

Tip I Diabetiklerde Sırt Ağrısının Önemi: Torakal Epidural Apse Olgusu Sunumu

Importance of Back Pain in Type I Diabetes Mellitus: Thoracic Epidural Abscess: Case Report

ÖZ

İnsüline bağımlı diabetes mellituslu hastalar epidural apse ve psoas apsesi gibi farklı ve sıra dışı enfeksiyonlara eğilimlidir. Diabetik non ketotik koma, sepsis ve sırt ağrısı ile başvuran, T3-T7 seviyelerinde yoğun spinal epidural apse teşhis edilen 27 yaşında bayan hasta sunulmuştur. Bu olgu ile ateş ve lokalize sırt ağrısı ile başvuran, insüline bağımlı diabetes mellituslu hastalarda epidural apsedan kuşkulananmak gerektiği vurgulanmaktadır. Uygun görüntüleme ile erken tanı ve agresif tedavi kalıcı nörolojik hasarın gelişimini önleyebilir.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Omurilik basısı, sırt ağrısı, spinal epidural apse.

ABSTRACT

Insulin dependent diabetes mellitus predisposes to unusual infections, including epidural and psoas abscess. We report a 27 year old female who was hospitalised for diabetic non-ketotic coma, sepsis, and back pain, and subsequently was diagnosed with an extensive thoracic spinal epidural abscess at T3-T7 level. This case report highlights the need to maintain a high index suspicion for epidural abscess in insulin dependent diabetes mellitus patients presenting with fever and localised back pain. Early diagnosis with appropriate imaging and aggressive management can prevent the development of permanent neurological damage.

KEY WORDS: Back pain, spinal epidural abscess, spinal cord compression.

Merih İŞ¹

Murat DÖŞOĞLU¹

Ferruh GEZEN¹

İrfan ŞENCAN²

Feyzullah AKYÜZ¹

K. Hakan YILDIZ¹

¹ Abant İzzet Baysal Üniversitesi,
Düzce Tıp Fakültesi, Nöroşirürji
Anabilim Dalı, Düzce

² Abant İzzet Baysal Üniversitesi,
Düzce Tıp Fakültesi, Enfeksiyon
Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce

Geliş Tarihi: 13.10.2003

Kabul Tarihi: 19.02.2004

Yazışma adresi:

