

НЕСПЕЦИФИЧНИ СПОНДИЛИТИС ТОРАКАЛНЕ КИЧМЕ – ПРИКАЗ БОЛЕСНИКА

Слађан ТИМОТИЈЕВИЋ¹, Војислав БАСАРА², Зоран ВУКАШИНОВИЋ²,
Петар ЈОВАНОВИЋ⁴, Љиљана ТИМОТИЈЕВИЋ³

¹Ортопедска клиника, Медицински факултет, Косовска Митровица;

²Институт за ортопедско-хируршке болести „Бањица”, Београд;

³Градски завод за заштиту од плућних болести и туберкулозе, Београд;

⁴Хируршка клиника, Медицински факултет, Косовска Митровица

КРАТАК САДРЖАЈ

Увод Спондилитис (*spondylitis*) је ретка инфекција костију и зглобова. Ток болести одликује дуга анамнеза. Врло често спондилитис се тешко правовремено препознаје, а због шаренолике клиничке слике, неретко наводи лекара на помисао о другим обољењима организма.

Приказ болесника У раду је приказан 59-годишњи мушкарац оболео од спондилитиса торакалне кичме код којег је спондилитис претходно лечен као тромбоемболија плућа и перикардитис. Тек после неуролошког испада (параплегије) и прегледа ортопеда, дијагностикован је спондилитис торакалне кичме, те је болесник упућен на хируршко лечење.

Закључак Лечење спондилитиса подразумева операцију, примену антибиотских лекова и симптоматску терапију. Веома су чести неуролошки испади, па је лечење дуго и неизвесно.

Кључне речи: спондилитис; параплегија; лечење

УВОД

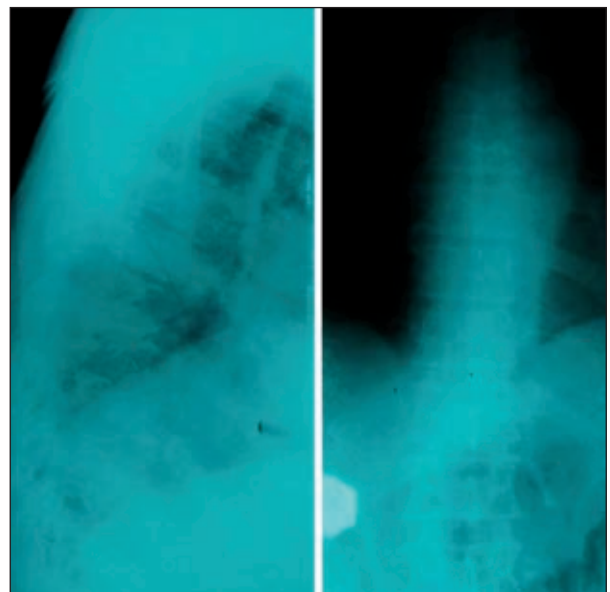
Инфекције кичменог стуба су релативно ретке. Њихова учесталост је један оболели на 120.000-250.000 становника. Учесталост је већа на подручјима са становништвом мање опште и здравствене културе, као и код недовољно ухрањених особа, мада данас, због све веће примене кортикопрепарата и ширења имунодефицијентних болести (*HIV*), то више није пратило [1-3].

Инфекција се шири артеријски и венски. Код деце остеомијелитички процеси су чешћи у метафизама дугих костију, док су код одраслих особа чешћи на телима пршљенова кичменог стуба [4]. Важно је нагласити да су запаљењски процеси на кичменом стубу спорог тока и често неуверљиве клиничке слике. Такође, без обзира на то да ли је узрочник спондилитиса неспецифична или специфична бактерија, често имају сличну клиничку и радиолошку слику. Због тога је дијагностиковање болести тешко, па код већине оболелих особа протекне доста времена од почетка болести до постављања тачне дијагнозе [5, 6].

