

SEYREK İZOLE EDİLEN BİR ETKEN: STAPHYLOCOCCUS CAPITIS (OLGU SUNUMU)

A RARE ISOLATED PATHOGEN: STAPHYLOCOCCUS CAPITIS (CASE REPORT)

¹Burçak Tümerdem ULUĞ, ²Aynur Eren TOPKAYA, ³Ahmet MİDİ, ¹Ismail KURAN
Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, ¹Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD., ²Mikrobiyoloji AD, ³Patoloji AD, İstanbul

İletişim / Correspondence:

Burçak TÜMERDEM ULUĞ

Bağdat cad, Hatboyu sok, Feneryolu, Özgen apt, 151/12, C blok, 34724, Kadıköy - İstanbul

Tel: 0532 428 25 08 - Fax: 0216 345 89 32

E-mail: burcaktumerdem@yahoo.com

ÖZET

Subkutan selim lezyonların yetersiz eksizyonu ve drenajı kutanoz fistül oluşumuna neden olabilir. Daha önce subkutan lezyonu nedeniyle 2 farklı klinikte opere olmuş ve ancak çıkarılan lezyonların patolojisiyle ilgili elinde bilgi olmayan 17 yaşındaki olgu, sternal alanda lokalize kutanoz fistül nedeniyle kliniğimize başvurmuştur. Fistülden elde ettiğimiz aspirat materyalinin mikrobiyolojik incelenmesi sonucunda deri lezyonlarında sık izole edilmeyen bir mikroorganizma olan *S. capitis* saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Kutanoz fistül, *S. capitis*

SUMMARY

Inadequate drainage and excision of infected subcutaneous benign lesion may lead to cutaneous fistula. We present a 17 year old girl who applied to our clinic with the cutaneous fistula located on the sternal area. She had underwent excision of a subcutaneous lesion of which pathology was unknown, twice at different clinics. The microbiological examination of the material obtained from the fistula showed *S. Capitis* which is not a common pathogen for skin lesions.

Key words: Cutaneous fistula, *S. capitis*.

GİRİŞ

Cilt altında lokalize selim lezyonlarda korkulan komplikasyonlardan biri infekte olmasıdır(1). Yetersiz drenaj ve kitle eksizyonu, zaman içinde akıntılı, kronik fistül oluşumuna yol açabilir. Bu da hasta için oldukça rahatsız edici bir sağlık problemi oluşturur.

Fistül tedavisinde öncelikli yaklaşım kültür alınması olmalıdır. Sıklıkla üreyen etkenler *Staphylococcus aureus*, aerob ve anaerob aktinomiçes grubudur (2).

Sternuma lokalize, geçirilmiş cerrahi müdahaleye bağlı skar zemininde oluşmuş fistülün, ağzından alınan kültür materyalinde etken olarak seyrek izole edilen *Staphylococcus capitis* üreyen bir olgu sunulmuştur.

OLGU

17 yaşında kadın hasta her iki göğüs arasında cilt altında lokalize bir kitle nedeniyle 2 yıl önce başka bir

merkeze başvurmuş. Cerrahi bir müdahale geçiren hastaya kitlenin patolojisi ile ilgili bilgi verilmemiş. Üç ay sonra insizyon hattında akıntılı yara gelişmiş. Bir yıl önce yine başka bir merkezde, skar dokusu ile birlikte cilt altında lokalize kistik bir lezyon çıkarılmış ancak bu cerrahi müdahaleden kısa bir süre sonra tekrar insizyon hattında akıntı başlamış. Kliniğimize iyileşmeyen akıntılı yara nedeniyle başvuran olgunun yapılan fizik muayenesinde; sternum orta bölgesinde 5 cm'lik longitudinal geçirilmiş cerrahi müdahaleye ait skar hattının distalinde fistül ağzı izlendi (Şekil1). Kültür için alınan aspirat örneği klinik mikrobiyoloji laboratuvarına gönderildi.

Mikrobiyolojik inceleme. Örneğin direk mikroskopik incelemesi için gram yöntemiyle preparatı hazırlandı ve kültür için %5 koyun kanlı agar, çukolatamsı agar, EMB agar ve thioglukolatlı bunyona ekimleri yapıldı. Direk mikroskopik incelemede PNL

ve lökositler içinde gram(+) koklar görüldü (Şekil2). Koyun kanlı ve çukulatamsı ağarda tek tip saf bakteri kolonileri saptandı. Yapılan Gram boyamada Gram (+) kok oldukları görüldü. Bakteri tanımlaması APİ-STAPH (biomerieux) ile yapıldı ve *S. capitis* olarak belirlendi. Duyarlılık testleri CLSI kriterlerine (3) göre yapıldı.

