

# OLGU SUNUMU

Dr. Ümmü Sena SARI

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

24.11.2016

# Olgu;

- 40 yaşında erkek hasta
- Baş ağrısı şikayetiyle acil servise başvurdu
- Nöroloji servisine yatırıldı

# Anamnez;

- Üç hafta önce ani başlayan, lokalize olmayan, ara ara hissedilen, şiddetli, baş ve boyun ağrısı
- Analjezik tedavi ile geçici rahatlama



# Anamnez;

- Birkaç gündür bu şikayetlerine eşlik eden bulantı ve kusma mevcuttu.
- Ateş yüksekliği? Ölçüm yok.
- Acil servise ve polikliniklere tekrarlayan başvuru
- Akut sinüzit tanısıyla 6 gündür geniş spektrumlu AB tedavisi alıyor (Sefiksim 1x400mg/gün)

# Anamnez;

- Özgeçmiş ; özellik yok
- Soygeçmiş ; özellik yok

# Fizik muayene;

- Bilinç açık, koopere, oryante
- Obez
- Vital bulgular;
  - Ateş:36,7 C<sup>0</sup>
  - Nabız:80 atım/dk
  - TA:120/70mmHg
  - Solunum: 16/dk
- Ense sertliği yok, MİB yc
- Diğer sistem muayeneleri olağan



# Laboratuvar bulguları;

- WBC:11,860/mm<sup>3</sup>
  - %79 nötrofil
  - %16 lenfosit
- Sedim: 67 mm/saat
- CRP :5,64 mg/dl
- Prokalsitonin :0,07 ng/mL

- Kolestrol :219
- TG :215
- HDL :29
- LDL :147
- Diğer biyokimyasal testler normal sınırlarda

# Görüntüleme bulguları;

- Kranial BT: Normal
- Kranial MR ve difüzyon MR: Normal
- MR anjografi: Normal



# Klinik seyir;

- LP denendi ancak başarılı olunamadı

# Klinik seyir;

- Yatışının 3.gününde ateş yüksekliği (38C) ve bir-iki dakika süren bilinç kaybı olması nedeniyle
- Tekrarlayan denemeler sonrasında LP yapıldı

# BOS bulguları

- Direk bakıda; 40 lökosit, >1000 taze eritrosit
- Glukoz : <5mg/dl
- Protein : 90mg/dl
- Cl : 116 mmol/L
- LDH : 227 U/L
- BOS kültürü: Üreme olmadı
- ARB: (-) Negatif, TBC-PCR: DNA saptanmadı
- VDRL: (-) Negatif
- Rose Bengal: (-) Negatif

# Enfeksiyon Hastalıkları Konsültasyonu

- Hastaya tüberküloz menenjit ön tanısı ile anti-tüberküloz tedavi başlandı ve kliniğe nakil alındı

# Klinik seyir;

- Tedavinin 4.gününde baş ağrısı şiddeti azalmakla birlikte devam etti
- Tedavinin 7.günü; bilinçte kötüleşme, bulantı-kusma



**Kranial BT**



# Yeniden görüntüleme

Kranial BT: Ventriküllerde genişleme, serebral sulkuslarda silinme



Nöroloji konsültasyonu



Kranial ve BOS akım MR: İlk çekilen kranial MR bulguları normaldir. Yeni MRG' de posterior fossa subaraknoid mesafe ve ventriküllerin içinde BOS' a göre düşük sinyalli , kontrast tutmayan, difüzyon kısıtlılığı gösteren **MATERYAL** ortaya çıkmıştır

# BOS AKIM MR



# MATERYAL nedir?

- Enfeksiyona sekonder

- ?

- ?

- ?

- ?

- ?

- ?

- ?

- ?

- ?





