

Servikal Travma Sonrası Nedeni Bilinmeyen Ateş: Olgu Sunumu

Fever of Unknown Origin After Cervical Spine Injury: Case Report

Ayşe KAYA KALEM¹, Imran HASANOĞLU¹, Banu TAŞER¹, Rahmet GÜNER¹, Mehmet A. TAŞYARAN¹

¹ SB Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

ÖZET

Üst torakal ve servikal vertebra yaralanması gelişen olgularda otonomik disfonksiyona bağlı olarak gelişen ateş, infeksiyöz tablolardan ayrılması zor bir klinik tablodur. Ateşin bu etyolojiye bağlanabilmesi, başta infeksiyöz hastalıklar olmak üzere diğer tüm nedenlerin dışlanmasıyla olmaktadır. Kliniğimizde servikal vertebra travması sonrası nedeni bilinmeyen ateş ile izlediğimiz bir olgu sunularak, bu grup hastalarda ateş etyolojisinde noninfeksiyöz sebepler arasında otonomik disfonksiyona dikkat çekilmesi hedeflenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Nedeni bilinmeyen ateş, Spinal kord travmaları, Vücut ısısı regülasyonu

SUMMARY

Fever of Unknown Origin After Cervical Spine Injury: Case Report

Ayşe KAYA KALEM¹, Imran HASANOĞLU¹, Banu TAŞER¹, Rahmet GÜNER¹, Mehmet A. TAŞYARAN¹

¹ Clinic of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Ankara Atatürk Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

In cases with upper thoracal and cervical spine injury, it is difficult to distinguish fever based on autonomic dysfunction from that with infectious causes. Fever can be associated with autonomic dysfunction by eliminating all possible causes, primarily infectious and non-infectious diseases. We present a case with fever of unknown origin after cervical spine injury to call attention to autonomic dysfunction in the etiology of fever in such cases.

Key Words: Fever of unknown origin, Spinal cord Injuries, Body temperature regulation

GİRİŞ

Her yıl çok sayıda olgu travma sonrası vertebra yaralanması nedeniyle izlenmekte ve hasta sayısının artmasıyla bu hastalarla ilgili bilgi birikimi ve yaklaşımlar da gelişmektedir. Vertebra travması sonrası ge-

lişen komplikasyonlar nedeniyle hastalarda mortalite, hastanede kalış süresi ve maliyet artmaktadır. Ateş de bu komplikasyonlardan biri olup, kimi zaman bu hastalarda mortalitenin erken habercisi de olabilmektedir^[1-3]. Üst torakal ve servikal vertebra travması geli-

şen olgularda, otonomik disfonksiyona bağlı gelişen ateş, ilk olarak 1982 yılında tanımlanmış, literatürlerde yerini almış olsa da insidansı net olarak bilinmemektedir^[2]. Ateşin bu etyolojiye bağlanabilmesi ise diğer infeksiyöz ve infeksiyöz olmayan nedenlerin dışlanmasıyla mümkün olabilmektedir. Servikal vertebra travması sonrası nedeni bilinmeyen ateş ile izlediğimiz olgu, bu grup hastalarda ateş etyolojisinde infeksiyöz olmayan sebepler arasında otonomik disfonksiyona dikkat çekmesi nedeniyle sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Otuz yaşında erkek hasta, 15 gün önce travma sonrası servikal fraktür nedeniyle opere edilerek, uzamış postoperatif ateşe yönelik başlanmış olan seftriakson tedavisinin 10. gününde devam eden ateş nedeniyle kliniğimize kabul edildi. Postoperatif dönemde başlanan profilaktik dozda antikoagülan tedavisi dışında ilaç kullanımı olmayan hastanın ateş etyolojisine yönelik öyküsünde pozitif bulgu yoktu. Ateş, üşüme-titrete, halsizlik tarifleyen hastanın fizik muayenesinde vücut sıcaklığı 37.8°C, nabız 87/dakika, kan basıncı 90/60 mmHg, sağ iliak kemik üzerinde ve posterior servikal bölgede operasyon skarı, parapleji, T1 seviyesi altında anestezi ve üriner kateteri mevcuttu.

