

Serebral Amip Absesi: Olgu Sunumu

Cerebral Amoeba Abscess: A Case Report

ÖZ

E.histolytica enfeksiyonu dünyada tropikal ve subtropikal birçok bölgede özellikle gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sağlık problemidir. Her yıl 100 binin üzerinde kişinin ölümünden sorumludur. Serebral amip absesi E.Histolytica enfeksiyonunun korkulan ve son derece nadir görülen bir komplikasyonudur. Beyin abseleri infant ve çocukluk döneminde nadir görülen, morbidite ve mortaliteleri yüksek olan bir durumdur. Klinik bulgular ve beyin omurilik sıvısının laboratuvar analizi ile menenjit tanısı almaktadırlar. 20 aylık kız hasta, yüksek ateş ve konvülziyon nedeniyle acil servise başvurmuş. Hastaya menenjit tanısı ile antibiyoterapi başlanmış. İzleminde klinik düzelme olmaması üzerine çekilen kraniyal BT'de serebral abse tanısı almıştır. Abse kültürlerinde üreme olmayan hastanın patoloji tarafından yapılan abse kapsülü yaymalarında amip trofozoitleri görülmüştür.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Amip, Beyin absesi, Entamoeba histolytica, Menenjit

ABSTRACT

Entamoeba histolytica is a major human pathogen, with possibly 10% of the World's population infected and causing up to 100000 deaths worldwide annually. cerebral amoebiasis associated with Entamoeba histolytica is very rare. Brain abscess is a rare situation in infants and children. The morbidity and mortality is high. Diagnosis is mostly confused with meningitis because of clinical symptoms and laboratory findings of the cerebrospinal fluid. A 20-month-old female patient was referred to our hospital with high fever and convulsions. She was diagnosed as meningitis. Proper antibiotherapy was given. There was no clinical regression. Brain abscess diagnosis was established by computerized tomography (CT) examination. There was no organism recovered from the abscess' cultures. Amoeba trophozoites were diagnosed by pathologists.

KEY WORDS: Abscess, Amebiasis, Entamoeba histolytica, Meningitis

Fikret BAŞKAN

S.B. Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi,
Beyin Cerrahi Kliniği, İzmir

Geliş Tarihi : 21.06.2007

Kabul Tarihi: 02.07.2007

Yazışma adresi:

Fikret BAŞKAN

Tel: 0 232 469 69 69

E-posta: fikretbaskan@hotmail.com

GİRİŞ

Beyin abseleri hematogen yol, komşuluk yolu ve penetran kraniyal travma veya nöroşirürjikal prosedürü takiben oluşabilirler. 1/4 oranında hiçbir kaynak bulunamaz. En sık etken streptokoklardır. Artmış intrakraniyal basınç (ICP) bulguları ile prezente olurlar. Papil ödemi 2 yaşından önce nadirdir. Nöbet sıklıkla görülebilmektedir. Yüksek oranda LP anormal olmasına karşın abses tanısı için hiçbir karakteristik bulgusu yoktur. Bir beyin absesini tedavi etmek için tek başına en iyi olan hiçbir metod yoktur.

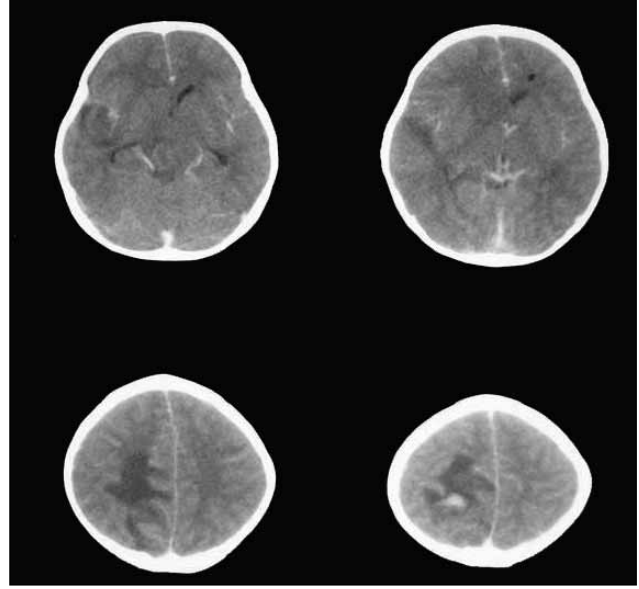
OLGU

20 aylık kız hasta, yüksek ateş ve konvülsiyon nedeniyle acil servise başvurmuş. Üst solunum yolu enfeksiyonu tanısı ile tedavi verilerek taburcu edilmiş. 1 hafta sonra yüksek ateş ve uykuya meyilli olması üzerine tekrar acil servise getirilmiş. Yapılan muayenesinde bilinç konfü, ense sertliği (+), Kerning (+) idi.

