

PSOAS APSESİ OLAN 15 HASTANIN RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

RETROSPECTIVE EVALUATION OF 15 CASES WITH PSOAS ABSCESSSES

Tahsin TURUNÇ¹, Tuba TURUNÇ², Y. Ziya DEMİROĞLU², Şule ÇOLAKOĞLU³

¹ Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara. (drtahsinturunc@yahoo.com)

² Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara.

³ Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara.

ÖZET

Nadir rastlanan bir enfeksiyon olan psoas absesi, psoas ve iliya kasları çevreleyen fasiya içerisinde sü-püratif sıvı birikmesi olarak tanımlanır. Bu retrospektif çalışmada, Haziran 2003-Ocak 2008 tarihleri arasında psoas absesi tanısı ile hastanemizde izlenen 15 olgunun demografik özellikleri, klinik ve laboratu-var bulguları ile tedavi sonuçlarının irdelenmesi amaçlanmıştır. Olguların yaş ortalaması 55.8 yıl (yaş aralığı: 18-70 yıl) olup, kadın/erkek oranı 5/10'dur. Olguların %86'sı (13/15) hastaneye yüksek ateş ve sırt ağrısı yakınmaları ile başvurmuş; 13 hastada tanı batın bilgisayarlı tomografisi, 2'sinde batın ultrasonog-rafisi ile konulmuştur. Olguların 1'i primer, 14'ü sekonder psoas absesi olarak değerlendirilmiş, en sık eş-lik eden hastalığın diabetes mellitus (%66.7) olduğu belirlenmiştir. Sekonder psoas absesi ile izlenen 14 olgunun tümünde vertebral osteomyelit olup, bunlardan 5'i tüberküloza, 5'i üriner sistem enfeksiyonu-na, 1'i ise bruselloza bağlı gelişen vertebral osteomyelit olarak tanımlanmıştır. Diğer 3 vertebral osteomi-yelit olgusundan 2'sinin pnömoniye, 1'inin ise cerrahi alan enfeksiyonuna bağlı geliştiği belirlenmiştir. Se-konder psoas absesi olan 14 olgudan apse kültürü yapılmış ve 11'inden bakteri izolasyonu (*Mycobac-terium tuberculosis*, birer suş olmak üzere; metisiline dirençli *Staphylococcus aureus*, metisiline duyarlı *S.au-reus*, *Brucella melitensis*, *Acinetobacter baumannii*, *Escherichia coli* ve *Serratia marcescens*) gerçekleştirilmiş-tir. Olgularda lökosit sayısı (ortalama: 14.500 hücre/mm³), eritrosit sedimentasyon hızı (ortalama: 78 mm/saat) ve C-reaktif protein düzeylerinin (ortalama: 108 mg/dl) yüksek olduğu tespit edilmiştir. On üç olguya perkütan drenaj kateteri ile apse drenajı ve uygun antibiyotik tedavisi, diğer iki olguya ise açık cer-rahi debridman uygulanmıştır. Antibiyotik tedavi süresi, *M.tuberculosis* izole edilen olgularda bir yıl, diğer olgularda ise ortalama 4-6 hafta olmuştur. Olgulardan biri psoas absesine bağlı menenjit ve sepsis komp-likasyonu nedeniyle kaybedilmiş, diğer tüm olgularda tamamen düzelve sağlanmıştır. Sonuç olarak, li-teratürde bildirilenin aksine sekonder psoas apseli olgularımızın hiçbirisinin gastrointestinal sistem kay-naklı olmadığı belirlenmiş, olguların 5 (%33.3)'inde etkenin *M.tuberculosis* olmasının, ülkemizde tüber-külozun halen ciddi bir sorun olduğunu vurguladığı düşüncesine varılmıştır.

Anahtar sözcükler: Psoas absesi, vertebral osteomyelit, tüberküloz.