Hastanın dış merkezli tedavi öncesi alınan kültürlerinde üreme olmaması, genel durumunun iyi olması, muayenesinde odak tespit edilememesi üzerine seftriakson tedavisi kesildi. Laboratuvar incelemesinde beyaz küre 13.500/mm³, C-reaktif protein 56.8 mg/L, aspartat aminotransferaz 157 U/L (5-34), alinin aminotransferaz 316 U/L (5-49) dışında değerleri normaldi. Sedimentasyonu 33 mm/saat olarak tespit edildi. Periferik kan yaymasında; %80 polimorfonükleer lökosit, %16 lenfosit, %2 eozinofil, %2 atipik lenfosit tespit edildi. Hastaya ateşinin olması, lökositoz ve C-reaktif protein değerinin yüksekliği, başlanmış olan seftriakson tedavisine yanıtızsız olması nedeniyle ampirik olarak piperasilin-tazobaktam tedavisi başlandı. Ancak tedavi altında hastanın vücut sıcaklığı hep yüksek seyretti. Ateş nedenine yönelik yapılan radyolojik incelemelerde (akciğer grafisi, batin ultrasonografisi, alt ekstremite venöz doppler incelemesi, ekokardiyografi, beyin manyetik rezonans inceleme, toraks ve abdomen bilgisayarlı tomografisi) patoloji saptanmadı. Radyolojik tetkikler arasında sadece servikal travma ve cerrahi öykü nedeniyle çekilen vertebral manyetik rezonansta C4 ve C5 vertebra düzeyle-

rinde miyelomalazi saptandı. Serolojik olarak hepatit markırları, anti-HIV antikorları, brusella tüp aglutinasyon testi çalışıldı, ancak pozitif bulgu saptanmadı. Tiroid fonksiyon testleri normaldi. Alınan kan ve idrar kültürlerinde üreme saptanmadı. Hastanın mevcut klinik tablosu, nedeni bilinmeyen ateş ile uyumlu bulundu. Başlanan ampirik tedavi ilk hafta içerisinde kesildi. Odak tespit edilemeyen hastanın yatışı süresince her gün, gün içinde bir-iki kez yükselen (37.9- 38.6°C arası) ve antipiretiklere yanıt veren ateşi gözlemlendi. Hastanın başlangıçta yüksek saptanan beyaz küre değeri aralıklı istemlerinde 8700/mm³ ile 10.600/mm³ arasında seyretti, C-reaktif protein değeri izlemin ilk haftasında 119 mg/L'ye kadar yükseldi, taburcu edilirken 23 mg/L'ye kadar spontan geriledi. Hastanın karaciğer enzim yüksekliğinin, sistemik tabloya sekonder veya almakta olduğu analjeziklerle ilişkili olabileceği düşünüldü. Eş zamanlı gama glutamil transferaz değerinin de normal değerinin 1.5-2 katı kadar yüksek olması toksisiteyi destekler bir bulgu olarak değerlendirildi. Takiplerinde ateş odağı tespit edilemeyen hasta, mevcut hali ile rehabilitasyon merkezinde izlendi. İzlemin 70. gününde spontan olarak vücut sıcaklığı normal sınırlara geriledi.

TARTIŞMA

Vücut ısısı anterior hipotalamus/preoptik (AH/PO) bölgedeki termoregülatuar merkez başta olmak üzere hipotalamustan beyin sapı ve medulla spinalise uzanan hiyerarşik bir yapı tarafından düzenlenmektedir. Bu yapı, diüurnal ritmi düzenler. Ayrıca birçok çevresel faktör bu düzenlemede rol alır. Her ne kadar ılımlı ateşin, vücuttaki birçok fonksiyonu olumlu etkilediği hayvan modellerinde gösterilmiş olsa da uzamış ateş, hipertermi, patolojik mekanizmaları ağırlaştırarak; hatta bu hasta grubunda ateş, otonomik disfonksiyonun ve erken mortalitenin bir göstergesi olabilmektedir.

