

M. TUBERCULOSIS VE S. AUREUS İLE KOMBİNE GELİŞMİŞ PSOAS ABSESİNİN BİR KOMPLİKASYONU OLARAK STAFİLOKOK PNÖMONİSİ

STAPHYLOCOCCAL PNEUMONIA AS A COMPLICATION OF THE
PSOAS ABSCESS CAUSED BY M. TUBERCULOSIS AND S. AUREUS

Murat YÜZÜAK Gürkan ERTUĞRUL Ebru YILMAZ GÜNEŞ Filiz GÜLDAVAL
Sezen ŞENİRMAK ÖZDEN Yelda VATANSEVER Rifat ÖZACAR

İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

Anahtar sözcükler: Psoas absesi, M. tuberculosis, S. aureus

Key words: Psoas abscess, M. tuberculosis, S. Aureus

ÖZET

Gelişmiş ülkelerde nadir görülen psoas absesi, primer ve sekonder olarak sınıflandırılmaktadır. Sekonder psoas absesi Pott hastalığının bir komplikasyonu olarak görülürken, primer psoas absesinin en yaygın etkeni Staphylococcus aureus'tur. Artrit nedeniyle incelenirken, sepsis tablosu gelişen olgumuzda kan kültürü ile belirlenen stafilokok bakteriyemisine bağlı pnömoni gelişti. Psoas absesi drenaj örneğinde ise asidorezistan basil (ARB) pozitif bulunan olgumuzu Mycobacterium tuberculosis ve Staphylococcus aureus kombinasyonu ile gelişmiş bir psoas absesi olarak tanımladık.

GİRİŞ

Psoas absesi ender rastlanılan, genellikle tanısı zor ve geç konulan bir antidedir. Psoas absesi çocuklarda ve gençlerde daha sık, yaşlılarda daha seyrek görülmektedir. Psoas absesi primer ve sekonder olarak sınıflandırılır. Primer psoas absesinde etyoloji belli değildir, vücutta saptanamayan bir odakta mikroorganizmaların hematogen veya lenfogen yolla yayılması ile meydana

SUMMARY

The psoas muscle abscess is a relatively uncommon clinical entity in industrialized countries which is classified as primary or secondary. Staphylococcus aureus is the most commonly recovered pathogen in primary psoas abscess. Secondary psoas abscess occurs as a result of complicated Potts disease. Pneumonia caused by staphylococcus bacteremia and left psoas muscle abscess was diagnosed in a 18 year old male patient who manifested with sepsis under investigation for arthritis. The acid fast bacilli smear of the abscess drainage material was positive. We describe the case of a psoas abscess caused by the combination of Mycobacterium tuberculosis and Staphylococcus aureus.

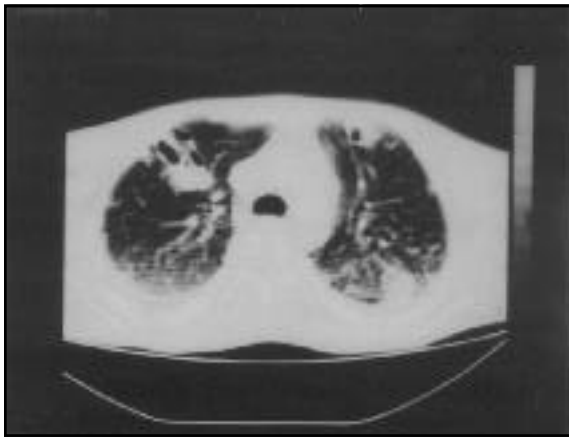
gelir. Primer psoas absesi olguların %80'inde etken S. aureus'tur. Psoas kası retroperitoneal organlar, gastrointestinal sistem ve iskelet sistemi ile yakın komşuluğundan dolayı bu sistemlerin enfeksiyöz hastalıklarında sekonder olarak olaya katılabilir. Sekonder psoas abseselerinde ilk sırayı Crohn hastalığı (%60) almaktadır. Eşlik eden diğer nedenler ise sırasıyla apandisit (%16), kolon hastalıkları (%11), (enflamasyonu,

ülseratif kolit, divertikülit ve tümörleri) disk enfeksiyonları ve osteomyelit (%10) perirenal enfeksiyonlar, pyonefroz, cerrahi girişim sonrası, yabancı cisim komplikasyonları ve tüberkülozdur. Geçmiş yıllarda Pott hastalığı önemli nedenlerden biri iken şimdi çok nadir görülmektedir. Bizde primer ve sekonder psoas absesine neden olan etkenlerle oluşmuş psoas abseli olgumuzun, bu hastalığa bağlı olarak gelişen pnömoni komplikasyonu ile klinik bulgu vermesi ve olgumuzun literatürde nadir olarak görülmesi nedeniyle sunmayı uygun bulduk.

