

Sakral Subdural Abse: Olgu Sunumu

Murat TAŞKIN, Kemal AVLAR, Ahmet DİKİLİTAŞ, İsmail KARACA, Levent UYSAL

ÖZET

Spinal subdural abseler nadir görülürler. Şimdiye kadar literatürde yalnızca 45 olgu yayımlanmıştır. Daha önce yayınlanan spinal subdural abselerden hiçbirisi sakral yerleşimli değildirler. Bu yazıda sunulan olgu kliniği oldukça yavaş seyreden pür sakral spinal subdural bir absedir. Spinal abse olgularında sorumlu mikroorganizma genellikle Stafilokokus aureus'tur, ancak bu olguda Klebsiella pneumonia üretilmiştir. Bu olgunun anatomik lokalizasyonu ve sorumlu patojen mikroorganizma yönünden bir benzeri daha önce literatürde bildirilmemiştir.

Anahtar kelimeler: Subdural abse, spinal, sakral, klebsiella pneumonia

Düşünen Adam; 1995, 8 (1): 52-55

SUMMARY

Spinal subdural abscess is a rare entity. Only 45 cases are reported in the literature, but non of them is located in the sacrum. In this case report, a slow progressing, pure sacral, subdural abscess is discussed. While the offending organism is Staphylococcus aureus in most of the cases, Klebsiella pneumonia was detected in our case. There is no such located case and a Klebsiella pneumonia abscess in the literature.

Key words: Subdural abscess, spinal, sacral, klebsiella pneumonia

GİRİŞ

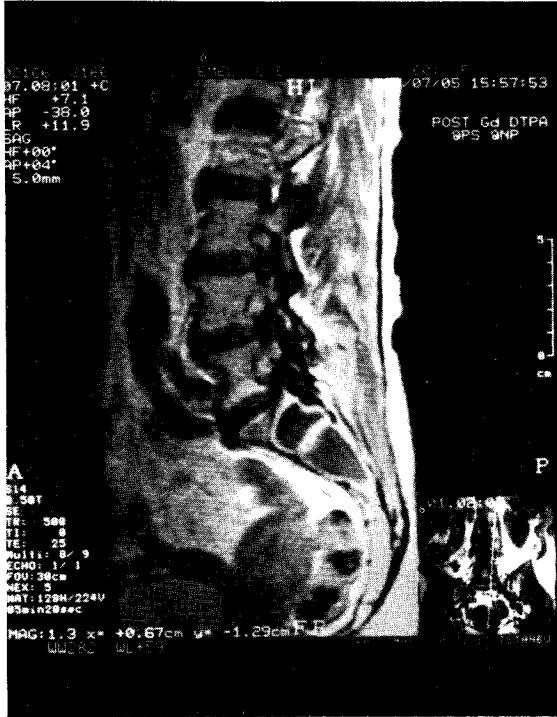
Spinal subdural abseler, spinal epidural abselere oranla çok nadirdir. Sitting'in 1927 yılında ilk spinal abse olgusunu bildirmesinden bu yana 44 olgu daha yayımlanmıştır. Spinal subdural abselerin çok nadir olması ve eskiden MRI gibi gelişmiş tanı yöntemlerinin bulunmaması nedeniyle kesin tanı konulması hem zor olmaktaydı, hem de uzun zaman almakta ve morbidite ve mortalitenin yüksek olmasına neden olmaktaydı.

OLGU SUNUMU

60 yaşındaki bayan hastada 1970 yılında akromegali tespit edilerek bu nedenle 1989 yılında akromega-

linin arrest olmasına kadar geçen süre içerisinde uzun süre bromokriptin kullanmıştır. Kliniğimize kabulünden 5 ay kadar önce titreme ile birlikte ateş nöbetleri olmuş. Bu nöbetlerin sıklaşması üzerine üriner enfeksiyon tanısı ile antibiyotik tedavisine başlanmış. Daha sonra IVP yapılarak sağ böbreğinde hipogenezi tespit edilmiş. 1 ay önce özellikle solda daha fazla olmak üzere her iki bacağına da ağrı başlamış. Daha sonra üriner sfinkter kontrolünde önce retansiyon, daha sonra inkontinans şeklinde bozukluk ortaya çıkmış. Bunun üzerine yapılan MRI tetkikinde sakral subdural abse tespit edilerek kliniğimize yatırıldı.

