

Progresif Paraparezi ile Gelen Lumbosakral Spinal Epidural Abse

LUMBOSACRAL SPINAL EPIDURAL ABSCESS PRESENTED WITH PROGRESSIVE PARAPARESIS: ORIGINAL IMAGE

Dr. Olcay ESER,^a Dr. Adem ASLAN,^a Dr. Önder ŞAHİN,^b Dr. Hüseyin FİDAN^c

^aNöroşürji AD, ^bPatoloji AD, ^cAnesteziyoloji AD, Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, AFYON

Spinal epidural abse (SEA)'nin en sık yerleşim yeri torakal bölgedir.¹ İkinci sıklıkta lumbosakral bölgede görülür. Spinal kanalın daha çok posteriorunda yerleşim gösterir. SEA'nın mortalite ve morbiditesinin halen yüksek olduğu bildirilmektedir.² Spinal enfeksiyonlu hastalarda ateş, halsizlik gibi sistemik enfeksiyon bulguları yanında, bel, kalça, sırt ağrısı, progresif paraparezi, sfinkter fonksiyon kaybı gibi değişik klinik belirti ve bulgular görülebilmektedir.¹ Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve BT en iyi tanı yöntemidir.² SEA tedavisinde perkütan girişimle drenaj yönteminden, korpektomi ve enstrümantasyon kullanımına kadar giden değişik cerrahi teknikleri uygulanmaktadır.²

Elli yaşında erkek olgu kliniğimize bel ağrısı ve yürüyememe şikayetiyle başvurdu. Özgeçmişinde 10 yıldır hipertansiyon ve Tip II diyabet öyküsü mevcuttu. Sistemik muayenesi normaldi. Nörolojik muayenesinde bilateral laseque 60° de (+), bilateral L₄, L₅, S₁ dermatomlarında hipoestezi, bilateral alt ekstremitte kas gücü proksimal ve distalde 2/5, DTR'ler bilateral hipoaktif idi. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde; Hb: 11 g/dL, Hct: %30.8, WBC: 15500 mm³, ESR: 110/1 h, 120/2 h,

ASO (-), CRP: 179 mg/L, RF (-), *Brucella* Agg (-), *Salmonella* Grubel Vidal (-). Akut paraparezi nedeniyle acil çekilen lomber MRG'de L₄-S₁ arasında spinal epidural mesafeyi dolduran heterojen, hiperintens, lobüle, düzgün konturlu, içerişi hipointens sinyal değişikliği izlenen lezyon mevcuttu (Resim 1, 2). Lumbosakral kitle ön tanısı ile hasta acil operasyona alındı. L₄-L₅ total laminektomi uygulandı. Durayı çepeçevre saran sert kıvamlı trabeküler özellikte granülasyon dokusuna benzeyen, çok az ampiyem materyali olan, sert kitle gross total çıkarıldı. Altı ay sonra çekilen kontrol lomber MRG'de anterior ve posterior spinal epidural mesafe açık, sinir kökleri serbestti (Resim 3).

Histopatolojik incelemesi abse formasyonu olarak değerlendirildi (Resim 4). Enfeksiyon hastalıklarının önerisiyle hastaya 4 hafta İ.V., 4 hafta oral olmak üzere 8 hafta ampirik olarak ampisilin + cephotaxime + gentamycin tedavisi uygulandı.

SEA sıvı kolleksiyonun, inflamatuvar granülasyon dokusunun veya her ikisinin duramater ile onu çevreleyen yağ dokusu arasında toplanması sonucu oluşur.¹ SEA oluşumunda altta yatan hazırlayıcı faktör ve hastalıklar; Diabetes mellitus, immün yetmezlik hastalıkları, İ.V. ilaç kullanımı, siyatik sinire steroid enjeksiyonu, paraspinal abse, selülit, malignansi, endokardit, pnömoni, diskografi işlemi, duodenolumbar fistül, yüzeysel cilt lezyonları, kronik steroid kullanımı, spinal cerrahide spinal enstrüman kullanımı, spinal epidural enjeksiyonlar sayılabilir.^{1,3}