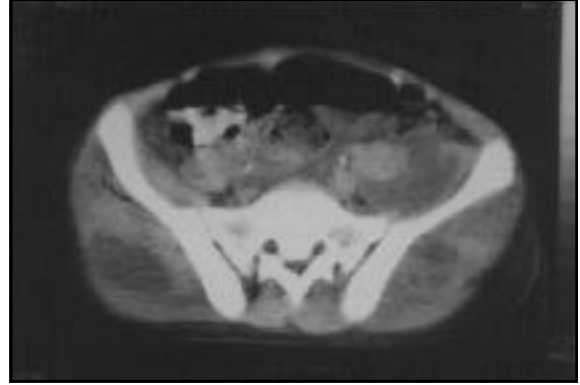
OLGU

18 yaşında erkek hasta, dört gündür eklemlerde yaygın ağrı, şişlik, ısı artışı ve hareket kısıtlılığı yakınmalarıyla başvurdu. Özgeçmişinde iki ay önce geçirilmiş üst solunum yolu enfeksiyonu dışında bir özellik yoktu. Fizik muayenede TA: 90/50 mmHg, nabız 120/dak, ateş 39.5°C, solunum sayısı 25/dakika, ayak sırtında ve ellerde gode bırakmayan ödem, proksimal falanjiyal eklemlerde ısı artışı, ağrı ve şişlik, her iki inguinal bölgede 1x1 cm boyutlarında ağrılı lenfadenopati mevcuttu. Diğer sistem bakıları olağandı.

Posteroanterior akciğer radyogramında sağda 3x4 cm boyutlarında kistik lezyon ve sol-



Resim 1.



Resim 2.



Resim 3.

da üst zonda heterojen dansite artışı mevcuttu. Toraks bilgisayarlı tomografi (BT) sinde bilateral üst ve alt loblarda içleri kaviteli konsolidasyon alanları mevcuttu (Resim 1). Batın BT' sinde pelviste solda iliopsoas kası içinden başlayarak pelvis içinden sol inguinal bölgeye uzanan abse ile uyumlu lezyon, bilateral gluteal bölgede ve sol spinoerektör kas içinde abse ile uyumlu lezyonlar mevcuttu (Resim 2).

Hastanın laboratuvar incelemelerinde; lökositoz mevcuttu ve sedimentasyonu 140 mm/saat idi. CRP, RF ve D-dimer değerleri normalin üstündeydi. Kreatinin 1.6 mg/dl, AST: 190 IU/L, ALT: 123 IU/L idi. Diğer tam kan ve biyokimyasal laboratuvar değerleri normaldi. Brucella grup aglütinasyon testleri,

AntidsDNA, ANCA negatif idi. Kan kültürlerinde Staphylococcus aureus üremesiyle Vankomisin ve Meropenem tedavisi başlandı. Bu sırada hastada DİC tablosu gelişti. Ekokardiyografik incelemesinde patoloji saptanmadı. Antibiyotik tedavisinin yirminci gününde hastanın kliniğinde ve toraks BT kontrolünde tedaviye yanıt izlendi (Resim 3). Batın BT' sindeki multipl abselerle uyumlu lezyonlarda değişiklik saptanmadı. Antibiyotik tedavisi yirmibeş gün uygulandı. Bu haliyle hastanın akciğerdeki lezyonları stafilkoksik pnömoni ile uyumlu bulundu. Ancak pelviste iliopsoas kası içinde ve inguinal bölgedeki abselerde regresyon izlenmemesi üzerine sol iliak bölgedeki abse formasyonundan ultrasonografi (USG) eşliğinde drenaj ile örnek alındı. Ortopedi kliniği ile konsülte edilerek cerrahi girişimle abse drenajı yapıldı ve iliak kanattan biyopsi örneği alındı. İliak kanat osteomyeliti saptandı. Drenaj materyalinin ARB bakısı pozitif olarak geldi. Nonspesifik kültürlerinde üreme saptanmadı. Hastaya dörtlü antitüberküloz tedavisi başlandı. Antitüberküloz tedavisi altı aya tamamlanan olguda kontrol bilgisayarlı tomografisinde abse ile uyumlu lezyonlarında belirgin regresyon izlendi.

