

OLGU SUNUMU

CBU-SBED, 2016, 2(5):153-156

## Çocuklarda Ateş Yüksekliğinin Nadir Bir Sebebi: Psoas Absesi

Arzu Şencan<sup>1</sup>, Gizem Özdemir<sup>1</sup>

Yayınlanma: 31.03.2016

<sup>1</sup>Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği

\*Sorumlu Yazar: Arzu Şencan, e-mail: arzusencan71@yahoo.com.tr

### Özet

Psoas absesi infant ve çocuklarda nadir görülen, şüphelenilmediği takdirde tanısı geç konan bir durumdur. Oluş mekanizmasına göre primer ve sekonder olarak sınıflandırılır. Spesifik bir başvuru semptomu yoktur. Tanı ve tedavideki gecikmeler morbidite ve mortaliteye yol açmaktadır. Bu çalışmada; odağı bilinmeyen ateş yüksekliği nedeniyle 10 gün dış merkezde ampirik antibiyotik tedavisi verilen, şikayetinin geçmemesi nedeniyle hastanemize yönlendirilen, çekilen ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografide psoas absesi saptanıp USG eşliğinde perkütan drenaj uygulanan, uygun antibiyoterapi ile birlikte başarılı bir şekilde tedavi edilen 17 aylık kız hasta sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** psoas absesi, çocuk, ateş

### Abstract

Psoas abscess is an uncommon condition in infants and children. If not suspected, its diagnose is delayed. It is described as primary and secondary abscess according to the pathogenesis. The presenting symptoms are nonspecific. Delay in the diagnosis and treatment leads to significant morbidity and mortality. In this study, a 17-month old female patient who had been treated with ampicillin antibiotic therapy for 10 days for fever of unknown origin in another hospital and who had been referred to our institution due to the persistence of her symptoms has been presented. Psoas abscess was diagnosed on ultrasonography and computer tomography. She was successfully treated with prompt ultrasonography-guided percutaneous drainage and antibiotic therapy.

**Keywords:** psoas abscess, child, fever

### Giriş

Psoas absesi nadir görülen, şüphelenilmediği takdirde tanısı geç konan bir durumdur. Oluş mekanizmasına göre primer ve sekonder olarak sınıflandırılır. Primer psoas absesi, uzak bir odaktan mikroorganizmaların hematogen veya lenfatik yolla yayılması sonucu meydana gelir (1-3). Primer psoas absesi tropikal bölgelerde ve gelişmekte olan ülkelerde, çocuk ve genç erişkinlerde daha sık görülen tiptir (1,2,4). Etken sıklıkla tek bir mikroorganizmadır (5). En sık bakteriyel ajan *Staphylococcus aureus*'tür. Sekonder psoas absesi ise komşu organlardan direkt yayılım sonucu gelişir. Monomikrobial ya da polimikrobial olabilir (2). Ultrasonografi (USG) ve Bilgisayarlı Tomografi (BT) ile tanısı kolaylıkla konulabilir. Uygun antibiyoterapi ve drenaj ile tedavi edilmesi mümkün olan psoas absesi, tanıda gecikmeye bağlı olarak mortalite ile de sonuçlanabilir.

Bu çalışmada; odağı bilinmeyen ateş yüksekliği nedeniyle 10 gün dış merkezde ampirik antibiyotik tedavisi verilen, şikayetinin geçmemesi nedeniyle hastanemize yönlendirilen, çekilen ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografide psoas absesi saptanıp USG eşliğinde perkütan drenaj uygulanan, abses kültüründe *Pseudomonas aeruginosa* ve *Enterococcus avium* üreyen 17 aylık kız hasta sunulmuştur.

