

Akciğer Tüberkülozlu Olguda Stafilokok Aureus'un Etken Olduğu Lomber Spinal Spondilodiskitis

Tarık Akman*, Bahadır Alkan*, Adem Bozkurt Aras*, Mustafa Güven*, Şule Koşar**,
Hasan Ali Kiraz***, Murat Coşar*

*Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin-Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, **Radyoloji Anabilim Dalı,
***Anesteziyoloji Anabilim Dalı

ÖZET

Lomber spinal spondilodiskitis ender görülen fakat sıklıkla hızlı seyirli genellikle başta konulan yanlış tanılarla tanısı geciken, bu nedenle de sonuçları ciddi olabilen infeksiyonlardır. Günümüzde tanı yöntemlerinin gelişmesi ile özellikle manyetik rezonans görüntüleme ile spinal infeksiyon tanısını koyabilmek ve tedaviyi buna göre yönlendirebilmek mümkün olmaktadır.

Erken teşhiste morbidite ve mortalite oranlarının belirgin bir şekilde azaldığı bildirilmektedir. Olgumuzda olduğu gibi lomber spinal spondilodiskitis düşünülen hastalarda yapılacak cerrahi müdahale oluşabilecek kalıcı nörolojik sekelleri önleyebilmek için önemlidir. Ayrıca multidisipliner bir yaklaşım gerektirir.

Bu makalede, primer akciğer tüberkülozlu olguda cerrahi olarak tedavi edilen bir stafilokok aureus'un etken olduğu lomber spinal spondilodiskitisli olgu sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: lomber spinal spondilodiskitis, primer akciğer tüberkülozu, stafilokok aureus

SUMMARY

Spondylodiscitis of the Lomber Spine Caused by Staphylococcus Aureus in a Patient with Pulmoner Tuberculosis: Case Report

Lomber spinal spondylodiscitis are rare, but rapidly progressive infections, diagnosis of which are usually delayed because of misdiagnosis in the beginning and therefore the results may be serious. Nowadays, with the development of new diagnostic methods, especially magnetic resonance imaging, it is possible to diagnose the lomber spinal spondylodiscitis and plan the treatment according to this.

Owing to early diagnosis, significant decreases in morbidity and mortality rates have been reported. As in our case, surgical intervention in patients suspected of lumbar spine spondylodiscitis is important to prevent permanent neurologic sequelae. Also requires a multidisciplinary approach.

In this article, a surgically treated case of lomber spinal spondylodiscitis caused by Staphylococcus aureus in a patient with primary pulmonary tuberculosis has been presented.

Key words: lomber spinal spondylodiscitis, primary pulmonary tuberculosis, staphylococcus aureus

GİRİŞ

Erişkinde lomber spinal spondilodiskitis spontan ya da cerrahi sonrası gelişebilen, ender rastlanan fakat önemli bir infeksiyondur ⁽¹⁾. İnvaziv işlemler, altta yatan karsinom varlığı, diyabetes mellitus, bakteriyel endokardit, piyelonefrit, geçirilmiş spinal cerrahi, primer akciğer tüberkülozu ve ileri yaş spondilit için bildirilmiş risk faktörleridir ⁽²⁾. En sık görülen etkenler stafilokok aureus, mikobakterium tuberkulozis ve brusella suşlarıdır ⁽³⁾.

Kesin tanı için her zaman kan kültürü, doku biyopsi kültürü, histopatoloji ve radyolojik görüntüleme yöntemleri kullanılabilir ⁽⁴⁾. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) hastalığın tanısında oldukça yararlı bilgiler vermektedir. MRG özellikle hastalığın erken evrelerinde diğer tetkiklerin tanıda yetersiz kaldığı durumlarda yararlıdır ⁽⁵⁾.

