

FİZİKSEL TIP

PIYOJENİK SAKROİLİTLİ BİR OLGU SUNUMU

CASE REPORT: "PYOGENIC SACROILIITIS"

Ajda BAL MD*, Duygu YAZAR MD*, Ece AYDOĞ MD*, Bahri KEYİK MD**, İbrahim GÜNDOĞDU MD*, Canan ÇINAR MD*, Aytül ÇAKCI MD*

* SSK Ankara Eğitim Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği

** SSK Ankara Eğitim Hastanesi Radyoloji Bölümü

ÖZET

Nadir bir enfeksiyon olan piyojenik sakroileitte gebelik, travma, intravenöz ilaç bağımlılığı, cilt-kemik-üriner sistem enfeksiyonu ve endokardit predispozan faktörler olarak bildirilmektedir. Periferik eklemlerdeki septik artritlerin tersine sakroiliak eklemin enfeksiyonunu saptamak zordur ve tamı gecikebilir. Bir sakroileit olgusu ile karşılaştığımızda ayırıcı tanıda enflamasyon yanında spesifik ve spesifik olmayan enfeksiyonlar da düşünülmelidir. Tedavide spesifik etyolojik ajana yönelik antibiyotik uygulaması ve abse oluşan formlarda da cerrahi drenaj önerilmektedir.

Burada gebelik döneminde bel ve kalça ağrısı başlayan, doğum sonrası şikayetlerinin artarak devam etmesi nedeniyle polikliniğimize başvuran ve bir dizi tetkik ve ilaç uygulamaları sonrasında geç tanı alan bir piyojenik sakroileit olgusu sunulmuştur.

Anabtar kelimeler: Septik artrit, sakroiliak eklem, septik sakroileit, piyojenik sakroileit.

SUMMARY

Pyogenic infection of the sacro-iliac joint is uncommon. Pregnancy, trauma, intravenous drug usage, infections of the skin-musculoskeletal system-genitourinary tracts and endocarditis are the predisposing factors. In contrast to sepsis of peripheral joints, infection of the sacro-iliac joint may be difficult to detect and diagnosis may be delayed. In differential diagnosis of patients with sacroiliitis beside inflammation specific and nonspecific infections must be thought. Treatment includes antibiotic therapy against specific pathogen and if necessary surgical drainage for abscess formation.

Here we present a case who has low back and hip pain started at pregnancy period. Her symptoms got worse after delivery. She admitted to our hospital and after a number of examinations and therapy she was diagnosed as pyogenic sacroiliitis.

Key words: Septic arthritis, sacro-iliac joint, septic sacroiliitis, pyogenic sacroiliitis

GİRİŞ

Sakroiliak eklemin (SIE) piyojenik enfeksiyonu nadir görülen bir durumdur ve tüm septik artritlerin %1-2 sini oluşturmaktadır (1,2). Diğer bel ve kalça patolojilerine benzer bulguların varlığı, özgün direkt radyografik değişikliklerin ve enfeksiyon bulgularının olmaması durumunda piyojenik sakroileit tanısını koymak oldukça zordur (3).

Kan kültürü vakaların ancak % 40-50 sinde pozitif ve etkinin tespiti için sakroiliak eklem biopsisi gerekebilir (4,5). Magnetik rezonans görüntüleme (MRG) ve bilgisayarlı tomografi (BT) tanıda yardımcıdır (6,7,8).