### Olgu

Ateş yüksekliği nedeniyle dış merkezde 3 gün ayaktan, şikayetin devam etmesi nedeniyle 7 gün de yatarak intramusküler antibiyotik (Seftriakson) tedavisi alan hasta ateş yüksekliğinin devam etmesi üzerine hastanemize yönlendirildi ve yatırıldı. Daha öncesinde hiçbir yakınması olmayan hastanın çiğ süt ile yapılan peynir yeme öyküsü dışında özgeçmişinde belirgin özellik, geçirilmiş travma ya da hastalık öyküsü yoktu. Soygeçmişinde tüberküloz ya da enflamatuar barsak hastalığı olmadığı ifade edildi. Fizik muayenede batin normal bombelikte ve solunuma katılıyordu. Karın cildinde renk değişikliği yoktu. Sağ alt kadranda minimal hassasiyet dışında defans ya da ele gelen kitle yoktu. Barsak sesleri olağandı. Rutin laboratuvar incelemesinde Hb: 9,8 g/dL, WBC: 23.160/uL (nötrofil: %70, lenfosit: %26, monosit: %4), PLT: 557.700 u/L, MCV: 72,5, sedimentasyon: 62 mm/saat, CRP: 8,78 mg/dL idi. Tam idrar tetkikinde özellik yoktu. *Salmonella* ve *Brucella*'ya yönelik yapılan serolojik inceleme negatifti. Viral serolojik incelemede EBV, VCA IgG ve EBV EBNA IgG pozitifliği dışında diğer sonuçlar negatif saptandı. Hepatit ve tetanoz aşı yanıtları pozitif. İmmün yetmezlik açısından bakılan Ig A, Ig M, Ig G, C3, C4 değerleri normaldi. Alınan kan kültür antibiyogramda üreme olmadı. Çekilen PA akciğer grafisi olağandı. Batin USG'de; sağda retroçekal alanda psoas kası üzerinde devamlılık gösteren 50x25 mm boyutlarında yoğun içerikli koleksiyon saptandı. Batin BT'de sağ psoas kası

lokalisasyonunda, sağ böbrek alt pol komşuluğundan başlayarak pelviste iliakus kası komşuluğunda devamlılık gösteren, multiloküle, kalın duvarlı, lobüle konturlu, duvar kontrastlanması gösteren, yaklaşık 50x45x55 mm boyutunda yoğun içerikli sıvı dansitesinde abse formasyonu ile uyumlu görünüm izlendi (Resim).



Resim 1: Sağ psoas absesinin Bilgisayarlı Tomografi görüntüsü

Olguya Vankomisin antibiyoterapisi başlandı. Ancak ilaca alerjik reaksiyon gelişmesi nedeniyle tedavisi Teikoplanin, Klindamisin ve Ertapenem olarak değiştirildi. Hastaya Girişimsel Radyoloji tarafınca USG eşliğinde perkütan drenaj uygulandı. Aspire edilen abse kültür antibiogramda Pseudomonas aeruginosa ve Enterococcus avium saptandı. Antibiyotik tedavisine kültür antibiyograma uygun olarak Klindamisin ve Piperacilin-Tazobactam ile devam edildi. 18 gün drenaj kateteri ve antibiyotik tedavisi ile izlenen hastanın kontrol USG'de; sağda psoas kası içerisindeki loküle sıvı koleksiyonu geriledi. Batın içinde patolojik bulgu saptanmadı. Kateter çekilerek antibiyotik tedavisi ile 1 hafta daha izlenen hastanın takibinde sorun görülmedi. Oral beslenmesi iyi, defekasyon paterni normal olan hasta izlemin 25. gününde şifa ile taburcu edildi. Hastanın 4 aydır devam eden takibinde herhangi bir sekel ya da relaps görülmedi.

### Tartışma

Psoas absesi, iliopsoas kas kompartmanı içinde abse koleksiyonu ile seyreden, infant ve küçük çocuklarda nadir görülen bir durumdur (6,7). Psoas kası, 12. torasik ve 5. lomber vertebra arasındaki vertebral cisimlerin laterali ve transvers çıkıntılarında başlayıp, pelvise doğru ilerleyerek inguinal ligamanı geçer. İliak kas ile birleşerek femurun trokanter minor'una yapışır. İliopsoas kası kalçanın ana fleksör kasıdır.

