

SÜPÜRATİF HİDRADENİTİN KOMPLİKASYONU OLARAK ORTAYA ÇIKAN BİR MENENJİT OLGUSU

A CASE OF MENINGITIS EMERGED AS A COMPLICATION OF HIDRADENITIS SUPPURATIVA

H. Cem GÜL¹, Ömer COŞKUN¹, Ümit SAVAŞCI¹, Fatih ÖRS², A. Bülent BEŞİRBELLİOĞLU¹, C. Polat EYİĞÜN¹

¹ Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara. (hcgul@yahoo.com)

² Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Radyodiagnostik Anabilim Dalı, Ankara.

ÖZET

Süpüratif hidradenit [hidradenitis süpürativa (HS)], derinin apokrin bez kanallarının tıkanması ve sekonder bakteriyel enfeksiyonu ile gelişen, daha sıklıkla kadınlarda görülen nadir bir hastalıktır. Bu raporda, gluteal bölgedeki HS sonrası gelişen bir bakteriyel menenjit olgusu sunulmaktadır. Altmış yaşındaki erkek hasta, yüksek ateş, şuur bulanıklığı, oryantasyon ve kooperasyon bozukluğu şikayetleri ile enfeksiyon hastalıkları kliniğine başvurmuştur. Hastada ense sertliğinin saptanması üzerine beyin omurilik sıvısı (BOS) örneği alınmış ve incelemede basıncın artmış olduğu, BOS'un gri renkli, bulanık ve Pandy reaksiyonunun (++++), lökosit sayısının 33.600 hücre/ml (%95 polimorfonükleer lökosit) olduğu saptanmıştır. BOS şekeri 2 mg/dl (eş zamanlı kan şekeri 156 mg/dl) ve BOS proteini 360 mg/dl olan hastanın BOS örneğinden hazırlanan Gram boyalı preparatının incelemesinde bol miktarda gram-pozitif kok varlığı görülmüştür. Akut bakteriyel menenjit tanısı konulan hastaya ampirik olarak intravenöz seftriakson (2 x 2 g) ve linezolid (2 x 600 mg) tedavisi başlanmıştır. Hastanın fizik muayenesinde, gluteal bölgede yaygın fistülizasyonlarla karakterize HS ve sol gluteal bölgede aktif akıntısı olan fistül ağzı tespit edilmiştir. Tam kan sayımında; beyaz küre 26.700/ml, trombosit 501.000/ml, hemoglobin 14.8 mg/dl ve eritrosit sedimentasyon hızı 120 mm/saat olarak saptanmıştır. Vertebra manyetik rezonans incelemesinde, rektum posteriorundaki inflame doku ile sakral subaraknoid mesafe arasında fistül traktı belirlenmiştir. Hastanın konvansiyonel yöntemlerle yapılan BOS ve kan kültürlerinde üreme olmamış, bu durum etkenin anaerop gram-pozitif bir kok olabileceğini düşündürmüştür. Tedavi linezolid için 21, seftriakson için 28 güne tamamlanmış ve tedavi sonunda genel durumu ve laboratuvar bulguları tamamen düzelen hasta, fistül tamiri için sekelsiz olarak beyin cerrahisi servisine nakledilmiştir. Ulaşılabilen kaynaklara göre daha önce benzeri bildirilmemiş olan bu olgu, medulla spinalise yakın bölgelerde gelişen HS takibinde menenjit komplikasyonunun da akılda tutulması gerektiğini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

Anahtar sözcükler: Menenjit, süpüratif hidradenit.

ABSTRACT

Hidradenitis suppurativa (HS), which is characterized by the obstruction of the apocrine gland channels and development of secondary bacterial infections, is a rare clinical entity mostly seen in women.

In this case report, a bacterial meningitis case, which emerged after HS in the gluteal region, was presented. To the authors' knowledge this is the first case in the literature. Sixty-years-old male patient was admitted to the infectious disease department with high fever, lack of consciousness and orientation and cooperation problems. Upon detection of neck stiffness during physical examination, cerebrospinal fluid (CSF) specimen was taken. CSF analysis revealed increased pressure, turbidity, (+++++) Pandy reaction and 33.600/ml leucocytes (95% PMNL). CSF glucose was 2 mg/dl (simultaneous blood glucose was 156 mg/dl) and protein was 360 mg/dl. Gram stained smear of the CSF specimen yielded high numbers of gram-positive cocci. Empirical treatment with intravenous ceftriaxone (2 x 2 g/day) and linezolid (2 x 600 mg/day) was initiated upon the diagnosis of acute bacterial meningitis. Physical examination of the patient revealed HS characterized by common fistulas in gluteal area and drainage from the fistula with drainage in left gluteal area. White blood cell blood count was 26.700/mg, platelet count was 501.000/ml and hemoglobin was 14.8 mg/dl. Erythrocyte sedimentation rate was 120 mm/hour. In the magnetic resonance imaging of the vertebra, fistula tract was determined between inflamed tissue and sacral subarachnoid region. Since the culture of CSF and blood did not yield any growth, the probable causative agent was thought to be an anaerobic gram-positive coccus. The treatment continued for 21 days for ceftriaxone and 28 days for linezolid. The patient was successfully treated and was transferred to neurosurgery department without any sequela for the management of fistulas.