Merih İŞ

Faks : 541 41 05

Faks : 541 42 13

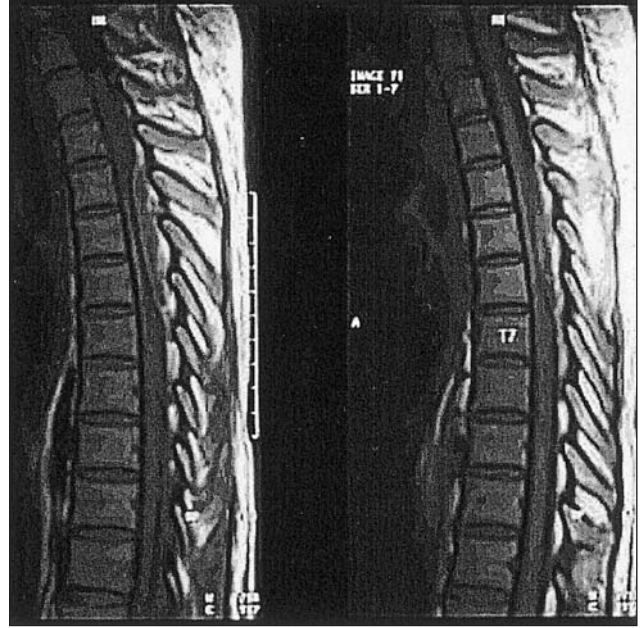
GİRİŞ

İnsüline bağımlı diabetes mellituslu hastalar, hiperglisemi ve diabetik ketoasidozun etkisinde epidural ve psoas apsesi gibi enfeksiyonlara eğilimlidirler (3). Spinal epidural apselerde (SEA) diabet dışında travma, geçirilmiş cerrahi, yaşlılık, ilaç bağımlılığı, immun yetersizlik, uzak enfeksiyon odağının varlığı vb. gibi risk faktörleri bulunabilir. Sırt ağrısı ve ateş en sık yakınma; omurilik bası bulguları en sık saptanan nörolojik bulgu, torakal bölge ise en sık yerleşim yeridir (6). SEA çoğunlukla omuriliğin önünde bazen de arkasında yerleşebilir ve osteomyelit tabloya eşlik edebilir. Apse; akut dönemde akışkan, kronik dönemde ise granülatöz özellik gösterir. Hızlı ilerleyici özelliği nedeni ile tanıda gecikme sonucu ciddi morbidite, hatta mortalite oluşturabilir. Bu yazıda torakal epidural apse saptanan Tip I diabetli bir olgu sunulmuştur.

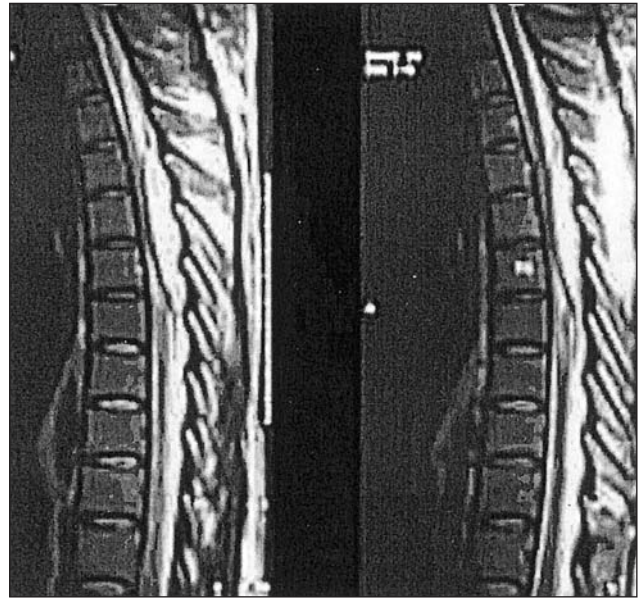
OLGU

Acil birimine sepsis ve hiperglisemik non ketotik koma tablosunda getirilen 27 yaşındaki bayan hasta lomber ponksiyon sonrası menenjit tanısıyla Enfeksiyon Hastalıkları Kliniğine yatırılmıştır. Bilincinin açıldığı dönemde, bacaklarında uyuşukluk ve sırt ağrısı tanımlayan hasta 48 saat sonra paraplejik olduğunun fark edilmesi üzerine kliniğimiz tarafından konsülte edildi. Öyküde travma yoktu. Ayaklarda kronik diabete bağlı trofik bozukluklar vardı. Yapılan nörolojik muayenesinde parapleji, T5 seviyesinden başlayan iki yanlı anestezi, anal ve mesane sfinkter kontrol kusuru saptandı. Hematokrit % 20.7, hemoglobin: 7gr/dl, lökosit 18600/mm³, sedimentasyon 117 mm/saat idi. Spinal manyetik rezonans (MR) incelemesinde T3-T7 seviyesinde omuriliğe belirgin bası yapan posterior epidural yerleşimli apse ve T7 düzeyinde miyelomalazik değişiklikler izlendi (Şekil 1-4). Acil olarak sağ T5 hemilaminektomi, sağ T7 hemiparsiyel laminektomi ile apse drenajı uygulandı. Ameliyat esnasında epidural venöz pleksusun şiş, frajil ve yer yer tromboze olduğu görüldü. Kan, beyin omurilik sıvısı ve apse materyallerinin kültürlerinde Staphylococcus aureus üredi. Patolojik incelemede epidural apseye ilave olarak, laminektomi yapılan kemikte osteomyelit saptandı. Ekokardiyografide

