

OSTEOMYELİTE SEKONDER SEPTİK EMBOLİ OLGUSU

Burcu ÖZLEN, Tuba ÇIKMAZ, Levent ÖZDEMİR, Osman N. HATİPOĞLU

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, EDİRNE

ÖZET

Nefes darlığı, sol bacakta şişlik ve sıcaklık artışı şikayetleri ile acil servise başvuran 58 yaşında bir bayan hasta, akciğer grafisinde bilateral periferik yaygın infiltrasyonlar ve arteryel kan gazında ciddi hipoksemisi saptanması üzerine sepsis, ARDS, pulmoner emboli ve vaskülit öntanılarını ile kliniğimize yatırıldı. Toraks BT'sinde akciğer parankiminde periferik yerleşimli kavitasyon içeren nodüller gözlemlendi. Kemik sintigrafisinde osteomyelit saptandı. Bu bulgularla osteomyelite sekonder septik emboli tanısı kondu. Ampirik antibiyotik, noninvazif mekanik ventilasyon ve destek tedavisi ile klinik ve radyografik bulgularında iyileşme sağlandı. Akciğer grafisinde infiltrasyonların bilateral ve periferik olması; toraks BT'de subplevral yerleşimli kaviter nodüllerin görülmesi, başka bir odakta infeksiyon bulgularının olması pnömoninin hematojen kaynaklı olabileceğinin anlamlı ipuçlarıdır.

Anahtar kelimeler: osteomyelit, septik emboli

SUMMARY

A case of septic emboli secondary to osteomyelitis

A 58 year-old woman was admitted to our emergency department with dyspnea, swelling and increased temperature of left leg. Since bilateral peripheral disseminated infiltrates on chest X-ray and severe hypoxemia in arterial blood gas were found, she was hospitalized with initial diagnosis of sepsis, Adult Respiratory Distress Syndrome, pulmonary embolism and vasculitis. Computed tomography revealed peripheral cavitory nodules in pulmonary paranchyme. Osteomyelitis was established in bone scan. Based on these findings the diagnosis was septic embolism secondary to osteomyelitis. Clinical and radiographic parameters were improved by empirical antibiotic therapy, noninvasive mechanical ventilation and other supportive care. Bilateral and peripheral infiltrates on chest x-ray; sub-pleural cavitory nodules on computed tomography and the presence of an extrapulmonary infection focus are significant clues that pneumonia may occur via hematogenous spread.

Key words: osteomyelitis, septic embolism

Yazışma adresi: Burcu Özlen, Trakya Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, EDİRNE

Tel: (0284) 235 76 41 / 2885-2886

e-mail:burcu_ozlen@hotmail.com

TÜSAD 27. yıllık Kongresinde olgu sunumu olarak sunulmuştur.

Alındığı tarih: 23. 01. 2006, kabul tarihi: 22. 05. 2006

GİRİŞ

Septik pulmoner emboli (SPE) tablosu ateş, solunumsal semptomlar ve akciğerde infiltrasyonla karakterize olup görülmeyen bir hastalıktır^(1,2). Başlangıçtaki klinik ve radyolojik özellikler genellikle nonspesifik olduğu için teşhisi sıklıkla zordur. SPE ile ilişkili risk faktörleri intravenöz (iv) ilaç kullanımı, pelvik tromboflebit ve baş-boyunla ilgili supuratif olaylardır^(3,4).

Postero - anterior (PA) akciğer grafisinde sıklıkla nonspesifik görünüm olmasına rağmen nadiren periferik, kavitasyona giden akciğer nodülleri görülebilmektedir.

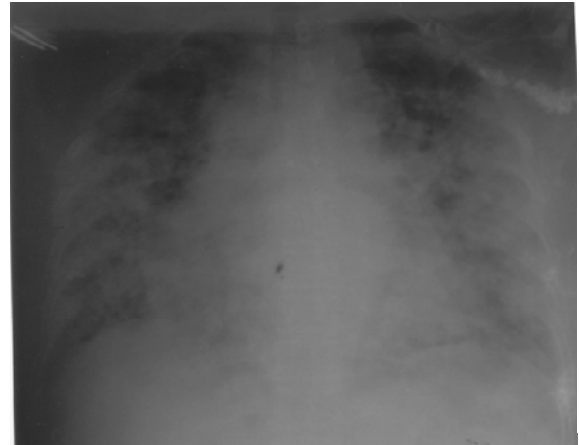
Bilgisayarlı toraks tomografisi periferik kaviter lezyonların görünmesi açısından daha yardımcı olmaktadır⁽⁵⁾. Akciğer grafisinde bilateral ve periferik infiltrasyonların, toraks tomografisinde subplevral yerleşimli kaviter nodüllerin görüldüğü ve başka bir odakta infeksiyon bulguları olan septik emboli tanısı almış bir olguyu sunmayı uygun bulduk.