İnfeksiyon doğrudan spinal travma, komşu doku enfeksiyonundan direkt yayılım ya da uzak dokulardan kan yolu ile yayılarak oluşabilmektedir ⁽⁶⁾. Tedavi

Alındığı Tarih: 02.04.2013

Kabul Tarihi: 14.08.2013

Yazışma adresi: Yrd. Doç. Dr. Tarık Akman, Cumhuriyet Mah. Atatürk Cad. No:194 Sevgi Evleri Sitesi C Blok Kat:1, No:7, Kepez-17000-Çanakkale

e-posta: tarkakman@yahoo.com.tr

edilmediği takdirde nörolojik motor kayıp, omurgada şekil bozukluğu ve hatta ölüme kadar neden olabilmektedir ⁽⁷⁾. Hastalar bu açıdan değerlendirilirken, hem kemik hem de nöral yapılar göz önünde tutulmalıdır.

Hastaların çoğunluğu antibiyoterapi ya da antibiyoterapi ile birlikte cerrahi girişim ile tedavi edilebilmektedir ⁽⁸⁾. Cerrahi girişimler abse drenajı, anterior veya posterior ya da kombine yaklaşımlar olabilmektedir ⁽⁹⁾. Bu olguda primer akciğer tüberkülozlu olguda stafilokok aureus'un etken olduğu lomber spinal spondilodiskitisin sunulması amaçlanmıştır.

OLGU

Altmış sekiz yaşında erkek hasta yüksek ateş, halsizlik, yorgunluk, gece terlemesi, kilo kaybı ve ayaklarda güçsüzlük nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Yakınmalarının uzun zamandan beri ataklar şeklinde

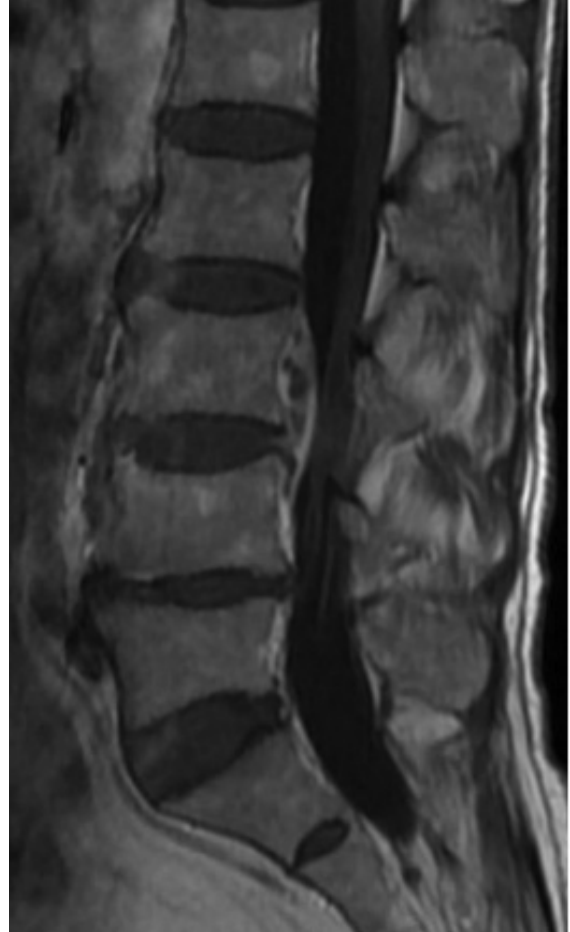
olması ve verilen medikal tedaviden yarar görmeyecek ayaklarda güçsüzlüğün artması üzerine olgu tetkik ve tedavi amacıyla kliniğimize yatırıldı.

Fizik muayenede ateş 38.5 derece, kan basıncı 120/80 mmHg, nabız 100/dk. idi. Bilinç açık, kooperasyonu ve oryantasyonu tam idi. Alt ekstremitelerde paraparezisi 3/5 idi. Laboratuvar bulguları olarak lökosit 25.200/mm³, eritrosit sedimentasyon hızı 84/100 mm/s, C-Reaktif Protein ise 5 mg/L idi. Kırk yıldır beri günde yarım paket sigara içiyordu, yedi yıl önce nefes darlığı nedeniyle plevral effüzyon ön tanısı ile torasentez yapılmıştı. Akciğer grafisinde sağ akciğer üst zonda heterojen sınırları düzensiz dansite artışı, tüberküloz sekeli ile uyumlu idi. Göğüs hastalıkları konsültasyonu sonrası hastaya solunum fonksiyon testi, bronkoskopi, bronko alveolar lavaj yapıldı.

