

AKUT BEL AĞRISIYLA BAŞVURAN BİR HASTADA BRUSSELLA SAKROİLİİTİ

Dr. Ajda Bal¹, Dr. Duygu Ünlüsoy¹, Dr. Ece Ünlü¹, Dr. Aslıhan Sever¹, Dr. Rahime Depedibi¹,
Dr. Aytül Çakıcı¹, Dr. Bahri Keyik², Dr. Yalım Ateş³

¹ Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği

² Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği

³ Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi Kliniği

ÖZET

Bruselloz, tüm dünyada yaygın olarak görülen bir zoonozdur. Brusellanın en sık osteoartiküler tutulumlarından olan sakroiliit %34-69 oranında görülmektedir. Enfeksiyöz sakroiliit semptomları diğer bel ve kalça problemlerine ait semptomlarla benzerlik gösterdiğinden tanıda gecikmeler olabilmektedir.

Burada bel ve sağ kalça ağrısına bağlı yürüyememe şikayeti olan bir olgu sunulmuştur. Olgunun ateşi, terlemesi, hepatosplenomegalisi yoktu ve direkt radyografisi normaldi. Sakroiliak eklemin manyetik rezonans görüntülemesi ve açık biyopsisi ile enfektif sakroiliit tanısı kondu, daha sonra bruselloz olduğu tespit edildi.

• **Anahtar Kelimeler:** Brusella, sakroiliit. Nobel Med 2007; 3(1): 23-26

ABSTRACT

BRUCELLA SACROILIITIS IN A PATIENT PRESENTING WITH ACUTE LOW BACK PAIN

Brucellosis is a worldwide zoonosis. Sacroiliitis, the most common osteoarticular complication of brucella, is seen in about 34-69 % of all brucella cases. Due to the fact that the symptoms of infectious sacroiliitis are similar to other lumbosacral and hip pathologies, early diagnosis of infectious sacroiliitis due to brucella is difficult.

Here we present a case who had difficulty in walking due to low back and right hip pain. The patient had no fever, sweating or hepatosplenomegaly and his X-ray revealed no pathology. He was diagnosed with infectious sacroiliitis by Magnetic Resonans Imaging and open biopsy and later his sacroiliitis was confirmed to be due to brucellosis.

• **Key Words:** Brucella, sacroiliitis. **Nobel Med 2007; 3(1): 23-26**

GİRİŞ

Bruselloz küçük gram (-) hareketsiz kokobasillerin neden olduğu tüm dünyada yaygın olarak görülen bir zoonozdur.^{1,2} Bulaşma en sık enfekte süt ve süt ürünlerinin tüketimi ile olur. Bunun yanı sıra enfekte et ve sakatat yenilmesi, enfekte hayvanın idran, genital akıntısı, düşük materyalinin ciltle teması ve inhalasyon yoluyla da bulaşma olabilmektedir.^{1,3,4} Brusellozis birçok organ ve dokuda tutulum gösterebilmektedir.² Tipik olarak ateş, halsizlik, terleme, kilo kaybı, artralji, hepatosplenomegali, lenfadenopati görülür.^{2,3,5}

Brusellanın osteoartiküler tutulumları olan spondilit, sakroiliit, osteomyelit, tenosinovit, periferik artrit ve reaktif spondiloartritin görülme oranı değişik çalışmalarda %20-69 olarak tespit edilmiştir.^{2,3}

OLGU

Otuzaltı yaşında erkek hasta bel ve sağ kalça ağrısına bağlı yürüyememe şikayeti ile başvurdu. Sorgulamasında ağrının iki hafta önce başladığı öğrenildi. Ağrı hem istirahatte hem harekette devam ediyor, gece ve gündüz sürüyor, sabah tutukluğu olmuyor, sağ kalça ve uyluk arkasına yayılıyordu. Bu şikayetlerle bir hafta önce başka bir merkeze başvurduğunda lomber manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG), L4-5 diskinde minimal posterior "bulging" saptanarak istirahat, steroid olmayan antiinflamatuvar (SOAI) ve miyorelaksan ilaç tedavisi düzenlenmişti.

Tedaviye rağmen hastanın yakınmaları artarak devam etmişti. Sistem sorgulamasında ateş, kilo kaybı, döküntü, terleme, diyare, göz şikayetleri, yakın zamanda geçirilmiş enfeksiyon, travma, ailesinde artrit, yakın çevresinde tüberküloz öyküsü yoktu.

