

Akut Apendisit Prezantasyonunda Akut Bakteriyel Menenjit: Olgu Sunumu

Acute Bacterial Meningitis Presenting With Acute Appendicitis

Murat Durusu¹, Ahmet Turan Ilıca², Mehmet Eryılmaz³, Can Murat Beker⁴

¹Diyarbakır Asker Hastanesi, Acil Servis, Diyarbakır, Türkiye

²Diyarbakır Asker Hastanesi, Radyoloji Servisi, Diyarbakır, Türkiye

³Gata Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ad, Ankara, Türkiye

⁴Diyarbakır Asker Hastanesi, İntaniye Servisi, Diyarbakır

ABSTRACT

Meningitis and acute appendicitis are both well defined clinical conditions. Early symptoms are usually non-specific and there can be atypical presentations in each state. In this study, it is aimed that the case of acute meningitis presented with acute appendicitis was described with detailed clinical and laboratory findings.

Key words: Meningitis, Appendicitis, Emergency Management

ÖZET

Menenjit ve akut apandisit iyi tanımlanmış klinik tablolardır. Her iki tabloda da sıklıkla erken bulgular non-spesifiktir. Yine her iki tabloda da atipik prezentasyonlar söz konusu olabilmektedir. Bu çalışmada klinik ve görüntüleme yöntemleri ile akut apandisit ile uyumlu bir tablo ile başlayan akut bakteriyel menenjit olgusunun sunulması amaçlandı.

Anahtar Kelimeler: menenjit, apandisit, acil servis yönetimi

İletişim Adresi ve Sorumlu Yazar:

Uzm. Dr. Murat Durusu

Diyarbakır Asker Hastanesi, Dağkapı 21100 Diyarbakır – Türkiye

Telefon (İş): + 90 412 2288221 - Telefon (Cep): + 90 505 778625

E-Mail: muratdurusu2000@yahoo.com

Başvuru Tarihi: 15.02.2009

Kabul Tarihi: 25.02.2009

GİRİŞ

Menenjit hastalığı acil bir durumdur. Erken tedavi hayati önem arz eder ⁽¹⁾. Hastalığın başlangıcındaki belirti ve bulgular nonspesifiktir. Zaman zaman da atipik klinik tablolarla gelişen menenjit olguları görülebilmekte ve bu nedenle tanı ve tedavi gecikebilmektedir.

Akut apandisit ise uzun yıllardan beri iyi bilinen ve ayrıntılı olarak tanımlanmış bir klinik tablo olmasına rağmen olguların her birinde farklı klinikle karşılaşılabilir. İleri görüntüleme yöntemlerine rağmen hala yüksek yanlış negatif ve pozitif tanı oranlarına sahiptir. Tanı geç ya da hatalı konulduğunda yüksek morbidite ve mortaliteye neden olan bir klinik antitedir.

Bu çalışmada klinik ve görüntüleme yöntemleri ile akut apandisit ile uyumlu olan bir akut bakteriyel menenjit olgusunun paylaşılması amaçlandı.

OLGU SUNUMU

21 yaşında erkek olgu “akut apandisit/perforasyon?” ön tanısı ile acil servise ambulansla getirildi.

Hastanın hikâyesinde, yaklaşık 12-14 saat önce karın ağrısı ve halsizlik yakınması ile bölge devlet hastanesine sevk edildiği, orada akut apandisit ön tanısı ile gözleme alındığı ancak takipte hastada ateş yüksekliği ve bilinç değişikliği olması üzerine hastanemize sevk edildiği öğrenildi.

Yapılan değerlendirmede bilinç yarı açık, kooperasyon ve oryantasyon yok, ajite görünümde idi. Gövdede daha yaygın olmak üzere tüm vücutta yer yer peteşial döküntüler mevcuttu (*Resim 1*). Vital bulguları: TA:120/70 mmHg, NB: 126 vuru/dk, Ateş:38,7 °C, SO₂: %96 idi. Solunum ve dolaşım muayenesi özellik arz etmiyordu. Batın muayenesinde barsak sesleri artmış, batında yaygın defans, sağ alt kadranda daha fazla olmak üzere yaygın hassasiyet mevcuttu. Peritoneal iritasyon bulguları pozitif. Nörolojik muayenede ense sertliği (++) , kernig (+), brudzinski (+) olarak değerlendirildi. Lateralize motor/duyu defisiti saptanmadı. Tendon refleksleri normal, patolojik refleks tespit edilmedi.

