

Spinal tüberkülozda (Pott Hastalığı) multimodal analjezi

Multimodal analgesia in spinal tuberculosis (Pott's disease)

Eyigör C¹ Pirim A² Çağırın E¹ Uyar M¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

²Özel Kent Çiğli Hastanesi, İzmir, Türkiye

Özet

Spinal tüberküloz (Pott Hastalığı) bel ağrısının nadir fakat morbidite oranı yüksek nedenlerinden biridir. Hastalarda hem somatik hem de nöropatik nitelikte şiddetli ağrı oluşabilir. 70 yaşında, kadın hasta, 4 yıl önce Pott Hastalığı tanısı konulmuş ve opere edilmiş, şiddetli ağrı şikayeti (VAS=10/10) ile kliniğimize başvurdu. MRG'de T7-T8 omurlarında şiddetli yıkım, çökme ve sinir basısı mevcuttu. Hasta aynı nedenle 2 kez opere edilmişti. 100 mgr TTS fentanil, 400 mg/gün tramadol ve 4 gr/gün parasetamol kullanımına rağmen yeterli ağrı kontrolü sağlanamayan hastaya, 2x75 mg/gün pregabalın başlandı ve etkin doz olan 2x150 mg/gün'e çıkıldı. Hastanın 18. ay kontrolünde, 300 mg/gün pregabalın, 25 mgr fentanil TTS, 200 mg/gün tramadol, 2 gr parasetamol tedavisiyle hafif ağrısının (VAS: 2/10) olduğu, yürüteç yardımıyla yürüyebildiği ve günlük işlerini kısmen yapabildiği saptandı. Olgumuz, Pott Hastalığı'nda multimodal analjezide pregabalinin kullanıldığı ilk olgu özelliğindedir.

Anahtar Sözcükler: Spinal tüberküloz, multimodal analjezi, pregabalın.

Summary

Spinal tuberculosis (Pott's disease) is one of the causes for the low back pain that is rare but has high morbidity rate. Patients may have both somatic and neuropathic severe pain. A female patient aged 70-year who had been diagnosed and operated with Pott's disease 4 years ago presented to our outpatient clinic with a complaint of severe pain (VAS=10/10). A MRI scan revealed a severe destruction at the level of T7-T8 spines with neural compression and collapse. The patient had undergone surgery twice for the same reason. Because of gr TTS fentanyl, tramadole 400µinadequate pain control despite the use of 100 mg/day and paracetamol 4 g/day, she was started pregabalın twice daily, and thereafter the dose was up-titrated to 150 mg twice daily, the effective dose. In the month 18 follow-up visit, she had mild pain (VAS: 2/10), could walk with the aid of a walker and perform her daily activities partially with pregabalın g, tramadole 200 mg/day, paracetamol 2 g daily. Ourµ300 mg/day, fentanyl TTS 25 case is the first one for treatment whom pregabalın was used as part of a multimodal analgesia in the treatment of Pott's disease.

Key Words: Spinal tuberculosis, multimodal analgesia, pregabalın.

Giriş

Tüberkülozun akciğer yerleşiminin dışında, ikinci en sık gözleendiği sistem, iskelet sistemidir ve tüberkülozlu hastaların %3-5'inde kemik tutuluşu vardır (1). Bu hastaların yaklaşık yarısında omurga tutulumu gözlenmektedir (2). Pott Hastalığı bel ağrısının nadir fakat morbidite oranı yüksek nedenlerinden biridir. Hastalığın başlangıcının sinsi olması, radyolojik bulgularının yavaş gelişmesi ve özgün semptomlarının olmaması nedeniyle tanısı gecikmektedir (3).

Erken ve geç nörolojik bulguları mevcuttur ve erken nörolojik bulgular antitüberküloz tedavi ile kaybolabilse de geç dönemde gelişen nörolojik olaylar ise çoğunlukla geri dönüşümsüzdür (4). Hastalığın dura matere yayılması veya çöken kemiğin sinir kökleri ve omuriliğe bası yapması sonucu şiddetli ağrı ve motor kayıp sıklıkla gözlenmektedir (1,5). Hastalarda hem somatik hem de nöropatik nitelikte şiddetli ağrı oluşabilir. Bu hastalarda nöropatik ağrının nedeni, enfeksiyonun nöral yapılardaki invazyonu, uygulanan cerrahi tedavi ve kullanılan antitüberküloz tedavidir. Ağrı tedavisi genellikle zordur ve multimodal analjezi uygulamasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Yazışma Adresi: Can EYİGÖR

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Makalenin Geliş Tarihi: 01.04.2010 Kabul Tarihi: 26.04.2010