Çekilen kontrastlı lomber spinal MRG'de (Resim 1-2) ise L3-4 spinal epidural abse ve spondilodiskitis



Resim 1. Ameliyat öncesi sagittal kontrastsız T2 lomber spinal MRG.



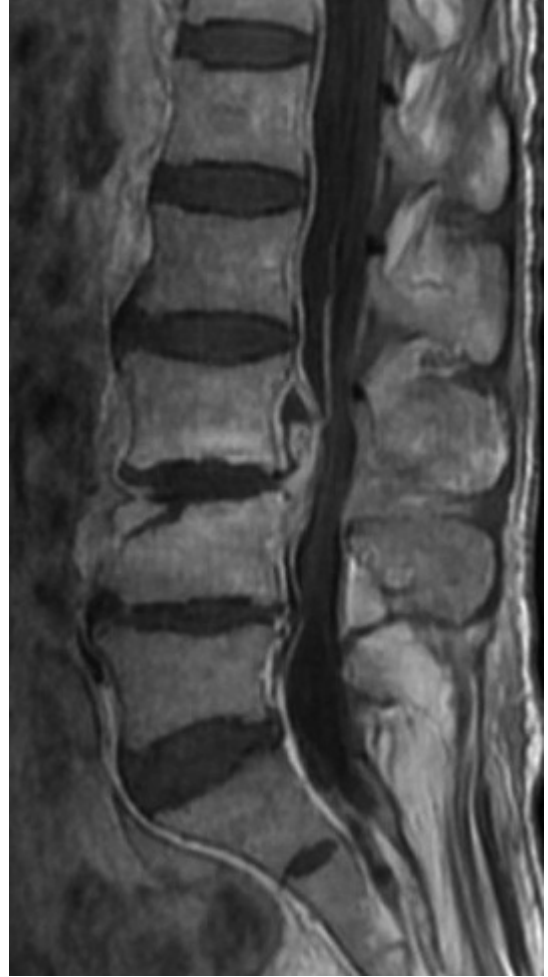
Resim 2. Ameliyat öncesi sagittal kontrastlı T1 lomber spinal MRG.

tanısı konuldu. İnfeksiyon hastalıkları konsültasyonu sonrası brusella (-), bronko alveolar lavaj örneğinde Aside Resistan Basil (+) ve operasyon lojundan örnek istendi. Hastaya dörtlü antitüberküloz tedavisi başlandı (Izoniazid 300 mg 2*1+ Rifampisin 300 mg 1*2+ Pirazinamid 500 mg 2*2+ Etambutol tb 1*3 po).

Operasyonda ise sağ L3 hemiparsiyel laminektomi+ flavektomi+foraminotomi+L3-4 intervertebral disk mesafesinden başlayarak L3 vertebra korpusuna kadar uzanım gösteren kapsüllü epidural abse dokusu çıkarılarak kültüre gönderildi. Operasyon sonrası abse materyalinde Asido Resistan Basil (+), pseudomonas ve metisiline duyarlı stafilokok aureus üremesi ve tüberküloza sekonder süperenfeksiyon nedeniyle mevcut dörtlü antitüberküloz tedaviye ek olarak Klaritromisin 2*500 mg+Piperasilin-Tazobaktam 3*4,5 g intravenöz eklendi. İki haftalık medikal tedavi sonrası hasta taburcu edildi.