Hastanın pastörize edilmemiş süt tüketimi hikayesi mevcuttu.

Sistemik muayenesi normaldi, lenfadenopati veya hepatosplenomegali yoktu. Ateş tespit edilemedi. Hasta tekerlekli sandalye ile mobilize idi ve yardımla zorlukla ayakta durabiliyordu. Bel hareketleri tüm yönlere kısıtlı ve çok ağrılı idi. Sağ sakroiliak eklem bölgesinde hassasiyet mevcuttu, sakroiliak germe manevraları sağda pozitif. Sağ kalça hareketleri ile sağ sakroiliak bölgede ağrı oluşuyordu, sağda düz bacak kaldırma testi pozitif. Diğer periferik eklem muayenelerinde ağrı ve şişlik saptanmadı.

Laboratuvar tetkiklerinden eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) 54 mm/saat, C-reaktif protein (CRP) 8,2 mg/dl, beyaz küre sayısı 7600/mm³, hemogloblin 13,3 g/dl, trombosit sayısı 209.000/mm³, Wright aglütinasyon testi negatif. Direkt pelvis grafisinde patolojik görünüm saptanmadı.

Hastada sakroiliit düşünülerek MRG endikasyonu konuldu ve semptomatik olarak SOAI ilaç (indometazin) tedavisi verildi. Sakroiliak MRG'de sağ sakroiliak eklem mesafesinde artma, eklem yüzeylerinde düzensizlik, eklem komşu sakral ve iliak kanatlarda medüller ödem, sağ sakroiliak eklem inferior anterior komşuluğunda 1,5x1 cm. lik periferik kontrast tutan kistik lezyon (abse), sağ sakroiliak eklem devamlılığında iliak ve gluteal kaslarda hafif derecede ödem ve periferik efüzyon gözlemlendi ve bu görüntüler sağ enfeksiyöz sakroiliit lehine yorumlandı (Şekil 1). Hastanın PPD deri testi 10 mm, HLA B27 negatif, abdominal ultrasonografisi normal, kan kültürü negatifti.

Açık biyopsi alınması ve apsenin boşaltılması amacı ile ortopedi kliniği ile görüşülerek operasyon planlandı. →



Şekil 1. Aksiyal düzlemde STIR sekansda, sağ sakroiliak eklemden iliak kanatta diffüz kemik iliği ödemi ve eklem anteroinferior kesiminde küçük boyutta loküle kolleksiyon görülmektedir.

Operasyon sırasında sakroiliak bölgede aşikar enfeksiyon ve apse görülmedi. Sakroiliak bölgede birkaç yerden alınan materyalin patolojik incelemesinde kronik nonspesifik osteomyelit tespit edildi. İkinci kez yapılan brucella Wright aglütinasyon testi 1/160 titrede pozitif, 2 merkaptotanol ve Coombs testi de pozitif. Bu sonuçlarla hastada brusellaya bağlı enfeksiyöz sakroiliit tanısı konuldu ve doksisisiklin 200 mg/gün tb, streptomisin 1 gr/gün intramüsküler tedavisi planlandı.

Hastanın antibiyotik tedavisini takiben hızla şikayetleri azaldı. Üç hafta sonraki fizik muayenesinde hastanın bel hareketleri tüm yönlere açık, sağda sakroiliak kompresyon bir miktar ağrılı, sakroiliak germe manevraları negatifti. Laboratuvarında sedimentasyon 22 mm/saat, CRP 1,2 mg/dl olarak saptandı. Streptomisin tedavisi kesilerek, doksisisiklin tedavisinin üç aya tamamlanması planlandı. Tedavinin üçüncü ayında çekilen kontrol sakroiliak MRG'de sağ iliak kasında postoperatif doku değişiklikleri, eklemden subartiküler kemik iliği ödemi ve loküle kolleksiyonun kaybolduğu görüldü (Şekil 2).



Şekil 2. Aksiyal düzlemde STIR sekansta, sağ iliak kasda postoperatif doku değişiklikleri vardır ve eklem anteroinferior komşuluğundaki loküle kolleksiyon kaybolmuş, kemik iliği ödemi azalmıştır.