OLGU

58 yaşında bayan hasta, nefes darlığı, sol bacakta şişlik ve sıcaklık artışı, akciğer grafisinde periferik bilateral yaygın infiltrasyonlar ve arteryel kan gazında ciddi hipoksemisi saptanması üzerine kliniğimize yatırıldı. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik saptanmadı. Sigara içim öyküsü yoktu. İlaç kullanım öyküsü mevcut değildi.

Fizik muayenesinde, genel durumu orta, taşipneik, dispneik ve periferik siyanozu mevcut idi. TA: 120/70 mm-Hg, nabız: 100 / dak, ateş: 37 °C, dakika solunum sayısı: 32 idi. Solunum sistemi muayenesinde bilateral tüm zonlarda inspiratuvar raller ve yaygın ekspiratuvar ronküsleri mevcuttu. Diğer sistem muayenelerinde özellik saptanmadı. Laboratuvar incelemelerinde; Hb: 8,5 gr / dL, Htc: % 24,6, BK: 27100 / mm³, trombosit: 165000 / mm³, SGOT: 55 U / L, SGPT: 44 U / L, Total protein: 6,5 gr / dL, albumin: 1,25 g / dL, LDH: 387, idrar mikroskopisinde 4 - 5 lökosit, 4 - 5 eritrosit saptandı. Kreatinin klirensi 133 mL / dak olarak tespit edildi. FDP 1 / 2 (+), 1 / 8 (+), D - DİMER: 6,35 ul / l (0 - 0,4) idi. Kan ve idrar kültüründe üreme saptanmadı. Balgam ARB (-), ANA (-), ANCA (-), anti - DNA

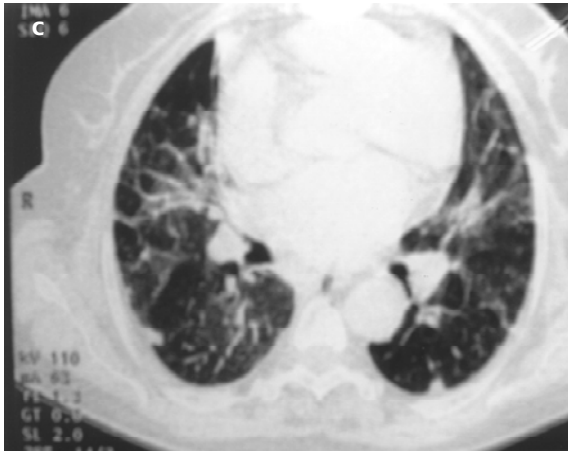
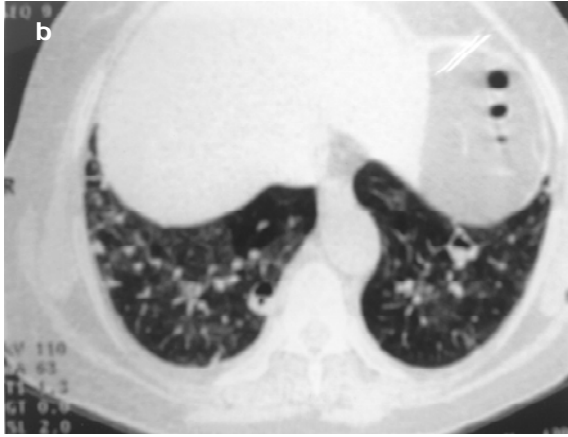
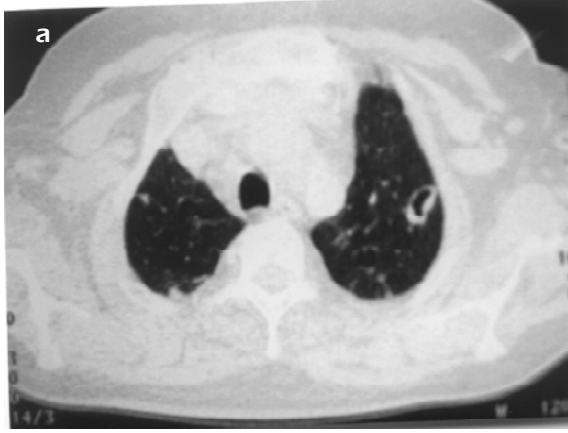
(-), anti - HCV (-), anti-HIV (-), Hbs Ag (-) olarak tespit edildi. Oda havasında alınan arteryel kan gazında pH: 7,46, PaCO₂: 31,4 mm-Hg, PaO₂: 38 mm-Hg, saturasyon O₂ % 76 idi. Parvovirüs, chlamydia, mycoplasma, herpes, EBV için bakılan viral markerlar negatif olarak bulundu. Alınan kan idrar ve balgam kültürlerinde üreme saptanmadı. Olgunun radyolojik bulgularında; PA akciğer grafisinde bilateral periferik yaygın infiltrasyonlar (Resim 1), bilgisayarlı toraks tomografisinde her iki akciğer parankiminde peribronşial interlobuler septal kalınlaşmalar ile nodüler konsolidasyonlar, her iki üst lobda belirgin ince duvarlı kaviter lezyonlar, bilateral buzlu cam yoğunluğunda dansite artımları izlendi (Resim 2a, b, c). Alt ekstremitte doppler ve batin ultrasonografisi normal olarak değerlendirildi. Yüzeysel yumuşak doku ultrasonografisinde femur komşuluğunda 6 x 5 cm boyutlarında sıvı koleksiyonu ve cilde uzanan fistül tespit edildi. Kemik sintigrafisinde sol uyluk alt kısımda aktivite tutulumu, sol femur diyafizi boyunca osteomyelit gözlemlendi (Resim 3a, b).



