

TUBERKULOZI I KOCKAVE



Behxhet Osmani

Profesor
Fakulteti i Mjekësisë,
Universiteti i Prishtinës

Specialist i Pneumoftizilogjisë
Spitali Aloka

Tuberkulozi i kockave është një nga lokalizimet më të shpeshta të tuberkulozit ekstrapulmonar që shkaktohet nga përhapja limfohematogjene e bacileve nga lezionet e tuberkulozit në mushkëri ose nyjat limfatike mediastinale.

Mirëpo është vërtetuar se çdo vatër, pavarësisht nga lokalizimi i saj, mund të jetë burim i diseminimit limfohematogjen, kështu në raste të veçanta ku ekziston tuberkulozi bovin, rreziku i përhapjes ndodh edhe nga kompleksi primar/parësor/ ekstrapulmonar.

Bacili i tuberkulozit prekë palcën e kuqe të kockave dhe shumica e këtyre vatrave kanë ecuri regresive dhe vetëm disa e formojnë ostitin ose granulomën që përfaqëson vatrën e vetme tuberkulare në organizmin e infektuar nga bacili i tuberkulozit. Më pas ndodh destruksioni dhe nekroza e kockës që është shenjë karakteristike e tuberkulozit osteoarticular.

Gjatë zhvillimit të granulomës në fillim kemi çrregullimin e ushqyerjes (nutricionit) që sjell në osteoporozë, pas kësaj zhvillohet destruksioni dhe më vonë kaverna me përmbajtje qelqi dhe mikrosekuestra.

Tuberkulozi i kolonës vertebrale /Spodilitis Tuberculosa

Tuberkulozi ekstrapulmonar përfshin 20-25% të rasteve me tuberkuloz në organizëm.

Prekja më e shpeshtë e tuberkulozit të kockave është tuberkulozi i unazave të shtyllës kurrizore gjegjësisht spondiliti tuberkular.

Në fillim procesi inflamator tuberkular e prekë një unazë vertebrale ku zhvillohet nekroza kazeoze dhe destruksioni i unazës. Procesi mund të avancohet dhe mund të preket unaza e dytë ose eventualisht edhe unaza e tretë.

Ndodh që granuloma tuberkulare pasi perforon shtresën kortikale, shkolit ligamentin gjatësor të përparmë dhe formon abscesin e ftohtë dhe quhet abscesi paravertebral.

Shenjat dhe simptomat e tuberkulozit ekstrapulmonar

Shenjat dhe simptomat e tuberkulozit ekstrapulmonar ndahen në ato të përgjithshme të procesit inflamator kronik dhe shenjat dhe simptomat specifike që na tregojnë për vendin e prekur nga sëmundja.

Fillimi i simptomave të përgjithshme është mjaft i ngadalshëm, pas disa javë ose muaj. Këtu përfshihen ethet, djersitja gjatë natës, humbja e peshës, lodhje dhe gjendja e përgjithshme jo e mirë.

Simptomat specifike të tuberkulozit të kockave janë: dhimbja, deficit neurologjik (paraparezë, paraplegjitë) dhe deformiteti spinal.

Simptoma më e shpeshtë e spondilit tuberkular

në 70-90% të rasteve është dhimbja. Në fillim dhimbja lajmërohet gjatë lodhjes fizike, nga ecja e gjatë ose mbajtja e peshave dhe qëndrimi në këmbë. Dhembja e detyron të sëmurin të marr pozicionin që e ndalon dhimbjen ose e zvogëlon atë. Kështu në rastet me spondilit cervical pacienti mban kokën me duar të vendosura në mjekër, ato me spondilit torakal gjatë qëndrimit në karrige mbështetet në ndonjë objekt për të shmangur peshën e trupit të tyre.

Goniti Tuberkular

Është një nga tri lokalizimet kryesore të tuberkulozit osteoarticular dhe përbën afro 25% e të gjitha lokalizimeve. Në shumicën e rasteve zhvillohet prej ostilit parësor të tibias e të femurit.

Ostiti parësor lokalizohet në tibia në 60% të rasteve, më rrallë në fundin artikular në 30% të rasteve dhe më rrallë në patele dhe fibule.

Simptomat janë të përgjithshme si: temperaturë, djersitje, humbje oreksi. Simptomat lokale janë: dhimbje të gjurit dhe çalimi i përkohshëm.

