



# **OLGU SUNUMU**

**Yrd.Doç.Dr.Hülya Çaçkurlu**  
**İstanbul Medeniyet Üniversitesi**  
**Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi**  
**Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD**

- MG 50 yaş, erkek
- **Şikayeti:** Sırt,Bel ağrısı
- **Hikayesi:**
  - 45 gün önce ani başlayan karın ağrısı şikayetiyle acile başvurmuş
  - Akut Kolesistit tanısıyla laparoskopik kolesistektomi
  - Operasyondan iki gün sonra sırt ağrısı başlamış
  - Taburcu edilip poliklinik takibine alınmış

- Genel cerrahi poliklinik kontrollerinde analjezik verilmiş
- Ağrısı devam ettiği için postop 20. gününde beyin cerrahisi polikliniğine yönlendirilmiş.
- Yapılan Torakolomber MRI da T9-T10 vertebrada spondilodiskit, apse ile uyumlu değişiklikler saptanınca enfeksiyon polikliniğine yönlendirilmiş
  
- **Öz geçmişi:**
- DM,HT (10 yıl)
- 12 yıl önce L4-L5 vertebrada disk hernisi operasyonu

# Fizik Muayene

- GD iyi
- Ateş 36.5 C, TA:120/80 mmHg, KTA: 75/dk, SS:18/dk
- Sırtta hassasiyet
- Diğer sistem muayeneleri doğal

# Laboratuvar Bulguları

- WBC 12.600 (%75.3 Nötrofil)
- CRP 9.4 mg/dl(Normal: 0.5mg/dl)
- Sedim: 111 mm/h
- AST: 21U/l
- ALT: 22U/l
- Kreatin:0.8mg/dl
- 
- Rose Bengal:Negatif
- Brucella tüp Agl: Negatif
- Kan kültürlerinde üreme olmadı
- PPD :Anerjik

# Radyoloji Bulguları

- Torakolomber MR T9-T10 paravertebral alanda 2 cm'ye ulaşan abse, spondilodiskit
- Pet CT Spondilodiskitis? Pott Absesi? Malign Tm?
- Tüm vücut kemik sintigrafisi T9-T10 yoğun osteoblastik aktivite artışı.  
(Metastaz?, Spondilodiskit?)

G?NUL, MUSTAFA, L.H.

ID 1107346 M -0.00273972502789725 DOB: 01/01/1900

03/12/2012 20:12:37 28325

MR  
GOZTEPE EGITIM ARASTIRMA HAST

N:300 C:150  
TE: TR: TH: 4 LOC: 16,70469 HF5  
EAG T1 F5EFAT SAT +C  
MR Vascular Angiography

# Klinik Seyir

- **Girişimsel Radyoloji** : Torakal vertebra biyopsisi
- Biyopsi sonrası ampirik Ciprofloksasin 2x400 mg İV + Daptomisin 1x500 mg İV başlandı
- Hastanın bel-sırt ağrıları devam ediyor
- Biyopsi materyalinde;
  - ARB: negatif
  - Mikobakteri: PCR negatif
- **Biyopsi materyalinde**: *Pseudomonas spp* üredi (Kolistin ve Amikacin duyarlı)
- **Patoloji**: Granülamatöz apse, epiteloid histiyositler, multinukleer dev hücreler, Tbc öncelikli granülamatöz iltihap



- Şikayetleri devam eden hastanın patoloji raporuna göre antibiyotikler 10. günde kesildi,
- 4' lü Anti Tbc(Isoniazid,Rifampisin,Etambutol,Pirazinamid) tedavisi başlandı .
- Eksik materyal nedeniyle biyopsi tekrar edildi.
- ARB negatif, kültürde *Pseudomonas sps.* üredi (Kolistin ve Amikacin duyarlı)
- Tedaviye Kolistin ve B laktam eklendi.
- 3.gününde Kreatinin 4.8 mg/dl,Kolistin ve B laktam kesildi
- Nefroloji takibi ve hidrasyonla kreatinin geriledi.

# Anti Tbc tedavinin 13.gününde

- Ağrı azaldı
  - WBC 11.600/mm<sup>3</sup>
  - CRP 3.8mg/dl
  - Sedim 111mm/h
- Anti Tbc tedavinin 23. gününde taburcu edildi.

