

Ali KUTLUCAN
Gökhan CELBEK
Hafize TİTİZ
Abdurrezak YILMAZ
Seher KIR
Yusuf AYDIN



OLGU SUNUMU

GERİATRİK YAŞTA ÜROGENİTAL ENFEKSİYON SONUCU GELİŞEN MORTAL SEYREDEN BİLATERAL PSOAS APSESİ

Öz

Psoas absesi nadir rastlanan, tanısı zor ve geç konulan bir durumdur. Primer ve sekonder olarak sınıflandırılır. Erişkin hastalarda üriner sistem enfeksiyonlarına sekonder psoas absesi gelişmesi nadir bir durumdur. Olgumuz 79 yaşında erkek hasta, ürosepsis tanısıyla yatırıldı. Uygun antibiyotik tedavisine rağmen genel düşüklük hali, hipotansiyon ve ateş kliniği devam etti. Çekilen batin bilgisayarlı tomografide bilateral iliopsoas kasında retroperitoneal alana kadar uzanım gösteren apseler izlendi. İliopsoas apselerine perkütan yolla drenaj kateteri yerleştirildi. Kontrol tomografide batin içinde yaygın kistik-apse odakları saptandı. Cerrahi drenaj için hazırlanırken gelişen ani kardiyak arrest nedeniyle hasta exitus oldu. Psoas absesi özgün olmayan klinik bulguları ve nadir görülen bir durum olması nedeniyle tanısı geciken, yanlış tanı ile mortalite oranı yükselen ve apse drenajı yapılmayan vakalarda mortalite oranı %100'e ulaşan bir durumdur

Anahtar Sözcükler: Psoas Apsesi; Yaşlı; Enfeksiyon/Komplikasyon.



CASE REPORT

MORTAL BILATERAL PSOAS ABSCESS CAUSED BY UROGENITAL INFECTION IN GERIATRIC AGE

ABSTRACT

Psoas abscess (PA) is a rare condition which is difficult to diagnose, so its diagnosis may be delayed. It is classified as primary and secondary psoas abscess. In adult patients, PA caused by urinary tract infections is a rare entity. Our case, a 79 year old male patient was hospitalized with a diagnosis of urosepsis. In his follow-up despite the appropriate antibiotic therapy the symptoms of fever, hypotension and general weakness persisted. Abdominal computed tomography, showed bilateral iliopsoas muscle abscesses extending to the retroperitoneal area. Percutaneous drainage catheters were inserted into iliopsoas abscesses. Control computed tomography revealed disseminated cystic-abscess centers in the abdomen. During preoperative management for surgical drainage of abscesses, the patient died due to a sudden cardiac arrest. Psoas abscess is an entity, with delayed diagnosis because of its nonspecific clinical features and infrequency. Its mortality rate is high due to misdiagnosis and may even reach upto 100% in the absence of abscess drainage.

Key Words: Psoas Abscess; Aged; Infection/Complications.

İletişim (Correspondance)

Gökhan CELBEK
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı DÜZCE

Tlf: 0532 582 06 06
e-posta: drgokhancelbek@hotmail.com

Geliş Tarihi: 29/02/2012
(Received)

Kabul Tarihi: 11/06/2012
(Accepted)

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı DÜZCE



GİRİŞ

Psosas apsesi (PA) nadir rastlanan, tanısı zor ve geç konulan bir durumdur. PA yaşlılarda daha seyrek görülürken, çocuklarda daha sık görülmektedir (1). PA primer ve sekonder olarak sınıflandırılır. Primer PA'de etyoloji belli değildir, vücutta saptanamayan bir odaktan mikroorganizmaların hematogen veya lenfojen yolla yayılması ile meydana gelir (2). Sekonder PA'lerinde ilk sırayı Crohn hastalığı almaktadır (3). Üriner sistem enfeksiyonlarına sekonder gelişmesi daha çok çocuklarda görülmektedir.

Klasik prezentasyonu ateş, sırt ağrısı, uyluk ve kasık bölgesinde ağrı ile karakterizedir. Lezyonun tanısında ve boyutunun belirlenmesinde BT veya USG kullanılması önerilmektedir. USG ya da BT eşliğinde perkütan abse drenajı ile birlikte antibiyoterapi en çok tercih edilen tedavi yöntemidir (4).

Burada; idrar yolları enfeksiyonu sonucu gelişen, mortal seyreden ve geriatric yaşta olan hastada PA olgusunu sunulmuştur.