Bir ay sonra hasta kontrole geldiğinde sağ bacak proksimalinde şişlik ve operasyon bölgesinde pürülan akıntı olması üzerine hastaya yine yatış verildi. Belirgin hipoalbuminemi olan hastanın tedavisi tekrar düzenlendi. Kontrastlı lomber ve kalça MRG çekildi. Çekilen lomber spinal MRG'de (Resim 3) operasyon lojunda kontrast tutan L3-4 intervertebral disk mesafesinden başlayıp L3 vertebra korpusuna uzanan nüks spinal epidural abse formasyonu ve cilde kadar ulaşan fistül traktı görüldü. İkinci operasyonunda eski insizyondan girilerek sağ L3 hemiparsiyel laminektomi genişletilerek cerrahi mikroskop eşliğinde L3-4 intervertebral disk dokusu üzerinden L3 vertebra korpus posterioruna uzanım gösteren kapsüllü spinal epidural abse dokuları temizlendi. Kapsülünden örnek alındı. Nekrotik görünümdeki posterior lomber yumuşak dokular debride edilerek cilt primer suture edildi.

Daha sonra istenen ortopedi kliniği konsültasyonu sonrası sağ bacağa hemovak cihazı takıldı. Beş gün sonra bu cihaz çıkarıldı, borik asit solüsyonu ile pansuman yapıldı. İnfeksiyon hastalıkları rekonsültasyonu sonrası ikinci kez alınan yara yerleri kültür sonuçlarında üreme olmaması ayrıca alınan idrar ve kan kültürlerinde üreme gelmemesi nedeniyle ikinci yatışının on beşinci gününde dörtlü antitüberküloz ve amoksisilin-klavulonik asit ile hastanın taburcu edilmesine karar verildi.



Resim 3. Ameliyat sonrası sagittal kontrastlı T1 lomber spinal MRG.

TARTIŞMA

Sunulan bu olgu primer akciğer tüberkülozlu hastada stafilokok aureus'un etken olduğu lomber spinal spondilodiskitis olarak değerlendirilmiştir. Hastada invaziv girişim, malignite, diyabetes mellitus, primer akciğer tüberkülozu, bakteriyel endokardit, üriner sistem infeksiyonu, geçirilmiş spinal cerrahi ya da dejeneratif spinal hastalık gibi risk faktörleri bulunmaktaydı.

Friedman ve ark. ⁽³⁾ antibiyotik tedavisine rağmen devam eden infeksiyon bulgularını cerrahi gereken faktörlerden biri olarak tanımlamışlardır. Maiuri ve ark. ⁽⁸⁾ MRG'nin hastalığın erken dönemlerinde tanıda çok önem taşıdığını ve hastalığın ileri dönemleri ile tüberküloz spondilit ayırımına yardımcı olabildiğini bildirmişlerdir. Al-Mulhim ve ark. ⁽⁹⁾ ise

MRG'nin tüberküloz spondilit tanısında yararlı olduğunu belirtmişlerdir. Spondilitli hastalarda en sık izole edilen mikroorganizma ise stafilokok aureus'tur⁽¹⁰⁾. Spondilit spontan olarak ya da sistemik enfeksiyonlara sekonder olarak gelişebilmektedir⁽¹¹⁾.

Lomber spinal enfeksiyonlarda etken genellikle vücudun başka bir bölgesindeki enfeksiyon odağından hematogen yolla ya da yakındaki bir vertebral osteomyelitten doğrudan yolla gelmektedir⁽¹²⁾. İntravenöz uyuşturucu kullanımı, steroid alınması, diyabet mellitus, primer akciğer tüberkülozu, lomber ponksiyon, spinal anestezi ve lomber bölgeye cerrahi girişim spinal abse oluşumu için risk faktörlerindedir⁽¹³⁾.

Lomber spinal absede sıklıkla rastlanan belirtiler; lezyon bölgesinde lokalize ağrı, perküsyonla duyarlılık, sistemik hastalık belirtileri, halsizlik, ateş, taşikardi, omurga rijiditesi, radiküler komponenti olan ağrılar ve duysal ya da motor güçsüzlüklerdir. Ayırıcı tanıda bakteriyel menenjitler, vertebral osteomyelitler, spinal subdural ampiyem, transvers myelitler, neoplazmlar, hematomlar ve diğer vasküler lezyonlar düşünülmelidir⁽¹⁴⁾. Erken teşhiste morbidite ve mortalite oranlarının belirgin bir şekilde azaldığı bildirilmektedir⁽¹⁵⁾.

