

Tanınız Nedir? (Devamı) Instructive Case (Continued)

Tartışma

Hastanın hikaye ve şikayetleri ile yer işgal eden lezyon, malignensi ve tüberküloz ön tanıları ile değerlendirildi. Hastanın öyküsü detaylandırıldı ve tüberküloz yönünden tekrar sorgulandığında 15 yaşındaki abisinin 1 yıl önce akciğer tüberkülozu tanısı ile 6 ay tedavi aldığı öğrenildi. Ailenin tüberküloz açısından taranmadığı ve aile bireylerinin herhangi birisine profilaksi uygulanmadığı öğrenildi. Tüberkülin deri (PPD) testi 72. saatte 22 mm olan hastanın hastanemiz protokolü gereği birbirini takip eden üç gün alınan üç ayrı açlık mide suyunda asido rezistan basil gösterilemedi. Torako-lomber direk grafide torakal 7. vertebra korpusunda çökme ve kifoz görünümü ile birlikte çevresinde yumuşak doku dansitesinde kitle görünümü mevcuttu. Spinal manyetik rezonans görüntülemesinde (MRI), T7 seviyesinde posterior medias-tene uzanan, spinal korda bası yapan, vertebra korpusunda destrüksiyona ve kifozu neden olan 4x4x2 cm boyutlarında yumuşak doku kitlesi saptandı. Hastanın hikayesi, abisinde tüberküloz öyküsü olması, PPD pozitifliği, fizik muayene bulguları ve spinal MRI bulguları bütün olarak ele alındığında Pott hastalığı ile uyumlu olarak değerlendirildi.

Bu vaka bize hikayenin tam olarak alınmasının tanı koymadaki önemini hatırlatmakta ve tüberkülozun çok çeşitli klinik bulgularla, hatta bizim hastamızda olduğu gibi kitle lezyonu ile de başvurabileceğini göstermektedir. Hastaya izoniazid, rifampisin ve pirazinamid tedavisi başlandı. Tedavinin 7. gününde opere edilerek T8 korpusu çıkarıldı, T7 ve T9 vertebralara korpektomi yapıldı ve posterior füzyon uygulandı. Lezyondan alınan materyalde çalışılan kültürde Mycobacterium tuberculosis üredi ve tüberküloz PCR (+) olarak saptandı ve tanı doğrulandı. İlaç direnci saptanmadı. Aile içi temas açısından bireyler tarandı ve pozitif bulgu saptanmadı. İzlemede anti-tüberküloz tedavi 9 aya tamamlanarak kesildi ve şikayetleri tekrarlamadı.

Tüberküloz insanlık tarihinin en eski hastalıklarından birisidir, mumyalanmış insanlarda gösterilmiştir ve bugün hala insanoğlunu tehdit eden en önemli enfeksiyon hastalıklarından birisidir (1). Eski Mısır mumyalarında, Peru'da bulunan mumyalarda hatta milattan önce 17.500 yıllarında yaşamış bizonlarda dahi mikobakteriler ve M. tuberculosis varlığı gösterilmiştir. Mumyalardan alınan örnekler ve 10.000-15.000 yıl öncesine ait kemikler ile yapılan çalışmalar sonucunda insanların bu dönemlerde dahi M. tuberculosis ile enfekte olduğu belirlenmiştir (2). Bugün içinde dünya nüfusunun yaklaşık üçte biri M. tuberculosis ile enfekte olmuştur ve her yıl yaklaşık olarak 1.7 milyon insan tüberküloz sebebiyle hayatını kaybetmektedir (3). Dünyada yeni tanı konan tüber-

küloz hastalarının yaklaşık %11'inin 15 yaş altında olduğu bildirilmiştir (4). Hastalık sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan gruplarda daha sık görülmeyle birlikte immün sistem bozukluğu olanlarda sıklığı artmaktadır. Genel olarak bakıldığında insidansı gelişmekte olan ülkelerde daha yüksekken gelişmiş ülkelerde de artış sözkonusudur, gelişmiş ülkelerde bu artıştan daha ziyade, HIV enfeksiyonu gibi altta yatan hastalık varlığı sorumludur (5). Son yıllarda sosyo-ekonomik düzeyde düşüşün de etkisiyle tüberküloz insidansında artış gözlenmektedir.

