

Olgu sunumu:

Gibboziteye neden olan ve tedavi altında farklı seviyede reaktivasyon gösteren Pott Hastalığı*

Erdal Kalkan, Fatih Erdi, Fatih Keskin, Kemal İlik, Yaşar Karataş

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Nöroşirürji Anabilim Dalı, Konya

Amaç: Pott Hastalığı; Mycobacterium tuberculosis'in neden olduğu vertebral osteomyelit olarak tanımlanmaktadır. Bu yazıda gibboziteye neden olan ve tedavi altında farklı seviyede reaktive olan Pott Hastalığı bulunan bir olgu sunulmaktadır. **Olgu sunumu:** Otuz iki yaşında bayan hasta sırt ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın torakal manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) Th 6-7 vertebra osteomyeliti tespit edildi. Hasta opere edildi. Sol anterolateral yaklaşımla Th5-6 abse drenajı, korpektomi ve anterior stabilizasyon+füzyon uygulandı. Hastanın ameliyat sonrasında sırt ağrısı şikayeti düzeldi. Histopatolojik ve mikrobiyolojik inceleme sonuçları tüberküloz olarak rapor edildi. Anti tüberküloz tedavisi başlandı. İlk ameliyattan 3 ay sonra hasta bel ağrısı ve yürümede güçlük şikayetleri ile tekrar kliniğimize başvurdu. Hastanın bu sürede önerilen anti tüberküloz ilaçlarını düzenli bir şekilde aldığı öğrenildi. Çekilen MRG'de lomber vertebra osteomyeliti tespit edildi. Hasta tekrar opere edilerek anterior yaklaşımla L2 vertebral abse drenajı, korpektomi, dissektomi uygulanıp anterior stabilizasyon ve füzyon uygulandı. **Sonuç:** Son yıllarda tüm dünyada ve ülkemizde tüberküloz olgularında artış kaydedilmektedir. Omurga tüberkülozu iskelet sistemi tüberkülozları içerisinde en sık görülen tip olup hastalık günlük nöroşirürji pratiğinde tekrar gündeme gelmeye başlamıştır.

Anahtar kelimeler: Pott Hastalığı, Omurga, Gibbozite

Pott's disease which caused gibbosity and reactivated under treatment

Objective: Pott's disease is defined as vertebral osteomyelitis caused by Mycobacterium tuberculosis. In this report we present a case of Pott's disease which caused gibbosity and reactivated under treatment. **Case Report:** Thirty-two years old female patient was admitted to our clinic with complaints of back pain. The patient's thoracic magnetic resonance imaging (MRI) was showed Th 6-7 vertebral osteomyelitis. The patient was operated with left anterolateral approach and abscess drainage, corpectomy and anterior stabilisation+fusion was performed. The patient's back pain was resolved after surgery. Histopathological and microbiological results were reported as tuberculosis. Anti-tuberculosis treatment was started. Three months later from the operation the patient readmitted to us with complaints of low back pain and difficulty in walking. In this period she was used her anti-tuberculosis treatment regularly. In MRI lumbar vertebral osteomyelitis was determined. The patient was re-operated with anterolateral approach and vertebral abscess drainage, discectomy, corpectomy and anterior stabilisation and fusion was performed. **Conclusion:** In recent years, an increase in tuberculosis cases is recorded. Spinal tuberculosis is the most common type of disease within the skeletal system and started come back important in daily practice of neurosurgery.

Key words: Pott 's disease, Spine, Gibbosity

Genel Tıp Derg 2010;20(3):121-123

*Bu çalışma 17-21 Nisan 2009 tarihleri arasında Kıbrıs'da düzenlenen Türk Nöroşirürji Derneği 23. Bilimsel Kongresinde poster olarak sunulmuştur.

Yazışma adresi: Doç.Dr.Erdal Kalkan, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Nöroşirürji Anabilim Dalı, Konya

E-posta: drekalkan@selcuk.edu.tr

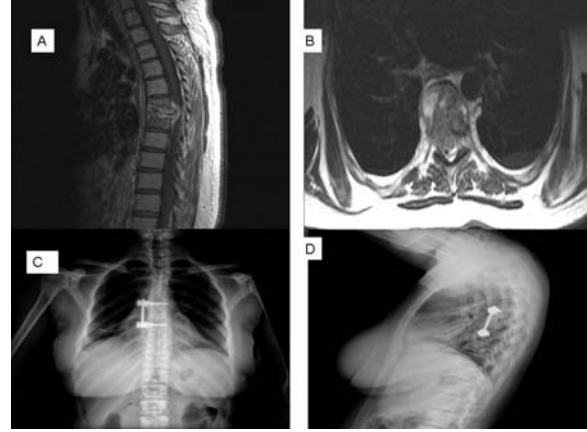
Omurga iskelet sistemi içerisinde tüberkülozun en sık yerleştiği bölgedir. Enfeksiyon vertebra korpusunun kansellöz kısmından başlar, anterior longitudinal ligament altından veya intervertebral diskten geçerek komşu vertebralara ulaşır. Paravertebral abse sakroiliak bölgeye kadar uzanabilir. Enfekte vertebra korpusu çökerek gibbozite denilen açılı kifotik deformite ortaya çıkar (1). Burada gibboziteye yol açtığı için anterior stabilizasyonla tedavi edilmiş ve antitüberküloz tedaviye karşın lomber bölgede reaktif olarak farklı semptomlara yol açmış bir vertebral tüberküloz olgusu sunulup hastalığın seyri ve yönetimine dair bilgiler ilgili literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Olgu sunumu