ПРИКАЗ БОЛЕСНИКА

Болесник стар 59 година, факултетски образован, вишестепени страствени пушач (неколико кутија цигарета дневно) и лечени алкохоличар, примљен је на болничко лечење због болова у грудном кошу и одузетости доњих екстремитета. Из анамнезе се сазнало да је прве тегобе у грудном кошу осетио шест месеци раније. Поред болова, често је имао сув кашаљ,

а ноћу повишену телесну температуру, уз општу малксалост организма, губитак апетита и телесне тежине. Два месеца пре пријема у Специјалну ортопедско-хируршку болницу „Децедра” у Београду болнички је лечен у другој здравственој установи због сличних тегоба и под дијагнозом тромбоемболије плућа. Сцинтиграм плућа је, међутим, указао на то да није реч о тромбоемболији плућа, те је болесник, после прегледа код кардиолога, наставио лечење у истој здравственој установи наредна два месеца, али са дијагнозом пери-



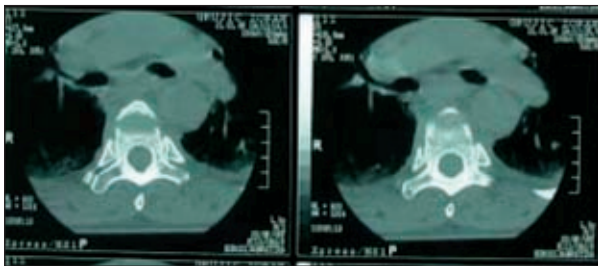
СЛИКА 1. Радиограм торакалне кичме (AP и L снимак), са патолошким променама на Т6 и Т7.

FIGURE 1. Thoracic spine X-ray (AP and L direction), with pathological changes on T6 and T7.

кардитиса. Дан после отпуста из здравствене установе, због наглог погоршања здравственог стања у виду израженог осећаја гушења и бола у грудима, дошло је до одузетости доњих екстремитета. Болесника су у кућним условима прегледали кардиолог и неуролог, и преписали му симптоматску терапију. Истога дана болесника је прегледао и ортопед, који је установио гибус регије Т6 и Т7, те је постављена индикација за радиографисање торакалне кичме.

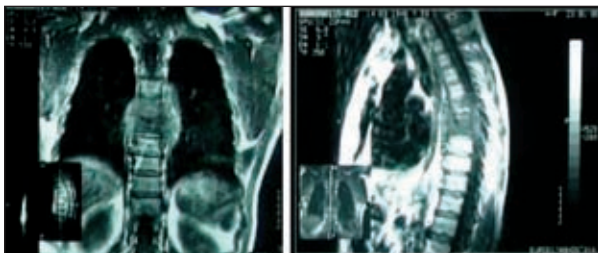
Радиографско испитивање је такође урађено у кућним условима (Слика 1), а налази су потврдили сумњу лекара на могући патолошки процес на торакалним пршљеновима. Истовремено су урађене и основне лабораторијске претраге ($SE\ 81$, $WBC\ 16,7 \times 10^9/l$, урин без особености). Уследило је болничко лечење болесника под радном дијагнозом *Spondylitis T6 et T7*. По пријему у болницу обављена су испитивања регије Т6 и Т7 компјутеризованом томографијом (Слика 2), а потом и испитивања грудног коша магнетном резонанцијом (Слика 3) и сцинтиграфија скелета (Слика 4). Лечење је настављено применом антибиотских лекова (цефалоспорини треће генерације и аминогликозиди), антидемотозне и симптоматске терапије.

Наведеним дијагностичким поступцима потврђена је сумња на спондилитис регије Т6 и Т7, па је, због параплегије, позитивног знака Бабинског с обе стране, клонуса стопала и пателе, болесник хитно подвргнут преоперационој припреми. Током припреме, због изразито високих вредности *D*-димера (1170), консултовани су хематолог и кардиолог, а због немогућности катетеризације мокраћне бешике, консултован је уролог. После ултразвучног прегледа простате (тешке 166 грама), постављен је цистофикс (Слика 5).



СЛИКА 2. СТ снимак Т6 и Т7 са знацима патолошког процеса тела пршљена.

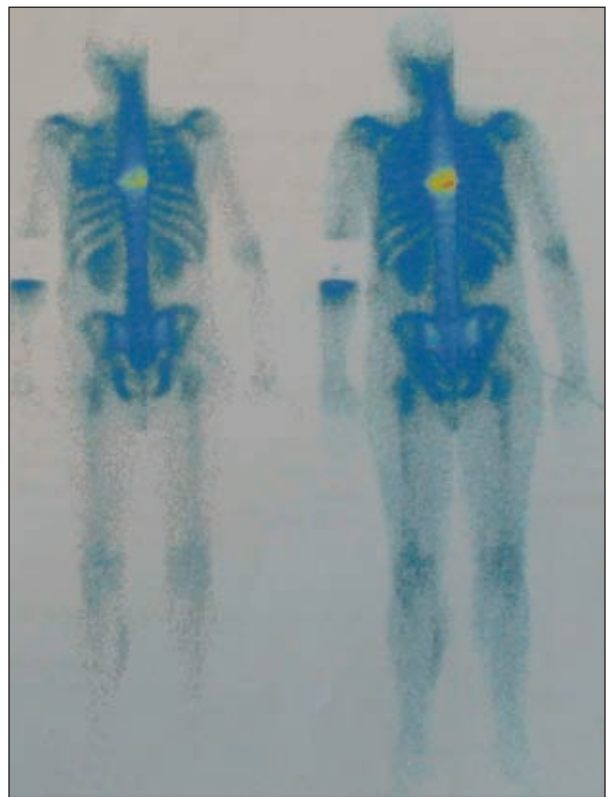
FIGURE 2. CT scan of T6 and T7 with signs of pathological process of body of vertebra.



