

FİZİKSEL TIP

PRİMER PYOJENİK PSOAS ABSESİ: OLGU SUNUMU

PRIMARY PYOGENIC PSOAS ABSCESS: CASE REPORT

Gülseren AK MD*, Ebru ALEMDAROĞLU MD*, Deniz CILIZ MD**, Kürşat ÖZORAN MD*

* Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği,

** Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği,

ÖZET

Psoas absesi nadir görülen, akla getirilmediği sürece güç tanı konabilen bir klinik tablodur. Klinik bulguları kalçanın septik artriti ile benzerlik gösterir. Tedavide gecikme artmış morbidite ve mortalite oranları ile ilişkilidir. Bu yazıda 63 yaşında şiddetli kalça ağrısı nedeniyle başvuran ve MRG ile psoas kasında abse tespit edilen bir olgu tartışıldı.

Anahtar kelimeler: Psoas absesi, kalça artriti

SUMMARY

Psoas abscess is a rare clinical situation which if not considered the diagnosis is very difficult. The clinical features are similar to septic arthritis of the hip. The delay of the treatment is related with high morbidity and mortality rates. In this section a case 63 years old with severe hip pain which an abscess in the psoas muscle was determined by MRI is discussed.

Key words: Psoas abscess, hip arthritis

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. Nonspesifik sinsi başlangıç ve kliniğinin farklılığı yanlış teşhis veya tanının gecikmesine neden olur(1). Psoas kasının derin lokalizasyonu ve tablonun primer kalça hastalıklarının semptomlarına benzemesi tanıyı zorlaştırır(2). Burada şiddetli kalça ağrısı ile gelecek primer piyojenik psoas absesi teşhis edilen bir olgu sunumu yaptık.

OLGU

63 yaşında erkek hasta; sekiz gün önce ani başlayan sağ kalçada ısı artışı, sağ bacağa ve gluteal bölgeye doğru yayılan ağrı, hareket kısıtlılığı ve ateş şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Travma öyküsü yoktu. Özgeçmişinden büyük ve küçükbaş hayvancılık 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. Fleksiyonu tam hareket açıklığında ve ağrısızdı. Ağrı nedeniyle yürüyemeyen hasta kalçasını fleksiyonda tutma eğilimindeydi. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar

tetkiklerinden ESR: 61 mm/saat (6-15), CRP:197 mg/L (0-5), Hb: 13.6 gr/dl, Lökosit: 13800 K/uL idi. Periferik yaymada %85 parçalı hakimiyeti mevcuttu. Kan, idrar, boğaz ve gaita kültürlerinde üreme olmadı. Rutin biyokimyasal incelemeler normaldi. Brucella testleri negatifti. Radyolojik tetkiklerden, kalça ve lomber iki yönlü direk grafileri normaldi. Sağ kalçanın manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) sağ iliakus kasında ve psoas kası distalinde 58x84mm'lik abse formasyonu izlendi. Sakroiliak ekleme komşu sağ iliak kanat posterior kesimde ve sağ gluteal kaslarda enfeksiyöz prosese sekonder ödem mevcuttu (Resim1). Abdominopelvik ultrasonografi (USG) normaldi. Hastaya psoas absesi tanısı konuldu. Cerrahi olarak genel anestezi altında psoasın derininde pürülan abse direne edildi. Abse mayiinden alınan kültürde metisilline dirençli Staphylococcus aureus üremesi üzerine amoxicillin trihidrat ve potasyum klavulonat 1000 mg 2x1/gün başlandı. Tedaviye hızlı cevap veren hastanın, bir hafta sonra CRP değeri 197mg/l'ten 34 mg/l'te geriledi. Kalça ağrısı kalmayan hasta bir ay sonra kontrole gelmesi önerilerek taburcu edildi. Bir ay sonra kontrol edilen hastada nüks görülmedi.



Resim 1. Sağda iliakus kasında ve psoas kası distalinde internal septasyonlar gösteren abse formasyonu.