Key words: Meningitis, hidradenitis suppurativa.

GİRİŞ

Hidradenitis süpurativa (HS), derinin apokrin bez kanallarının tıkanması ve sekonder bakteriyel enfeksiyonu ile gelişen, daha sıklıkla kadınlarda görülen nadir bir hastalıktır¹. Hastalık aksilla, perine ve kasık bölgelerinde daha sık gözlenir. HS ilerledikçe apokrin bezlerin rüptüre olması sonunda kronik cilt enfeksiyonları, apse formasyonu, sinüs traktları, fistülizasyon ve skar dokusu oluşumları ortaya çıkabilir. Bu raporda, HS'ye sekonder olarak komşuluk yolu ile gelişen ve ulaşılabilen kaynaklarda daha önce benzeri bildirilmemiş bir akut bakteriyel menenjit olgusu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Yüksek ateş, şuur bulanıklığı, oryantasyon ve kooperasyon bozukluğu şikayetleri ile enfeksiyon hastalıkları kliniğine yatırılan 60 yaşındaki erkek hastada; 39°C ateş ve ense sertliği saptanması üzerine beyin omurilik sıvısı (BOS) örneği alındı. Örneğin incelenmesinde; basınç artmış, gri renkli, bulanık, Pandy reaksiyonu (+++++) olup, lökosit sayısı 33.600 hücre/ml [%95 polimorfonükleer lökosit (PNL)] olarak saptandı. BOS şekeri 2 mg/dl (eş zamanlı kan şekeri 156 mg/dl), BOS proteini 360 mg/dl olarak bulundu. Gram boyalı BOS preparatının incelenmesinde her sahada bol miktarda gram-pozitif koklar görüldü. Bu bulgularla hastaya akut bakteriyel menenjit tanısı kondu.

Fizik muayenede; gluteal bölgede yaygın fistülizasyonlarla karakterize HS ve sol gluteal bölgede aktif akıntısı olan fistül ağız gözlemlendi. Diğer sistemler normal olarak değerlendirildi. Tam kan sayımında; beyaz küre: 26.700/ml, trombosit: 501.000/ml, hemoglobin: 14.8 mg/dl ve eritrosit sedimentasyon hızı: 120 mm/saat olarak bulundu. Kan biyokimyası tetkikleri normal olarak değerlendirildi. Hastanın beyin tomografisinde patoloji saptanmadı. Lumbosakral vertebra manyetik rezonans (MR) incelemesinde; T1

sagittal kontrastlı kesitte presakral bölgede ve sakral spinal içerikte kontrast madde tutulumu olup, sakral vertebralarda inflamasyonu düşündüren kontrast tutulumu mevcuttu (Resim 1). T2 ağırlıklı sagittal MR kesitinde rektum posteriorundaki inflame doku ile sakral subaraknoid mesafe arasında fistülizasyon görünümü saptandı (Resim 1).

Hastaya akut bakteriyel menenjit tanısı konulduktan sonra damar yolundan seftriakson 2 x 2 g, linezolid 2 x 600 mg ampirik tedavisine başlandı. Tedaviden 48 saat sonra yapılan BOS incelemesinde; basınç hafif artmış, gri renkli, hafif bulanık, Pandy reaksiyonu (++) olup, 13.600/ml lökosit (%75 PNL) mevcuttu. BOS şekeri 20 mg/dl (eş zamanlı kan şekeri 130 mg/dl), BOS proteini 250 mg/dl olarak bulundu. İkinci günde genel durumu daha iyi olan hastada kooperasyon ve oryantasyon daha iyi sağlanıyordu. Tedaviden cevap alındığı düşünülerek antibiyotiklere aynı dozlarda devam edildi. Tedavinin 7. gününde yapılan BOS incelemesinde; basınç artmış, gri renkli, bulanık, Pandy reaksiyonu (+) pozitif olup 100/ml lökosit (%40 PNL) mevcuttu. BOS şekeri 37 mg/dl (eş zamanlı kan şekeri 120 mg/dl), BOS proteini 110 mg/dl olarak bulundu. Hastanın konvansiyonel yöntemlerle yapılan kan kültürü ve BOS kültüründe üreme olmadı. Gram boyalı preparatta bakteri saptanmasına rağmen konvansiyonel kültürde üreme olmaması, etkenin anaerop gram-pozitif bir kok olabileceğini düşündürdü. Ancak başlanan tedaviye klinik yanıt alınmış olduğundan ve kullanılan antibiyotikler gram-pozitif anaerop koklara da etkili olabildiğinden dolayı, tedavide değişiklik yapılmadı.