ABSTRACT

Psoas abscesses are suppurative collections within the fascia surrounding the psoas and iliacus muscles. In this retrospective study it was aimed to evaluate the demographic characteristics, clinical and laboratory findings and treatment outcomes of 15 psoas abscess cases admitted to Baskent University Hospital, Ankara, Turkey during June 2003-January 2008 period. The mean age of the patients was 55.8 years (range 18 to 70 years) with a female to male ratio of 5/10. Thirteen of the cases (86.5%) were admitted with the complaints of fever and back pain. Thirteen of the cases were diagnosed by abdominal computerized tomography while the other two by abdominal ultrasonography. One of the 15 patients was considered as primary psoas abscess, while the remaining 14 as secondary psoas abscess. The most common accompanying disease was diabetes mellitus (66.6%). Fourteen patients with secondary psoas abscess had vertebral osteomyelitis which was due to tuberculosis in five cases, to urinary tract infection in five cases, to pneumoniae in two cases, to surgical infection in one case and to brucellosis in one case. The cultivation of the abscess material from the 14 secondary psoas abscess cases revealed growth of bacteria in 11 of them (5 *Mycobacterium tuberculosis*, 1 *Escherichia coli*, 1 methicillin-sensitive *Staphylococcus aureus*, 1 methicillin-resistant *S.aureus*, 1 *Acinetobacter baumannii*, 1 *Brucella melitensis*, 1 *Serratia marcescens*). The biochemical parameters of the cases (mean leukocyte counts: 14.500 cell/mm³; mean erythrocyte sedimentation rates: 78 mm/hour; mean C-reactive protein levels: 108 mg/dl) were also high. Thirteen patients underwent percutaneous drainage and received appropriate antibiotic treatment and the other two patients were treated with open surgical debridement. The duration of antimicrobial treatment was one year for *M.tuberculosis* cases and about 4-6 weeks in the others. One of the cases died due to complicating meningitis and sepsis. It is remarkable that in our series none of the psoas abscess cases were secondary to the diseases of the digestive tract unlike the series indicated in the literature. The isolation of *M.tuberculosis* as the causative agent in 5 (33.3%) cases emphasizes the fact that tuberculosis is still an important public health problem in Turkey.

Key words: Psoas abscesses, vertebral osteomyelitis, tuberculosis.

GİRİŞ

İlk kez 1881 yılında Mynter tarafından tanımlanan iliopsoas apsesi, nadir görülen ve insidansı tüm dünyada yılda yaklaşık 12 yeni olgu şeklinde rapor edilen bir enfeksiyondur¹⁻³. İliopsoas; iliopsoas ve iliakus kasları arasında uzanan periton dışında yer alan bir bölümdür. Psoas kası, sigmoid kolon, apendiks, jejunum, üreter, abdominal aorta, böbrekler ve vertebralar ile yakın komşuluk göstermektedir. Bu nedenle bu organların enfeksiyonu iliopsoas kasına yayılım gösterebilir². Psoas apseleri primer ve sekonder olmak üzere gruplandırılmaktadır. Primer psoas apsesi genellikle vücudun başka bir bölgesindeki enfeksiyon odağından hematogen yol ile yayılım sonucu gelişir^{1,4}. Sekonder psoas apselerinin en sık nedeni ise Crohn hastalığı olarak belirtilmektedir⁵.

Bu retrospektif çalışmada, psoas apsesi tanısı ile hastanemizde izlenen olguların demografik, klinik, laboratuvar ve tedavi sonuçlarının irdelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmaya, Haziran 2003-Ocak 2008 tarihleri arasında psoas apsesi tanısı konulan 15 olgu (yaş ortalaması: 55.8 yıl; yaş aralığı: 18-70 yıl; 5 kadın, 10 erkek) dahil edildi. Hastaların demografik verileri ile birlikte, ilk başvuru sırasındaki yakınmaları, eşlik eden hastalıkları, laboratuvar değerleri, bakteriyolojik verileri, görüntüleme teknikleri ile alınan sonuçlar ve tedavi protokolleri dosya bilgilerinden alınarak hasta takip formlarına kaydedildi.