Psoas absesi oluş mekanizmasına göre primer ve sekonder olmak üzere 2'ye ayrılır. Uzak ve belki de gizli bir odaktan hematogen ya da lenfatik yolla gelişen primer psoas absesi çocuk ve genç erişkinlerde daha sık görülür (1-3). Risk faktörleri arasında diabetes mellitus, intravenöz ilaç kullanımı, insan immun yetmezlik virüs (HIV) enfeksiyonu, renal yetmezlik, immün yetmezlik, travma ve hematoma yer alır (6,1,2). Tropikal bölgelerde ve gelişmekte olan ülkelerde daha sık görülür. Asya ve Afrika'da görülen psoas abselerinin %99'u primer iken,

Avrupa ve Kuzey Amerika'da bu oran %17-61'dir (2). Psoas kası vertebral cisimler, abdominal aorta, sigmoid kolon, apendix, kalça eklemi, genitoüriner sistem ve iliak lenf nodları gibi birtakım önemli anatomik yapılara yakın komşuluk gösterir (1,8). Sekonder psoas absesi, bu komşu organlardan enfeksiyon ajanının direkt yayılımı ile ya da inguinal ve kalça eklemi bölgesi ile omurilik lomber bölgesine travma ve girişimsel işlem sonrasında meydana gelir (8,9). Epidural kateter takılması sonrası gelişen vertebral osteomyelite bağlı psoas absesi bildirilmiştir (10). Crohn hastalığında psoas absesi gelişme insidansı da %0.4 ile 4.3 arasında rapor edilmiştir. Ayrıca apandisit, ülseratif kolit, kolorektal kanser ve abdominal cerrahi sonrasında da psoas absesi gelişebilmektedir (1,2,4,11). Enfekte aort anevrizma rüptürü olan hastalarda psoas absesi görülebilir (12,13). Bunun yanı sıra renal cerrahi, ekstrakorporeal şok dalga litotripsi ve nefrektomi gibi genitoüriner sistemi ilgilendiren girişimlerden sonra da psoas absesi gelişebilir (14). Sunulan primer psoas absesi olgusunda herhangi bir enfeksiyon odağı saptanmamıştır ve predispozan bir risk faktörü mevcut değildir.

Psoas absesi erkeklerde kızlara kıyasla daha sık görülür. Ortalama görülme yaşı gelişmiş ülkelerde 44 ila 58 yıl iken, gelişmekte olan ülkelerde 20 yaş öncesinde daha sık görülmektedir (2,4). İnfant ve küçük çocuklarda görülmesi nadirdir (7). Ancak literatürde neonatal dönemde görülmüş olgular bildirilmiştir (15). Sağ ve sol tarafta görülme sıklığı eşittir. Klinik bulguları değişkenlik gösterir. Alt kadranda, sırtta ya da lomber bölgede ağrı, ateş, inguinal bölgede kitle, iştahsızlık ve kilo kaybı görülebilir (6,1,2,4). Kalça eklem hareketlerinde kısıtlılık ve ağrı olabilir. Ateş yüksekliği olguların %75 gibi yüksek bir kısmında görülür. Sunulan olguda hastanın tek başvuru şikayeti, literatürde de daha önce belirtildiği gibi (14,16), sebebi belli olmayan yüksek ateşti. Laboratuvar değerleri spesifik olmamakla birlikte lökositoz, CRP ve sedimentasyon yüksekliği görülür (3). Sunulan hastada da akut faz reaktanları yüksek olarak saptandı.

Primer psoas absesinde etken sıklıkla tek bir mikroorganizmadır (5). En sık bakteriyel ajan Staphylococcus aureus'dur. Literatürde olguların %88'inde etkenin Staphylococcus aureus olduğu, bunu %4,9 ile Streptococcus ve %2,8 ile Escherichia coli'nin izlediği bildirilmiştir (2,4,11,17). Tüberkülozun sık görüldüğü bölgelerde Mycobacterium tuberculosis de psoas absesinin sık görülen etkenidir (6,1). Brusella spondilodiskitinin komplikasyonu olarak gelişen psoas absesi bildirilmiştir (17). Sekonder psoas absesinde etken mikroorganizma tek ya da birden fazla olabilir. Bakteriyel enfeksiyona bağlı gelişen psoas abselerinin bildirildiği bir çalışmada etkenin %55 oranında birden fazla olduğu, bunların %82'sini de enterik organizmaların oluşturduğu rapor edilmiştir (2). Bildirilen diğer enfeksiyon etkenleri; özellikle diabetli hastalarda Klebsiella pneumoniae (18), Streptococcus pneumoniae (19), Streptobacillus moniliformis (20), Salmonella (21) ve nadir de olsa Candida albicans'dır (5). Sunulan olgu primer psoas absesi olmasına rağmen abse kültüründe üreyen etken ajan birden fazladır.