TARTIŞMA

Psoas absesinin (PA) insidansı tam olarak bilinmemekle beraber yıllık 12 yeni olgu olarak bildirilmektedir (3). En sık Poubart's ligamentin hemen üstünde ön kısımda lokalizedir. Abse adduktör üçgene doğru yayılır ve uyluğun proksimal parçasında lokalize olur(4). Klinik olarak kalçada fleksiyon deformitesi, Poubart's inguinal ligamentin tam yukarısında yumuşak doku hassasiyeti, ateş, halsizlik ve aşırı zayıflık ile karakterizedir. Klasik semptom triadı ise karın veya bel ağrısı, topallama ve ateştir (5). Bizim hastamızda da şiddetli kalça ağrısı, ağrı nedeniyle yürüyememe ve ateş vardı. Psoas absesinde kalçanın iç rotasyonu ve ekstansiyonu psoas kasını gerer ve ağrıya sebep olur. Ağrı bele veya kalçaya doğru yayılır. Kalçanın fleksiyon, abduksiyon, dış rotasyon veya adduksiyonu ile ağrı hafifler. Bacağın bu pozisyonu psoatik bacak diye adlandırılır. Tek taraflı kas kontraksiyonuna sekonder olarak skolyoz gelişebilir(4). Bizim hastamız da şiddetli ağrı nedeniyle kalçasını fleksiyonda tutuyor, ekstansiyona getiremiyordu.

PA primer ve sekonder olarak sınıflandırılır. Primer PA pyojenik veya hematogen yayılımla karakterizedir. Sebebi tam olarak bilinmemektedir. Karın içinde hematoma oluşturan travma veya endovenöz enfeksiyonlarla da ilişkili olabileceği ileri sürülmektedir(6). Asya ve Afrika'daki gelişmekte olan ülkelerde primer PA daha sık (%99) görülmektedir(7) Abse kültüründe üretilen en sık organizma Staphylococcus aureustur (%88). Ayrıca Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosa, Streptococcus

pneumoniamında etken olduğu olgular bildirilmiştir (2-8). Bizim hastamızın da abse kültüründe staphylococcus aureus üredi. Olguların büyük bir kısmında enfeksiyon odağı gizli olup tespit edilememektedir. Bizim olgumuzda da abseye etken olan enfeksiyon odağı tespit edilemedi. En sık gençlerde görülen PA'da kadın erkek oranı tartışmalıdır. Abse lokalizasyonunun hangi tarafta daha sık olduğu ile ilgili açık bir bilgi yoksa da daha sık sağ tarafta lokalizasyon gösterdiği ve nadiren çift taraflı görüldüğü bildirilmektedir (9). Bizim olgumuzda abse sağ tarafta lokalizasyon göstermekteydi.

Sekonder PA en sık gastrointestinal sistem patolojilerine ikincil (divertikülit, karsinoma, apandisit, Crohn hastalığı) gelişmektedir. Amerika ve Avrupa'da en sık görülen tiptir. En sık etken mikroorganizma olarak aerobik ve anaerobik gram negatif bakteriler gösterilmektedir. Direkt organ komşuluğu ile yayılım sıklığı. Etiyolojide az sıklıkla olsa renal patolojiler, kronik lösemi, pankreatit ve postoperatif dönem ve intravenöz ilaç bağımlılığı da sorumlu tutulmaktadır (7-9)

Çok yakın bir zamana kadar sekonder PA'nın 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 (2-10).

Primer kalça hastalığı ve PA arasında ayırıcı tanıyı yapmak çok önemlidir. İlk semptom ve bulgular sıklıkla kalçanın primer hastalıklarını (osteoartrit, inflamatuvar artrit, septik artrit, kırık) düşündürür ve doğru teşhisi geciktirir. Bizim olgumuzda başlangıçta kalça artrit olarak düşünülmüştü. Tanıda rutin laboratuvar incelemeleri nadiren faydalıdır. Hastaların çoğunda anemi, lökositoz, ESR yüksekliği vardır(9). Bizim hastamızda da ESR yüksekliği ve lökositoz mevcuttu. Konvansiyonel radyolojik tetkikler PA tanısında sıklıkla faydasızdır. Direkt karın grafisinde diafragmada yükselme ve psoas kas gölgesinde genişleme, etkilenen tarafta skolyoz ve gaz artışı gözlemlenebilir. Özellikle semptomları nonspesifik olan hastalarda abdomino-pelvik USG, bilgisayarlı aksiyal tomografi (BT), Galyumlu radyonüklid görüntüleme ve MRG absenin erken tanımı ve lokalizasyonunun belirlenmesinde faydalanan tetkiklerdendir. Abdomino-pelvik USG teşhiste kullanılan en iyi tarama yöntemlerinden birisidir. Kolay uygulama ve ucuz olması avantajlarıdır. Psoas absesinde kasın normal homojen eko paterni distorsiyon nedeniyle hipoekoik olmaya başlar. Fakat çok küçük

