

ACİL SERVİSTE BİR PSOAS ABSESİ OLGUSU

*KANDİŞ H., **ÇAKIR Z., ***İLİCA A.T., ****KATIRCI Y.,
**GENÇTÜRK G., **ÇETİNGÖZ O.

*Diyarbakır Asker Hastanesi Acil Servisi - Diyarbakır
**Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı - Erzurum
***Diyarbakır Asker Hastanesi Radyoloji Kliniği - Diyarbakır
****Yozgat Devlet Hastanesi Acil Servisi - Yozgat

İletişim Adresi ve Sorumlu Yazar Dr. Zeynep Çakır
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı 25090 Palandöken-Erzurum
Tel: 0 442 316 63 03 (1463), Faks: 0 442 316 63 40, E-mail: zeynepcakir@hotmail.com

Başvuru tarihi: 09.01.2008
Kabul Tarihi: 24.01.2008

ÖZET

Psoas absesi nadir rastlanılan, genellikle tanısı zor ve geç konulan bir durumdur. Klasik semptomlar vakaların yalnızca %30'unda bulunduğundan, hastalar çoğunlukla geç tanı ve dolayısıyla geç tedavi almaktadır. Tanı için genellikle batın ultrasonografisi ve bilgisayarlı tomografisi yeterli olmaktadır. Bununla birlikte konvansiyonel grafilerde abse olan tarafta psoas kası gölgesinin kaybolması önemli bir ipucudur. Psoas absesi yönetiminde antibiyotik tedavisi ve direnaj kombinasyonu önerilmektedir. Biz burada acil servislerde nadir görülen ve konvansiyonel radyografi ile tanı koyduğumuz psoas absesi olgusunu sunduk.

Anahtar Kelimeler: Psoas absesi, tanısız zorluk, konvansiyonel grafiler.

A PSOAS ABSCESS CASE IN EMERGENCY DEPARTMENT

SUMMARY

Psoas abscess is a rare a condition and its diagnosis is usually delayed and difficult. Because classical symptoms and findings are only encountered in 30 % of the cases, the diagnosis and therefore treatment are usually delayed. Ultrasonography and computed tomography of abdomen are used for the diagnosis. However, disappearing of psoas muscle shadow in the conventional radiography is a useful clue in the location of abscess. Combination of antibiotic treatment and drainage are recommended in the management of psoas abscess. We herein, present a case with psoas abscess rarely seen in emergency department, diagnosed with conventional radiography.

Key Words: Psoas abscess, diagnostic difficulty, conventional radiography.

GİRİŞ

Psoas absesi nadir görülür ve akla getirilmediği takdirde klinik olarak tanısı zordur.^{1,2,3} Psoas absesinin görülme sıklığı bilinmemekle beraber son yıllarda tesbit edilen vaka sayısında artış vardır.² Klasik bulguları ateş, karın ağrısı, bel ağrısı ve topallayarak yürümedir.^{3,4} İştahsızlık, titreme, kilo kaybı ve kitle eşlik edebilir.^{1,5} Lökositoz, anemi ve yüksek sedimentasyon belli başlı laboratuvar bulgularıdır. Klasik bulgular olguların %30'nunda bulunduğundan tanı gecikebilir.⁶ Tanı için psoas absesi düşünülen olgularda ultrasonografi (USG) veya bilgisayarlı batın tomografisi (BBT) yeterli olmaktadır.^{4,7} Konvansiyonel grafilerde abse olan tarafta psoas kası gölgesi kaybolabilir. Psoas absesinin yönetiminde antibiyotik tedavisi ve cerrahi olarak absenin boşaltılması beraber önerilmektedir. Erken tanı yapıldığı takdirde zamanında başlanan uygun tedavi ile prognoz iyi olmasına rağmen, geciken ve yanlış tanı ve tedavi alan vakalarda mortalite oranı % 100'e ulaşmaktadır. Biz bu çalışmamızda iki önemli nokta üzerinde durmayı

amaçladık. Bunlardan birincisi psoas absesi ile ilgili bilgilerimizi literatür eşliğinde tartışmak, ikincisi ise erken tanı ve tedavi için istenilen tetkik ve muayene bulgularımızı sistematik olarak değerlendirmenin önemini vurgulamaktır.