Olgumuza medikal tedavi ve cerrahi drenaj uygulandı. Antitüberküloz tedavisi altı aya tamamlandı. Yapılan kontrollerinde yürümede hafif topallama dışında patoloji izlenmedi. Bu topallama iliak kanatta meydana gelen kronik osteomyelitin sekeli olarak değerlendirildi.

TARTIŞMA

Psoas kası retroperitoneal alanda toraksın alt kısmından başlayıp alt lomber vertebra ve femura kadar uzanır. Psoas kası abdominal lenf nodları, ince barsaklar ve medulla spinalisin komşuluğunda seyreder. Bu bölge zengin kan yatağına sahiptir. Psoas kasının anatomik özellikleri, hematojen ve lokal yayı-

lıma elverişli ortam yaratır ve psoas absesinin oluşumunu açıklayabilir. Sekonder psoas absesi bağırsaklar, böbrekler, vertebralar gibi komşu yapılardan enfeksiyon etkeninin direkt yayılımıyla meydana gelir. Gastrointestinal sistemden lokal yayılımla (örn: Crohn hastalığı) olabildiği gibi lomber vertebradaki M. tuberculosis enfeksiyonunun yayılımıyla da olabilir (1,2). Primer psoas abseli olguların %80'inde etken S. aureus'tur (3,4). Bunlara rağmen psoas absesi literatürde nadir olarak bildirilmiştir (5).

Psoas absesi yaşlılarda daha nadir oluşmaktadır. Primer psoas abseli olguların %83'ü otuz yaşın altında, sekonder psoas abseli olguların ise %40'ı kırk yaşın üstündedir (3). Kadınlarda erkeklerden daha sıktır (%73, %27). Vakaların %70'ini primer olgular oluşturmaktadır (5). Olgumuzda primer ve sekonder etkenlerle ortaya çıkmış multipl psoas absesi vardı.

Psoas absesinin klasik semptomları ateş, karın ağrısı, bel ağrısı ve topallayarak yürümedir. İştahsızlık, titreme, kilo kaybı, kitle ve şişkinlik eşlik edebilir. Lökositoz, anemi ve yüksek sedimantasyon başlıca laboratuvar bulgularıdır. Tanı için genellikle ultrasonografi (USG) veya batın BT yeterli olmaktadır. BT'nin pahalı ve her zaman mümkün olmayacağı varsayılırsa psoas absesi düşünülen olgularda öncelikle USG önerilmektedir. Psoas absesinin değişken ve kendine özgü olmayan kliniğinin yanı sıra nadir görülen bir durum olması özellikle acil polikliniklerde kolaylıkla yanlış tanıya veya tanıda gecikmeye neden olmaktadır. Kaynağı saptanamayan sepsis ve uzayan ateşli olgularda abdominal solid organlarla beraber peritoneal kavite ve retroperitoneal alan da USG ile incelenmelidir (6). Ancak USG ile sonuç alınamıyor ve şüphe hala devam ediyorsa batın BT çektirilebilir. Olguların %95 ile 100'ünde USG ve batın BT tanı için yeterli olmaktadır.

Literatürdeki pek çok raporda iliak kanat osteomyelit oluşumu Pott hastalığının bir komplikasyonu olarak bildirilmiştir (4,7). Alternatif bir açıklama ise primer M. tuberculosis'e bağlı olarak hematojen yayılımla iliak kanatın tutulumu ve komşuluğunda psoas absesi gelişmesidir. Cerrahi drenajlar sonrası psoas absesinin yaygın olarak görülmesi ve iliak kanat osteomyelitinin nadir tutulumu bunu desteklemektedir. Bizim olgumuzda Pott hastalığı olmaksızın iliak kanatta osteomyelit mevcuttu. M. tuberculosis'e bağlı gelişen kronik osteomyelit sonrası oluşan osteosklerotik süreç S. aureus enfeksiyonuna yatkınlık yaratır. Psoas absesi ise öncelikle M. tuberculosis'e bağlı oluşur ve ardından S. aureus'a bağlı süperenfeksiyon oluşur (8,9). S. aureus bakteriyemisinde deri ve mukozalardaki yara veya cilt lezyonları gibi açıklıklardan direk yayılım önemlidir. Etken kan yoluyla akciğerler ve tüm organlara yayılır. Hedef organlarda enfeksiyona neden olur (pnömoni, endokardit vs.) (10). Tanı ve tedavide gecikme hastanın sepsise girmesine ve hastanın ölümüne yol açabilir (3).

