

OLGU BİLDİRİMİ

Talusun Primer Subakut Hematojen Osteomyeliti

Lokman KARAKURT, Oktay BELHAN, Erhan YILMAZ, Tahir VAROL

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Elazığ.

ÖZET

Tarsal kemiklerin primer subakut hematojen osteomyeliti (PSHO) nadir olarak görülmektedir. Özellikle çocuklarda aksayarak yürümenin nadir nedenlerinden biridir. Spesifik laboratuvar testlerinin olmaması ve akut osteomyelitin tipik semptom ve bulgularının görülmemesi nedeniyle tanı koymak zor olup tedavide gecikmeye neden olmaktadır. PSHO'nun tedavisinde bugün için hala görüş birliği yoktur. Sağ ayak bileğinde 40 gündür devam eden ağrı, şişlik ve aksayarak yürüme şikayetleri ile polikliniğimize başvuran 4.5 yaşındaki erkek olguda laboratuvar, röntgen ve histopatolojik incelemeler sonrası talusta PSHO tanısı kondu ve konservatif tedavi olarak alçı atel tespiti ve antibiyoterapi uygulandı. Sekizinci aydaki kontrolünde sorunsuz iyileşme mevcuttu.

Anahtar Kelimeler: Talus. Primer subakut hematojen osteomyelit. Tam. Tedavi.

Primary Subacute Hematogenous Osteomyelitis of the Talus

ABSTRACT

Primary subacute hematogenous osteomyelitis (PSHO) of tarsal bones are rarely seen. Especially in children, this condition is unusual cause of limping. Because there is no specific laboratory tests, typical symptoms and signs of acute osteomyelitis, diagnosis is difficult to make and this causes delay in the diagnosis. Today, there is no consensus on the treatment of primary subacute hematogenous osteomyelitis.

We have described a child with primary subacute hematogenous osteomyelitis of talus. He was 4.5 years old, and had pain and swelling in his right ankle and limp during 40 days. Diagnosis was made after laboratory, radiological and histopathological examinations and then conservative treatment was applied. Recovery was complete at the eight month.

Key Words: Talus. Primary subacute hematogenous osteomyelitis. Diagnosis. Treatment.

Çocuklarda topallama yapan birçok neden vardır ve bu nedenlerden biri de nadir olarak görülen ve ayağın küçük kemiklerini etkileyen primer subakut hematojen osteomyelitdir (PSHO)¹. PSHO'de spesifik laboratuvar testlerinin olmaması ve tipik olarak osteomyelit bulgularının görülmemesi nedeniyle tanı koymak oldukça zordur²⁻⁹. PSHO'nun tedavisi günümüzde hala tartışmalıdır. Konservatif tedaviyi öneren otörler olduğu gibi^{3,4}, cerrahi tedaviyi önerenler de mevcuttur^{5,6}. Biz de, talusta PSHO tanısı ile konservatif olarak tedavi ettiğimiz 4.5 yaşındaki çocuk olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu

Polikliniğimize sağ ayak bileğinde ağrı, şişlik ve aksayarak yürüme şikayetleriyle getirilen 4.5 yaşındaki erkek olguda 40 gündür bu şikayetler mevcuttu. Fizik muayenede; sağ ayak bileği posterolateralinde şişlik ve palpasyonla hassasiyet vardı. Lokal ısı artışı ve kızarıklık yoktu. Ayak bileği hareket genişliği normaldi. BK:5500/mm³, sedimantasyon:36 mm/st, CRP:1mg/L idi. Radyogramda; talusun postero-inferiorunda subtalar ekleme uzanan, sınırları belirgin, periost reaksiyonu içermeyen, 1.5 cm çapında dairesel litik lezyon mevcuttu (Şekil 1). Manyetik rezonans görüntüsü enfeksiyon lehine değerlendirildi (Şekil 2). Primer kemik tümörünü ekarte etmek amacıyla biopsi planlandı. İğne aspirasyonunda materyal gelmeyen hastaya, genel anestezi altında açık biopsi yapıldı. Açık biopside pürülan materyal saptanmayan olgudan alınan doku materyalleri patolojik ve mikrobiyolojik incelemeye gönderildi. Patolojisinde kronik enfeksiyonu destekleyen mononükleer hücre infiltrasyonu saptandı, fakat kültürde üreme olmadı.

