

SPİNAL EPİDURAL ABSE

Abdülvahap Gök *

Anahtar Kelimeler: Abse, Spinal epidural aralık

Key Words: Abscess, Spinal epidural space

ÖZET

Spinal epidural abse tanısı konan bir vaka preplejik dönemde cerrahi müdahale ve antibiyotik tedavisi ile çok az bir nörolojik defisit bırakarak iyileşti. Epidural abse, tanı ve tedavideki gecikme nedeniyle hastada irreversibl nörolojik fonksiyon bozukluklarına ve hatta ölüme sebep olmaktadır. Hastalıkta erken tanı ve tedavi tam iyileşme için gereklidir.

SUMMARY

Spinal Epidural Abscess

A Patient that had spinal epidural abscess made a recovery with few neurological deficit after an operation and antibiotal treatment in a preplegic period. Epidural abscess causes irrevesibl neurological functional deficits and death due to late diagnose and treatment. So, early diagnose and treatment is the rule for complete recovery.

GİRİŞ

Spinal epidural abse epidural mesafenin piyogenik organizmalarla oluşan nadir görülen bir enfeksiyonudur. Muhtemeldir ki bu nadir görülme nedeniyle tanıda sıkça yanlışlar olmakta ve hastada tedavisi mümkün olmayan ağır nörolojik değişiklikler oluşmaktadır (1,2,3,4,5,6). İlk patalojik tanımlamayı 1583 te Morgagni'nin yaptığı belirtilmektedir. İnflamasyon akut ya da kronik seyir göstermekte, klinik seyir esnasında spinal ağrı, rut ağrısı, motor kayıp ve sfinkter fonksiyon kaybı ve pleji gibi patolojik durumlar birbirini takip etmektedir (1,3,4,6). Hastanın tedavi sonrası iyileşme derecesi tedavi esnasındaki nörolojik durumuyla yakından ilgili olması nedeniyle bu hastaların rut ağrısı döneminde tanınması ve tedavisinin yapılması gerekmektedir (2,3,4).

VAKA TAKDİMİ

23 Yaşında erkek hasta idrar yapamama ve yürüyememe şikayeti nedeni ile

* Gaziantep Tıp Fak. Nöroşirürji A.B.D. Yrd. Doç. Dr.

9.1. 1990 günü Kırşehir Devlet Hastanesi nöroşirürji kliniğine başvurdu. Hikayesinden 1 ay önce ateş, öksürük ve boğaz ağrısı olduğu, 15 gün sonra belinde şiddetli ağrı başladığı öğrenildi. 1 Gün sonra ağrı bacaklarına yayılmış, 5 gün sonra bacaklarında kuvvetsizlik, idrar ve büyük abdest yapmada zorluk ortaya çıkmış. Muayenesinde; hasta toksik tabloda TA: 100/80mmHg, N: 120/dk, A: 39 C, sağ gluteal bölgede iliak kristayı da içine alan yaygın hiperemi ve şişlik mevcut idi. Lomber bölge perküsyon ile hassas, sağ ayak bileği plantar ve dorsal fleksiyonda % 90 kuvvet kaybı, sol ayak bileği plantar fleksiyonda % 50 kuvvet kaybı, sağ L₃₋₄₋₅ ve S₁ de hipoestezi, sakral anestezi mevcut idi. Laseque belirtisi bilateral 50° de pozitif bulundu. Hastanın direkt Lumbosakral grafilerinde bir patoloji tesbit edilmedi. Myelografi için röntgen odasına alındı. Spinal epidural abse ihtimali gözönünde tutularak Lomber ponksiyon iğnesi ile L₄₋₅ aralığında kontrollü olarak girildi. İğne epidural mesafede iken aspirasyon ile pü gelmesi üzerine hasta operasyona alındı. Operasyonda L₃₋₄₋₅ seviyesinde epidural mesafeden pü geliyor idi. L₃₋₄₋₅ e tam laminektomi yapıldı. Epidural mesafeye 2 adet yıkama direni bırakılarak saha primer kapatıldı. 5 gün süre ile hergün 1000cc % 9 SF içine 500 mgr. Rifamycine konarak yara yıkandı. Pen G (24.000.000'ü/günde) ve Kloromfenikol (2 gr/günde) ile paranteral antibotik tedavisine başlandı. 10 gün sonra ağızdan antibotik tedavisine geçildi. 15 Gün süre ile bu tedaviye devam edildi. Hasta operasyondan 2 gün sonra spontan olarak idrarını yaptı ve 5 gün sonra ayağa kalkıp yardımla yürümeye başladı. Postoperatif 5. günde direnler çıkarıldı. 10'ncu günde sütürler alınarak taburcu edildi. 7 ay sonra yapılan kontrol muayenesinde sağ ayak bileği dorsal fleksiyonunda % 50 kuvvet kaybı hariç tamamen normal idi.