Tedavinin 14. gününde yapılan BOS incelemesi normal olarak değerlendirildi. Linezolid tedavisi 21 güne tamamlanarak kesilen hastada, seftriakson 28 güne uzatılarak tedavi sonlandırıldı. Tedavinin sonunda genel durumu iyi, şuur açık, koopere, ateşi 36.7°C olan hasta, planlanan operasyon için beyin cerrahisi kliniğine nakledildi.



Resim 1. T1 sagittal kontrastlı MR (solda) ve T2 ağırlıklı lumbosakral vertebra MR (sağda) incelemesi.

TARTIŞMA

HS, sıklıkla apokrin bezlerden zengin bölgeler olan genitofemoral ve aksilla bölgelerini tutan, tekrarlayan kronik bir hastalıktır. Hastalık genellikle sağlıklı post-pubertal bireylerde lokal kaşıntı veya hafif huzursuzluk şeklinde başlar. Bu şikayetleri takiben hassas papül veya derin yayımlı nodül gelişir. Gelişen nodül yavaşça kaybolabileceği gibi, sıklıkla genişler ve çevre nodüllerle birleşerek büyür, spontan rüptüre olabilen ağrılı apselere ve pürülan akıntılara neden olabilir. Lezyon daha sonra fibrozis, dermal kontraktür ve iki tarafı açık komedon gelişerek iyileşebilir, sinüs traktları oluşabilir. Bu lezyonlar daha sonra komşu bölgelerde tekrarlar¹. Olgumuzda; 20 yaşından bu yana gluteal bölgesinde zaman zaman kaşıntı, şişlik, akıntı ve ateş şikayetleri olması, kullandığı sistemik antibiyotikler ve lokal antiseptiklerle şikayetlerinin azalması, periyodik olmayan sürelerde rahatsızlığının tekrarması HS kliniğinin önemli bir göstergesidir.

HS'de; lokal skar dokusu gelişimine bağlı hareket kısıtlılığı, rektum, anüs veya üretra yapışıklıkları, üretral fistülizasyon, genital ödem, anemi-lökositoz gibi hematolojik parametre değişiklikleri, epidural apse, sistemik enfeksiyonlar ve sepsis gibi lokal ve sistemik komplikasyonlar görülebilir¹⁻⁶. Bu hastalarda skuamöz hücreli kanser başta olmak üzere tüm malignitelerin görülme sıklığında da artış vardır⁷⁻⁹. Bizim olgumuzun fizik muayenesinde, gluteal bölgede yaygın fistülizasyonlarla karakterize HS ve sol gluteal bölgede aktif akıntısı olan fistül ağzı gözlenmiştir. Yaklaşık 20-30 yıldır hastalığı bulunan olguda, apse içerisinde foliküler epitelin rüptüre olması sonucunda sinüs traktı gelişmiş olduğu tahmin edilmektedir. Gelişen sinüs traktı fasiya, kas, kemik gibi derin dokulara yayılmış ve fistülizasyon ile diğer dokularla birleşerek duramater buradan da subaraknoid aralığa yayılarak menenjite neden olmuştur. Hastanın lumbosakral vertebra MR incelemesinde, spinal içerik ile perirektal apse arasındaki ilişki gösterilmiş ve menenjit gelişiminin apse ile subaraknoid mesafe arasındaki fistülizasyona bağlı olduğu kanıtlanmıştır (Resim 1).

HS'de lezyondan alınan rutin kültürlerde sıklıkla bakteri izole edilememesine rağmen, üreme olan materyallerde büyük oranda *Staphylococcus aureus* ve koagülaz-negatif stafilokoklar izole edilir^{10,11}. Buna karşın, streptokok, gram-negatif çomaklar ve anaeroplarda izole edilen diğer patojenlerdir^{12,13}. Bizim olgumuzda kan ve BOS kültüründe üreme olmamasına rağmen BOS'un Gram boyamasında bol miktarda gram-pozitif kok saptanması, HS'de sıklıkla etken olabilen gram-pozitif anaerop kokları düşündürmüştür. Anaerop menenjitlerin çoğunda etken, doku komşuluğu yoluyla direkt olarak meninklere ulaşır ki¹⁴, bu durum bizim olgumuzda da söz konusudur.