Psoas absesinin tanısı klinik bulgulardan şüphelenilerek ve görüntüleme yöntemleri ile teyid edilerek konur. Nadir görülmesi ve spesifik semptomların olmaması nedeniyle tanı konması gecikebilir (4). Ultrasonografi, radyasyon riski olmayan, uygulaması kolay, ucuz bir yöntemdir. Ancak, psoas absesinde sensitivite ve spesifitesi düşüktür. Barsak gazı ve kemik pelvis nedeniyle özellikle küçük abselerin saptanması güç olabilir. Bilgisayarlı tomografi psoas absesini saptamada en iyi görüntüleme yöntemidir. USG ile birlikte yapıldığında sensitivitesi artar (16). Manyetik rezonans görüntüleme (MRI) ile yumuşak doku ve komşu yapılar, özellikle vertebral cisimler daha iyi görüntülenebilir. Bizim olgumuzda tanı USG ile konmuş, ardından çekilen BT ile de abse sınırları daha net tanımlanmıştır.

Psoas absesinin tedavisi, acil olarak uygun antibiyotik tedavisinin başlanması ve absenin drenajıdır. Parenteral yolla ampirik olarak başlanacak antibiyotik tedavisi *Staphylococcus aureus* ile aerob ve anaerob enterik organizmalara karşı etkili olmalıdır. Kültür antibiogram sonucuna göre de etkene yönelik tedavi düzenlenmelidir. Drenaj, perkutan ya da cerrahi yolla yapılır. Bizim olgumuzda da USG eşliğinde perkutan drenaj uygulanmış, abse lojuna kateter yerleştirilmiştir. Kateter 18 gün serbest drenajda izlenmiş, abse drenajı sona erince ve USG'de psoas bölgesinde herhangi bir koleksiyon gözlenmeyince çekilmiştir. Perkütan drenajın başarısız olduğu multiloküle abselerde, ya da komşu organların cerrahi müdahale gerektirdiği durumlarda cerrahi drenaj uygulanır (1,2,6). Cerrahi drenaj açık cerrahi ile ya da laparoskopik yolla yapılabilir (22).

Psoas absesinin morbidite ve mortalitesi, tanının konmadığı, tedavinin geciktiği ve yetersiz olduğu durumlarda oldukça yüksektir (6). Antibiyotik tedavisi ya da drenajın yetersiz olduğu durumlarda rekürrens görülebilir (5). Bizim olgumuz 25 günlük ajana yönelik antibiyoterapi ve 18 günlük drenaj sonrasında klinik ve radyolojik olarak tamamen iyileşmiş, 4 aylık izlem boyunca herhangi bir sorun yaşamamıştır.

### Sonuç

Tanı ve tedavideki gecikme mortalite ve morbiditeye yol açabileceğinden, çocuklarda kaynağı saptanamayan ateş yüksekliği durumunda psoas absesi mutlaka akılda tutulmalıdır. USG ve BT ile tanısı konabilen bu durum, uygun antibiyotik ve perkütan drenaj ile başarılı bir şekilde tedavi edilebilmektedir.