BULGULAR

İncelemeye alınan 15 olgudan 13'ünün tanısı batın bilgisayarlı tomografisi (BT) ile, 2'sinin tanısı ise batın ultrasonografisi (USG) ile konulmuş; psoas apsесinin 7 olguda sağ, 8 olguda ise sol yerleşimli olduğu izlenmiştir. Olguların 1'i primer, 14'ü ise sekonder psoas apsесi tanısı almıştır. Olgulardan 13 (%86)'ünün hastaneye yüksek ateş ve sırt ağrısı yakınmaları ile başvurduğu, 1 olgunun genel durum bozukluğu ve ikter, 1 olgunun ise kalça eklemünde ağrı yakınması ile müracaat ettiği saptanmıştır. Olguların 10 (%66.7)'unda en sık eşlik eden hastalık diabetes mellitus olup, bunu kronik renal yetmezlik (n= 2), orak hücreli anemi (n= 1), pankreas başı karsinomu (n= 1) ve otoimmün hepatit (n= 1) izlemiştir.

Vertebral osteomyelitin neden olduğu sekonder psoas apsесi olan 14 olgudan BT eşliğinde perkütan drenaj kateteri ile psoas apsесi kültürü alınmış; primer psoas apseli bir olgudan ise örnek alınamamıştır. Kültürlerden izole edilen etkenlerin dağılımı; *Mycobacterium tuberculosis* (n= 5), metisiline dirençli *Staphylococcus aureus* (n= 1), *Brucella melitensis* (n= 1), *Acinetobacter baumannii* (n= 1), *Escherichia coli* (n= 1), metisiline duyarlı *S.aureus* (n= 1) ve *Serratia marcescens* (n= 1) olarak saptanmıştır. Mikroorganizma izolasyonunun yapılamadığı 3 vertebral osteomyelit olgusundan 2'sinin pnömoniye, 1'inin ise cerrahi alan enfeksiyonuna bağlı olarak geliştiği belirlenmiştir.

Psoas apsесi kültüründe *S.marcescens* üreyen olgunun bilincinde kapanma ve ense sertliği gelişmesi üzerine lomber ponksiyon yapılmış, beyin omurilik sıvısı kültüründen de aynı mikroorganizma izole edilmiştir.

Olguların kan biyokimyasal sonuçları değerlendirildiğinde; lökosit sayısı (ortalama: 14.500 hücre/mm³), eritrosit sedimentasyon hızı (ortalama: 78 mm/saat) ve C-reaktif protein düzeylerinin (ortalama: 108 mg/dl) yüksek olduğu tespit edilmiştir.

On üç olguya perkütan drenaj kateteri ile apse drenajı ve uygun antibiyotik tedavisi, diğer 2 olguya ise açık cerrahi debridman uygulanmıştır. Antibiyotik tedavisinin süresi, *M.tuberculosis* izolasyonu yapılan olgularda 1 yıl, diğer olgularda ise en az ortalama 4-6 hafta olmuştur. Tüm olgulara tedavinin 1. ayında kontrol batın BT yapılmıştır. Olgulardan 1'i menenjit ve sepsis komplikasyonu nedeniyle kaybedilmiş, diğer tüm olgularda tamamen düzelleme tespit edilmiştir.

TARTIŞMA

Nadir olduğu ifade edilmesine rağmen, aslında bildirilen oranlardan daha fazla görülebilen psoas apsесi, tipik klinik bulgusu olmayan, tanıda ileri görüntüleme tekniklerine ihtiyaç duyulan, ciddi komplikasyonlarla seyredabilen ve tedavisi güç bir enfeksiyon hastalığıdır^{1,4}. Ricci ve arkadaşlarının⁶ 367 olguyu taradıkları çalışmalarında, etiolojinin bölgelere göre farklılık gösterdiği; Afrika ve Asya'da olguların %99'unun primer olduğu, Avrupa'da bu oranın %17, Kuzey Amerika'da ise %61 olduğu rapor edilmiştir⁶. Çalışmamızda, sadece 1 olgunun primer psoas apsесi olduğu, diğerlerinin (%93.3) ise sekonder psoas apsесi tanısı aldığı görülmektedir. Literatürde belirtilenin aksine sekonder psoas apsесinin en sık nedeni çalışmamızda vertebral osteomyelit olarak tespit edilmiştir. Hiç-

bir olgumuzda Crohn hastalığı ya da gastrointestinal sistem enfeksiyonu bulunmamıştır. İliopsoas apsesinin gençlerde sık görüldüğü bildirilmekle birlikte, çalışmamızda yaş ortalamasının 55.8 yıl olduğu tespit edilmiştir³. Diğer çalışmalara benzer olarak, çalışmamızda da psoas apseli olguların çoğunun (%66.7) erkek olduğu izlenmiştir^{1,7,8}.