# Klinik seyir;

- Tedavinin 17.gününde ; anlamsız konuşma, gülme...
- Baş ağrısı devam ediyor



**Lomber ponksiyon**

# Yeniden LP

## BOS bulguları

- Direk bakıda; 20 lökosit,20 yeni eritrosit görüldü
- Glukoz :<5 mg/dL
- Protein :186 mg/dL
- Cl :122 mmol/L
- LDH :373 U/L

## BOS SİTOLOJİ:

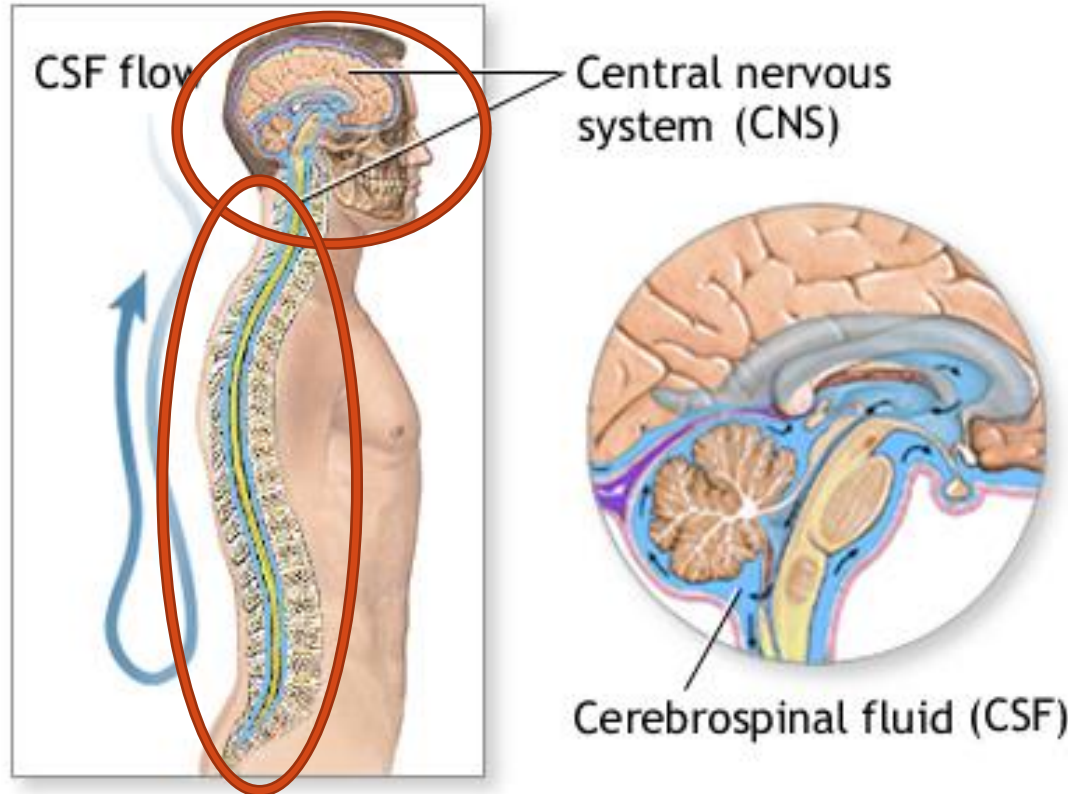
Matür squamöz epitel hücreleri ve az sayıda matür mononükleer hücreler izlendi. Bulgular kontaminasyon olarak yorumlanmıştır.

# Tanıya götüren ipuçları

- Baş ağrısı
- Bos bulguları
  - Sitolojik inceleme: Squamöz hücreler
- Kranial MR' de materya
- LP işleminde zorluk!



# Kaynak neresi?



# Spinal MRG

- Hasta MR çekilmeyi kabul etmedi...

