

İLGİNÇ BİR DAKTİLİTİS OLGUSU

Gülsan Yavuz*

Necdet Kuyucu**

Ayten Arcasoy***

Daktilitis; parmakların ağrısız, sert ve iğ şeklindeki şişliği, başlıca sickle cell anemi, sifiliz, koksidiomikozis ve tüberküloza bağlı olarak gelişebilir (1,2,3).

Juvenil romatoid artrit ve sickle cell anemiye bağlı hand foot Sendromu gibi 2 değişik ön tanı ile kliniğimize gönderilen ve incelemelerimiz sonucu tüberküloz daktilitis olduğu anlaşılan bir olguyu, son yıllarda bu komplikasyona çok sık rastlanılmadığı için dikkat çekmek amacı ile takdim ediyoruz.

OLGU

T.K. 2 yaşında, erkek çocuk. Kozan-Adana'dan geliyor.

Geliş şikayeti : Her iki el parmaklarındaki şişlik.

Hastanın şikayeti kliniğimize gelmeden 2 ay önce başlamış, çeken grafilere bir doktor tarafından juvenil romatoid artrit olarak değerlendirilmiş, başka bir doktor ise bu radyolojik bulguların juvenil romatoid artrite benzemediğini, ama çocuğun bulunduğu yöre nedeniyle sickle cell anemi ve hand foot sendromu olabileceğini düşünmüş. Bu nedenle hasta kliniğimiz Hematoloji Bölümüne gönderilmiştir. Hastanın öyküsünde 11 aylıktan itibaren solukluk zaman zaman ateş yükselmesi ve bu dönemde yapılan muayenesinde saptanan hepatomegali (3.5 cm), splenomegali (10 cm) ve ayrıca 2 aydan beri devam eden sağ testiste bir şişlik mevcuttu. Uygulanan nonspesifik antibiyotik tedavisinden hasta yarar görmemişti.

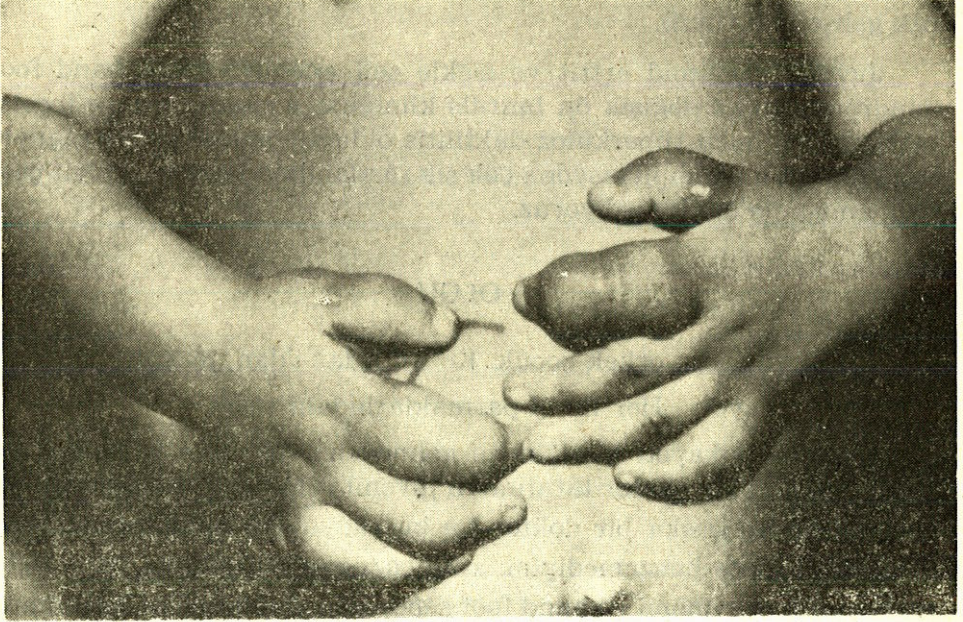
* A.Ü. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hast. Anabilim Dalı Uzmanı

** A.Ü. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hast. Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

*** A.Ü. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hast. Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Öz Geçmişinde : Ailenin ikinci çocuğu. Anne-baba arasında eş akrabalığı yok. Ailede herhangi bir hastalık tanımlanmıyor. Hastaya 6 aylık iken PPD kontrolü yapılmadan BCG aşısı uygulandığı aile tarafından ifade edilmiştir.