SONUÇ

Olgumuzda olduğu gibi lomber spinal spondilodiskitis düşünülen hastalarda yapılacak cerrahi müdahale oluşabilecek kalıcı nörolojik güçsüzlükleri önleyebilmek için önemlidir. Ayrıca multidisipliner bir yaklaşım da gerektirir.

KAYNAKLAR

1. Kapeller P, Fazekas F, Kramette D, et al. Pyogenic infectious spondylodiscitis: clinical, laboratory and MRI features. *Eur Neurol* 1997; 38: 94-98. <http://dx.doi.org/10.1159/000113167> PMID:9286631
2. Honan M, White GW, Eisenberg GM. Spontaneous infectious discitis in adults. *Am J Med* 1996; 100: 85-89. [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9343\(96\)90016-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9343(96)90016-9)
3. Friedman JA, Maher CO, Quast LM, et al. Spontaneous disc space infections in adults. *Surg Neurol* 2002; 57:

81-86.

[http://dx.doi.org/10.1016/S0090-3019\(01\)00681-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0090-3019(01)00681-4)

4. Hopkinson N, Stevenson J, Benjamin S. A case ascertainment study of septic discitis: clinical, microbiological and radiological features. *QJM* 2001; 94: 465-470. <http://dx.doi.org/10.1093/qjmed/94.9.465> PMID:11528009
5. Rigamonti D, Liem L, Sampath P, et al. Spinal epidural abscess: contemporary trends in etiology, evaluation and management. *Surg Neurol* 1996; 52: 189-191. [http://dx.doi.org/10.1016/S0090-3019\(99\)00055-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0090-3019(99)00055-5)
6. Wirtz DC, Genius I, Wildberger JE, et al. Diagnostic and therapeutic management of lumbar and thoracic spondylodiscitis-an evaluation of 59 cases. *Arch Orthop Trauma Surg* 2000; 120: 245-251. <http://dx.doi.org/10.1007/s004020050457> PMID:10853888
7. Vorbeck F, Morscher M, Ba-Ssalamah A, et al. Infectious spondylitis in adults. *Radiologe* 1996; 36: 795-804. <http://dx.doi.org/10.1007/s001170050142> PMID:9036417
8. Maiuri F, Iaconetta G, Gallicchio B, et al. Spondylodiscitis: clinical and magnetic resonance imaging findings. *Spine* 1997; 22: 1741-1746. <http://dx.doi.org/10.1097/00007632-199708010-00012> PMID:9259785
9. Al-Muhlim, Ibrahim EM, El-Hassan AY, et al. Magnetic resonance imaging of tuberculous spondylitis. *Spine* 1995; 20: 2287-2292. <http://dx.doi.org/10.1097/00007632-199511000-00005>
10. Krogsgaard MR, Wagn P, Bengtsson J. Epidemiology of acute vertebral osteomyelitis in Denmark. 137 cases in Denmark 1978-1982, compared to cases reported to the National Patient Register 1991-1993. *Acta Orthop Scand* 1998; 69: 513-517. <http://dx.doi.org/10.3109/17453679808997789> PMID:9855235
11. Carey ME. Infections of the spine and spinal cord. In: Youmans JR (eds). *Neurological Surgery*. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders 1990, 3759-3781.
12. Martin RJ, Yuan HA. Neurosurgical care of spinal epidural, subdural and intramedullary abscesses and arachnoiditis. *Orthop Clin North Am* 1996; 27: 125-136. PMID:8539043
13. Shulman JA, Blumberg HM. Paraspinal and spinal infections. In: Lambert HP (eds). *Infections of the Central Nervous System*. Philadelphia: BC Decker 1991, 374-391. PMID:1790045
14. Currier BL, Eismont FJ. Infections of the spine. In: Rothman RH, Simeone FA (eds). *The Spine*. Philadelphia: WB Saunders 1992, 1319-1380.
15. Curling OD, Güwer DJ, Mc Whorter JM. Changing concepts in epidural abscess: a report of 29 cases. *Neurosurgery* 1990; 27: 185-192. <http://dx.doi.org/10.1227/00006123-199008000-00002> PMID:2385334