OLGU

Yirmi yaşında erkek hasta acil servise bir haftadır süren ateş, yan ağrısı ve idrar yaparken yanma şikâyetleriyle ile başvurdu. Yapılan fizik muayenede, genel durum orta şuurdu. Ateş:39°C, Nabız:110/dk olması dışında vital bulguları özellik arz etmiyordu. Batın muayenesinde sağda palpasyonda hassasiyeti mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri olağandı. Laboratuvar incelemesinde, lökosit 16000/mm³, sedimentasyon hızı 30 mm/saat, idrar mikroskopisinde 10–12 lökosit olması dışında özellik tespit edilmedi. İdrar yolu enfeksiyonu veya renal kolik ön tanıları düşünülen hastaya çekilen direkt üriner sistem grafisinde sağda psoas kas gölgesi izlenilememekteydi. Psoas kası gölgesi tek taraflı izlendiğinden, hastada kitle, abse, lokalize mayi gibi yer kaplayıcı bir lezyonun ayırıcı

tanısını yapmak amacıyla batın tomografisi çekirildi. Psoas absesi ile uyumlu görüntüsü olan hasta üroloji kliniğine yatırılı yapılarak absenin cerrahi olarak boşaltılması sağlandı. Cerrahi müdahale sonrası 10'uncu günde şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Psoas kası onikinci göğüs ve tüm bel omurlarının transvers çıkıntılarından ve intervertebral disklerinden başlar, omurganın iki yanından aşağı dışa doğru iner, inguinal ligamanın altından geçerek iliyağ kasın lifleri ile birleşir ve femurda trokanter minöre yapışarak sonlanır. Uyluğa fleksiyon hareketi yaptırır. Uyluğa fleksiyon hareketi yaptıran psoas kasının zengin bir vasküler yapıya sahip olması, kapalı bölgelerden bile hematogen yolla kontaminasyonuna sebep olmaktadır.⁴

Psoas absesi çocuklarda ve gençlerde ileri yaşlara göre daha sık oluşmaktadır. Literatürde yayınlanmış en küçük psoas abseli olgu 18 günlükdür.⁸ Psoas abseli olguların yaklaşık %70'i 20 yaşından daha gençtir. Erkeklerde bayanlara oranla üç kat fazla tesbit edilmiştir. Psoas absesi, vakaların %57'sinde sağ tarafta, %40'ında sol tarafta, %3'ünde ise biletaral olarak görülür.⁹ Bizim olgumuzda erkek ve abse lokalizasyonu sağ tarafta idi. Bu özellikleriyle literatürle paralellik göstermektedir.

Psoas absesi, etyolojisine göre primer ve sekonder olarak sınıflandırılabilir. Primer psoas absesinde etyoloji belli değildir. Mikroorganizmaların vücutta saptanamayan bir odaktan hematogen veya lenfojen yolla yayılması ile oluşur. Böyle olgular daha çok gelişmekte olan ülkelerde yaygındır. Gelişmiş olan Avrupa ülkelerinde primer psoas absesi, uyuşturucu bağımlılarında, HIV ile enfekte kişilerde, kronik hastalığı olanlarda ve maligniteli kişilerde daha sık görülür.² Bizim olgumuzda psoas absesinin etyolojisi belirlenemediğinden primer psoas absesi olarak değerlendirildi.

Sekonder psoas absesi ise psoas kası yakın komşuluğundaki retroperitoneal organların, gastrointestinal ve iskelet sistemlerinin enfeksiyon hastalıklarına bağlı olarak oluşur. En fazla crohn hastalığında görülürken, daha az sıklıkla apandisit, kolon hastalıkları, disk enfeksiyonları ve osteomyelit, perirenal enfeksiyonlar, piyonefroz, cerrahi girişim sonrası ve yabancı cisim komplikasyonlarına bağlı sekonder psoas abseleri görülebilir.^{1,2,4,10} Günümüzde geçmiş yıllara göre azalmış olmasına rağmen tüberküloza bağlı sekonder psoas absesi görülebilmektedir.^{3,4}