OLGU

Yetmiş dokuz yaşında erkek hasta, idrar yaparken yanma, ateş ve genel durumda bozulma nedeniyle acil servise başvurdu. Yapılan tetkiklerinde piyüri, CRP yüksekliği, ateş, lökositoz olması nedeniyle idrar yolları enfeksiyonu tanısı konuldu, hipotansiyon, ateş ve taşikardi olması nedeniyle ürosepsis ön tanısıyla kliniğimize yatırıldı. Laboratuvar değerleri aşağıdaki gibidir (Tablo 1). Özgeçmişinde özellik yoktu. Bilinen ilaç kullanımı yoktu. Sistem sorgusunda dizüri, ateş, karın ağrısı dışında özellik belirtmedi. Hastanın kan ve idrar kültürleri alınarak Seftriakson tedavisi başlandı. İdrar kültüründe *Escherichia coli* (*E.Coli*) üreyen hastanın takibinde genel durum kötülüğü, hipotansiyon ve ateş kliniği devam etti, testislerinde akıntılı lezyon gelişti. Ancak testislerde ve perineal bölgede belirgin ödem, nekroz, ağrı, krepitasyon, eritem, mevcut değildi. Akıntudan gönderilen kültürlerde *pseudomonas aeruginosa* (*P.aeruginosa*) ve *E. Coli* üredi. Hem idrar hem de akıntıda seftriakson dirençli, imipenem duyarlı *E.Coli* üremesi üzerine antibiyotik tedavisi imipenem ile değiştirildi. Akıntıda aynı zamanda imipenem ve tigesiklin duyarlı *P.aeruginosa* üredi, imipenem duyarlılığı olması ve hastaya imipenem başlanmış olması nedeniyle antiyoterapide değişiklik yapılmadı. İdrar ve testisteki akıntudan üreyen *E.coli* suşlarının ikisinde antibiyogramlarında; İmipeneme duyarlılık ve seftriakson, sefotaksim, sefepim, sefaperazon-sulbaktam, trimetoprim-sülfametoksazol ile siprofloksasine dirençlilik saptanması nedeniyle etkenlerin aynı odaklı olduğu düşünüldü.

Tablo 1— Başvuru Anındaki Laboratuvar Değerleri

Parametreler	Hastanın Değerleri	Normal Değerler
Lökosit (10 ³ u/L)	13.9	5.2-12.5
Hemoglobin (g/dL)	12	12-18
Hematokrit (%)	37	35-55
Platelet (10 ³ u/L)	313	150-450
Sedim (mm/saat)	28	0-20
C-Reaktif Protein (mg/dL)	22	<0.5
Glukoz (mg/dL)	85	70-115
Kan Üre Azotu (mg/dL)	14	6-20
Kreatinin (mg/dL)	0.9	0.7-1.2
Sodyum (mEq/L)	132	136-145
Potasyum (mEq/L)	4.9	3.5-5
Klor (mEq/L)	95	98-110
Kalsiyum (mg/dL)	8.6	8.6-10.2
Fosfor (mg/dL)	3	2.7-4.5
ALT (U/mL)	14	0-41
AST (IU/L)	34	0-40
Ferritin (ng/mL)	515	30-400
CA 19-9 (IU/mL)	<2.5	0-33
CEA (ng/mL)	2.8	0-3.8
Alfa Feto Protein	1.4	0.5-5.5
Brucella Tüp Aglutinasyonu	Negatif	Negatif
Salmonella Gruber-Widal Aglutinasyon Testi	Negatif	Negatif

Yapılan skrotal USG'de apse saptanmadı. Diğer bir enfeksiyon odağı araştırılmak üzere çekilen batın USG'de iliopsoas lokalizasyonunda patoloji saptandı, çekilen batın BT'de solda daha büyük boyutta bilateral iliopsoas kasında lokalize solda retroperitoneal alan kadar uzanım gösteren apse ile uyumlu sıvı koleksiyonları izlendi (Şekil 1). İliopsoas apselerine perkütan yolla drenaj kateteri yerleştirildi. İki ayrı zamanda alınan apse materyali patolojiye ve kültüre gönderildi. Apse materyali ile uyumlu ve lenfosit hakimiyetinde iltihabi hücreler saptandı fakat üreme olmadı. Apse etyolojisine yönelik bakılan tetkiklerde ARB saptanmadı, mikobakteri kültüründe üreme olmadı, tümör markerları normal, *Salmonella* Gruber Widal aglutinasyon testi ve *Brucella* tüp aglutinasyon testi negatif saptandı, cerrahi girişim öyküsü yoktu. Kontrol BT'de batın içinde yaygın kistik-apse odakları saptanması üzerine, antibiyotik tedavisinin ve iki bölgedeki apse drenajının yeterli olmadığı düşünülerek farklı apse odakları için cerrahi operasyon planlandı. Cerrahi drenaj açısından preoperatif hazırlanırken gelişen ani kardiyak ve solunum arresti nedeniyle hasta hayatını kaybetti.