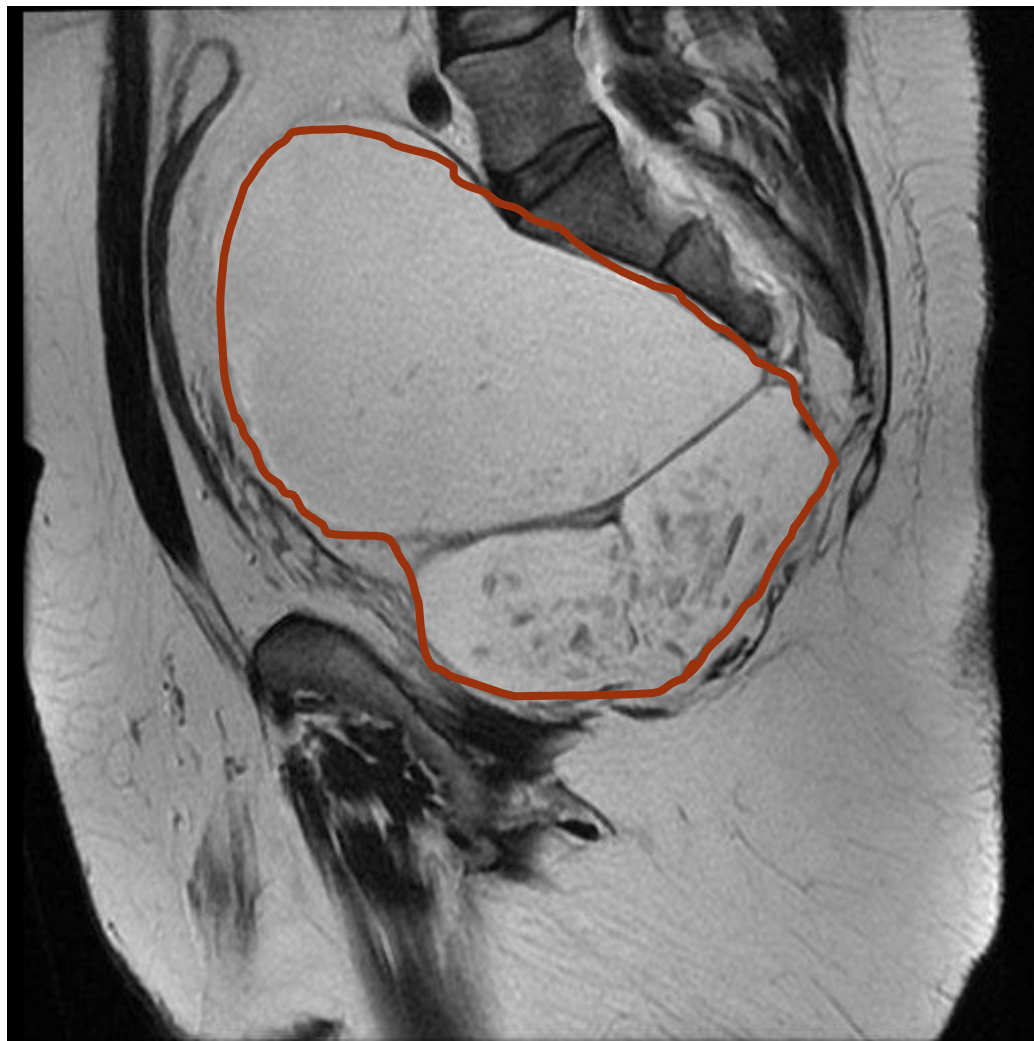
# Batın BT



# Tanı

- Batın BT: Pelvis içerisinde 10x15x11 cm boyutunda kistik kitle ve sakrum anteriorunda defekt
- Kistin ,sakrokoksigeal bölgede, spinal kanal anteriorunda kemik defekti ile bitişik olması nörojenik kökenli bir kist olasılığını düşündürmektedir.

# Pelvik MRG





# Pelvik MRG

- Sakrum distalinde defekt
- Koksixde agenezi
- Sakral defekt aracılığıyla spinal kanal ile devamlılık gösteren 17x10x9 cm boyutlarında presakral pelvik kitle
- Ön tanı: **Dermoid/Epidermoid tm**

# Nöroşirürji konsültasyonu

- Dermoid – Epidermoid kist ön t ile opere edilmek üzere Nöroşirür kliniğine nakil verildi.

- Total kitle eksizyonu

Genel Cerrahi ve Beyin Cerrahisi ekibi tarafından yapıldı.



