

Tüberküloz Artrit

Hakan YİĞİT (*), Fatih KARDAŞ (**), Behzat ÖZKAN (***)

SUMMARY

Tuberculous Arthritis

Osteoarticular tuberculosis is one of the chronic inflammatory diseases of the joints. Joint inflammation is usually monoarticular and most cases occur in the vertebrae, the hip and the knee. Early recognition and treatment of this slow progressive disease is important in preventing the complications. In cases with persistent, unexplained joint complaints, osteoarticular tuberculosis must be thought. In this paper a tuberculous arthritis case in a child is reported who was attempted with resistant knee complaints.

Key words: Tuberculous arthritis, child

Anahtar kelimeler: Tüberküloz artrit, çocuk

Tüberküloz, halen gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Yapılan çalışmalarda, tüm tüberküloz olgularının % 1-3'ünü, ekstrapulmoner tüberküloz olgularının ise % 6.6-9.6'sını tüberküloz artrit oluşturduğu görülmüştür (1-2). Osteoartiküler tüberküloz, eklem bölgelerinin kronik inflamatuvar hastalıklarının ayırıcı tanısında akılda tutulmalıdır. Bu yazıda, sağ diz ekleminde şişlik ve aralıklı ağrı ile getirilen bir tüberküloz artrit olgusu sunulmuştur.

OLGU

Altı yaşındaki kız hasta, sağ dizinde ağrı ve şişlik şikayeti ile hastanemize getirildi. Öyküsünden şikayetlerinin 4 ay önce başladığı, özellikle yorgun olduğunda ve soğuk havalarda şikayetlerinin arttığı öğrenildi. Sağ dizindeki ağrı ve şişlik nedeniyle zaman zaman üzerine basamadığı ve bacağını açmakta güçlük çektiği, mevcut şikayetleri ile kliniğimize başvurdukları öğrenildi.

Aralarında akrabalık olmayan, sağlıklı 46 yaşındaki anne ve 50 yaşındaki babanın 8. çocuğu olarak 3000g ağırlığında dünyaya gelen hastanın ailesinde kronik hastalık hikayesi yoktu. Aşılmasının zamanında ve tam olarak yapıldığı ifade

edildi.

Fizik muayenesinde; vücut ağırlığı 23.5 kg (75-90p), boyu 108 cm (10-25p), solunum sayısı 22/dk, nabız 88/dk, ateş 36°C aksiller, arter kan basıncı ise 100/60 mmHg olarak ölçüldü. Hastanın ölçülen sağ diz çapı 24.5 cm, sol diz çapı ise 23 cm idi. Sağ diz ekleminde hareket kısıtlılığı ve şişlik dışında kızarıklık ve ağrı gibi bulgular saptanmadı. Diğer sistem muayeneleri normal idi. Laboratuvar incelemesinde; Hb 12.8 g/dl, BK sayısı 7600/mm³, trombosit sayısı 378.000/mm³ idi. Periferik kan yaymasının incelenmesinde % 38 PNL, % 60 lenfosit ve bol trombosit tesbit edildi. Eritrositler normokrom normositer yapıda idi. Biyokimyasal testleri normal olan hastanın CRP 12 mg/dl, ASO (-), RF (-), Brucella aglütinasyonu (-) olarak saptandı. Eritrosit sedimentasyon hızı 28 mm/saat ölçülen hastanın rutin kültürlerinde üreme olmadı. Hastanın ön-arka (PA) akciğer grafisi normaldi. Karşılaştırmalı iki yönlü eklem grafileri ise radyoloji uzmanı tarafından normal olarak değerlendirildi. BCG skarı (-) olan hastaya 5 IU PPD deri içine yapıldı ve 48. saatte 25 mm, 72. saatte 28 mm'lik endürasyon saptandı. Tüberküloz artrit olabileceği düşünülen hastaya sinovial biopsi yapıldı ve eklem sıvısından ponksiyon yapılarak tetkik edildi. Eklem sıvısının incelenmesinde; sıvının rengi sarı ve bulanık idi, hücre bakıldı ve bol lenfosit saptandı. Müsin klot testi zayıf pozitif idi. Sinovial sıvı glukozu ile serum glukozu arasındaki fark 64 mg/dl olarak bulundu. Sinovial sıvının direkt tetkikinde tüberküloz basili görülemedi. Sinovial biyopsi sonucu patoloji anabilim dalı tarafından tüberküloz artrit olarak rapor edildi. Hastaya ilk 2 ay INH (10 mg/kg/gün), rifampisin (10 mg/kg/gün), prazinamid (35 mg/kg/gün) olacak şekilde üçlü antitüberküloz tedavi başlandı. İki ay süre ile bu tedavinin uygulanmasından sonra INH ve rifampisinle 4 ay daha devam edilmesi planlandı. Tedaviye başladıktan 1 ay sonra hastanın eklem şişliğinin azaldığı ve şikayetlerinin düzeldiği görüldü.

