

İliopsoas Apsesi ile Prezente Olan Retroçekal Perfore Apendisit: Vaka Sunumu

Retrocecal Perforated Appendicitis Presenting with Iliopsoas Abscess: A Case Report

Hüseyin ÇETİN, Mehmet Fatih EKİCİ, Ali Cihat YILDIRIM, Sezgin ZEREN, Faik YAYLAK, Mustafa Cem ALGIN

T. C. Sağlık Bakanlığı, KSBÜ Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Kütahya, Türkiye

Özet

Perfore akut apandisit sonrası komplike olan karın içi apse oluşumu iyi bilinmektedir. Bununla birlikte, bu apselerin iliopsoas kasına lokalizasyonu nadirdir ve tanı ve tedavisi genellikle problemlidir ve gecikir. Bu yazıda, 10 gündür devam eden sağ inguinal ve lomber ağrı yakınması ile hastaneye yatırılan 59 yaşında bir hastayı sunuyoruz. Karın tomografisi ve MR ile iliopsoas apsesi tanısı alan hastada perkütan apse drenajı başarısız oldu. Daha sonra hastada akut karın tablosu gelişti. Ultrasonografi ile retroçekal apandisit teşhisi kondu. Acil laparotomi ve retroperitoneal apse drenajı yapıldı. Perfore retroçekal apandisit bazen karın ağrısına neden olmadan retroperitoneal apse ile ortaya çıkabilir. Bu nedenle, retroperitoneal enfeksiyonu düşündüren semptomları olan hastalarda, perfore apandisitten ciddi oranda şüphelenmek gerekir.

Anahtar Kelimeler: İliopsoas apse, Akut karın, Retroçekal apandisit

Abstract

Intraabdominal abscess formation complicating perforated acute appendicitis are well known. However, localization of these abscesses to the iliopsoas muscle is rare and its diagnosis and treatment is usually problematic and delayed. In this article, we present a 59-year-old patient who was hospitalized with the complaint of right inguinal and lumbar pain, which has been going on for 10 days. Percutaneous abscess drainage failed after the diagnosis of iliopsoas abscess by abdominal tomography and MRI. Subsequently, the patient developed acute abdomen; He was diagnosed with retrocecal appendicitis on ultrasonography. Emergency laparotomy and retroperitoneal abscess drainage was performed. Perforated retrocecal appendicitis can sometimes occur with retroperitoneal abscess without causing abdominal pain. Therefore, in patients with symptoms suggestive of retroperitoneal infection, it is necessary to seriously suspect perforated appendicitis.

Keywords: Iliopsoas abscess, Acute abdomen, Retrocecal appendicitis

Yazışma Adresi: Mehmet Fatih EKİCİ, T. C. Sağlık Bakanlığı, KSBÜ Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Kütahya, Türkiye
Telefon: +905326016904 / 0274 2316660, Mail: mfatihekici@gmail.com

ORCID NO (Sırasıyla): 0000-0002-4004-7685, 0000-0002-1247-1139, 0000-0001-5379-2804, 0000-0002-9342-1706, 0000-0002-1216-0429, 0000-0003-2152-878X