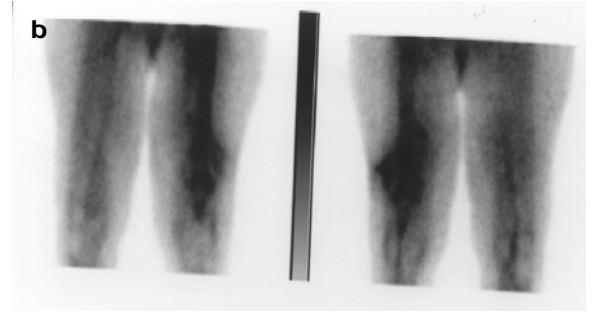
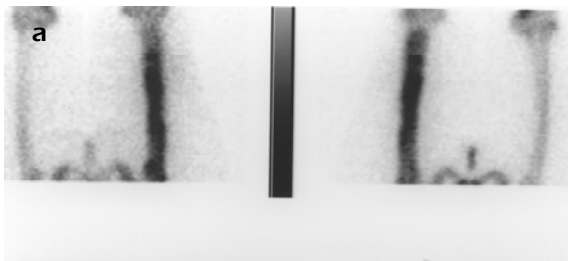
Resim 1: PA akciğer grafisinde bilateral yaygın infiltrasyonlar.

Hipoksemi ve akciğer grafisinde bilateral periferik yaygın infiltrasyonlar nedeniyle ARDS, alveolar hemoraji, pulmoner emboli ve vaskülit öntanılarını ile kliniğimize yatırılan hastaya ampirik antibiyotik (piperasilin-tazobaktam ve siprofiloksasin), non-invazif mekanik ventilasyon ve destek tedavisi yapıldı. Klinik ve radyografik bulgularında düzelme olmasına rağmen antibiyotik altında ateş yüksekliği olan hastanın antibiyotikleri 8. günde meropenem ve amikasin olarak değiştirildi. Sol uylukta şişlik, sıcaklık artışı ve kızarıklık olan hastanın kemik sintigrafisinde sol uylukta osteomyelit ve abse saptandı. Abse

drenajı ve antibiyotik tedavisi verilen hastada sol bacakta osteomyelite sekonder hematogen yayımlı septik emboli düşünüldü.



Resim 2: Olgunun toraks BT'deki porankim görüntüleri



Resim 3 a, b: Kemik sintigrafisinde sol femurdaki aktivite artışı



Resim 4: Olgunun tedavi sonrası PA Akciğer grafisi

Klinik ve radyolojik bulgularında düzelme saptanan hasta oral antibiyotik ile eksterne edildi (Resim 4). Olgumuz halen polikliniğimizden takip edilmektedir. Akciğer grafisinde infiltrasyonların bilateral ve periferik olması; toraks BT'de subplevral yerleşimli kaviter nodüllerin görülmesi (bu nodüller bizim olgumuzda olduğunun aksine akciğer grafisinde çoğunlukla görülmezler), başka bir odakta infeksiyon bulgularının olması pnömoninin hematogen kaynaklı olabileceğinin anlamlı ipuçlarıdır.

TARTIŞMA

Septik emboli, nadir görülen, teşhisi zor ve ciddi bir hastalıktır. Septik emboli daha önceleri septik abortus veya post - puerperal uterin infeksiyona bağlı gelişen septik pelvik tromboflebitin önemli bir komplikasyonu olarak görülmekteydi. Ancak son yıllarda intravenöz kataterlerin yaygın kullanımı ve intravenöz ilaç bağımlılığının artmasıyla sık görülmektedir⁽⁸⁾.

