

Nadir Bir Diyabetik Ketoasidoz Nedeni: Spinal Epidural Abse

A RARE CAUSE OF DIABETIC KETOACIDOSIS: SPINAL EPIDURAL ABSCESS: DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

Dr. Tuğba KÖŞ,^a Dr. Esin BEYAN,^a Dr. Nisbet YILMAZ,^a Dr. Ekrem ABAYLI^a

^a3. İç Hastalıkları Kliniği, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ANKARA

Özet

Diyabetik olgularda enfeksiyonlar ketoasidoza yol açan nedenlerin başında gelir. Olguların çoğunda enfeksiyon odağı kolaylıkla saptanabilirken bazılarında enfeksiyon atipik odaklara yerleşebilir, klinik semptom ve bulgular silik olabilir. Bu makalede bulantı, kusma, karın ağrısı yakınmaları ile başvuran ve ileri incelemeler sonucu tetikleyici neden olarak spinal epidural absenin saptandığı diyabetik ketoasidoz olgusu sunulmuştur. Drenaj ve uygun antibiyotik tedavisi sonrasında olgu tamamen iyileşmiştir. Diyabetik olgularda enfeksiyonların silik seyir gösterebileceği unutulmamalı ve ayrıntılı öykü, fizik muayene ve uygun incelemeler ile erken tanı konarak doğru tedavi hızlı bir şekilde gerçekleştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Diyabetik ketoasidoz; spinal epidural abse

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007, 27:805-806

Abstract

In diabetic patients, infection is the most common cause of diabetic ketoacidosis. Usually, the origin of the infection is determined easily; but, atypical infections may be seen rarely and clinical signs and symptoms may be silent. In this report, we present a case of diabetic ketoacidosis who was admitted to the hospital with the complaints of nausea, vomiting and abdominal pain. After the further investigations, we determined spinal epidural abscess to be the triggering factor. The patient recovered completely after the abscess' drainage and appropriate antibiotic therapy. In diabetic patients, it is important to consider that the infections may have an obscure progress and it is essential to establish the diagnosis and determine the treatment immediately.

Key Words: Diabetic ketoacidosis; epidural abscess

Diyabetes mellituslu hastalarda enfeksiyonlara meyil artmıştır. Bu hastalarda görülen enfeksiyonlar diyabetik olmayanlara göre daha şiddetli seyrederek ve komplikasyon riski daha yüksektir.¹ Enfeksiyonlar ketoasidoza yol açan nedenlerin başında gelir. Olguların çoğunda enfeksiyon odağı kolaylıkla saptanabilir. Ancak bazı olgularda enfeksiyon atipik yerleşim gösterebilir ve klinik semptom ve bulgular silik olabilir.

Elli bir yaşında erkek hasta bulantı, kusma, karın ağrısı yakınmaları ile başvurdu. Dört yıl önce Diabetes mellitus tanısı almıştı. Düzensiz olarak oral antidiyabetik kullanıyordu, poliüri ve polidipsi

tarifliyordu. Ateş: 37.8°C, TA: 120/80 mmHg, nabız: 98/dk. genel durumu orta, bilinç açık, koopere ve oryante idi. Dili hafif kuru idi. Batında hafif hassasiyeti dışında pozitif bulgu yoktu. Hemogloblin: 13 g/dL, beyaz küre: 8.370/mm³, eritrosit sedimentasyon hızı (ESR): 56 mm/saat, periferik yaymada %88 oranında nötrofil hakimiyeti vardı. Kan şekeri 349 mg/dL, idrarda glukoz 1.000 mg/dL, keton 150 mg/dL (4+) idi. Üre: 21 mg/dL, kreatinin: 0.87 mg/dL, Na: 138 mmol/l, K: 3.96 mmol/l idi. Arteriyel kan pH'sı 7.33, cHCO₃ 12.5 mmol/l olarak saptandı. Hastaya diyabetik ketoasidoz tanısı ile gerekli sıvı-elektrolit replasmanı ve insülin tedavisi başlandı. Subfebril ateşi devam etti. Kültürleri alınan hastaya parenteral ampicilin/sulbak-tam başlandı. Ancak, yatışının 2. gününde bel ağrısı yakınması oldu ve sol lomber bölgede sınırları tam olarak belirlenemeyen yaklaşık 10 x 3 cm boyutlarında endüryasyon meydana geldi. Ultrasonografide sol paravertebral kas grubu içerisinde 120 x 40 mm

Geliş Tarihi/Received: 30.06.2006 **Kabul Tarihi/Accepted:** 09.01.2007

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Tuğba KÖŞ
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
3. İç Hastalıkları Kliniği, ANKARA
tugbasan@yahoo.com

