

AKCİĞER TÜBERKÜLOZU İLE BİRLİKTE TÜBERKÜLOZA BAĞLI OLMAYAN PSOAS APSESİ

Dr. Avni Kaya¹, Dr. Baran Serdar Kızılyıldız¹, Dr. Kamuran Karaman¹, Dr. M. Selçuk Bektaş¹,
Dr. Fesih Aktar¹, Prof. Dr. Hüseyin Çaksen²

¹ Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Van

² Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Çocuk Nörolojisi BD, Van

ÖZET

Psoas absesi çocuklarda nadir görülen, genellikle tanısı zor ve geç konulan bir tablodur. Beş yaşında kız hasta bir hafta önce başlayan ateş, sağ uyluk ağrısı, sağ ayağı üzerine basamama, topallayarak yürüme, karın ağrısı ve terleme şikâyetleriyle getirildi. Soygeçmişinde biri ishal, diğeri pnömoni nedeniyle ölen iki kardeşi vardı. Fizik muayenesinde sağ kalça fleksiyonda olup, sağ alt ekstremitte hareketleri ağrılıydı. Batında defans ve rebound mevcuttu. Batın ultrasonografisinde batın sağ alt kadranda 39x17 mm boyutlarında heterojen lezyon (plastron?) saptandı. Akut batın tanısıyla ameliyata alınan hastada psoas absesi tespit edildi ve drene edildi. Kültürde *Staphylococcus aureus* üredi. Uygun

antibiyotik tedavisine rağmen yatışının onuncu gününde ateşi yükselen hastada tüberküloz olabileceği düşünüldü.

Apse materyali ve açlık mide suyunda aside dirençli bakteri saptanmadı. Serum adenzin deaminaz enzim düzeyi 45 IU/L (Normal: 5-20 IU/L) bulunması ve yüksek rezolüsyonlu toraks tomografisinde tüberküloz ile uyumlu bulgular saptanması üzerine hastaya akciğer tüberkülozu tanısı konularak tedavi başlandı. Psoas absesinin sekonder olarak geliştiği kabul edildi. Hastamız halen tedavisinin dördüncü ayında olup semptomsuz takip edilmektedir.

• **Anahtar Kelimeler:** Psoas absesi, Akciğer tüberkülozu, *Staphylococcus aureus*. Nobel Med 2009; 5(2): 68-71

ABSTRACT

PULMONARY TUBERCULOSIS WITH NON-SPECIFIC PSOAS ABSCESS

Psoas abscess is a rare disease in childhood. Usually its diagnosis is difficult and so delayed. A five-year-old girl was admitted with high fever, sweating, swelling and pain on right thigh and abdominal pain for one week. On family history there was no contact with any known tuberculosis case. She had two siblings who had died due to diarrhea and pneumonia. At physical examination, the right leg was tender with movements and in flexion posture. There was also defence and rebound on abdomen. Ultrasonography revealed a mass lesion at 39x17 mm diameters with heterogenous echo next to the psoas muscle.

In laparotomy, the abscess has been drained and *Staphylococcus aureus* isolated in routine culture. Acid-fast staining and culture for mycobacterium was negative.

Despite of appropriate antibiotic treatment, she had fever on the tenth hospital day so we presumed a tuberculosis infection. Serum adenosine deaminase level was high (45 IU/L) and thorax high resolution computed tomography demonstrated multiple changes consisted with pulmonary tuberculosis. Antituberculosis treatment was started. We conclude that psoas abscess was secondary to pulmonary tuberculosis. The patient has been well on follow-up after four months of treatment.

• **Key Words:** Psoas abscess, pulmonary tuberculosis, *Staphylococcus aureus*. *Nobel Med* 2009; 5(2): 68-71

GİRİŞ

Psoas kası torakal 12 ve lomber 1-5 omurlarının transvers çıkıntılarında ve intervertebral disklerinden başlar, omurganın iki yanından aşağı dışı doğru iner, inguinal ligamanın altından geçerek iliak kasın lifleri ile birleşir ve femurda trochanter minor'a yapışarak sonlanır. Uyluğa fleksiyon hareketi yaptırır. Psoas apsesi (PA) ender rastlanılan, genellikle tanısı zor ve geç konulan bir antitedir. Çocuklarda ve gençlerde daha sık, yaşlılarda daha seyrek görülmektedir.¹

PA primer ve sekonder olarak sınıflandırılır. Primer PA'da etyoloji belli değildir, vücutta saptanamayan bir odaktan mikroorganizmaların hematogen veya lenfogen yolla yayılması ile meydana gelir. Psoas kası retroperitoneal organlar, gastrointestinal sistem ve iskelet sistemi ile yakın komşuluğundan dolayı bu sistemlerin enfeksiyöz hastalıklarında ikincil olarak etkilenebilir.²

Mycobacterium tuberculosis PA'ya neden olabilir veya pulmoner tüberküloz (TB) seyrinde pyojenik PA gelişebilir.^{3, 4} Bu çalışmada PA ile birliktelik gösteren bir pulmoner TB olgusu seyrek görüldüğünden dolayı sunuldu.