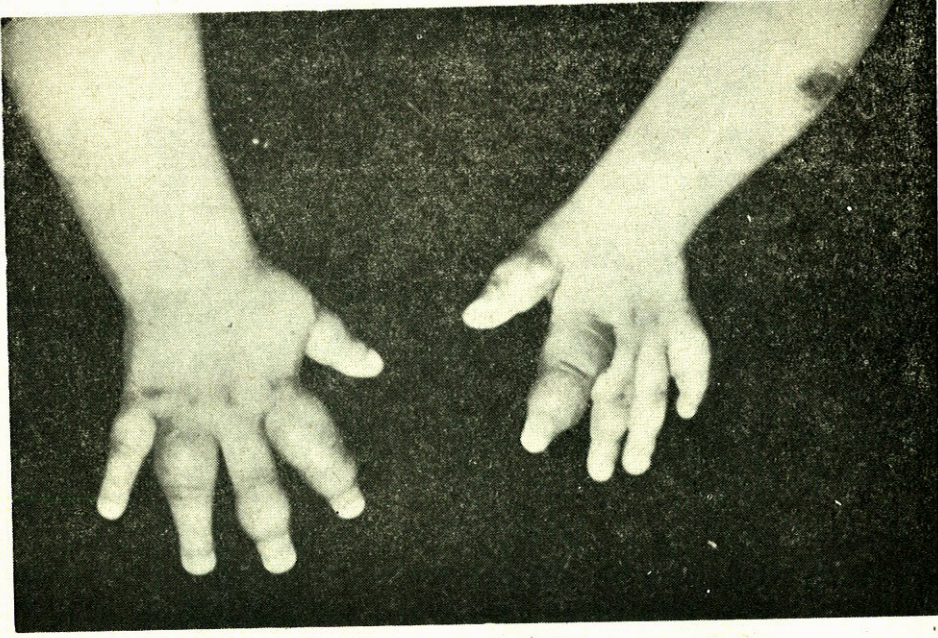
Fizik muayene bulguları : Soluk görünen hastada başlıca patolojik bulgular hepatosplenomegali (3.5 ve 5 cm), sol elde 1,2 ve 5'inci parmaklarda, sağ elde 2,3 ve 4'üncü parmaklarda simetrik olmayan ağrısız, üzerinde kızarıklık ve ısı artımı göstermeyen şişlik, sağ skrotumda testise yapışıklık göstermeyen ağrısız, kızarıklık ısı artımı olmayan 4x3 cm boyutlarında bir kitle (Resim 1-2-3).



Resim 1 : Parmaklarda simetrik olmayan fuziform şişlikler

Laboratuvar bulguları :

Kan sayımı : Hb 8.1 gm/dl., KK 5.032.500/mm³, BK 11.700/mm³ Hkt % 36.2, OEV % 66 µ³, periferik yaymada % 2 stab., % 50 segment, % 8 genç lenfosit, % 30 lenfosit, % 6 monosit, % 4 eosinofil, trombositler küme oluşturuyor, hipokromi ve mikrositoz (++) . Serum demiri % 20 µgr (N : 98 ± 27), UDBK 1035, TDBK 1055 % µgr. (N : 300-350), TS % 1.8 (N : 16-35). Kemik iliği incelenmesinde eritroid hiperaktivite dikkati çekti. (65 E/100 M). Hb elektroforezi normal (Hb A₁ normal, Hb A₂ % 3.2, Hb F yüksekliği ve anormal hemoglobin tespit

