

BRUSELLOZA SEKONDER PRİMER PSOAS ABSESİ: NADİR BİR OLGU

Primary Psoas Abscess Due To Brucella: A Rare Case

Semra DEMİRLİ ATICI (0000-0002-8287-067X), Can ARICAN (0000-0002-0633-6141), Emran Kuzey AVCI (0000-0002-9221-4959), Murat AKALIN (0000-0002-2518-9677), Bülent ÇALIK (0000-0002-9054-1446), Gökhan AKBULUT (0000-0002-3924-5342)

ÖZET

Primer psoas absesi nadir görülen bir durum olup etyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Hastalar genellikle karın ağrısı, yan ağrısı, halsizlik, ateş yüksekliği, terleme, kilo kaybı, topallayarak yürüme, bel ve bacak ağrısı şikayetleri ile başvurmaktadır. Alınan abses kültürlerinde etken olarak çeşitli mikroorganizmalar saptanabilmektedir. Sıklıkla tedavide antibiyotik ile kombine girişimsel radyoloji eşliğinde drenaj uygulanmakta, çok nadir de cerrahi operasyon gerekliliği doğabilmektedir.

Anahtar kelimeler: Psoas absesi; Perkütan drenaj; Brucella

ABSTRACT

Primary psoas abscess is a rare disease which the etiology is not clear. Generally patients were applied different symptoms such as abdominal pain, back pain, weakness, fever, sweating, weight loss, limp walking, waist and leg pain. Various microorganisms can be detected in the abscess cultures. In most cases, treatment with antibiotics combined with interventional radiology and drainage is performed, and rarely the necessity of surgical operation may occur.

Keywords: Psoas abscess; Percutan drainage; Brucella

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

Semra DEMİRLİ ATICI, Dr.
Can ARICAN, Dr.
Emran Kuzey AVCI, Dr.
Murat AKALIN, Dr.
Bülent ÇALIK, Dr.
Gökhan AKBULUT, Prof. Dr.

İletişim:

Op. Dr. Semra DEMİRLİ ATICI,
S.B.Ü. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Güney Mahallesi, 1140/1.
Sk. No:1, 35180 Yenışehir/Konak/İzmir
Tel: +905363624585
e-mail:
smrdemirli@hotmail.com

Geliş tarihi/Received: 28.11.2018
Kabul tarihi/Accepted: 20.05.2019
DOI: 10.16919/bozoktip.489404

Bozok Tıp Derg 2019;9(3):151-53
Bozok Med J 2019;9(3):151-53

Giriş

Psoas absesi psoas kası ve iliak kası fasyasında enflamasyona sekonder gelişen nadir bir durum olup, primer ve sekonder olmak üzere iki alt gruba ayrılmaktadır (1). Primer ve sekonder psoas absesinde etyolojide farklı sebepler suçlanmaktadır (1,2). Hastalar genellikle karın ağrısı, yan ağrısı, halsizlik, ateş yüksekliği, terleme, kilo kaybı, topallayarak yürüme, bel ve bacak ağrısı şikayetleri ile başvurmaktadır. Alınan abse kültürlerinde etken olarak çeşitli mikroorganizmalar saptanabilmektedir (1). Biz bu olgu sunumunda nadir etkenlerden biri olan Bruselloza sekonder gelişen psoas absesini ve tedavi yöntemlerinin güncel literatür eşliğinde sunduk.