Copyright © 2007 by Türkiye Klinikleri

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007, 27

805

boyutlarında subkutan alana uzanan komponenti bulunan abse ile uyumlu semisolid alan saptandı. Lomber manyetik rezonans incelemede (MRI) L1 vertebra ile S1 vertebra arasında bilateral posterior vertebral kas grupları içerisinde solda daha belirgin olmak üzere izlenen ve subkutan yağ dokusu içine uzanan T1 ağırlıklı sekanslarda hipointens, T2 ağırlıklı sekanslarda hiperintens sinyalde izlenen intravenöz kontrast madde enjeksiyonu sonrasında periferik kontrast tutulum saptanan içerisinde ince septasyonlar bulunan kistik nekrotik dev kitle lezyonu izlendi. Kitle epidural alana uzanım gösteriyor ve tekal keseye baskı yapıyordu. Abse düşünülen hastaya kateter yerleştirildi ve drenaj yapıldı. Toplam 600 cc sıvı drene edildi. Sitolojik incelemede bol lökosit, seyrek lenfosit izlendi. Abse içeriği tüberküloz açısından tetkik edildi ve AARB gözlenmedi. Drenaj sıvısından yapılan kültürde *Staphylococcus aureus* üredi. Kullanılan ampisilin/sulbaktam duyarlı idi. Tedavi dozu 4 x 1 gram olarak artırıldı. Drenaj ve uygun antibiyotik tedavi sonrasında semptomları geriledi, hastanın ateşi düştü. Kontrol ultrasonografide kitlede belirgin küçülme saptandı. Antibiyotik tedavisine 15 gün parenteral devam edilip daha sonra oral olarak 4 haftaya tamamlandı. Konvansiyonel insülin tedavisi ile diyabet regülasyonu sağlandı. Tamamen iyileşen hasta insülin tedavisine devamı önerilerek taburcu edildi.

Diyabetik hastalarda immün sistemdeki baskılanmalar nedeni ile enfeksiyonlara meyil artmıştır. Lökositlerin adhezyon, kemotaksis ve fagositoz fonksiyonları bozulmuştur.¹ Spinal epidural abse gibi nadir yerleşim bölgelerindeki enfeksiyonlar da siktir.^{2,3} Spinal epidural abse olgularının incelendiği çalışmalarda risk faktörleri olarak travma, I.V. ilaç kullanımı ve alkolizmin yanı sıra yüksek oranda Diabetes mellitus saptanmıştır.^{2,4} 915 olguluk bir metaanalizde Diabetes mellitus en sık görülen risk faktörü olarak belirlenmiştir.² Araştırmalarda en sık görülen semptom sırt ağrısıdır. Olgularda ateş %66 oranındadır ve %94'ünde ESR 20 mm/saat'in üzerinde olup, %78'inde lökositoz saptanmıştır.² Reihsaus ve ark.nın çalışmasında özellikle diabetik hastalarda sırt ağrısı ve anormal inflamatuvar parametrelerin bir arada bulunduğu durumlarda ayırıcı

tanıda spinal epidural absenin düşünülmesi gerektiği vurgulanmıştır. Spinal epidural absede en sık tespit edilen patojen *S. aureus*'tur.⁴ Olguların %73'ünde etken olarak bulunmuştur.²

Tanıda bilgisayarlı tomografi (BT)'nin ve MRI'nın önemi büyüktür. MRI'nın yumuşak dokuyu görüntülemeye BT'ye üstünlüğü mevcuttur.^{2,5}

Yanlış tanı ve tedavi mortalite ve morbiditeyi yükseltmektedir. Uygun tedavi yapılmazsa radiküler ağrı, daha sonra kas güçsüzlüğü, fekal ve üriner inkontinans gibi nörolojik defisitler ve son evrede de paraliziler görülebilmektedir.² Tedavide sıklıkla cerrahi ve konservatif tedavi kombinasyonu gerekmektedir. Sadece konservatif tedavi ancak ciddi nörolojik semptomları olmayan olgularda endikedir.⁵ Bu durumda uzun süreli antibiyotik tedavisi önerilmektedir. Genellikle 4-6 haftalık tedavi yeterli olabilmektedir. Antibiyotik tedavisi intravenöz başlanmalıdır. Gereğinde oral formlar ile tedavi sürdürülebilir.² Olgumuzda erken tanı ve uygun tedavi ile düzelmeye sağlanmış ve komplikasyon gelişmemiştir.

Sonuç olarak, diyabetli olgularda atipik yerleşimli enfeksiyon sıklığı yüksektir. Spinal epidural abse gibi silik bulgularla başlayıp doğru tanı konulup tedavi edilmediğinde ciddi nörolojik defisitlere yol açabilecek enfeksiyonlar ile karşılaşılabilir. Bu nedenle diyabetik hastalarda basit bir bel ağrısı gibi duran semptomlar dahi önemsenmelidir. Ayrıntılı öykü, tam bir fizik muayene ve doğru laboratuvar ve görüntüleme yöntemleriyle tanıya gidilmeli, doğru tedavi hızlı bir şekilde gerçekleştirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Joshi N, Caputo GM, Weitekamp MR, Karchmer AW. Infections in patients with diabetes mellitus. N Engl J Med 1999;341:1906-12.
2. Reihsaus E, Waldbaur H, Seeling W. Spinal epidural abscess: A meta-analysis of 915 patients. Neurosurg Rev 2000;23:175-204.
3. Ladhani S, Phillips SD, Allgrove J. Low back pain at presentation in a newly diagnosed diabetic. Arch Dis Child 2002;87:543-4.
4. Rigamonti D, Liem L, Sampath P, Knoller N, Namaguchi Y, Schreiber DL, et al. Spinal epidural abscess: contemporary trends in etiology, evaluation, and management. Surg Neurol 1999;52:189-96.
5. Chao D, Nanda A. Spinal epidural abscess: A diagnostic challenge. Am Fam Physician 2002;65:1341-6.