Olgularımızda en sık eşlik eden hastalığın diabetes mellitus (%66.7) olduğu belirlenmiştir. Diabetes mellitusun kas iskelet sistemi hastalıklarına yatkınlık yaratacağı rapor edilmektedir⁹. Özellikle kontrolsüz serum glukoz düzeyleri, nötrofillerin bakterisidal etkilerini, hücrel immüniteyi ve serum opsonik düzeyini azaltarak enfeksiyonların gelişimini kolaylaştırmaktadır¹⁰. Çalışmamızda diabetes mellituslu tüm olguların kan glukoz düzeyi normalin en az 2 kat üzerinde bulunmuştur.

Psoas absesi gelişen olgularda en sık saptanan yakınmalar ateş ve yan ağrısı olarak tanımlanmaktadır^{1,11}. Olgularımızın %86'sı da hastaneye bu tip yakınmalar ile başvurmuştur.

Primer psoas apsesinin en sık etkenleri olarak *S.aureus* ve *E.coli* bildirilmektedir⁶. Sekonder psoas absesi etkenlerinin ise özellikle vertebral osteomyelite bağlı olarak gelişmiş ise *M.tuberculosis* ve *S.aureus* olabileceği belirtilmiştir⁶. Ancak *K.pneumoniae*, *Salmonella* ve *Streptococcus* gibi beklenmedik mikroorganizmalarla da psoas absesi gelişebilmektedir^{12,13}. Çalışmamızda, vertebral osteomyelite sekonder gelişen psoas apselerinde en sık izole edilen etkenin *M.tuberculosis* (5/14) olduğu saptanmış, bununla birlikte apse kültürlerinden birer suş olmak üzere *A.baumannii*, *S.marcescens* ve *B.melitensis* izolasyonu da yapılmıştır. Ulaşılabilen kaynaklar incelendiğinde, *S.marcescens*'e bağlı psoas absesi 1 olguda, *A.baumannii*'ye bağlı psoas absesi 2 olguda, *B.melitensis*'e bağlı psoas absesi ise sınırlı sayıda rapor edilmiştir¹⁴⁻¹⁷.

Psoas apsesinin tanı ve tedavisinde BT'nin oldukça değerli bir radyolojik tetkik olduğu belirtilmekte, bu yöntemle hem lezyonun derinliği ve komşuluğu hem de boyutunun tam olarak belirlenebildiği ifade edilmektedir^{18,19}. Olgularımızın %86'sının tanısı da BT ile konulmuş, tanının USG ile yapıldığı 2 olguya ise apsenin boyutunun belirlenmesi amacıyla yine BT uygulanmıştır.

Psoas absesi için önerilen tedavi, apsenin drenajı ve uygun antibiyotiklerin kullanımıdır^{1,12,13}. BT eşliğinde perkütan drenaj kateteri ile psoas apsesinin boşaltılması, etkili yeni tedavi yöntemlerinden birisi olup, yapılan çalışmalarda %80 ve %66.7 oranlarında başarılı bulunmuştur^{19,20}. Açık cerrahi girişim ise artık sınırlı olgulara uygulanmakta ve ancak psoas absesi ile birlikte retroperitoneal ya da intraabdominal anormallik varsa ya da apse multiloküle ise önerilmektedir^{19,20}. Olgularımızın sadece 2 (%13.3)'üne açık cerrahi debridman uygulanmıştır. Bu olguların birisinde apse multiloküle iken, diğer olgudaki endikasyon apsenin iliyak vende septik trombüs yapması ve perkütan drenaja rağmen apsenin gerilememiş olmasıdır.

Psoas absesi hayatı tehdit edebilen bir enfeksiyondur. Primer psoas absesinde mortalite oranı %2.4 iken bu oran sekonder psoas absesi için %18.9'a ulaşmaktadır³. Olgularımızdan biri psoas apsesine bağlı sepsis ve menenjit komplikasyonu nedeniyle kaybedilmiş ve mortalite oranımız %6.6 olarak belirlenmiştir.