Geliş Tarihi: 02.01.2004
Kabul Tarihi: 17.05.2004

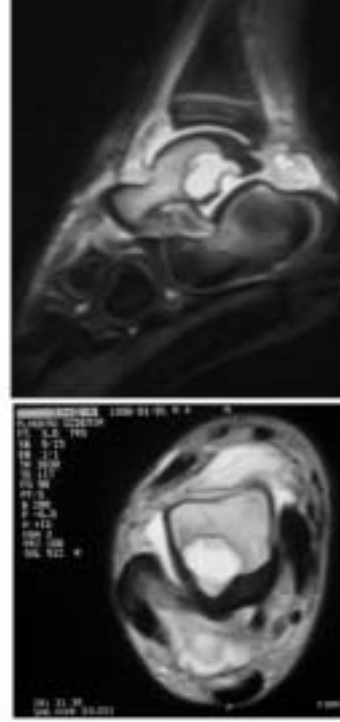
Yard. Doç. Dr. Lokman KARAKURT
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ortopedi ve Trav. Anabilim Dalı
ELAZIĞ
Tel: 0 424 2388080 / 188
e-mail: lkarakurt@hotmail.com

Talusta PSHO tanısı konan olguya kısa bacak alçı ateli yapıldı ve parenteral 3. kuşak sefalosporin (seftriakson) başlandı. Bir hafta sonra parenteral antibiyotik tedavisinden oral antibiyotik tedavisine (amoksisilin-klavulonat) geçildi. Dördüncü haftada atel tespiti çıkartıldı, aktif ayak bileği hareketlerine başlandı ama yük verdirilmedi. Tedaviye başladıktan 6 hafta sonraki kontrolünde klinik şikayetleri geçen, BK:6200/mm³, sedimantasyon:23mm/st, CRP:0mg/L olan hastada antibioterapi sonlandırıldı ve yüklenmeye izin verildi. Son kontrolü 8. ayda yapılan olguda klinik tamamen düzelmişti ve radyolojik düzelme mevcuttu (Şekil 3).



Şekil 1:
Ayak lateral grafisinde talustaki lezyonun görünümü.

sedimantasyon: 36 mm/st olarak tespit edildi ve kan kültüründe üreme olmadı. Bu bulgular literatürlerle uyumluydu.



Şekil 2:

Aksiyel ve koronal kesitlerde talus posteroinferior kesiminde 1.5cm boyutlarında T2'de intensite artışı gösteren lezyon ve yumuşak dokuda ödem mevcut.



Şekil 3:

Tedavi sonrası talusun lateral radyografisi.

Tartışma

Hem akut hem de subakut osteomyelit daha çok tübüler kemiklerin metafizer bölgelerini etkiler. Küçük ve kısa düz kemikleri etkilemeleri son derece nadirdir ve bu tür kemikler daha çok subakut formda etkilenirler⁷. Spesifik laboratuvar testleri ve bulguların olmaması PSHO'te tanıda güçlüğü ve tedavide gecikmeye neden olmaktadır^{2,8,9,10}. PSHO'de genellikle sistemik hastalık bulguları olmaksızın, sinsi şekilde başlayan bir ağrı vardır¹. Klinik olarak ateş hafif yüksek olabilir, laboratuvar testlerinden beyaz küre normal sınırlardadır ve sedimantasyon ise sadece % 50 hastada hafif yüksek olarak görülebilmektedir. Kan kültürü genellikle negatiftir ve kemik aspirasyon biyopsi materyalinde sadece % 60 hastada üreme olmaktadır ve etken patojen genellikle Staphilococcus aureus'tur^{7,8,9}. Bizim olgumuzda da klinik olarak ateş hafif yüksekti, BK: 5500/mm³,

Talusun Primer Subakut Hematojen Osteomyeliti

Tarsal kemiklerin PSHO'yi nadirdir ve tanı koymak güçtür^{1,9}. Radyografik görünüm tümörleri taklit edebilir¹. Tam için biyopsi rutin değildir, ancak ince iğne biyopsisini önerenler de mevcuttur^{1,6}. Gledhill¹¹, daha sonra da Roberts ve ark.⁸ PSHO'ün değişik radyolojik görüntülerinin olduğunu bildirmişlerdir. Ezra ve ark.⁴ bu radyolojik bulgulara bağlı değerlendirmeyi benimsediklerini, ancak destrüksiyon veya erozyon olmaksızın yassı ve kısa kemiklerde sklerozun görülmesinin önemli olduğunu belirtmektedirler.