Şekil 1— Bilateral iliopsoas kasında lokalize sıvı koleksiyonları.

TARTIŞMA

İliopsoas kompartmanı, iliak kas ve iliopsoas kasının içeren ekstraperitoneal bölgedeki bir alandır. Psoas major vertebral kolonun lomber bölgesinde yerleşmiş uzun fusiform bir kas olup alt pelvise kadar uzanır. Lomber 5 ve Torakal 12 vertebraların lateral kenarlarında uzanır. Psoas major ve iliakus kasları bazen iliopsoas adı altında tek kas olarak adlandırılır. Psoas kası sigmoid kolon, apendiks, jejunum, üreterler, abdominal aorta, böbrekler, pankreas, vertebral ve iliak lenf nodları ile yakın komşuluğu bulunmaktadır. Bu yüzden bu organların enfeksiyonları iliopsoas kasına yayılabilir (3). Hastamızda alt ve üst üriner sistem enfeksiyonu vardı ve enfeksiyonun mesane, üreter ve böbreklerde olduğu düşünülürse iliopsoas kasında apse oluşması daha kolay hale gelmiştir.

PA nadir rastlanan, tanısı zor ve geç konulan bir durumdur. Yaşlılarda daha seyrek görülüp, çocuklarda daha sık görülmesine rağmen (1) hastamız geriatric yaşta olup PA tanısı almıştır. Bu olgu hastanın yaşı ne olursa olsun antibiyotik tedavisine yanıtız hastalarda PA ihtimalinin göz önünde bulundurulması gerçeğini ortaya koymaktadır. İliopsoas apsesi eşlik eden hastalık olup olmamasına göre primer veya sekonder olarak adlandırılmakta olup primer iliopsoas apsesi vücuttaki gizli bir enfeksiyon odağından hematogen yayılım sonucu oluşabilir. Primer iliopsoas absesi; diabetes mellitus, intravenöz ilaç kullanımı, AIDS, böbrek yetmezliği, immün süp-

resyon durumları ve geriatric popülasyonda daha sık görülmektedir (5). Aynı zamanda immun sistem yaşlanması ile birlikte immun yanıtta progressif bozulma olmaktadır (6). Hastamızın özgeçmişinde bilinen bir hastalık olmamasına rağmen yaşının ileri olması nedeniyle, immun sistemi zayıflamış olup, bu tabloyu ortaya çıkarmış olabileceği düşünülmüştür.

Vakaların çoğunu primer olgular oluşturmaktadır ve en sık etkenler *Staphylococcus aureus* başta olmak üzere *E. coli*, *P. aeruginosa*, ayrıca özellikle ülkemiz için önemli bir hastalık etkenleri olan *Mycobacterium tuberculosis*'in ve *Brucella* türlerinin de etken olabileceği bilinmektedir (3). Hastamızın apse drenajında; lenfosit hakimiyetinde iltihabi hücreler saptandı, ARB saptanmadı, spesifik kültürler ve mikobakteri kültüründe üreme olmadı. *Brucella* tüp aglütinasyon testleri negatif idi ve drenaj kültüründe üreme olmaması drenajın antibiyotik tedavisi altında iken yapılmış olmasına bağlandı.

İliopsoas apsесinin klinik prezentasyonu değişken olup sıklıkla non spesifiktir. Hastalar sıklıkla ateş, sırt ağrısı, uyluk ve kasık bölgesinde ağrı ile başvururlar (4). Bizim hastamız acil servise dizüri, ateş ve genel durum bozulması şikayetleri ile başvurdu. Hastada idrar yolları enfeksiyonu ve piyüri olması nedeniyle ilk etapta idrar yolları enfeksiyonu tedavisi verildi, ancak antibiyoterapiye rağmen genel durumunun düzelmemesi ve septik şok tablosunda olması nedeniyle başka enfeksiyon odağı olabileceği düşünüldü.