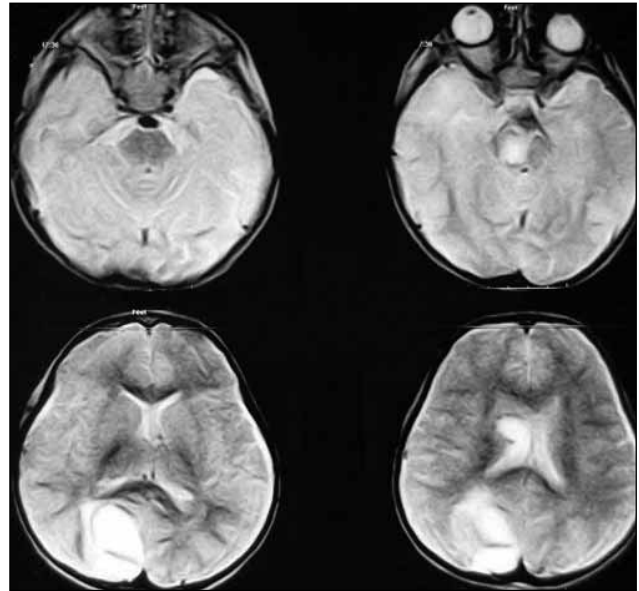
Rutin tetkilerinde enfeksiyon odağı saptanamayan hastanın yapılan lomber ponksiyon sonrası incelemesinde Pandy (++++), basınç artmış, protein 303mg\dl, glukoz 4mg\dl ve mikroskopide silme lokosit görülmesi üzerine menenjit tanısı ile vankomisin ile seftriakson başlanmış. İstenen C – Reaktif protein (4.16) ve sedimentasyon (83mm) değerleri enfeksiyon lehine yorumlandı. İzleminin 1. gününde sağ gözde pitoz ve sol hemiparezisi gelişti. 2. gününde bilincinde kötüleşme olan hastanın çekilen kraniyal BT'sinde multiple beyin abseleri görülmesi üzerine tarafımızca konsülte edilerek nakil alındı. (Şekil 1). Hastanın nörolojik durumu göz önüne alınarak acil operasyon planlandı. Sağ temporal ve pariyetal 2 adet abseye burrhole ile drenaj yapıldı.

Hastanın postoperatif 2. günde bilincinde belirgin düzelme oldu. Sol hemiparezi ve sağ gözde pitoz devam etmekte idi. Abseden yapılan kültürlerde üreme olmadı. Postoperatif 4. günde çekilen kraniyal MRG'de multiple beyin abseleri görüldü. Pons üzerindedeki 1x0.5 cm'lik beyin absesi mevcuttu. (Şekil 2) Hastanın kliniği göz önüne alınarak antibiyoterapi devamına karar verildi. Hastanın ateşinin düşmemesi üzerine tedavisine postoperatif 6. günde metranidazol eklendi. Salmonella ve Brusella Ig istendi. Ig'ler normal sınırlarda geldi. Postoperatif 1. ayda çekilen kraniyal MRG'de oksipitalde 4 adet büyük abse

