

Nadir Bir Ateş Sebebi Olarak Primer Psoas Apsesi

Primary Psoas Abscess as a A Rare Cause of Fever

Kamil Konur¹, Hatice Beyazal Polat¹, Teslime Ayaz¹, Mehmet Beyazal²

¹ Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

² Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı

Anahtar Kelimeler: Primer Psoas Apsesi, ateş, bilgisayarlı tomografi

Keywords: Benign prostatic hyperplasia, hypotension, syncope, alpha 1 blocker, tamsulosin

Sorumlu Yazar: Hatice Beyazal Polat, hatice.beyazalpolat@erdogan.edu.tr

Başvuru Tarihi: 2 Ağustos 2021

Kabul Tarihi : 31 Ağustos 2021

Özet

Psoas apsesi ender rastlanılan, genellikle tanısı zor ve geç konulan bir durumdur. Çocuklarda ve gençlerde daha sık, yaşlılarda ise daha nadir rastlanmaktadır. Psoas apsesi primer ve sekonder olarak gelişebilir. Yetişkin hastalarda primer psoas apsesi gelişmesi nadir bir durumdur. Bu yazıda ateş etyolojisi araştırılan geriatrik yaş grubunda bilgisayarlı tomografi ile görüntüleme yapılarak primer psoas apsesi tanısı konulan bir olgu sunulmuştur.

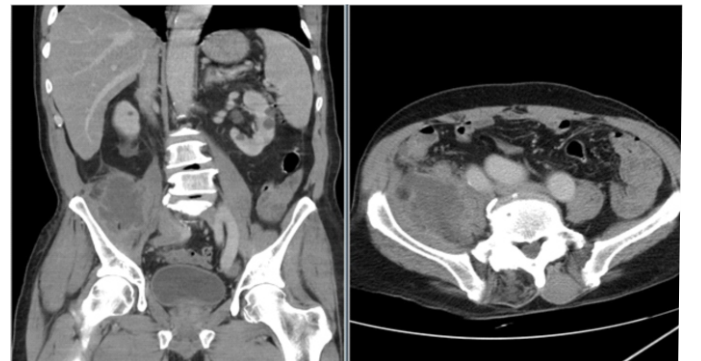
Giriş

Psoas apsesi(PA) nadir görülen ve geç tanı alabilen klinik bir antitedir. Tanıda yaşanan gecikmeler ve etkin olmayan tedaviler sebebiyle mortalite riski artmaktadır. Çocuklarda ve gençlerde daha sık, yaşlılarda ise daha nadir rastlanmaktadır (1). Alta yatan nedene bağlı primer veya sekonder olarak gelişebilir. PA'nin % 70'i sekonder apselerdir ve çevre infekte dokulardan lokal yayılım ile oluşurlar(2). Bu yazıda 72 yaşında erkek bir hastada ateş etyolojisi araştırılırken bilgisayarlı tomografide psoas kasında apse saptanan ve primer PA olarak kabul edilen bir olgu sunulmuştur.

Olgu Sunumu

Yetmiş üç yaşında erkek hastada, 1 aydan uzun süredir ateş, üşüme, titreme iştahsızlık ve karın ağrısı şikayetleri olması üzerine dış merkezde değerlendirilmiş, ampririk seftriakson başlanmış. Şikayetleri gerilemeyen hasta Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniği'ne başvurmuş. Orada yapılan muayenesi sonucu akut böbrek hasarı olması üzerine kliniğimize sevki sağlanmış. Öz geçmişinde bir özellik olmayan hastanın yapılan muayene sonrası akut böbrek hasarı saptanmış ve servisimize yatırılıp sağlanmış. Vücut sıcaklığı aksiller 38.5 °C ölçülen hastanın fizik muayenesinde patolojik olarak genel durum