OLGU

25 yaşında Elazığ'da yaşayan kadın hasta, şiddetli bel ve sağ

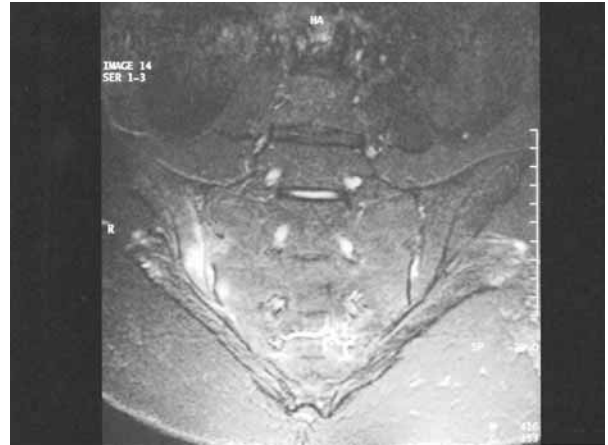
kalça ağrısına bağlı yürüyememe şikayetiyle polikliniğimize başvurdu.

Hamileliğinin ikinci ayında düşme sonrası bel ve sağ kalça ağrısı başlayan hastanın hamileliği boyunca bu bölgedeki istirahatle artan ağrıları devam etmiş. Beraberinde bir saat kadar süren sabah tutukluğu varmış. Doğum sonrası ağrısı giderek şiddetlenmiş ve hastayı yatağa bağımlı hale getirmiş. Kuvvet kaybı ve idrar inkontinansı olmamış. Bu nedenlerle hasta Elazığ'da iki ay hastaneye yatırılarak araştırılmış. O dönemde sedimentasyon hızı (ESH) değerleri 60-100 mm/saat arasında seyretmiş. İleri tetkik olarak yapılan Lomber MRG'de L4-5 aralığında sol nöral köke hafifçe bası yapan küçük disk protrüzyonu dışında bir patoloji tespit edilmemiş. Bilateral kalça MRG'si normal olarak değerlendirilmiş. SIE BT'si sağda daha belirgin olmak üzere bilateral SIE anteriorunda vakum fenol-

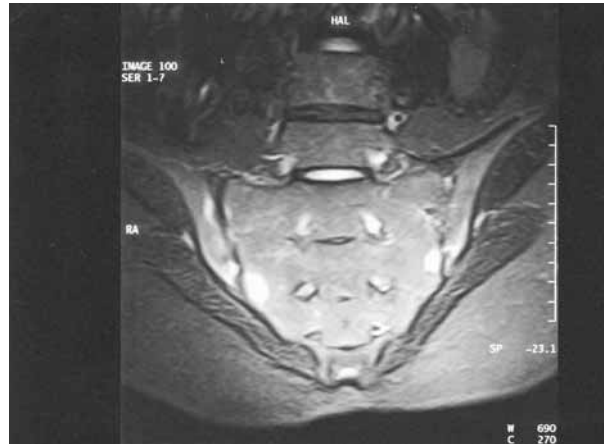
meni, her iki SIE superior anterior iliak yüzlerinde minimal osteofitik değişiklikler şeklinde yorumlanmış. Bu sonuçlar üzerine yapılan tüm vücut kemik sintigrafisi ise sağda daha fazla olmak üzere her iki SIE'de bariz osteoblastik aktivite artışı olarak değerlendirilmiş. Tüm bu verilerle hastada enflamatuvar sakroileit düşünülerek iki ay önce sülfosalazin, indometazin tedavisi başlanmış. Bu tedavilere rağmen klinik ve laboratuvar tablosunda düzelle olmayıp ilerleme olan hasta, ileri tetkik ve tedavi için polikliniğimize sevk edilmiş.

