

## Deri infeksiyonu sonrası *staphylococcus aureus* spondiliti: bir olgu sunumu

### *Staphylococcus aureus* spondylitis after cutaneous infection: a case report

Suntur B.M.<sup>1</sup> Sipahi O.R.<sup>1</sup> Çallı C<sup>2</sup> Dalbastı T<sup>3</sup> Büke Ç<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Bornova, İzmir

<sup>2</sup> Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji AD, Bornova, İzmir

<sup>3</sup> Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Beyin Cerrahisi AD, Bornova, İzmir

#### Özet

Erişkinde spondilit nadir rastlanan fakat ciddi bir hastalıktır. Deri infeksiyonu *Staphylococcus aureus*'a bağlı spondilit için nadir bir predispozan faktördür. Bu bildiri deri infeksiyonu sonrası gelişen bir *S. aureus* spondiliti vakasının sunulması amaçlanmıştır.

**Anahtar kelimeler:** *deri infeksiyonu, spondilodiskit, Staphylococcus aureus*

#### Summary

*Spondylitis, in adults, is a rare but severe disease. Cutaneous infection is a rare predisposing factor for spondylitis due to Staphylococcus aureus.* In this report it was aimed to present a case of *S. aureus* spondylitis occurring after cutaneous infection.

**Key words:** *Cutaneous infection, spondylodiscitis, Staphylococcus aureus*

#### Giriş

Erişkinde spondilit spontan ya da cerrahi sonrası gelişebilen, nadir rastlanan fakat ciddi bir infeksiyondur (1- 3). İnvaziv işlemler, altta yatan karsinom varlığı, diyabetes mellitus, bakteriyel endokardit, piyelonefrit, geçirilmiş spinal cerrahi, ve ileri yaş spondilit için bildirilmiş risk faktörleridir. En sık görülen etkenler *Staphylococcus aureus*, *Mycobacterium tuberculosis*, ve *Brucella spp.*'dir. Kesin tanı için kan kültürü, doku biyopsi kültürü, histopatoloji ve radyolojik görüntüleme yöntemleri kullanılabilir (4, 5). Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) hastalığın tanısında oldukça yararlı bilgiler vermektedir. Özellikle diğer tetkiklerin tanıda yetersiz kaldığı hastalığın erken dönemlerinde faydalıdır (6, 7). Bu yazıda deri infeksiyonu sonrasında gelişen bir spondilit olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

#### Olgu

Altmış beş yaşında erkek hasta yüksek ateş, halsizlik ve yorgunluk şikayetleriyle kliniğimize başvurdu.

Öyküsünde on beş gün önce sol dirseğinde gelişen deri infeksiyonu nedeniyle başvurduğu hekim tarafından amoksisilin 3x1 gr/ gün (ağız yolu ile) başlandığı, tedaviyi takip eden üç gün içerisinde endürasyon ve ödemin kaybolduğu ve tedavinin 10 güne tamamlandığı öğrenildi. Ancak iki günden beri ateş yüksekliği yanı sıra halsizlik ve yorgunluk yakınmalarının da başlaması üzerine olgu tetkik ve tedavi amacıyla kliniğimize yatırıldı.

Fizik muayenede; ateş 39°C, kan basıncı 150/ 80 mmHg, nabız 148/ dk idi. Bilinç açık, kooperasyonu ve oryantasyonu normal idi. Diğer tüm sistem bakıları olağandı. Laboratuvar bulguları olarak lökosit 11.760/ mm3 (% 80 nötrofil), eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) 84 mm/s, C-reaktif protein (++++), bulundu. Hastadan 30 dakika ara ile alınan kan kültürlerinin üçünde de *Staphylococcus aureus* üredi. Etken penisiline dirençli ve oksasiline duyarlı olup tedavide 4 x 1 gr damar içi yoldan ampisilin/sülbaktam başlandı. Hastaneye başvurunun yedinci gününde hastada çok şiddetli sırt ağrıları da başladı. Bu nedenle çekilen MRG'de T6 ve T7 vertebral korpusta spondilite bağlı olabileceği belirtilen değişiklik-

Yazışma adresi: Oğuz Reşat SİPAHİ, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Bornova, İzmir  
Makalenin geliş tarihi: 28.10.2006; kabul tarihi: 13.03.2007

ler saptandı. Ağrının şiddetlenmesi ve ateşin devam etmesi nedeni ile beş gün sonra MRG tekrarlandı. T6 ve T7 aralığında spondilit, T7 ve T8 aralığında paravertebral apse saptandı. Nöroşürji ile görüşülerek, nakledilen olgu burada opere edildi. Operasyon sırasında alınan örneklerin Gram ve asido-rezistan boyalı preparatları olumsuz olarak bulundu. Ayrıca bakteriyolojik ve mikobakteriyolojik kültürlerde üreme saptanmadı. Patoloji raporu subakut nonspesifik infeksiyon olarak geldi.

Operasyondan on beş gün sonra hastanın ağrılarının devam etmesi nedeniyle tekrarlanan MRG'de apsenin devam ettiği görüldü. Hasta yeniden opere edildi ve operasyon yerinden 15 gün süre ile drenaj uygulandı. Bu ameliyat esnasında elde edilen materyallerden yapılan bakteriyolojik ve mikobakteriyolojik kültürlerde de üreme olmadı. Damar içi yoldan ampisilin/sülbaktam 20 gün daha devam edildi. Hastanın ateşinin normal seyretmesi ve başta hemogram ve ESH olmak üzere diğer akut faz reaktanlarının düzelmeye eğilimi göstermesi üzerine olgu yatışının 60. gününde taburcu edildi. Ağızdan ampisilin/sülbaktam dört ay süreyle daha ay daha devam edildi. Altıncı ayda çekilen MRG'de T6 ve T7'de spondilit sekeli dışında bir patolojik görünüm saptanmadı. Kırksekiz aylık takipte relaps saptanmadı.