Psoas absesinin klasik belirti ve bulguları ateş, karın veya bel ağrısı ve topallayarak yürümedir.^{3,4} İştahsızlık, titreme, kilo kaybı, kitle ve şişkinlik gibi nonspesifik bulgular da görülebilir.^{1,5} Enfeksiyonu düşündüren lokositoz ve sedimentasyon hızında yükselme en sık görülen laboratuvar bulgularıdır.^{1,4} Bazı olgularda anemi görülebilir. Ancak klasik semptomlar yalnızca üç olgudan birinde gözlemlenebildiğinden dolayı çoğunlukla vakalar geç tanı ve dolayısıyla geç tedavi almaktadır.^{6,11} Birçok hastalıkla uyumlu olabilen klinik tablo yüzünden ayırıcı tanısı karmaşık olabilir. Olgumuzda yan ağrısı, ateş ve idrarda yanma şikayetleri mevcut olduğu için idrar yolu enfeksiyonu veya renal kolik ön tanılarını almıştı.

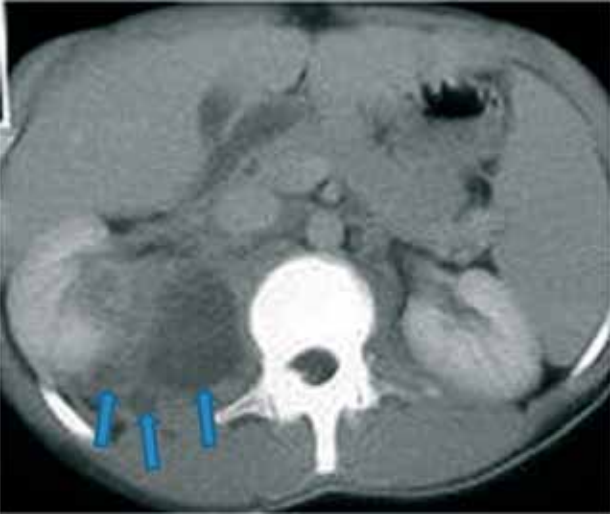
Psoas absesinde erken ve kesin tanı mortalite ve morbiditenin düşürülmesi için önemlidir. Tanı ve tedavinin gecikmesi ölümlerle sonuçlanabilmektedir. Ölüm sebebi çoğunlukla tanı ve tedavinin geciktiği olgulardaki septik komplikasyonlara bağlıdır.^{10,11} Doğru tanı öncelikle hastalıktan şüphelenmek, sonrasında ise uygun fizik muayene bulguları ile istenilen laboratuvar ve görüntüleme yöntemlerinin değerlendirilmesi ile olmaktadır. Bizim olgumuzda semptomlar nonspesifik olmasına rağmen, istenilen konvansiyonel grafinin dikkatli bir şekilde incelenmesi sonucu tanıya yaklaşılmıştır.

Psoas absesinde tanı için genellikle USG veya BBT yeterli olmaktadır. Konvansiyonel grafiler de tanıya yardımcı olabilir. Direkt karın grafisinde abse olan tarafta diyafragma yükselme ve psoas kas gölgesinde genişleme veya psoas kas gölgesi kaybı olabilir. Aynı zamanda etkilenen tarafta skolyoz ve gaz artışı gözlemlenebilir.¹² Şüpheli devam eden vakalarda BBT çekirilmelidir. Olgumuzda çekilen direkt üriner sistem grafisinde sağda psoas kas gölgesi izlenmemekteydi (Şekil 1.). Psoas kas gölgesinin görülmemesi nedeniyle çekilen BBT'de sağda psoas absesi tesbit edildi (Şekil 2.).



Şekil 1. Olguya ait direkt grafi: Sağda psoas kas gölgesi izlenmemektedir.

Son yıllarda psoas absesi olgularına daha sık rastlanmaktadır.² Bu durumun hastaların sayıca artmasından değil, yanlış tanı alan ve yanlış tedavi verilen psoas absesi olgularının gelişen radyolojik yöntemlerin katkısı ile doğru tanı ve tedavi almasından kaynaklandığını düşünmekteyiz. İleri radyolojik incelemelerin tanıya olan olumlu katkısına rağmen, olgumuzda olduğu gibi, ayırıcı tanıda istenilecek konvansiyonel grafiler de tanıya yardımcı olabilmektedir.