Hasta kliniğimize sedye ile getirildi ve immobilildi. Sorgulamasında ateş yoktu fakat gece terlemesi vardı; diare, gözle ilgili şikayetler, cilt döküntüsü yoktu. Beraberinde pastörize edilmemiş süt ve peynir tüketimi hikayesi mevcuttu. Fizik muayenesinde; ateş, organomegali, lenfadenopati gibi bulgular yoktu. Bel hareketleri ileri derecede ağrılı ve limitli olan hastanın sağda düz bacak kaldırma testi pozitif. Sağda SIE kompresyon testi ve SIE germe manevraları çok ağrılıydı. Kalça hareketleri açıldı ancak, sağ kalça hareketleri ile sağ SIE bölgesinde şiddetli ağrı oluşuyordu. Hastanın başka bir periferik eklem bulgusu ve nörolojik defisiti yoktu. Laboratuvarında; ESH 90mm/saat, C-reaktif protein (CRP) 71.4mg/dl, romatoid faktör (RF) ve HLA B27 negatif. Anemisi mevcut olan hastanın kan biyokimya tetkikleri alkalen fosfataz (ALP) yüksekliği (352 IU/L) dışında normaldi. Yapılan brusella wright aglütinasyon testi negatif bulundu ve PPD 4mm saptandı. İdrar tahlilinde bol lökosit ve bakteri görülmesi üzerine idrar kültürü yapıldı ve Klebsiella üredi. Bu sonuçlarla enflamatuvar sakroileit düşünülen hastaya almakta olduğu tedavi devam edildi ve üriner enfeksiyonu için de siprofloksasin başlandı. Sakroileitin daha ayrıntılı değerlendirilmesi için yapılan MRG'de sağ SIE anterior kesiminde eklem aralığında belirgin genişleme, subartiküler kemiklerde difüz ödem alanları, sol SIE anterior kesiminde minimal ödem mevcuttu. Sağ SIE aralığında ve subartiküler kemiklerde yoğun difüz kontrastlanma, ipsilateral, paraartiküler yumuşak dokularda minimal benzer türde kontrastlanmalar görüldü ancak abse görülmedi (Şekil 1a, 2a). Hastanın gitikçe artan ağrıları, laboratuvarında yükselen ESH, CRP, ALP düzeyleri, osteoblastik aktivite tespit edilen sintigrafisi, subkortikal kemiklerdeki yoğun kontrastlanmayı gösteren SIE MRG'si ve tedaviye cevapsızlığı göz önüne alınarak hastada enfeksiyöz sakroileit tanısı düşünüldü. Enfeksiyon Hastalıkları bölümü ile konsülte edilen hastaya enfeksiyon ajanını tespit etmek üzere CT eşliğinde SIE aspirasyon biyopsisi yapıldı. Alınan materyalin direk mikroskopisi normaldi ve kültürde üreme ol-

madı. Öncelikle spesifik enfeksiyöz sakroileit olabileceği düşünülerek brusella için Rose-bengal, 2-Merkaptoetanol, coombs aglütinasyon, kompleman fiksasyon testleri yapıldı ve bu testlerin sonuçları da negatif bulundu. Hastada tüberküloz (Tbc) yönünden de herhangi bir bulguya rastlanmadı. SIE MRG'sinde enfeksiyöz sakroileit bulguları olması, pastörize edilmemiş süt kullanımı hikayesi olması ve brusella için endemik bölgeden geliyor olması nedenleriyle hastada Brusella sakroileiti düşünüldü. Enfeksiyon hastalıkları bölümüyle görüşülerek streptomisin (1gr/gün), doksisisiklin (1000mg/gün) tedavisi başlandı. Üç haftalık tedaviden sonra streptomisin kesilerek rifampisin (600mg/gün) eklendi. İki aylık tedavi sonrası yeterli klinik ve laboratuvar cevabın alınmamış olması ve çekilen kontrol SIE MRG'de eskisi ile karşılaştırıldığında progresyon görülmesi üzerine teşhisi tekrar değerlendirmek için hastaya açık SIE biyopsisi yapıldı. Biyopsi sonucunda nonspesifik iltihabi değişiklikler tespit edildi, tbc ve malignite ekarte edil-



