

Primer Psoas Absesi: Bir Olgu Sunumu

Turgay Ulaş¹, Cemal Bes², Fatma Paksoy³, Timuçin Aydoğan⁴,
Mehmet Sinan Dal⁵, Fatih Borlu⁶

¹Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD, Şanlıurfa

²Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji AD, Bolu

³Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Onkoloji Kliniği, Ankara

⁴Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji AD, Şanlıurfa

⁵Çınar Entegre Devlet Hastanesi, Diyarbakır

⁶Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

ÖZET

Primer psoas absesi: Bir olgu sunumu

Psoas absesi nadir görülen, akla getirilmediği sürece güç tanı konabilen bir klinik tablodur. Primer ve sekonder olarak sınıflandırılmaktadır. Sekonder psoas absesi genellikle altta yatan hastalıkların komplikasyonu olarak görülürken, primer psoas absesinin en yaygın etkeni Staphylococcus aureus'tur. Tedavide gecikme artmış morbidite ve mortalite oranları ile ilişkilidir. Bu yazıda, 46 yaşında bel ağrısı nedeniyle başvuran ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile psoas kasında abse tespit edilen bir olgu tartışıldı.

Anahtar kelimeler: Psoas absesi, bel ağrısı, S. aureus

ABSTRACT

Primary psoas abscess: a case report

psoas abscess is a rare clinical situation which if not considered, the diagnosis is very difficult. It is classified as primary or secondary. Staphylococcus aureus is the most commonly causative pathogen in primary psoas abscess and secondary psoas abscess usually occurs as a result of underlying diseases. The delay of the treatment is related with high morbidity and mortality rates. In this article, 46 years old patient with severe backache having an abscess in the psoas muscle determined by magnetic resonance imaging is discussed.

Key words: Psoas abscess, low back pain, S. aureus

Bakırköy Tıp Dergisi 2012;8:197-199

*13-17 Eylül 2006 yılı 8. İç Hastalıkları Kongresi'nde poster olarak yayınlanmıştır.

GİRİŞ

Psoas absesi (PA) ender rastlanılan, genellikle tanısı zor ve geç konulan bir hastalıktır. PA çocuklarda ve gençlerde daha sık, yaşlılarda daha seyrek görülmektedir ve genelde abdominal, retroperitoneal lenf nodlarının enfeksiyonu ile ilişkili olarak ortaya çıkar (1). PA primer ve sekonder olarak sınıflandırılır. Primer PA'de etyoloji belli değildir nonspesifik sinsi başlangıç ve kliniğinin farklılığı yanlış teşhis veya tanının gecikmesine neden olur (2).

Bizde burada bel ağrısı şikayeti ile gelen ve tetkikler sonucunda primer psoas absesi teşhis edilen bir olgu sunumu yaptık.

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Dr. Turgay Ulaş
Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Şanlıurfa

Telefon / Phone: +90-414-318-3027

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

Geliş tarihi / Date of receipt: 12 Şubat 2011 / February 12, 2011

Kabul tarihi / Date of acceptance: 10 Kasım 2011 / November 10, 2011

OLGU SUNUMU

46 yaşında bayan hasta, 15 gündür süren ateş, bulantı, kusma, bel ağrısı şikayetleri ile başvurdu. Özgeçmişinde, 5 yıl önce histerektomi operasyonu geçirdiği öğrenildi. Fizik muayenesinde; ateşi 38°C, tansiyonu 130/80 mm Hg, nabızı 96/dk, solunum sayısı 22/dk, öne fleksiyon postüründe, lomber ve parasakral bölge palpasyonla ağrılı, düz bacak kaldırma testi ve laseque: -/-, sağ bacak ekstansiyonu ağrılı, sağ kalça eklem hareket açıklıkları (ROM) kısıtlı idi. Diğer sistem muayeneleri doğal bulundu. Laboratuvar bulgularında patolojik olarak AST: 49 U/L, GGT: 147 U/L, LDH: 492 U/L, Hb: 11.2 g/dl, Hct: %33.8, WBC: 14900 /UL, PT: 14.9 sn, Fibrinojen: 666 mg/dl, CRP: 183 mg/l, sedimentasyon: 110 mm/h idi. Periferik yaymada: %84 parçalı, %12 lenfosit, %4 monosit mevcuttu. HBSAg, HIV, anti HCV ve serolojik testleri (Gruber-Widal, Wright aglutinasyon, brucella spot test, Coombs Wright, VDRL) negatif, PPD anerjik ve tümör markerleri normal saptandı. Tekrarlanan kan

kültürlerinde üreme olmadı. Batın ultrasonografisinde (US) dalak boyutu artmış, abdominal bilgisayarlı tomografide (BT) karaciğer boyutu artmış, sol psoas, iliopsoas ve gluteal kas gruplarında sağa göre atrofik görünüm saptandı.