Bizim olgumuz hastaneye başvurusunda klinik ve laboratuvar bulgularıyla sepsis tablosundaydı. Çekilen batin BT'de retroperitoneal alanda ve psoas kasında multiloküle abse odaklarının saptanması ve kan kültürlerinde S. aureus üremesi primer psoas absesini ve buna bağlı olarak gelişen sepsisi düşündürdü. Toraks BT'de akciğerlerde multipl yamalı ve kaviter görünümünün saptanması sepsis sırasında hematojen yayılımla gelişen stafilkok pnömonisini akla getirdi.

Alt abdominal veya ekstraparitoneal yaklaşımla abse drenajı daha çok sekonder vakalarda kullanılmasına rağmen primer olgularda da uygulanabilir. Yalnızca antibiyotik tedavisi ile iyileşen vakalar da bildirilmiştir (1,11). USG ya da BT eşliğinde perkütan abse drenajı ile birlikte antibiyoterapi primer psoas abselerinde en çok tercih edilen tedavi yöntemidir. M. tuberculosis'e bağlı psoas absesinin tedavisinde medikal tedavinin uygulanması tedavinin başarılı olabilmesi için şarttır (2). Olgumuza 25 gün stafilkoklara etkin antibiyotik tedavisi uygulanmış ve pnömonide düzelme saptanmıştır. Buna karşın psoas kasındaki abselerde düzelme izlenmedi. USG eşliğinde abse drenajında ARB pozitifliği saptanmasıyla antitüberküloz tedavisi başlandı ve cerrahi drenaj uygulandı.

Zamanında başlanılan uygun tedavi ile prognoz oldukça iyi olmasına rağmen geciken ve yanlış tanılar ile mortalite oranı yükselmekte ve abse drenajı yapılmayan vakalarda %100'e ulaşmaktadır. Daha iyi prognoza sahip olan primer vakalarda mortalite oranı %2.4'tür. Sekonder vakalarda ise %18.9'dur. Tanı ve tedavide gecikilen vakalar da ölüm nedeni çoğunlukla sepsistir (3).

Psoas absesinde olduğu gibi yumuşak doku enfeksiyonlarının birden fazla patojenle oluşabilir. Bu hastalarda sepsis oluşabilir ve komplikasyon olarak diğer organlar da enfeksiyona eşlik edebilir. Özellikle uygun girişim ve medikal tedaviye rağmen sonuç alınamayan olgularda eklemlerin ve kemiklerinde (sakroileit, septik artrit gibi) olaya katılabilirliği akla getirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Thomas A, Albert AS, Bhat S, Sunil KL. Primary psoas abscess-diagnostic and therapeutic considerations. Br J Urol 1996; 78: 358-60.
2. Harrigan R, Kauffman F, Love M. tuberculous psoas abscess. J Emerg Med 1995; 13: 493-8.
3. Ricci MA, Rose FB, Meyer KK. Pyogenic psoas abscess: worldwide variation in etiology. World J Surg 1986; 10: 834-6.
4. Taiwo B. Psoas abscess: A primer for the internist: Case Report. South Med J 2001; 94: 78-80.

5. Gruenwald I, Abrahamson J, Cohen O. Psoas abscess: Case report and review of the literature. *J Urol* 1992; 147: 1624-6.
6. Chern CH, Hu SC, Kao WF, Tsai J, Yen D, Lee CH. Psoas abscess: making an early diagnosis in the ED. *Am J Emer Med* 1997; 15: 83-8.
7. Huang Y. Tuberculous muscle abscess: an unusual presentation of tuberculosis. *Am J Med* 1990; 88: 57-9.
8. Sinnott J, Cancio M, Frankle M, et al. Tuberculous osteomyelitis masked by concomitant staphylococcal infection. *Arch Intern Med* 1990; 150: 1865-7.
9. Quereda C, Guerrero A, et al. Concomitant tuberculous and staphylococcal osteomyelitis. *Am J Med* 1991; 151: 2314.
10. Numanoglu N. Solunum Sistemi ve Hastaliklari. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayinlari. Ankara, 1997: 256-7.
11. Navarro V, Meseguer V, Fernandez A, Medrano F, Saez JA, Puras A. Psoas muscle abscess. Description of a series of 19 cases. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1998; 16: 118-22.

Yazisma Adresi:

Dr. Murat YÜZÜAK
Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
35110 Yenisehir/İZMİR
Tel: 433 33 33/403
E-mail: dr_muratyuzuak@hotmail.com
