

An Atypical Presentation of Psoas Abscess: Can Sterile Pyuria be a Sign?

Atipik Klinikle Başvuran Psoas Apsesi; Steril Pyüri Bir İşaret Olabilir mi?

Hurşit Apa, Şükran Keskin, Hasan Tahsin Şahin, Nuri Bayram, İlker Günay, İlker Devrim
Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları Kliniği, İzmir, Türkiye

Abstract

Psoas abscess is a rare clinical situation in which the diagnosis is very difficult and late. Classical symptoms include fever, abdominal and lumbar pain, limping, anorexia, shivering, weight loss and mass at palpation. Psoas abscesses are divided into two groups; primary and secondary. Here we present a rare pediatric case with psoas abscess secondary to urinary tract infection and full recovery was achieved with antimicrobial therapy without requirement for surgical intervention. (*J Pediatr Inf 2013; 7: 31-4*)

Key words: Psoas abscess, urinary tract infection, antimicrobial therapy

Özet

Psoas apsesi ender rastlanılan, genellikle tanısı zor ve geç konulan bir durumdur. PA çocuklarda ve gençlerde daha sık, yaşlılarda daha seyrek görülmektedir. Klasik bulguları ateş, karın ağrısı, bel ağrısı ve topallayarak yürümedir. İştahsızlık, titreme, kilo kaybı ve kitle eşlik edebilir. Psoas apsesi primer ve sekonder olarak sınıflandırılır. İdrar yolu enfeksiyonu kliniği ile gelen izlemde psoas apsesi tanısı alan ve sadece antibiyotik tedavisi ile düzelen, nadir görülen olgu sunuldu. (*J Pediatr Inf 2013; 7: 31-4*)

Anahtar kelimeler: Psoas apsesi, idrar yolu enfeksiyonu, antibiyotik tedavisi

Received/Geliş Tarihi:

24.05.2012

Accepted/Kabul Tarihi:

11.06.2012

Correspondence

Address

Yazışma Adresi:

Dr. Hurşit Apa

Dr. Behçet Uz Çocuk

Hastalıkları ve Cerrahisi

Eğitim ve Araştırma

Hastanesi, İnfeksiyon

Hastalıkları Kliniği,

İzmir, Türkiye

Phone: +90 232 489 56 56

E-mail:

hur.apa@hotmail.com

©Copyright 2013 by
Pediatric Infectious Diseases
Society - Available online at
www.cocukenfeksiyon.com

©Telif Hakkı 2013
Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları
Derneği - Makale metnine
www.cocukenfeksiyon.com
web sayfasından ulaşılabilir.
doi:10.5152/ced.2013.07

Giriş

Psoas apsesi (PA) ender rastlanılan, genellikle tanısı zor ve geç konulan bir durumdur. PA çocuklarda ve gençlerde daha sık, yaşlılarda daha seyrek görülmektedir. Klasik bulguları ateş, karın ağrısı, bel ağrısı ve topallayarak yürümedir. İştahsızlık, titreme, kilo kaybı eşlik edebilir. Mortalite oranı geç tanı alan ve uygun tedavi almayan vakalarda ciddi oranda artmaktadır. Psoas apsesisin gelişmesine altta yatan başka bir hastalığın neden olup olmamasına göre primer ve sekonder olarak sınıflandırılmaktadır (1, 2). Bu vaka sunumunda önce idrar yolu enfeksiyonu tanısı ile izlenen ve görüntüleme tetkikleri sonrası idrar yolu enfeksiyonuna sekonder gelişen psoas apsesi tanısı konulan ve cerrahi girişim gerektirmeden sadece antibiyotik tedavisi ile düzelen bir olgu sunulmuştur.