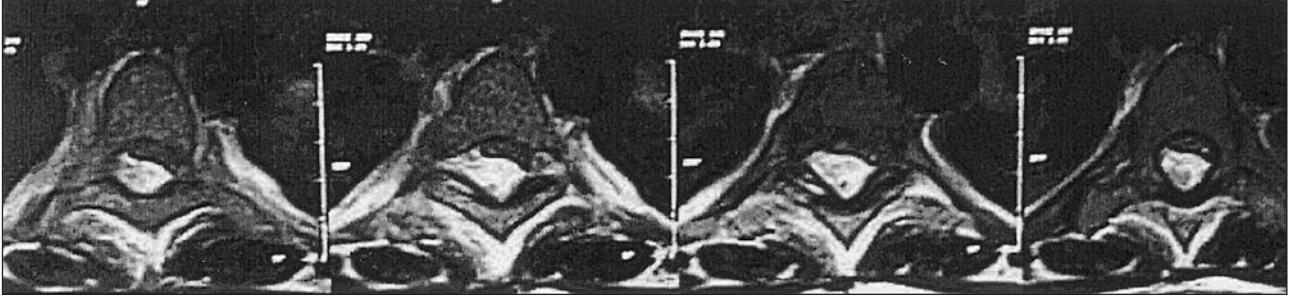
ise triküspit kapakta vejetasyon ve akut endokardit saptandı. Postoperatif 3 aylık takipte duyu kusuru kısmen düzelen hastanın motor muayenesinde herhangi bir düzelme gözlenmedi.



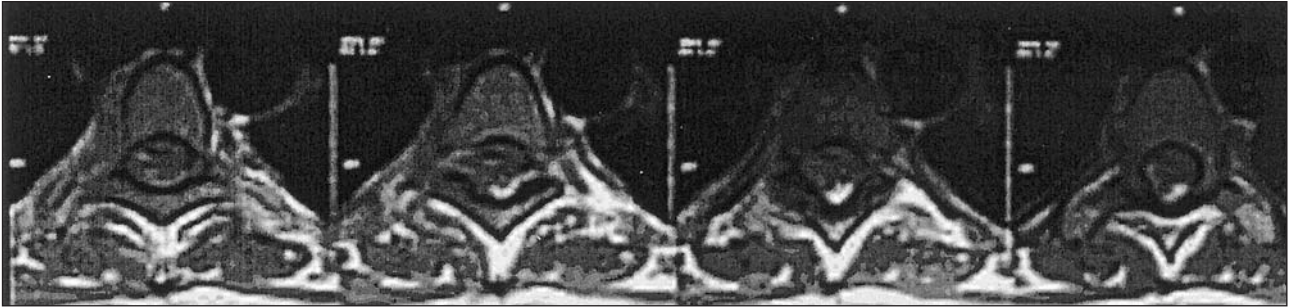
Şekil 1: T1 ağırlıklı sagittal kesitlerde izointens epidural apse



Şekil 2: T2 ağırlıklı sagittal kesitlerde hiperintens epidural apse



Şekil 3: T2 ağırlıklı aksiyal kesitlerde kontrast verilmesinden sonra çevresel kontrast tutan ve spinal kord basısına neden olan (T3-T7) epidural apse



Şekil 4: T2 ağırlıklı aksiyal kesitlerde kontrast verilmesinden sonra çevresel kontrast tutan ve spinal kord basısına neden olan (T3-T7) epidural apse

TARTIŞMA

Epidural boşlukta yağ, gevşek areolar doku ve zengin venöz pleksus bulunur. Zengin venöz pleksus enfeksiyonlar için uygun ortam sağlar. Mikroorganizmaların spinal epidural mesafeye kolonizasyonu, hematogen veya komşuluk yoluyla olmaktadır. İmmun sistemi baskılanmış diabetik hastalar, intravenöz ilaç ve alkol kullananlar spinal epidural apse gelişimi açısından en önemli risk grubunu oluştururlar (1). Hiperglisemi, fagositik aktiviteyi ve kemotaksiyi bozabilir. Uzun süreli diabetes mellitusta, nöropatik ayak ülseri ve gangrenli dokularda stafilokok kolonizasyonu olabilir. Sunulan olguda ayakta yara olmasına karşın, buradan bir etken üretilememesi odağın endokardit olabileceğini, diabetik nefropatinin de kolaylaştırıcı etken olduğunu düşündürmüştür. Olgunun şanssızlığı koma tablosunda hastaneye getirilmesi ve bu nedenle klinik tanının gecikmesidir. SEA'de tanı ve tedavide geçen zaman, hastalığın hızla paraplejiye ilerlemesi nedeni ile çok önemlidir. SEA'de parapleji; bası dışında enfeksiyöz