Koksiti Tuberkular (Coxitis Tuberculosa)

Tuberkulozi i artikulationit koksofemoral është lokalizimi i tretë më i rëndësishëm i tuberkulozit osteoarticular dhe takohet në rreth 20 % të rasteve.

Ostitet më shpesh zhvillohen në corpus ossis ili, e më rrallë në kockën iskiadike dhe pubis.

Në femur ostitet konstatohen në corpus femuri ose njëkohësisht në femur dhe kockat e pelvisit. Simptoma e parë e sëmundjes është çalimi, pastaj dhimbja, ndjesia e shtypjes në regjionin gluteal.

Diagnostikimi i tuberkulozit të kockave

Në diagnostikimin e tuberkulozit të kockave duhet të bazohemi në simptomat, shenjat, ekzaminime laboratorike, mikrobiologjike, imazherike dhe histopatologjike.

Zakonisht simptomat e tuberkulozit të kockave janë të vonshme dhe diagnoza caktohet me vonesë në format më të avancuara. Simptomat e përgjithshme janë si në shumë sëmundje tjera si temperaturë, djersitje, lodhje e prishje e oreksit.

Simptomat specifike janë: dhimbja që lajmërohet në 70-90% të rasteve. Kështu në spondilitin tuberkular cervical dhimbja lajmërohet në pjesët temporale dhe oksipitale të kokës, në veshë ose në dhëmballë. Kur dëmtimi ka ndodhur në vertebrat e sipërme torakale, dhimbja lajmërohet në krah dhe parakrah. Spondiliti torakal manifestohet me dhimbje ndërbrinjore ose sternum, dhimbje të barkut e mesit. Spondiliti lumbal shkakton dhimbje në gjymtyrët e poshtme.

Goniti dhe koksiti tuberkular po ashtu manifestohen me dhimbje në gjunjë dhe

gjymtyrët e poshtme.

Imazheria (rëntgeni, MRI) tregojnë për nekrozë kazeoze në kocka, unazat vertebrale dhe me formimin e abscesit e formimin e granulomave.

Prej testeve për diagnozën e tuberkulozit të kockave përdoren PPD testi, që është pozitiv me mbi 20mm diametri i të ënjturit në vendin e aplikimit të tuberkulinës.

Tek fëmijët dhe të rinjtë testi ka vlerë diagnostike ndërsa tek të moshuarit jo.

Nëse GenXpert testi dhe Interferon gama tb testi janë pozitiv, atëherë janë tregues për tuberkulozen aktive të kockave.

Për diagnozën e tuberkulozit të kockave merret edhe masa nekrotike nga kocka dhe bëhet BK dhe Low, që kur dalin pozitive e vërtetojnë diagnozën e tuberkulozit të kockave.

Dhe së fundmi edhe ekzaminimi citologjik-histopatologjik i materialit të marrë me punkcion ose biopsy kanë rëndësi diagnostike kur vërtetohen qeliza epiteliiale të mëdha të tipit Lang Hans dhe tuberkulomat.

Mjekimi i tuberkulozit të kockave

Mjekimi i tuberkulozit të kockave konsiston në mjekimin e sëmundjes së tuberkulozit në përgjithësi dhe eliminimin e vatrës kockore në veçanti. Ky mjekim mbështetet në përdorimin e barnave antituberkulare dhe kirurgjisë radikale sipas indikacioneve.

Mjekimi i tuberkulozes së kockave është i kombinuar me barna, kimioterapi, dhe ndërhyrje kirurgjike që konsistojnë në drenimin e masës kazeoze në kocka dhe në unazat vertebrale.

Është me rëndësi që antituberkularët të jepen të kombinuara, 3 e më shumë, në mënyrë që mos të zhvillohet rezistenca ndaj barnave.

Po ashtu barnat duhet të jepen për një periudhë 6 - 9 mujore, ndonjëherë edhe më gjatë deri sa të arrihet shërimi i plotë i tuberkulozes së kockave.

Barnat kundër tuberkulozit janë me prejardhje sintetike si: Isoniasidi (INH), Pirazinamid (PZA), Etambutol (ETB) dhe nga myku (antibiotiku) si: Rifampicina (RFM), Streptomycina (STM).