Yapılan fizik muayenesinde kardiyopulmoner patoloji saptanmadı, batin muayenesi normaldi. Nö-



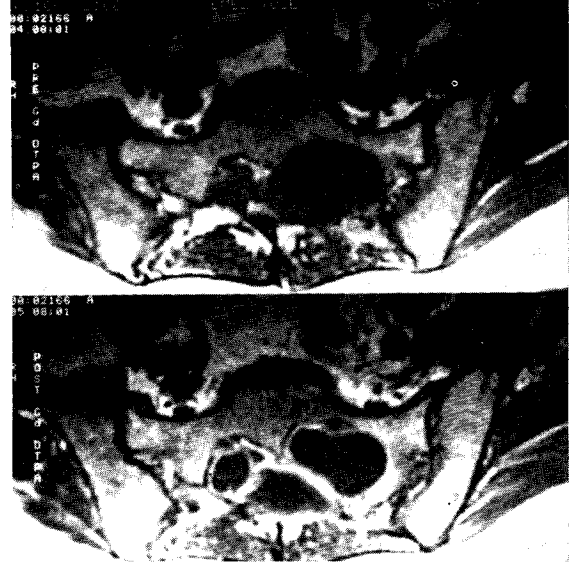
Resim 1.

rolojik muayenesinde, inkontinans tarzında sfinkter kusuru dışında patoloji saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde; Kanda üre: 73 mg/dl, kreatinin: 1.44 mg/dl, sedimentasyon: 80 mm/1 saat, 140 mm/2 saat. Kanda lökosit: 9200, eritrosit: 2800000, hematokrit: % 27 bulundu.

Nöroradyolojik inceleme olarak sadece MRI'dan yararlandı. MRI'da sakral düzeyde intradural mesafeyi tümüyle dolduran solid özelliğe, sakrumda erozyona yol açıp sakral foramenlerden uzanımı olan kistik komponentli kitle tesbit edildi (Resim 1,2).

Hastaya preoperatif anemi ve üremi tedavisi yapıldı. Ameliyatta sakral laminektomi yapıldı, duranın şiş ve balone olduğu görüldü. 20 gauge injektör iğnesi ile ponksiyon yapıldı. Sarı renkli ve bulanık abse sıvısı aspire edildi. Daha sonra dura geniş olarak açıldı, granülasyon dokusundan ve pü'den örnek alındı. Subdural mesafeye dren konularak dura kapatıldı.

Alınan abse materyelinden yapılan kültürde Klebsiella pneumonia üretilti. Postoperatif dönemde bir hafta süreyle her gün ceftriaxone 2 g/gün ve ciprofloksacin 1 g/gün uygulandı. Operasyondan 9 gün



Resim 2.

sonra hasta taburcu edildi. Periyodik kontrol muayenelerinde nöropatolojik bulgu saptanmadı, sadece hasta perianal bölgede dolgunluk hissinden yakınıyordu. 3 ay sonra bu yakınması da geçen hasta tamamen defisitsiz olarak normal yaşamına döndü.

TARTIŞMA

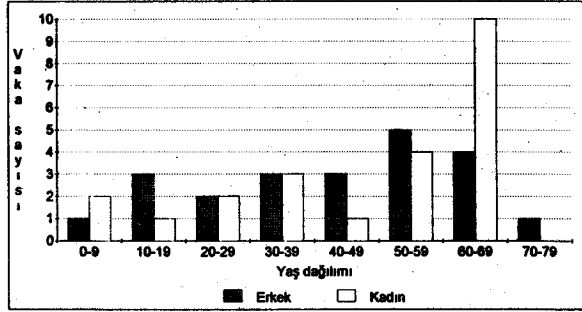
Literatürde burada sunulan olgu da dahil olmak üzere toplam 46 olgu yayınlanmıştır (1,5,7,13,17). Spinal subdural abselerde cinsiyete göre görülme oranı K/E=1.1/1'dir. Yaş dağılımı 9 aydan 77 yaşa kadardır. Yaklaşık olarak olguların % 50'si 40-70 yaşları arasındadır. Erkeklerde 5 ile 6. dekatlarda, kadınlarda ise 7. dekatda daha sıktır (13) (Tablo 1,2).