Olgu Sunumu

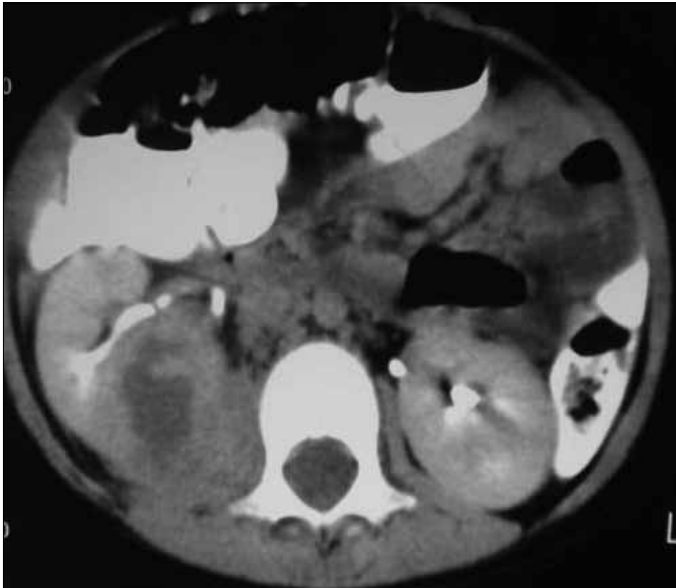
Beş yaşındaki kız olgu, bir gün önce başlayan karın ağrısı, kusma ve ateş yüksekliği şika-

yetleri ile hastanemizin acil polikliniğine başvurdu. Hastanın vücut ağırlığı 17.500 kg (25-50 persentil arasında) ve boyu 110 cm (50-75 persentil arasında) olarak ölçüldü. Fizik muayenesinde orofarinks hiperemisi dışında diğer sistem muayeneleri olağandı.

Hastanın ilk başvuru Hemoglobin değeri: 11.0 gr/dL, beyaz küre sayısı 21.800/mm³ (%82 Polimorfonükleer lökosit oranı), trombosit sayısı 356.000/mm³ saptandı. Eritrosit sedimentasyon hızı: 76 mm/saat, C-reaktif protein düzeyi: 12.2 mg/dL (N:<0.3 mg/dL) olarak tespit edildi. Biyokimyasal parametrelerinde anormal değerler saptanmadı. Postero-anterior akciğer grafisinde patoloji bulunmamaktaydı. Tam idrar tahlilinde nitrit negatif, mikroskobisinde bol lökosit, 2-3 eritrosit saptandı. Olgunun kan ve idrar kültürleri gönderildikten sonra üst idrar yolu enfeksiyonu, pyelonefrit ön tanısı ile 100 mg/kg/gün, intravenöz seftriakson başlandı. İdrar ve kan kültürlerinde bakteri izolasyonu olmadı. Steril piyüri açısından soygeçmiş sorgulandığında ailesinde tüberküloz öyküsü olmadığı öğrenildi.



Özgeçmişinde sık enfeksiyon geçirme ve tüberküloz öyküsü yoktu. Hastanın tüberkülin deri testi anerjik ve serum kantitatif immunglobulin seviyeleri (IgG, IgA, IgM) seviyeleri yaşına göre normal seviyelerde bulundu. Tedavinin 4. gününde olgunun piyürisi ve ateş yükseklikleri devam etmesi üzerine antibiyotik tedavisi piperasilin-tazobaktam (90 mg/kg/doz, dört dozda) ile değiştirildi. Hastanın batin ultrasonografisinde (USG); sağ böbrek orta kesim postero-medial kortikal parankim içinde, yaklaşık 35x27 mm boyutta kistik-nekrotik alan içeren, konturda lobulasyona neden olan ve hipoekoik fokal lezyonu görüldü. Lezyon komşuluğunda sağ psoas kası içinde 24x17x15 mm boyutta kalın duvarlı santral kesimi hipoaneikoik lezyon mevcuttu. Tanımlanan lezyonlar renal ve psoas apsesi lehine değerlendirildi. Renal-Psoas apsesi ile uyumlu görünüm olması nedeniyle çekilen kontrastlı batin bilgisayarlı tomografik incelemede (BT) sağ böbrekte boyut artışı, sağ böbrek orta kesim posteromedial yerleşimli, konturda lobulasyona neden olan, kortikal parankimde 4x3.5x2.5 cm boyutta santral kesimi kistik içeriğe bağlı hipodens, periferi hiperdens, kalın duvarlı, lokal lezyon saptandı. Kas dokusu içinde yaklaşık 2.5x2 cm boyutta düzensiz konturlu, periferinde minimal kontrast tutulumu gösteren, santrali kistik görünümdeki lezyonlar renal ve psoas apsesi lehine düşünüldü (Resim 1, 2). Tedavinin 8. günü olgunun antibiyotik tedavisine metronidazol eklendi. Apse drenajı ve örneklem açısından girişimsel radyoloji ile konsülte edildi. Girişimsel radyoloji tarafından yapılan sonografik incelemede; sağ böbrekten psoas kasına uzanan ve içerisine yayılan apse ile uyumlu görünüm likefaksiyon göstermemekte olup yoğun kıvamda sıvı olarak değerlendirildi. Perkutan yaklaşımla örnek-