- Patolojik inceleme sonucu: **Matür kistik teratom**

# Klinik seyir;

- Ameliyattan 4 ay sonra
  - Yara yerinde akıntı şikayeti ile Nöroşirürji kliniğine yatış
  - Yara debridmanı + antibiyotik tedavisi ile şifa
- Ameliyattan 6 ay sonra
  - Presakral alanda kistik içerikli lezyon; Nüks? Abse?
  - Girişimsel radyoloji tarafından drenaj
  - İzlemine devam edilmekte

# Sakrokoksigeal teratom

- Bir veya daha fazla germ yaprağından köken alan hücrelerden oluşan germ hücreli tümörlerdir.
- Ekstragonadal germ hücreli tümörler içinde sınıflandırılır
  - Orta hatta oluşur
  - En sık lokalizasyonlar
    - **Sakrokoksigeal**
    - Mediastinal
    - İntrakranial
    - Retroperitoneal
    - Uterin

# Sakrokoksigeal teratom

- En sık görülen konjenital neonatal tümör
- Prevelansı 1/27.000 canlı doğum
- Kadın>Erkek (3:1)
- Çocukluk çağının en sık germ hücreli tümörüdür
- Erişkin yaşta saptanması çok nadirdir ve genellikle intrapelvik kitle olarak görülür

# Klinik bulgular

- Erişkinlerde sakrokoksigeal teratomlar genellikle kitle basısına bağlı bulgular verir.
  - Konstipasyon
  - Üriner semptomlar
- Daha nadiren hemoraji, enfeksiyon ve rüptür sonucu peritonit bulguları ile tanı konulabilir.
- Literatürde menenjit atakları ile tanı konulan birkaç olguya rastlanmıştır.

# Tanı

- Yenidoğanda tanı koymak daha kolay
  - En sık eksternal yerleş
- İleriki yaşlarda internal yerleşimli kitlenin tanısının
  - ✓ Direk grafi: Kalsifiye dokular (diş,dış kapsül)
  - ✓ Ultrasonografi
  - ✓ BT
  - ✓ MRG



# Tanı

- Patolojik inceleme;
  - Makroskobik incelemede kistik lezyonlar genellikle tanınır
  - Mikroskobik bakıda, bir veya daha fazla germ yaprağından köken almış dokular görülür





# Tanı

- Teratomlar histopatolojik özelliklerine göre üç gruba ayrılır:
  - Matür kistik teratom
  - İmmatür teratom
  - Malign teratom

# Matür kistik teratom

- Makroskobik olarak farklı organlara ait dokular, kas, kıkırdak, saç, diş ve hatta el-ayak parmakları görülebilir.
- Matür kistik teratomlarda malign transformasyon %1-12 görülebilir.
- En sık görülen malign transformasyon:
  - Squamöz karsinom
  - Karsinoid tm
  - Adenokarsinom

\*\*O'Donovan EJ et al. Extragonadal teratomas of the adult abdomen and pelvis: a pictorial review. *Br J Radiol.* 2014

# Tedavi

- Tüm teratomlar için standart tedavi cerrahi eksizyon
- Malign doku içermeyen matür ve immatür teratomlarda cerrahi uygulama yeterli iken, malign teratomlarda cerrahi sonrası kemoterapi/radyoterapi gereklidir.
- İnkomplet eksizyon ve malign transformasyon risklidir.



\*\*Mann JR et al. Mature and immature extracranial teratomas in children: the UK Children's Cancer Study Group. *J Clin Oncol* 2008

# Lokal nüks

- Matür teratomlarda lokal ve farklı bir vücut bölgesinde rekürrens oranı %10 civarındadır.
- Nüks kitle kötü prognoz ile ilişkilidir.
- Cerrahi sırasında tümör yayılımı ve inkomplet rezeksiyon rekürrens için risk faktörleridir.

