

Retrofarengeal Apse ve Parotis Bezi Tutulumu ile Birlikte Olan Servikal Vertebra Tüberkülozu

A Cervical Vertebrae Tuberculosis Associated with Retropharyngeal Abscess and Parotid Gland Tuberculosis

Dr. Ruhsar OFLUOĞLU,^a
Dr. Müjgan GÜLER,^a
Dr. Nalan KILIÇ,^a
Dr. Ebru ÜNSAL,^a
Dr. Nermin ÇAPAN^a

^aGöğüs Hastalıkları Kliniği,
Atatürk Göğüs Hastalıkları ve
Göğüs Cerrahisi Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, ANKARA

Geliş Tarihi/Received: 22.07.2008
Kabul Tarihi/Accepted: 30.10.2008

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Ebru ÜNSAL
Atatürk Göğüs Hastalıkları ve
Göğüs Cerrahisi Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
Göğüs Hastalıkları Kliniği, ANKARA
unsalebru73@yahoo.com

ÖZET Servikal vertebra tüberkülozu nadir görülür ve tüm tüberküloza bağlı vertebra osteomyelitlerinin yaklaşık %0,03'ünü oluşturur. Servikal vertebra tüberkülozu ile birlikte ortaya çıkan retrofarengeal apse oluşumu ise daha nadirdir. Ayrıca parotis bezi tüberkülozuna da oldukça az rastlanır. Bu makalede retrofarengeal apse ve parotis bezi tutulumu ile birlikte olan servikal vertebra tüberkülozlu bir olgu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Aps; parotis bezi; spinal tüberküloz

ABSTRACT Cervical vertebrae tuberculosis is very rare and it constitutes approximately 0.03% of all vertebrae tuberculous osteomyelitis cases. Retropharyngeal abscess concomitant to cervical vertebra tuberculosis is more uncommon. In addition to this, parotid gland tuberculosis is unusual, as well. In this report, a case of cervical vertebrae tuberculosis associated with retropharyngeal abscess and parotid gland tuberculosis was presented.

Key Words: Abscess; parotid gland; spinal tuberculosis

Türkiye Klinikleri Arch Lung 2008;9(2):68-72

Tüberküloza (TB) bağlı vertebral osteomyelit, hematojen veya lenfatik yollarla yayılan mikobakterinin vertebral cismin anterior ve subkondral kısımlarına yerleşmesiyle meydana gelir. Bunun sonucunda osteomyelit gelişir ve enfeksiyon ilerleyerek periost ve anterior longitudinal ligamenti vertebral cisimlerin üzerinden ayırır. Böylece iltihabi süreç vertebral kolon boyunca yukarı ve aşağıya doğru paravertebral boşluklara ve komşu yumuşak dokulara yayılır.¹ Yeni tanı konmuş TB olgularının %1'inde görülür.² En sık torasik ve lomber vertebralarda görülür. Servikal vertebra tutulumu daha nadir olup görülme sıklığı %0.03'dür, sıklıkla tanı koymakta gecikir.^{3,4} C1-C2 vertebraların tüberkülozu ise daha nadirdir.⁵ Parotis bezi tüberkülozu da çok nadir olup, bulaş intraparotid ve periparotid lenf nodlarının oral kavite lenfatikleriyle veya pulmoner odaktan hematojen yolla enfeksiyonu ile oluşur.^{6,7} Olgumuz retrofarengeal apse ve parotis bezi tutulumu ile birlikte seyreden servikal vertebra TB'ü olması nedeniyle nadir bir olgu olarak sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