Günümüzde tüberkülozda karşılaşılan bir diğer problemde tedaviye dirençli M. tuberculosis enfeksiyonlarındaki göreceli artıştır. Bu gün dünyada en az 50 milyon çoklu ilaç direnci gösteren tüberküloz olgusu ile karşı karşıya kaldığımız bildirilmektedir. Bu durumdan sorumlu en önemli faktörlerin başında ise yetersiz ve/veya yanlış tedavi uygulamaları gelmektedir.

Çocukluk çağı tüberkülozu pulmoner ve ekstra-pulmoner tüberküloz olarak iki gruba ayrılabilir. Temas sonrası pulmoner tüberküloz gelişme riski 1 yaş altındaki hastalarda yaklaşık %50 iken, 10 yaş üzerinde %10-20'ye düşer (6). Ekstrapulmoner tutulum en sık yüzeyel lenf nodu ve santral sinir sisteminde olur. Diğer tutulum yerleri arasında osteoartiküler, abdominal, gastrointestinal sistem ve cilt vardır (7).

Çocukluk çağında en sık pulmoner tüberküloz görülmeyle birlikte tüm vakaların yaklaşık %1'i spinal tüberküloz (Pott Hastalığı) vakaları oluşturur (8). Ekstrapulmoner tüberküloz vakalarının yaklaşık %10-15'ini osteoartiküler tüberküloz iken bunların yaklaşık yarısı spinal tüberküloz vakalarıdır. Ekstrapulmoner tutulum daha çok çocuklar ve adolesanlarda görülmektedir. Vakaların yaklaşık %75'inde alt torasik ve üst lomber vertebralarda tutulum vardır (9). Semptomlar arasında güçsüzlük, ağrı, ateş, inkontinans, kifoz, skolyoz, fistül, disfaji ve kitle oluşumu vardır. Bizim vakamızda da olduğu gibi basil genellikle lenfohematogen yolla kemik yapıya ulaşır. Vertebra gövdesinin ön kısmının daha fazla etkilenmesinden dolayı kifoz ve skolyoz görülmektedir, disk herniasyonu klinik tabloya eşlik edebilir. Enfeksiyonun yumuşak dokuya yayılması ile paravertebral ve epidural abse oluşumu sonrasında ciddi deformiteler ve monopleji, inkontinans gibi ilerleyici nörolojik defisitler oluşabilir. Literatürde nörolojik sekel gelişim oranı %3 ile %43 arasında değişmektedir (10).

Öykünün değerlendirilmesi, tüberküloz ile temas öyküsünün sorgulanması özellikle çocuk vakalarda tanıda önem arz etmektedir. Şikayetlerin çok hafif olabilmesi, sadece ağrı veya genel bir halsizlik hali ile hastanın başvurulabilmesi nedeniyle bazı vakalarda tanı 1 yıla kadar gecikebilmektedir (8). Görüntüleme yöntemlerinden, CT ve özellikle MRI tanıda yardımcıdır, kemik yapılarında değişiklik meydana gelmişse direk grafi bulguları da saptanabilir. Patojen balgamda, dokuda gösterilebilir. Kültürde üretilebilir ancak 4-6 haftada sonuç alınabileceğinden zaman alıcı bir yöntemdir. BACTEC yöntemi ile 1-3 haf-