OLGU SUNUMU

Beş yaşında kız hasta bir hafta önce başlayan ateş, sağ uyluk ağrısı, sağ ayağı üzerine basamama, topallayarak yürüme, karın ağrısı ve terleme şikâyetleriyle getirildi. Özgeçmişinde özellik yoktu. Soygeçmişinde biri ishalden, diğeri pnömoniden eksitus olan iki kardeşi vardı. Yakın akrabalarında TB olan ve TB tedavisi

alan kimse yoktu. Fizik muayenesinde genel durum orta, bilinci açık, zayıf ve halsiz idi. Vücut ağırlığı 12,5 kg (<3 persentil), boy 100 cm (3-10 persentil) idi. Kan basıncı 100/60 mmHg, kalp tepe atımı 148/dakika, vücut sıcaklığı 37,5°C, solunum sayısı 48/dakika idi. BCG skarı yoktu. Sağ alt ekstremitte hareketleri ağrılı ve kısıtlı, sağ kalçasını fleksiyon pozisyonunda tutuyordu. Batında defans ve rebound mevcuttu.

Laboratuvar incelemesinde beyaz küre sayısı 6.940/mm³, hemoglobin 11,8 g/dl. Karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normal idi. C-reaktif protein 122 mg/dl, sedimentasyon 20 mm/saat idi. İmmunoglobulin A 214 mg/dl, immunoglobulin G 1760 mg/dl, immunoglobulin M 170 mg/dl yaşına göre normaldi. Batın ultrasonografisinde (USG) batın sağ alt kadranda 39x17 mm boyutlarında heterojen lezyon, (plastron?) saptandı. Akut apandisit ön tanısıyla opere edilen hastaya apendektomi yapıldı. Operasyonda PA tespit edildi ve apse materyali drene edildi. Hastaya sefazolin, gentamisin ve metronidazol başlandı. Operasyon sonrasında ateşi düştü ve şikâyetleri geriledi. Aps materyalinden *Staphylococcus aureus* üredi. Tedavi kültür antibiyograma göre linezolid, trimetoprim-sulfametoksazol olarak değiştirildi. Hastada PA etyolojisini aydınlatmak için gönderilen mikrobiyolojik incelemelerden salmonella ve brusella aglutinasyon testi negatifti. İdrar ve kan kültürlerinde üreme olmadı. Aps materyalinde aside dirençli bakteri görülmedi. Radyolojik incelemelerde posterior anterior akciğer grafisi normal idi.

Uygun antibiotik tedavisine rağmen yatışının onuncu gününde ateşi yükselen, genel durumu kötüleşen hastada PA'nın komplikasyonu gelişebileceği veya →

TB hastalığı olabileceği düşünüldü. Bilgisayarlı batın to-mografisinde (BBT) sağ iliak kemikte osteomyelit ve sakroiliak ekleme sakroileit tespit edildi.

PPD negatif olup açlık mide suyunda aside dirençli bakteri saptanmadı. Serum adenozin deaminaz enzim düzeyi 45 IU/L (Normal: 5-20 IU/L) gelmesi ve yüksek rezolüsyonlu toraks tomografisinde bilateral multipl nodüller, sağ akciğer alt lob posteriorıda plöroparankimal fibrotik bantlar saptanması üzerine hastaya akciğer TB tanısı konarak streptomisin, pirazinamid, izoniazid, rifampisinden oluşan dördüncü anti TB tedavi başlandı.

Tedavinin 1 yıla tamamlanması planlandı. PA'nın akciğer TB'ye sekonder olarak geliştiği kabul edildi. İzlemde karaciğer fonksiyon testlerinin yüksek çıkması üzerine geçirilmekte olan bir viral hepatit olabileceği düşünüldü. Serolojik tekkikler akut hepatit A ile uyumlu bulundu. Tedavisindeki ilaçların karaciğer üzerine olan toksisitesini azaltmak için doz ayarlaması yapıldı. Hastamız halen TB tedavisinin dördüncü ayında olup semptomsuz takip edilmektedir.