TARTIŞMA

Piyojenik organizmalar spinal epidural mesafeye ya uzaktaki enfekte bir odaktan hematogen yolu ile ya da vertebra osteomyelitinde olduğu gibi direkt yayılım ile gelirler (1,2,3,4,5,7,8,9). En sık rastlanan piyojenik organizma Staph. aureus olup streptokok, pnömokok, pseudomonas, tifo basili ve funguslar daha az sıklıkla görülmektedir. (2,3,4,5,10,11,12,) Spinal epidural abse epidural mesafenin geniş olması ve areolar dokunun fazla olması nedeniyle daha çok medulla spinalis arka yüzünü tutmakta ve anatomik lokalizasyon olarak torakal orta kısım (T₄₋₉) ve alt lomber bölgede sık rastlanmaktadır (3,4).

Hastalık akut fulminant veya kronik formda seyretmekte, her ikisinde hastalığın ilerleme döneminde; spinal ağrı, rut ağrısı, istemli kasların ve sfinkterlerin fonksiyon kaybı ve komple paralizi şeklinde patolojik hal birbirini takip etmektedir (3,4,9). Akut formda hastalığın fazlalarının gelişmesi saatler ve günler ile ifade edilirken kronik formda aylar ve hatta yılları bulmaktadır. Genellikle öncül bir enfeksiyonu takiben hasta spinal bölgede ağrıdan şikayetçidir. Rut ağrıları birkaç gün içinde belirir ve beraberinde parestezi şikayeti mevcuttur. Bu esnada refleks değişikliklerini ortaya çıkarmak mümkündür. İstemli adelelerde fonksiyon kaybı ve beraberinde sfinkter fonksiyonlarının kaybedilmesi spinal kord fonksiyonlarının bozulmasının aşikar belirtisi olup, bunu 24 saat gibi kısa bir sürede komple paralizi izler (3,4,15). Akut

fulminat tipte rastlanan inflamatuvar hadise püden ibaret olup kronik formda neoplastik dokuyu andıran granülatöz bir yapı içermektedir (1,3,4,5).

Oluşan inflamatuvar hadisenin spinal kord üzerine kompressif bir etki yapabileceği ve bundan daha önemli olarak spinal kord vasküler yapısını bozarak beslenme bozukluğuna sebep olabileceği ifade edilmiştir (1,3,4). Browder (1) ve Meyers spinal epidural abse tanısı alan ve ölümle neticelenen vakalarda otopsi bulgusu olarak inflamatuvar hadisenin yer aldığı spinal kord bölümünde kordun ileri derecede yuvarladığı, gri ve beyaz cevherin birbirinden ayırt edilemez olduğu, süngerimsi bir yapının hakim olduğunu ve bu bölgede myelin ve aksonların kaybolduğu gri cevherde yer alan nöronların aksonal dejenerasyonun bütün safhalarını içerdiğini tesbit etmişlerdir. İlaveten I vakada intrameduller damarların tromboze olduğunu diğer vakalarda damarların değişmemiş veya konjesyone olduğunu görmüşlerdir.

Spinal epidural absede erken tanıya götüren en önemli husus böyle bir hastalık ihtimalini hasta üzerinde düşünmektir. Myelografi, CT beraberinde myelografi tanıya götürücü önemli tetkik yöntemleridir. CT yalnız başına yardımcı olmamakta ancak lezyon seviyesi tesbit edildiğinde 1.V.Kontrast ile birlikte intarspinal ve paraspinal abse lokazasyonunu tam olarak yapabilmektedir (13,14). MR'nin CT'ye göre absenin erken tanınması ve yayılmasının tesbitinde daha iyi netice verdiği belirtilmiştir (13).

Operasyon öncesi hastanın nörolojik fonksiyon durumu Spinal epidural absede prognozu tayin eden en önemli husustur. Heusner (3) cerrahi sırasında hastada paraliz yoksa ya da 36 saatten az olmak kaydıyla parezi mevcut ise tamamen iyileşmenin beklenmesi gerektiğini, aksine paralizinin mevcudiyeti 48 saatten fazla bir süreyi içermişse nörolojik iyileşmenin olamayacağını ifade etmiştir. Hulme (4) 1954'te yayınladığı 25 vakalık serisinde paraliz süresi ile iyileşme derecesi arasında kesin bir ilişki kuramadıklarını oysa spinal kordda ağır bir iletim bozukluğu ortaya çıkmışsa vakaların büyük çoğunluğunda iyileşmenin olamayacağı fakat yine de bu gibi vakalarda acil cerrahi müdahalenin gerekliliğini belirtmiştir.