düşünlüğü, deri turgor tonusunda azalma, taşikardi (118 /dk), batında sağda yüzeysel ve derin palpasyonla hassasiyet tespit edilmiştir. Laboratuvar incelemesinde WBC:16.81 10³/uL, Nötrofil: 13.57 10³/uL, Hgb: 13.3 g/dL, PLT: 540 10³/uL, Üre: 151 mg/dL, Kreatinin: 2.24 mg/dL, Sedimentasyon hızı 59 mm/saat, CRP 8.1 mg/dL, idrar incelemesinde her 40'lık büyütmeye 1 eritrosit, 1 lökosit olduğu görülmüştür. Hastaya hidrasyon başlanmış, kan ve idrar kültürleri alınmıştır. Yatışının 3. gününde Böbrek fonksiyon testleri düzelen hastada ateş etyolojisi araştırılmak üzere abdomen BT tetkik gelilmiştir, Şekil 1'de görüldüğü gibi BT görüntülemeye sağ iliopsoas kas lifleri arasında yaklaşık 87x61 mm ebatlarında periferalkontrastlanması bulunan kolleksiyon alanı izlenmiştir.



Şekil 1: Hastanın BT görüntüleri

Mevcut koleksiyon alanı PA olarak değerlendirilmiş ve girişimsel radyoloji tarafından drenaj kateteri yerleştirilerek drenajı ve örnekleme sağlanmıştır. Olgunun materyallerinde mikrobiyolojik incelemede asit-alkole dirençli bakteri (AARB) saptanmamış, gram boyamada bol lökosit, bol Gram(+)kok, bol Gram(+)basil, bol Gram(-) basil görülmüştür. Abse içeriğinden tüberküloz kültürü, aerobik ve anaerobik kültürler gönderilmiş, Tüberküloz kültüründe üreme olmadığı saptanmıştır. Apse kültürü ve anaerop kültürde Klebsiella pneumoniae üremesi üzerine hastaya antibiotik duyarlılığına göre uygun antibiotik başlanmıştır. Tedavisi 6 haftaya tamamlanan hastanın tedavi sonrası kontrollerinde apsenin kaybolduğu görülmüştür. Sekonder PA ekartasyonu için kolonoskopi yapılmış bir patoloji saptanmamıştır.

TARTIŞMA

Komşulukları nedeni ile kolon, apendiks, jejunum, ureterler, böbrekler, pankreas, vertebra enfeksiyonları iliopsoas kasına yayılabilir. Uyluğa fleksiyon hareketi yaptıran psoas kasının zengin bir vasküler yapıya sahip olması, kapalı bölgelerden bile hematojen yolla kontaminasyonuna sebep olmaktadır. Çocuklarda ve gençlerde daha sık, yaşlılarda ise daha nadir rastlanmaktadır (1). Primer PA'de etiyoloji belli değildir, vücutta saptanamayan bir odaktan mikroorganizmaların hematojen veya lenfojen yolla yayılması ile meydana gelir(3). SekonderPA'sine neden olan durumlar ise Crohn hastalığı, divertikülit, apandisit, genitoüriner sistem enfeksiyonları, disk enfeksiyonları, osteomyelit, cerrahi girişim veya yabancı cisim komplikasyonları ve tüberkülozdur (4).

Tanı ve tedavinin gecikmesi durumlarında %100'e varan mortalite görülebilmektedir. Gelişen septik komplikasyonlar ölümlerin başlıca sebebidir. PA'nın klinik prezentasyonu değişken olup sıklıkla nonspesifiktir. Hastalar sıklıkla ateş, sırt ağrısı, kasık bölgesinde ağrı ile başvururlar. Ancak klasik semptomlar olguların %30'unda bulunduğundan dolayı çoğunlukla geç tanı almaktadır (4). Tanı konabilmesi için öncelikle hastalıktan şüphe etmek gerekir. Sonrasında ise fizik muayene ve görüntüleme yöntemleri ile tanının kesinleştirilmesi gerekmektedir. Ultrasonografi vakaların %60'ında tanıya yardımcı olur iken, hastalığın tanısını koymakta tomografi altın standart tetkik olarak düşünülmektedir(4). Laboratuvar bulguları arasında

lökositoz, anemi ve sedimantasyon hızında yükselme sık görülür (5).