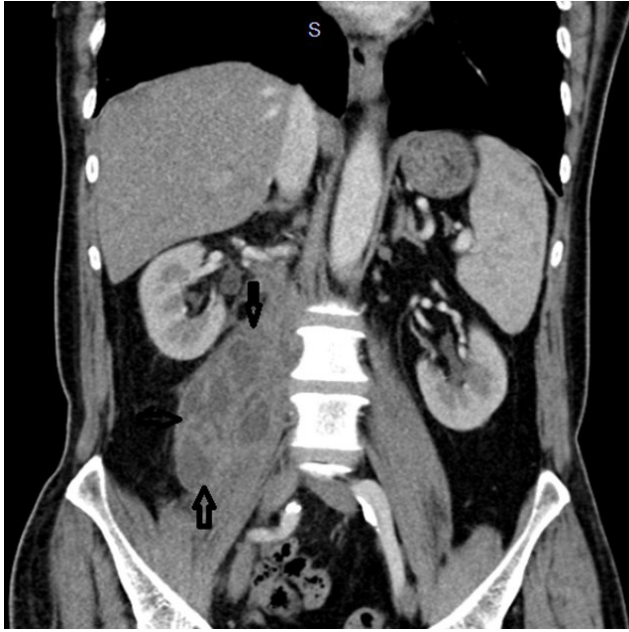
OLGU SUNUMU

70 yaşında erkek hasta; bir hafta önce ani başlayan sağ kalça, sağ bacak, sağ yan ağrısı ve ateş şikayetleri ile başvurduğu dış merkezden kliniğimize yönlendirildi. Özgeçmişinden kırsal kesimde yaşadığı, taze süt ve peynir tükettiği öğrenilen hastanın geçirilmiş bir operasyon ve kronik hastalık öyküsü yoktu. Ateşi 38,8°C ölçülen hastanın, yapılan labaratuvar tetkiklerinde Lökosit: 18.400 mm³ (%85 parçalı nötrofil hakimiyeti mevcut), eritrosit sedimentasyon hızı: 98 mm/saat ve C-reaktif protein düzeyi 148 mg/dl olarak saptanmıştır. Karın ve sağ yan ağrısına yönelik olarak çekilen Abdomen bilgisayarlı tomografide (BT); 47X57 mm boyutlu sağ psoas absesi ile uyumlu lezyon olduğu gözlemlendi (Resim 1). Öncelikle girişimsel radyoloji ile konsulte edilen hastaya ultrasonografi (USG) eşliğinde perkütan drenaj uygulanması planlandı. Fakat psoasın derinindeki abse formasyonunun multiseptalı olması sebebiyle yalnızca tanısal amaçlı ponksiyon yapılabildi. Ponksiyon materyalinden yapılan Brucella aglutinasyon testi pozitif saptanıp, abse kültüründe de Brusella melitensis üremesi olduğu saptandı. Standart tüp aglutinasyon testi 1/640 pozitif saptandı. Psoas absesinin gelişmekte olan ülkelerde bir diğer etkeni olan tüberküloz açısından abse materyalinde tüberküloz içinde asido-rezistan basil (ARB) ve polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) bakıldı, negatif bulundu. Tüberküloz için yapılan ekim sonrası da üreme gözlenmedi. Hastanın Brusellozuna yönelik antibiyoterapisi enfeksiyon hastalıkları tarafından doksisiklin 200mg/gün, streptomisin 1000mg/gün

ve ciprofiloksasin 1000mg/gün olarak düzenlendi. Antibiyoterapi altında takip edilen hastanın artan ağrı ile birlikte ve ateşinin olması üzerine kontrol abdomen BT çekildi. Kontrol BT'de sağ psoas kasında Lomber 1 vertebra seviyesinden başlayıp Sakral 1 vertebra seviyesine kadar uzanım gösteren yaklaşık 15x6,5cm boyutlarında, iç yapısı heterojen, septasyonlar içeren, multilobule görümlü apse izlendi (Resim 2). Bir önceki görüntüleme ile karşılaştırıldığında sağ psoasa lokalize olan absesinin boyutunda progresyon olduğu görüldü. Hastanın mevcut absesinin multiseptalı olması ve kliniğinde gerileme gözlenmemesi üzerine drenaj amaçlı opere edildi. Operasyon sonrası servis takiplerinde bir problem gözlenmeyen hastanın postoperatif (5). Gün dreni çekildi. Enfeksiyon hastalıkları tarafından antibiyoterapisi düzenlenen hasta, sorunsuz bir şekilde taburcu edildi. Hastanın 14 aylık takip sürecinde şikayetleri tekrarlamamıştır.



Resim 1. Abdomen BT'de; 47X57 mm boyutlu sağ psoas absesi ile uyumlu lezyon



Resim 2. Abdomen BT'de sağ psoas kasında L1 seviyesinden başlayıp S1 seviyesine kadar uzanım gösteren yaklaşık 15x6,5cm boyutlarında, iç yapısı heterojen, septasyonlar içeren, multilobule görünümlü abse.