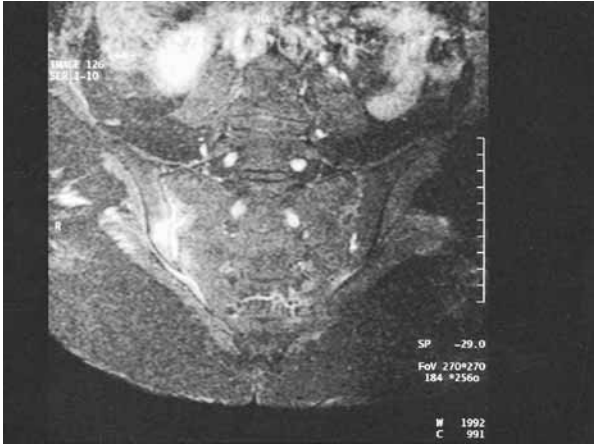
Şekil 1a: Yağ baskılamalı T2 ağırlıklı görüntülerde sağ SIE anterior inferior bölümünde genişleme, subartiküler kemiklerde ödematöz sinyal değişiklikleri görülmekte.



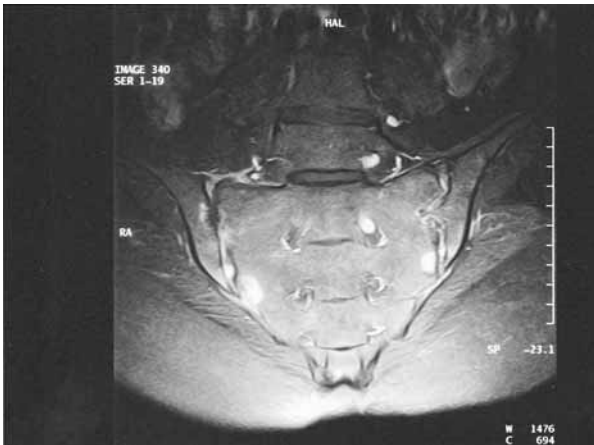
Şekil 1b: Tedavi sonrasındaki görüntüde ise eklem aralığının normal genişlikte olduğu ve subartiküler kemiklerdeki ödematöz sinyal değişikliklerinin reaktif ölçülerde gerilediği görülmüyor.

di. Kültürde üreme olmadı. Biyopsi materyalinden bakılan Tbc pcr negatifti. Bu sonuçlarla tanı tekrar gözden geçirildi ve piyojenik sakroileit olabileceği kararına varıldı. Vankomisin (1000mg/gün), seftriakson (2gr/gün) tedavisi başlandı. Bu tedavi ile hastada on gün gibi kısa bir süre içerisinde dramatik cevap alındı. Hasta bağımsız oturabilir ve yürüyebilir hale geldi. Laboratuvar parametreleri belirgin ölçüde düştü (ESH 24 mm/saat, CRP 5.3mg/dl). İki haftalık tedavisi sonrası lökopeni ortaya çıkması üzerine vankomisin ve seftriakson kesilerek oral fusidik asit (1500 mg/gün) başlanarak taburcu edildi.

Bir ay sonra kontrole gelen hastanın klinik ve laboratuvar iyilik hali devam ediyordu ancak kontrol MRG'sinde değişiklik yoktu. Hastanın fusidik asit tedavisi iki aya tamamlanınca kesildi. Üç ay sonra laboratuvar ve klinik olarak iyilik hali devam eden hastanın yeni SIE MRG'sinde lezyonlarda gerileme saptandı (Şekil 1b,2b).



Şekil 2a: Kontrast sonrası T1 ağırlıklı yağ baskılamalı görüntülerde eklem aralığında ve subartiküler kemiklerde kontrastlanma seçilmektedir.



Şekil 2b: Tedavi sonrasında eklem aralığının normal genişlikte olduğu ve kontrastlanmaların reaktif ölçülerde olduğu saptandı.

TARTIŞMA

Nadir bir enfeksiyon olan piyojenik sakroileitte gebelik, travma, intravenöz ilaç bağımlılığı, cilt-kemik-üriner sistem enfeksiyonu ve endokardit predispozan faktörler olarak bildirilmektedir (1,4,5,9,10,11,12). Bizim olgumuzda bu predispozan faktörlerden gebelik, travma ve üriner enfeksiyon bulunmaktaydı.