TARTIŞMA

Tüberküloz artrit sinsi seyirli bir monoartrittir ve her iki cinsten eşit oranda görülmektedir (3,4). Olguların çoğunda primer infeksiyon sırasında basilin ilk odakta etkilenen dokuya yerleşiminde lenfohematojen yayılım sorumludur (5). Akciğer tüberkülozu, olguların sadece 1/3'ünde olaya eşlik etmektedir. Yapılan çalışmalarda, tüberküloz artritli olgularda primer odak genellikle sap-

tanamamaktadır (6). Bizim olgumuzda da primer odak saptanmadı.

Tüberküloz artrit olgularının % 99'unda PPD (+) saptanmıştır (7). Hastalarda ağrı, şişlik, topallama bazen subfebril ateş ve gece terlemeleri görülebildiği halde genel durumları genellikle iyidir. Erken klinik dönemde (3-4 ay), olgumuzda da olduğu gibi, eklem aralığı korunur ve tek fizik muayene bulgusu şişlik olabilir (8). Hastalığın ilerlemesi ile eklem yüzeyinde daralma, düzensizlikler ve kemik harabiyeti görülebilmektedir (2). Kemik tüberkülozunun % 50'sini oluşturan Pott hastalığı, diğer bir adıyla tüberküloz spondilit sıklıkla torakal bölgeyi daha sonra sırasıyla lomber, servikal ve sakral bölgeleri tutar (6).

Basil ile önceden infekte olduğu bilinen bir çocukta, eklem lezyonlarının gelişmesi ya da inatçı, açıklanamayan eklem lezyonlarının varlığında (sinovial doku) iskelet sistemi tüberkülozu akla gelmelidir. Kesin tanı, eklem sıvısında tüberküloz basilinin üretilmesi ya da sinovial biyopsi ile konur (9). Kısa süreli kombine kemoterapi önerilen bu hastalarda, tedavi rejimi 2 ay süresince INH, rifampisin, prazinamid kullanılıp 3. aydan itibaren INH ve rifampisin ile tedavinin 6 aya tamamlanması şeklindedir (10).

Hastamızda şikayetlerinin 4 aydan beri devam ediyor olması, tutulan eklemının tek olması, BCG skarının (-)

oluşu ile PPD'nin pozitifliği, akla tüberküloz artriti getiriyordu. Hastaya sinovial biyopsi yapılarak kesin tanı konuldu. Kısa süreli kombine kemoterapi uygulanan hastanın şikayetlerinde süratle düzelme tesbit edildi. Sonuç olarak; eklem ağrısı ve şişlik yakınması ile getirilen olgularda kronik inflamatuvar hastalıkların yanı sıra ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde tüberküloz artrit de göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. **Alarcon GS:** Arthritis due to tuberculosis, fungal infections and parasites. *Curr Opin Rheumatol* 4(4):516-9, 1992.
2. **Leone A, Lauro L, Cerase A, Colosimo C:** Diagnostik imaging of musculoskeletal tuberculosis. *Rays* 23(1):144-63, 1998.
3. **Childs SG:** Osteoarticular Mycobacterium tuberculosis. *Orthop Nurs* 15(3):28-33;34-5, 1996.
4. **Latil F, Magalon G, Dreant J, Roffe JL, Decaillet JM, Bureau H:** Current Aspects of tuberculous tenosynovitis: A report of six cases. *Ann Chir Main* 1(4):336-41, 1982.
5. **Samuel K, Anne G, Peter H, Jeffrey S:** Krugman's Infectious Diseases Children. Tent Edition. St. Louis: The C.V. Mosby Company, 585-586, 1998.
6. **Kapusoğlu F, Göçmen A:** Osteoartiküler tüberküloz. *Katkı dergisi* 13(1):54-59, 1992.
7. **Abernathy RS:** Tuberculosis in children and its management. *Semin Respir Infect* 4(3):232-42, 1989.
8. **Puttick MP, Stein HB, Chan RM, Elwood RK, How AR, Reid GD:** Soft tissue tuberculosis; a series of 11 cases. *J Rheumatol* 22(7):13, 1995.
9. **Yao DC, Sartoris DJ:** Musculoskeletal tuberculosis. *Radiol Clin North Am* 33(4):679-89, 1995.
10. **Aquinas M:** Short -course therapy for tuberculosis. *Drugs* 24(2):118-32, 1982.