

Spontan Servikal Vertebral Osteomyelit: Olgu Sunumu

Olçay ESER¹, Adem ASLAN, Murat COŞAR¹, Önder ŞAHİN², Serhat KORKMAZ¹

¹Kocatepe üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nöroşirürji AD, Afyonkarahisar,

²Kocatepe üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji AD, Afyonkarahisar

ÖZET

Servikal bölgede spontan gelişen vertebra osteomyeliti olgusunu sunmaya amaçladık. Servikal vertebra osteomyeliti en sık hematogen yayılım ile görülürken daha az olarak spontan, cerrahi operasyon sonrası, travmatik olarakda görülebilir. Servikal vertebra osteomyelitinin tanısı ve tedavisinin geciktirilmesi durumunda ciddi nörolojik problemler ortaya çıkabilir. Tanı konulduğunda immobilizasyon ve intravenöz antibiyotik tedavisine başlanılmalı veya nörolojik defisit, spinal deformite varsa cerrahi müdahalede bu tedaviye eklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Servikal; Osteomyelit; Spontan; Vertebra,

Spontaneous Cervical Vertebral Osteomyelitis: Case Report

SUMMARY

We present an uncommon vertebrae osteomyelitis case of cervical spine. Cervical vertebrae osteomyelitis may occur spontaneously, post operative, and post traumatic, but, hematogenous spreading of infection is the most common. The delay for the diagnosis and management of cervical vertebra osteomyelitis may cause to severe neurological disorders. Immobilization and administration of antibiotics must be managed after the diagnosis, additionally, if the patient has neurological deficits and spinal deformity, surgical procedures must be added to the management of the patient.

Key words: Cervical; Osteomyelitis; Spontaneous; Vertebra

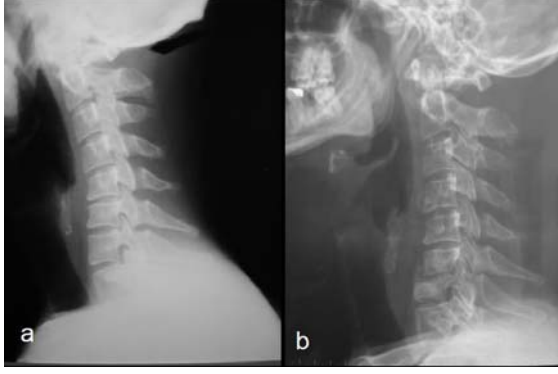
GİRİŞ

Vertebra osteomyeliti tüm kemik enfeksiyonlarının %1-7'sini oluşturur. Torasik ve lomber bölge tutulumu olguların %35-50'sini, servikal bölge ise %3-10'nu oluşturur (1). Servikal vertebraya etkenlerin en sık yayılımı hematogen yolla olur. Vücudun herhangi bir bölgesinden vertebraya enfeksiyon yayılımı olabilir. İdrar yolu enfeksiyonları, solunum sistemi enfeksiyonları ve intravenöz (I.V.) ilaç kullanımı vertebra osteomyelitinin en sık nedenleridir (2). Servikal vertebra etrafındaki trakeostomi, farengial cerrahi, tonsillektomi, servikal diskografi gibi girişimler sonucu servikal vertebra enfeksiyona yatkın hale gelir. Vertebra osteomyeliti erken dönemde antibiyotikle tedavi edilebilirse de, spinal instabilite, spinal kord basısı ve nörolojik defisit oluştuğunda cerrahi müdahale gerekebilir (2). Literatürde spontan servikal vertebra osteomyeliti bildirim nadirdir. (3). Bu yazıda, takip ettiğimiz spontan servikal

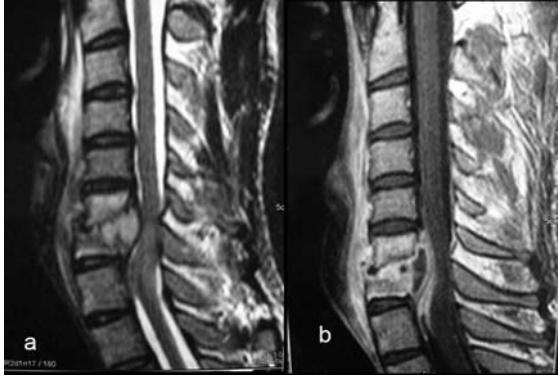
osteomyelit olgusunun literatürdeki tedavi seçenekleriyle beraber sunulması amaçlanmıştır.

