

Ankilozan Spondilite Bağlı Spondilodiskit

Ankylosing Spondylitis Related Spondylodiscitis

Çiğdem ATAN, Ümit SEÇKİN, Hatice BODUR

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara, Türkiye

Özet

Spondilodiskit Ankilozan Spondilitin (AS) iyi bilinen fakat nadir görülen bir komplikasyonudur. Sıklıkla AS'nin ileri evrelerinde ortaya çıkar. Asemptomatik olabileceği gibi ciddi spinal kord hasarı bulgularına da neden olabilir. Burada daha öncesinde AS tanısı almamış, kronik bel ağrılı ve tanı konulduğunda yaygın spondilodiskit saptanan bir olgu sunduk. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2008;54:77-8*

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, spondilodiskit

Summary

Spondylodiscitis is a well recognized but uncommon complication of Ankylosing Spondylitis (AS). It usually occurs in advanced stages of AS. The clinical presentation of spondylodiscitis may vary from asymptomatic to symptoms of serious spinal cord injury. Here we presented a case with chronic low back pain who was not diagnosed as AS earlier and who had wide-spread spondylodiscitis when diagnosed. *Turk J Phys Med Rehab 2008;54:77-8*

Key Words: Ankylosing spondylitis, spondylodiscitis

Giriş

Spondilodiskit, Ankilozan Spondilitin (AS) az görülen bir komplikasyonudur (1-3). İlk defa 1937 yılında Andersson tarafından tanımlanmıştır (1). AS'li hastalarda prevalansın %1-10 arasında olduğu bildirilmektedir. Sıklıkla akut başlangıçlı, o zamana kadar alışık olunan ağrı karakterinin aksine hareketle artıp istirahatle azalan lokalize ağrı ile karakterizedir (2).

Olgu Sunumu

41 yaşında erkek hasta bel ağrısı şikayetiyle üroloji polikliniğine başvurmuş. Ürolojik patoloji saptanmamış ve beyin cerrahisi polikliniğine yönlendirilmiş. Beyin cerrahisi tarafından istenen tüm vücut kemik sintigrafisinde T2-3, T6-7-8-10-11 ve L1-3 vertebralarda diffüz tarzda, sol iskion pubiste ise fokal aktivite artışı saptanıp multipl metastatik tümör yönünden araştırılması önerilmiş. Bunun üzerine çekilen torakal ve lomber manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) T3-4, T6-S1 düzeylerinde intervertebral disklerde T2A serilerde sinyal artışı ve intravenöz kon-

trast madde enjeksiyonu sonrasında yaygın kontrast tutulumu saptanmış ve öncelikle multipl seviyeli diskovertebral enfeksiyon düşünülmüş (Resim 1-2).

Hasta kliniğimize konsülte edildi. Bel ağrısı hareketle azalan, istirahatle artan nitelikteydi. 2 saat süren sabah tutukluğu mevcuttu. Ateş, gece terlemesi, kilo kaybı, gece ağrısı, travma tarif etmiyordu. 2 ay önce nefes darlığı şikayetiyle başvurduğu göğüs hastalıkları uzmanı tarafından hafif tipte restriktif akciğer hastalığı tanısı konulduğu öğrenildi.

Fizik muayenede bel hareketleri kısıtlı bulundu. El parmak-zemin mesafesi 35 cm, modifiye Schober testi 1,5 cm, göğüs ekspansiyonu 1,5 cm idi. Sakroiliak kompresyon testleri ağrısızdı. Spinöz çıkıntılarda hassasiyet yoktu. Bath AS Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAI) skoru 1,6 ve Bath AS Fonksiyonel İndeksi (BASFI) skoru 2,2 olarak saptandı.

Laboratuvar incelemesinde sedimentasyon hızı 25 mm/st, CRP 16,7 mg/dl idi. Tam kan sayımı ve rutin biyokimyasal tetkikleri normaldi. PPD testi 5 mm ve Brusella aglütinasyon testi, hepatit belirteçleri, tümör belirteçleri ve TORCH testi negatifti. Prostat Spesifik Antijeni normal sınırlardaydı. Üst ve alt abdomi-



Resim 1. Lomber spinal MRG'de intervertebral disklerde kontrast tutulumu.