Spinal subdural abselerin klinik görünümü esas olarak lezyonun lokalizasyonuna bağlı olarak değişen nörolojik defisitler, spinal veya kök ağrısı ve ateştir. Ateş olguların % 55'inde ilk semptom olmaktadır. Ancak olguların % 84.4'ü spinal veya kök ağrısı ile başvururlar. Hastalığın seyri sırasında olguların yaklaşık % 80'inde motor defisit, % 56'sında duyu kaybı ve % 55'inde sfinkter kusuru tespit edilmiştir.

Spinal subdural abseler, klinik olarak semptom ve bulguların ağırlığına göre 3 döneme ayrılırlar:

Dönem I: Spinal veya kök ağrısı olsun veya olmasın ateşin olması,

Tablo 1.



Dönem II: Motor defisit, duyu kaybı ve sfinkter kuruşu bulunması,

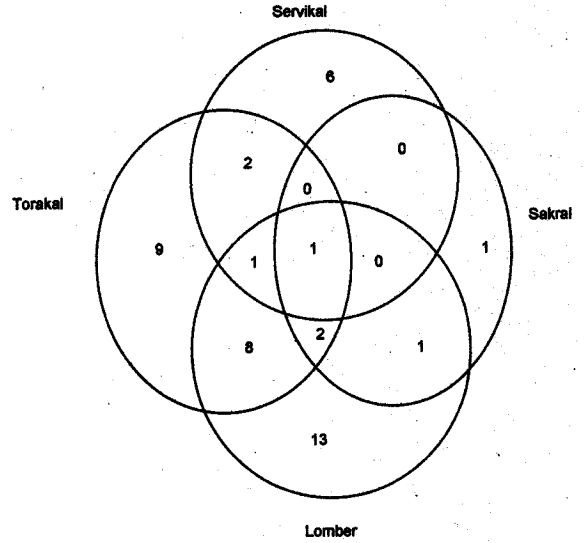
Dönem III: Lezyon seviyesinin altında paraliz ve komple duyu kaybı olması (6).

Burada sunulan olgu Dönem I ve II arasında olarak değerlendirildi. Literatür olgularında semptomların başlangıcı ile tanı arasında geçen süre 1 günden 1 yıla kadar değişmektedir. Klinik seyir süresi 1 haftadan kısa olanlar akut, 2-8 hafta arasında olanlar subakut, 8 haftadan daha uzun olanlar da kronik olarak isimlendirilir. Literatürdeki olguların 28'i subakut, 7'si kronik, 5'i akut. 6 olguda hastalığın süresi belirlenememiştir. Bizim olgu ise kronik olarak değerlendirildi. Spinal subdural abselerin lokalizasyonlarına göre dağılımı Tablo 2'de görülmektedir. Ayırıcı tanı, akut transvers myelit, spinal epidural abse, spinal epidural hematoma, vertebral osteomyelit ve intraspinal tümörler ile yapılmalıdır.

Rapor edilen olguların çoğuna myelografi ile tanı konulmuştur. Myelografi yapılan 30 hastanın 28'inde myelografik pozitif bulgular belirlenmiştir (11,13,16). Sadece 7 hastaya CT yapılmış, bunların 5'inde intraspinal yer kaplayan lezyon tesbit edilmiştir. Bizim olgumuz da dahil olmak üzere sadece 2 hastaya MRI tanı konulmuştur (8). Tedavi olarak acil cerrahi drenaj ve antibiyotik tedavisi en uygunudur. Cerrahi tedavi gören 40 hastadan 33'ü postoperatuvarda takip yapılabilmüş ve bunların hepsinde de kısmi veya tamamen iyileşme gözlenmiştir.

