

FALANKSIN GRANÜLOMATÖZ İLTİHABI (FALANKS TÜBERKÜLOZU) Olgu Sunumu

Cengiz ÇETİN, Aydan KÖSE, Coşkun ERÇEL, Yakup KARABAĞLI, Mahmut ÖZYILMAZ

Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Eskişehir.

ÖZET

Antitüberküloz kemoterapidaki gelişmeye paralel olarak son yıllarda ekstrapulmoner tüberküloz olguları oldukça nadir görülmektedir. Sık görülmediği için tanı ve tedavide geç kalınabilir. Elin, gerek yumuşak dokularının, gerekse kemik ve eklem yapılarının kronik tekrarlayan enfeksiyonlarında, tüberkülozun ayırıcı tanıda düşünülmesinin, bu tür olguların erken tanı ve tedavisinin gerçekleştirilmesine büyük ölçüde katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Bu yazıda, kliniğimizde, sağ el 3.parmak orta falanksındaki granülomatöz iltihap (tüberküloz) ve tüberküloz tenosinovit nedeniyle cerrahi eksizyon ve antitüberküloz kemoterapi ile tedavi edilen bir olgu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Falanks, tüberküloz, granülomatöz iltihap, antitüberküloz kemoterapi

SUMMARY

Granulomatous inflammation of the phalanx (Phalanx tuberculosis): A Case Report

Due to the recent improvement of antituberculosis chemotherapy, extrapulmonary tuberculosis is a seldom seen entity nowadays. Because of this, diagnostic and therapeutic delay may occur. Chronic and recurrent infection of both soft tissue and bones of hand should remind us the possibility of the infection, so early diagnosis and proper management can be instituted.

We report a case of middle phalangeal granulomatous inflammation (tuberculosis) and tenosynovitis of third digit which is treated successfully by surgical curettage and antituberculosis chemotherapy.

Key Words: Phalanx, tuberculosis, granulomatous inflammation, antituberculosis chemotherapy

GİRİŞ

"Mycobacterium" grubu bakterilerin elde yol açtığı kronik tenosinovitler ve iskelet sistemi enfeksiyonları, oldukça nadir görülürler. Sık rastlanılmadıkları için bu tür olguların tanı ve tedavisinde genellikle gecikmeler meydana gelir¹⁻⁴. "Mycobacterium" grubu bakterilerin yol açtığı el enfeksiyonları, 1777'den beri bildirilmesine rağmen, tüberküloz tenosinovitleri ile ilgili ilk detaylı çalışmayı, 1923 yılında Kanavel yayınlamıştır⁵. Etkili antitüberküloz tedavinin bulunması ve yaşam standartlarının yükselmesi, özellikle respiratuvar sistem dışı tüberküloz olgularını ileri derecede azaltmıştır. Hastalığın bu denli nadir görülmesi, elin kronik enfeksiyonu şikayeti ile başvuran olgularda, bu hastalığın tanısını güçleştirmektedir.

Bundan yola çıkarak, kliniğimize 3. parmak orta falanks üzerinde akıntılı ülser şikayeti ile başvuru, falanks'da osteomyelit düşünülen, ancak yapılan klinik ve laboratuvar incelemeler sonucunda, kemik (falanks) tüberkülozu ve tüberküloz tenosinovitis tanısı alan hastamız nedeniyle, bu konudaki literatürü gözden geçirmeyi uygun bulduk.

OLGU SUNUMU

Yirmisekiz yaşında erkek hastanın mart 1995'de parmağında şişlik başlamış, herhangi bir tıbbi öneri olmaksızın parmağındaki şişliğe ichthyol pomat uygulamış, şişlik fistülize olup akmaya başladıktan sonra da bu uygulamaya devam etmiş. Akıntının kesilmemesi üzerine mayıs 1995'de bir başka merkezde fistül ağzı kapatılıp, ülser zemini greftlenmiş. Hasta, akıntısının kesilmemesi üzerine aralık 1995'de polikliniğimize başvurdu.

Bu olguya ocak 1994 yılında karın ön duvarında dermatofibrosarkom nedeniyle opere edilerek radyoterapi uygulanmış olup, kontrollerinde herhangi bir nüks saptanmamıştı.