lezyonu veya yaygın flegmonu veya barsakta gaz nedeniyle olan tıkanıklığı ayırt edemeyebilir. En faydalı olduğu yer USG eşliğinde iğne aspirasyonu veya kateterle abse direnainin yapılmasıdır (11). Bilgisayarlı aksiyal tomografi absenin teşhisinde çok daha duyarlıdır. Fakat yağ kitlesi az olan çocuklarda yumuşak dokularda kontrastı azalır, bu ise keskinliği etkiler (12). MRG ise hem anatomik yapıları hem de patolojik anormallikleri iyi tanımlaması nedeni ile en iyi yöntemdir(13). Bizim olgumuzda karın USG normaldi. MRG ile tanı koyuldu.

PA başlangıcı sinsidir. Teşhis edildiği anda tedavisine başlanmalıdır. Tanıdaki gecikmeler nedeniyle hastaların çoğu septik şok veya ateş nedeniyle ölmektedir(4). Tedaviye etken olan mikroorganizmaya en duyarlı antibiyotiklerle başlanır. Fakat altın standart, absenin direnaindir. Morbidite ve rekurrensleri önlemede çok daha etkili olan cerrahi drenajın iyileşmeyi hızlandırmadaki başarı oranı ise %97'dir(9). Erken tanı ve tedavide ultrason eşliğinde absenin perkutanöz drenajı en etkili ve güvenilir alternatif yöntem olarak bildirilmektedir(11). Primer PA'nın prognozu daha iyi ve mortalitesi sekonder PA'ya göre oldukça düşüktür. Drenaja daha iyi yanıt verir. Sekonder PA'da izole drenajla iyileşme %50'den fazladır. Direne edilmeyen PA'sinde ise mortalite nerdeyse %100'dür (2). Bizim olgumuzda da cerrahi direnain ve uygun antibiyotik tedavisi ile tam iyileşme sağlandı.

Sonuç olarak şiddetli kalça ağrısı ve ateşi olan hastalarda özellikle öyküde travma, intravenöz ilaç bağımlılığı, gastrointestinal patoloji, TBC ve AIDS varsa tanıda PA öncelikle düşünülmelidir. Erken tanı ve tedavi, mortalite, rekurrensler ve hospitalizasyonun uzamasının önlenmesi için çok önemlidir.

REFERANSLAR

- Godberg B, Hedges JR, Stewart DW. Psoas abscesses. J Emerg Med 1984; 1: 533-7.
- Malhotra R, Singh K.D, Bhan S. Primary pyogenic psoas abscess of the psoas muscle. J Bone Joint Surg 1992;74-A(2); 278-284.
- Gruenwald I, Abrahamsonm J, Cohen O. Psoas abscess: case report and review of the literature. J Urol 1992;147: 1624-6.
- Stevenson E.O.S, Ozeran R.S. Retroperitoneal space abscess. Surg Gynec Obstet 1969; 128: 1202-1208.
- Thomas A, Albert AS, Bhat S, Sunil K. Primary psoas abscess: diagnostic and therapeutic considerations. Br J Urol 1996; 78: 358-60.
- Adam F, Jaziri S, Chauvin M. Psoas abscess complicating femoral nerve block catheter. Anesthesiology 2003; V 99 (1): 230-231.
- Ricci MA, Rose FB, Meyer KK. Pyogenic psoas abscess: world wide variations in etiology. World J Surg 1986; 10: 834-43.
- Santaella RO, Fishman EK, Lipsett PA. Primary vs secondary iliopsoas abscess: presentation, microbiology, and treatment. Arch.Surg 1995;130:1309-13
- Filho G.J.L, Matone J, Arasaki C.H, Kim S.B, Mansur N.S. Psoas abscess: diagnostic and therapeutic considerations in six patients. Int Surg 2000; 85: 339-343.
- Jhonson 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;12:754-6.
- Gupta S, Suri S, Gulati M, Singh P. Ilio-psoas abscess: percutaneous drainage under image guidance. Clin Radiol 1997; 52: 704-
- Ralls P.W, 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
- Lee JK, Gleezer HS. Psoas muscle disorders: MR imaging. Radiology 1986; 18:1189-93

YAZIŞMA ADRESİ

Dr.Gülseren Ak
Cinnah cad. Mesnevi sok. 25/1
06690, Çankaya - Ankara
Tel:(312) 4419566 Fax: (312) 4413354
e-posta: drgulserenak@yahoo.com