Olgu

Dört yıl önce Pott Hastalığı tanısı konmuş, 70 yaşında, 85 kilo, kadın hasta, şiddetli ağrı (VAS: 10/10) şikayeti ile kliniğimize yatırıldı. Tanı sonrası bir yıl süreyle antitüberküloz tedavisi uygulanan hastanın ciddi paraparezisi mevcuttu. Şiddetli ağrı ve motor defisit nedeniyle yatağa bağımlıydı. Dorsal-Lomber MRG incelemesinde T7 ve T8 vertebralarında şiddetli destrüksiyon, çökme ve sinir basısı görülen hastanın, daha önce aynı nedenle 2 kez operasyonu mevcuttu. Düzensiz analjezik kullanımı olan hastaya kombine olarak 4 gr parasetamol, non-steroid antiinflamatuar (NSAİ) ilaç, tramadol 2x200 mg ile medikal tedavi başlandı. Yeterli analjezi sağlanamayan hastaya, doz yavaşça artırılarak fentanil TTS 100 µgr eklendi. Kısmi ağrı kontrolü sağlanan hastada opioide bağlı bulantı ve kusma gözlemlendi. Anti-emetik ajanlarla yan etki kontrolü sağlandıktan sonra ağrısının azalmasıyla birlikte hastanın hareketliliğinde düzelleme görülmesine rağmen, özellikle geceleri artan ağrılarında değişiklik gözlenmesi üzerine hastaya pregabalin başlandı. 2x150 mg pregabalin dozuyla birlikte hastanın analjezik ihtiyacında belirgin azalma sağlandı. Ağrı kontrolü sağlanan, uykusu düzenli hale gelen, destekli olarak mobilize edilen ve rehabilitasyona uyumu kolaylaşan hasta taburcu edildi. Hastanın 18. ay kontrolünde, 300 mg pregabalin, 25 µgr fentanil TTS, 200 mg tramadol ve 2 gr parasetamol analjezik tedavisiyle hafif ağrısının (VAS: 2/10) olduğu, yürüteç yardımıyla yürüyebildiği ve günlük işlerini kısmen yapabildiği saptandı.

Tartışma

Omurga tüberkülozdan en sık etkilenen kemik bölgesidir. Kemik tutulumu olan olguların % 50'sini oluşturur. Alt torakal ve üst lomber vertebralar en fazla etkilenir. Birinci lomber vertebra en sık tutulan vertebradır (6). Pott Hastalığı vertebraların tutulumuna göre klasik olarak dört gruba ayrılır. Servikal ve sakral tutulum çok daha az görülür. Atipik olarak tek vertebra tutulumu, farklı seviyelerde tutulum (%4), posterior elemanların tutulumu (%2-10) ve omurlararası diskin korunması görülebilir (6,7). Klinik pratikte en sık olarak paradiskal tutulum gözlenmektedir. Spinal tüberkülozun tanısında klinik ve radyolojik bulgular temel alınır (8). En sık gözlenen klinik bulguları bel ağrısı, paraspinal kas spazmı ve özellikle hastalığın ileri safhalarında kemik kaybıyla birlikte gözlenen kifozdur. Bizim olgumuzda ileri safha bulguları olan kemik kaybı ve kifoz mevcuttu.

Hastalığın ilk evrelerinde iskelet sisteminin tutulumuna bağlı olarak genellikle keskin, batan ve oyulur tarzda somatik ağrı ön plandadır. Ağrı özellikle günlük etkinliklerle artmakta ve dinlenmekle azalmaktadır. Bizim

hastamızda da somatik ağrı özellikleri mevcuttu ve en günlük temel ihtiyaçlarını dahi şiddetli ağrı nedeniyle yapamıyordu. Hastalığın ileri evrelerinde ise sinir dokusu infiltrasyonu ve basısı nedeniyle nöropatik ağrı da bulgulara eklenmektedir. Nöropatik ağrı yanıcı, elektrik çarpar tarzdadır. Genellikle gece daha şiddetlenir ve basit analjeziklere zayıf yanıt verir (9). Nöropatik ağrıda, bulgularının daha az spesifik olması ve klinisyenler tarafından daha az tanınması nedeniyle tanı, zor ve gecikmiş olarak konmaktadır. Nöropatik ağrı tedavisinde konvansiyonel analjeziklerle birlikte adjuvan analjeziklerin de kullanılması gereklidir. En sık kullanılan ajanlar antidepresan ve antikonvülzandır (10,11). Bizim olgumuzda da hastalığın ilk evrelerinde iskelet sisteminin tutulumuna bağlı somatik ağrılar ön plandaydı. Hasta kemik destrüksiyonuna bağlı olarak aynı nedenle iki kez opere edilmişti. Ancak şiddetli ağrılarına rağmen düzensiz ve yetersiz ağrı tedavisi mevcuttu. Hastaya Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) analjezik basamak sistemine göre düzenli ağrı tedavisi uygulandı (12). Kanser dışı ağrısı bulunmasına rağmen, hastanın şiddetli ağrılarının devam etmesi nedeniyle yüksek doz kuvvetli opioid kullanımına ihtiyaç duyuldu. Kısmi ağrı azalması sağlanan hastanın opioid kullanımına bağlı yan etkiler gözlenmesi nedeniyle opioid dozları daha fazla arttırılmadı.