Uzamış immobilizasyon, solunum kaslarında güçsüzlük, nörojenik mesane, akut dönemde uygulanan steroid tedavisi, cerrahi, uzamış hastanede kalış nedeniyle infeksiyon oranları servikal travmalı hastalarda yüksektir ve en sık ateş nedeni infeksiyonlardır. En sık görülen infeksiyonların başında ise respiratuar ve üriner sistem infeksiyonları gelmektedir. Ateş yüksekliğine yol açan diğer infeksiyon bölgeleri bası ülserleri, yumuşak doku infeksiyonları ve osteomyelit iken infeksiyon dışı nedenlerin başında ise tromboembolizm,

heterotropik ossifikasyon, termoregülatuar disfonksiyon ve ilaç ilişkili ateş gelir. Bu olgularda ateş etyolojisinin belirlenmesi vertebral yaralanmanın düzeyi ile ilişkili olarak, semptomların da baskılanması sebebiyle ayrıca güçtür^[1]. Abdominal kas güçsüzlüğü öksürük refleksini azaltmakta, ağrı ise duyu kusuru nedeniyle tespit edilememektedir^[2]. Yapılan çalışmalarda servikal vertebral travma sonrası olguların %85'inde en az bir febril epizod gözlemlendiği belirtilmektedir^[4]. Bu epizod ılımlı ateş olabileceği gibi hipertermi şeklinde de görülebilmekte ve prognoz ile ilgili olumsuzluğu düşündürmektedir. Erken servikal vertebral travma sonrası hipertermi nedeniyle izlenen beş olguda enfektif ve enfektif olmayan ateş nedenleri ekarte edilmesine rağmen hastaların dört-sekiz gün içerisinde mortal sonlandığı bildirilmiştir^[3]. Yoğun bakım ve rehabilitasyon hastalarında yapılan bir başka çalışmada ise sırasıyla; ateş insidansı %60.4, %50; etyolojinin tespit edilme oranı %45, %53; etyolojinin tespit edilememe oranı %55, %47 olarak bulunmuştur. Etiyolojide en sık enfeksiyonların yer aldığı belirtilerek, etyolojinin aydınlatılmadığı olgularda iki grup arasında ortalama maksimum ateş ve ateşli geçen süre arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır^[5].

Sonuç olarak; vertebral travma sonrası nedeni bilinmeyen ateş ile izlediğimiz bu olgu, travmanın sonucu otonomik disfonksiyona neden olabileceği ve termoregülasyonun bozulabileceğinin göstergesi olabilir. İzlemede gelişen hipertansif ataklar da bu olasılığı destekler niteliktedir. Benzer olgularda otonomik disfonksiyon akılda tutulmalı, enfeksiyöz ve enfeksiyöz olmayan etyoloji hızla dışlanıp nörolojik hasarın gerileme ihtimalini artırabilmek adına hastalar rehabilitasyon programına başlamada geciktirilmemelidir.

KAYNAKLAR

1. Dietrich WD, Bramlett HM. Hyperthermia and central nervous system injury. *Prog Brain Res* 2007;162:201-17.
2. Badjatia N. Hyperthermia and fever control in brain injury. *Crit Care Med* 2009;37 (Suppl 7):250-7.
3. Colachis SC 3rd, Otis SM. Occurrence of fever associated with thermoregulatory dysfunction after acute traumatic spinal cord injury. *Am J Phys Med Rehabil* 1995;74 (Suppl 2):114-9.
4. Ulger F, Dilek A, Karakaya D, Senel A, Sarihasan B. Fatal fever of unknown origin in acute cervical spinal cord injury: five cases. *J Spin Cord Med* 2009;32 (Suppl 3):343-8.
5. McKinley W, McNamee S, Meade M, Kandra K, Abdul N. Incidence, etiology, and risk factors for fever following acute spinal cord injury. *J Spinal Cord Med* 2006;29 (Suppl 5):501-6.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence

Dr. Ayşe KAYA KALEM

SB Ankara Atatürk Eğitim ve
Araştırma Hastanesi
İnfeksiyon Hastalıkları ve
Klinik Mikrobiyoloji Kliniği
Bilkent, Ankara-Türkiye

E-posta: dr.aysekaya09@hotmail.com