\*\*Yao W et al. Analysis of recurrence risks for sacrococcygeal teratoma in children . *J Pediatr Surg*

## CURRARİNO TRIADI

- Pre-sakral kitle (teratom, meningosel, dermoid, epidermoid kist)
- Sakral kemik defekti (sakral tam veya parsiyel agenezi)
- Anorektal malformasyon (anal stenoz, imperfore anüs)

## OLGU

- Presakral kitle (teratom)
- Sakral defekt+koksiks agenezisi
- Anorektal malformasyon??
  - Kronik konstipasyon yakınması nedeniyle yapılan kolonoskopisinde anlamlı bulgu yok

# Currarino triadı

- Otozomal dominant geçişli, triadın farklı derecelerdeki bulgularını içeren, nadir görülen bir sendromdur.
- MNX1 gen mutasyonu ailesel Currarino sendromunun hemen hemen tamamında, sporadik vakaların yaklaşık %30' unda saptanmaktadır.

# Currarino triadı

- Klinik varyant üç tip;
  - Komplet CS: Triadın tüm bulguları görülür (hemisakrum+presakral kitle+anorektal malformasyon)
  - Wild tip CS: Hemisakrum ile birlikte presakral kitle veya anorektal malformasyondan biri
  - Minimal CS: Sadece hemisakrum varlığı
- Olgular genellikle pediatrik yaş grubunda tanı almaktadır. Asemptomatik olgularda tanı gecikebilir.
- Menenjit kliniği ile tanı konulan birkaç vaka bildirilmiştir.

# Currarino syndrome a rare cause of recurrent purulent meningitis

Z. F. ...<sup>a</sup>

## Case Report

### Fatal Meningitis in a 14-Month-Old with Currarino Triad

Hanan Mohammed Al Oabtani<sup>1</sup>, Khalid Suliman Aliogiman<sup>2</sup>

Hisham Al

Neurol Med Chir (Tokyo) 43, 505 ~ 508, 2003

<sup>1</sup>Diagnostic an

<sup>2</sup>Medical Imag

<sup>3</sup>General Pedia

<sup>4</sup>Pediatric Rad

Corresponden

Received 9 Ap

Academic Edit

Copyright © 2

Attribution Lic

properly cited.

We report a ca

commensals. H

spine MRI and

of Currarino t

radiograph. Th

fatal complicat

especially of cl

## Recurrent Meningitis Associated With Complete Currarino Triad in an Adult

### —Case Report—

Yasushi HAGA, Hiroyuki CHO\*, Souji SHINODA\*\*, and Toshio MASUZAWA

Department of Surgical Neurology, Jichi Medical School, Tochigi; \*Department of Neurosurgery, Kasukabe Central General Hospital, Kasukabe, Saitama; \*\*Department of Neurosurgery, Omiya Medical Center, Jichi Medical School, Saitama, Saitama

### Abstract

A 58-year-old woman presented with Currarino triad manifesting as recurrent meningitis. Currarino triad is a combination of a presacral mass, a congenital sacral bony abnormality, and an anorectal malformation, which is caused by dorsal-ventral patterning defects during embryonic development. She had a history of treatment for anal stenosis in her childhood. Radiographic examinations demonstrated the characteristic findings of Currarino triad and a complicated mass lesion. The diagnosis was recurrent meningitis related to the anterior sacral meningocele. Neck ligation of the meningocele was performed via a posterior transsacral approach after treatment with antibiotics. At surgery, an epidermoid cyst was observed inside the meningocele. The cyst content was aspirated. She suffered no further episodes of meningitis. The meningitis was probably part of the clinical course of Currarino triad. Radiography of the sacrum and magnetic resonance imaging are recommended for patients with meningitis of unknown origin. The early diagnosis and treatment of this condition are important.

Abs  
mat  
Stre  
CSF  
exp  
don  
pur  
© 2



# Sonuç;

- Menejit kliniği ile başvuran, klasik tedaviye yanıtız olgularda, ayırıcı tanıda diğer sistemleri ilgilendiren hastalıklar ve hatta konjenital sendromlar akılda tutulmalıdır.

TEŞEKKÜR  
EDERİM