Hastaya malignite tetkik amacıyla yapılan tüm vücut kemik sintigrafisinde, sağ sakroiliak eklem ve alt lomber vertebraların sağ lateral komşuluğunda, psoas bölgesindeki akut enflamasyona sekonder hiperperfüzyon, hiperemi ve osteoplastik aktivite artışı saptandı. Malignite düşündürecek sintigrafik bulgu görülmedi. Kemik iliği biyopsisinde hafif retikulin lif artışı gösteren paratrabekuler alanda lenfoid agregat izlenen normosellüler kemik iliği görüldü. Bu bulgularla hastada malignite dışlandı. Lomber spinal MRG'da sağ psoas kas posteriorunda düzgün konturlu, 3x2 cm boyutlu, abse ile uyumlu kitlesel lezyon görüldü.

Perkutan drenaj uygulanarak abse örneği alındı ve drenaj katateri yerleştirildi. Kültürde metisiline duyarlı staphylococcus aureus üredi. Bactec kültürü negatif sonuçlandı. Sekonder nedenler ekarte edildiğinden hasta primer PA olarak değerlendirildi. Perkutan drenajı 5. günde çıkarılan hastanın tedavisine ek olarak intravenöz sefazolin 3x1 gr ve metronidazol 2x500 mg eklendi ve tedavisi 14 güne tamamlandı. Bu tedaviler ile klinik olarak genel durumu düzelen hastaya tekrardan görüntüleme ihtiyacı duyulmadı, antibiyoterapi sonrası, iyileşme sürecine yardımcı olmak ve absenin bulunduğu bölgeye destek sağlamak için ortopedi kliniğinin önerisiyle geçici ortez kullanılması önerildi. Hasta ortopedi polikliniğine yönlendirilerek taburcu edildi.

TARTIŞMA

Bu vaka bize bel ağrısının nadir ve önemli nedenlerinden birisi olan PA'nın önemini göstermektedir. PA altta yatan nedene göre primer ve sekonder olarak sınıflandırılmaktadır. Primer PA vücutta tespit edilemeyen odaktan mikroorganizmaların hematojen veya lenfojen yolla yayılması ile meydana gelmekte olup, etyolojisi belli olmayan bir hastalıktır. Sekonder PA'nın aksine daha çok ileri yaşlarda görülür (3). Neden olan mikro-organizmalardan en sık Staphylococcus aureus görülmektedir. Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosa, Serratia marcescens, Haemophilus aphrophilus, özellikle ülkemiz için önemli bir hastalık etkeni olan Mycobacterium tuberculosis'in ve nadiren Brucella türlerinin de etken

olabildiği bilinmektedir (4,5).

PA'nın ayırıcı tanısında lokalize enfeksiyonlar (kalçanın bakteriyel enfeksiyonları, psoas kasının nekrotizan fasiitisi, pyelonefrit, pelvik enflamatuvar hastalık, apandisit, vertebral veya pelvik osteomyelit, epidural abseler), vasküler patolojiler (femurun avasküler nekrozu, aort veya iliak arter anevrizmaları), maligniteler (retroperitoneal tümörler), enflamatuvar hastalıklar, genitoüriner veya gastrointestinal patolojiler (enflamatuvar barsak hastalığı özellikle de Crohn hastalığı, gastrointestinal obstruksiyonlar, duodenal ülserler) ve disk patolojileri (S1 kök tutulumu) akla getirilmelidir. Sekonder psoas absesine neden olan patolojiler arasında en sık görüleni Crohn hastalığıdır, diğerleri ise apandisit, gastrointestinal maligniteler, kolon divertikülüti, diskitis ve çeşitli intraabdominal veya retroperitoneal enfeksiyonların komplikasyonu sonucunda gelişir (6). Bizim olgumuzda da abse kültüründen elde edilen örnekten Staphylococcus aureus üremiştir ve psoas absesine neden olabilecek sekonder bir neden ve odak tespit edilememiştir.