OLGU

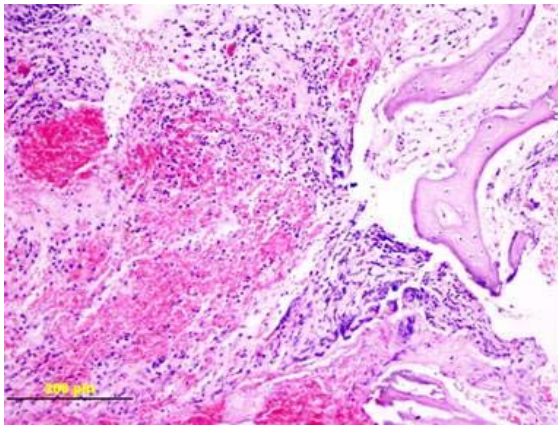
Boyun ve her iki kolda ağrı şikayeti olan 32 yaşında erkek hasta polikliniğe müracaat etti. Polikliniğe müracaat etmeden bir ay önce çekilen servikal vertebra grafisinde hafif angulasyon dışında patoloji yoktu (Resim 1a). Hastaya servikal boyunluk verilerek analjezik antienflamatuar tedavi uygulanmış. Hastanın ağrılarının artması geceleri ateş ve terleme şikâyeti olması dolayısıyla tetkikleri yinelendi. Ateş özellikle geceleri 37°C-38°C arasında olup antipiretik olarak terleme ile düşüyormuş. Olgu servikal angulasyon tanısı aldıktan ve tedavi başlandıktan sonraki 1 ay içinde herhangi bir hastalık ve cerrahi girişim geçirmemişti. Özgeçmişinde herhangi kronik bir rahatsızlığı yoktu. Çekilen servikal vertebra grafisinde servikal angulasyon, C7 vertebraında destrüksiyon, C6-7 vertebraların-



Resim 1: a) Kliniğe müracaat etmeden 1 ay önceki lateral servikal grafisi b) 1 ay sonraki lateral servikal grafisi



Resim 2: a) Servikal sagittal T2 sekanslı MRI C6-7 vertebraında destrüksiyon ve epidural abse b) Servikal sagittal kontrastlı MRI C6-7 vertebra mesafesinden spinal korda uzanım gösteren kord basısı yapan ve epidural abse, vertebra anterior yüzünde yumuşak doku şişliği



Resim 3: Spongiöz kemik parçaları komşuluğunda serbest hemoraji, plazma hücreleri, lenfositler ve nötrofillerin bulunduğu mix tipte enflamatuvar hücreler H&E X40



Resim 4: a) Operasyon sonrası servikal vertebra grafisi b) Operasyon sonrası lateral servikal vertebra grafisi.

da ise retrolistezis mevcuttu (Resim 1b). Lökosit sayımı $11,000/\text{mm}^3$, C-Reaktif Protein (CRP) 26,9, sedimentasyon 46 mm/saat idi. Brusella yönünden tüp aglütinasyon testi negatif, Tüberküloz yönünden cilt testi negatif. Nörolojik muayenesi normaldi. Servikal manyetik rezonans incelemede (MRI) retrofarengeal yumuşak doku şişliği, C6–Th1 arasında kontrast tutan spinal korda bası yapan, kemikleri erode eden osteomyelit görünümü mevcuttu (Resim 2a, 2b). Vertebra osteomyeliti tanısı nedeniyle kan, idrar kültürleri alındı ve üreme olmadı. Enfeksiyon odağı bulunamadı bu yüzden spontan gelişen servikal vertebra osteomyeliti tanısı konuldu. Nörolojik muayenesi normal olmasına rağmen, spinal instabilite görülmesi üzerine cerrahi operasyon planlandı. Anterior yaklaşımla girilerek C6-7 korpektomi, debritleme, epidural abse drenajı uygulanarak anterior kafes yerleştirildi. Prone pozisyona çevrilerek posterior yaklaşımla C5-6-7 lateral mass, Th1 pediküler vida fiksasyonu uygulandı. Operasyon bölgesinden yumuşak doku, kemik ve abseden alınan kültür örneklerinden hem patolojik hemde mikrobiyolojik incelemeler yapıldı. Mikrobiyolojik incelemede materyal asid-fast basil (AFB) yönünden boyanıp kültür edildi, fakat herhangi bir basil tespit edilmedi. Histopatolojik incelemede: yer yer nötrofiller içeren kronik iltihabi hücre infiltrasyonu görüldü, kazeifikasyon nekrozuna rastlanılmadı (Resim 3). Hastaya Enfeksiyon Kliniği konsültasyonu sonucu benzilpenicillin, fluoksasillin, oral fusidic asit tedavisi verildi. Hastanın operasyondan 6 ay sonraki alınan kontrol grafisi ve tetkikleri normaldi (Resim 4a, 4b).