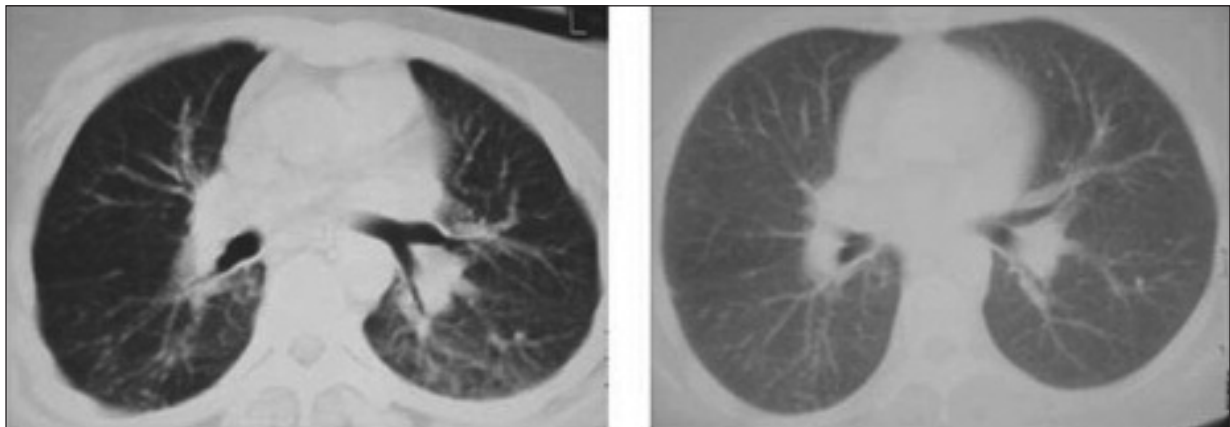
Yirmi iki yaşında bayan hasta 4 ay önce trafik kazası geçirmiştir. Boynunda kırık olduğu ve ameliyat olması söylenmiştir. Fakat hasta ameliyatı kabul etmemiştir. O zamandan beri boyun ağrıları oluyormuş. Son iki haftadır iştahsızlık, kilo kaybı halsizlik yakınmaları ile beraber boynunun sağ tarafında şişlik oluşması nedeniyle KBB kliniğine başvurmuş. Burada yapılan ponksiyon materyalinde Aside Rezistan Basil (ARB) teksif (+) gelmiştir. Daha sonra nöroşirürjiye nakledilen hastaya anterior girişim ile vertebra apse drenajı, korpektomi ve fibuladan strut greft operasyonu yapılmıştır. 20 gün sonra otogreftte oynama olması nedeniyle 2. defa operasyona alınarak instrümantasyon uygulanmıştır. Durumu stabilleşen hasta tüberküloz tedavisi ve takibi için hastanemize sevk edilmiştir.

Fizik muayenesinde vital bulguları stabil ve servikal coller takılıydı. Başka patolojik bulgu yoktu. Nörolojik muayenesi ameliyat öncesi ve sonrası normal olarak değerlendirildi. PA AC grafisinde patoloji yoktu. Toraks BT sol akciğer bazal plevrasında kalınlaşma ve eşlik eden minimal plevral efüzyon, komşu akciğerde kompresyon atelektazileri, her iki akciğer alt loblarda buzlu cam alanları ve kronik fibrotik değişiklikler olarak raporlandı (Resim 1).

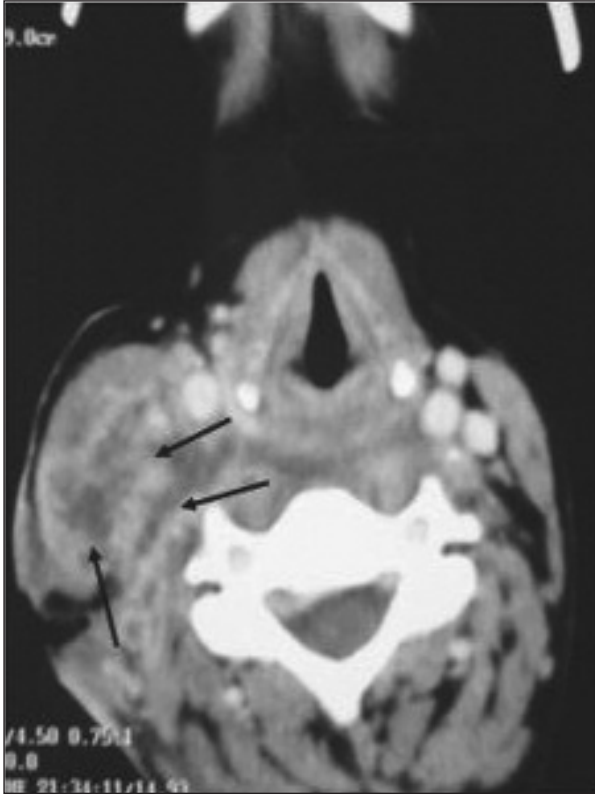
Boyun CT incelemesinde; nazofarenks ve orofarenks düzeyinde paravertebral kas planları içer-

