



Kalça replasmanı yapılan bir hastada kalça ağrısına yol açan ender bir primer psoas apsesi olgusu

Baljinder S. DHINSA, Hani B. ABDUL-JABAR, Shanmugasundaram RAJKUMAR, Tony KOCHHAR

Kraliçe Elizabeth Hastanesi, Travma ve Ortopedi Kliniği, Londra, Birleşik Krallık

Primer kalça replasmanı uygulamaları, akabinde gerçekleştirilen revizyon cerrahileriyle birlikte, her geçen yıl katlanarak artmaktadır. Protez kaynaklı enfeksiyonlar tüm artroplasti cerrahları için ciddi anlamda endişe yaratan durumlardır. Bunlardan psoas apsesi, etiyojisi belirsiz, tanısı sıklıkla atlanan veya geç konan, bunun sonucunda da morbidite ve mortalite oranlarının arttığı, ve bazen de uygun olmayan tedavi yöntemlerinin uygulandığı ender rastlanan bir durumdur. Çalışmamızda total kalça replasmanı sonrası sepsis ve sağ kalçada ağrı şikayetleri ile kliniğimize başvuran bir olgu bildiriyoruz. Enfeksiyona dair tüm klinik tablolar göz önünde bulundurulmuş ve protez enfeksiyonu şüphesi ile hastanın sağ kaçasının açık yıkaması gerçekleştirilmiştir. Yapılan tetkiklerde protez gevşemesine dair kanıt olmamakla birlikte psoas apsesi teşhis edilmiştir. Psoas apsesi boşaltılmış ve hasta protez revizyonuna gerek kalmadan iyileşmiştir.

Anahtar sözcükler: Kalça replasmanı; protez; psoas apsesi; septik artrit.

İngiltere, Galler ve K. İrlanda Ulusal Eklem Arşivi kayıtlarına (The National Joint Registry of England, Wales and Northern Ireland, NJR) göre Birleşik Krallık'ta 2009 yılında 65,229 adet primer kalça replasmanı ve 7,136 adet de revizyon ameliyatı gerçekleştirilmiştir.^[1] Protez kalça enfeksiyonu genellikle protezin çıkarılması, tam yıkama ve süreli antibiyotik kullanımı ile tedavi edilen ciddi bir komplikasyondur. Revizyon prosedürleri önemli girişimler olduğundan, bu tarz işlemlerin dikkatlice gözden geçirildikten sonra uygulanmasında fayda vardır.

Göreceli olarak ender rastlandığından, primer psoas apsesinin tanısı hala zor ve sıklıkla gecikmeli konmakta, bu da uygun olmayan tedavi yöntemlerine ve durumun septik artrit ile karıştırılmasına zemin hazırlamaktadır.^[2] Çalışmamızda, primer kalça replasmanı sonrası gelişen bir psoas apsesi olgusu bildirirken, bu durumun tanıda

ne gibi zorluklara yol açtığını, protez enfeksiyonu şüphesi ile revizyon girişimine kalkışmadan önce diğer eklem dışı nedenlerin neden ekarte edilmesi gerektiğini aydınlatmaya çalıştık.

Olgu sunumu

Seksen bir yaşındaki erkek hasta iki haftadan beri süregelen letarji, sağ uylukta ağrı ve ilerleyici ateş şikayetiyle Kaza ve Acil Kliniğimize başvurmuştu. Hastanın başvurudan 6 yıl önce çimentolu, total sağ kalça replasmanı geçirdiği ve bu akut başvuruya dek bir semptom görülmediği belirlendi. Ağrının uylukta yerleşik ve normalde aynı şiddette devam ettiği, kalça hareketleriyle ise şiddetinin arttığı saptandı. Anamnezinde, hastanın hipertansiyon ve hiperlipidemi şikayetlerinin kontrol altında tutulduğu kaydedildi. Klinik muayenede sağ kalça

Yazışma adresi: Baljinder S. Dhinsa, MBBS, MRCS, 16 Yeoman Drive, Darland View, Gillingham Kent ME7 3EL, United Kingdom.

