

# Bruselloza Sekonder Gelişen Psoas Absesi

Selim Sözen<sup>1</sup>, Cemal Üstün<sup>2</sup>, Hasan Baki Altınsoy<sup>3</sup>

Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi <sup>1</sup>Genel Cerrahi Kliniği, <sup>2</sup>Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği,

<sup>3</sup>Radyoloji Kliniği, Elazığ

## ÖZET

### *Bruselloza sekonder gelişen psosas absesi*

İskelet sistemi tutulumu brusellozun yaygın görülen bir komplikasyonu olup kas tutulumu ve psosas apseleri daha nadir görülmektedir. Psosas absesi nadir görülen, akla getirilmediği sürece güç tanı konabilen bir klinik tablodur. Tanı için genellikle batın ultrasonografisi ve bilgisayarlı tomografi yeterli olmaktadır. Psosas absesi yönetiminde antibiyotik tedavisi ve drenaj kombinasyonu önerilmektedir. Bu yazıda 45 yaşında şiddetli kalça ağrısı nedeniyle başvuran ve CT ile psosas kasında abse tespit edilen bir olgu tartışıldı.

**Anahtar kelimeler:** Psosas absesi, perkütanöz apse drenaj, Bruselloz

## ABSTRACT

### *Psoas abscess secondary to Brucellosis*

Skeletal system involvement is relatively a common complication of human brucellosis, however, muscular involvement and psosas abscess are less frequent. Psosas abscess is a rare clinical situation which if not considered the diagnosis is very difficult. Ultrasonography and computed tomography of abdomen are used for the diagnosis. Combination of antibiotic treatment and drainage are recommended in the management of psosas abscess. In this report a patient of 63 years old with severe hip pain which an abscess in the psosamuscle was determined by CT is discussed.

**Key words:** Psosas abscess, percutaneous abscess drainage, Brucellosis

Bakırköy Tıp Dergisi 2011;7:79-81

## GİRİŞ

Psoasın piyojenik absesi (PA) nadirdir, yüksek oranda mortalite ve morbidite ile seyrederek ve genelde abdominal, retroperitoneal lenf nodlarının enfeksiyonu ile ilişkili olarak ortaya çıkar. Psoas absesinin görülme sıklığı bilinmemekle beraber son yıllarda tesbit edilen vaka sayısında artış vardır (1). Klasik bulguları ateş, karın ağrısı, bel ağrısı ve topallayarak yürümedir (2,3). Psoas absesine neden olan mikroorganizmalara bakıldığında, Staphylococcus aureus'un başı çektiği görülmektedir. Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosa, özellikle ülkemiz için önemli bir hastalık etkeni olan Mycobacterium tuberculosis'in ve nadiren Brucella türlerinin de etken olabildiği bilinmektedir (4,5).

## OLGU SUNUMU

45 yaşında erkek hasta; üç gün önce ani başlayan sağ kalçada ısı artışı, sağ bacağına ve gluteal bölgeye doğru yayılan ağrı, hareket kısıtlılığı ve ateş şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinden küçükbaş hayvan besiliği

yaptığı ve taze peynir yediği öğrenildi. Hastanın ölçülen ateşi 37.8 °C idi. Fizik muayenede sağ kalçanın ekstansiyon, abduksiyon ve adduksiyonu şiddetli ağrı nedeniyle kısıtlıydı. Ağrı nedeniyle yürüyemeyen hasta kalçasını fleksiyonda tutma eğilimindeydi. Tetkiklerinden ESR: 60 mm/saat (6-15), CRP:200 mg/L (0-5), Hb: 13.6 gr/dl, Lökosit: 16800 K/uL idi. Periferik yaymada %85 parçalı hakimiyeti mevcuttu. Kan, idrar, boğaz ve gaita kültürlerinde üreme olmadı. Serum ile yapılan Brucella aglütinasyon testi 1/320 titrede pozitif bulundu. Apse materyalinde Brucella bakterisi üretilerek tanı kesinleştirildi. Batın tomografisinde, sağ iliakus kasında ve psosas kasi distalinde 58x84 mm'lik abse formasyonu izlendi. Sakroiliak ekleme komşu sağ iliak kanat posterior kesimde ve sağ gluteal kaslarda enfeksiyona sekonder ödem mevcuttu (Resim 1). Ultrasonografi (USG) eşliğinde perkütan olarak yapılan aspirasyonda psosasın derininde pürülan abse drene edildi. Abse mayiinden alınan kültürde brusella bakterisi üremesi üzerine psosas apse materyalinde BACTEC 9240 otomatize kan kültür sistemiyle (Becton Dickinson Diagnostic Instrument Systems, Sparks, MD, ABD) Brucella cinsi bakteri üremesi saptandı. Tüberküloz için apse materyalinde bakılan asido-rezistan basil (ARB), homojenize ARB ve polimeraz zincir reaksiyonu negatif bulundu; tüberküloz için yapılan ekim sonrası da bir üreme görülmedi. Hastaya doksisislin 200 mg/gün, siprofloksasin 1000 mg/gün, streptomisin 1000 mg/gün ve non-steroid anti-inflamatuvar tedaviler başlandı. Ayrıca

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Selim Sözen  
Elazığ EAH, Genel Cerrahi Kliniği, Elazığ

Telefon / Phone: +90-505-597-9773

Elektronik posta adresi / E-mail address: selimsozen63@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 29 Aralık 2009 / December 29, 2009

Kabul tarihi / Date of acceptance: 21 Temmuz 2010 / July 21, 2010



**Resim 1: Psoas kası çevresinde inflamasyon ve ödem**

tomografi eşliğinde psoas absesine dren koyuldu. Drenaj sonrası hastanın tüm şikayetlerinde birkaç gün içerisinde dramatik bir düzelme görüldü.