СЛИКА 3. Налаз магнетне резонанције торакалне кичме са знацима патолошког процеса на Т6 и Т7.

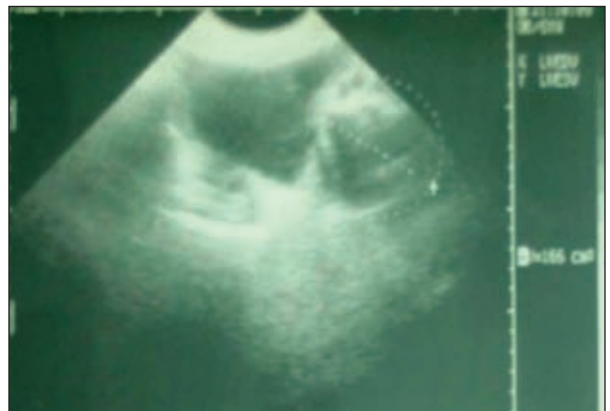
FIGURE 3. Magnetic resonance imaging of thoracic spine with signs of pathological process on T6 and T7.

Због изражене деструкције костију и велике периспиналне колекције детритуса око Т6 и Т7, посумњало се на процес специфичне етиологије. Консултован је пнеумофтизиолог, који је, после клиничког прегледа и радиографије грудног коша (Слика 6), искључио туберкулозу плућа. Одлучено је да се препишу анти-туберкулозици (рифамор, изониазид, пиразинамид и етамбутол) на дан операције. Обављени су и консултативни прегледи код неурохирурга и неуролога, када је коначно потврђена спастична параплегија са релативно добро очуваним сензитивним осећајем доњих екстремитета.



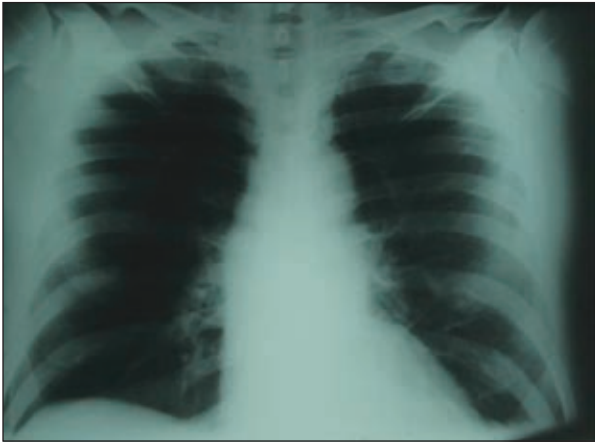
СЛИКА 4. Сцинтиграм скелета где се јасно види накупљање радиофарматика у регији Т6 и Т7.

FIGURE 4. Scintigram of skeleton with clear collection of radiopharmaceuticals in region of T6 and T7.



СЛИКА 5. Ултразвучни налаз простате.

FIGURE 5. Ultrasound of prostate.



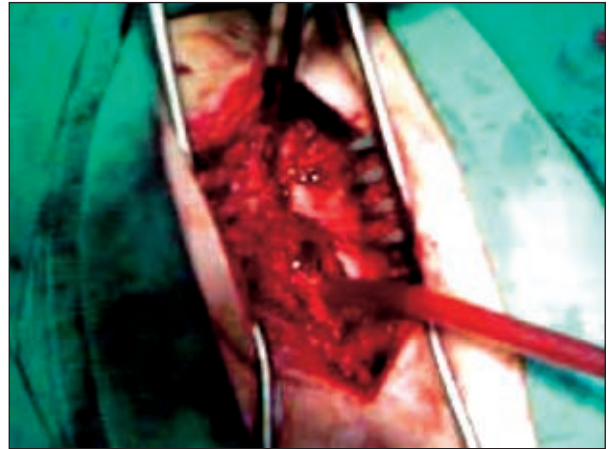
СЛИКА 6. Радиограм грудног коша.
FIGURE 6. Chest X-ray.