Tel: +44 79 – 7100 0972 e-posta: bsd14@hotmail.com

Başvuru tarihi: 24.07.2012 **Kabul tarihi:** 17.09.2013

©2014 Türk Ortopedi ve Travmatoloji Derneği

Bu yazının çevrimiçi İngilizce versiyonu
www.aott.org.tr adresinde
doi: 10.3944/AOTT.2014.2994
Karekod (Quick Response Code)





Sekil 1. Kemik sintigrafisinde sağ pelviste ve femur proksimalinde artmış tutulum izlenmekte.

ekleminin yük basmaya izin vermeyecek şekilde ağırlı olduğu, düz bacak kaldırmının 10 derece ile kısıtlı olduğu ve eklem hareket açıklıklarının ise 5 derecelik ekstansiyon, 60 derecelik fleksiyon ve 5 derecelik addüksiyon ve abduksiyon yapabilecek kadar azalmış olduğu görüldü. Pelvisin düz grafisinde belirgin bir lizis ya da kalça protezine dair gevşeme bulgusu olmamakla birlikte, serolojide yükselmiş nötrofil ve C-reaktif protein değerlerine (246 mg/L; laboratuvar normal değeri 5 mg/L'nin altıdır) rastlandı. Kan kültüründe vankomisine duyarlı, sınırlı miktarda *Staphylococcus aureus* saptandı.

Hastanın septik kaynağı belirlenemediğinden, mikrobiyoloğun tavsiyesi doğrultusunda derhal vankomisine başlandı. Bununla birlikte, 48 saatlik parenteral antibiyotik uygulaması sonrası, hastanın semptomları ve serolojisinde bir gelişme gözlenmedi. Enfeksiyonunun olası nedeninin sağ kalça protez enfeksiyonu olduğu düşünüldü.



Sekil 2. Sağ iliopsoas kompartmanındaki birikimi gösteren BT görüntüsü.

Hastanın akut olarak kötüleşen durumu ve antibiyotiğe daha önce başlanmış olması nedeniyle, hastaya tanısal aspirasyon yerine tanı ve tedavi amaçlı artrotomi yapıldı.

Hastaya ameliyathanede sağ kalça artrotomisi ve debridman uygulandı. Ameliyat sırasında büyük trokanterin yüzeyinde ufak bir seröz sıvı birikimi saptandığı halde kalça eklem içi enfeksiyona işaret eden bir bulgu olmaksızın normal görünümde idi. Kalça protezinin stabilitesi veya gevşeyip gevşemediğine bakılmadı. Sıvı birikiminden alınan mikrobiyoloji numunelerinde sınırlı miktarda *Staphylococcus aureus* saptandı. Bu nedenle, mikrobiyoloji departmanının tavsiyesi ile ampirik fluklosasilin ve fusidik asit tedavisine başlandı.

Ameliyattan 48 saat sonra hastanın klinik bulguları ve serolojik belirteçlerinde bir değişiklik gözlenmedi. Bunun hemen akabinde çekilen kemik sintigrafisinde, sağ asetabulumda, olası bir gevşeme veya enfeksiyonu düşündürülen hafif bir aktivite artışı saptandı (Şekil 1). Hastane enfeksiyon kontrol ekibi olası enfekte sağ kalça protezi düşüncesiyle kademeli revizyon cerrahisi yapılması görüşünü bildirdi. Kemik sintigrafisi sonucunun yetersiz kaldığını düşünen revizyon kalça artroplastisi cerrahinin da (kıdemli yazar, SR) görüşü alındı. Akabinde gerçekleştirilen klinik muayene ve bulguların değerlendirilmesinde, yazar, kalça ekleminin normal olduğu ve kalça ağrısına psoas apsisi gibi eklem dışı bir kaynağın yol açmış olabileceği düşüncesinde olduğunu belirtti. Pelvis dahilinde bir patoloji olup olmadığını saptamak için çekilen bilgisayarlı tomografide (BT), iliak kemik seviyesinden iliopsas kasının sağ femurla birleştiği noktaya dek uzanan, 6x7 cm boyutunda psoas apsisi izlendi (Şekil 2). Birikimin kalça eklemi ile temas halinde olmadığı

ve tamamen eklem dışında kaldığı belirlendi.