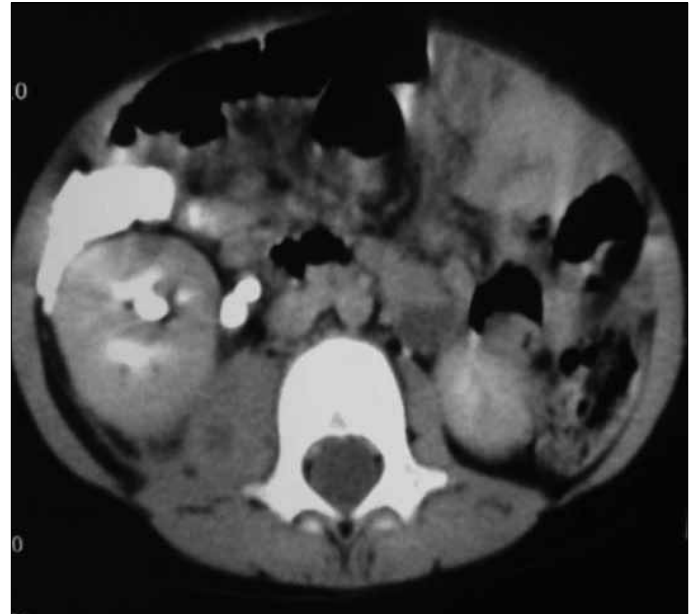


Resim 1. Renal ve psoas apsesi. Santral kesimi kistik içeriğe bağlı hipodens, periferi hiperdens, kalın duvarlı?, lokal lezyon

leme yapılması açısından uygun olmadığı düşünüldü. Miksiyosistoüretrografisinde (MSÜG) solda birinci derece vezikoüreterel reflü saptandı. Tedavinin 11. günü ateş yükseklikleri devam eden olguya açık cerrahi debridman düşünüldü; ancak 13. günden sonra ateşlerinin normal seyretmesi üzerine cerrahi girişime gerek duyulmadı. Kontrol USG'lerde apsenin küçüldüğü ve izlemde tümüyle regresyon olduğu görüldü. Antibiyotik tedavisi 28 güne tamamlandı. Tedavi sonrası USG kontrollerinde apsenin tamamen kaybolduğu görüldü.

Tartışma

Psoas apsesi ender rastlanılan, genellikle tanısı zor ve geç konulan bir enfeksiyondur. PA çocuklarda ve gençlerde daha sık, yaşlılarda daha seyrek görülmektedir. Psoas kası 12. göğüs ve tüm bel omurlarının transvers çıkıntılarından ve intervertebral disklerinden başlar, omurganın iki yanından aşağı dışa doğru iner, inguinal ligamanın altından geçerek iliak kasın lifleri ile birleşir ve femurda trochanter minora yapışarak sonlanır. Uyluğa fleksiyon hareketi yaptıran psoas kasının zengin bir vasküler yapıya sahip olması, kapalı bölgelerden bile hematojen yolla kontaminasyonuna sebep olmaktadır (1). Psoas apsesi çocuklarda ve gençlerde ileri yaşlara göre daha sık oluşmaktadır. Literatürde yayınlanmış en küçük psoas apseli olgu 18 günlüktür. Psoas apseli olguların yaklaşık %70'i 20 yaşından daha gençtir (3). Psoas apsesi, etyolojisine göre primer ve sekonder olarak sınıflandırılır. Primer PA'de etiyoloji belli değildir, vücutta saptanamayan bir odaktan mikroorganizmaların hematojen veya lenfojen yolla yayılması ile meydana gelir. Böyle olgular daha çok