Трећег дана болничког лечења болесник је оперисан у општој ендотрахеалној анестезији. Ради декомпресије медуле спиналис, после костотрансверзектомије Т6 и Т7, урађене су хемиламинектомија Т7 (Слика 7) и евакуација параспиналног детритуса који је личио на казеозну масу. Узети брисеви послати су на микробиолошки преглед и цитолошке анализе, а материјал узет са промењеног тела шестог и седмог пршљена за хистопатолошко испитивање.

Током лечења у терапију су, поред антитуберкулолика, антибиотика и антиедематозне терапије, препиране и антикоагулантна терапија фраксарином, имобилизација гипсаним мидером и симптоматска терапија. Због отежане перисталтике и опстипације, консултован је гастроентеролог. Другог дана од операције, приликом уклањања дренаже, примећен је гнојни садржај, који је послат на микробиолошки преглед. Следећег дана достављен је прелиминарни микробиолошки извештај материјала узетог током операције из жаришта инфекције, а налаз је гласио: „стерилно”. Цитолошки налаз је указао на пурулентни процес. Затим је започета интензивна рехабилитациона терапија код физиотерапеута.

Закључак хистопатолошког налаза, који је достављен десетог дана од операције и који је прегледао конзилијум од четири патолога, био је „спондилитис Т6 и Т7”, али највероватније неспецифичне природе. Такође, патолози су били децидни у тврдњи да сигурно није у питању тумор, нити метастатски процес. Истога дана достављен је и микробиолошки налаз, чији материјал је узет приликом скидања дрена, с извештајем да су нађене бактерије *Klebsiella* и *Enterococcus sppeties*. Одмах су примењени антибиотски лекови према антибиограму. Вредности антигена специфичног за простату (PSA) биле су нормалне, али је ипак консултован уролог, те је цистофикс остављен до коначног решавања хипертрофије простате.

Дванаестог дана од операције дошло је до дехисценције оперативне ране, узет је брис са ње, урађен дебридман и започето превијање ране двапут дневно. После три дана нови микробиолошки налаз бриса



СЛИКА 7. Хемиламинектомија Т7.
FIGURE 7. Hemilaminectomy T7.

ране показао је да су изоловане *Escherichia coli* и *Pseudomonas aeruginosa*, те је ревидирана антибиотска терапија новим антибиотцима према антибиограму. Вредности лабораторијских параметара (изузев SE: 82 mm/h) биле су у границама нормале.

Одговор болесника на преписану терапију био је добар, па је после два узастопна стерилна микробиолошка налаза бриса оперативне ране урађено секундарно затварање ране. Болесник је затим пуштен на кућно лечење уз поштовање следеће терапије: четири антитуберкулолика у прва два месеца, а потом у наредних шест месеци два антитуберкулолика (рифамор и изониазид), антибиотик (ципроцинал), мидер, антикоагулантна терапија (таблете фарина на основу вредности ИНР), симптоматска терапија и интензивна физикална терапија у кућним условима. Три месеца после операције спондилитиса торакалне кичме урађена је аденомектомија простате. Четвртог месеца од почетка лечења дошло је до видљивог покретања стопала. Десетог месеца од почетка лечења болесник је ходао помоћу ходалице.

ДИСКУСИЈА

Пејн (*Payne*) и Јанг (*Yang*) [1] и Вајнстин (*Weinstein*) и Ајзмонт (*Eismont*) [7] у својим радовима наводе да је преваленција спондилитиса кичменог стуба највећа код сиромашних људи, бескућника, старих људи, болесника с хроничним обољењима бубрега, особа које пате од шећерне болести, болесника који се лече кортикопрепаратима, особа са карциномом терминалног стадијума, особа заражених са *HIV* и сл. У нашем раду приказан је случај добро ситуираног и образованог човека који је дугогодишњи страствени пушач и лечени алкохоличар.

Вотс (*Watts*) и Лифесо (*Lifeso*) [5] и Кериц (*Carraige*) [8] у својим радовима наводе да је диференцијална дијагноза између туберкулозног спондилитиса и пурулентног спондилитиса тешка, да дијагностиковање спондилитиса кичменог стуба треба заснивати

на детаљној анамнези, скинтиграфији скелета, компјутеризованој томографији, магнетној резонанцији и хистопатологији. Кериц [8] такође наводи да је од укупно 111 болнички лечених и испитаних болесника код 13 доказано, а да се код 21 испитаника сумњало да је разлог спондилитиса био у дисеминацији уринске инфекције. Код нашег болесника дијагностикована је хипертрофична простата, која је касније хируршки одстрањена.