Daha sonra tedaviye antikonvülzan ajan olan pregabalin eklendi. Pregabalin voltaj-kapılı kalsiyum kanallarının $\alpha 2\text{-}\delta$ subünitesine bağlanarak, glutamat, norepinefrin ve substans P salınımını azaltır. Yeni nesil antikonvülzan ajandır ve göreceli düşük yan etki profiline sahiptir. Doz titrasyonu kolay ve hızlıdır. Bu nedenle kolay tolere edilir ve etkin analjezik dozlara hızla çıkılabilir (13,14).

Hastamızda da ilk haftadan itibaren ağrısında anlamlı azalma saptandı ve hızla etkin doz olan 300 mg/gün'e çıkıldı. Adjuvan analjezik kullanımıyla ağrıda azalmanın sağlanmasının en önemli klinik yararlarından biri de kullanılan opioid dozlarında belirgin azalmadır. Dolayısıyla opioid kullanımına bağlı gözlenen bulantı-kusma, kaşınma ve kabızlık gibi en sık gözlenen ve yaşam kalitesinde ciddi bozulmaya yol açan yan etkiler de önlenilebilir. Bu nedenle özellikle hem somatik hem de nöropatik ağrıya neden olabilen klinik durumlarda multimodal analjezik tedavi göz önünde tutulmalıdır.

Sonuçta, Pott Hastalığı nedeniyle şiddetli nöropatik ağrısı olan hastada, konvansiyonel analjeziklerle birlikte pregabalinin kombine edildiği, multimodal analjezik uygulaması ile ağrının azaldığı ve klinik semptomların düzeldiği gözlenmiştir. Olgumuz, Pott Hastalığında pregabalinin kombine tedavi ile kullanıldığı literatürdeki ilk olgudur.

Kaynaklar

1. Cormican L, Hammal R, Messenger J, Milburn HJ. Current difficulties in the diagnosis and management of spinal tuberculosis. *Postgrad Med J.* 2006;82:46-51.
2. Rezaei AR, Lee M, Cooper PR, Errico TJ, Koslow M. Modern management of spinal tuberculosis. *Neurosurgery* 1995;36:87-9.
3. Jain AK. Treatment of tuberculosis of the spine with neurologic complications. *Clin Orthop* 2002;398:75-84.
4. Pertuiset E, Beaudreuil J, Liote F, et al. Spinal tuberculosis in adults. A study of 103 cases in a developed country, 1980–1994. *Medicine* 1999;78:309-20.
5. Turgut M. Spinal tuberculosis (Pott's disease): Its clinical presentation, surgical management, and outcome. A survey study on 694 patients. *Neurosurg Rev.* 2001;24:8-13.
6. Moore SL, Rafii M. Imaging of musculoskeletal and spinal tuberculosis. *Radiol Clin North Am* 2001;39:329-42.
7. Gouliamos AD, Kehagias DT, Lahanis S, et al. MR imaging of tuberculous vertebral osteomyelitis: Pictorial review. *Eur Radiol* 2001;11:575-579.
8. Sridhar K, Krishnan P. Complete posterior migration of intact vertebral body in spinal tuberculosis. *Neurol India.* 2009;57:483-5.
9. Rice ASC, Hill RG. New treatment for neuropathic pain. *Annu Rev Med* 2006;7:535-551
10. Attal N, Cruccu G, Haanpaa M, et al. EFNS guidelines on pharmacological treatment of neuropathic pain. *Eur J Neurol.* 2006;13:1153-69.
11. Baron R. Neuropathic pain: a clinical perspective. *Handb Exp Pharmacol.* 2009;194:3-30.
12. World Health Organization. *Cancer Pain Relief. With a guide to opioid availability*, 2nd ed. Geneva. World Health Organization, 1996
13. Moore RA, Straube S, Wiffen PJ, Derry S, McQuay HJ. Pregabalin for acute and chronic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;3:CD007076.
14. Siddall PJ, Cousins MJ, Otte A, et al. Pregabalin in central neuropathic pain associated with spinal cord injury: A placebo-controlled trial. *Neurology* 2006;67:1792–800.