

**DİSK CERRAHİSİNDEN SONRA GÖRÜLEN KAPALI
MESAFE İNFEKSİYONLARI**

Dr. Aşkın Karadayı *

Dr. Yücel Kanpolat **

Disk cerrahisinin Türkiye'de çok yapılır hale gelmesi nedeni ile buna ait bazı sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bu sorunlardan biri olan kapalı mesafe infeksiyonları nadir görülmekle beraber, bazı yönlerin bilinmesi gerekmektedir. Bunlar şöyle sıralanabilir :

1. Yara yerinde infeksiyon bulunmadığından bunlar kolayca gözden kaçabilmektedir.

2. Erken devrelerde radyolojik belirtiler bulunmamaktadır.

3. Yukardaki nedenlerle hastalar (Özellikle kadın hastalar) histerik olarak nitelendirilmektedir.

4. Buna karşı bu komplikasyonun erken devrede teşhis ve tedavisi gerekir. Kronik vak'alarda tedavi çok güçleşmekte ve çoğunlukla ameliyat gerekmektedir. Ayrıca hastalar kronik infeksiyon nedeni ile amiloidoz tehlikesi ile karşılaşmaktadırlar.

Vak'a 1 : D. E., 41 yaşında (Port. No : 68/1855)

17.10.1968 tarihinde bel ve sol bacağına iki yıldır mevcut ağrı şikayeti ile müracaat etti. Yapılan muayene ve tetkikleri sonucu sol L₄₋₅ disk hernisi tespit edilerek 18.10.1968 tarihinde sol L₄₋₅ hemiparsiyel laminektomi ile herniye disk çıkartıldı.

Postoperatif 4. günden itibaren yüksek ateş ve konfüzyon başladı. Laboratuvar tetkikleri sonucu yüksek üre ve anemik kan tablosu tespit edildi. Hastada idrar yolu infeksiyonu bulunduğundan özel antibiyotiklere başlandı. Kan üresi tıbbi tedavi ile normal değerlere düştü.

Bel ve bacaklarda devamlı olarak şiddetli ağrılar mevcuttu. Çekilen direk grafiler ve tekrarlanan miyelografi normal bulundu. 11.11.1968 tarihinden

* A. Ü. Tıp Fakültesi Nöroşirürji kliniği doçenti.

** A. Ü. Tıp Fakültesi Nöroşirürji kliniği asistanı.

de yapılan psikiatri konsültasyonunda nörotik şikayetlerin mevcut olduğu bildirildi. 6.12.1968 tarihinde çekilen lombo - sakral grafilerde L_{4-5} aralığının daraldığı ve L_4 alt ve L_5 üst korpus kenarlarında harabiyet tesbit edilerek kapalı mesafe infeksiyonu düşünüldü.

9.12.1968 de sağ gluteal bölgede flüktüasyon veren bir kitle tespit edildi ve 12.12.1968 tarihinde bu kitle açıldı. 1 litreye yakın pürülan sıvı boşaltıldı. 20.12.1968 tarihinde ise sol gluteal abse drene edildi. Yapılan ortopedi konsültasyonu sonucu öğütlenen antitüberküloz tedavie başlandı. Bu arada hastaya kan trasfüzyonları, anabolizanlar ve proteinden zengin bir diet verildi. Pasif hareketler ve masaj yaptırıldı.

Hastanın ameliyat yerinde herhangi bir infeksiyon mevcut değildi.

Laboratuvar muayenelerinde sedimentasyon 23.11.1968 de 144 mm/s, 7.12.1968 de 150 mm/s, 18.1.1969 da 115 mm/s, 15.2.1969 da 140 mm/s, bulundu.

Hasta sahibinin isteği ile 26.2.1969 tarihinde şiddetli ağrıları ve ateşi mevcut fakat abse yerlerinden akıntı kesilmiş halde evine gönderildi.

28.8.1969 tarihinde kontrola geldi. Hastahaneden çıktıktan sonra 3 ay süre ile ateş ve ağrı şikayetlerinin gittikçe azalarak devam ettiği antibiotikleri 1 aya yakın bir süre kullandığı ve sonra kestigi, kuvvetli gıda alarak pasif hareketlere ve masaja devam ettiği öğrenildi.