# II.YATIŞ

- Anti Tbc tedavinin 45. gününde bel ağrısıyla tekrar başvuran hasta yatırıldı
- Çekilen MRI da T9-T10 da apse saptandı
- Anti Tbc tedaviye devam edildi.
- Cefepim (4x1g İV )ve Amikacin (2x500mg İV)başlandı
- **Kültür:** Abse aspirasyon materyalinde üreme olmadı.
- **Patoloji:** Nekrobiyotik debris, dejenere ve kalsifiye kemik partikülleri saptandı
- Sefepim 21 gün, Amikacin 5 gün verildi
- Klinik iyileşme ile Rifampisin ve INH ile taburcu edildi

# III. yatış

- Taburcu edildikten 3 hafta sonra, Anti Tbc tedavinin 72.gününde
- Ateş, halsizlik, iştahsızlık, bel ağrısı şikayetleriyle başvurdu.
- Fizik Muayenede anormal bulgu saptanmadı
- 3. kez yatırıldı
- Torakolomber MRI ve girişimsel biyopsi (3.kez)
- Sefaperazon-Sulbactam 2x2gr İV başlandı
- Torakal MRI raporu:T9-T10 vertebra korpuslarında füzyon, yükseklik kaybı, paravertebral yumuşak dokularda heterojen kontrastlanma, bir ay önceki MRI incelemesi karşılaştırıldığında fark görülmediği saptandı.

- Biyopsi materyalinde;
- Mikobakteri PCR: negatif,
- Quantiferon : negatif
- Lw.Kültürde üreme olmadığı için anti Tbc tedavi kesildi(79.gün)
- WBC 15.400 /mm<sup>3</sup>,
- CRP 4.07 mg/dl,
- Sedim.114mm/h
- Sefaperazon-Sulbactam tedavisine yanıt alınamadığı düşünüldü
- 7.gününde kesilerek Sefepim 3x2 g İV ve Amikacin 2x500mg İV başlandı. Amikacin 5. günde kesildi

- Sefepim in 25.gününde ağrıları tekrar başladı
- Sedim: 120 mm/h
- CRP: 21.7mg/dl
- Brusella tüp aglütinasyonu: Negatif
  
- **Torakolomber MRI:** T8-T11 vertebra korpuslarında intensite artışı, disk aralarında daralma, paravertebral alanda inflamatuvar kitleler görüldü.

G?NUL, MUSTAFA

H

9

ID 1107346 M -0.00273972602739726 DOB:01/01/1800

01/02/2013 21:05:28 9480

MR

GOZTEPEEGITIMARASTIRMAHASTANESI

A

W:885 C:442

TE: TR: TH: 3 LOC: -21,36518 HFS

+C SAG T1 fatsat+C

MR, vertebra, lomber



- Sefepim tedavisinin 34.günü girişimsel radyoloji tarafından biyopsi yapıldı(4. kez)
- 7 gün süreyle Amikacın 2x500mg İV eklendi
- **Patoloji** : Fibroadipoz doku parçaları
- **Göz dibi muayenesi**:Tbc lehine bulgu saptanmadı
- Quantiferon: negatif
- Sefepim 3x2 g İV 7 hafta verildi.



- Fizik Tedavi konsültasyonu: **Ankilozan Spondilit** ön tanısıyla Sulfosalazin PO 500mg 2x2/gün ve İndometazin 3x25mg PO başlandı.
- HLA B27 pozitif
- **Sakroiliak MR:** Sakroileit saptanmadı.
- **Romatoloji Kons:** Ankilozan spondilit düşünülmedi, NSAID başlandı.
- Kreatinin: 4.8mg/dl NSAID kesildi
- PPD anerjik
- Ağrıları şiddetlendiği için NRŞ ye danışıldı
- Nöroşirurji konseyinde cerrahi müdahale düşünülmedi

- Hasta ağrıdan hareketsiz durumda
- **Torakolomber Mr:** T9-T10 vertebra korpuslarında parsiyel füzyon, T 7, T 8, T 11 vertebra korpuslarında etkilenme, paravertebral bölgede yumuşak dokuda patolojik kontrastlanma, 5 hafta önceki MR a göre progresyon olduğu belirtildi
- 5. kez biyopsi yapıldı.
- **Biyopsi materyalinde:** Gram boyamada yaygın eritrosit, nadir lökosit görüldü, bakteri görülmedi.
- ARB: negatif,
- Mikobakteri PCR: negatif