Resim 2. Psoas kasında apse ve kalınlaşma

gelişmekte olan ülkelerde yaygındır. Gelişmiş olan Avrupa ülkelerinde primer psoas apsesi, uyuşturucu bağımlıların da, HIV ile enfekte kişilerde, kronik hastalığı olanlarda ve maligniteli kişilerde daha sık görülür (3, 4). Psoas kasının retroperitoneal organlar, gastrointestinal sistem ve iskelet sistemi ile yakın komşuluğundan dolayı bu sistemlerin enfeksiyöz hastalıklarında sekonder olarak olaya katılabilir (2, 5). Sekonder PA'lerinde ilk sırayı Crohn hastalığı (%60) almaktadır. Eşlik eden diğer nedenler ise sırasıyla apandisit (%16), kolon hastalıkları (%11), (enflamasyonu, ülseratif kolit, divertikülit ve tümörleri), disk enfeksiyonları ve osteomyelit (%10), perirenal enfeksiyonlar, piyonefrozu, cerrahi girişim sonrası, yabancı cisim komplikasyonları ve tüberkülozdur (1, 6). Geçmiş yıllarda Pott hastalığı önemli nedenlerden biri iken şimdi çok nadir görülmektedir (2, 5). Üriner sistem enfeksiyonlarına sekonder gelişen PA'sı daha çok çocuklarda görülmektedir (5). Bizim olgumuzun idrarında pyüri mevcuttu ancak mikroorganizma üretilmedi. Bu nedenle PA'nin idrar yolu enfeksiyonuna sekonder olarak geliştiğini düşündük.

Psoas apsесinin klasik belirti ve bulguları ateş, karın veya bel ağrısı ve topallayarak yürümedir. İştahsızlık, titreme, kilo kaybı, kitle ve şişkinlik gibi nonspesifik bulgular da görülebilir (3, 7, 8). Hastanın supine pozisyonda iken, diz eklemine orta derecede fleksiyonda ve kalça eklemine hafifçe dış rotasyonda tutması şüphe uyandırmalıdır (9). Ancak klasik semptomlar yalnızca üç olgudan birinde gözlemlenebildiğinden dolayı çoğunlukla vakalar geç tanı almaktadır (3). Birçok hastalıkla uyumlu olabilen klinik tablo yüzünden ayırıcı tanısı karmaşık olabilir. Olgumuzda karın ağrısı, ateş ve kusma şikayetleri mevcut olduğu için izlem amacıyla yatırılmış, ancak tetkik edilirken üst üriner sistem enfeksiyonu düşünüldü ve tedavi başlanmıştı (3, 7, 8). Psoas apsесinin ayırıcı tanısında bacakta ağrı ve yürümede zorluk şikayetine çocukluk çağında göreceli olarak daha sık sebep olan kalça hastalıklarını ekarte etmek gerekmektedir. Bunlar sıklıkla septik artrit ve toksik sinovittir. Olgumuzun eşlik eden ekstremitte şikayeti ve bulgularının olmaması bu hastalıkları ekarte ettirdi.

Psoas apsесinde tanı ve tedavinin gecikmesi veya apse drenajının yapılmadığı durumlarda mortalite %100'e ulaşmaktadır. Ölüm nedeni çoğunlukla tanı ve tedavinin geciktiği olgulardaki septik komplikasyonlara bağlıdır (1-5). Öncelikle hastalıktan şüphelenmek, sonrasında ise uygun fizik muayene bulguları ve görüntüleme yöntemleri ile tanının doğrulanması gerekmektedir. Lökositoz, anemi ve yüksek eritrosit sedimentasyon hızı belli başlı laboratuvar bulgularıdır. Lezyonun tanısında ve boyutunun belirlenmesinde USG veya BT kullanılması önerilmektedir. Her ne kadar USG kolay ve hızlı bir yöntem olsa da, BT daha fazla duyarlı olduğu için (%80-100) tercih edilmelidir. Ayrıca tanıyı doğrulamada, apse yayılımının tespit edilmesinde ve perkutanöz drenaj sırasında da BT yar-

dımcı olmaktadır. Manyetik rezonans görüntüleme BT'den daha duyarlıdır (2, 10). Bizim olgumuz hastaneye idrar yolu enfeksiyonu kliniği ile başvurdu, yapılan tetkikler sırasında üst idrar yolu enfeksiyonu tanısı konulup tedavisine başlandı. İleri tetkik amaçlı yapılan batin USG'de psoas apsесinde şüphelenildi ve Batin BT'de ise PA tanısı kesinleşti.