## TARTIŞMA

Psoas absesi primer ve sekonder olarak sınıflandırılır. Primer psoas absesinde etyoloji belli değildir, vücutta saptanamayan bir odakta mikroorganizmalar hematogen veya lenfojen yolla yayılması ile meydana gelir. Psoas kası retroperitoneal organlar, gastrointestinal sistem ve iskelet sistemi ile yakın komşuluğundan dolayı bu sistemlerin enfeksiyöz hastalıklarında sekonder olarak olaya katılabilir. Sekonder psoas abselerinde ilk sırayı Crohn hastalığı (%60) almaktadır (6). Eşlik eden diğer nedenler ise sırasıyla apandisit (%16), kolon hastalıkları (%11), (enfeksiyonu, ülseratif kolit, divertikülit ve tümörleri) disk enfeksiyonları ve osteomyelit (%10) perirenal enfeksiyonlar, piyonefroz, cerrahi girişim sonrası, yabancı cisim komplikasyonları ve tüberkülozdur (7).

Bruselloz, Brucella bakterilerince oluşturulan, primer olarak otçul hayvanların hastalığı olup, hayvanlardan insanlara geçiş infekte hayvanlarla temas, infekte süt ve süt ürünlerinin tüketimi gibi yollarla olmaktadır. Hastalık çoğunlukla halsizlik, iştahsızlık, vücutta ağrılar ve ateş şikayeti ile başlamaktadır. Hastalık birçok komplikasyonla seyrebilmektedir. Bunların içinde iskelet sistemi tutulumları önemli bir yere sahip olup; sakroileit, spondi-

lit, periferik artrit görülebilmektedir. Kas tutulumları psoas apseleri şeklinde karşımıza gelebilmektedir. Ancak bruselloza bağlı psoas apseleri bu hastalığın endemik olarak görüldüğü ülkemizde dahi nadir görülmekte olup hemen daima spondilite sekonder olarak ortaya çıkmaktadır.

Psoas absesi çocuklarda ve gençlerde ileri yaşlara göre daha sık oluşmaktadır (8). Psoas abseli olguların yaklaşık %70'i 20 yaşından daha gençtir. Erkeklerde bayanlara oranla üç kat fazla tesbit edilmiştir. Psoas absesi, vakaların %57'sinde sağ tarafta, %40'ında sol tarafta, %3'ünde ise biletaral olarak görülür (9). Bizim olgumuzda da apse sağ tarafta lokalize idi.

Bruselloza bağlı osteo-artiküler tutulumlar ve özellikle spondilit sık görülmekle birlikte, paravertebral apseler, epidural apseler ve psoas apseleri ile daha nadiren karşılaşılmaktadır (10). Bizim olgumuzdaki psoas absesinin bruselloza sekonder olduğu düşünülmüş olup apse materyalinde Brucella bakterisi üretilerek tanı kesinleştirilmiştir.

Çok yakın bir zamana kadar sekonder psoas absesinin en büyük sebeplerinden biri olarak bilinen omurga tüberkülozunun (TBC) sıklığı etkin tedavi uygulamaları ile azaltılmıştır. Buna rağmen yine de son yıllarda ekstrapulmoner TBC ve TBC absesi, HIV ile enfekte hastalarda yüksek oranlarda bulunmaktadır (11,12).

Psoas absesinin klasik belirti ve bulguları ateş, karın veya bel ağrısı ve topallayarak yürümedir. İştahsızlık, titreme, kilo kaybı, kitle ve şişkinlik gibi nonspesifik bulgular da görülebilir (7,13). Enfeksiyonu düşündüren lökositoz ve sedimentasyon hızında yükselme en sık görülen laboratuvar bulgularıdır (3,7). Bazı olgularda anemi görülebilir. Ancak klasik semptomlar yalnızca üç olgudan birinde gözlemlenebildiğinden dolayı çoğunlukla vakalar geç tanı ve dolayısıyla geç tedavi almaktadır (14,15). Bruselloza bağlı psoas apseleriyle ilgili olgu raporları incelendiğinde; Dudler ve arkadaşları ile Jayakamur ve arkadaşları iki olgu bildirmişlerdir (4,16). Ülkemizde Tünger ve arkadaşları 23 yaşında brusellozlu bir kadın hastada L4-L5 spondilit ve psoas absesi bildirmişlerdir (17). Ankara'dan Çapar ve arkadaşları 70 yaşında L3-L4 spondilodiskit ve psoas abseli olgu bildirmişler ve bu olguda altı haftalık doksisiklin ve streptomisin tedavisi ile klinik ve radyolojik başarı elde etmişlerdir (18). Brusellozise bağlı psoas absesi olan hastalarda abdomino-pelvik USG, bilgisayarlı aksiyal tomografi (BT), Galyumlu radyonüklid görüntüleme ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) absenin erken

tanımı ve lokalizasyonunun belirlenmesinde faydalı olan tetkiklerdir. Bilgisayarlı aksiyal tomografi absenin teşhisinde çok daha duyarlıdır (19). Bizim olgumuzda da bilgisayarlı tomografi sonrası psoas absesi olduğu anlaşılabilmiştir.

