



doi • 10.5578/tt.68451

Tuberk Toraks 2019;67(3):236-238

Geliş Tarihi/Received: 19.06.2019 • Kabul Ediliş Tarihi/Accepted: 15.08.2019

EDİTÖRE MEKTUP
LETTER TO THE EDITOR

El bileği fleksör tendonlarında tüberküloz tenosinoviti

Melike DEMİR¹
Levent KÜÇÜK²
Gülşen MERMUT¹
Hüsnü PULLUKÇU¹
Cengiz ÇAVUŞOĞLU³
Meltem IŞIKGÖZ
TAŞBAKAN¹

¹ Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

¹ Department of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Faculty of Medicine, Ege University, Izmir, Turkey

² Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

² Department of Orthopedics and Traumatology, Faculty of Medicine, Ege University, Izmir, Turkey

³ Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

³ Department of Medical Microbiology, Faculty of Medicine, Ege University, Izmir, Turkey

Makale atfı: Demir M, Küçük L, Mermut G, Pullukçu H, Çavuşoğlu C, Işıkgöz Taşbakan M. El bileği fleksör tendonlarında tüberküloz tenosinoviti. Tuberk Toraks 2019;67(3):236-8.

Yazışma Adresi (Address for Correspondence)

Dr. Melike DEMİR
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji
Anabilim Dalı, İZMİR - TÜRKİYE
e-mail: mlkdmr13@gmail.com

©Telif Hakkı 2019 Tüberküloz ve Toraks. Makale metnine
www.tuberktoraks.org web adresinden ulaşılabilir.

Tüberküloz (TB), tüm doku ve organları tutabilen bir enfeksiyon hastalığıdır. Dünyadaki ölümlerin ilk 10 sebebinden biri olmaya devam eden TB nedeniyle 2017 yılında 300 bini insan immünyetmezlik virüsü (HIV) pozitif olmak üzere 1.6 milyon kişi hayatını kaybetmiştir. Bu ölümlerin %95'i düşük ve orta gelirli ülkelerde olmuştur (1). Sağlık Bakanlığı Verem Savaşı 2018 Raporuna göre ülkemizde 2005-2016 yılları arasında akciğer TB'si olgularında azalma gözlenmiş, ancak akciğer dışı TB sıklığı %27'den %33.6'ya yükselmiştir (2).

Akciğer dışı TB, primer akciğer enfeksiyonu ile beraber akut olarak görülebilmekle birlikte, primer enfeksiyondan yıllar sonra reaktivasyon enfeksiyonu olarak da görülebilir. Akciğer dışı TB'nin başlıca tutulum yerleri miliyer TB, TB menenjit, TB lenfadenit, kemik-eklem TB'si, plevra ve perikart TB'si, genitoüriner TB ve gastrointestinal TB'dir. Kemik-eklem TB'si nadir görülen bir TB şeklidir. Genellikle monoartiküler olup; vertebra, kalça, diz gibi vücut ağırlığını taşıyan eklemlerde görülür. Sıklıkla birincil odaktan hematogen yayılım ile ortaya çıkar. Olguların %29'unda eşlik eden akciğer tutulumu vardır (3).

Özellikle TB elde nadir olarak görülen, ağrısız şişlik, tenosinovit, hareket kısıtlılığı ve bazen kompresif nöropati ile karakterize olabilen bir enfeksiyon hastalığıdır. Yavaş ilerleyen semptomlar tanı-

nın geç konmasına ve tedavinin gecikmesine neden olur. TB tanısı karakteristik histopatolojik bulgular, kültürde ve/veya aside dirençli boyamada pozitif sonuç ve moleküler yöntemlerle konulur. Tanıda altın standart açık biyopsi ile örnekleme yapılarak mikobakteriyolojik kültürde üremenin gösterilmesidir (4). Endemik bölgelerde klinik ve radyolojik bulgular ile hastalıktan şüphe edildiğinde kültür pozitifliğine ihtiyaç duyulmadan tedavi başlanabilir (5). TB infeksiyonunun tedavisinde medikal tedavi esastır. Cerrahi tedavi aşırı sinovite bağlı şişlik ve nöropati bulgularının eşlik ettiği ileri olgularda uygulanır. Bu yazıda nadir bir tutulum olarak karşımıza çıkan el bileğinde TB tenosinoviti olgusu sunulmuştur.

