyal değişiklikleri ve bu lezyonlarda

heterojen kontrast tutulumu izlendi.

Sonuç olarak, spinal tüberküloz metastatik lezyonu taklit edebilir. Biyopsi almadan yalnızca görüntüleme teknikleriyle tanı konulamayabilir. Ancak, bu olguda erken cerrahi girişim doğum sonrası hastanın hızlı bir şekilde nörolojik defisitini düzelterek medikal tedaviyle birlikte komplikasyonsuz iyileşmesine izin vermiştir.

KAYNAKLAR

1. **Almeida A.** Tuberculosis of the spine and spinal cord. *Eur J Radiol* 2005; 55:193-201.
2. **Benli IT, Kaya A, Acaroğlu E.** Anterior instrumentation in tuberculous spondylitis: is it effective and safe? *Clin Orthop Relat Res* 2007; 460:108-16.
3. **Rajasekaran S.** The problem of the deformity in spinal tuberculosis. *Clin Orthop Rel Res* 2002; 398:85-92.
4. **Jain AK.** Treatment of tuberculosis of the spine with neurologic complications. *Clin Orthop Rel Res* 2002; 398:75-84.
5. **Martinez SF, Canale ST.** Tuberculosis and other unusual infections. In Canale ST editor *Campbells operative orthopaedics*. Vol 1 10th ed. St.Louis, London, Philadelphia, Sydney, Toronto: Mosby; 2003. p.713-23.
6. **Han IH, Kuh SU, Kim JH, Chin DK, Kim KS, Yoon YS, Jin BH, Cho YE.** Clinical approach and surgical strategy for spinal diseases in pregnant women: a report of ten cases. *Spine* 2008; 33:614-9.
7. **Lowenstein L, Solt I, Fischer D, Drugan A.** Spinal Tuberculosis with Paraplegia in Pregnancy. *IMAJ* 2004; 6:436-7.
8. **Chacko AG, Moorthy RK, Chandy MJ.** The transpedicular approach in the management of thoracic spine tuberculosis: a short-term follow up study. *Spine* 2004; 29:363-7.
9. **Aydın GB, Men S, Solak AŞ, Hücümenoğlu S.** Metastazi taklit eden multsentrik spinal tüberküloz. *Hacettepe Ortopedi Dergisi* 2000; 10-4:118-21.
10. **De Backer AI, Morteli KJ, Vanchoubroeck IJ, Deeren D, Vanhoenacker FM, De Keulenaer BL, Bomans P, Kockx MM.** Tuberculosis of the spine: CT and MR imaging features. *JBR-BTR* 2005; 88:92-7.
11. **Joseffer SS, Cooper PR.** Modern imaging of spinal tuberculosis. *J Neurosurg Spine* 2005; 145-50.
12. **Sinan T, Al-Khawari H, Ismail M, Ben-Nakhi A, Sheikh M.** Spinal tuberculosis: CT and MRI feature. *Ann Saudi Med* 2004; 24:437-41.
13. **Güzey FK, Emel E, Bas NS, Hacısalihioğlu S, Seyithanoğlu MH, Karacor SE, Ozkan N, Alataş I, Sel B.** Thoracic and lumbar tuberculous spondylitis treated by posterior debridement, graft placement, and instrumentation: a retrospective analysis in 19 cases. *J Neurosurg Spine* 2005; 3:450-8.
14. **Jain AK, Dhammi IK.** Tuberculosis of the spine: a review. *Clin Orthop Relat Res* 2007; 460:39-49.
15. **Le Page L, Feydy A, Rillardon L, Dufour V, Le Henanff A, Tubach F, Belmatoug N, Zarrouk V, Guigui P, Fantin B.** Spinal tuberculosis: a longitudinal study with clinical, laboratory, and imaging outcomes. *Semin Arthritis Rheum* 2006; 36:124-9.
16. **Teo EL, Peh WC.** Imaging of tuberculosis of the spine. *Singapore Med J* 2004; 45:439-44.