Mjekimi i tuberkulozes së kockave sikurse edhe i mushkërive fillon me 4 barna antituberkulare për 2-3 muaj që janë ISONIASIDI, RIFAMPICINA, PIRAZINAMIDI, ETAMBUTOLI (ose Streptomycina).

Pas 2-3 muajve hiqet nga terapia Pirazinamidi dhe Etambutoli dhe vazhdohet vetëm me Isoniasid plus Rifampicin për 4 deri 6 muaj.

Isoniasidi jepet me dozë 5 deri 10mg/kg/peshë në mënyra të ndryshme si nga goja, me injeksion në muskul-venë ose në formë suposte në rektum. Rifampicina jepet me dozë 10mg/kg/peshë në ditë në formë kapsule 150, 300mg. Zakonisht jepen 2 kapsula 300mg para mëngjesit në esëll me ujë.

Pirazinamidi jepet në dozë 25 deri 40mg/kg/peshë. Zakonisht tek të sëmurët me peshë deri 50 kg jepet 1.5 gram, për peshë 51-75 kg jepet 2 gram dhe mbi 75kg jepet 2,5 gram.

Etambutoli jepet me dozë 15-25mg/kg/peshë nga goja me tableta 400mg/ka edhe tableta 100mg dhe 250mg.

Streptomycina jepet me dozë 15-20mg kg/peshë, ndërsa për të rriturit zakonisht jepet 1 gram në ditë me injeksion intramuskular.

Isoniasid, Rifampicina, Pirazinamidi dhe Etambutoli jepen në mëngjes esëll përnjëherë me një gotë ujë. Ky kombinim jepet në fazën e parë të mjekimit dhe zgjatë 2-3 muaj dhe pastaj vazhdohet vetëm me Isoniasid plus Rifampicin edhe 4 muaj.

Te rastet kur nuk arrihet shërimi i plotë i tuberkulozit atëherë terapia mund të vazhdohet edhe për disa muaj.

Është me rëndësi të përcillet mjekimi duke bërë ekzaminimet laboratorike biokimike për të vërtetuar mos janë shfaqur efektet anësore toksike të antituberkularëve në mëlçi dhe organet tjera.

Referencat:

1. Pulmologjia, grup autorësh, 2017; 149, 204.
2. Tuberkulozi, Prof.dr. Hektor Co-collu, Prof.dr. Bedri Bylyku. Tirane, 2007; 219, 286.
3. Alseda M, Godoy P. Study investigating infection of contacts with tuberculosis patients in a semi-urban area. *Enferm Inec Microbiology Clinic* 2003; 281-6.
4. American Thoracic Society. *Diagnostic Standards and Classification of Tuberculosis in Adults and Children*. *Am J Respir Crit Care Med* 2000; 1376-95.
5. Wang PD, Lin RS. Tuberculosis transmission in the family. *J of Infection* 2000; 249-51.
6. Madico G, Gilman RH, Checkley W, et al. Community infection ratio as an indicator for tuberculosis control. *Lancet* 1995; 416-19.
7. Vynnycky E, Fine PE. Lifetime risks, incubation period and serial interval to tuberculosis. *Am J Epidemiol* 2000; 247-63.
8. Godoy P; Nogues A, Alseda M, Manonelles A, Artigues A, Garcia M. A contagiousness study in 3071 familial contacts of tuberculosis patients. *Med Clin (Barc)* 1997; 361-5.
9. Hamajima I. A study on family infection of tuberculosis: Kekkaku 2001; 455-60.
10. Crofton J et al. *Clinical Tuberculosis IUATLD, London - Hong Kong, 1992; 117-23.*
11. Murray CJ, Styblo K, Rouillon A. Tuberculosis in developing countries: burden, intervention and cost. *Bull Int Union Tuberculosis Lung Dis* 1990; 6-24.
12. Lienhardt C. From exposure to disease: the role of environmental factors in susceptibility to and development of tuberculosis. *Epidemiology review* 2001, 288-301.
13. World Health Organization. *Treatment of tuberculosis. Guidelines for National programs*. Geneva, 1998.
14. Ndroqi Sh et al. Karakteristikat rentgenologjike te tuberkulozit infiltrativ pneumonik me BK-pozitiv kelbaze. Punime mbi semundjet e brendshme. Tirane, 1984.