tromboflebitler, venöz hipertansiyon, sonuçta iskemi ve miyelomalaziye bağlıdır ve oluştuktan sonra düzelme beklenmez, tablo irreversibldir. Bu nedenle ateş, ağrı ve minör nörolojik bulgular önemsenmeli; lomber ponksiyonun nörolojik defisiti artırabileceği göz önüne alınarak, MR gibi tanı ve tedaviyi yönlendirebilecek non-invaziv tetkikler parapleji gibi kalıcı nörolojik bulgular yerleşmeden ivedilikle yapılmalıdır. Tedaviye kalıcı bulgular (parapleji) oluşmadan başlanmalıdır. Klinik; ateş, sırt ve kalça ağrısı şeklinde olabilir (5). Staphylococcus aureus en sık izole edilen etkindir (6). Radyolojik tanıda ilk seçenek MR (kontrastsız ağırlıklı T1 kesitlerde omurilikle karşılaştırıldığında izo-hipointens, T2 ağırlıklı kesitlerde hiperintens, kontrast madde verilmesi takiben çevresel kontrast tutan) olmakla beraber, ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi ile de apse tanısı konabilir (2). Tedavi; cerrahi dekompresyon, debridman ve önce İV, sonra PO uzun süreli (6-8 hafta) uygun antibiyotik tedavidir (4). SEA'lerde mortalite yaşlılarda, paraplejiklerde ve sepsis olan olgularda antibiyotik kullanımı ve cerrahiye rağmen günümüzde hala yüksektir.

SONUÇ

Tip I diabetik hastaların enfeksiyonlara eğilimi nedeniyle ağrı ve uyuşma gibi yakınmalar önemslenmeli, ayrıntılı nörolojik muayene yapılmalı, yakınması olanlar yakın takibe alınmalıdır. Morbidite ve mortaliteyi azaltmak ve küratif bir sonuç almak, ancak ağrı döneminde yapılacak tedavilerle elde edilebileceğinden tanı ve tedavide gecikilmemelidir. Parapareziden paraplejiye ilerleyiş çok hızlı olduğundan bu dönemde yapılacak tedavilerde prognoz açısından fazla ümit verilmemelidir.

KAYNAKLAR

1. Drevelengas A, Chourmouzi D, Grigoriadis C, Boulogianni G: Cervical para-spinal soft tissue abscess extending to posterior epidural space; Eur J Radiol Extra 47: 10-13, 2003
2. Huang JJ, Ruaan MK, Lan RR: Acute pyogenic psoas abscess in Taiwan: Clinical features, diagnosis, treatments and outcome. J Infect 40: 248-255, 2000
3. Joshi N, Caputo GM, Weitekamp M: Infections in patients with diabetes mellitus. N Engl J Med 341: 1906-1912, 1999
4. Lu CH, Chang WN, Lui CC, Lee PY, Chang HW: Adult spinal epidural abscess: clinical features and prognostic factors. Clin Neurol Neurosurg 104: 306-310, 2002
5. Rigamonti D, Liem L, Sampath P: Spinal epidural abscess: contemporary trends in etiology, evaluation and management. Surg Neurol 52: 189-196, 1999
6. Ross JS: Diskitis, osteomyelitis and epidural abscess. Core curriculum in Neuroradiology, Part II: Neoplasms and infectious diseases. Pp: 201-206, 1996