Muayenesi bilateral bacak kaldırma testi 80 derecede müsbet bulundu. Bilateral Aşıl refleksi kaybı, bilateral dorsal ve plantar fleksiyonda zayıflık, s_1 dermatomunda hipoestezi tespit edildi. Hasta rahatça yürüyordu, ve ağrıları tamamen kaybolmuştu.

1.9.1969 tarihinde çekilen lombo - sakral kontrol garfisinde gerek L_{3-4} gerekse L_{4-5} araklıklarında füzyon meydana geldiği ve L_4 korpusunda deformasyon tesbit edildi (Şekil : 1).

Fizik tedavi öğütlendi.

1.12.1969 tarihinde yapılan kontrol muayenesinde bir değişiklik tespit edilemedi.

Vak'a 2 : N. E., 35 yaşında kadın (Prot. No : 70/113).

Bel ve sol bacakta ağrı şikayetleriyle 26.2.1970 tarihinde hususi bir hastahane de sol L_{4-5} disk hernisi tanısı ile ameliyat edilen hasta ilk 3 gün normal seyretmiş, bundan sonra 10 gün süre ile ateş ve sağ kalçada ağrı husule gelmiş.

Kliniğimize 18.3.1970 tarihinde sağ kalça ve bacağındaki şiddetli ağrıları nedeni ile yatırıldı. Çekilen grafileri normal bulunan hasta yatak istirahatine alındı. Çeşitli konsültasyonlar yapılmasına rağmen hiçbir niteceye varılamadı ve 1.4.1970 tarihinde çıkarıldı.



Şekil : 1 — Birinci vak'anın yan
lumbo-sakral grafisi : L_{3-4} ve
 L_{4-5} aralıklarında füzyon ve L_4
korpusunda deformasyon
görülmektedir.

Yara yerinde infeksiyon tespit edilemedi.

8.4.1970 tarihinde şiddetli ağrı şikayetleri ile tekrar müracaatla yatırıldı. Belinde en ufak bir hareketle şiddetli ağrı ve spazmalar meydana geliyordu.

12.4.1970 tarihinde çekilen dorsolomber grafilerde L_{4-5} mesafesinde infeksiyon tespit edildi. L_4 korpusunun alt L_5 korpusunun üst kenarı intizamsız görünümde idi.

Alçı yatağı, antibiyotik, kas gevşetici ilaçlar ve analjezikler verilen hasta, 15.5.1970 tarihinde ağrıları tamamen geçmiş olduğu halde çıkarıldı.

Hastanın laboratuvar bulguları tamamen normaldi. Ancak sedimantasyon şu şekilde seyretti : 19.3.1970 de 104 mm/s., 8.4.1970 de 69 mm/s., 28.4.1970 de 23 mm/s., 8.5.1970 de 10 mm/s.

13.6.1970 tarihinde yapılan kontrolde nörolojik muayenesi normal bulundu. Ağrıları tamamen geçmişti. Çekilen kontrol grafilerinde L_{4-5} aralığında füzyon meydana geldiği tespit edildi.

Vak'a 3 : B. Y., 45 yaşında, erkek (Prot. No : 70/1653).

24.7.1970 tarihinde bel ve sağ bacağındaki ağrı şikayetleriyle kliniğimize yatırılarak 27.7.1970 tarihinde sağ L_{3-4} disk hernisi hemiparsiyel laminektomi ile çıkarıldı. Postoperatif durumu normal seyreden hasta, 4.7.1970 tarihinde çıkarıldı.

1.10.1970 tarihinde bel ve sağ bacağındaki şiddetli ağrı şikayetleri ile müraa-
aat etti. Belinde ağrı en ufak hareket dahi yapamayacak kadar fazla idi. 12.10.1970 tarihinde çekilen grafilerde L_{3-4} mesafesinde infeksiyon düşünüldü. 14.10.1970 tarihinde alçı yatağına alındı. 12.11.1970 tarihinde ayağa kaldırılan hastanın ağrılarının kaybolmuş olduğu görüldü. Bacak hareketleri serbestti. Direk radyolojik tetkikte L_{3-4} arasında füzyon meydana geldiği ve açıklığı sağa bakan bir skolyoz hali tespit edildi. (Şekil : 2).



Şekil : 2 — Üçüncü vak'anın A-P lumbosakral grafisi : L_{3-4} arasında füzyon ve açıklığı sağa bakan bir skolyoz hali görülmektedir.

Sedimentasyon 15.7.1970 tarihinde 30 mm/s., 2.10.1970 tarihinde 79 mm/s, bulundu.