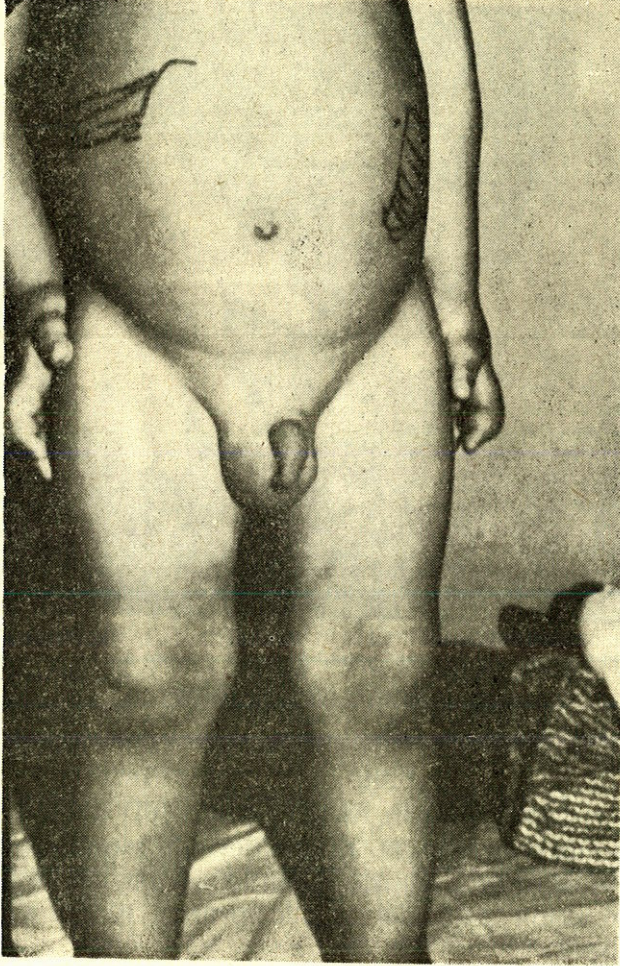


Resim 2 : PPD cilt testinin yapıldığı yerde gelişen bül ve parmaklarda asimetrik fuziform şişlikler

edilemedi). Sikling ve solubilité testi negatif. Sedimantasyon 17 mm/1 saat. CRP ++, Latex negatif, ANA negatif. PPD cilt testi 20 mm hiperemik ve endurasyon mevcut. El grafilerinde yumuşak dokuda şişlik, proksimal ve distal falanklarda medüller genişleme ve kistik oluşumlar şeklinde kemik destruksiyonları görüldü. Eklem aralıkları normaldi. (Resim 4).

Ortopedi Kliniği ile konsulte edilen hastada enkondromatozis düşünüldü ve biopsi yapılması gerektiği belirtildi. El grafileri, spina ventosa olarak adlandırılan tüberküloz daktilitis bulgularına uymakta idi. Akciğer grafisinde sağ tarafta çok tipik olmayan primer kompleks görüldü. Abdominal ultrasonografide; dalakta 3-5 mm çaplarında kalsifikasyon, diffuz hepatosplenomegali ve sağ tarafta testisten ayrı bir kitle belirlendi.

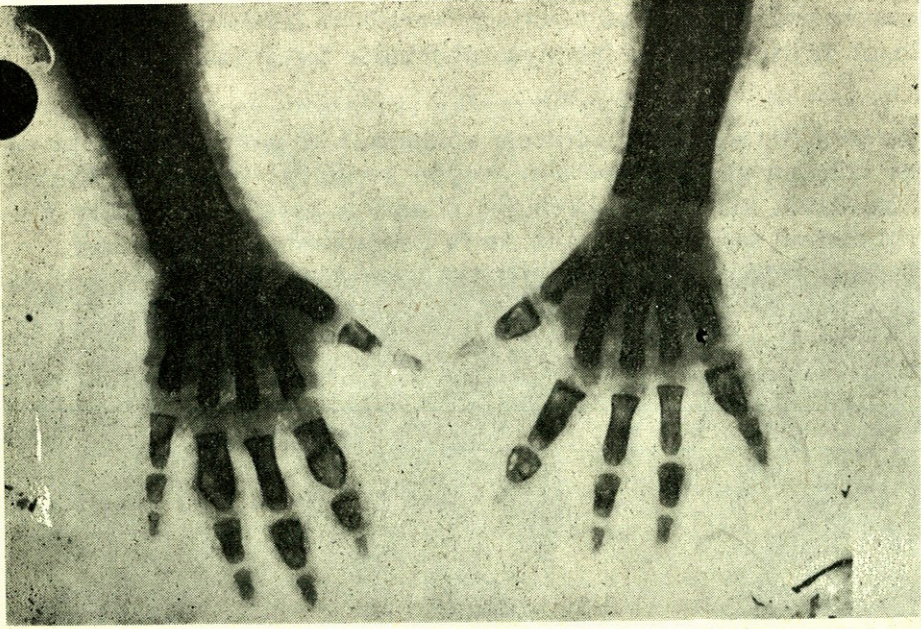
Bu incelemelerin yapılması sırasında, parmaklardaki şişlikler yumuşadı ve süpürasyon başladı (Resim 5). Süpürasyondan hazırlanan yayma preparatta tüberküloz basiline rastlanamadı. Kültür vasatında üreme olmadı.