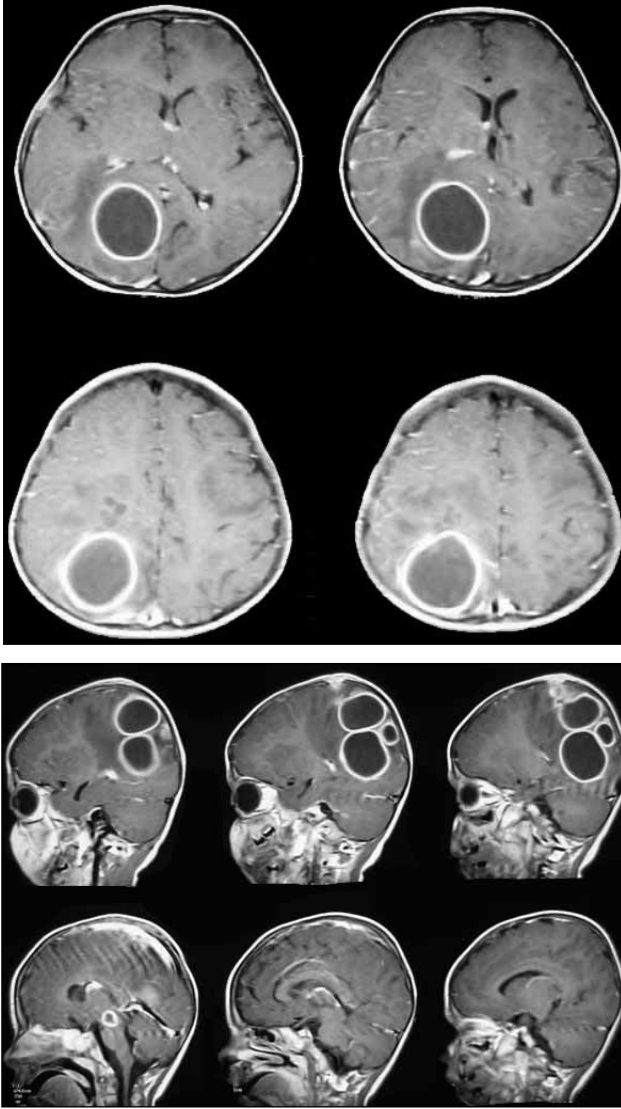
saptandı.(Şekil 3, Şekil 4). Tekrar operasyon planlanarak abseler kapsülleriyle beraber total çıkarıldı. Kültürlerinde yine üreme olmamasına rağmen abses kapsülünden yapılan yaymalarda amip trofozoitleri görüldü. Tedavisine devam edilen hastanın takiplerinde pitozisi ve sol hemiparezisi düzeldi. Kontrol kraniyal BT'de postoperatif değişiklikler dışında patoloji saptanmadı. (Şekil 5)



Şekil 1: Birden fazla beyin absesi kraniyal BT görüntüleme



Şekil 2: Burrhole ile drenaj sonrası 4. günde kraniyal MRG görüntüleme

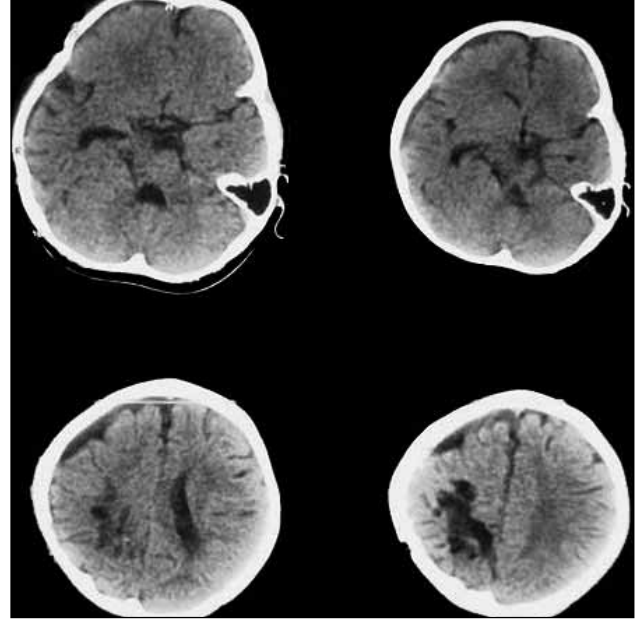


Şekil 3-4: Burrhole ile drenaj sonrası 1. ayda kranial MRG görüntüleme (aksiel ve sagittal planda)

TARTIŞMA

Beyin abseleri en sık hematogen yayılım yoluyla oluşurlar. %25'inde kaynak bulunamamakla birlikte toraks en yaygın kaynaktır. Erişkinlerde akciğer abseleri, bronşektazi ve ampiyem; çocuklarda siyanotik konjenital kalp hastalıkları, pulmoner arteriovenöz fistüller yüksek risk oluşturmaktadır. Komşuluk yolu ile de nazal sinüsten, mastoid hava sinüsü enfeksiyonundan frontal veya temporal apse oluşabilir. Genelde tek odak halindedir. Postnöroşirürjikal abse nadirdir(3).

En yaygın patojen streptokoklar olmakla birlikte değişen derecelerde üretilen multiple organizmalar genellikle anaeroplara içerir. C – Reaktif protein tüm



Şekil 5: Ameliyat sonrası beyin tomografilerinde ek patolojik bulgu görülmedi

enfeksiyöz durumlarda artar ve sensitivitesi %90'dır(4).

Menenjitin klasik triadı; ateş, baş ağrısı, meninks iritasyon bulguları beyin abselerinde de görülmektedir. Papil ödemi organik bir lezyon için prognostik olmakla birlikte 2 yaş öncesinde nadir görülür.

Absenin histolojik bulgulara dayandırılmış erken – geç serebrit ve erken – geç kapsül olmak üzere 4 evresi vardır. Kranial BT ile de ayrılabilen bu evreler tedavi yaklaşımı açısından yarar sağlayabilmekte ve cerrahi prosedürü değiştirebilmektedirler(2).