Psoas absesinin tedavisinde antibiyoterapi ve abse boşaltılması beraber önerilmektedir. Abse boşaltılmasında perkütan veya açık cerrahi yöntem tercih edilebilir (15). USG ya da BT eşliğinde perkütan abse drenajı ile bir-

likte antibiyoterapi primer psoas abselerinde en çok tercih edilen tedavi yöntemidir (1,3,15).

Sonuç olarak; psoas absesi değişken ve özgün olmayan kliniğinin yanı sıra nadir görülen bir durum olması nedeniyle kolaylıkla tanısız zorluğa neden olabilmektedir. Psoas absesi olgularda Brucella bakterilerinin nadir görülmesi birlikte, etken olabileceği düşünülmeli ve bu olgularda bruselloz tanısına yönelik gerekli tanısız yaklaşımlar yapılmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Van den Berge M, De Marie S, Kuipers T, Jansz AR, Bravenboer B. Psoas abscess: report of a series and review of the literature. *Neth J Med* 2005; 63: 413-416.
2. Çubukçu S, Gürbüz Ü, Çevikol C, Aktan fi, Tuncer T. Primary Psoas Abscess Presented Only with Low Back Pain. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2006; 52: 137-140.
3. Ataus S, Alan C, Önder AU, Mihmanlı I, Talat Z, Yalçın V. Psoas abscess. *Cerrahpaşa J Med* 2000; 31: 89-93.
4. Dudler J, Balague F, Waldburger M. Bilateral primary brucellar psoas abscess. *Br J Rheumatol* 1994; 33: 988-990.
5. Penado S, Espina B, Francisco Campo J. Abscess of the psoas muscle. Description of a series of 23 cases. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2001; 19: 257-260.
6. Kyle J. Psoas abscess in Crohn's disease. *Gastroenterology* 1971; 61: 149-155.
7. Gruenwald I, Abrahamson J, Cohen O. Psoas abscess: case report and review of the literature. *J Urol* 1992; 147: 1624-1626.
8. Andreou A, Karasavvidou A, Papadopoulou F, Koukoulidis A. Iliopsoas abscess in a neonate. *Am J Perinatol* 1997; 14: 519-521.
9. Thongngarm T, McMurray RW. Primary psoas abscess. *Ann Rheum Dis* 2001; 60: 173-174.
10. Colmenero JD, Cisneros JM, Orjuela DL, et al. Clinical course and prognosis of Brucella spondylitis. *Infection* 1992; 20: 38-42.
11. Malhotra R, Singh KD, Bhan S, Dave PK. Primary pyogenic psoas abscess of the psoas muscle. *J Bone Joint Surg* 1992; 74: 278-284.
12. Johnson SC, Stamm CP, Hicks CB. Tuberculous psoas muscle abscess following chemoprophylaxis with isoniazid in a patient with human immunodeficiency virus infection. *Rev Infect Dis* 1990; 12: 754-756.
13. Lee YT, Lee CM, Su SC, Liu CP, Wang TE. Psoas abscess: a 10 year review. *J Microbiol Immunol Infect* 1999; 32: 40-46.
14. Kao PF, Tzen KY, Tsui Kh, Tsai MF, Yen TC. The specific gallium-67 scale uptake pattern in psoas abscesses. *Eur J Nucl Med* 1998; 25: 1442-1447.
15. Özen M, Arslan S, Güngör S, Baysal T. İdrar Yolu Enfeksiyonuna Sekonder Gelişen Bir Psoas Abse Olgusu. *Fırat Tıp Dergisi* 2006; 11: 179-181.
16. Jayakumar RV, Al-Aska AK, Subesinghe N, Wright SG. Unusual presentation of culture positive brucellosis. *Postgrad Med J* 1988; 64: 118-120.
17. Tünger Ö, Arısoy AS, Özbakkaloğlu B ve ark. Psoas absesi bir bruselloz olgusu. X. Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Kongresi (2001, Adana) kitabında. İstanbul: KLİMİK Derneği, 2001: 359.
18. Çapar Y, Cesur S, Yüksel Ö ve ark. Brusellozise bağlı psoas absesi olgusu. *Mikrobiyol Bül* 2002; 36: 219-221.
19. Ralls PW, Boswell W, Henderson R, Rogers W, Boger D, Halls J. CT of inflammatory disease of the psoas muscle. *AJR Am J Roentgenol* 1980; 131: 767-770.