Вотс и Лифесо [5] такође наводе да, чак и ако туберкулозни спондилитис није доказан, а сумња се да постоји, током хируршког захвата као меру превенције треба дати антитуберкулотике, како би се спречила дисеминација процеса. Код нашег испитаника није доказан туберкулозни спондилитис, али су, због изражене деструкције кости и параспиналне детритусне масе око Т6 и Т7, као и налаза казеозне масе евакуисане током операције, која није својствена пиогеним спондилитисима, примењени антитуберкулотизи.

Вотс и Лифесо [5] и Фрејзер (*Frazier*) и сарадници [6] у својим радовима наводе костотрансверсектомију као могући избор приступа жаришту инфекције како би се евакуисао гној и декомпресију кичмене мождине хемиламинектомијом. Код нашег болесника су управо примењене костотрансверсектомија и хемиламинектомија Т7, док је кичмени стуб стабилизован гипсаном мидером.

На основу случаја болесника који је приказан може се закључити да су потпуна анамнеза и детаљан клинички преглед болесника постулат постављања радне дијагнозе, на основу које се она касније, помоћу доступних дијагностичких поступака, доказује, а болесник адекватно лечи. Дијагностиковање спондилитиса кичменог стуба мора бити правовремено, како би се спречили могући неуролошки испади, будући да хируршко лечење не гарантује брз и потпун успех.

ЛИТЕРАТУРА

1. Payne K, Yang J. Osteoarticular tuberculosis: a case report and discussion. *CMAJ* 2002; 166(5):628-30.
2. Simić PV. Bolesti kičme. Beograd: I. P. Obeležja, Biblioteka Hipokrat; 1999. p.505-589.
3. Lešić A, Bajin Z, Bumbaširević M. Koštanoglozna tuberkuloza. *Acta Orthopaedica Iugoslavica* 2002; 33(1-2):21-6.
4. McCarthy JJ, Dormans JB, Kozin SH, Pizzutillo PD. Musculoskeletal infections in children: basic treatment principles and recent advancements. *J Bone Joint Surg Am* 2004; 86:850-63.
5. Watts HG, Lifeso RM. Current concepts review – tuberculosis of bones and joints. *J Bone Joint Surg* 1996; 78:288-99.
6. Frazier DD, Campbell DR, Garvey TA, Wiesel S, Bohlman HH, Eismont FJ. Fungal infection of the spine. Report of eleven patients with long-term follow-up. *J Bone Joint Surg Am* 2001; 83:560-5.
7. Weinstein MA, Eismont FJ. Infections of the spine in patients with human immunodeficiency virus. *J Bone Joint Surg Am* 2005; 87:604-9.
8. Carragee EJ. Pyogenic vertebral osteomyelitis. *J Bone Joint Surg* 1997; 79:874-80.

SPONDYLITIS OF THORACIC SPINE – CASE REPORT

Sladjan TIMOTIJEVIĆ¹, Vojislav BASARA², Zoran VUKAŠINOVIĆ², Petar JOVANOVIĆ⁴, Ljiljana TIMOTIJEVIĆ³

¹Orthopaedic Clinic, School of Medicine, Kosovska Mitrovica; ²Institute of Orthopaedic Surgery "Banjica", Belgrade;

³Municipal Institute for Lung Disease and Protection Against Tuberculosis, Belgrade;

⁴Surgical Clinic, School of Medicine, Kosovska Mitrovica

INTRODUCTION Spondylitis is a rare bone and joint infection. It is a disease with long clinical history. Often, it is difficult to recognise symptoms at a proper time, and, due to the complex clinical outcome of spondylitis, a clinician may think about other problems in the body.

CASE OUTLINE A case report of a 59-year-old male patient with thoracic spine spondylitis is presented, formerly treated as pulmonary thromboembolism with pericarditis. Only after neurological disorder such as paraplegia and orthopaedic consultative examination, real diagnosis was established. After that, the patient was hospitalized and operated on.

CONCLUSION A therapeutic approach to spondylitis is based on surgery, antibiotic drugs and symptomatic therapy. Due to the frequent occurrence of neurologic disorders, therapy could be prolonged and uncertain.

Key words: spondylitis of thoracic spine; paraplegia; treatment

Sladjan TIMOTIJEVIĆ
Meštrovićeva 23/17, 11000 Beograd
Tel.: 011 309 8004
E-mail: sladjant@ptt.yu