23.11.1970 tarihinde ağrıları tamamen geçmiş olarak çıkarıldı.

TARTIŞMA

Mesafe infeksiyonları az görülmekle beraber disk cerrahisinin en önemli komplikasyonlarından biridir. Kliniğimizde 1965 Haziranı ile 1970 yılı sonu arasında ameliyat edilmiş 221 vak'anın üçünde bu komplikasyona rastlanmıştır (% 1,3) Sullivan² bu oranı % 1 den küçük olarak belirtmektedir.

Bu komplikasyonun erken teşhis ve tedavisi şarttır. Ancak bazı nedenler teşhisi zorlaştırmaktadır.

1. Yara yerinde infeksiyon bulunmayışı³ : Hastalarımızdan sadece birinde kısa süreli hafif bir yara infeksiyonu tespit edilmiş olup, diğer ikisinde yara tamamen temiz bulunmuştur. Bu, yara yerinde infeksiyon bulunmamasının mesafe infeksiyonu ihtimalinin ortadan kaldırmayacağını gösterir.

2. Sistemik reaksiyonların olmayışı^{2,3} : İlk hastamızın yüksek ateşle seyretmesi haricinde diğer iki hastada sistemik reaksiyonlar normaldi. İkinci hastamızda ameliyattan sonra kısa süreli ateşli bir devre mevcutsada, kliniğimizde yattığı sürece sistemik reaksiyonları normaldi. Ancak sedimantasyon her 3 hastada da yüksek değerlerde idi. Sedimantasyon yüksekliği hastaların gerek teşhis gerekse tedavilerinin takibinde elimizdeki tek vasıta^{2,3}.

Hastalarımızın sedimantasyonları 150 mm/s., 104 mm/s., ve 79 mm/s.a kadar yükselmiştir. İkinci hastamızın sedimantasyonu hastalığın klinik seyriyle paralel gitmektedir. Bu hastamızda sedimantasyon 104 mm/s., 69 mm/s., 23 mm/s. ve en sonunda klinik şifa ile beraber 10 mm/s.a düşmüştür. Maalesef diğer iki hastamızın sedimantasyonları iyileştikten sonra kontrol edilememiştir.

3. Erken devrelerde grafiler normal bulunmaktadır^{2,3} : Bizim 3 hastamızda da grafiler negatiftir. Hastalarımızda ancak ameliyatın 48, 44 ve 75. günlerinde çekilen grafilerde mesafe infeksiyonuna ait radyolojik belirtiler tespit edilebilmiştir. Bu bulgular vertebral korpuslarında deformasyon ve destrüksiyon, aralığı husule getiren korpus kenarlarında intizamsız görünüm, disk mesafesinin daralması.

4. Hastalarımızdan iki tanesi kadın olup bunlar başlangıçta histerik olarak nitelendirilmiştir. Bu literatürdeki vak'alarda da sıklıkla yapılan bir yanılmadır^{2,3}.

5. Hastanın ameliyattan sona bir süre semptomsuz olması : Birinci hastamız ameliyattan sonra hiç düzelmemiştir. İkinci hastamız ameliyattan 3 - 4 gün sonra meydana gelen ve 10 gün süren hafif ateş ve ağrı hariç tutulursa normal sayılabilecek bir postoperatif devre geçirmiştir. Üçüncü hastamızın postoperatif seyri ise tamamen normaldir.

Böylece diyebiliriz ki, kapalı mesafe infeksiyonlarında, teşhisi yalnız yola götürecek birçok etken mevcuttur. Buna karşı sedimantasyon hariç tutulursa erken devrede kesin teşhisi sağlayacak tek yol klinik bulgulardır.

Bu yönden en önemli semptom ağrıdır. Ağrı ameliyattan önceki ağrıya bazı farklar gösterir. Bunlar çok şiddetli olması ve lokalizasyonudur. Her üç hastamızda da ağrı çok şiddetli idi. Hastalar bunun şiddet yönünden hiçbir şekilde preoperatif ağrı ile kıyaslanamayacak kadar fazla olduğunda birleşiyorlardı. Hastalar en ufak bir hareketi bile yapamıyor, karyolalarının hafifçe sallanmasında bile şiddetli ağrılar hissediyorlardı. Ayrıca bu hastalarda ağrının lokalizasyonunda değişik olmaktadır. Birinti vak'ada preoperatif lokalizasyon bel ve sol bacakta olduğu halde, sonraki ağrı bel ve her iki bacağındadır. İkinci vak'ada ağrı önce bel ve sol bacakta olduğu ve esasen diskte soldan çıkarıldığı halde, sonraki ağrılar bel ve sağ bacağına olmuştur. Üçüncü vak'a da ağrı lokalizasyon yönünden herhangi bir fark göstermemiştir.