Apsenin ultrason eşliğinde gerçekleştirilen drenajını takiben yapılan kültürde *Staphylococcus aureus* üredi. Hastanın semptomları mevcut antibiyotiklerle giderildi. Bir hafta içinde seroloji değerleri normale döndü ve rahatça yük basabilir duruma geldi. Tekrarlanan BT'sinde apsenin tamamen yok olduğu, düz grafide ise protezin konumunun korunduğu ve erken dönem gevşeme bulgusunun olmadığı izlendi. Oral antibiyotik tedavisine 6 hafta devam edilen hastanın 2. ay takibinde tüm klinik semptomlarının yok olduğu ve ağrısız bir şekilde tam yük basarak yürüyebildiği görüldü. En son ilk akut başvurusundan 2 yıl sonra muayene edilen hastada halen bir semptom görülmemiştir.

Tartışma

Psoas, 12. torakal ve 5. lomber omurdan başlayıp küçük trokantere yapışan retroperitoneal bir kastır^[3] ve komşu veya hematogen yayılmaya sekonder veya primer olarak enfeksiyona açıktır. Psoas apseleri iliopsoas kompartımandaki irinli birikimlerdir ve ateş, iliak fossa ağrısı, kalça ve bel ağrısı ve ufak kalça hareketleriyle bile oluşan ağrı gibi klasik semptomlarla seyredir.^[3]

Primer psoas apsesinin etiyojisi belirsiz olmakla birlikte, travma veya kötü beslenmeyle ilişkilendirilmektedir. Kültüründe en çok rastlanan organizma *Staphylococcus aureus*'tur.^[4] Sekonder psoas apsesi Crohn hastalığı, divertikülit, osteomyelit, omurga tüberkülozu, perinefrik enfeksiyon ve cerrahi sonrası öngörülmeyen komplikasyonlardan kaynaklanan komşu enfeksiyon ve hematogen yayılım ile gelişir.^[3] Psoas apsesinin tedavisinde esas alınan muntazam bir drenaj ve akabinde uygun antibiyotik tedavisidir. Bununla birlikte, akut hematogen protez enfeksiyonunun geliştiği durumlarda protezin çıkarılması gerekebilir ve genellikle multi-disipliner bir yaklaşımla kademeli cerrahi planlanır.^[5] İlk tanının konmasında ve sonraki aşamalarda uygulanacak tedavinin planlanmasında radyoloji eşliğinde kalça eklemine aspirasyonundan hala değerli bir araç olarak yararlanılmaktadır.

Yetişkin ve çocuklarda psoas apsesinin sık görülmesi klinik zorluklarla birlikte tanı aşamasındaki sorunları da beraberinde getirmektedir. Sunduğumuz olgu, daha önce yapılan total kalça replasmanı nedeniyle daha da karmaşık bir hal almıştır. Total kalça artroplastisi sonrası kalça ağrısı sıra dışı olmamakla birlikte ağrının nedeni genellikle belirlenememektedir. Ağrı, enfeksiyon, aseptik gevşeme, çıkık, sıkışma ve sinir kökü yaralanması sekonder psoas tendiniti, periferik sinir hasarı, stres kırığı ve aşınma zemininde oluşan reaksiyon gibi çeşitli nedenlere bağlı olabilir. Potansiyel olarak enfekte bir

protezin yaratacağı durumlar hem hasta hem de sağlık hizmeti sunan açısından devasa boyutta olabilir.

Dauchy ve ark. psoas apsesi ile kalça protezi enfeksiyonları arasında %12 oranında ilişki saptamışlardır.^[5] Literatürdeki olgu serileri ve sunumları da benzer bir ilişkiden söz etmektedir.^[5,6] Bu durumu açıklayan en makul açıklama asetabular kap vidaları ya da daha önce geçirilen cerrahi sonucu oluşan iliak kemik hasarı implant ile iliopsoas kompartımanının temasına yol açmaktadır.^[5] Daha önce işlevinde bir sorun olmayan çimentolu total kalça replasmanı geçiren olgumuzdaki primer psoas apsesi kalça ağrısı olarak ortaya çıkmış ve başta protez enfeksiyonu olduğu düşünülmüştür.

Daha önce başarılı şekilde yerleştirilmiş ve işlev gören kalça protezinde meydana gelen kalça ağrısına neden olabilecek eklem içi ve dışı nedenlerinin ekarte edilmesi için bu gibi hastaların etraflıca incelenmesi hayati önem taşımaktadır. Proteze bağlı oluşacak artefaktlar, BT incelemesinin değerini azaltmaktadır. Bununla birlikte, metal artefakt redüksiyon sekansları bu soruna bir çözüm oluşturabilir. Ultrasonun kalça eklemi efüzyonu kadar apsenin varlığını ortaya koymada da başarılı bir teknik olduğu kanıtlanmıştır. Bununla birlikte, protez enfeksiyonunun tanısında kullanılması söz konusu değildir;^[7] bu yüzden kemik sintigrafisi ek bir gereç olarak fayda sağlayabilir. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) de olası yumuşak doku enfeksiyonu, birikim ve neoplazmaların değerlendirilmesinde rol oynar.