Serebral abselerin tedavisinde tanıyı doğrulamak ve patojenleri saptamak için hemen her olguda doku elde edilmelidir. Proflaktik 6 hafta kadar antibiyotik alan hastaların iyi kapsüllü abselerinde daha sonra mikroorganizma üretilenmiştir(1,5).

Serebrit evresinde yakalanmış, 3cm'den küçük ve medikal tedavinin 1. haftasında tamamen klinik düzelme gösteren abseler için tek başına medikal tedavi başarılı olabilmektedir.

Kranial BT'de anlamlı kitle etkisi, artmış intrakraniyal basınç, ventriküle yakınlık, kötü nörolojik durum cerrahi için endikasyon teşkil eder. Tıbbi olarak tedavi edilen hastalarda; nörolojik kötüleşme olması, absenin ventriküllere doğru

genişlemesi, 2 hafta geçmesine rağmen absede büyüme olması, dört hafta geçmesine rağmen küçülme olmaması cerrahi düşündürmelidir(8).

Cerrahi tedavide; multiple ve derin lezyonlarda veya serebrit safhasındaki lezyonlarda iğne aspirasyonu yapılmalıdır. Yalnız drenaj çoğu zaman medikal tedavi ile birlikte yeterli olmaktadır. Total eksizyon yalnız 4. evre kapsül fazında uygulanabilmekte, abse herhangi bir tümör gibi total olarak çıkarılmaktadır. Antibiyotik kullanım süresi bu durumda kısaltılabilir(6,9).

Medikal tedavide vankomisin ve 3. kuşak sefalosporine ek olarak metranidazol veya kloramfenikol başlanmalıdır. Tedaviye intravenöz 6-8 hafta devam edilmelidir. BT'de tam düzelme olmasa da bu süre yeterlidir. Absenin kapsülü ile birlikte eksize edildiği hastalarda bu süre kısaltılabilir. Steroidler antibiyotiklerin apse içine drenajını azatlıkları için belirgin kitle etkisine bağlı kötüleşmeler için saklanmalıdır.

Radyolojik izlem antibiyoterapi süresince haftalık aralıklarla tedavi bitiminde de rezolüsyona kadar (yaklaşık 3.5 ay) 15 günlük aralıklarla tekrarlanmalıdır. Sonrasındaki 1 yılda da 2-4 aylık aralıklarla BT tekrarı yapılmalıdır.

Sonuç olarak; serebral absede mortalite %15-20, nörolojik defisit %45, geç fokal veya jeneralize nöbet %27, hemiparezi %29 oranında görülmektedir(7). ICP artışı semptomları olan olgularda lomber ponksiyon yapılmadan ve antibiyoterapi

başlanmadan önce kraniyal BT tetkiki istenmeli abse saptanan olgularda doku elde edildikten sonra antibiyoterapi başlanmalıdır. Bu şekilde hem lomber ponksiyon ile transtentoryal herniasyon riskinden kaçınılmış, hem de etken patojen ajana yönelik antibiyotik başlanmış olacağı kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Black P, Graybill J R, Charache P: Penetration of Brain Abscess by Systemically Administered Antibiotics. J Neurosurg 38: 705-709, 1993
2. Britt R H, Enzmann D R: Clinical Stages of Human Brain Abscesses on Serial CT Scans after Contrast Infusion. J Neurosurg 59: 972-989, 1983
3. Garvey G: Current Concepts of Bacterial Infections of the Central Nervous System: Bacterial Meningitis and Bacterial Brain Abscesses. J Neurosurg 59: 735-744, 1993
4. Grimstad I A, Hirschberg H, Rootwelt K: ^{99m}Tc-Hexamethylpropyleneamine Oxime Leukocyte Scintigraphy and C-reactive protein Levels in the Differential Diagnosis of Brain Abscesses. J Neurosurg 77: 732-776, 1992
5. Heineman H S, Braude A I, Osterholm J L: Intracranial Suppurative Disease. JAMA 218: 1542-1547, 1971
6. Hollander D, Villemure J-G, Leblanc R: Thalamic Abscess. A Stereotactically Treatable Lesion. Appl neurophysiol 50: 168-171, 1987
7. Rosenblum M L, Hoff J T, Norman D, et al : Decreased Mortality from Brain Abscess Since Advent of CT. J Neurosurg 49: 658-668, 1978
8. Rosenblum M L, Hoff J T, Norman D, et al: Nonoperative Treatment of Brain Abscesses in Selected High-risk Patients. J Neurosurg 52: 217-225, 1980
9. Stephanov S: Surgical Treatment of Brain Abscess. Neurosurg 22: 724-730, 1988