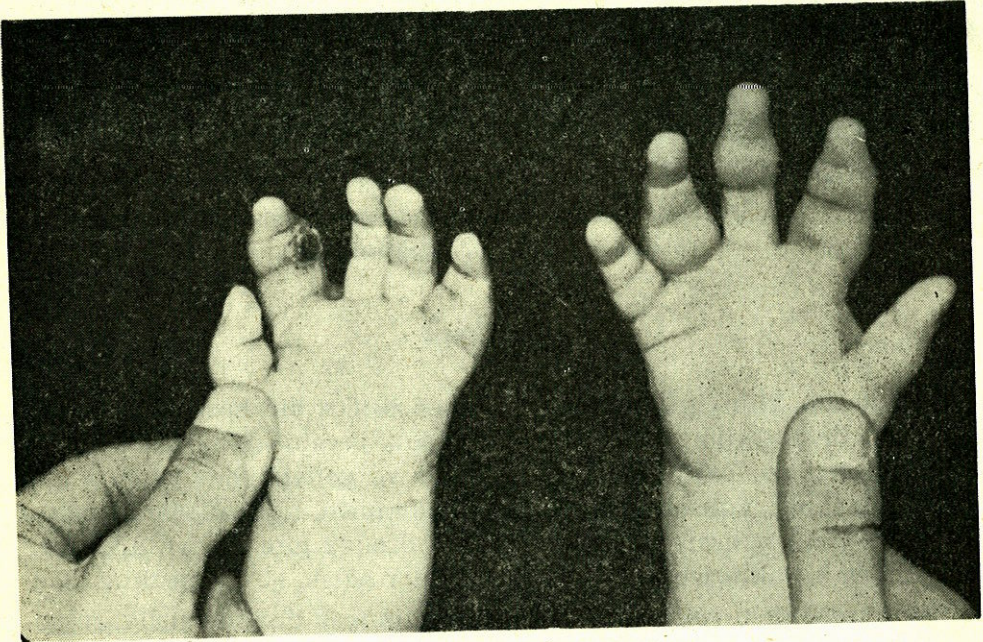
Resim 3 : Hepatosplenomegali ve skrotumda şişlik

Hasta için roloji kliniği ile konsültasyon yapıldı. Sağ tarafta testisten ayrı olarak palpe edilen kitle epididimit olarak kabul edildi. Biopsi yapılması önerisini ailesi kabul etmedi.

Ailenin tüberküloz açısından taranmasında anne ve 4.5 yaşındaki kardeş sağlıklı bulundu. Babasına akciğer grafisinde kavern ve balgamda basil bulunması ile aktif tüberküloz tanısı kondu. Göđüs hastalıkları kliniğinde izlenmeye ve tedaviye alındı. Çok kuvvtli PPD pozitifliği, akciğer grafisinde primer kompleks görünümü, abdominal