Geliş Tarihi/Received: 01.03.2005 Kabul Tarihi/Accepted: 17.10.2005

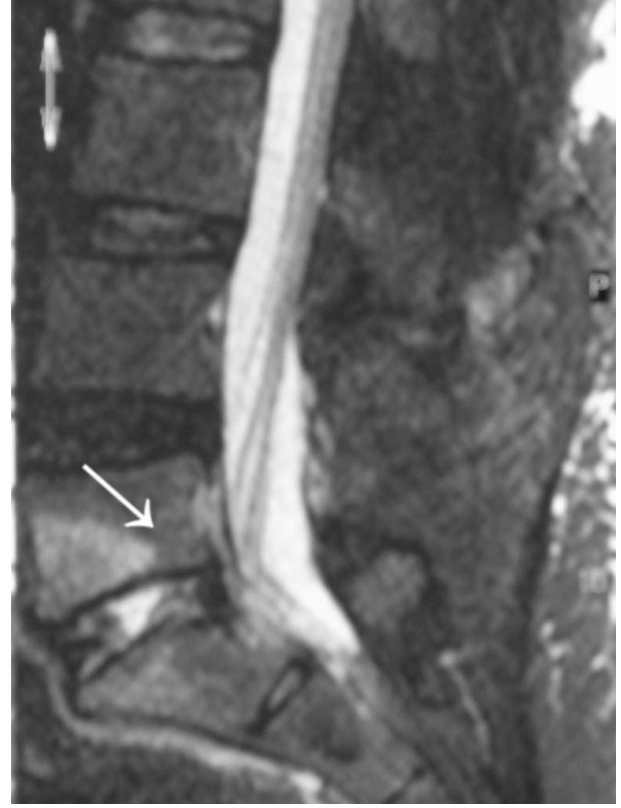
Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Olcay ESER
Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Nöroşürji AD, AFYON
drolcayeser@hotmail.com

Copyright © 2006 by Türkiye Klinikleri

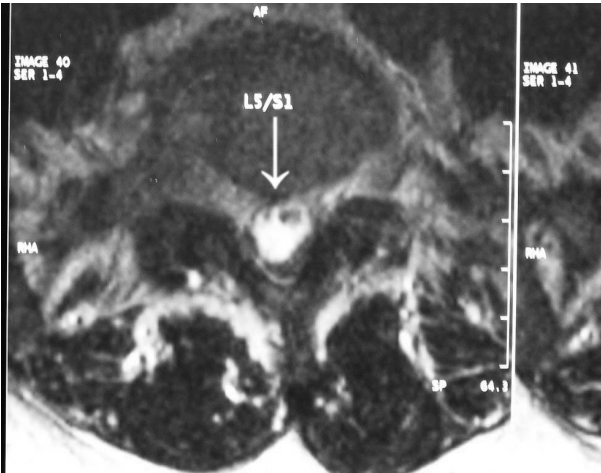


Resim 1. Sagittal lomber MRG T₂ sekanslarda L₄-S₁ arası spinal epidural mesafeyi anterior-posterior dolduran ve dural keseyi çevreleyen isotens lezyon.

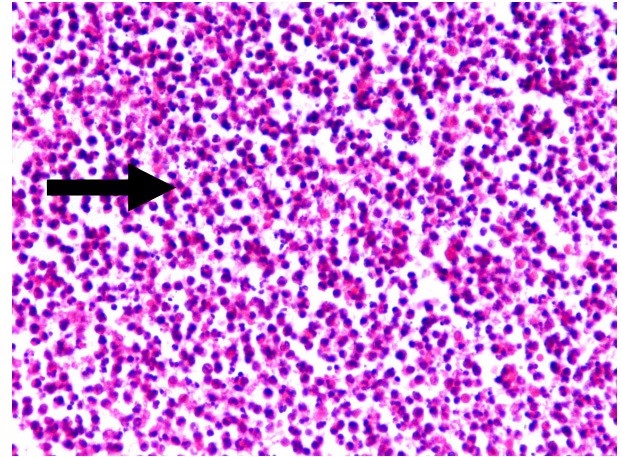
SEA üç klinik tablo gösterir: Akut, subakut ve kronik.⁴ Akut SEA'da semptomlar saatler, günler içinde ortaya çıkar ve daha çok sıvı kolleksiyon görülür. Kronik SEA'da semptomlar haftalar, aylar



Resim 3. Altı ay sonra çekilen sagittal lomber MRG'de T₂ sekanslarda dural kesenin anterior-posterior spinal epidural mesafesi açık, sinir kökleri serbestti.



Resim 2. Aksiyel lomber MRG T₂ sekanslarda dural keseye belirgin bası yapan ve bilateral nöral foramenleri daraltarak sinir köklerine temas eden lezyon.



