

AYIN OLGUSU

Ayla K. Göksel(*), Necla Akçakaya(**), Haluk Çokuğraş(**), Yıldız Camcıoğlu(**)



Olgu

On dört yaşında kız hasta, son bir aydır giderek artan yürüme güçlüğü ve dengesizlik nedeniyle başvurdu. Hasta dört ay öncesinde tüberküloz menenjit tanısı almıştı ve bu nedenle tedavi almaktaydı (izoniazid 15 mg/kg/gün, rifampisin 15 mg/kg/gün, pirazinamid 20 mg/kg/gün, etambutol 15 mg/kg/gün).

Fizik muayene: Büyüme ve gelişmesi yaşına uygun olan hastanın, solunum ve kardiovasküler sistem muayene bulguları normal sınırlardaydı. Batın rahattı, hepatomegali veya splenomegali tespit edilmedi. Kas tonusu normaldi. Ataksi ve Romberg pozitif. Bilateral patellar refleksi azalmıştı. Klonus ve Babinski bilateral pozitif. Beşinci lum-



bal seviyeden başlayan his kusuru tespit edildi.

Laboratuvar bulguları: Hb: 11.8 gr/dl, Htc: % 32, B.K: 5900/mm³, trombosit: 207000/mm³. Periferik yaymada: %76 polimorfonükleer hücre, %20 lenfosit ve %4 monosit tespit edildi. Eritrosit sedimentasyon hızı: 56 mm/saat. Beyin-omurilik sıvısında hücre görülmedi, protein 86 mg/dl, şeker 68 mg/dl (eş zamanlı kan şekeri 94 mg/dl) idi. Karaciğer, böbrek fonksiyonları ve serum elektrolitleri normal sınırlardaydı. Tam idrar tahlilinde patoloji saptanmadı. Kranium ve spinal kanalın manyetik rezonans (MR) incelemesi tanıya yardımcı oldu (Resim 1-2). Tanı patolojik inceleme ile desteklendi. Cerrahi ve medikal tedavi ile hastanın yakınmaları geriledi. İzlemede herhangi bir nörolojik defisit saptanmadı.

(*) İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fak, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Enfeksiyon Hastalıkları, Klinik İmmünoloji ve Allerji Bilim Dalı, Uzm.Dr.

(**) İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fak, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Enfeksiyon Hastalıkları, Klinik İmmünoloji ve Allerji Bilim Dalı, Prof.Dr.

Resim 1-2: Subaraknoid mesafede spinal kanala bası yapan abse.

Tanı ve Tartışma:

Tüberküloz menenjit sonrası spinal subaraknoidal abse

Tüberküloz menenjit, primer tüberkülozdan 3-6 ay sonra lenfo-hematojen yayılım sonucu başlar. Dört yaşından küçük çocuklarda daha siktir. Patolojik olarak bir meningoensefalittir (1). Primer enfeksiyon sırasında serebral korteks veya bazal meninkslerde kazeöz odakların oluşması ve basilin buradan subaraknoid alana yayılımı ile hastalık ortaya çıkar. Lenfosit ve plazma hücrelerinden zengin kalın bir eksüda interpedinküler ve pontin sisternaları kaplar. Lateral sulkus ve sisterna ambiens, sisterna magna ve kiasmatik sisternaya yayılır. Bazal kısımda yer alan damarlar, kafa çiftleri ve ventriküllerin içindeki koroid pleksus eksüda ile kaplanır. Lokal ven ve arteriyel vaskülitler anevrizma, tromboz ve fokal hemorajik infarktlara neden olur (2). Kalın eksüda, hastalığın erken evresinde beyin omurilik sıvısının dolaşımını bozar ve geç evrede yapışıklıklara yol açarak hidrosefaliye neden olur (3). Spinal abse, vertebral osteomyelit, penetran travma ve dekübitus ülseri gibi enfeksiyonlara sekonder olarak komşuluk yoluyla gelişebildiği gibi uzak bir kaynaktan hematojen yayılım sonucu da gelişebilir. Spinal subaraknoidal mesafeye hematojen yayılımın en olası kaynakları intraabdominal, pelvik ve genitoüriner enfeksiyonlardır (4). Spinal abselerin pek çoğunda sorumlu organizma *S. aureus*dur. Etken olarak mycobacteriumlar oldukça nadir görülürler (5,6).

Nörolojik defisit ve bası bulguları en sık rastlanan semptomlardır (7). Mesane ve anal disfonksiyonun eşlik ettiği paraplejiler oldukça sık görülür (8). Prognoz, altta yatan enfeksiyon hastalığından çok, başvuru sırasındaki nörolojik defisite bağlıdır. Olgumuz, başvuru sırasında tüberküloz menenjit tanısı nedeniyle antitüberküloz tedavi almaktaydı. Uygun ve düzenli tedavi altında olmasına rağmen belirgin patolojik nörolojik muayene bulguları ge-

lişmiş olan hastada, subaraknoid mesafede 7. torakal vertebradan cul de sac'a kadar uzanım gösteren ve spinal korda bası yapan abse saptandı. Laminektomi ve abse direnajından sonra hastanın nörolojik bulguları kayboldu. Aspirat materyalinin patolojik incelemesi kazeifikasyon gösteren granülomatöz iltihap ile uyumlu bulundu. Antitüberküloz tedavisi bir yıl daha devam ettirilen hastanın izlemi komplikasyonsuz seyretti.

Kaynaklar

1. Starke JR. Tuberculosis. In: Jenson HB, Baltimore RS. Pediatric Infectious Diseases. 2nd ed. WB Saunders, Philadelphia, 2002: 396-419.
2. Iseman MD. Pediatric Tuberculosis. In: Iseman MD. A Clinician's guide to tuberculosis. Lippincott, Williams&Wilkins, Philadelphia, 2000: 253-269.
3. Valejo JG, Ong LT, Starke JR. Clinical features, diagnosis and treatment of tuberculosis in infants. Pediatrics 1994; 94:1-7.
4. Townsend GC. Brain abscess and other focal pyogenic infections. In: Armstrong D, Cohen J, editors. Infectious Diseases. London: Mosby; 1999: 171-8.
5. Kemalöglü S, Gur A, Nas K, Cevik R, Büyükbayram H, Sarac AJ. Intramedullary tuberculoma of the conus medullaris: case report and review of the literature. Spinal Cord 2001; 39: 498-501.
6. Herbst A, Simon A, Nematı MN, Lentze MJ, Albers N. A 15 year old girl with a large lumbosacral abscess. Diagnosis;spinal tuberculosis. Eur J Pediatr 1999; 158: 1003-1004.
7. Akalan N, Ozgen T. Infection as a cause of spinal cord compression: a review of 36 spinal epidural abscess cases. Acta Neurochir (Wien) 2000; 142: 17-23.
8. Mushkin AY, Kovalenko KN. Neurological complications of spinal tuberculosis in children. Int Orthop 1999; 23: 210-212.