## Kaynaklar

1. Mückley T, Schütz T, Kirschner M, Potulski M, Hofmann G, Bühren V. Psoas abscess: the spine as a primary source of infection. *Spine*.2003; 28:106-113.
2. Ricci MA, Rose FB, Meyer KK. Pyogenic psoas abscess: worldwide variations in etiology. *World J Surg*.1986;10:834-843.
3. Santaella RO, Fishman EK, Lipsett PA. Primary vs secondary iliopsoas abscess. Presentation, microbiology, and treatment. *ArchSurg*. 1995; 130:1309-1313.
4. NavarroLópez V, Ramos JM, Meseguer V, et al. Microbiology and outcome of iliopsoas abscess in 124 patients. *Medicine*. 2009; 88:120-130.
5. Lin MF, Lau YJ, Hu BS, Shi ZY, Lin YH. Pyogenic psoas abscess: analysis of 27 cases. *J Microbiol Immunol Infect*. 1999; 32:261-268.
6. Mallick IH, Thoufeeq MH, Rajendran TP. Iliopsoas abscesses. *Postgrad Med J*. 2004; 80:459-462.
7. Kleiner O, Cohen Z, Barki Y, Mares AJ. Unusual presentation of psoas abscess in a child. *J Pediatr Surg*. 2001;36:1859-1860.
8. Buttaro M, GonzálezDellaValle A, Piccaluga F. Psoas abscess associated with infected total hip arthroplasty. *J Arthroplasty*. 2002; 17:230-234.
9. Lin SS, Vaccaro AR, Reisch S, Devine M, Cotler JM. Low-velocity gunshot wounds to the spine with an associated transperitoneal injury. *J Spinal Disord*.1995; 8:136-144.
10. Maron R, Levine D, Dobbs TE, Geisler WM. Two cases of pott disease associated with bilateral psoas abscesses: case report. *Spine* .2006; 31:561-564.
11. Yacoub WN, Sohn HJ, Chan S, et al. Psoas abscess rarely requires surgical intervention. *Am J Surg* 2008; 196:223-227.
12. Hsu RB, Lin FY. Psoas abscess in patients with an infected aortic aneurysm. *J Vasc Surg*. 2007; 46:230-235.
13. Inufusa A, Mikawa Y, Morita I, Fujiwara T. Ruptured abdominal aortic aneurysm associated with a psoas abscess. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2002; 122:306-307.
14. Lee YT, Lee CM, Su SC, Liu CP, Wang TE. Psoas abscess: a 10 year review. *J Microbiol Immunol Infect*. 1999; 32:40-46.
15. Sham M, Singh D. Neonatal ilio-psoas abscess: Report of two cases. *Journal of Neonatal Surgery*. 2014;3:4-6.
16. Huang JJ, Ruaan MK, Lan RR, Wang MC. Acute pyogenic iliopsoas abscess in Taiwan: clinical features, diagnosis, treatments and outcome. *J Infect*. 2000;40:248-255.
17. Ulu-Kilic A, Karakas A, Erdem H, et al. Update on treatment options for spinal brucellosis. *Clin Microbiol Infect*.2014; 20:75-82.
18. Chang CM, Ko WC, Lee HC, Chen YM, Chuang YC. Klebsiella pneumoniae psoas abscess: predominance in diabetic patients and grave prognosis in gas-forming cases. *J Microbiol Immunol Infect*. 2001; 34:201-206.
19. Giladi M, Sada MJ, Spotkov J, Bayer AS. Pneumococcal psoas abscess: report of a case and review of the world literature. *Isr J MedSci*. 1996; 32:771-774.
20. Dubois D, Robin F, Bouvier D, et al. Streptobacillus moniliformis as the causative agent in spondylodiscitis and psoas abscess after rooster scratches. *J Clin Microbiol*. 2008; 46:2820-2821.
21. Heyd J, Meallem R, Schlesinger Y, et al. Clinical characteristics of patients with psoas abscess due to non-typhi Salmonella. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2003; 22:770-773.
22. Katara AN, Shah RS, Bhandarkar DS, Unadkat RJ. Retroperitoneoscopic drainage of a psoas abscess. *J Pediatr Surg*. 2004;39:4-5.

<http://edergi.cbu.edu.tr/ojs/index.php/cbusbed> isimli yazarın CBU-SBED başlıklı eseri bu Creative Commons Alıntı-Gayriticari4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.