Geliş tarihi: 24.07.2020

Kabul tarihi: 08.09.2020

DOI: 10.17517/ksutfd.794176

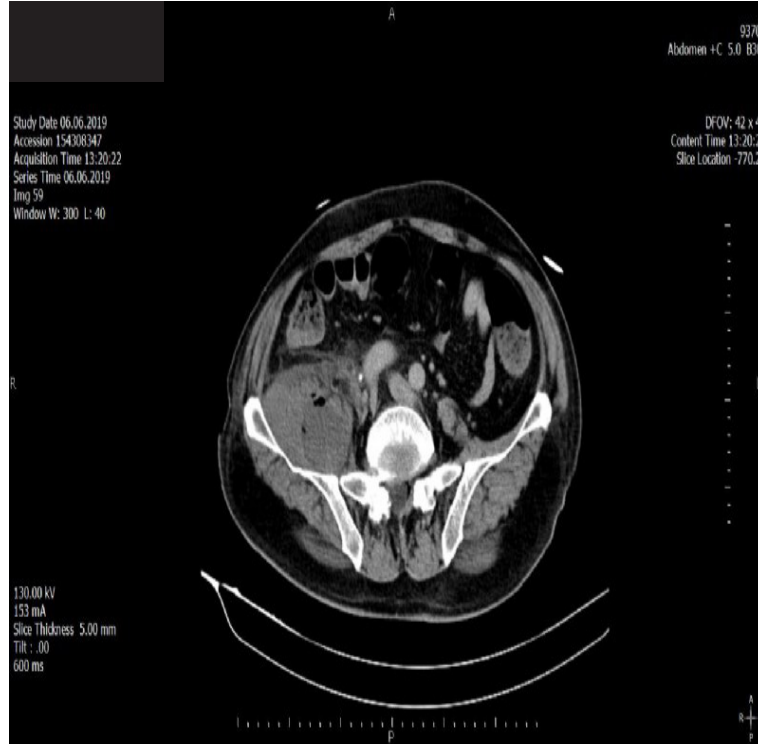
GİRİŞ

İliopsoas apsesi primer veya sekonder olarak sınıflandırılabilir. Primer iliopsoas apseleri, enfeksiyöz ajanın hematogen veya lenfatik yolla yayılması nedeniyle oluşur. Tüm vakaların yaklaşık % 30'u primer nedenlerle oluşur (1). İliopsoas apselerinde görüntüleme yöntemlerinden özellikle tomografinin tanıda katkısı yüksektir. Görüntüleme yöntemlerine rağmen apse kökeni bilinmeyebilir ve sadece intraoperatif dönemde tanısı konabilir. İliopsoas apselerinin önemli kısmı komşu organ (idrar yolları, gastrointestinal sistem, vb.) enfeksiyonuna sekonder gelişmektedir. Vakaların yarısından fazlasında atipik şikayetler ile klinik tablo oluşturur (2). Bu yüzden iliopsoas apselerini değerlendirirken özellikle retroçekal akut apandisit ile ilgili bulguların varlığı mutlaka sorgulanmalıdır. Akut apandisite sekonder psoas apselerinde mortalite oranı %19 olarak bildirilmiştir (3). Bu olguda iliopsoas apsesi ile prezente olan retroçekal perforate apandisit olgusunu sunmayı amaçladık.

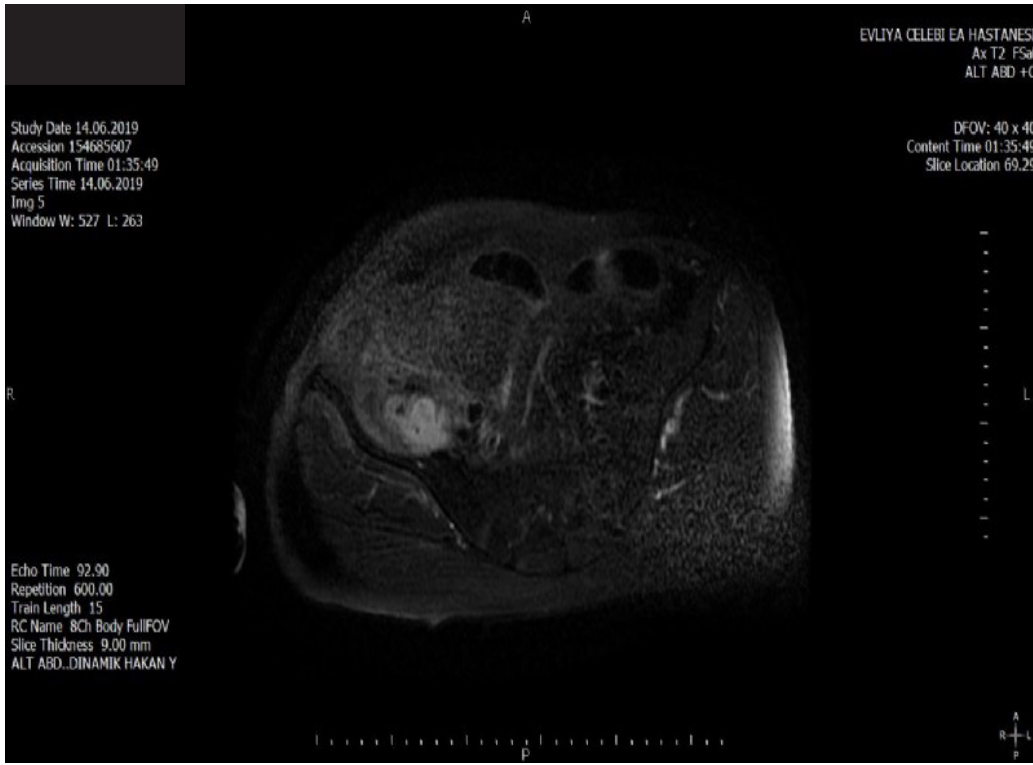
OLGU SUNUMU

59 yaşındaki erkek hasta yaklaşık 10 gündür devam eden sağ inguinal ve sağ gluteal bölgedeki ağrısı nedeniyle acil servise başvurdu. Hipertansiyon dışında ek hastalığı bulunmayan hastanın sağ inguinal ve gluteal bölgede hipermisi, hassasiyeti mevcuttu, defans, rebound tespit edilmedi, barsak sesleri doğaldı, akut batın tablosu yoktu. Ateş 38.5 ° C ölçüldü. Kan tetkiklerinde lökosit: 16650/mm³ ve CRP:

437.40 mg/L idi. Tam idrar tahlilinde sadece lökosit yoğunluğu mevcuttu. Hastaya kontrastlı tüm batın tomografi ve kontrastlı alt batın MR çekildi. Tüm batın tomografisinde sağda psoas kası içerisinde transvers çapları 6x5 cm ölçülen içerisinde apse düşündürülen hava dansitelerinin izlendiği kalın duvarlı koleksiyon mevcuttu (**Resim 1A**), intraperitoneal patoloji (akut apandisit) raporlanmadı. MR'da ise sağ iliopsoas kasında T1 ağırlıklı serilerde hipointens, T2 ağırlıklı serilerde hiperintens apse ile uyumlu görünümün olması (**Resim 1B**) üzerine interne edildi. İmipenem monohidrat ve klindamisin fosfat antibiyoterapileri başlandı ve aynı gün girişimsel radyoloji tarafından drenaj katateriyle apse koleksiyonu drene edildi ancak yoğun koleksiyon nedeni ile işlem başarılı olmadı, ponksiyonla 80 cc civarı pürülan materyal aspire edildi. Kültür antibiyogram çalışıldı, ancak kültür sonuçları sonuçlanmadan hastanın takibi esnasında hastaneye yatışının 2. gününde karın ağrısı gelişti. Yapılan kontrol karın muayenesinde sağ alt kadranda defans ve rebound pozitif olarak değerlendirildi. Kontrol ultrasonografisinde appendiks retroçekal görünümde idi ve appendiks çapı yaklaşık olarak 9 mm ve çevre dokularda kirlilik görüldü. Orta hat insizyon ile batına girildi, sağ alt kadranda retroçekal apandisit hali ve retroperitoneal yapışıklıklar ile retroperitoneal apse odağı mevcuttu, appendektomi ve iliopsoas apse drenajı yapıldı. Takiplerinde ultrasonografi ile apse koleksiyonunun gerilemesi tespit edildi. Postoperatif 23. günde komplikasyonsuz taburcu edildi.



Resim 1A. Aksiyel tomografi kesitinde sağ psoas kası içerisinde 60x50 mm boyutlarında hava dansiteleri içeren apse formasyonu ve kas anterior komşuluğundaki yağ planlarında inflamasyon lehine dansite artışları izlenmektedir.



Resim 1B. Yağ baskılı aksiyel MR T1AG'de sağ psoas kasında apse formasyonu ve kas fasyasında lineer kontrastlanmalar izlenmektedir.

TARTIŞMA

Apendisit, yetişkinlerde ve çocuklarda görülen en sık akut batın nedenidir. Erkeklerde insidans % 8.6 iken kadınlarda % 6.7'dir (4). Apendisit en sık görülen komplikasyonu ise perforasyondur. İntraperitoneal apse, ileus, peritonit ve sepsis komplikasyonları arasındadır (4). Akut apandisit nadir olarak görülen bir komplikasyonu olan iliopsoas apsesi ise genellikle komşu yapılardan lokal enfeksiyona veya enflematuar sürece sekonder olarak ortaya çıkabilir (5). Akut apandisit, divertikülit, Crohn hastalığı, kolorektal karsinom ve rektal travma gibi bazı durumlar sekonder iliopsoas absesine neden olabilir (6). Günümüzde primer iliopsoas absesi ise özellikle immün yetmezliği (AIDS, alkolikler), Diabetes Mellitus, ileri yaşlı, Pott hastalığı olan hastalarda teşhis edilmektedir ve en sık görülen ana patojen etken Staphylococcus aureus'dur (7,8). Primer iliopsoas apsesi hastalarında uygun tedavi ile daha iyi prognoz göstermekle beraber mortalite %2,5-18,9 civarında bildirilmiştir (8). İliopsoas apselerinin gastrointestinal sistemden kaynaklı etyolojik nedenleri arasında 1. sırada Crohn hastalığı (%60) 2. sırada ise apandisit (%16) gelir (2). İliopsoas apsesi inguinal, gluteal ve lomber ağrıya, ısı artışına ve kızarıklığa neden olabilir. Muayene bulgusu olarak ağrı olan bölgelerde palpasyonda hassasiyet olabilir (8). Akut apandisitte olduğu gibi iliopsoas apselerinde de lökosit ve C-reaktif protein yüksekliği olabilir. İliopsoas apselerinin görüntüleme yöntemi olarak tomografi ve MR tanı koydurucudur. Tomografi görüntülemesinde en yaygın