İliopsoas apsесinde, laboratuvar bulgularında beyaz küre yüksekliği, CRP yüksekliği, anemi ve sedim yüksekliği görülebilir (7). Hastamızın ilk başvurusunda beyaz küre, CRP ve sedim yüksekliği mevcuttu. Lezyonun tanısında ve boyutunun belirlenmesinde bilgisayarlı tomografi veya ultrasonografi kullanılması önerilmektedir. Ultrasonografi vakaların sadece %60'ında tanıya yardımcı olur iken, hastalığın tanısını koymakta tomografi altın standart tetkik olarak düşünülmektedir (3). Hastamızda antibiyotik tedavisine yanıt alınmadı. Bunun üzerine diğer bir enfeksiyon odağı araştırılmak üzere çekilen batın ultrasonografisinde iliopsoas lokalizasyonunda patoloji saptanmazken, çekilen batın tomografisinde solda daha büyük boyutta bilateral iliopsoas kasında lokalize solda retroperitoneal alana kadar uzanım gösteren apse ile uyumlu kalın duvarlı kontrast madde enjeksiyonu sonrası duvarı kontrast tutulumu gösteren sıvı koleksiyonları izlendi.

Tedavide antibiyotik ve apse drenajı birlikte önerilmektedir (8). Apsе drenajı cerrahi veya radyoloji eşliğinde perkütan drenaj olarak önerilmektedir. Sekonder PA'da tedavi, drenaj ile birlikte apseye neden olan primer hastalığın tedavisini içermelidir (9). Hastamızda iliopsoas apselerine tomografi eşliğinde perkütan yolla drenaj kateteri yerleştirildi ve antibiyotik tedavisine devam edildi.



Sonuç olarak; üriner sistem enfeksiyonuna sekonder PA geriatrik yaşta çok nadir görülmektedir. PA özgün olmayan klinik bulguları ve nadir görülen bir durum olması nedeniyle kolaylıkla tanısı geciken, yanlış tanılar ile mortalite oranı yükselen ve tedavi edilmeyen vakalarda mortalite %100'e ulaşan bir durumdur (10). Takibinde belirgin odak bulunamadığı halde sepsis tablosu ile seyreden hastalarda etyolojide PA'da düşünülmalıdır ve erken dönemde tanıya yönelik gerekli tanısal yaklaşımlar yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Gruenwald I, Abrahamson J, Cohen O. Psoas abscess: Case report and review of the literature. *J Urol* 1992;147:1624-6. (PMID:1593704).
2. Atras S, Alan C, Önder AU, Mihmanlı İ, Talat Z, Yalçın V. Psoas abscess. *Cerrahpaşa J Med* 2000;31:89-93.
3. Mallick IH, Thoufeeq MH, Rajendran TP. Iliopsoas abscesses. *Postgrad Med J* 2004;80:459-62. (PMID:15299155).
4. Zhou Z, Song Y, Cal, Q, Zeng J. Primary psoas abscess extending to thigh adductors: Case report. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2010;11:176. (PMID:20691069).
5. Walsh TR, Reilly JR, Hanley E, Webster M, Peitzman A, Steed DL. Changing etiology of iliopsoas abscess. *Am J Surg* 1992;163:413-6. (PMID:1532700).
6. Carmen P. Wong, Emily Ho. Zinc and its role in age-related inflammation and immune dysfunction. *Mol Nutr Food Res* 2012;56:77-87. (PMID:22076675).
7. Taiwo B. Psoas abscess: a primer for the internist. *South Med J* 2001;94:2-5. (PMID:11213936).
8. Lopez VN, Ramos JM, Meseguer V, et al, GTI-SEMI Group. Microbiology and outcome of iliopsoas abscess in 124 patients. *Medicine* 2009;88:120-30. (PMID:19282703).
9. Baier PK, Arampatzis G, Imdahl A, Hopt UT. The iliopsoas abscess: aetiology, therapy, and outcome. *Langenbecks Arch Surg* 2006;391:411-7. (PMID:16680473).
10. Suzaki A, Takazoe M. Successful medical management of multilocular psoas abscess in a pregnant woman with Crohn's disease: A case report. *Journal of Nihon University Medical Association* 2011;70:50-3.