Resim 4. Apse formasyonu H/E x 200.

içerisinde yavaş yavaş ortaya çıkar ve daha çok inflamatuvar granülasyon dokusu görülür.

SEA yerleşim yeri olarak sıklık sırasına göre; torakal, lomber, servikal bölgede ve dural kesenin en sık posteriorunda görülür. SEA'da klinik; sistemik bulguların yanında, tutulum bölgesinde ağrı, hassasiyet, yanma, radiküler bulgular, omurilik bası ve kauda equina bulguları şeklinde görülebilir.¹ Nörolojik bulguların ortaya çıkması absenin lokalizasyonuna, yayılımına göre değişmesine rağmen bazende lokalizasyon ile uyumlu olmayan klinik bulgularda görülmektedir. Bu yüzden tanıda zorlanılmaktadır. Bizim olgumuzun lomber bölgede abse şikayeti olmasına rağmen paraparezi ile kliniğe müracaat etti.

Syrjanen ve ark., 1986 yılında bakteriyel enfeksiyon sonucunda oluşan paraparezi ile ilgili olarak 3 farklı patojenik mekanizma açıklamışlardır.

- 1) Epidural absenin kitle etkisi veya spondilit sebebiyle vertebral kollaps,
- 2) Abdominal aortadaki septik tromboemboli sonucunda iskemik spinal kord lezyonu,
- 3) Non-spesifik reaktif poliartrit ile birlikte olan immünolojik mekanizmalar.⁵

Olgumuzda paraparezinin bunlara bağlı patojenik mekanizmalardan biri veya her ikisi ile oluştuğu düşünülmektedir.

SEA'da enfeksiyon kaynağı sıklık sırasına göre; hematojen yayılım, direkt uzanım (dekübitis ülseri, penetran travma, psoas absesi) ve spinal cerrahi prosedürleridir.³ En sık SEA'ya neden olan mikroorganizma *Staphylococcus aureus*. Bunu *Streptococcus* grubu ve *Escherichia coli* gibi gram negatif bakteriler takip eder. Etiyolojisi belli olmayan abse olgularına literatürde nadir olarak rastlanılmaktadır.³ Olgumuzda etiyolojik ajan olarak herhangi bir mikroorganizma tespit edilemedi.

SEA tedavisinde amacımız mikroorganizmayı tespit etmek, abse drenajı sağlamak, granülasyon dokusu debridmanı yapmak veya gerekirse omurga stabilizasyonu uygulamaktır. Pek çok SEA dural kesenin posteriorunda yerleştiğinden hemilaminotomi veya laminektomi ile drenaj + debridman yapılarak temizlenir. Vertebra osteomyeliti mevcutsa diskektomi, debridman veya korpektomi + posterior enstrümantasyon planlanılır. Olgumuzda lumbosakral bölgede kord sarı kitlenin MRG görünümüne göre abse düşünülmediğinden total laminektomi ile girilerek kitle ekzizyonu planlandı. Operasyon esnasında likit kısmının çok az olduğu daha çok granülasyon dokusu olduğu görüldü.

L₄-S₁ seviyesindeki SEA'nın paraparezi oluşturması karşılaşılan bir durum değildir. Sunulan olguda nörolojik muayenede paraparezi olması ve absenin radyolojik olarak lumbosakral spinal epidural bölgeyi anterior, posterior olarak sarması nadir görülen bir durumdur. Paraparezi ile gelen hastalarda lumbosakral SEA akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Sampath P, Rigamonti D. Spinal epidural abscess: A review of epidemiology, diagnosis and treatment. *J Spinal Disord* 1999;12:89-93.
2. Wessling H, de las Heras P. Cervicothoracolumbar spinal epidural abscess with tetraparesis. Good recovery after non-surgical treatment with antibiotics and dexamethasone. Case report and review of the literature. *Neurocirugia* 2003;14:529-33.
3. Tang HJ, Lin HJ, Liu YC, Li CM. Spinal epidural abscess: experience with 46 patients and evaluation of prognostic factors. *J Infect* 2002; 45:76-81.
4. Khan SH, Hussain MS, Griebel RW, Hattingh S. Title comparison of primary and secondary spinal epidural abscesses: A retrospective analysis of 29 cases. *Surg Neurol* 2003;59:28-33.
5. Syrjanen J, Iivanainen M, Kallio M, Somer H, Voltanen VV. Three different pathogenic mechanisms for paraparesis in association with bacterial infections. *Ann Clin Res* 1986;18:191-4.