ta gibi daha kısa sürede basil gösterilebilir. Doku örneği alınmışsa patolojik inceleme tanıda ve ayırıcı tanıda yardımcı olur. İnterferon γ salınımının ölçülmesi tanıda yeni bir yöntem olabilir (11). Enfeksiyon etkeni ile karşılaşan lenfositlerden salınmaktadır. Bazı çalışmalarda PPD'den daha spesifik olduğu gösterilmiştir. Ayrıca etken dokuda polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) ile de gösterilebilir. PPD testi hastanın etkenle karşılaştığını gösteren yaygın olarak kullanılan, yanlış pozitif-negatif sonuçlar açısından dikkatli olunması gereken bir cilt testidir. Açlık mide suyu incelemeleri özellikle çocuk vakalarda (ve balgam çıkartma olasılığı olmayan vakalarda) uyku sırasında istemsiz olarak yutulan basillerin gösterilmesi için kullanılabilir. Tedavide antitüberküloz tedavi tek başına veya cerrahi tedavi ile kombine edilerek kullanılabilir. Medikal tedaviye 9-12 ay devam edilmelidir. Cerrahi tedavi endikasyonları arasında nörolojik defisit varlığı, ciddi ve ilerleyici kifoz-skolyoz, antitüberküloz tedaviye yanıtızlık, büyük abseler sayılabilir (9). Genel olarak Pott hastalığında mortalite oranı %6-8 arasındadır (12).

Bu vakadan ders alınması gereken önemli noktalardan birisi temaslı değerlendirmesidir. Eğer abinin tanı aldığı dönemde ev içi temaslılar incelenseydi, aile taraması yapılmış olsaydı bizim hastamız büyük olasılıkla şikayetleri ve bu ağır semptomları gelişmeden tanı konularak tedavi alabilirdi. Tüberküloz kontrolünde uygun tedavinin, uygun şekilde ve yeterli süre verilmesi kadar ve hatıta tedaviden daha da önemli olan nokta temaslı incelemesi ve basil ile karşılaşmış kişilerin belirlenmesidir. Bu nedenle her tüberküloz tanısında, özellikle yetişkin vakalarda temaslıların araştırılması ve vaka bildiriminin yapılması hayati önem taşır.

Ayrıca, ülkemizde de tüberküloz özel hasta grupları dışında genel toplumu da yeniden tehdit etmeye başla-

mıştır. Bu nedenle daha dikkatli olunması ve tüberküloz olasılığının, daha geniş şikayetlerin ve bulguların ayırıcı tanılarını içerisinde mutlaka yer alması gerektiğini unutmamamız gerekir.

Kaynaklar

1. Zink AR, Sola C, Reischl U. Characterization of *Mycobacterium tuberculosis* complex DNAs from Egyptian mummies by spoligotyping. J Clin Microbiol 2003; 41: 359-67.
2. Donoghue HD, Spigelman M, Greenblatt CL, Lev-Maor G, Bargal GK, Matheson C, Vernon K, Nerlich AG, Zink AR. Tuberculosis: from prehistory to Robert Koch, as revealed by ancient DNA. Lancet Infect Dis 2004; 4: 584-92.
3. World Health Organization. Global tuberculosis control. WHO report, Geneva, 2005.
4. Nelson LJ, Wells CD. Global epidemiology of childhood tuberculosis. Int J Tuberc Lung Dis 2004; 8: 636-47.
5. Corbett EL, Watt CJ, Walker N. The growing burden of tuberculosis: global trends and interactions with the HIV epidemic. Arch Intern Med 2003; 163: 1009-21.
6. Marais BJ, Gie RP. The natural history of childhood intra-thoracic tuberculosis: a critical review of literature from the pre-chemotherapy era. Int J Tuberc Lung Dis 2004; 8: 392-402.
7. Mandalakas AM, Starke JR. Current concepts of childhood tuberculosis. Semin Pediatr Infect Dis 2005; 16: 93-104.
8. Le Page L, Feydy A, Rillardon L, Dufour V. Spinal tuberculosis: a longitudinal study with clinical, laboratory, and imaging outcomes. Semin Arthritis Rheum 2006; 36: 124-9.
9. Turgut M. Spinal tuberculosis (Pott's disease): its clinical presentation, surgical management, and outcome. A survey study on 694 patients. Neurosurg Rev 2001; 24: 8-13.
10. Kumar R. Spinal tuberculosis: with reference to the children of northern India. Childs Nerv Syst 2005; 21: 19-26.
11. Starke JR. New concepts in childhood tuberculosis. Curr Opin Pediatr 2007; 19: 306-13.
12. van Well GT, van der Mark LB, Vermeulen RJ. Spinal tuberculosis in a 14-year-old immigrant in the Netherlands. J Pediatr 2007; 166: 1071-3.