sinde sağda boyun üçgenlerine uzanım gösteren, sağ nöral forameni ve lateral reseksi doldurarak C1-C6 düzeylerinde spinal kanal içerisinde de uzanım gösteren çevresel kontrastlanmalı, sağ parotis derin lobu ve sternokleidomastoid kası içine uzanan multiloküle karakterde apse ile uyumlu loküle sıvı koleksiyonları izlenmekteydi. C2,C3,C4 kısmen de C5 vertebra korpuslarında destrüksiyon ve sklerotik alanlar izlendi (Resim 2a,3a). Servikal MR incelemesinde; C2-C4 vertebra düzeyleri arasında servikal aksta belirgin angulasyon ve C2-C4 üst kesim düzeyleri arasında spinal kanal içerisinde anterior epidural alanda spinal korda belirgin bası yapan plegmon apse ile uyumlu yumuşak doku alanı izlenmekteydi (Resim 4a).

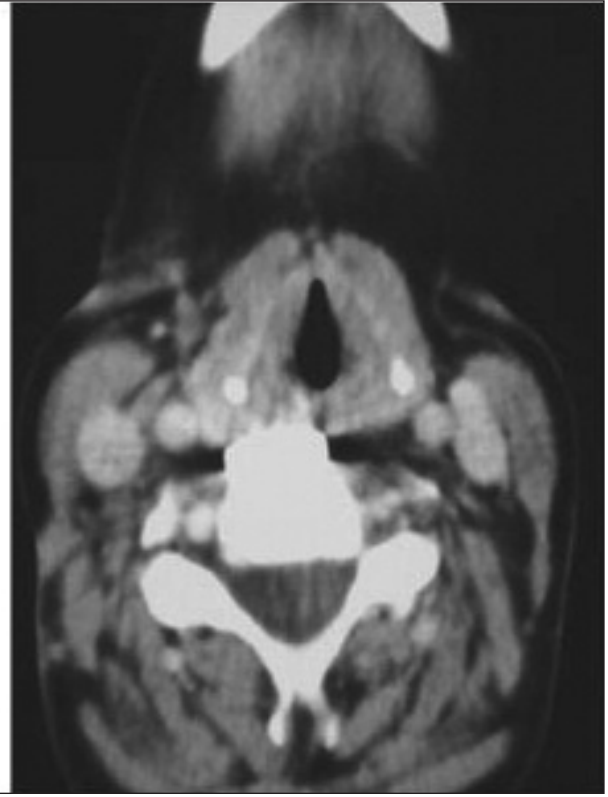
Apse aspirasyon materyalinde ARB teksif ve kültürü (+) geldi. Balgam ARB teksif ve kültürü 6 kez (-) bulundu. Laboratuvar incelemesinde; lökosit 7300 mm, Htc %32, eritrosit sedimentasyon hızı 60 mm/h idi. Kan biyokimyasal tetkiklerinde özellik saptanmadı. HIV, HBs Ag ve Anti HCV (-) bulundu. Hastada 1 BCG skarı mevcut olup, PPD'si 20 mm olarak ölçüldü. Dış merkezde cerrahi olarak apse drenajı, korpektomi ve fibuler strut greft uygulanan hastaya TB tedavisi başlandı. İlk 2 ay isoniazid, rifampisin, etambutol, pirazinamid ve 10 ay isoniazid, rifampisinle olmak üzere toplam 12 ay anti TB tedavi uygulandı. Tedavinin 7. ayında çekilen boyun BT ve 9. ayda çekilen servikal MR ile radyolojik düzelme gösterildi (Resim 2b, 3b, 4b).



RESİM 1: Tedavi öncesi ve sonrası toraks BT görüntüleri.



RESİM 2a: Tedavi öncesi boyun BT görüntüsü ve parotis bezi apse formasyonu (ok ile gösterilmiştir).



RESİM 2b: Tedavinin 7. ayında boyun BT görüntüsü ve apsede tam rezolüsyon.



RESİM 3a: Tedavi öncesi boyun BT görüntüsü ve retrofarengeal apse formasyonu (ok ile gösterilmiştir).



RESİM 3b: Tedavinin 7. ayında boyun BT görüntüsü ve apsede tam rezolüsyon.