TARTIŞMA

Brusellozda kas-iskelet sistemi sıklıkla etkilenmektedir ve çeşitli iskelet tutulumları tanımlanmaktadır. Brusellozda sakroiliit birçok çalışmada %34-69 oranı ile en sık kas-iskelet sistemi tutulumu olarak bildirilirken,^{2,3,6,7,8} bir grup çalışmada ise ikinci sıklıkta görülen kas-iskelet sistemi tutulumu olarak tespit edilmiştir.^{9,10,11}

Bruselloz akut, subakut ve kronik seyredebilmektedir. İlk sekiz haftadaki vakalar akut, sekiz haftadan bir yıla kadar süren vakalar subakut ve bir yıldan uzun süren vakalar kronik olarak kabul edilmektedir. Sakroiliite akut dönemde daha sık rastlanmaktadır ve tek başına görülebilmektedir.^{4,6,7,12} Bizim olgumuzda hastalığın akut dönemindeydi ve hastalığın başlangıç döneminde görülen ateş, halsizlik, kilo kaybı, terleme, olmaksızın sadece sakroiliit semptomları ile bize başvurdu.

Olgumuzda olduğu gibi bruselloza bağlı sakroiliak eklem tutulumu gençlerde ve unilateral olarak daha sık görülmektedir.^{6,7,9,12,13} Literatürde brusella sakroiliitinde ağrının sakroiliak eklem bölgesinde olduğu, kalça ve uyluk arkasına yayıldığı, çok şiddetli olduğu, hastanın ağrıdan dolayı zor hareket ettiği, hatta yatağa bağımlı hale gelebildiği bildirilmektedir. Fizik muayenede sakroiliak eklem bölgesinde hassasiyet mevcuttur, sakroiliak germe testleri pozitif ve kalça hareketleri açık olmasına rağmen çok ağrılıdır. Düz bacak kaldırma testi pozitif ve bu nedenlerle kalça patolojileri, siyatik ağrılar ve lomber diskopatiler ile ayrımı çok zordur.^{8,12} Bizim olgumuzdaki bulgular da literatürdeki vakalarla benzerdir. Semptomların benzemesi nedeniyle başlangıçta siyatik ağrısı olarak değerlendirilen vakalar bildirilmiştir.¹⁴ Bu tanıda gecikmeye yol açabilir. Brusella sakroiliitinde tanının gözden kaçmasının diğer bir nedeni de başlangıçta direkt radyografilerde değişiklik olmamasıdır.^{3,14} Tanı koymada şüphe etmek önemlidir. Olgumuz ilk başvurusunda lomber diskopati olarak kabul edilmiş ve buna yönelik tedavi verilmiştir.

Bruselloz tanısı; brusellaya karşı antikor titresinin 1/160 ve üzerinde pozitif olması ya da üç hafta içerisinde titrenin dört kat artması veya kan kültürlerinde brusella üretilmesi ile konmaktadır.⁵ Biz olgumuzda brusella Wright aglütinasyon testini başlangıçta negatif bulmuşken 2 hafta sonra 1/160 titrede pozitif bulduk. Kan kültürlerinde çoğu kez olumsuz sonuç alınması mikroorganizmanın kan içinde serbest bulunmaması nedeniyledir. Çünkü brusella öncelikle lenf yollarına gider ve oradan da kısa süreli bakteriyemi meydana getirerek retikuloendotelial sisteme yerleşir.¹ Bizim kan kültürümüzde üreme olmaması bu nedenlerle →

açıklanabilir.

Direkt radyografiler hastalığın erken dönemlerinde normal görülebilir ve tanıya yardımcı değildir. Üç haftadan sonra eklem aralığında genişleme, eklem sınırlarında bulanıklaşma ve düzensizleşme, görülebilir.^{2,3,4,7,12} Kemik sintigrafisi sensitiftir ve erken tanıya yardımcıdır.^{3,5,15} Olgumuzun çekilen sakroiliak eklem grafisi normal olup enfeksiyöz sakroiliit tanısı MRG ile konmuştur. Enfeksiyöz sakroiliitte MRG'de sakroiliak eklem aralığında düzensizleşme, kemik ödemi, kaslarda ödem ve inflamasyon görülmektedir.⁷

Tanı için açık biyopsi ya da cerrahi tedavi uygulamaları tartışmalıdır. Olgumuzda başlangıçta serum brusella antikor titresi negatif olduğu ve MRG'de enfeksiyöz sakroiliit tespit edildiği için açık biyopsi ve gerekirse absenin drenajı planlanmıştı, ancak anterior girişim

ile yapılan cerrahi sırasında sakroiliak eklem bölgesinde makroskopik doku değişimi gözlenmedi. Birkaç noktadan alınan biyopsilerde ise nonspesifik enfeksiyon tespit edildi. Bizim olgumuzda olduğu gibi brusellanın gözle görülen bir doku değişimi oluşturmayabileceği bildirilmektedir.¹

Medikal tedavide birinci tercih olan doksisisiklin ve streptomisin kombinasyonu bizim vakamıza da uygulanan tedavi olmuş ve tedaviye yanıt alınmıştır.