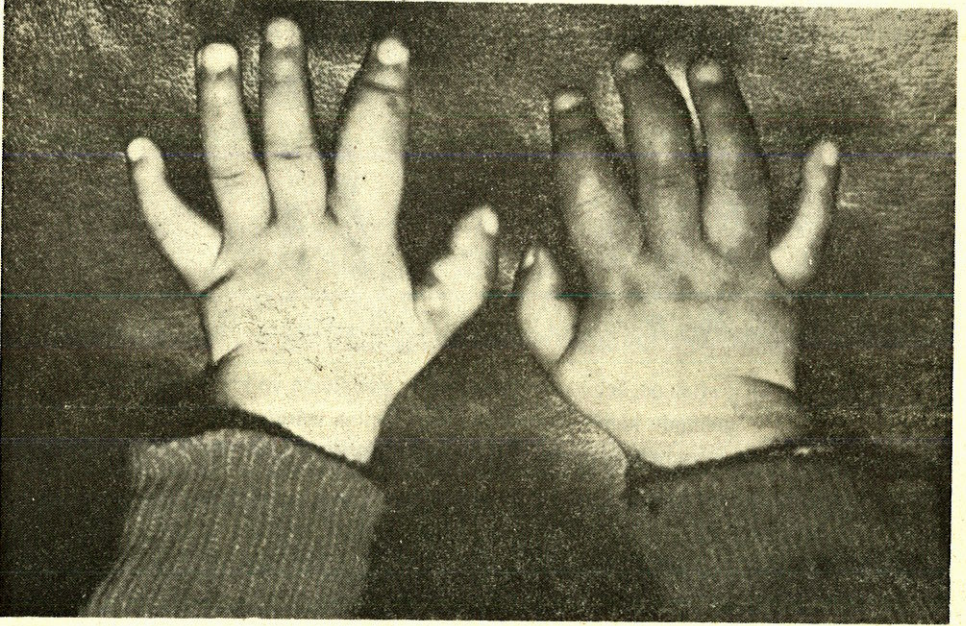
Resim 4 : El grafisinde, falanklarda meduller genişleme ve kistik oluşumlar şeklinde kemik destrüksiyonları (Spina ventosa)



Resim 5 : Parmaklarda gelişen süpürasyon

ultrasonografide kalsifiye odakların varlığı ve babasında aktif tüberkülozun belirlenmesiyle hastaya tüberküloz tanısı kondu.

Tedavi olarak, hastaya 10 mg/kg rifampicin ve 15 mg/kg INAH başlandı. Bir ay sonra kontrole geldiğinde el parmaklarındaki şişlikler belirgin gerilemiş ve süpürasyon kesilmişti (Resim 6). Karaciğer ve dalak küçülmeye başlamış olmasına karşılık, testisteki kitle büyüklüğünü koruyordu. Daha sonra hasta kontrole getirilmedi.



Resim 6 : Antitüberküloz tedavinin birinci ayında parmaklardaki süpürasyonun ve şişliklerin gerilediği görülmektedir

TARTIŞMA

Hastanın kliniğimize gelmeden önce başka bir hastanede aldığı ilk tanısı juvenil romatoid artrit idi. Ancak, juvenil romatoid artrit'in 2 yaşından önce başlaması çok nadirdir ve genellikle 4 yaşın altında klinik tablo, yüksek ateş, romatoid döküntü, hepatosplenomegali, lenfadenopati, poliserozite ve belirgin lökositoz gibi ekstra artiküler bulgularla karakterizedir. Tutulan eklemler ağrılı, şiş ve sıcaktır. Başlangıç evresindeki radyolojik görünüm yumuşak dokuda şişlik, regional osteoporoz ve tutulan eklemlerdeki periostitisten ibarettir (1).

Hastamızda, parmaktaki şişliklerin ağrısız olması, döküntü, generalize adenopati ve belirgin lökositoz ve sedimantasyon yüksekliğinin olmaması ile klinik olarak romatoid artrite benzemiyordu. Ayrıca grafilerde romatoid artritten farklı olarak falankslarda meduller genişleme ve kistik degenerasyon mevcuttu. Eklem aralıkları normaldi.

Süt çocuğu döneminde daktilitise neden olan hastalıklar arasında sickle cell anemi, konjenital sifiliz, koksidiomikozis ve tüberküloz yer almaktadır (1,2,3). Konjenital sifiliz ve koksidiomikozisin çok nadir olması yanında, değişik sistemleri ilgilendiren bulguların olması sebebiyle ayırıcı tanıda düşünülmedi.