Genellikle hastaların ilk şikayeti tam olarak lokalize edilemeyen kalça ağrısıdır (9,10,13,14). Pelvisin omurgaya bağlı olarak oluşan herhangi bir hareketi SIE'e iletilir, bu nedenle kalça ve bele yansıyan ağrı çok şiddetli olup hastayı yatağa bağlar (9,10). Etkilenen tarafta düz bacak kaldırma testi de pozitifdir (1,2,10). Bunun nedeni eklem anteriorundan geçen ilk iki sakral sinir, obturator ve superior gluteal sinirlerin irritasyonudur. SI eklem kompresyon ve germe testleri pozitifdir ve SIE bölgesinde hassasiyet vardır (2,5,6). Bizim hastamızda da bu şikayetler ve fizik muayene bulguları mevcuttu.

Piyojenik sakroileit akut, subakut, kronik olarak karşımıza çıkabilir. Kronik dönemde piyojenik sakroileitte ateşin olmayışı ve düşük dereceli enfeksiyon tablosunun oluşu tanının kolaylıkla gözden kaçmasına neden olabilir (1,5,6,9,10). Bizim hastamız da öncelikle enflamatuvar sakroileit tanısı almış ve ona yönelik tedavi edilmiştir.

Piyojenik sakroileitlerde ESH hemen her zaman artmıştır. Enfeksiyonun nonspesifik bir göstergesi olan lökositozaya her zaman rastlanmayabilir (1,2,10). Anemi sıkça rastlanan bulgularındandır. Hastamızda anemi ve ESH yüksekliği mevcuttu.

Piyojenik sakroileit çoğunlukla unilateral olarak gözlenir ancak bilateral olan vakalar da bildirilmiştir (10). Primer enfeksiyöz ajan %80 oranında staphylococcus aureustur (1, 2, 5, 10, 13, 15, 16).

Enflamatuvar sakroileit ile enfeksiyöz sakroileitin MRG ile ayrımı her ikisinde de osteitis görünümü olması nedeniyle zordur (7,8). Ancak bizim vakamızda enflamatuvar sakroileitte sınırlı olan kontrast tutulumdan daha yaygın, difüz ve paraartiküler dokulara da uzanan kontrastlanma mevcuttu.

Enfeksiyöz sakroileitlerde kan kültürü %40-50 vakada pozitifdir (4,5). SI eklem aspirasyon biyopsisi ya da açık biyopsi tanıda önemlidir. Ancak enfeksiyöz ajanı tespit etmek her zaman mümkün değildir (1). Bizim olgumuzda enfeksiyon ajanını tespit için alınan materyallerde sonuç negatifti. Bunun nedeni

hastaya üriner enfeksiyonu için kullanılan antibiyotik tedavisi olabilir.

Piyojenik sakroileitler ile spesifik enfeksiyöz (tbc, brusella) sakroileitlerin ayırımı yapmak etken ajan tespit edilemediği zaman son derece zordur. MRG 'de yaygın kemik ödemi ve yumuşak dokularda belirgin kontrastlanma olması, çiğ süt ve peynir tüketimi hikayesi, brusellanın sık olduğu bir coğrafi bölgeden gelmesi, sulfasalazin ve antienflamatuar tedaviye rağmen şikayetlerinin artması göz önüne alındığında tanı öncelikle brusella sakroileiti olarak kabul edildi.

Brusella tedavisine iki aylık sürede beklenen cevabın alınmaması nedeniyle açık biyopsi yapılarak tbc ve malignite ekarte edildikten sonra hastada kronik piyojenik sakroileit olabileceği düşünüldü. Buna yönelik yapılan antibiyotik tedavisine dramatik cevabın alınmasıyla tanı doğrulandı. Düzemenin klinik ve laboratuardan daha geç MRG'ye yansıdığı tespit edildi.