Hastanın fizik muayenesinde, sağ el 3. parmakta orta falanks dorsal yüzde 1,5x 1,5 cm.lik atonik ülser zemini ve fistül ağzı vardı(şekil-1). Fistül ağzından, pürülan akıntı gelmekteydi. Parmakta yaygın ödem ve interfalangeal (İP) eklemlerin hareketlerinde kısıtlılık vardı. Yapılan radyolojik tetkiklerde, orta falanksda kronik osteomyelitile uyumlu litik lezyon saptandı(şekil-2). Hastanın rutin biokimya ve kan sayım tetkikleri normaldi. Akciğer grafisinde patoloji saptanmadı.

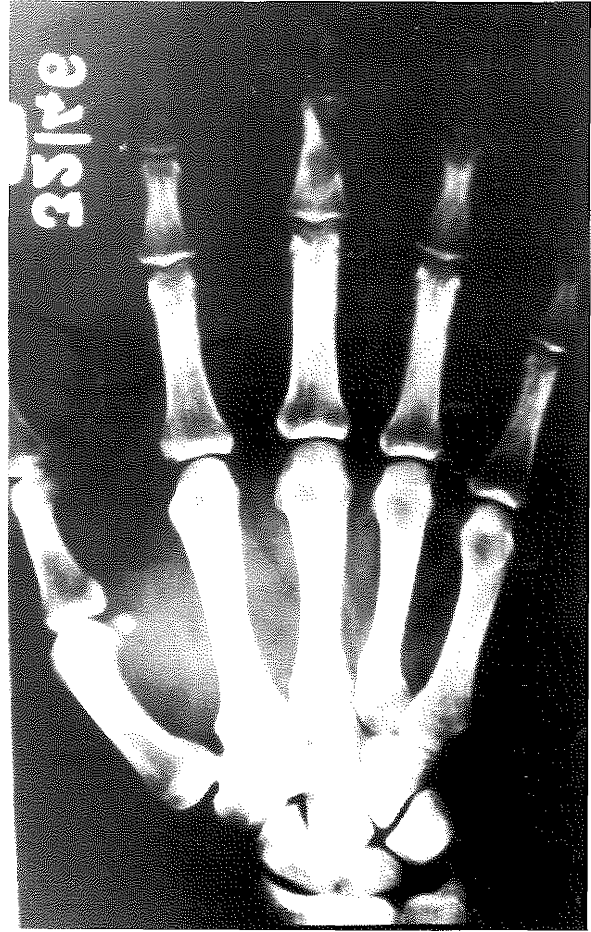
*Bu çalışma 18. Ulusal Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kongresinde (Bursa) serbest bildiri olarak tebliğ edilmiştir.



Şekil 1: Sağ el 3. Parmak dorsal yüzde fistül ağzı, ülsere alan ve parmakta yaygın ödem.

Hastada yumuşak doku enfeksiyonuna sekonder falanks osteomyeliti düşünüldü ve operasyona hazırlanıp aksiller blok anestezisi altında opere edildi.

Orta falanks dorsalinden fistül ağzını içine alacak şekilde yapılan insizyonla falanksa ulaşıldı. Falanksın alt 1/3 kısmının radial taraf ve eklem yüzü sağlam kalacak şekilde sekestrize olduğu görüldü. Kemik yapı ileri derecede yumuşamış, peynirimsi bir vasıf almıştı. Sekestre kemik kısmı debride edildi; falanksda oluşan kavite, antibiotik emdirilmiş (Gentamycin) homojen kemik greftiyle doldurulup, falanks üzeri lokal deri flebiyle kapatıldı. Gönderilen örneklerin histopatolojik inceleme sonucu, etkenin spesifiye edilemediği granülomatöz iltihap olarak bildirildi. Hastanın operasyon sonrası 3. haftadaki kontrolünde sağ el 3. parmak volar yüzde, metakarpofalangeal (MP) eklem seviyesinde fluktuasyon veren şişlik saptandı. Bu klinik durumun falanksdaki granülomatöz iltihaba sekonder tüberküloz tenosinovitis olabileceği düşünüldü. Yapılan ponksiyonda elde edilen pürülan materyalin direk yaymasında, ARB negatifti. Tüberküloz besiyerinde üreme olmadı. İlgili kliniklerden konsültasyon istenerek hasta, granülomatöz iltihaba neden olan mantar, bruselloz, sarkoidoz, yabancı cisim reaksiyonu ve inflamatuvar barsak hastalığı yönünden araştırıldı. Yapılan serolojik, laboratuvar tetkiklerle bu olasılıklar ekarte edildi. Göğüs hastalıkları konsültasyonunda pulmoner tüberküloz odağı bulunamadı. PPD pozitif olarak saptandı. Histopatolojik incelemede granülomatöz



Şekil 2: Hastanın operasyon öncesi el röntgenogramı. Orta falanks distal 1/3 de litik alan görülmekte.