TARTIŞMA

PA'nın klasik semptom triadı karın veya bel ağrısı, topallama ve ateştir.⁵ Literatürde bildirilmiş en küçük PA'lı olgu 18 günlüktür.⁶ Sıklığı kadınlarda %73, erkeklerde %27 bulunmuştur. Vakaların %70'ini primer olgular oluşturmaktadır.¹ PA'nın daha sık sağ tarafta lokalizasyon gösterdiği ve nadiren çift taraflı görüldüğü bildirilmektedir.⁷ Tanı için USG yeterli olmaktadır.⁵ BBT apsenin teşhisinde çok daha duyarlıdır. Fakat yağ kitlesi az olan çocuklarda yumuşak dokularda kontrastı azalır, bu ise keskinliği etkiler.⁸ Manyetik rezonans görüntülenmesi ise hem anatomik yapıları hem de patolojik anormallikleri iyi tanımlaması nedeni ile en iyi yöntemdir.⁹ Hastamızın şiddetli kalça ağrısı, ağrı nedeniyle yürüyememe ve ateş vardı. Olgumuzda PA'nın sekonder olarak geliştiği kabul edildi. Apse sağ tarafta lokalizasyon göstermekteydi ve batın USG ile tanı konuldu.

Primer PA tipinde yaş gözetmeksizin olguların %88,4'ünde saptanan *Staphylococcus aureus* en sık rastlanan enfeksiyon etkeni iken, bunu azalan sıklıkla *Serratia marcescens* ve *Pseudomonas* subtipleri izlemektedir. Sekonder PA'da ise sıklıkla etkenler enterik basiller *Escherichia coli*, *Streptococcus* subtipleri, *Enterobacter* subtipleri ve *Streptococcus enteridis* ve *Staphylococcus aureus*'dur.¹⁰ Literatürle uyumlu olarak bizim hastamızda *Staphylococcus aureus* üredir. PA'da başlangıç ampirik antibiyoterapi aminoglikozidin eşlik edebileceği sefazolin veya oksasilin kullanılmasıdır.⁴ Zamanında başlanılan uygun tedavi ile prognoz oldukça iyi olmasına rağmen geciken ve yanlış tanımlar ile mortalite oranı yükselmekte

ve abse drenajı yapılmayan vakalarda %100'e ulaşmaktadır. Daha iyi prognoza sahip olan primer vakalarda mortalite oranı %2,4 buna karşın sekonder vakalarda ise %18,9'dur. Ölüm nedeni çoğunlukla tanı ve tedavide gecikilen vakalarda sepsistir.¹¹ Olgumuzda PA tespit edildiğinde sefazolin, gentamisin ve metronidazol tedavisi başlandı. Kültür antibiyograma göre non spesifik tedavi kesilerek linezolid, trimetoprim-sulfametoksazol olarak değiştirildi.

Özellikle uygun girişim ve medikal tedaviye rağmen sonuç alınamayan olgularda eklemlerin ve kemiklerin de (sakroiliit, septik artrit gibi) olaya katılabileceği akla getirilmelidir.¹² Olguda ateş ve genel durum bozukluğu gelişti. BBT'de sakroiliit, osteomyelit ile uyumlu olarak geldi. Bu durum geçirilmiş stafilokok enfeksiyonuna bağlı olduğu kabul edildi, ancak antibiyograma uygun olan tedaviye devam edildi.

USG ya da BBT eşliğinde perkütan apse drenajı ile birlikte antibiyoterapi primer psoas apselerinde en çok tercih edilen tedavi yöntemidir. Gupta ve arkadaşları beş yıllık bir süre içinde 27 tanesi TB'ye bağlı PA olmak üzere toplam 56 PA'ya iğne aspirasyonu ya da bir kateter aracılığı ile drenaj uygulamışlar ve başarısızlık nedenlerini şu şekilde belirtmişlerdir: Eşlik eden bağırsak lezyonunun bulunması, kasta erime olmaksızın flegmonöz tutulum, multiloküle apse kavitesi ve perkütan drenaja elverişli olmayan koyu kıvamlı püy olması.¹³ Buna karşın Gültekin ve arkadaşları primer PA'lı 2 olgularında perkütan apse drenajına rağmen sonuç alamadıklarını ve olgularını açık drenajla tedavi ettiklerini bildirmişlerdir.¹⁴ Ancak literatürde yalnızca antibiyotik tedavisi ile iyileşen olgular bildirilmiştir.^{5, 15} Hastamızda hem apse drenajı ve hem de kültür antibiyograma uygun verilen tedavi ile tam şifa sağlandı.