bulgu: apse odağını alanı içeren ipsilateral psoas kasının genişlemesidir (9). Otowa ve arkadaşlarının çalışmasında iliopsoas apsesi bulunan akut apandisit hastasında laparoskopik yaklaşım ile apandektomi ve drenaj vakası belirtilmekle beraber cerrahi yaklaşımda önemli olan genel kural enfeksiyon sebebinin ortadan kaldırılması ve apsenin yeterli drenajının sağlanmasıdır (3). Bizim vakamızda ilk başvuruda iliopsoas apsesine yapılan minimal invazif drenaj işlemine rağmen enfeksiyon kaynağına yönelik kesin tanı gecikme nedeni ile geniş spektrum antibiyoterapiye rağmen klinikte değişikliğe sebep olmamıştır. Kontrol ultrasonografide retroçekal perforasyon apandisit şüphelenilmiş ve laparotomi ile apandektomi ve drenaj ile tedavide yol alınabilmiştir.

Sonuç olarak; iliopsoas apsesi yaygın görülmeyen genellikle başka hastalıklara sekonder oluşan ve kliniği ile başka hastalıklarla karışabilen nadir bir patolojidir. Her zaman ayırıcının tanıda akılda tutulması anamnez ve fizik muayene ile birlikte görüntüleme yöntemlerinin değerlendirilerek ele alınması gerekmektedir. Komplike retroçekal apandisit olgularında iliopsoas apselerinin nadir de olsa gelişebileceği ve ilk tanı iliopsoas apsesi şüphesi ile değerlendirilen hastalarda mutlaka retroçekal apandisit yönünden değerlendirme gerekebileceği akılda tutulmalıdır. İliopsoas apsesine yönelik tedavinin planlanmasının yanı sıra enfeksiyon kaynağının değerlendirilerek netleştirilmesi mortalite ve morbiditede düşüş sağlayacaktır.

Çıkar Çatışması ve Finansman Beyanı: Bu çalışmada çıkar çatışması yoktur. Finansman desteği alınmamıştır.

Araştırmacıların Katkı Oranı Beyan Özeti: Yazarlar makaleye eşit katkı sağlamış olduklarını beyan ederler.

KAYNAKLAR

1. Shields D, Robinson P, Crowley TP. Iliopsoas abscess –A review and update on the literature. *Int J Surg* 2012;10(9):466-9
2. Mahmoudi A, Abdelali M. Un abcès du psoas compliquant une appendicite aiguë [A psoas abscess complicating acute appendicitis. *Pan Afr Med J.* 2015; 22:231.
3. Otowa Y, Sumi Y, Kanaji S, Kanemitsu K, Yamashita K, Imanishi T, Nakamura T, et.al. Appendicitis with psoas abscess successfully treated by laparoscopic surgery. *World J Gastroenterol* 2014; 20(25): 8317-8319.
4. Snyder MJ, Guthrie M, Cagle S. Acute Appendicitis: Efficient Diagnosis and Management. *Am Fam Physician.* 2018;98(1):25-33.
5. Petrovic I, Pecin I, Prutki M, et al. Thigh abscess as an extension of psoas abscess: the first manifestation of perforated appendiceal adenocarcinoma: case report. *Wien Klin Wochenschr.* 2015;127(15-16):645-648.
6. Choi SB, Han HJ, Kim WB, Song TJ, Choi SY. A case of a recurrent iliopsoas abscess masking a complicated appendicitis successfully treated by a laparoscopic approach. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2010;20(2):e69-e72.
7. Park JS, Jeong JH, Lee JI, Lee JH, Park JK, Moon HJ. Accuracies of diagnostic methods for acute appendicitis. *Am Surg.* 2013;79:101–106.
8. Miller ELC, Miller LFF, Carvalho JG, Marsillac A, Pires L, Babinski MA, et al. Psoas muscle abscess simulating acute appendicitis: A case report. *Int J Surg Case Reports* 2016;25: 139-142
9. Jeffrey RB, Callen PW, Federle MP. Computed tomography of psoas abscesses. *J Comput Assist Tomogr.* 1980;4(5):639–41.