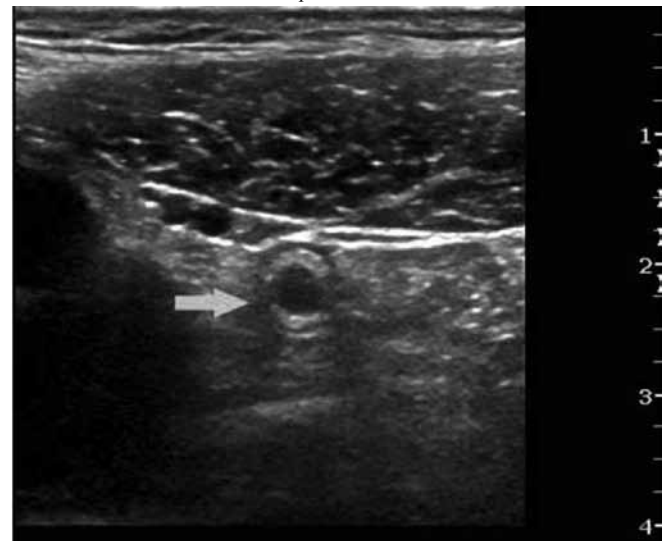
Yapılan tetkiklerde BK:14100/mm³, Hb:13,6gr/dl Htc:%37, trombosit:181000/mm³, Rutin biyokimya özellik arz etmiyordu. Batın USG’de karaciğer boyutu artmış (19,7 cm), lineer incelemede appendiks çapı 7 mm, duvar kalınlığı artmış, ödemli, kompresyona yanıtız ve paralitik olarak değerlendirildi (*Resim 2*). Kranial tomografide özellik arzeden bir bulgu saptanmadı. Hastadan hemokültür alındı, lomber ponksiyon (LP) yapıldı. LP’de Beyin omirilik sıvısı (BOS) basıncı artmış, görünümü hafif bulanık, renksiz, lökosit:300/ml (%70 PMNL, %30 Lenfosit), eritrosit saptanmadı. Direk gram boyamada bakteri formasyonlarına rastlanmadı. BOS’un biyokimyasal incelemesinde Protein:52,8 mg/dl, Glukoz:80 mg/dl tespit edildi. Hastaya akut bakteriyel menenjit ön tanısı ile tek doz 16 mg *deksametazon* IV yapıldı. *Seftriakson* 2 x 2gr, appendiks inflamasyonu da göz önünde bulundurularak *Ornidazole* 2 x 500mg başlandı. Hasta yoğun bakımda takibe alındı. Takipte ikinci günde ateş normal sınırlara geriledi. Bilinç açık, koopere-oryante idi. BK:35220 /mm³ oldu. Hastada *Herpes Labialis* lezyonları çıktı