TARTIŞMA

Servikal vertebrada torakal ve lomber vertebralara göre daha az osteomyelit görülür (4). Sıklıkla hematogen yolla yayılan odaklar için üriner sistem enfeksiyonları ve solunum sistemi enfeksiyonları gibi vücutta bakteriyemiye neden olan herhangi bir durum vertebral osteomyelit yapabilir. Hematojen yoldan sonra en sık görülen ikinci tutulum yolu direk inokülasyondur. Spinal cerrahi, servikal diskografi veya servikal bölgeye yapılan invaziv girişim sırasında direk inokülasyon ile bulaşma olabilir (4). Öykü ve yapılan testlerle primer enfeksiyon odağı saptanamayan olgu spontane servikal omurga osteomyeliti olarak düşünüldü.

Patogenezinde enfeksiyon genellikle disk mesafesine yakın venöz pleksustan başlar ve disk mesafesi ile vertebranın besleyicisi aynı olduğundan her iki yapıda etkilenir (5). Servikal osteomyelit insidansı, I.V. ilaç kullananlarda, immunitesi baskılananlarda ve kronik böbrek yetmezliği olanlarda servikal osteomyelit daha sık görülür (4). Servikal osteomyelitin klinik görünümü nörolojik defisitler başlamadan önce non spesifik ve bundan dolayı tanı ve semptomların başlangıcı arasında gecikme vardır. Tanısında ise direkt grafi, bilgisayarlı tomografi ve MRI kullanılır.

Servikal osteomyelitin tedavisinde antibiyotik tedavisi ve halo immobilizasyon tedavisi kullanılır. Ancak şiddetli ağrısı olan, ilerleyen vertebra destrüksiyonu olan, kifotik deformitesi, nörolojik defisiti ve epidural abse varlığı gibi durumların varlığında ise cerrahi tedavi ile antibiyotik tedavisi birlikte uygulanır (4).

Cerrahi tedavi olarak temelde anterior yaklaşımla debridman tercih edilir. Debridmandan sonra füzyon yapılmayan veya beraberinde füzyon yapılan, geç anterior füzyon yapılan veya anterior girişime takiben posterior füzyon yapılması gibi çeşitli operasyon yöntemleri cerrahın tercihi ve bilgisine göre değişebilir (6). Olgumuzda tanı

konulduğunda antibiyotik tedavisi ile birlikte anterior korpektomi ve posterior stabilizasyon uygulandı. Postoperatif dönemde 2 ay servikal boyunluk ile immobilizasyon sağlandı.

Sonuç olarak boyun ağrısı nedeniyle polikliniğe müracaat eden hastalara medikal tedavi verildiyse mutlaka kontrole çağrılarak tekrar değerlendirilmesi yapılmalıdır. Ayrıca vertebrada hiçbir enfeksiyon kaynağı olmadan da osteomyelit gelişebileceği unutulmamalı ve osteomyelit görüldüğü anda ise uygun tedavi derhal başlanmalıdır.

Yazışma adresi: Yrd.Doç.Dr Olcay Eser, PK: 29 03000 Afyonkarahisar Tel: + 90 505 3777119
E mail: drolcayeser@hotmail.com

KAYNAKLAR

- 1.Schimmer RC, Jeanneret C, Nunley PD: Osteomyelitis of the cervical spine: a potentially dramatic disease. J Spinal Disord Tech. 15:110-117, 2002.
- 2.Sapico FL: Microbiology and antimicrobial therapy of spinal infections. Orthop Clin North Am. 27:9-13,1996.
- 3.Von Eckardstein K, Spuler A, Brauer C: Spontaneous cervical osteomyelitis due to Yersinia enterocolitica in a non-immunocompromised host. Eur J Microbiol Infect Dis. 23:66-68, 2004.
- 4.Acosta FL Jr, Chin CT, Quinones-Hinojosa A, Ames CP, Weinstein PR, Chou D: Diagnosis and management of adult pyogenic osteomyelitis of the cervical spine. Neurosurg Focus. 15:17:E2, 2004.
- 5.Korovesis P, Sipiropoulos P, Piperos G: Spinal epidural abscess complicated closed vertebral fracture. A case report and review of literature. Spine. 18:671-674, 1993.
- 6.Barnes B, Alexander JT, Branch CL: Cervical osteomyelitis: a brief review. Neurosurg Focus. 15:17: E11, 2004.