Akciğer tomografisinde nodüler görünüm saptanmasıyla TB dışında akciğerde nodüler tutulumu neden olabilecek hamartom, fibröz skar, granülatöz hastalık, mantar enfeksiyonu, romatoid nodül, apse, organize pnömoni, Wegener granülatomatozis, adenom, infarkt, kist, bronşektazi, arteriyovenöz malformasyon ve malign tümörler de ayırıcı tanıda düşünülmelidir.¹⁶ Hastamızda anamnez, fizik muayene ve laboratuvar bulgularıyla adı geçen hastalıklar dışlandı.

TB, PA yapabilir. Genellikle vertebra TB'si kemik korteksini aşır periosta penetre olduktan sonra psoas fasiasını da etkileyerek apse oluşumuna neden olur.³ Çok yakın bir zamana kadar sekonder PA'nın en büyük sebeplerinden biri olarak bilinen vertebral TB sıklığı etkin tedavi uygulamaları ile azaltılmıştır.¹⁷

Olgumuz klinik ve laboratuvar bulgularına göre akciğer TB kabul edildi. PA'nın akciğer TB'ye sekonder olarak →

geliştiği kabul edildi. Streptomisin, pirazinamid, izoniazid, rifampisinden oluşan dörtlü anti TB tedavi verildi. Hastamız halen TB tedavisinin dördüncü ayın-

da olup semptomsuz takip edilmektedir. Bu olgu, PA ile birliktelik gösteren pulmoner TB olgusu seyrek görüldüğünden dolayı sunuldu.



	İLETİŐİM İÇİN: Dr. Avni KAYA , YY Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Servisi, Van avnikaya@gmail.com
	GÖNDERİLDİĞİ TARİH: 20 / 06 / 2008 • KABUL TARİHİ: 28 / 08 / 2008

KAYNAKLAR

- 1 Gruenwald I, Abrahamson J, Cohen O. Psoas abscess: case report and review of the literature. J Urol 1992; 147: 1624-1626.
- 2 Ataus S, Alan C, nder AU, et al. Psoas abscess. Cerrahpařa J Med 2000; 31: 89-93.
- 3 Samilson RL. Pathways tracked by dorsolumbar tuberculous abscesses. Clin Orthop 1956; 8: 231-236.
- 4 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.
- 5 Thomas A, Albert AS, Bhat S, Sunil K. Primary psoas abscess: diagnostic and therapeutic considerations. Br J Urol 1996; 78: 358-360.
- 6 Andreou A, Karasavidou A, Papadopoulou F, Koukoulidis A. Iliopsoas abscess in a neonate. Am J Perinatol 1997; 14: 519-521.
- 7 Filho GJL, Matone J, Arasaki CH, Kim SB, Mansur NS. Psoas abscess: diagnostic and therapeutic considerations in six patients. Int Surg 2000; 85: 339-343.
- 8 Ralls PW, Boswell W, Henderson R, et al. CT of inflammatory disease of the psoas muscle. Am J Roentgenol 1980; 131: 767-770
- 9 Lee JK, Gleezer HS. Psoas muscle disorders: MR imaging.
- 10 Taiwo B. Psoas abscess. A primer for the internist. Case report. South Med J 2001; 94: 78-80.
- 11 Ricci MA, Rose FB, Meyer KK. Pyogenic psoas abscess: worldwide variation in etiology. World J Surg 1986; 10: 834-836.
- 12 Ergan M, Macro M, Benhamou CL, et al. Septic arthritis of lumbar facet joints. A review of six cases. Rev Rhum Ed 1997; 64: 386-395.
- 13 Gupta S, Suri S, Gulati M, Singh P. Iliopsoas abscess: percutaneous drainage under image guidance. Clin Radiol 1997; 52: 704-707.
- 14 Gültekin EY, zdamar AS, zkrkğl C, Gkalp A, Parlaktas A. Psoas apsesi. roloji Blteni 1994; 5: 91-94.
- 15 Navarro V, Meseguer V, Fernandez A, et al. Psoas muscle abscess. Description of a series of 19 cases. Enferm Infect Microbiol Clin 1998; 16: 118-122.
- 16 Yılmaz A, Damadođlu E, Aybatlı A. Soliter pulmoner nodle tanısıl yaklaşım. Tberkloz ve Toraks Dergisi 2005; 53: 307-318.
- 17 Johnson SC, Stamm CP, Hicks CB. Tuberculous psoas muscle abscess following chemoprophylaxis with isoniazid in a patient with human immunodeficiency virus infection. Rev Infect Dis 1990; 12: 754-756.