

Listeria monocytogenes'in Neden Olduğu Bir Menenjit Olgusu

Halis Akalın, Rabia Uçar, Yasemin Heper, Safiye Helvacı, Suna Gedikoğlu, Kaya Kılıçtırgay

Özet: *Listeria monocytogenes*'in neden olduğu immünoşüpresyonu olmayan bir erişkin menenjit olgusu sunulmuştur. *Listeria monocytogenes* akut bakteriyel veya kronik menenjitlerin ayırıcı tanısında düşünülmelidir.

Anahtar Sözcükler: *Listeria monocytogenes*, menenjit.

Summary: A case of *Listeria monocytogenes* meningitis. A case of *Listeria monocytogenes* meningitis in an adult patient without immunosuppression is presented. *Listeria monocytogenes* meningitis should be considered in differential diagnosis of acute bacterial or chronic meningitis.

Key Words: *Listeria monocytogenes*, meningitis.

Giriş

Listeria monocytogenes, insanlarda ciddi infeksiyonlara neden olan Gram-pozitif bir basildir. İmmün yetmezliği olanlar infeksiyona oldukça duyarlı olmakla birlikte önceden sağlığı yerinde olanlarda da infeksiyonlar bildirilmiştir. Hastalıkla daha çok merkezi sinir sistemi tutulumu ya da primer bakteriyemi formu şeklinde karşılaşılmaktadır (1,2).

Olgu

23 yaşında kadın hasta şuur bozukluğu, ateş, bulanık ve kusma şikayetleriyle kliniğimize getirildi. Yakınlarından şikayetlerinin 15 gün önce baş ağrısı, üst dudakta uyuşma şeklinde başladığı ve başvurduğu sağlık kurumunda bir nöroloji uzmanı tarafından değerlendirilerek fasyal paralizi tanısıyla 50 mg/gün prednizolon şeklinde steroid tedavisi ve ayrıca sultamisilin 1500 mg/gün verildiği ve hastanın bu tedaviyi sadece iki gün kullandığı öğrenildi.

Yapılan muayenede, şuur somnolans halinde, meninks iritasyon bulguları pozitif, taban derisi refleksi bilateral ekstansör yanıtı olarak bulundu.

Beyin-omurilik sıvısının (BOS) incelemesinde 370 lökosit/mm³ (% 45 polimorfonükleer, % 55 lenfosit), protein 30 mg/dl, klorür 128 mEq/l ve glikoz 23 mg/dl (eşzamanlı kan glikozu 102 mg/dl) olarak saptandı. BOS'un Gram boyalı incelemesinde bakteri, Ziehl-Neelsen boyamasında aside dirençli bakteri ve çini mürekkebi incelemesinde *Cryptococcus neoformans* görülmedi. Klinik ve BOS bulgularına dayanılarak tüberküloz menenjit ön tanısıyla streptomisin, INH, rifampisin ve etambutol'den oluşan anti-tüberküloz tedavi başlandı. Yatışının dördüncü gününde BOS kültüründe (BACTEC NR730-NR6 şişesinde) kanlı agarda beta-hemoliz yapan, katalaz, eskülin, metil kırmızı, Voges-Proskauer, dekstroza, trehaloz, kolobiyoz, mannoz testleri pozitif; sadece oda sıcaklığında hareketli, *Listeria* selektif besiyerinde tipik siyah S tipi koloni oluşturan, Gram-pozitif, kokobasil üredi ve *Listeria monocytogenes* olarak idantifiye edildi. Hastada anti-tüberküloz tedavi kesilerek ampisilin 12 gr/gün İV olarak başlandı. Klinik ve laboratuvar olarak iyileşen

hastada ampisilin tedavisinin 14. gününde makülopapüler dö-küntü gelişmesi üzerine tedavisi kesildi ve şifa ile taburcu edildi. Bakterinin antibiyotik duyarlılık testleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

İrdeleme

Malignite, immünoşüpresif tedavi, kronik böbrek hastalığı, diabetes mellitus, hamilelik, yaşlılık gibi durumlarda ve yenidoğanlarda *Listeria* infeksiyonları sık görülmekte birlikte, önceden tamamen sağlıklı olanlarda da görülebilmektedir (1-3). *L. monocytogenes* infeksiyonları sıklıkla merkezi sinir sistemi tutulumu veya primer bakteriyemi şeklinde karşılaşılmaktadır (2).

Osteomyelit, endoftalmit, akciğer infeksiyonu, septik artrit ve karaciğer apsesi gibi fokal infeksiyonlara nadiren yol açar (4). Merkezi sinir sistemi infeksiyonları en sık görülen klinik formdur ve menenjit, meningoensefalit veya daha çok tek taraflı veya çift taraflı beyin sapı tutulumuyla birlikte sıklıkla tek taraflı fasyal paralizi, bazen de multipl kranyal sinir tutulumu olan rombensofalit şeklinde ortaya çıkar (5). Daha az sıklıkla beyin veya medulla spinalis apsesi şeklinde de olabilir (6).