SONUÇ

Sonuç olarak akut bel ağrısı ile başvuran, aşikar enfeksiyon bulguları olmayan ancak tedaviye yeterli cevabın alınmadığı hastalarda enfeksiyöz sakroiliit de ayırıcı tanıda akla gelmeli ve bruselloz açısından da incelenmelidir.

İ	İLETİŞİM İÇİN: Dr. Duygu Ünlüsoy , Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi FTR Kliniği / Ankara. ddyazar@yahoo.com
✓	GÖNDERİLDİĞİ TARİH: 06 / 09 / 2005 • KABUL TARİHİ: 24 / 10 / 2005

REFERANSLAR

- 1 Baysal B. Brusella, In . Ustaçelebi, G. Mutlu, T. Mir, A. T. Cengiz, E. Tümbay, and Ö Mete (ed.), Temel ve klinik mikrobiyoloji. Ankara: Günes Kitapevi, 1999; 571-577.
- 2 Young EJ. Brucella species. In Mandel GL, Bennett JE, Dolin R. Principles and Practice of Infectious Diseases. New York: Churchill Livingstone, 2000: 2053-2057.
- 3 Bocanegra TS. Mycobacterial, Brucella, Fungal and Parasitic arthritis. In Klippel H, Dieppe A. Rheumatology. London: Mosby, 1997: 645-646.
- 4 Sözen TH. Bruselloz. WA Topcu, Söyletir G, Doğanay M. Enfeksiyon Hastalıkları. Ankara: Nobel tıp kitabevleri, 1996: 486-491.
- 5 Neinstein LS, Goldenring J. Brucella sacroiliitis. Clin Pediatr 1983; 22: 645-648.
- 6 Gotuzzo E, Alarcon GS, Bocanegra TS, et al. Articular involvement in human brucellosis: a retrospective analysis of 304 cases. Semin Arthritis Rheum 1982; 12: 245-255.
- 7 Geyik MF, Gür A, Nas K ve ark. Musculoskeletal involvement of brucellosis in different age groups: a study of 195 cases. Swiss Med Wkly 2002; 132: 98-105.
- 8 Taşova Y, Saltoğlu N, Şahin G, Aksu HS. Osteoarticular involvement of brucellosis in Turkey. Clin Rheumatol 1999; 18: 214-219.
- 9 Gotuzzo E, Seas C, Guerra JG, et al. Brucellar arthritis: a study of 39 Peruvian families. Ann Rheum Dis 1987; 46: 506-509.
- 10 Colmenero JD, Reguera JM, Fernandez-Nebro A, Cabrera-Franquelo F. Osteoarticular complications of brucellosis. Ann Rheum Dis 1991; 50: 23-26.
- 11 Gonzalez-Gay MA, Garcia-Porrúa C, Ibanez D, Garcia-Pais MJ. Osteoarticular complications of brucellosis in an Atlantic area of Spain. J Rheumatol 1999; 26: 141-145.
- 12 Pascual E. Brucellar arthritis. Maddison PJ, Isenberg DA, Woo P, Gloss DN (eds). Oxford Textbook of Rheumatology. Hong Kong: Oxford University, 1998; vol 2: 937-945.
- 13 Solera J, Martinez-Alfaro E, Espinosa A. Recognition and optimum treatment of brucellosis. Drugs 1997; 53: 245-256.
- 14 Porat S, Shapiro M. Brucella arthritis of the sacro-iliac joint. Infection 1984; 12: 205-207.
- 15 Cordero-Sanchez M, Alvarez-Ruiz S, Lopez-Ochoa J, Garcia-Talavera JR. Scintigraphic evaluation of lumbosacral pain in brucellosis. Arthritis Rheum 1990; 33: 1052-1055.