Antibiyotik duyarlılık testine göre duyarlı olduğu saptanan siprofloksasin başlandı. Antibiyoterapiye olumlu yanıt veren olguda akıntı durdu ancak 3 ay sonra tekrar başlaması üzerine cerrahi eksizyon planlandı. Fistül ağzından metilen mavisini verilerek subkutan alandaki sınır belirlendi. Skar dokusu ile birlikte kronik granülasyon dokusu eksize edildi (Şekil3). Cilt altı eriyebilen dikişlerle fasyaya tespit edilerek ölü boşluk kapatıldı. Minivak dren konuldu. İnsizyon hattı katlarına uygun olarak kapatıldı. Çıkartılan skar dokusu patolojiye gönderildi.

Patolojik inceleme . Materyalin patolojik incelemesinde makroskopik olarak deri altında yüzeye paralel 1 cm uzunlukta mavi boya ile işaretli fistül trakti izlendi. Mikroskopik incelemede fistül traktinin epitelize olmadığı görüldü ve çevresinde iltihabi granülasyon dokusu izlendi. Granülasyon dokusu dev hücreler ve yoğunluk sırasına göre lenfosit, plazma hücreleri, histiyosit ve nötrofil lokositlerden oluşmaktaydı. Arada damar proliferasyonu izlendi. Cerrahi sınırlarda iltihabi infiltrasyonun devam etmediği görüldü (Şekil 4). Post-op 1. gün dreni çekilen hastanın yapılan takiplerinde bir komplikasyon gelişmedi.

TARTIŞMA

Deri altında lokalize kitlelerin enfekte olması veya yetersiz eksizyonu sonrası, cilde fistülize olması söz konusudur. Cilt fistülü içeren, geçirilmiş cerrahi müdahaleye ait insizyon skarıyla başvuran olgudan detaylı anamnez alınmalıdır. Yapılan cerrahi girişimlerin ve çıkartılan lezyonun patolojisi, fistül tedavisinin planlanmasında önemlidir. Akıntılı kronik yarada ilk yapılacak işlem kültür alınması olmalıdır.

Olgumuzda yapılan kültürde koagülaz (-) stafilokok türlerinden olan *S. capitis* üredi. Yumuşak doku infeksiyonlarında koagülaz (-) stafilokoklar üretildiğinde çoğunlukla kontamine olarak kabul edilir. Ancak bizim olgumuzun örneğinde direkt mikroskopide fagosite edilmiş kokların görülmesi ve kültürde saf şekilde *S. capitis*in üretilmesi, hastanın kliniği ile de uyumlu olması nedeniyle etken olarak kabul edilmiş ve duyarlılık test sonucuna göre uygun antibiyotik ile tedavi edilmiştir.

S. epidermidis ve diğer koagülaz (-) stafilokoklar nadiren de olsa infeksiyon etkeni olarak tanımlanmıştır(4). Koagülaz (-) stafilokokların cilt lezyonlarında dağılımı incelenmiştir[2].

S. epidermidis vücudun tüm bölgelerinde, *S. capitis* , *S. haemolyticus* ve *S. hominis* sıklıkla baş-boyun veya kol-bacak bölgelerinde saptanmıştır (5). *S. Capitis* ve *S. hominis*'in çeşitli pürülan cilt lezyonlarında süpürasyonun başlangıcında potansiyel patojen olduğu ortaya konmuştur (6). Bu nedenle cilt lezyonlarının infeksiyonlarında koagülaz (-) stafilokoklar göz ardı edilmemelidir.

KAYNAKLAR

1. Brook I. Secondary bacterial infections complicating skin lesions. J Med Microbiol. 2002; 51: 808-12.
2. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Principles and Practice of Infectious Disease, Fifth edition, vol 2, Philadelphia: Churchill Livingstone, 2000 : 2092-97
3. Clinical and Laboratory Standards Institute. Performance standards for antimicrobial susceptibility testing. Eighteenth Information Supplement. M100-S18, CLSI, Wayne, PA, 2008.
4. Dündar V, Öztürk Dündar D. Stafilokok enfeksiyonları. In: K. Wilke Topçu A, Söyletir G, Doğanay M. Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi, vol2, 3.baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, 2008:2065-2076.
5. Higaki S, Kitagawa T, Morohashi M, Yamagishi T. Distribution and antimicrobial susceptibility of coagulase-negative staphylococci from skin lesions. J Int Med Res. 1999; 27: 191-5.
6. Akiyama H, Kanzaki H, Tada J, Arata J. Coagulase-negative staphylococci isolated from various skin lesions. J Dermatol. 1998; 25:563-8.