Resim 2. Torakal spinal MRG'de T2 ağırlıklı kesitlerde intervertebral disklerde sinyal artışı ve kontrast tutulumu.

no-pelvik ultrasonogafisinde patolojik bulgu saptanmadı. Toraks bilgisayarlı tomografisi normaldi. Çekilen ön-arka lumbosakral grafide sindesmofitler, spinal ligamanlarda ossifikasyon ve bilateral evre 4 sakroileit gözlemlendi. Hastaya Modifiye New York kriterlerine göre AS tanısı konuldu (3). Hastanın travma öyküsü olmaması, yapılan laboratuvar tetkiklerinde enfeksiyon ve malignite saptanmaması nedeniyle vertebral lezyonlar AS'ye bağlı spondilodiskit olarak değerlendirildi. Hastaya 75 mg/gün indometazin ve 2 gr/gün sülfasalazin başlandı. 6 aydır izlenen hastanın bel ağrısı azaldı, akut faz reaktanları düştü (sedimentasyon hızı 8 mm/s, CRP 13 mg/dl).

Tartışma

Spondilodiskit AS seyirinde herhangi bir dönemde ortaya çıkabilir ve asemptomatik olabilir. Sıklıkla AS'nin geç komplikasyonu olmakla birlikte erken dönemde de ortaya çıkabilir (1,4,5). Çoęunlukla torakal ve lomber omurgada görülür (2). Bel ağrısı 7 yıldır olmasına rağmen daha önce AS tanısı almamış olan olgumuza anamnez, muayene ve laboratuvar incelemeleri neticesinde AS tanısı konuldu ve torakal ve lomber omurgada spondilodiskit lezyonları saptandı.

Ayırıcı tanıda bakteriyel enfeksiyon, malignite ve travmatik olayların dışlanması gerekir (2). Sunduęumuz olgunun travma öyküsü yoktu. Torakal ve lomber spinal MRG bulguları ile önce-

likle enfeksiyon ve malignite olabileceği düşünölmüştü. Yapılan tetkikler sonucunda enfeksiyon ve malignite dışlandı.

Radyografik olarak diske komşu vertebral end-plate'lerde erozyon ve skleroz, bazen disk aralığında daralma ile karakterizedir (2,3,4). Fakat omurganın direkt grafileri lezyonları her zaman göstermeyebilir (2). MRG tanıda en duyarlı ve güvenilir yöntemdir (6). MRG'de intervertebral disklerde sinyal anormallikleri görülür (7). Disklerde ve komşu son-plaklarda T1-ağırlıklı kesitlerde sinyal azalması, T2-ağırlıklı kesitlerde sinyal artışı ve gadolinyum enjeksiyonu sonrası artmış tutulum saptanır (3). Olgumuzun direkt grafilerinde spondilodiskit bulguları yoktu, karakteristik MRG bulguları ile spondilodiskit tanısı konuldu.

Salazopyrin ve indometazin tedavisi ile hastanın kliniğinde düzelme oldu. Akut faz reaktanlarında düşme saptandı.

Bu olgu nedeniyle kronik bel ağrılarının ayırıcı tanısında akşiyal spondiloartropatinin, vertebra ve intervertebral disk lezyonlarında da AS'ye bağlı aseptik spondilodiskitin akılda tutulması gerektiğini vurgulamak istiyoruz.

Kaynaklar

1. Unsal E, Arici AM, Kavukcu S, Pirnar T. Andersson lesion: spondylitis erosiva in adolescents. Two cases and review of the literature. *Pediatr Radiol* 2002;32:183-7.
2. Rasker JJ, Prevo RL, Lanting PJ. Spondylodiscitis in ankylosing spondylitis, inflammation or trauma? A description of six cases. *Scand J Rheumatol* 1996;25:52-7.
3. Langlois S, Cedoz JP, Lohse A, Toussiro E, Wendling D. Aseptic discitis in patients with ankylosing spondylitis: a retrospective study of 14 cases. *Joint Bone Spine* 2005;72:248-53.
4. Kabasakal Y, Garrett SL, Calin A. The epidemiology of spondylodiscitis in ankylosing spondylitis-a controlled study. *Br J Rheumatol* 1996;35:660-3.
5. Nikolaisen C, Nossent H. Early histology in ankylosing spondylitis related spondylodiscitis supports its inflammatory origin. *Scand J Rheumatol* 2005;34:396-8.
6. Lim KL, Chaudhuri K, Johnston RA, Sturrock RD. Cervical spondylodiscitis in a patient with ankylosing spondylitis. *Br J Rheumatol* 1996;35:1034-6.
7. Hermann KG, Althoff CE, Schneider U, Zuhlsdorf S, Lembcke A, Hamm B, et al. Spinal changes in patients with spondyloarthritis: comparison of MR imaging and radiographic appearances. *Radiographics* 2005;25:559-69.