Otuz iki yaşında bayan hasta son bir aydır olan ve son bir haftadır artan sırt ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurusu ile yatırıldı. Fizik ve nörolojik muayenesinde özellik olmayan hastanın torakal manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) Th 6-7 disk aralığında daralma, sağdan spinal kanal içerisine uzanan ve spinal korda bası yapan ekstradural yerleşimli kitle lezyonu ve sağda anterior prevertebral yerleşimli sıvı koleksiyonu izlendi. Lezyon vertebra korpusunu destrükte etmekte idi (Şekil 1). Ön tanı olarak vertebral osteomyelit düşünüldü hasta opere edildi. Sol anterolateral yaklaşımla Th5-6 abse drenajı, korpektomi ve Th5-6 fibula grefti + rod-vida sistemi ile anterior stabilizasyon+füzyon uygulandı (Şekil 1). Ameliyat sonrası dönemde problemi olmayan ve sırt ağrısı şikayeti düzelen hastanın patoloji ve mikrobiyoloji sonuçları tüberküloz olarak rapor edildi. İntaniye kliniği ile görüşülerek anti tüberküloz tedavisi başlandı. Hasta ameliyattan bir hafta sonra önerilerle taburcu edildi.

İlk ameliyattan üç ay sonra hasta bel ağrısı ve yürümede güçlük şikayetleri ile tekrar kliniğimize başvurusu ile yatırıldı. Hastanın bu sürede önerilen anti tüberküloz ilaçlarını düzenli bir şekilde aldığı öğrenildi. Nörolojik muayenesinde özellik olmayan hastanın çekilen lomber MRG'sinde L1 seviyesinde solda paravertebral alanda, L2 ve L3 seviyesinde sağ paravertebral alanda olmak üzere psoas kaslarına kadar uzanan abse tespit edildi (Şekil 2). Lezyon L2 seviyesinde vertebral osteomyelite neden olmakta ve spinal epidural alana da girerek korda bası

oluşturmakta idi. Hasta tekrar opere edilerek anterior yaklaşımla L2 vertebral abse drenajı, korpektomi, diskektomi ve fibula grefti+ rod-vida sistemi ile anterior stabilizasyon+ füzyon uygulandı (Resim 2). Ameliyat sonrası dönemde ek problemi olmayan şifa ile taburcu edildi. Anti tüberküloz tedavisine devam etmesi önerildi.



Şekil 1. A) T2 ağırlıklı sagittal torakal MRG kesitinde Th 5-6 vertebra osteomyeliti, B) Th 5 seviyesinden geçen aksiyel kontrastlı T1 ağırlıklı MRG kesitinde vertebral osteomyelitin korpusu destrükte ederek anteriora uzanımı, C) Hastanın ameliyat sonrası direkt grafisinde uygulanan stabilizasyon ve plak-vida, D) Hastanın ameliyat sonrası lateral grafisinde uygulanan stabilizasyon ve plak-vida görülmektedir.



Şekil 2. A) T1 ağırlıklı sagittal MRG kesitinde L2 seviyesinde vertebral abse görünümü, B) L2 seviyesinden geçen aksiyel kontrastlı MRG kesitinde vertebral osteomyelit ve psoas adalesi altında absenin devamı, C) Hastanın ameliyat sonrası direkt grafisinde uygulanan stabilizasyon ve plak-vida, D) Hastanın ameliyat sonrası lateral direkt grafisinde uygulanan stabilizasyon ve plak-vida görülmektedir.