Sonuç olarak çalışmamızda, sekonder psoas apselerinin diğer çalışmalardan farklı olarak, en sık vertebral osteomyelitte bağlı geliştiği izlenmiş ve literatürde bildirilenlerin aksine hiçbir olguda Crohn hastalığına rastlanmamıştır. Bu nedenle psoas apsesi tanısı konulan olgulara mutlaka torakolomber ve/veya lumbosakral manyetik rezonans tetkikleri yapılarak vertebral osteomyelit dışlanmalıdır. Bulgularımız, psoas apselerinde etken olarak konvansiyonel olmayan ajanlara rastlanılabileceğini ve ayrıca ölkemizde tüberkülozun hala ciddi bir sorun olduğu göz önünde tutularak mutlaka költür yapılması gerektiğini vurgulamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Grunewald I, Abrahamson J, Cohen O. Psoas abscess: case report and review of the literature. *J Urol* 1992; 147: 1624-6.
2. Mallick IH, Thoufeeq MH, Rajendran TP. Iliopsoas abscesses. *Postgrad Med J* 2004; 80: 459-62.
3. Garner JP, Meiring PD, Ravi K, Gupta R. Psoas abscess-not as rare as we think? *Colorectal Dis* 2007; 9: 269-74.
4. Walsh TR, Reilly JR, Hanley E, et al. Changing etiology of iliopsoas abscess. *Am J Surg* 1992; 163: 413-6.
5. Agrawal SN, Dwivedi AJ, Khan M. Primary psoas abscess. *Dig Dis Sci* 2002; 47: 103-5.
6. Ricci MA, Rose FB, Meyer KK. Pyogenic psoas abscess: worldwide variations in etiology. *World J Surg* 1986; 10: 834-43.
7. Paley M, Sidhu PS, Evans RA, et al. Retroperitoneal collections etiology and radiological implications. *Clin Radiol* 1997; 52: 290-4.
8. Zissin R, Gayer G, Kots E, et al. Iliopsoas abscess: a report of 24 patients diagnosed by CT. *Abdom Imaging* 2001; 26: 533-9.
9. Walling DM, Kaelin WG Jr. Pyomyositis in patients with diabetes mellitus. *Rev Infect Dis* 1991; 13: 797-802.
10. Rayfield EJ, Ault MJ, Keusch GT, et al. Infection and diabetes: the case for glucose control. *Am J Med* 1982; 72: 439-50.
11. Chern CH, Hu SC, Kao WF, et al. Psoas abscess: making an early diagnosis in the ED. *Am J Emerg Med* 1997; 15: 83-8.
12. Santaella RO, Fishman EK, Lipsett PA. Primary and secondary iliopsoas abscess: presentation, microbiology, and treatment. *Arch Surg* 1995; 130: 1309-13.
13. Desander AR, Cottone FJ, Evers ML. Iliopsoas abscess: etiology, diagnosis and treatment. *Am Surg* 1995; 61: 1087-91.
14. Chen CW, Ko WC, Sung JM, Huang JJ. Ruptured mycotic aneurysm of the iliac artery complicated by emphysematous psoas muscle abscess: report of two cases. *J Formas Med Assoc* 2002; 101: 144-7.
15. Segal S, Gemer O, Sectopol-Epelman M, London D, Velkes S, Jakim I. Retroperitoneal abscess after normal delivery. A report of two cases. *J Reprod Med* 1996; 41: 276-8.
16. Alan C, Ataus S, Tu B. Xanthogranulomatous pyelonephritis with psoas abscess: 2 cases and review of the literature. *Int Urol Nephrol* 2004; 36: 489-93.
17. Fabregas MD, Serrano R, Pons J, Aznar K. *Brucella* and bilateral psoas abscess. *Enferm Infect Microbiol Clin* 1991; 9: 446-7.
18. McDowell RK, Dawson SL. Evaluation of the abdomen in sepsis of unknown origin. *Radiol Clin North Am* 1996; 34: 177-90.
19. Mueller PR, Ferrucci JT, Wittenberg J, et al. Iliopsoas abscess: treatment by CT guided catheter drainage. *Am J Roentgenol* 1984; 142: 359-62.
20. Gupta S, Suri S, Gulati M, et al. Iliopsoas abscess: percutaneous drainage under image guidance. *Clin Radiol* 1997; 52: 704-7.