Sickle cell anemide daktilitis veya hand foot sendromu sık görülen bir kemik komplikasyonudur. Hastalığın ilk bulgusu da olabilir. Simetrik olarak metakarpal ve metatarsal kemikleri tutar. El ve ayakların dorsal yüzeylerinde ağrılı şişliklere neden olur. Spontan olarak ortaya çıkan vazookluziv krizler sonucunda damarlar tıkanır ve distal iskemiye, kemik infarktüslerine neden olur. Radyolojik değişiklikler semptomların başlangıcından 1-3 hafta sonra ortaya çıkar. Bunlar periosit reaksiyonu ile birlikte falanksların eroziv değişiklikleridir (4,5). Kesin tanı için hemoglobin elektroforezi ve sikling testi yapılmalıdır. Hastamız klinik olarak şişliklerin asimetrik ve ağrısız oluşu ile sickle cell anemiden farklı idi. Hemoglobin elektroforezinin normal, sikling ve solubulite testlerinin negatif bulunmasıyla da bu tanıdan kesin olarak uzaklaşıldı.

PPD pozitifliği, akciğer grafisinde primer kompleks, dalakta kalsifiye odakların gösterilmesi ve babasında aktif tüberkülozun belirlenmesiyle hastaya tbc tanısı konuldu. Daktilitis, epididimitis ve hepatosplenomegalinin, primer infeksiyonun ilk gününden itibaren anti allerjik dönemdeki lenfo-hemotogen yolla yayılım sonucu geliştiği düşünüldü.

Tüberküloza bağlı iskelet sistemi komplikasyonları birçok vaka- da infeksiyonun ilk 6 ayı içinde görülür. Spinalar en sık olarak tutulan kemiklerdir. Bunu kalça ve diz eklemi izler. El ve ayak parmaklarındaki tüberküloz daktilitis son zamanlarda nadir görülen bir komplikasyondur. Fonksiyonel kullanım ve yaş, hastalığın geliştiği bölge üzerinde etkili olmaktadır. Spondilit, yürümeyen çocuklarda çok nadir görülmesine karşılık, daktilitis sıklıkla süt çocuklarında görülmektedir (6). Süt çocukluğu dahil, tüm çocukluk döneminde tü-

berküloz daktilitis insidansı % 0.6 - 14 oranında bildirilmektedir (7). Beş yaşından sonra sık değildir, on yaşından sonra ise çok nadirdir. König, tüberküloz infarktıyla sonuçlanan, besleyici damarlardaki obstruktif emboliler sebebiyle kemik lezyonlarının oluştuğunu ileri sürmektedir (7). Bu görüş, çocuklardaki uzun kemik tüberkülozunda metafizyal seçimi açıklamakta kullanılmaktadır. Çünkü metafizyal arterlerin terminal dalları çok küçüktür ve basilin buralara yerleşime eğilimi vardır. Epifizlerin metafizyal bölgelerinden başlayan tbc lezyonları ilerleyerek tbc granülasyon dokusuna dönüşür. Kazeifikasyon nekrozu gelişir, sıklıkla kemik hasarı olur. Destruksiyon sadece kemiği kapsayabilir ama yumuşak dokuya da açılır ve drene olabilir. Tüberküloz daktilitis dikkate değer az bir deformite ile iyileşebilir veya epifiz plâkları etkilenmişse deformite ve kemikte kısalığa da neden olabilir (1,2,6). Periferdeki kemik tüberkülozunun radyolojik bulguları değişiktir (5,7). Hastamızdaki radyolojik bulgular, spinaventoza olarak adlandırılan ekspansiyon, kortikal ve kistik degenerasyon görünümüne uymakta idi (spina kısa kemik, ventoza içi hava doku kistik görünüm).