Hastaya ampirik olarak IV seftriakson 2 x 2 g ve linezolid 2 x 600 mg tedavisi başlanmıştır. Hastanın yaşının ileri olması, menenjit etkeni olarak gram-negatif basil veya *Listeria* gibi etkenleri akla getirmişse de direkt yaymada gram-pozitif kokların görülmüş olması nedeniyle tedaviye ampisilin eklenmemiş, santral sinir sistemine ve HS'nin kaynaklandığı yumuşak dokuya daha iyi geçişinden dolayı vankomisin yerine linezolid tercih edilmiştir^{15,16}. Tedavinin 48. saatinde arzu edilen düzelmelerin olmaması, primer lezyondan fistülizasyon yoluyla subaraknoid aralığa püy geçişinin devam etmesi olabilir. Tedavinin 7. gününde kliniği düzelen hastanın BOS bulguları 14. günde tamamen nor-

male dönmüştür. Bu durumun HS'deki primer lezyonun iyileşmesine bağlı olduğu düşünülmektedir. Hastanın yaşı, mortalite riski ve nüks gelişme ihtimali düşünülerek linezolid tedavisi 21 güne, seftriakson tedavisi 28 güne uzatılarak, hasta operasyon için beyin cerrahisi kliniğine nakledilmiştir.

Sonuç olarak bu olgu, medulla spinalise yakın bölgelerde gelişen HS takibinde menenjit komplikasyonunun da akılda tutulması gerektiğini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Wiseman MC. Hidradenitis suppurativa: a review. *Dermatol Ther* 2004; 17: 50-4.
2. Chaikin DC, Volz LR, Broderick G. An unusual presentation of hidradenitis suppurativa: case report and review of the literature. *Urology* 1994; 44: 606-8.
3. Konety BR, Cooper T, Flood HD, et al. Scrotal elephantiasis associated with hidradenitis suppurativa. *Plast Reconstr Surg* 1996; 97: 1243-5.
4. Tennant F Jr, Bergeron JR, Sone OJ, et al. Anemia associated with hidradenitis suppurativa. *Arch Dermatol* 1968; 98: 138-40.
5. Russ E, Castillo M. Lumbosacral epidural abscess due to hidradenitis suppurativa. *Am J Roentgenol* 2002; 178: 770-1.
6. Ramasastry SS, Conklin WT, Granick MS, et al. Surgical management of massive perianal hidradenitis suppurativa. *Ann Plast Surg* 1985; 15: 218-23.
7. Perez-Diaz D, Calvo-Serrano M, Martinez-Hijos E, et al. Squamous cell carcinoma complicating perianal hidradenitis suppurativa. *Int J Colorect Dis* 1995; 10: 225-8.
8. Malaguarnera M, Pontillo T, Pistone G, Succi L. Squamous cell cancer in Verneuil's disease (hidradenitis suppurativa). *Lancet* 1996; 348: 1449.
9. Lapins J, Ye W, Nyren O, et al. Incidence of cancer among patients with hidradenitis suppurativa. *Arch Dermatol* 2001; 137: 730-4.
10. Jemec GB, Faber M, Gutschick E, Wendelboe P. The bacteriology of hidradenitis suppurativa. *Dermatology* 1996; 193: 203-6.
11. Lapins J, Jarstrand C, Emtestam L. Coagulase negative staphylococci are the most common bacteria found in cultures from the deep portions of hidradenitis suppurativa lesions, as obtained by carbon dioxide laser surgery. *Br J Dermatol* 1999; 140: 90-5.
12. Jemec GB. Hidradenitis suppurativa. *J Cutan Med Surg* 2003; 7: 47-56.
13. Brown TJ, Rosen T, Orengo IF. Hidradenitis suppurativa. *Southern Med J* 1998; 91: 1107-14.
14. Beşirbellioğlu BA. Santral sinir sisteminin anaerob enfeksiyonları, s: 67-80. Ulusoy S, Leblebicioğlu H (ed), Anaerob Bakteri Enfeksiyonları. 2005, Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara.
15. MacGowan AP. Pharmacokinetic and pharmacodynamic profile of linezolid in healthy volunteers and patients with gram-positive infections. *J Antimicrob Chemother* 2003; 51 (Suppl 2): 17-25.
16. Wilcox M, Nathwani D, Dryden M. Linezolid compared with teicoplanin for the treatment of suspected or proven gram-positive infections. *J Antimicrob Chemother* 2004; 53: 335-44.