İkinci klinik bulgu ise beldeki spazmlardır. Bu bulgu bizim üç hastamızda da mevcuttu.

Tedavi erken devrede oldukça yüz güldürücüdür. Kanımıza göre hastanın iyileşebilmesi için füzyon meydana gelmesi şarttır. Erken devrede tedavi tesbit, antibotik tedavisi, analjezik, trankilizan ve kasgevşetici ilaçlardan ibarettir. Biz alçı tespit için yeterli olduğu kanısındayız. Ayrıca bu tespit yolu hastalarca da daha kolay tolere edilmektedir. Hastalar en az bir ay alçı yatağında yatırılmalıdır. Hastanın ayağa kalkması için klinik olarak düzelmesi ve sedimantasyonunun normale dönmesi gereklidir. Antibiotik seçiminde mutlaka kültür gerekmez. Geniş spektrumlu antibiotikler kullanılabilir. Eğer bu tedaviye rağmen geçmez ve sedimantasyon normale dönmezse ameliyat gerekebilir.

Ameliyatta posteriorveya anterior girişin seçilmesi tartışmalıdır. Thibodeau³ arka yolun duranın yırtılarak infeksiyonun yayılmasına sebep olabileceği ve drenajın iyi olmadığı nedeniyle sakıncalı olduğunu irdia ederek önden girişin daha üstün olduğunu savunmaktadır. Bu yazarın kullandığı metod Hovanian'ın¹ ilioinguinal lenf bezlerinin total çıkarılması için kullandığı girişin modifikasyonudur. ,

Kronik vakalarda amiloidozis tehlikesi mevcuttur.

ÖZET

Bu yazıda 3 kaplı mesafe infeksiyonu takdim edilmiş, ve bu vak'aların teşhis ve tedavisi gözden geçirilmiştir. Yazarlara göre, teşhisi sistemik belirtilerin olmaması, erken devrede radyolojik belirti bulunmaması, kadın hastaların histerik olarak nitelendirilmeleri ve yara yerinde infeksiyon bulunmaması zorlaştırmaktadır.

Hastalığın teşhis ve tedavisinin takibinde en önemli labarotuar bulgusu sedimantasyondur. Teşhis ağrı ve beldeki spazmlarla konabilir. Tedavi erken devrelerde tesbit, antibotik, analjezik, trankilizan ve kasgevşeticilerin kullanılmasıdır. Bu tedaviye rağmen ağrı geçmez ve sedimantasyon normale dönmezse ameliyat yapılabilir. Ameliyatta anterior posterior yolla mesafe drene edilir.

Takdim edilen vak'aların üçüde konservatif tedavi ile şifa bulmuşlardır.

SUMMARY

Closed space infection following disc surgery;

In this paper, three patients with closed space infection following disc surgery have been presented and the diagnosis and treatment have been studied. According to the authers, the absence of the causes of difficulty in diagnosis. The most important labarotory systemic reactions, negative X-ray in the early period, false diagnosis of Hysteria in female cases and lack of wound infection are finding is accelerated sedimentation rate in diagnosis and follow-up. Clinical diagnostic criteria are pain and spasms. Treatment consist of immobilization, analgesics, antibiotics, tranquilizers and myore-

laxants in the early period. In chronic cases, drainage by anterior or posterior approach can be used.

LİTERATÜR

- 1 — HOVANIAN, A. P.: Radical ilioinguinal lymphatic excision. Ann. Surg., 135: 520, 1952.
- 2 — SULLIVAN, R. C. DICHEL, W. H. and SVIEN, H. J.: Infections of Vertebral interspaces after operation in intervertebral discs. J.A.M.A., 166, suppl. 16: 1973, 1958.
- 3 — THIBODEAU, A. A.: Closed space infection following removal of lumbar intervertebral disc. Clin. Neurosurg., 14: 337, 1967.

(Mecmuaya geldiği tarih: 10.4.1971)