RESİM 4a: Tedavi öncesi servikal MR görüntüsü ve plegmon apse (* ile gösterilmiştir), C2-4 seviyesinde spinal korda bası (ok ile gösterilmiştir).



RESİM 4b: Tedavinin 9. ayında servikal MR görüntüsü ve lezyonda regresyon.

TARTIŞMA

Yetişkinlerde retrofarengeal bölgede çocuklara göre daha az lenf nodu vardır. Bu nedenle TB dışı retrofarengeal apse nadirdir. Sıklıkla yabancı cisim, endoskopi veya endotrakeal entübasyon sırasında meydana gelen nazofarenks ve özefagus travmalarının bir komplikasyonu olarak görülür. Servikal vertebra TB'nin ilk bulgusu olarak görülen retrofarengeal apse ise oldukça nadir bir durumdur.⁸

TB'ye bağlı vertebra tutulumu olan hastalarda ateş, gece terlemesi, kilo kaybı ile birlikte, tutulan vertebra seviyesine uygun olarak boyun, sırt ve bel ağrısı gibi tipik yakınmalar olur. Parotis bezi TB'si de parotis bezinde şişlik ve benzer sistemik bulgular ile seyreder. Literatürde kulak akıntısı ve fasiyal paralizisi ile başvuran parotis bezi TB olguları da mevcuttur.^{9,10} Olgumuzda da trafik kazası sonrası başlayan boyun ağrısı şikayeti mevcuttu. Son iki haftadır iştahsızlık, kilo kaybı ve halsizlik şikayetlerinin tabloya eklenmesine rağmen, ağrı kazaya

bağlandığı için retrofarengeal apse fistülize olana kadar doktora başvurmakta gecikmişti. Walker 18 olguluk bir serisinde 9 hastaya başlangıçta yanlış tanı konulduğunu ve semptomların başlangıcı ile teşhis arasında geçen sürenin 3 ay ile 4 yıl arasında değiştiğini bildirmiştir.¹¹

Spinal TB'li hastaların %50'sinde pulmoner lezyon yoktur.¹² Olgumuzun toraks tomografisinde TB ile uyumlu olabilecek bulgular mevcuttu. Antitüberküloz tedavi sonrasında radyolojik düzelme tespit edildi. Vertebra TB'de nörolojik bulgular hastalığın lokalizasyonuna ve derecesine bağlıdır. Sinha ve Kakar özellikle C1-C2 tutulumlarında ani quadroleji ve ölüm riski bildirmiştir.¹³ Olgumuzda ise C1-C2 seviyesini de kapsayan yaygın servikal tutulum olmasına rağmen nörolojik muayenede patoloji saptanmadı.

Tanı ve tedavide gecikmeyi önlemek amacıyla tüberkülin cilt testi, BT, MR görüntüleme yöntemleri ve biyopsi önemlidir. Radyolojik bulgularla muhtemel tanı kalsa da kültür ve/veya biyopsi ile

tanının kanıtlanması en doğrusudur.^{1,14,15} Pott hastalığı için tek bir görüntüleme bulgusu veya laboratuvar testi patognomonik değildir. Bu nedenle hızlı nörolojik bozulma olmadıkça hastaların hemen hepsinde BT kılavuzluğunda iğne biyopsisi yapmak gereklidir. Bu özellikle ameliyatsız antitüberküloz tedavisi verilecek hastalar için geçerlidir. İğne biyopsisi güvenli ve hızlı olduğu kadar cerrahi gerektirmeyen hastalarda paraspinal apsenin drenajı için de kullanılabilir.^{16,17} Reza ve ark. BT altında perkütan iğne biyopsisi yapılan 16 hastadan oluşan bir seride 4 hastada biyopsi ile tanı konulmamış ve 12'sinde bir veya daha fazla diagnostik bulgu (aside dirençli basiller yönünden yayma pozitifliği, kültür pozitifliği veya histolojik olarak TB'ye uyan granüloamatöz inflamasyon) elde etmişlerdir.¹⁶ Çolak ve ark. da üst servikal vertebra TB'li 3 olguda BT eşliğinde retrofarengeal apse duvarından biyopsi alarak TB tanısını koyduklarını bildir-