Klinik ve nöroradyolojik olarak spinal abseden şüpheleniliyorsa acil cerrahi dekompresyon ve drenaj uygulanmalı ve alınan materyelden yapılan kültür antibiyogram sonucuna göre uygun antibiyotik tedavisi başlanmalıdır. Epidural ve subdural spinal abselerin birlikte bulunabileceği gözönüne alınarak; bir

Tablo 2.



epidural abse boşaltıldıktan sonra gergin ve non-pulsatil bir dura varsa mutlaka absenin varlığı kontrol edilmelidir (14).

Olgumuzda olduğu gibi kronik subdural abselerde pün'nün yanısıra granülasyon dokusunun da bulunmamasının oranı oldukça yüksektir. Olguların hemen hepsinde sebep olan ajan tespit edilmiş ve hepsinde de Stafilococcus aureus üretilmiştir. Absesi oluşturan organizmalar bir veya birkaç root'u takip ederek subdural mesafeye ulaşırlar. Büyük sıklıkla fronculus gibi uzak periferik enfeksiyonlardan hematogen yolla yayılarak oluşurlar. Direkt yayılması ise az rastlanan bir yoldur.

Spinal subdural abselerin lomber ponsiyon, lokal anestetiklerin injeksiyonu ve diskografi gibi iatrojenik sebeplerle tam olarak ilişkili olduğu belirlenmiştir (1,2,3,4,9,10,12,15). 10 olguda hastanın enfeksiyona karşı direncini azaltan hastalık veya faktörün varlığı gösterilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Abbet KH: Acute subdural spinal abscess. Report of a case. Bull Los Angeles Neurol Sci 5:227-231, 1940.
2. Arnett JH: Meningococcic (later also Staphylococcic) meningitis, low spinal subaracnoid block, abscess, laminectomy. re7.
3. Dus V: Spinal peripachymeningitis (epidural abscess). Report of 8 cases. J Neurosurg 17:972-983, 1960.
4. Harris LF, Haws FP, Triplett JN: Subdural empyema and epidural abscess. Recent experience in a community hospital. South Med J 80:1254-1258, 1987.

5. Hasketh KT: Subdural abscess of the lomber cord. Report of a patient with recurring paraplegia. *Paraplegia* 3:161-164, 1965.
6. Heusner AP: Nontuberculous spinal epidural infections. *N Engl J Med* 239:845-854, 1948.
7. Hirsen C: Spinal subdural abscess. *Lancet* 2:1215-1217, 1965.
8. Kurokawa Y, Hashi K, Fujishige M: Spinal subdural empyema diagnosed by MRI and recovery by conservative treatment. *No To Shinkel* 41:513-517, 1989.
9. Lewnie SP, Ferguson GG: Spinal subdural empyema complicating cervical discography. *Spine* 14:1415-1417, 1989.
10. Negrin J Jr, Clarc RA Jr: Pyogenic subdural abscess of the spinal meninges. Report of two cases. *J Neurosurg* 9:95-100, 1952.
11. Patronas NJ, Marx WJ, Duda EE: Radiographic presentation of spinal abscess in the subdural space. *AJR* 132:138-139, 1979.
12. Probst C, Wicki G: Spinale subdurale empyema und Abszesse. *Schweiz Arch Neurol Neurochir Psychiatr* 134:53-70, 1984.
13. Ronald HB, de Jong TR, Gredenhuys JA: Spinal subdural abscess. *J Neurosurg* 76:307-311, 1992.
14. Sittig O: Metastetischer Rückenmarksabszess bei septischem abortus. *Z Neurol Psychiatr* 107:146-151, 1927.
15. Takenaka K, Kebeyashi H, Niikawa S: Spinal subdural abscess -report of a case and a review of the literature of 43 cases. *No To Shinkel* 41:331-336, 1989.
16. Theedeteu B, Weesley RE, Whaley RA: Spinal subdural empyema: Diagnosis by spinal computed tomography. *Surg Neurol* 21:610-612, 1984.
17. Walker AE, Bucy PC: Congenital dermal sinuses: a source of spinal meningeal infection and subdural abscess. *Brain* 57:401-421, 1934.

becyia