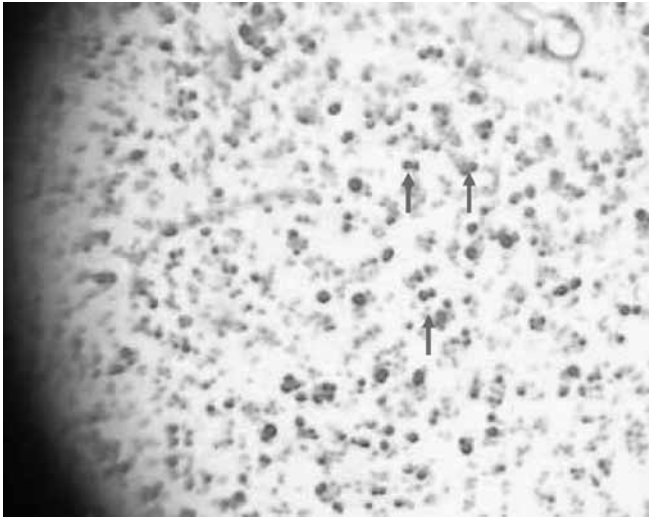
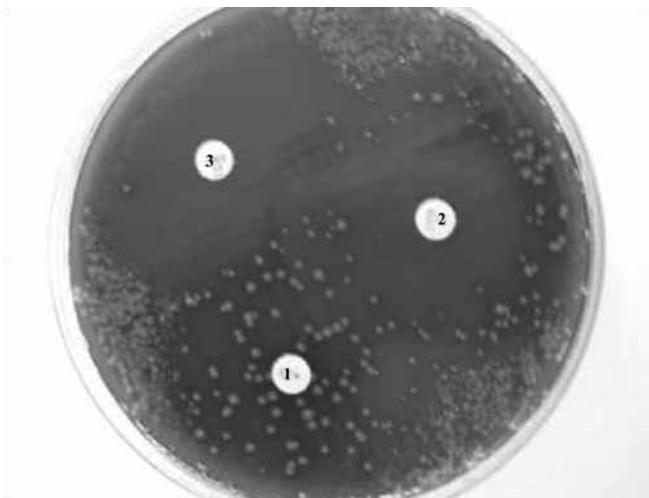
(*Resim 3*). Batın muayenesinde periton iritasyon bulguları negatifleşti ancak sağ alt kadranda hassasiyetinin devam ettiği görüldü. Batın USG bulgularında bir değişiklik yoktu. Hemokültürde üreme olmadı. Kanlı agarda, % 5 CO₂’li ortamda yapılan BOS kültüründe üreme oldu. Kültürden yapılan gram boyamada gram negatif diplokoklar görüldü (*Resim 4*). Yapılan oksidaz testinde bakterinin oksidaz pozitif olduğu gözlemlendi. Mevcut laboratuvar bulguları ile etkenin *Neisseria meningitidis* olduğuna karar verildi. Kültürden yapılan antibiyogramda bakterinin Penisilin dirençli, Sefepim duyarlı (++) ve Seftriakson duyarlı (+++) olduğu gözlemlendi (*Resim 5*). Mevcut antibiyoterapisine devam etme kararı verildi. Üçüncü günde vital bulguları stabil seyreden hastanın batın muayene bulguları normale döndü. BK:17500 UL’ye geriledi. 10. günde antibiyoterapisine son verildi ve hepatomegali açısından ayaktan takibe gelmek üzere şifa ile taburcusuna karar verildi.

Resim 1. Döküntüler



Resim 2.USG lineer incelemede apendiks



Resim 3. Herpes labialis lezyonları**Resim 4.** Kültürden yapılan gram boyamada Gram negatif diplokok formasyonları**Resim 5.** Antibiyogram(1: penisilin, 2: sefepim, 3:seftriakson)

TARTIŞMA

Menenjit klinik bulguları iyi tanımlanmış bir tablodur ⁽¹⁾. Ancak atipik başlayan tablolar zaman zaman tanı ve tedavi sürecinde gecikmelere neden olabilmektedir. Bizim olgumuzda akut apandisit ön tanısı ile gelen hastada bilinç değişikliği ve yüksek ateş menenjiti akla getiren esas unsurlar olarak değerlendirilmektedir.

Bu olguda kuşkusuz en önemli sorulardan biri mevcut tablonun, menenjitte birlikte muayene ve görüntüleme ile desteklenen gerçek bir akut apandisit tablosu mu olduğu, yoksa meningokokseminin neden olduğu bir yalancı pozitiflik mi söz konusu olduğudur? Eğer menenjitte birlikte gerçek bir apandisit olgusu söz konusu ise yaklaşım nasıl olmalıdır? Literatüre bakıldığında klinik olarak akut batın tablosu ile gelen birkaç adet menenjit vakası rapor edilmiştir ⁽²⁻⁴⁾. Yine akut batın prezentasyonu ile birlikte meningokoksemi tabloları da rapor edilmiştir ^(5,6). Ancak klinikle birlikte radyolojik olarak da gösterilen akut apandisit ile birlikte menenjit olgusuna rastlanmamıştır. Bizim olgumuzda mevcut tablonun, meningokokseminin de eşlik ettiği bir akut menenjit tablosu; ve buna sekonder bir yalancı pozitif akut apandisit olduğu düşünüldü. Olguda görülen cilt bulguları da göz önünde tutulduğunda hemokültür sonucunun yanlış negatif olduğu değerlendirildi. Bununla birlikte gerçek bir akut apandisit ile birlikte anestezi ve operasyonunda olguya getireceği ek risk nedeniyle erken dönemde cerrahi düşünülmedi. Anaerobik etkinliği de olan ikili antibiyotik tedavisi ile hasta takibe alındı. Takipte akut apandisit tablosunda sebat veya progresyon durumunda cerrahi yapılmasına karar verildi. Akut apandisitte klasik tedavi appendektomidir. Ancak son yıllarda antibiyotik tedavisiyle başarılı şekilde takip edilen prospektif randomize klinik çalışmalarda mevcuttur ⁽⁷⁾. Bizim olgumuzda da takipte ikinci günde apandisit açısından muayene bulgularının gerilemesi nedeniyle medikal tedaviye devam edildi.