Sunduğumuz olgu tanının nasıl konulacağını belirlemesi ve akabindeki tedavi sürecindeki bazı hataların nelere yol açabileceğine dikkat çekmektedir. Hastanın septik durumu ve kan kültürü sonucuna istinaden mikrobiyoloğun tavsiyesi ile ampirik antibiyotik tedavisine başlanmıştır. Bununla birlikte, hastanın geçmişi ve klinik muayenesi göz önüne alınacak olursa, hastanın ilk başvurusunun hemen ardından, antibiyotiklere başlanmadan önce, tanı amaçlı kalça aspirasyonunun yapılması uygun olabirdi. Zira aspirasyonun pozitif olması, tanı ve mikrobiyolojide yardımcı olmaktadır. Ne var ki, kıdemli yazar, hastanın akut kötü durumu ve daha fazla gecikmeye neden olacağı düşüncesiyle bu tetkikin o aşamada doğru olmayacağı görüşüyle antibiyotik tedavisine başlanmasını uygun görmüştür. Eklem içi enfeksiyonun var olması durumunda tanı ve tedaviye yardımcı olabileceği düşünülerek hastaya açık artrotomi yapılmıştır. Herhangi bir girişim öncesi, abdominal/eklem dışı bir birikimin belirlenmesi için BT taraması veya ultrason gibi başka görüntülemelerin alınması da düşünülebilir. Bu önlemler gereksiz bir invaziv girişimin önünü alacak ve benzer durumlarda başvurulacak tanı ağacı ile uyumlu olacaktır.

Sonuç olarak, psoas apsesi için tercih edilen tedavi süreci başta kesin tanının koyulması, muntazam bir drenaj ve mikrobiyoloji numunelerinin elde edilmesinden hemen sonra antibiyotiklere başlanmasını içerir. Olgumuz, kalça ağrısına yol açan diğer, nadir görülen eklem içi ve dışı nedenlerin ekarte edilmesi için detaylı bir klinik muayenenin ve buna ek radyoloji tetkiklerinin önemine dikkat çekmektedir. Açık artrotomi ile protez stabilitesinin ameliyat sırasında tam olarak değerlendirilmesi, gereksiz revizyon cerrahilerinin önünün alınması açısından büyük önem taşımaktadır.

Çıkar örtüşmesi: Çıkar örtüşmesi bulunmadığı belirtilmiştir.

Kaynaklar

1. National Joint Registry Centre. National Joint Registry for England and Wales: 7th Annual Report 2010. National Joint Registry Centre [Internet]. 2011 [cited 11 December 2011]. Available from: <http://www.njrcentre.org.uk/NjrCentre/Portals/0/NJR%207th%20Annual%20Report%202010.pdf>.
2. Toren A, Ganel A, Lotan D, Graif M. Delayed diagnosis of a primary psoas abscess mimicking septic arthritis of the hip. *J Pediatr Surg* 1989;24:227-8.
3. Sathyamoorthy P. Primary psoas abscess: case report and review of the literature. *Singapore Med J* 1992;33:201-3.
4. Gordin F, Stamler C, Mills J. Pyogenic psoas abscesses: noninvasive diagnostic techniques and review of the literature. *Rev Infect Dis* 1983;5:1003-11.
5. Dauchy FA, Dupon M, Dutronc H, de Barbeyrac B, Lawson-Ayayi S, Dubuisson V, et al. Association between psoas abscess and prosthetic hip infection: a case-control study. *Acta Orthop* 2009;80:198-200.
6. Buttaro M, González Della Valle A, Piccaluga F. Psoas abscess associated with infected total hip arthroplasty. *J Arthroplasty* 2002;17:230-4.
7. Song J, Letts M, Monson R. Differentiation of psoas muscle abscess from septic arthritis of the hip in children. *Clin Orthop Relat Res* 2001;391:258-65.