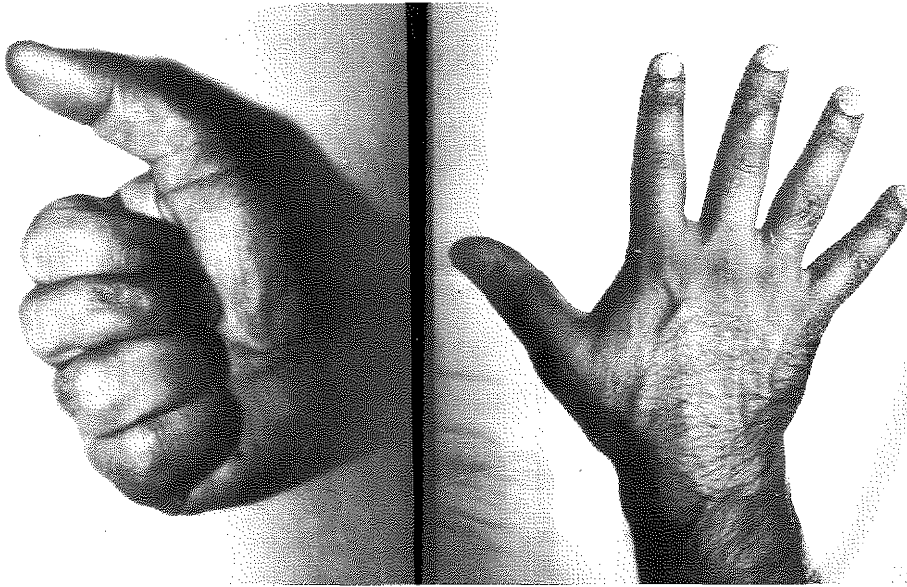
iltihap ve PPD pozitifliğine dayanılarak, hasta, falanks tüberkülozu ve tüberküloz tenosinovit kabul edilip, göğüs hastalıklarının önerisi üzerine isoniazid, rifampisin ve pirazinamid'den oluşan üçlü antitüberküloz kemoterapiye başlandı. Kemoterapiyi takiben 1. ayda parmakta akıntı ve şişlik kayboldu. İP eklemlerdeki kısıtlılık düzeldi. Bir yıl süre ile antitüberküloz tedaviye devam eden hastada, ikinci yılın sonunda nüks yoktu. Eklem hareketleri doğal sınırlar içerisinde değerlendirildi(şekil-3).

TARTIŞMA

Granülomatöz bir iltihap olan tüberkülozun etkeni, M. tüberkülozistir. Seyrek olmakla birlikte diğer "mycobacterium" grubu, M. kansasii, M. avium, M. intracellulare, M. terrae, M. fortuitum ve M. ulcerans'da el ve el bileğinde atipik granülomatöz iltihap yapabilmektedir¹⁻⁶.

Elde görülen atipik mikobakteriel enfeksiyonlar, sıklıkla immüsupresyonlu hastalarda penetran bir travmayı takiben ortaya çıkmaktadır⁷. M. tüberkülozise bağlı elin granülomatöz iltihabında, hastaların, %10-

30'da travma öyküsü vardır⁵. Travmalı olgularda sıklığın yüksek olması, penetran bir travmayı takiben direk inokülasyon olabileceği gibi, sessiz bir odağın travma ile aktive olabileceği şeklinde açıklanmıştır^{5,7}. Tüberküloz enfeksiyonu için diğer risk faktörleri, 60 yaş üzeri, düşük sosyoekonomik durum, malnutrisyon, alkol tüketimi, tüberküloz hikayesi, immünsupresyon ve kortikosteroidlerin lokal enjeksiyonu şeklinde sıralanabilir^{4,5,8}. Bizim olgumuzda da hastanın daha önce dermatofibrosarkom nedeniyle radyoterapi görmüş olması ve iş hayatı esnasında, elinin travmalara maruz kalması (metal işleri öğretmeni) hastalığın ortaya çıkışında literatürle uygunluk göstermektedir.