Tartışma

Omurga tüberkulozu ilk kez 1779 yılında Percival Pott tarafından parapleji ile birlikte olan ağırlı kifotik deformite olarak tarif edilmiştir (2). Kas ve iskelet sistemi içinde tüberkulozun en sık görüldüğü yer omurgadır ve sıklıkla ağrı, deformite ve nörolojik defisitlere sebep olmaktadır. Yaklaşık toplumun % l'inde görülmekte olan bu hastalık patojen mycobacterium tuberculosis'in visseral organlardan hematogen, lenf veya komşuluk yolu ile omurgaya ulaşması sonucu oluşur. En sık 4. dekada görülür. Primer tedavisi antitüberkuloz ilaçlar ise de, ilerlemiş olgularda spinal rekonstruksiyon tekniklerinin uygulanması gerekebilir (1,3). Cerrahi tedavi sonuçları preoperatif dönemden geç postoperatif döneme kadar uzanan birçok faktör ile bağlantılıdır. İskelet sistemi ile ilgili tüberkulozun en sık görülen formu % 50 oranla spinal tüberkülozdur. Spinal bölgelerden % 25 oranında en sık torakal bölgede görülse de % 5 oranında servikal, % 20 oranında lomber bölgede görülebilmektedir. Özellikle torakal omurga tutulumu olan hastaların % 5-25'inde nörolojik komplikasyonlara neden olmaktadır (4). Genellikle kronik ve yavaş ilerleyici olma eğilimindedir. Hastalığın tedavisinde yaşanabilecek bir gecikme geri dönüşümü olmayan nörolojik hasara ve hatta ölüme sebebiyet verebilmektedir. Direkt radyografiler, BT ve MR ile tanıyı destekleyici kanıtlara ulaşılabilsede Pott hastalığının patognomonik bulgusu yoktur. Kabul edilen en iyi radyolojik değerlendirme yöntemi MRG'dir (5).

Hastalığın tedavisinde konservatif tedavi ciddi nörolojik defisiti ve önemli kemik destrüksiyonu olmayan hastalarda başlangıçtaki temel tedavi olmalıdır. Oniki ay süre ile uygulanan antitüberküloz ilaç tedavisi ile başarılı sonuçlar alınabilir (5). Pott hastalığında tedavinin sonuçlarını olgunun genel durumu, kemik hasarının boyut ve lokalizasyonu, spinal deformite varlığının olup olmaması, nörolojik hasar, basilin ilaca hassasiyeti, olgunun immün durumu gibi bir çok faktör etkileyebilmektedir. Cerrahi tedavi ile birlikte uygulanan antitüberküloz tedavinin sonuçları oldukça tatminkar olabilir (1,3-5).

Cerrahi tedavi esnasında radikal debridman sonucunda iyileşme oranlarında artma ve iyi abse rezolüsyonu sağlanabilmektedir. Cerrahi sırasında

greft konulan olgularda füzyonun daha erken ve daha kolay oluştuğu, greft konmayan olgularda 10 yıl sonunda kifoza gidişin daha sık olduğu tespit edilmiştir. Radikal fokal debridman ile birlikte anterior cerrahi girişim vertebral kollapsı önleyememektedir. Anterior artrodezinin tedaviye eklenmesi deformite progresyonunu önleyebilmektedir (5). Spinal tüberküloz esas olarak anterior kolonu etkilediğinden oluşacak anterior instabiliteye karşı anterior girişim tavsiye edilmektedir. İkiden fazla seviyeyi etkileyen lezyonlarda ve hızlı kifoz gelişimi olanlarda ise anterior yaklaşım yeterli olamayacağından posterior yaklaşımla destek gerekebilmektedir (3,5). Olgumuzda görülen farklı seviyede tedavi altında görülen reaktivasyon ise olguya ait bireysel, özellikle immün sistem ile ilgili sebeplere bağlanmıştır.

Sonuç

İskelet sistemi ile ilgili tüberkülozun en sık görüldüğü yer olan omurga tüberkülozları özellikle immün sistemi baskılanmış risk grubundaki hastalarda sıklıkla görülebilmektedir. Hastalığın sinsi ve yavaş seyri nedeniyle ilk bulgular genellikle atlanmakta ve olgumuzda olduğu gibi gibbozite ve diğer ciddi spinal deformiteler ve bazen geri dönüşümsüz olabilecek nörolojik defisitler ortaya çıkabilmektedir. Bu olguların başarılı bir şekilde tedavi edilebilmesi için hastalığa ait semptom ve bulguların iyi bilinmesi ve tanı konulduğunda hastaların zaman geçirmeden uygun tedaviyi alabilecekleri bir merkeze yönlendirilmeleri gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Kalkan E, Akhan G, Ünal M, Dağtekin A, Kara NN, Kaymaz H. Omurga tüberkülozları SDÜ Tıp Fak Derg 1996;3,43-7.
2. Rand C, Smith MA. Anterior spinal tuberculosis: paraplegia following laminectomy. Ann R Coll Surg Engl 1989;71,105-9.
3. Hodgson AR, Stock FE. Anterior fusion for the treatment of tuberculosis of the spine. The operative findings and results of treatment in the first 100 cases. J Bone Joint Surg 1960;42,295-310.
4. Biçimoğlu A, Ağaoğlu S. Omurga tüberkülozu. Ege R (Ed) Vertebra. Ankara: Türk Hava Kurumu Basımevi; 1992; p. 909-24.
5. Müslüman MA, Ziyal İM, Yılmaz A, Canpolat A, Duman H, Şahin Y, Aydın Y. Factors affecting surgical results in Pott's disease Türk Nöroşirurji Derg 2001;11,43-50.