Heusner'in (3) 202 vakalık incelemesinde spinal epidural abseye bağlı mortalite 1927 öncesi dönemde % 92 iken 1930-1948 arası dönemde % 22 olarak belirtilmiştir. Bu dönemde penisilin ve sulfonamid gibi antibiotiklerin tedavi alanına girmesi mortalitenin düşmesinde başlıca sebep olmuştur. Koppel (5) yüksek risk grubu teşkil eden 18 vakalık morfinman grubunda mortaliteyi % 23 olarak belirtmiştir.

Hastada spinal epidural abse tanısı konduğunda cerrahi müdahale aciliyet kazanmakta, laminektomi ve abse drenajı beraberinde antibiotik tedavisi önerilen tedavi şeklidir (2,3,4,5,9,13,14,15,16,17). Cerrahi esnasında dura bütünlüğü korunmalı pü materyeli ile birlikte enfekte doku tamamen temizlenmelidir. Kronik formda görülen granülatöz yapı dura ile sıkı yapışıklık göstermekte ve gros olarak Sy, Tbc granülomlarına ve lenfoid doku tümörlerine benzemektedir ve hatta mikroskopik olarak tanınması güçlük arz etmektedir (1,2). Dura üzerinde granülatöz yapının eksize edilmesi gerektiği, bunun yapılmadığı durumlar da dura ile birlikte çıkarılma-

sını önerenler olduğu gibi sadece dekompresyonun yeterli olacağını belirtenler mevcuttur (2,5,12).

Kesin bir süre belirtilmemekle beraber genellikle Spinal epidural abse tedavisinde 4-6 haftalık parenteral antibiotik tedavisinin yeterli olduğu tavsiye edilmektedir (9).

KAYNAKLAR

1. Brawder J., Meyers R. : Pyogenic Infections of the Spinal Epidural Space. Aconsideration of the Anatomic and Physiologic Pathology. Surgery. 10:296.1940.
2. Grant F.C.: Epidural Spinal Abscess. J.A.M.A. 128:509, 1945.
3. Heusner A.P. : NonTuberculous Spinal Epidural Infections. The New England Journal of Medicine. 239:845,1948.
4. Hulme A.I, Dott N.M.: Spinal Epidural Absces. British Medical Journal. 1:64, 1954.
5. Koppel B.S., Tuchman A.J, Mangiardi J.R., Daras M., Weitznerl.: Epidural Spinal ınfection in intravenous Drug Abusers., Arch Neurol. 45:1331,1988.
6. Wright R.L.: Infections of the spine and spinal cord. In Neurological Surgery (2 nd ed.). Youmans JR (ed). Vol: 6, Philadelphia. London, Toronto. Mexicocity. Sydney, Tokyo W.B. Saunders Company. 1982.P: 3449.
7. Batson O.V.: The functon of the Vertebral Veins andTheir Role in the Spread of Metastases. Annals of Surgery. 112:138, 1940.
8. Guerreo 1.C., Slap G.B., Mac Gregor R.R. Lawner P., Ruggeri S., Gennarelli T. : Anaerobic spinal epidural abscess. J. Neurosurg. 48: 465, 1978.
9. Verner E.F., Musher D.M: Spinal Epidural abscess. Medical clinics of North America. 69: 375, 1985.
10. Aicardi J., Lepintre J.; Spinal Epidural Abscess in a l-Month-old child. Amer J Dis Child 114:665, 1967.
11. Kaufman D.M., Kaplan J.G., Litman N.: Infectius agents in Spinal epidural abscess. Neurology 30:844, 1980.
12. Sigo P., Mc Cabe P., Yagnik P.: Nocardial spinal epidural abscess. Neurology. 39:966, 1989.
13. Angtuaco J.C.E., McConnell J.R., Chadduck W.M., Flanigan S.: MR Imaging of spinal Epidural Sepsis. AJR. 149: 1249: 1987.
14. Yu L., Emans J:B.: Epidural Abscess Associated with Spondylolysis. J. Bone Joint Surgery. 70.A, 3:444, 1988.
15. Eismont J.F., Bohlman H.H., Soni P.L., Goldberg V.M., Free hafer AA.: Pyogenic and Fungal Vertebral Osteomyelitis with Paralysis. J. Bone Joint Surg. 65 A: 19, 1983.
16. Firscing R., Frowcin R.A., Nittner K.; Acute Spinal Epidural Empyema. Acta Neurochirurgica. 74:68, 1985.
17. Kannangra D.W., Tanaka T., Thadepalli H.: Spinal Epidural abscess due to Actinomyces israelii. Neurology 31:202, 1981.