mişlerdir.¹⁸ Parotis TB'de klinik olarak parotis malignitesine benzer ve tanı genellikle zordur. İnce iğne aspirasyonu genellikle sonuç vermez. Eksizyonel biyopsi tanı için doğru tercihtir.⁷ Biz hastamızın apse materyalinde ARB gösterdiğimiz için daha ileri tetkik yapmadık. Anti TB tedavi sonrası parotis bezindeki düzelme boyun BT ile gösterildi. İmmobilizasyon ile birlikte kemoterapi tedavinin temelidir. Fakat nörolojik defisitler olduğunda yapılabilecek en iyi tedavi anti TB kemoterapisi ile birlikte cerrahidir.^{4,15,19}

Retrofarengeal apse ve parotis bezi tutulumu ile birlikte seyreden servikal vertebra TB'lu olgumuza cerrahi sonrası toplam 12 ay anti TB tedavi uygulandı. Tedavi sonrasında klinik ve radyolojik düzelme görüldü. Özellikle TB'nin yaygın olduğu ülkelerde boyunda şişlik ve ağrı şikayeti ile gelen hastaların ayırıcı tanısında öncelikle TB'un akla gelmesi gerektiğini düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

1. Wurtz R, Quadar Z, Simon D, Langer B. Cervical tuberculous vertebral osteomyelitis: case report and discussion of the literature. *Clin Infect Dis* 1993; 16:806-8.
2. Alvarez S, Mc Cabe WR. Extrapulmonary tuberculosis revisited: a review of experience at Boston City and other hospitals. *Medicine* 1984; 6: 25-55.
3. Dabson J, Tuberculosis of the spine: *J Bone Joint Surg (Br)* 1951; 33: 517-31.
4. Slater RR Jr, Beale RW, Bullitt E. Pott's disease of the cervical spine. *South Med J* 1991;84:521-3.
5. Stecken J, Boissonnet H, Manzo L, Pheline C, Dobbelaere P, Yaffi D. [Suboccipital Pott's disease]. *Neurochirurgie* 1987;33:482-6.
6. Kundu S, Das S, Dey A, Sengupta A. Tuberculosis of parotid gland-a rare clinical entity. *Indian J otolaryngol and Neck Surg* 2004; 56: 57-8.
7. Mignogna FV, Garay Kf, Spiegel R. Tuberculosis of the Head and Neck and Oral Cavity In: Rom WN, Garay S, eds. *Tuberculosis*, Booter: Little, Brown and Company; 1996. p.567-75.
8. Al Soub H. Retropharyngeal abscess associated with tuberculosis of the cervical spine. *Tuber Lung Dis* 1996;77:563-5.
9. Khodaei L, Rowley H, Muldoon C, Gaffney R. Tuberculosis of the parotid gland in a patient with otorrhoea. *Ir Med J* 2001;94:250.
10. Sharma K, Mehdiratta NK, Gupta AK. Tuberculosis of the parotid gland. *Can J Surg* 1996;39:253.
11. Walker GF. Failure of early recognition of skeletal tuberculosis. *Br Med J* 1968; 1:682-3.
12. Marcq M, Sharma OP. Tuberculosis of the spine: a reminder. *Chest* 1973;63:403-8.
13. Sinha A, Kakar P. Cervical caries with retropharyngeal abscess. *Arch Otolaryngol* 1963;78:100-5.
14. Rice DH, Hoffman DS. Pott's disease of the cervical spine presenting as a deep neck infection. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1994;103: 241-3.
15. Akkaya A, Turgut E. Kemik ve Eklem Tüberkülozu. *Türkiye Klinikleri J Tıp Bilimleri* 1996;16:343-6.
16. Reza AR, Lee M, Cooper PR, Errico TJ, Koslow M. Modern management of spinal tuberculosis. *Neurosurgery*. 1995;36:87-97.
17. Cahill DW, Love LC, Rehtine GR. Pyogenic osteomyelitis of the spine in the elderly. *J Neurosurg*. 1991;74:878-86.
18. Çolak A, Altunay H, Kutlay M, Güngör A, Demircan N. Tuberculosis abscesses of the upper cervical spinal cord. (In Turkish) *Journal of Clinics* 1998;11:19-21.
19. Oğuz E, Şehirlioğlu A. Omurga Enfeksiyonları. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2006, 2:20-6.