Diğer taraftan klasik kaynaklarda *Neisseria meningitidis*'e penisilin direncinin söz konusu olmadığından bahsedilmektedir ⁽⁸⁾. Ancak son yıllarda literatürde penisilin dirençli *Neisseria meningitidis*'e ait olgu raporları ve derlemeler giderek artmaktadır ⁽⁹⁻¹²⁾. Bizim olgumuzda da kültürden yapılan antibiyogramda bakteri penisilin dirençli olarak gözlemlendi.

SONUÇ

Acil servis hekimlerinin, başlangıç tablosu ne olursa olsun bilinç değişikliği olan olgularda menenjit tanısını da öncelikli olarak göz önünde bulundurmaları gerekmektedir. Yine menenjitte birlikte akut batın prezentasyonunda erken cerrahi kararının verilmesinde temkinli davranılmasının uygun olacağı değerlendirilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Abrahamian FM, Moran GJ, Talan DA. Emergency Department Management of Meningitis and Encephalitis. *Infect Dis Clin N Am.* 2008 ;22:33–52
2. Saelinger DA, Rose JF, Raff MJ. Meningitis presenting as an acute abdomen. *South Med J.* 1973 ;66:1147-8.
3. Befeler D, Lawler JA. Pneumococcal meningitis: a case simulating an acute abdomen with a review of the pertinent literature. *Am J Gastroenterol.* 1964;42:454-7.
4. Weintraub MI, Gordon B. Letter: “Acute abdomen” with meningococcal meningitis. *N Engl J Med.* 1974 ;290:808.
5. Schmid ML. Acute abdomen as an atypical presentation of meningococcal septicaemia. *Scand J Infect Dis.* 1998;30:629-30.
6. Pavlovskii MP, Boiko NI. False acute abdomen due to Waterhouse-Friderichsen syndrome. *Klin Khir.* 1985;5:65-6.
7. Styrud J, Eriksson S, Nilsson I, Ahlberg G, Haapaniemi S, Neovius G, Rex L, Badume I, Granström L. Appendectomy versus antibiotic treatment in acute appendicitis. a prospective multicenter randomized controlled trial. *World J Surg.* 2006;30:1033-7.
8. Farahnak M, Talaei-Khoei M, Gorouhi F, Jalali A, Gorouhi F. The Alvarado score and antibiotics therapy as a corporate protocol versus conventional clinical management: randomized controlled pilot study of approach to acute appendicitis. *Am J Emerg Med.* 2007;25:850-2.
9. Loring KE. CNS Infections. In: Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS. *Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide.* The McGraw-Hill Companies. Sixth Edition. 2004 Chapter 235:1431-37
10. Glikman D, Matushek SM, Kahana MD, Daum RS. Pneumonia and empyema caused by penicillin-resistant *Neisseria meningitidis*: a case report and literature review. *Pediatrics.* 2006;117:e1061-6. Epub 2006 Apr 10.
11. Vázquez JA, Enriquez R, Abad R, Alcalá B, Salcedo C, Arreaza L. Antibiotic resistant meningococci in Europe: any need to act? *FEMS Microbiol Rev.* 2007;31:64-70. Epub 2006 Nov 24.
12. Fangio P, Desbouchages L, Lachérade JC, De Jonghe B, Teruille JP, Leneveu M, Outin H. *Neisseria meningitidis* C:2b:P1.2,5 with decreased susceptibility to penicillin isolated from a patient with meningitis and purpura fulminans. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2005;24:140-1.
13. Gazi H, Surucuoglu S, Ozbakkaloglu B, Akcali S, Ozkutuk N, Degerli K, Kurutepe S. Oropharyngeal carriage and penicillin resistance of *Neisseria meningitidis* in primary school children in Manisa, Turkey. *Ann Acad Med Singapore.* 2004;33:758-62.