Kronik hastalık ve ilaç kullanımı öyküsü olmayan 44 yaşındaki erkek hastanın, başvurusundan yedi ay önce hayvan kesimi esnasında kemik ile sol elde kesi olmuş, üç gün içerisinde kendiliğinden iyileşmiş ancak iki ay sonra elde şişlik, ağrı şikayeti gelişmiş ve ortopedi hekimine başvurmuş. Yapılan manyetik rezonans görüntüleme tetkikinde fleksör tendon komşuluğunda yaygın nonspesifik inflamatuvar tenosinovit saptanan hastaya debridman uygulanmış. Operasyonda alınan örnekler bakteriyoloji, mikoloji, mikobakteriyoloji ve patoloji birimine gönderilmiş. Histopatolojik incelemede geniş alanlarda epitelioid histiositlerin oluşturduğu irili ufaklı granülom yapıları, granülomların etrafında lenfosit popülasyonu, seyrek Langerhans hücresi görülmüş olup olgunun TB başta olmak üzere granümatöz hastalıklar yönünden araştırılması önerilmiş. Doku örneğinden hazırlanan yaymanın mikroskopik incelemesinde aside dirençli basil (ARB) görülmeyen ancak örneklerin MGIT960 (Becton Dickinson, ABD) besiyerinde yapılan kültürlerinde *Mycobacterium tuberculosis* kompleks üremesi saptanan hasta tarafımıza yönlendirilmiş. Ayrıntılı sorgulamasında sistemik bulgu, ateş yüksekliği, kilo kaybı olmadığı öğrenildi. İnterferon gama salınım testi pozitif sonuçlanan olgunun primer odak açısından yapılan akciğer görüntülemesinde patolojik bulgu saptanmadı. Bruselloz açısından yapılan incelemede rose bengal zayıf pozitif bulunurken standart Wright aglütinasyon testinde < 1/80 titrede pozitiflik saptandı. Biyokimyasal tetkiklerinde karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri olağan sınırlarda, C-reaktif protein ve sedimentasyon yüksekliği bulunmayan, anti-HIV testi negatif olan olguya iki ay süreyle izoniazid 300 mg/gün, rifampisin 600 mg/gün, pirazinamid 2000 mg/gün ve etambutol 1500 mg/gün devamında izoniazid ve rifampisin verilerek toplam tedavi süresinin dokuz aya tamamlanması

planlandı. İzlem sırasında MGIT960 sisteminde yapılan primer anti-TB ilaç duyarlılık testlerinde kullanılan ilaçlara direnç saptanmadığı bildirildi.