PSHO'ün tedavisi bugün hala tartışmalıdır. Bazı otörler, bir çok vakada 4-6 haftalık antibiyotik tedavisinin etkili olduğunu bildirmektedirler^{3,4}. Bununla birlikte özellikle kemik lezyonu gelişen hastalarda cerrahi tedaviyi önerenler de mevcuttur^{5,6}. Ancak bugün için hala PSHO'ün tedavisi konusunda görüş birliği yoktur. Cerrahi tedavinin konservatif tedaviden hiçbir üstünlüğü olmadığını bildiren çok sayıda literatür mevcuttur^{2,3,4,9,12,13,14}.

Tümör ve tümör benzeri oluşumları ekarte etmek için açık biopsi ve aynı seansta kaviteyi kürete etmek yaklaşımını benimseyenler olmakla beraber^{6,15}, biopsiye gerek kalmadan sadece konservatif tedavi ile de başarılı sonuçlar bildirilmiştir⁴. Olgumuzda primer kemik tümörünü ekarte etmek amacıyla ince iğne biyopsisi yapıldı, ancak iğne aspirasyonunda materyal gelmeyen hastaya, genel anestezi altında açık biyopsi yaptık ancak kaviteye küretaj uygulamadık ve konservatif tedavi ile başarılı sonuç elde ettik.

Sonuç olarak; çocuklarda ayak ağrısı ve aksayarak yürüme şikayetleri yapan tarsal kemik lezyonlarında ayırıcı tanı çok önemlidir, çünkü tanıya göre tedavi şeklide değişmektedir. Şayet ayırıcı tanıda tümör ve tümör benzeri oluşumlar kuvvetle düşünülüyorsa, iğne aspirasyonu yada açık biopsi ile tanı desteklenmelidir ve tedavisi cerrahidir. PSHO tanısı ağır basıyorsa yada biopsi ile tanı kondu ise, konservatif tedavi çoğu zaman yüz güldürücüdür. Tedaviden de sonra gidilebilir; PSHO ön tanısı ile konservatif tedaviye başlanır ve iyileşme varsa tanı desteklenir, şayet iyileşme yoksa biopsi yapılarak tanı konur.

Kaynaklar

1. Ezra E, Wientroub S. Primary subacute haematogenous osteomyelitis of the tarsal bones in children. *J Bone Joint Surg (Br)* 1997;79:983-6.
2. Harris NH, Kirkaldy-Willis WH. Primary subacute pyogenic osteomyelitis. *J Bone Joint Surg (Br)* 1965;47-B:526-32.
3. Rombouts JJ, Delefortrie G, Claus D, Vincent A. Subacute osteomyelitis in young children: a study of 17 cases. *Rev Chir Orthop* 1986;72:471-5.
4. Ezra E, Khermosh O, Assia A, Spier Z, Wientroub S. Primary subacute osteomyelitis of the axial and appendicular skeleton. *J Pediatr Orthop* 1993;1-B:148-52.
5. Grattan-Smith JD, Wagner ML, Barnes DA. Osteomyelitis of the talus: an unusual cause of limping in childhood. *Am J Roentgenol* 1991;56:785-9.
6. Skevis XA. Primary subacute osteomyelitis of the talus. *J Bone Joint Surg (Br)* 1984;66:101-3.
7. King DM, Mayo KM. Subacute haematogenous osteomyelitis. *J Bone Joint Surg (Br)* 1969;51-B:458-63.
8. Roberts JM, Drummond DS, Bread AL, Chesney J. Subacute haematogenous osteomyelitis in children: a retrospective study. *J Pediatr Orthop* 1982;2:249-54.
9. Hoffman EB, de Beer JD, Keys G, Anderson P. Diaphyseal primary subacute osteomyelitis in children. *J Pediatr Orthop* 1990;10:250-4.
10. Season EH, Miller PR. Primary subacute pyogenic osteomyelitis in long bones of children. *J Pediatr Surg* 1976;11:347-53.
11. Gledhill RB. Subacute osteomyelitis in children. *Clin Orthop* 1973;96:57-69.
12. Gillespie WJ, Moore TE, Mayo KM. Subacute pyogenic osteomyelitis. *Orthopedics* 1986;9:1565-70.
13. Antoniou D, Conner AN. Osteomyelitis of the calcaneus and talus. *J Bone Joint Surg (Am)* 1974;56-A:338-45.
14. Morrissy ST. Bone and joint infections. In: Lovell WW, Winter RB (eds). *Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics*. 3rd edition. Philadelphia: JB Lippincott; 1990. 557.
15. Lindenbaum S, Alexander H. Infections simulating bone tumours: a review of subacute osteomyelitis. *Clin Orthop* 1984;184:193-203.