- Seftazidim 3x2 gr İV ve Linezolid 2x600mg İV başlandı ve 15 gün verildi (iki haftadır Ab almayan hastaya)
- Sedimentasyon 32mm/h ve CRP 6.9 mg/dl geriledi.
- Ateş olmadı
- **Patoloji:** Diffuz eritrositle kaplı zemin, amorf dens materyal kümeleri, hücresellik izlenmedi.
- Hasta Nöroşirurji ve Göğüs Cerrahisi ile konsülte edildi ve operasyon için devredildi

- Hastaya T7-8-9 kostotransversektomi, T8-9 parsiyel korpektomi, T8-9 stabilizasyon yapıldı.
- T8-9 da enfekte materyal boşaltıldı.
- Tigesiklin 7 gün verildi,
- Genel durumu düzelen hasta antibiyotiksiz taburcu edildi

G?NUL, MUSTAFA RH

ID 40816007152 M -0.00273972602739726 DOB:01/01/1800

01/07/2014 20:15:12 1138

MR  
GOZTEPE EGITIM ARASTIRMA

A

W:1231 C:615

TE: TR: TH: 3 LOC: -12,58928 HFS

Sag T1 FSE

MR, Vertebra, torakal+lomber-OPERE SPONDLOKISTIK

# Spondilodiskitiste Etyoloji

- Spesifik bakteriyel :

Tbc

Brusella

Nokardiya

Aktinomikoz

Sifiliz

- Fungal
- Paraziter,

- Nonspesifik bakteriyel :

Stafilokoklar % 30-80

S.aureus % 36

Gram negatif EB %39

E.coli %23

P.aeruginosa % 5

Proteus mirabilis %3

- Streptokoklar % 19

- **Spondilodiskitis risk faktörleri:**
  - D.M. %31,
  - Alkolizm %11,
  - Kanser %5.4,
  - Siroz % 4
  - IV ilaç kullanımı
- **Olası primer enfeksiyon odakları:**
  - Üriner enfeksiyon
  - Subcutan abse
  - Akciğer inf
  - İnfekte operasyon yarası,
  - Endokardit
  - Kolanjit

# Spondilodiskitis Tanısı

- Ateş-halsizlik gibi sistemik bulgular nadir
- Olduğu bölgeye ait ağrı(Bel, boyun, sırt )
- Radyolojik Tanı
  - **Direkt radyografi** : İki haftada disk aralığında azalma, düzensizlik, 6-8 haftada instabilite ve subluksasyon
  - **Bilgisayarlı Tomografi** : Kemik destrüksiyonu, spinal kanal basısı, Perkütan biyopsi
  - **Manyetik rezonans görüntüleme**: Kontrast tutulumu , inflamatuvar dokunun yayılımı, epidural apseyi gösterir
  - Sintigrafi: Diğer yöntemlerle bulgu elde edilemediğinde



# Etyolojik Tanı

- Kesin mikrobiyolojik tanı: Vertebradan izole edilen mikroorganizma
- Muhtemel mikrobiyolojik tanı: İki kan kültürü pozitifliği
- Olası mikrobiyolojik tanı: Vertebral sinus traktından alınan kültürde üreme
- Tbc spondilodiskitis: ARB, Löwenstein kültür, Mikobakteri PCR

# Medikal Tedavi

- Bařlangıçta Ampirik Antibiyoterapi
- Yüksek doz parenteral kullanılmalı
- Muhtemel etkene göre Ab.
  - Antistafilokokal Ab
  - Seftriakson,
  - MRSA ise Vancomisin veya Teikoplanın
- Enterobakteriler:
  - Seftriakson,
  - Ciprofloksasin
  - Meropenem
- Pseudomonas aeruginosa :
  - Seftazidim+AG
  - Meropenem +AG
  - Ciprofloksasin+AG
- Tedavi süresi (oral)6 hafta -3 ay?

# Cerrahi Tedavi

- Nörolojik fonksiyon kaybı ve sepsis
- İnstabilite
- Mevcut veya gelişebilecek deformiteler
- İntraspinal alanı işgal eden lezyonlar
- Etyolojisi bilinmeyen muhtemel maligniteler
- Relatif endikasyonlar
- Kontrol edilemeyen ağrı
- Hastanın konservatif tedaviye uyumsuzluğu