Şekil 3: Hastanın tedavi sonrası ikinci yılda elin görünümü ve el fonksiyonları.

Elin yumuşak ve kemik dokuya ait granülomatöz iltihabı, sıklıkla rezölüsyon ve rekürrenslerle seyredir^{4,5}. Bu nedenle doğru tanının konulması, aylar veya yıllar alabilir. El tüberkülozunda, en sık tespit edilen bulgu etkilenen parmakların progresif şişliği ve eklemlerdeki fonksiyonel kısıtlılıktır¹. Şiddetli olmayan değişik derecelerde ağrı, ısı artışı ve eritem gibi yakınmalar olabilir^{5,9}. Erken dönemde yapılan radyolojik tetkik, sadece yumuşak dokudaki şişliği gösterirken, kemik ve eklem tutulumu söz konusu olduğunda sıklıkla osteoporoz, periostal yeni kemik formasyonu, kemikte litik alanlar ve eklem aralığında daralma saptanabilir³. Bizim olgumuzda da başlıca yakınma parmakta ilerleyen şişlik, akıntı ve parmak hareketlerinin kısıtlılığı idi. Kemik tutulumunu takiben ortaya çıkan sinüs ve kronik akıntı, literatürde belirtilen semptomlarla uyumluydu⁵. Kronik osteomyelit düşünerek çektirdiğimiz el

grafisinde sağ el 3. parmak orta falanks alt 1/3 ünde litik alan vardı.

Bir el tüberkülozu olgusunda, başka tüberküloz odaklarında araştırılmalıdır. Fakat nadir olarak başka bir odak saptanabilir. Eğer başka bir odak saptanırsa, bu odağın genellikle göğüste lokalize olabileceği literatürde belirtilmiştir. Kemik ve eklem tutulumu olduğunda, solunum sistemi etkilenmese dahi PPD deri testi pozitifdir. Sedimantasyon yükselir; normokrom, normositer bir anemi olabilir^{5,8,9}. Olgumuzun histopatolojik inceleme sonucunun granülomatöz iltihap şeklinde gelmesi üzerine yapılan göğüs hastalıkları konsültasyonunda, pulmoner tüberküloz odağına rastlanmadı. PPD pozitif olarak saptandı. Bu pozitiflik

kemik ve eklem tutulumu ile açıklandı. Sedimantasyon ve kan tablosu normaldi.

Kemik veya yumuşak dokuya ait tüberkülozun kesin tanısı, enfekte dokudan alınan örnek veya enfeksiyon sahasından direne olan ya da aspirasyonla elde edilen materyalde, m. tüberkülozisin üretilmesiyle doğrulanır. Etken gösterilemediği takdirde olgu, ayırıcı tanıda granülomatöz iltihap yapan diğer patolojilerden (fungal

enfeksiyonlar, bruselloz, nontüberküloz mikobakteria, sarkoidoz, yabancı cisim reaksiyonu, inflamatuvar barsak hastalığı ile birlikte olan tenosinovitis) ayırılmalıdır^{2,5}. Doğrulamayı doku kültürü, aspirasyon veya açık biyopsi esnasında yapılan debridman ya da komplet tenosinovektomi materyalinden elde edilebilir^{3,10}. Olgumuzda etken üretilmese de, ayırıcı tanıda diğer olasılıklar ekarte edildi.

Tedavide, geniş cerrahi debridman ile kombine uzun süreli kemoterapi uygun seçenektir^{3,5,9,10,11}. Cerrahi debridman esnasında kemik yapılarında meydana gelebilecek kaviterler, otojen veya heterojen kemik greftleriyle doldurulabilir. Biz, cerrahi debridman esnasında sağ el 3. parmak orta falanksda meydana gelen kaviteyi, literatürde olduğu gibi kronik osteomyelitlere bağlı kaviterlerde antibiyotik emdirilmiş homojen kemik greftiyle doldurmayı uygun bulduk¹². Hastanın ameliyat sonrası ikinci yıldaki kontrollerinde, heterojen kemik greftlerin adapte olduğunu ve falanks bütünlüğünün

korunduğu görüldü (şekil-4).