Hastada ateş ve lökositozun olmaması, sakroileitin bilateral olması, enfeksiyöz ajanın tespit edilememesi nedenleri tanıda gecikmeye yol açmıştır.

Sonuç olarak piyojenik sakroileit tanısı koymak her zaman kolay değildir. Sakroileit kliniği olan ve tedaviye yeterli cevabın alınmadığı hastalarda piyojenik sakroileit de akla gelmeli ve bu yönde incelenmelidir. Bir sakroileit tablosu ile karşılaşıldığında enflamatuar sakroileit, tbc ve brusella gibi spesifik enfeksiyonlara bağlı sakroileit, malignite ve bunların yanında kronik şekilleri ile piyojenik sakroileit de ayırıcı tanıda yer almalıdır. Enfeksiyöz sakroileitlerde alınan materyallerden etken ajanın tespit edilmesi kolay olmayabilir, bu nedenle spesifik enfeksiyöz sakroileitle piyojenik sakroileit karışabilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Karen M. Linnet, Lise Gammelgaard, Mona Johansen et al. Bilateral pyogenic sacroiliitis following uncomplicated pregnancy and labor. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1996; 75: 950-955.
2. B.F Hodgson et al. Pyogenic Sacroiliac joint infection. *Clinical Orthopedics and Related research* 1989; 246: 146-149.
3. Attarian DE. Septic sacroiliitis: the overlooked diagnosis. *J South Assoc.* 2001 Spring; 10(1):57-60.
4. Almoujahed MO, Khatip R, Baran J. Pregnancy-associated pyogenic sacroiliitis: case report and review. *Infect Dis Obstet Gynecol.* 2003;11(1):53-7.
5. Bernard Zimmerman III, Dennis J. Micolich, Edward V. Lally. Septic Sacroiliitis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 1996; 26(3): 592-604.
6. S W Kadir, M E C Jeurissen, M J A M Franssen. Two young girls with pyogenic sacroiliitis. *Ann Rheum Dis.* 2004;63:1353-1354.
7. Sturzenbecher A, Braun J, Paris S, et al. MR imaging of sacroiliitis. *Skeletal Radiol.* 2000 Aug;29(8):439-46.
8. Braun J, Sieper J, Bollow M. Imaging of sacroiliitis. *Clin Rheumatol.* 2000;19(1):51-57.
9. Robert S. Egerman, M.D, William C. Mabie et al. Sacroiliitis associated with pyelonephritis in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology* 1995; 85(5): 834-835.
10. James J. Vyskocil, M.D, Michael A. McIlroy et al. Pyogenic infection of the sacroiliac joint. *Medicine* 1991; 70(3): 188-197.
11. Stephen M. Cohn, M.D., David J. Schoetz. Pyogenic Sacroiliitis. Another imitator of the acute abdomen. *Surgery* 1986; 100(1): 95-97.
12. M. Jedwab, S. Ovadia, M. Dan. Pyogenic sacroiliitis in pregnancy. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 1999; 65: 303-304.
13. G.T. Abbott, BSC, MRCP(I). Pyogenic sacroiliitis, the missed diagnosis?. *The British Journal of Rheumatology* 1993; 66(782): 120-122.
14. Robert A. Mayer, Jonnes E. Bross, Thomas M. Hamington. Pyogenic sacroiliitis in a Rural population. *The Journal of Rheumatology* 1990; 17 (10): 1364-1368.
15. M.D.G Sharehan, C.E. Ackroyd. Pyogenic infection of the sacroiliac joint. *Bone and Joint Surgery* 1986; 605-608.
16. Ingrid McGaughey. Pyogenic infection of the sacroiliac joint. *Aust. N.Z.J. Surg* 1996; 66: 282-286.

Yazışma Adresi

Ajda BAL

İnönü mah. 4. cad. Kent Birlik sitesi 10. blok no:1

Batıkent/Ankara E-posta: ajdabal@yahoo.com

Telefon: 0312 3170505-1706 • 0312 2514274 • 0532 6066122