## Tartışma

Sunulan olgu deri infeksiyonu ardından gelişen bir spondilit olarak değerlendirilmiştir. Hastada invazif girişim, malignite, diyabetes mellitus, bakteriyel endokardit, üriner sistem infeksiyonu, geçirilmiş spinal cerrahi ya da dejeneratif spinal hastalık gibi risk faktörleri bulunmaktaydı. Spondilite neden olabilecek tek olası neden deri infeksiyonu idi. Sırt ağrısı deri infeksiyonundan dört hafta sonra başlamıştı. Kan kültüründen *S. aureus* izole edildiğinde olası odaklar araştırılmış, endokardit ve piyelonefrit gibi nedenler dışlanmıştı. Hastanın yatışının yedinci gününde MRG'de spondilit saptandı.

## KAYNAKLAR

1. Kapeller P, Fazekas F, Kramette D, et al. Pyogenic infectious spondylodiscitis: clinical, laboratory and MRI features. Eur Neurol 1997; 38: 94-98.
2. Honan M, White GW, Eisenberg GM. Spontaneous infectious discitis in adults. Am J Med 1996; 100: 85 - 89.
3. Friedman JA, Maher CO, Quast LM, et al. Spontaneous disc space infections in adults. Surg Neurol 2002; 57: 81 – 86.
4. Hopkinson N, Stevenson J, Benjamin S. A case ascertainment study of septic discitis: clinical, microbiological and radiological features. QJM 2001; 94: 465- 470.
5. Rigamonti D, Liem L, Sampath P, et al. Spinal epidural abscess: contemporary trends in etiology, evaluation, and management. Surg Neurol 1999; 52: 189 – 196.
6. Wirtz DC, Genius I, Wildberger JE, et al. Diagnostic and therapeutic management of lumbar and thoracic spondylodiscitis - an evaluation of 59 cases. Arch Orthop Trauma Surg 2000; 120: 245 - 251.
7. Vorbeck F, Morscher M, Ba-Ssalamah A, Imhof H. Infectious spondylitis in adults. Radiologe 1996; 36: 795 - 804.

Spondilit spontan olarak ya da sistemik infeksiyonlara ikincil olarak gelişebilmektedir (3, 4). Spondilitli hastalarda en sık izole edilen mikroorganizma *S. aureus*'tur. Maiuri ve ark. (8) MRG'nin hastalığın erken dönemlerinde tanıda önem taşıdığını ve hastalığın ileri dönemleri ile tüberküloz spondilit ayırımına yardımcı olabildiğini bildirmişlerdir. Al-Mulhim ve ark. (9) da MRG'nin tüberküloz spondilit tanısında faydalı olduğunu belirtmişlerdir. Sunulan olguda MRG ve çıkarılan cerrahi materyalin makroskopik görünümü tüberkülozdaki kazeifikasyon nekrozu ile uyumlu bulunmuştur fakat histopatoloji erken dönemde tüberkülozun dışlanmasını sağlamıştır. Friedman ve ark. (3) antibiyotik tedavisine rağmen devam eden infeksiyon bulgularının cerrahi gerektiren faktörlerden biri olarak tanımlamıştır. Sunulan olguda da iki kez cerrahi uygulanmıştır. İlkinde sadece antimikrobiyal tedavi ve operasyon sırasında absenin boşaltılması işlemi uygulanmış iken, ikinci operasyonda bunlara ek olarak apsenin boşaltıldığı alanın 15 gün boyunca drene olması da sağlanmıştır.

Subkütan infeksiyon ya da deri infeksiyonuna ikincil spondilit nadir olarak bildirilmektedir. Danimarka'da yapılan bir çalışmada akut spondilitli olguların ancak %7'sinde subkütan bir infeksiyon rapor edilmiştir (10). Türk tıp literatüründe konu ile ilgili veri bulunamamıştır.

Olgunun ilk başvurusu sırasında antibiyotik başlanmazdan önce derideki infeksiyon alanından mikrobiyolojik kültür için örnek alınmaması etken mikroorganizma hakkında kesin bir şey söyleme imkanı vermemekle birlikte kolda gelişen deri enfeksiyonu ve bunu takip eden günlerde başka bir odak olmaksızın kan kültüründe *S. aureus* üremesi deri enfeksiyonunun olası etkeninin *S. aureus* olduğunu düşündürmektedir.

Sonuç olarak ileri yaş grubunda gelişen bir deri infeksiyonu sonrası hematojen yayılım ile spondilit gelişebileceği ve paravertebral apse geliştiğinde antimikrobiyal tedavi ve apse alanın cerrahi boşaltılması yanı sıra belli bir süre boyunca drene edilmesinin de gerekli olabileceği akıldan çıkartılmamalıdır.

8. Maiuri F, Iaconetta G, Gallicchio B, et al. Spondylodiscitis: clinical and magnetic resonance imaging findings. *Spine* 1997; 22: 1741-1746.
9. Al-Muhlim FA, Ibrahim EM, El-Hassan AY, Moharram HM. Magnetic resonance imaging of tuberculous spondylitis. *Spine* 1995; 20: 2287 – 2292.
10. Krogsgaard MR, Wagn P, Bengtsson J. Epidemiology of acute vertebral osteomyelitis in Denmark. 137 cases in Denmark 1978-1982, compared to cases reported to the National Patient Register 1991-1993. *Acta Orthop Scand* 1998; 69: 513 - 517.