PA'nın tedavisinde antibiyoterapi ve drenaj beraber önerilmektedir (6). SekonderPA'da tedavi, drenaj ile birlikte apseye neden olan primer hastalığın tedavisini içermelidir (7). Vakaların çoğunu primer olgular oluşturmaktadır ve en sık etkenler S. aureus başta olmak üzere E. coli, P. Aeruginosa'nın yanında Mycobacteriumtuberculosis'in ve Brucella türlerinin de etken olabildiği bilinmektedir (4). Olgumuzun idrar kültüründe etken üretilmedi. Apse kültürü ve anaerop kültürde Klebsiellapneumoniae üredi. PA'nınetyolojisi öncelikle primer olarak değerlendirilmiştir. Başlangıçta antibiyotik seçimi olası enfeksiyon ajanlarına göre yapılmaktadır. Abse drenajı ve kültür yapılamadıysa veya kültür sonucu çıkıncaya kadar primer olduğu düşünülen olgularda stafilokoklara yönelik etkili antibiyotik başlanmalıdır. Ancak gastrointestinal, spinal ya da perirenal bir patolojinin eşlik ettiği düşünülen sekonder olgularda Gr (-) enterik basillere ve anaeroblara uygun kombinasyon tedavisi başlanmalıdır (4). Literatürde sadece antibiyotik tedavisi ile iyileşen nadir olgular bildirilmektedir. Ancak yüksek mortalite ve morbiditeye neden olduğu için erken abse drenajı önerilmektedir. Abse drenajında perkütan veya açık cerrahi yöntemi tercih edilebilir. Perkütanöz drenaj açık cerrahi drenaja göre daha az invaziv olmakla birlikte hastanede kalış süresi iki kat daha fazladır (7). Bu olguda girişimsel radyoloji tarafından chiba iğnesi ile girilerek drenaj sağlanmış ve drenaj kateteri takılmıştır. Açık cerrahi işleme ihtiyaç duyulmamıştır. Abse drenajı sonrası klinikte hızlı bir iyileşme görülmüştür. Sonuç olarak; primer PA geriatrik yaşta çok nadir görülmektedir. PA atipik klinik bulguları ve nadir görülen bir durum olması nedeniyle kolaylıkla tanısı geciken, yanlış tanımlar ile mortalite oranı yükselen ve tedavi edilmeyen vakalarda mortalite oranı %100'e ulaşan bir durumdur (8). Ölüm nedeni çoğunlukla tanı ve tedavinin geciktiği olgulardaki septik komplikasyonlara bağlıdır(4). Septik tabloda olup belirgin odak bulunamayan hastalarda PA düşünülmeli ve tanıya yönelik tetkikler yapılmalıdır.

Kaynaklar:

1. Gruenwald I, Abrahamson J, Cohen O. Psoasabscess: Case report and review of the literature. *J Urol* 1992;147:1624-6. (PMID:1593704).
2. Vaz AP, Gomes J, Esteves J, Carvalho A, Duarte R. A rare cause of lower abdominal and pelvic mass, primary tuberculous abscess: a case report, *Cases J* 2009;2:182. <http://dx.doi.org/10.1186/1757-1626-2-182> PMID:19946492 PMCID:2783137
3. Ataus S, Alan C, Önder AU, Mihmanlı, Talat Z, Yalçın V. Psoasabscess. *Cerrahpafla J Med* 2000;31:89-93.
4. Mallick IH, Thoufeeq MH, Rajendran TP. Iliopsoasabscesses. *PostgradMed J* 2004;80:459-62. (PMID:15299155).

5. Guillaume MP, AlleJl, Cogan E. Secondarypsoasabscesstwenty-seven yearsafternephrectomy. *EurUrol* 1994;25:171-3.
6. Lopez VN, Ramos JM, Meseguer V, et al, GTI-SEMI Group. Microbiologyandoutcome of iliopsoasabscess in 124 patients. *Medicine* 2009;88:120-30. (PMID:19282703)
7. Baier PK, Arampatzis G, Imdahl A, Hopt UT. Theiliopsoasabscess: aetiology, therapy, andoutcome. *LangenbecksArchSurg* 2006;391:411-7. (PMID:16680473)
8. Suzaki A, Takazoe M. Successfulmedicalmanagement of multilocularpsoasabscess in a pregnantwomanwithCrohn'sdisease: A casereport. *Journal of NihonUniversityMedicalAssociation* 2011;70:50-3.