Bu hastalığın tanısı genellikle öykü, fizik muayene ve görüntüleme yöntemleri ile konur. Fluktuasyon veren yumuşak doku kitlesinden yapılacak iğne aspirasyon materyalinin mikrobiyolojik incelemesi tanıyı kesinleştirir. Erken dönemde yani ağrılı ve sadece yumuşak doku şişliğinin olduğu süreçte tıbbi görüntüleme yöntemlerinden yararlanılabilir. Tanıda US yeterli bilgileri verebilirse de BT ve MRG ayırıcı tanı ve lezyon sınırlarını belirlemede son derece etkindir (7). BT absenin teşhisinde daha duyarlıdır, %80-%100 oranında abseyi gösterir fakat yağ kitlesi az olan çocuklarda ve yetişkinlerde yumuşak dokularda kontrastı azalır, bu ise duyarlılığını azaltır (5,8). MRG ise hem anatomik yapıları hem de patolojik anormallikleri iyi tanımlaması nedeni ile en iyi yöntemdir (9). Bu tetkik yöntemleri yol göstericiliğinde abse formasyonundan iğne aspirasyonu ile örnek almak ya da doğrudan boşaltıcı aspirasyon ile tedaviye katkı sağlayıcı girişimleri yapmak da mümkündür. Bizim hastamızın çekilen tomografisinde, duyarlı bir yöntem olmasına rağmen abse tespit edilemedi, bu da hastanın erişkin ve yağ dokusunun az olmasına bağlandı.

PA'nın tedavisinde uygun antibiyoterapi ve abse boşaltılması beraber önerilmektedir (5). Abse boşaltılmasında perkutan veya açık cerrahi yöntem tercih edilebilir. Açık cerrahi drenaj, perkutan drenaja göre daha invaziv olmakla birlikte hastanede kalış süresini iki kat fazla azaltır (10). Zamanında başlanılan uygun tedavi ile prognoz

oldukça iyi olmasına rağmen geciken ve yanlış tanıları ile mortalite oranı yükselmekte ve abse drenajı yapılmayan vakalarda %100'e ulaşmaktadır. Daha iyi prognoza sahip olan primer vakalarda mortalite oranı %2.4' tır. Sekonder vakalarda ise %18.9'dur. Tanı ve tedavide gecikilen vakalarda ölüm oranı %100'e yakındır ve nedeni de yetersiz veya gecikilmiş drenaja bağlı çoğunlukla sepsistir (5,11). Bizim olgumuzda ise abse perkütan cerrahi drenaj ile boşaltıldı ve medikal tedavi uygulandı. Abse drenajı son-

rası ve medikal tedavi ile hastanın klinik bulgularında hızlı bir düzelmeye saptandı.

Sonuç olarak PA'nın spesifik olmayan kliniğinin yanı sıra nadir görülen bir durum olması kolaylıkla tanısal zorluğa neden olabilmektedir. Tanının konulduğu durumlarda hızlı ve efektif tedavi bu hastalara uygulanmalıdır. Tanıda gecikilen durumlarda hastalığın mortalitesi yüksek olduğundan bel ağrısı ve ateş ile başvuran hastalarda bu hastalık düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

1. Gruenwald I, Abrahamson J, Cohen O. Psoas abscess: case report and review of the literature. J Urol 1992; 147: 1624-1626.
2. Goldberg B, Hedges JR, Stewart DW. Psoas abscesses. J Emerg Med 1984;1: 533-537.
3. Kao PF, Tzen KY, Tsui KH, Tsai MF, Yen TC. The specific gallium-67 scala uptake pattern in psoas abscesses. Eur J Nucl Med 1998; 25: 1442-1447.
4. Kaya S, Sayıl O. A case of psoas abscess due to brucellosis. İnfeksiyon Dergisi 2008; 22: 223-226.
5. Riyad MNYM, Sallam MA, Nur A. Pyogenic psoas abscess: discussion of its epidemiology, etiology, bacteriology, diagnosis, treatment and prognosis - Case Report. Kuw Med J 2003; 35: 44-47.
6. Cubukcu S, Gurbuz U, Cevikol C , Aktan S, Tuncer T. Primary psoas abscess presented only with low back pain. Turk J Phys Med Rehab 2006; 52: 137-140.
7. Lee YT, Lee CM, Su SC, Liu CP, Wang TE. Psoas abscess: a 10 year review. J Microbiol Immunol Infect 1999; 32: 40-46.
8. 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; 134: 767-770.
9. Lee JK, Glazer HS. Psoas muscle disorders: MR imaging. Radiology 1986; 160: 683-687.
10. Ozen M, Arslan S, Gungor S, Baysal T. İdrar Yolu Enfeksiyonuna Sekonder Gelişen Bir Psoas Abse Olgusu. Fırat Tıp Dergisi 2006; 11: 179-181
11. Ricci MA, Rose FB, Meyer KK. Pyogenic psoas abscess: worldwide variation in etiology. World J Surg 1986; 10: 834-843.