TARTIŞMA

Psoas absesi; psoas kası ve iliak kası fasyasında enflamasyona sekonder gelişen nadir bir hastalıktır (1). Psoas absesi iki tip olup, primer ve sekonder olarak sınıflandırılmaktadır (1). Primer psoas absesinde etyoloji tam olarak bilinmemektedir. Hematojen veya lenfojen yolla vücuttaki bir odakta yayıldığı düşünülmektedir (1). Psoas absesinin görülme insidansı erkeklerde kadınlara göre üç kat daha fazladır (1). Lokalizasyon olarak psoas absesi %57 sağ, %40 sol, %3 bilateral olarak görülmektedir (2). Hastalar genellikle karın ağrısı, yan ağrısı, halsizlik, ateş yüksekliği, terleme, kilo kaybı, topallayarak yürüme, bel ve bacak ağrısı, şikayetleri ile başvurmaktadır (1,2,3). Alınan abse kültürlerinde etken olarak en sık %88 Staphylococcus aureus saptanmaktadır (4). Ayrıca Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella, Salmonella, Mycobacterium tuberculosis, Brucella türleri, Serratia marcescens, Acinetobacter baumannii de saptanabilmektedir (1). Psoas kası komşuluğundan dolayı retroperitoneal organlar, gastrointestinal sistem ve iskelet sisteminin enfeksiyöz hastalıklarında sekonder olarak ortaya çıkabilir. Sekonder psoas absesi

etyolojisinde ilk sırada Crohn hastalığı bulunmaktadır (1). Bunu takiben apandisit, ülseratif kolit, kolon tümörleri, divertikülit, disk enfeksiyonları, septik artritis, tüberküloz, üriner sistem enfeksiyonları da sekonder psoas absesi sebepleri arasındadır (4,5). Bruselloz, ülkemizde endemik olarak görülen, Brucella bakterilerinin yol açtığı, en sık görülen zoonotik hastalıklardan birisi olup, infekte hayvanlarla temas, infekte süt ve süt ürünlerinin tüketimi ile hayvanlardan insanlara geçmektedir. Hastalık sinsi bir seyire sahip olup, kas iskelet sistemi, gastrointestinal sistem, santral sinir sistemi ve genitoüriner sistem gibi hemen hemen tüm sistemleri etkileyip farklı klinik tablolarla ortaya çıkabilmektedir (6). Hastalar sıklıkla halsizlik, eklem ağrıları, ateş yüksekliği şikayeti ile başvurup, nadir de olsa psoas absesi etyolojisinde, bizim sunduğumuz olgu da olduğu gibi Brucella bir etken olarak karşımıza çıkabilmektedir. Psoas absesinin tedavisinde antibiyoterapi ve abse boşaltılması birlikte uygulanmaktadır (1,3). Minimal invaziv olması nedeniyle USG ya da BT eşliğinde perkütan abse drenajı ve eşlik eden antibiyoterapi psoas abselerinde en çok tercih edilen tedavi yöntemidir. (1,4,5) Fakat bizim sunduğumuz olguda olduğu gibi absenin multiseptalı olması nedeniyle yeterli drenaj sağlanamaması, abse boyutlarında progresyon olması, durumlarında cerrahi operasyon kararı nadir de olsa alınabilmektedir. Sonuç olarak; psoas absesi saptanan olgularda nadir de olsa endemik olan ülkemizde Brusellozun etken olabileceği akıld tutulmalı, absenin multiseptalı ve drenaja yeterli yanıt vermemesi durumlarında cerrahi operasyon yapılması düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

1. Turunç T1, Turunç T, Demiroğlu YZ, Colakoğlu S., Retrospective evaluation of 15 cases with psoas abscesses, Mikrobiyol Bul. 2009 Jan;43(1):121-5
2. Thongngarm T, McMurray RW., Primary psoas abscess., Ann Rheum Dis. 2001 Feb;60(2):173-4.
3. Sözen S, Üstün C, Altınsoy HB, Bruselloza Sekonder Gelişen Psoas Absesi, Bakırköy Tıp Dergisi 2011;7:79-81, DOI: 10.5350/BTD-MJB201107209
4. Menon A, Agashe VM, Jakkam MS., Rare Case of Iliopsoas Abscess Secondary to Mucinous Adenocarcinoma of the Colon: A Case Report, J Orthop Case Rep. 2018 Jan-Feb; 8(1): 32-35. doi: [10.13107/jocr.2250-0685.986]
5. J. Melissas, J. Romanos, E. de Bree, G. Schoretsanitis, J. Askoxylakis & D.D. Tsiftsis (2002) Primary Psoas Abscess. Report of Three Cases, Acta Chirurgica Belgica, 102:2,114-117, DOI: 10.1080/00015458.2002.11679276
6. Yüce A, Alp-Çavuş S. Türkiye'de bruselloz: genel bakış. Klimik Derg. 2006; 19(3): 87-97.