İlaç bağımlılığı, alkolizm, lenfoma, deri enfeksiyonları, konjenital kalp hastalıkları, osteomyelit, mastoidit, hemodializ uygulanan olgulardaki A-V shuntlar, karaciğer absesi, peridental hastalıklar, toksik şok sendromu, Lemierre sendromu septik emboliye neden olmaktadır. Bizim olgumuzda septik emboli nedeni olarak osteomeyelit saptandı⁽⁸⁾.

Karakteristik olarak SPE'nin özelliği ateş, akciğer infiltrasyonu ve ekstrapulmoner aktif enfeksiyon odağı bulunmasıdır. Septik embolili olgularda septik ateşe gidiş, dispne, öksürük, plöritik göğüs ağrısı ve hemoptizi görülür⁽⁸⁾. Olgumuzda dispne, hipoksemi, akciğer grafisinde bilateral infiltrasyonlar ve ekstrapulmoner aktif enfeksiyon odağı olarak sol uylukta osteomyeliti mevcuttu.

Radyolojik bulgular; multipl, küçük diffüz bronkopnömoniye taklit eden opasiteler, kama şeklinde akciğer periferinde opasiteler, bilateral nodüller, nodüllerde kavitasyonlar şeklinde karşımıza çıkabilir⁽⁹⁾. Akut septik emboli masif ise hiler veya mediastinal lenf nodu büyümesi ile birlikte olabilir. Şüpheli olgularda tomografi yol göstericidir. Değişik evrelerde kavitasyon gösteren nodüller ve bazı pulmoner damarların içinde lokalize olması (beslenen damar bulgusu), konsolidasyon alanları, subplevral ve kama şeklindeki opasiteler görülebilir. Aseptik embolilerde de kavitasyon olabilir, fakat kavitasyon görüldüğünde, tromboembolik infarkt üzerine bakteriyel enfeksiyonun eklenmiş olabileceği akla gelmelidir. Olgumuzun PA akciğer grafisinde bilateral ve periferik infiltrasyonlar, bilgisayarlı toraks tomografisinde her iki akciğer parankiminde peribronşiyal interlobuler septal kalınlaşmalar ile noduler konsolidasyonlar, her iki üst lobda belirgin ince duvarlı kaviter lezyonlar izlendi.

Ayırıcı tanıda tüberküloz, mantar ve gram (-) enfeksiyonlar, paraziter enfeksiyonlar, metastaz, romatoid artrit, Wegener granulomatozis düşünülmelidir. Olgumuz bu klinik tanılar açısından da tetkik edildi ve herhangi bir özellik saptanmadı.

Tedavide enfeksiyon kaynağı ortadan kaldırılmalı ve uygun antimikrobiyal tedavi yapılmalıdır. Bizde olgumuzda enfeksiyon kaynağının kaldırılması için abse drenajı ve antimikrobiyal tedavi uyguladık. Olgumuzun klinik, laboratuvar ve radyolojik bulgularında düzelme gözlemlendi.

Sonuç olarak akciğer grafisinde bilateral ve periferik infiltrasyonların, toraks tomografisinde subplevral yerleşimli kaviter nodüllerin görüldüğü ve başka odakta enfeksiyon bulguları olan olgularda septik emboli düşünülmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Rossi SE, Goodman PC, Franquet T. Nonthrombotic pulmonary emboli. *AJR Am J Roentgenol* 2000;174: 1499-1508.
2. King MB, Harmon KR. Unusual forms of pulmonary embolism. *Clin Chest Med* 1994;15:561-580.
3. Griffith GL, Maull KI, Sachatello CR. Septic pulmonary embolization. *Surg Gynecol Obst* 1977;144:105-8.
4. MacMillan JC, Milstein SH, Samson PC. Clinical spectrum of septic pulmonary embolism and infarction. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1978;75:670-9.
5. Huang RM, Naidich DP, Lubat E, et al. Septic pulmonary emboli: CT- radiographic correlation. *AJR Am J Roentgenol* 1989;153:41-5.
6. Rachel JC, Rendell WAs, Gregory LA, et al. Septic pulmonary embolism: presenting features and clinical course of 14 patients. *Chest* 2005; 128:162 -6.
7. Kuhlman JE, Fishman EK, Teigen C. Pulmonary septic emboli: diagnosis with CT. *Radiology* 1990;174: 211-3.
8. Pulmonary thromboembolism. In: Murray JF, Nadel JA eds. *Textbook of respiratory medicine*. 3rd Edition. WB Saunders Company, 2000:1503-1531.
9. Jaffe RB, Koschmann EB. Septic pulmonary emboli. *Radiology* 1970;96:527-32.