Şekil 2. Olguya ait bilgisayarlı batın tomografisi: Sağ psoas kası içerisinde çok odaklı psoas absesi.

Psoas absesindeki en sık rastlanan enfeksiyon etkeni stafilokokkus aureusdur. Stafilokokkus aureusu azalan sıklıkla streptokoklar ve E. coli izlemektedir. ^{4,11} Olgumuzda da abse drenajı sonucu kültürde stafilokokkus aureus üredi.

Psoas absesinin tedavisinde antibiyoterapi ve abse boşaltılması beraber önerilmektedir. Abse boşaltılmasında perkütan veya açık cerrahi yöntem tercih edilebilir. Açık cerrahi direnaj, perkütanöz direnaja göre daha invaziv olmakla birlikte hastanede kalış süresi iki kat daha azdır. ^{2,4,11} Bizim olgumuzda abse, üroloji kliniği tarafından açık cerrahi direnaj ile boşaltıldı. Abse direnaja sonrası hastanın bulgularında hızla düzelme saptandı, herhangi bir komplikasyon gelişmedi. On gün sonra şifa ile taburcu edildi.

Sonuç olarak; Psoas absesinin değişken ve özgün olmayan kliniğinin yanı sıra nadir görülen bir durum olması kolaylıkla tanısız zorluğa neden olabilmektedir. Tanıda gecikme ve yanlış tanıyı önlemek için istenilen tetkikler ve muayene bulguları sistematik şekilde değerlendirilmelidir. İlerlemiş radyolojik görüntüleme yöntemlerine rağmen bazı hastalıkların tanısında, konvansiyonel grafilerin tanı ve ayırıcı tanı için hala önemli bir yeri olduğunu düşünmekteyiz. Bu durumlardan biri de direkt radyografide, abse olan tarafta psoas gölgesinin kaybolması ile dikkat çeken psoas absesidir.

KAYNAKLAR

1. Gruenwald I, Abrahamson J, Cohen O. Psoas abscess: Case report and review of the literature. J Urol 1992; 147: 1624-1626.
2. Van den Berge M, De Marie S, Kuipers T, Jansz A.R., Bravenboer B. Psoas abscess: report of a series and review of the literature. The journal of medicine 2005;63:413-416
3. Çubukçu S, Gürbüz Ü, Çevikol C, Aktan Ş, Tuncer T. Primary Psoas Abscess Presented Only with Low Back Pain. Türk Fiz Tıp Rehab Derg. 2006;52:137-140
4. Ataus S, Alan C, Önder A.U, Mihmanlı İ, Talat Z, Yalçın V. Psoas abscess. Cerrahpaşa J Med 2000; 31: 89-93.
5. Lee YT, Lee CM, Su SC, Liu CP, Wang TE. Psoas abscess:a 10 year review. J Microbiol Immunol Infect1999;32:40-46
6. Kao PF,Tzen KY, Tsui Kh,TsaiMF,Yen TC. The specific gallium-67 scale uptake pattern in psoas abscesses. Eur J Nucl Med 1998 ;255: 1442-1447
7. Zakkar M.S., Mo K.W.L., Abtin A, Jiao L.R. A Mysterious Recurrent Psoas Abscess. The Internet Journal of Surgery. 2005;6 available at: www.ispub.com
8. Andreou A, Karasavvidou A, Papadopoulou F,Koukoulidis A. Iliopsoas abscess in a neonate. Am J Perinatol 1997; 14: 519-521.
9. Thongngarm T, . . Primary psoas abscess.;60:173-174
10. Ricci MA, Rose FB, Meyer KK. Pyogenic psoas abscess: world wide variations in etiology. World J Surg 1986; 10:834-843.
11. Özen M, Arslan S, Güngör S, Baysal T. İdrar Yolu Enfeksiyonuna Sekonder Gelişen Bir Psoas Abse Olgusu. Fırat Tıp Dergisi 2006;11: 179-181
12. Ak G, Alemdaroğlu E, Cılız D, Özoran K. Primer Pyojenik Psoas Absesi Olgusu Sunumu. Fiziksel Tıp 2003; 6: 33-35