Klinik olarak diğer bakteriyel menenjitlerden ayıramaz. Mikroorganizmayı BOS veya kandan izole etmek mümkündür. BOS'un direkt muayenesi nadiren tanıya yardımcı olur. BOS lökosit sayısı ve hücre tipi değişkendir (5,7). Serolojik testler tanıda çok fazla yararlı değildir (8). Menenjitlerin tanısında BOS'da polimeraz zincir reaksiyonu ile alınan sonuçlar umut vericidir (9).

Tedavide ampisilin veya penisilin tek başına ya da gentamisinle kombine edilebilir. Alternatif olarak trimetoprim-sülfametoksazol kullanılabilir. Tedavi süresi en az iki hafta olmalıdır (10).

Hastamızın önceden tamamen sağlıklı olması, başlangıçta sadece fasyal paralizi bulgularının ortaya çıkması, bakteri izole edilinceye kadar tüberküloz menenjit olarak tedavi edilmesi,

Tablo 1. Bakterinin Antibiyotik Duyarlılığı

Antibiyotik	MIC (mg/l)	
Penisilin	< 1	Duyarlı
Ampisilin	< 4	Duyarlı
Seftriakson	> 64	Dirençli
Gentamisin	< 4	Duyarlı
Kotrimoksazol	> 2	Dirençli

Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Klinik Bakteriyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Görükle-Bursa

5. Ulusal İnfeksiyon Hastalıkları Kongresi (4-6 Eylül 1995, İstanbul)'nde bildirilmiştir.

bakterinin izole edilemediği durumlarda tanının oldukça zor olduğunu göstermektedir.

Ülkemizde erişkinlerde *L. monocytogenes*'in neden olduğu merkezi sinir sistemi infeksiyonu nadir olarak bildirilmiştir (11-15). Bununla birlikte sık olarak gördüğümüz tüberküloz menenjitlerle tanı karışıklığına yol açabileceğine dikkat edilmelidir.

Kaynaklar

1. Jurado RL, Farley MM, Pereira E, Harvey RC, Schuclat A, Wenger JD, Stephens DS. Increased risk of meningitis and bacteremia due to *Listeria monocytogenes* in patients with HIV infection. *Clin Infect Dis* 1993; 17:224-7
2. Skogberg K, Sryjanen J, Jahkola M, Renkonen O, Paavonen J, Aho-nen J, Kontiainen S, Ruutu P, Valtonen V. Clinical presentation and outcome of listeriosis in patient with and without immunosuppressive therapy. *Clin Infect Dis* 1992; 14:815-21
3. Zuniga M, Aquado JM, Vada J. *Listeria monocytogenes* meningitis in previously healthy adults: long-term follow up. *Q J Med* 1992; 85:911-5
4. Swartz MA, Welch DF, Narayanan RP, Greenfield RA. Catalase-negative *Listeria monocytogenes* causing meningitis in an adult. *Am J Clin Pathol* 1990; 96:130-3
5. Uldry PA, Kuntzer T, Bogousslavsky J, Regli F, Miklossy J, Bille J, Francioli P, Janzer R. Early symptoms and outcome of *Listeria monocytogenes* rhombencephalitis: 14 adult cases. *J Neurol* 1993; 240:235-42
6. King SJ, Jeffrey MA. MRI of an abscess of the cervical spinal cord in a case of *Listeria meningococcal meningitis*. *Neuroradiology* 1993; 35:495-6
7. Vandepitte J, Ruclens R. Clinical aspects of human listeriosis. *İnfeksi Derg* 1988; 2:487-96
8. Renneberg J, Persson K, Christensen P. Western blot analysis of the antibody response in patients with *Listeria monocytogenes* meningitis and septicemia. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1990;9:659-63
9. Jaton K, Sahli R, Bille J. Development of polymerase chain reaction assays for detection of *Listeria monocytogenes* in clinical cerebrospinal fluid samples. *J Clin Microbiol* 1992; 30:1931-6
10. Tümbay E, Anđ Ö, İnci R. Treatment of human listeriosis. *İnfeksi Derg* 1988; 2:497-504
11. Serter F, Serter D. *Listeria* infeksiyonları ve listeriosis'e bağlı meningo-ensefalit vakası. *Mikrobiyol Bül* 1971; 5: 146-51
12. Anđ Ö, Ergenç H, Çetin ET, Töreci K. *Listeria monocytogenes*'in etken olduğu bir menenjit vakası. In: 15. *Türk Mikrobiyoloji Kongresi* (28-30 Eylül 1972, Ankara) *Kongre Kitabı*. İstanbul: Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti. 1972: 387-92
13. Kılıç SS, Yılmaz M, Perk M, Çeliker H. *Listeria monocytogenes* meningoencephalitis in an adult. *İnfeksi Derg* 1988; 2: 587-90
14. Serter D, Yegane S. *Listeria monocytogenes*'in neden olduğu bir meningoensefalit olgusu. *Klimik Derg* 1993; 6: 37-8
15. Özinel MA, Ulusoy S, Tokbaş A. *Listeria monocytogenes* strain isolated from cerebrospinal fluid. *İnfeksi Derg* 1994; 8: 75-6