Hastada sağ testisten ayrı olarak, palpe edilen ağrısız kitle epididimit olarak kabul edildi. Kesin tanı için önerilen biopsiyi aile kabul etmedi. Erkek çocuklarda genital tüberkülozun en yaygın belirtisi epididimitdir. Tüberküloz tanısı alan hastalarda % 7 oranında epididimit gelişmektedir. Fizik muayenesinde nodüler, ağrısız veya hafif ağrılı kitle bulunur. Renal tüberkülozun direkt yayılım sonucu gelişir. Epididimit genellikle hematogen yayılım komplikasyonlarından enaz biri ile birlikte bulunur (6). Tedavisi için tüberküloz tedavisi yapılması ve yanıtın iyi olmadığı durumlarda orşiektomi önerilmektedir (8).

Epididimitden iyileşen erkeklerde, unilateral tutulumda % 25, bilateral tutulumda % 40 oranında sterilite geliştiği bildirilmiştir (6).

Hastamıza tedavi olarak rifampicin 10 mg/kg. ve INAH 15 mg/kg. başlandı. Bir aylık ilaç kullanımından sonra yapılan ilk kontrolünde, el parmaklarındaki süpürasyon kesilmiş ve şişlikler belirgin ölçüde azalmıştı. Karaciğer ve dalak boyutlarının küçülmesine karşılık, skrotumda palpe edilen kitle boyutlarında değişiklik olmamıştı.

Hasta bundan sonra yeniden kontrole gelmediği için izleme olanakları olmamıştır.

ÖZET

Tüberküloza bağlı daktilitis, son zamanlarda sık görülen bir komplikasyon değildir. Burada hatalı bir değerlendirme ile radyolojik olarak juvenil romatoid artrit benzetilen ve ayrıca sickle cell anemiye bağlı hand foot sendromu olarak düşünülen bir daktilitis olgusu sunuldu. Hastamıza tüberküloz tanısı çok kuvvetli PPD pozitifliği, sistemik bulgular (hepatosplenomegali, daktilitis, epidimit) ve babada aktif tüberkülozun belirlenmesi ile konuldu. Bu nedenle, süt çocukluğu döneminde daktilitise yol açan hastalıklar gözden geçirildi. Çok sık görülmemesi nedeniyle tüberküloz daktilitise dikkat çekilmek istenildi.

SUMMARY**An interesting dactylitis case**

Dactylitis due to the complication of tuberculosis is not seen very often now a days. Here a dactylitis case which was misdiagnosed as juvenile romatoid arthritis in radiology and which was considered as hand-food syndrome due to sickle cell anemia is presented. This patient was diagnosed as tuberculosis with positive PPD (20 mm) and systemic findings (dactylitis, epididymitis and hepatosplenomegaly); active tuberculosis in the father. For this reason diseases causing dactylitis in infants is looked over. Because it is not seen very often , dactylitis due otuberculosis is emphasized.

KAYNAKLAR

1. Vaughan VC, Mc Kay RJ, Nelson WE : Textbook of Pediatrics. WB Saunders Company, Philadelphia; London; Toronto. tenth edition, p : 1501 (1975).
2. Barnett HL, Einhorn AH : Pediatrics. Appleton-Century-Crofts. New York, fifteenth edition, p : 674-675 (1972).
3. Green Morris : Pediatric diagnosis interpretation of symptoms and signs in different age periods. WB Saunders Company, Philadelphia; London; Toronto 3 RD edition, p : 203 (1980).
4. Lanzkowsky P : Pediatric Hematology-Oncology. Mc Graw-Hill Book Company, New York, p : 178-179 (1980).

5. Muray OR, Jacobson GH : The radiology of skeletal disorders. Exercises in diagnosis. Volume I. Longman Group Limited Churchill Livingstone, Edinburg-London, p : 277-280 (1972).
6. Krugman S, Katz S, Gershan AA, Wilfert CM : Infectious diseases of children. The C. V. Mosby Company. eighth edition, p : 398-420 (1985).
7. Feldman F, Auerback R, Johnston A : Tuberculous dactylitis in the adult. AJR, 112 : 460 (1971).
8. Stein AC, Miller DB : Tuberculous epididymo-orchitis : A case report, J Urol, 129 : 613 (1983).