Kemoterapide seçilecek ajanlar, kültür sonucuna göre belirlenir. Ancak her zaman tüberküloz basilini üretmek mümkün olmayabileceği için aspirasyon materyalinde veya cerrahi spesimende granülatöz inflamasyon saptanması halinde ve PPD pozitifliğinde antitüberküloz kemoterapi başlanması önerilmektedir³. Literatürde, karakteristik olarak klinik ve radyolojik seyri tüberkülozu düşündüren ancak, histolojik ve mikrobiyolojik olarak tüberküloz olduğu gösterilemeyen olgularda, antitüberküloz kemoterapi başlanıp tedaviye cevap alındığı bildirilmektedir^{3,9,10}. Bizde bu literatür bilgileri doğrultusunda cerrahi debridmanı takiben ayırıcı tanıdaki diğer seçenekleri ekarte ederek üçlü antitüberküloz kemoterapi başladık. Tedaviden sonraki bir aylık dönemde hastanın şikayetlerinin hızla düzelmesi ve ikinci yıl sonunda nüks gözlenmemesi, eklem fonksiyonlarının bütünüyle geri gelmesi literatürde verilen bilgilerle uygunluk göstermektedir.



Şekil 4: Tedaviden sonra ikinci yıldaki el röntgenogramı.

Günümüzde antitüberküloz kemoterapideki gelişmeye paralel olarak pulmoner tüberküloz oranında düşme olmasına rağmen elin, gerek yumuşak dokularının gerekse kemik ve eklem yapılarının tüberkülozu zaman zaman ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle elin kronik, tekrarlayan tenosinovitlerinde ve kemik dokuya ait enfeksiyonlarında, tüberkülozun ayırıcı tanıda düşünülmesinin, bu tür olguların, erken tanı ve küratif tedavilerinin gerçekleştirilmesine büyük ölçüde katkı sağlayacağı kanısındayız.

Dr. Cengiz ÇETİN

Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi

Anabilim Dalı

Meşelik Kampüsü /ESKİŞEHİR

KAYNAKLAR

1. Robins R.H.C. : Tuberculosis of the wrist and hand. Br J Surg 54:211; 1967
2. Kelly P.J., Karlson A.G. : Musculoskeletal tuberculosis. Mayo Clin Proc. 44:73;1969
3. Davitson P.T., Horowitz I. : Skelatal tuberculosis: A review with patient presentations and discussion. Am J Med. 48:77;1970
4. J. Enerson D.A., Fujii M., Nakielna E.M., Grzybowski S. : Bone and joint tuberculosis: a continuing problem. Can Med Assoc J 120: 139, 1979
5. Jackson R.H., King J.W. : Tenosynovitis of the hand: A forgotten manifestation of tuberculosis. Reviews of infections Diseases. vol.11, no.4:616;1989
6. Kozin SH., Bishop A.T. : Atypical mycobacterium infections of the upper extremity. J. Hand Surg. 19A:480;1994
7. Anouchi Y.S., Froimson I. : Hand infections with mycobacterium chelonci: a case report and review of the literature. J. Hand Surg. 13B:331;1988
8. Newton P., Sharp J., Barnes K.L. : Bone and joint tuberculosis in greater Manchester 1969-79. Ann Rheum Dis. 41:1;1982
9. Halscy J.P., Reback J.S., Barnes C.G. : A decade of skeletal tuberculosis. Ann Rheum Dis 41:7;1982
10. Kelly P.J., Karlson A.G., Weed L.A., Limscomb P.R. : Infection of synovial tissues by mycobacteria other than mycobacterium tuberculosis. J Bone Joint Surg 49A:1521;1967
11. Lawrance C.H., Amadio P.C., Badalamate M.A., Ellstein J.L., Dattwyler R.J. : Mycobacterium marinum infections of the hand. The J. Hand Surg. 12A:428;1987
12. Günal İ., Seber S., Kiraz N., Türkay S., Öztuna V. , Göktürk E. : Evaluation in vitro de la diffusion des antibiotiques a partir d'une xenogrefe impregnée d'antibiotiques Revue de chirurgie orthopedique 82: 59, 1996