M. tuberculosis'e bağlı gelişen tendon kılıfı infeksiyonu, akciğer dışı TB'nin nadir bir formudur. TB tenosinovit olguları, tüm kas iskelet TB'si olgularının %5'inden azını oluşturur (6). Osteoartiküler TB'nin elde en sık tutulum şekli tenosinovittir. Tendon kılıfı TB'si genellikle el, el bileği, ayak ve ayak bileğinde görülür. El ve el bileğinde fleksör tendon kılıfı ve radioulnar bursa en yaygın tutulan bölgelerdir. Kolaylaştırıcı faktörler travma, immünsüpresyon, malnütrisyon, alkolizm, eklem aşırı kullanımı, ileri yaş, düşük sosyoekonomik durum ve steroid enjeksiyonlarıdır. Olgumuzda da travma öyküsü ve düşük sosyoekonomik düzey bulunmaktaydı. TB tenosinovit bulgularının nonspesifik olmaları ve sinsi olarak ortaya çıkmalarından dolayı hastalığın tanısı geç konulabilir. Ayırıcı tanıları arasında piyogenik infeksiyonlar, yabancı cisim tenosinoviti, sarkoidoz, bruselloz, romatoid artrit ve fungal infeksiyonlar sayılabilir (7). Laboratuvar testlerinde sedimentasyon normal ve tüberkülin deri testleri negatif olabilir (8). Negatif deri testi ve akciğer görüntülemesinde patolojik özellik olmaması tanıyı dışlamaya yetmez. Hastalığın nadir görülmesi, laboratuvar testlerinin tanıyı desteklememesi, bulgu ve belirtileri yavaş ilerleyici karakterde olması sebebiyle bu olguların tanısını erken dönemde koymak zordur. Tanının geç konması tedavi gecikmesine ve sinovit tablosunun ilerlemesine neden olabilir. Tenosinovite bağlı tendonlarda kopma, infeksiyonun kemik ve eklemlere yayılması görülebilir (9). Cerrahi tedavide infekte sinoviyal dokuya radikal eksizyon ve debridman uygulanır. Cerrahi sırasında pirinç tanesi görünümü TB tenosinoviti için tipiktir (10). Elde yavaş gelişen şişlik, hareket kısıtlılığı yaratacak sinovit nedeniyle izlenen hastaların olası tanıları arasında TB akla getirilmelidir. TB'ye bağlı tenosinovit tanısı büyük oranda klinisyenin bu tanıyı düşünmesi ve klinik şüphe ile konulur. Tedavide asıl olan tanının kısa zamanda konularak erken dönemde medikal tedaviye başlanması ve eğer gerekiyorsa sinovektominin radikal olarak inflame olan tüm dokuları içerecek şekilde yapılmasıdır. Birçok yazar en az dokuz ay süreyle medikal tedavi önermektedir. Akciğer dışı TB hala önemini koruyan bir infeksiyon hastalığı olup atipik tutulumlarda cerrahi planlanan olgularda doku örneklerinin patoloji ve mikobakteriyoloji laboratuvarlarına gönderilmesi tanının erken konulması ve komplikasyonların önlenmesi açısından oldukça önemlidir.

KAYNAKLAR

1. WHO Global Tuberculosis Report 2018.
2. Sağlık Bakanlığı Verem Savaşı 2018 Raporu.
3. Pigrau-Serrallach C, Rodríguez-Pardo D. Bone and joint tuberculosis. *Eur Spine J* 2013;22(Suppl 4):556-66.
4. Malaviya AN, Kotwal PP. Arthritis associated with tuberculosis. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2003;17:319-43.
5. Al-Qattan MM, Al-Namla A, Al-Thunayan A, Al-Omawi M. Tuberculosis of the hand. *J Hand Surg Am* 2011;36:1413-21.
6. Dumontier C, Maylin V, Sautet A, Lenoble E, Urban T, Apoil A. Rupture of the flexor tendon of the hand caused by tuberculosis. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot* 1996;82:668-71.
7. Hsu CY, Lu HC, Shih TT. Tuberculous infection of the wrist: MRI features. *AJR Am J Roentgenol* 2004;183:623-8.
8. Skoll PJ, Hudson DA. Tuberculosis of the upper extremity. *Ann Plast Surg* 1999;43:374-8.
9. Sungur N, Uysal A, Gümüş M, Koçer U, Çaydere M, Şahin F. Combined ulnar and median nerve compression due to atypical mycobacterial tenosynovitis: case report. *Eur J Plast Surg* 2004;27:143-5
10. Suso S, Peidro L, Ramon R. Tuberculosis synovitis with "rice bodies" presenting as carpal tunnel syndrome. *J Hand Surg Am* 1988;13:574-6.