Psoas apsесindeki etken bakteri hastalığın kaynağı ile ilgilidir. Primer tipinde yaş gözetmeksizin *Staphylococcus aureus* en sık rastlanan enfeksiyon etkeni iken, bunu azalan sıklıkla *Serratia marcescens* ve *Pseudomonas* spp izlemektedir (11). Sekonder PA'sinde ise sıklıkla etkenler enterik basiller (*Escherichia coli*, *Streptococcus* spp., *Enterobacter* spp. ve *Salmonella Entertidis*) ve *S.aureus*'dur (12). Vertebral osteomyelite sekonder ise etken sıklıkla *S. aureus* veya *Mycobacterium tuberculosis*'dir. İntestinal enfeksiyon sonrasında gelişmiş PA'de ise aerobik ve anaerobik barsak florası etken olabilmektedir (2, 13). Olgumuzun idrar kültüründe etken üretilmedi ancak steril pyüri açısından yapılan ileri tetkiklerde herhangi bir ajan saptanamadı. İdrar kültüründe etkenin üretilmemesi ayaktan kullandığı antibiyotik tedavisine bağlandı. Kan kültüründe üreme olmadı. Psoas apsесinin idrar yolu enfeksiyonuna sekonder olabileceğini düşündük.

Psoas apsесinde tedavisi primer ve sekonder olmasına göre değişmekle birlikte esas olarak apsenin boşaltılmasıdır. Geleneksel olarak erken tedavi yöntemi perkütan drenaj ve geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi, gerekirse açık operasyondur (13-15). Olgumuza başlangıçta antibiyotik tedavisi başlandı ancak belirgin bir yanıt alınamayınca perkütan cerrahi girişim düşünüldü. Ancak apsenin yoğunluğu ve lokalizasyonu açısından uygun bulunmadı. Açık cerrahi girişim düşünüldü ancak cerrahi girişim yapılmadan önce antibiyotik tedavisinin 13. günü ateşleri düştü ve USG ile apse boyutlarında küçülme olduğu görüldü.

Sonuç

Psoas apsесi artık günümüzde oldukça nadir görülen bir durumdur. Erken tanı konulup ve erken geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi başlandığı durumda prognozu iyi olmasına rağmen, geciken, yanlış tanı ve tedavi alan olgularda mortalite oldukça yüksektir. PA'nin klasik bulguları olan bacak ağrısı, bel ağrısı ve yürümede zorlanma gibi klinik bulgular olmadan sadece idrar yolu enfeksiyonu bulguları gibi atipik bir klinikle başvurabileceği ve bu olguların yanlış tanı konulup kolaylıkla atlanabileceği, durumu stabil olguları sadece antibiyotik tedavisi ile iyileşebileceği kanısındayız.

Çıkar çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Kaynaklar

1. Gruenwald I, Abrahamson J, Cohen O. Psoas abscess: Case report and review of the literature. *J Urol* 1992; 147: 1624-6.
2. Özen M, Arslan S, Güngör S, Baysal T. İdrar Yolu Enfeksiyonuna Sekonder Gelişen Bir Psoas Apse Olgusu. *Fırat Tıp Dergisi* 2006; 11: 179-81.
3. Kandış H, Çakır Z, Ilica AT, Katırcı Y, Gençtürk G, Çetingöz O. Acil Serviste Bir Psoas Apsesi Olgusu. *Journal Of Academic Emergency Medicine* 2008; 7: 38-40.
4. Van den Berge M, De Marie S, Kuipers T, Jansz AR, Bravenboer B. Psoas abscess: report of a series and review of the literature. *The Journal of Medicine* 2005; 63: 413-6.
5. Guillaume MP, Alle JI, Cogan E. Secondary psoas abscess twenty-seven years after nephrectomy. *Eur Urol* 1994; 25: 171-3.
6. Mallick IH, Thoufeeq MH, Rajendran TP. Iliopsoas abscesses. *Postgrad Med J* 2004; 80: 459-62. [\[CrossRef\]](#)
7. 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: 137-40.
8. Ataus S, Alan C, Önder AU, Mihmanlı İ, Talat Z, Yalçın V. Psoas abscess. *Cerrahpaşa J Med* 2000; 31: 89-93.
9. Riyad MNYM, Sallam MA, Nur A. Pyogenic Psoas Abscess: Discussion of its Epidemiology, Etiology, Bacteriology, Diagnosis, Treatment and Prognosis - Case Report. *Kuwait Medical Journal* 2003; 35: 44-7.
10. Oosthuizen GV, Harrower JE, Hadley GP. Psoas abscess in children: making the diagnosis. *Trop Doct* 2006; 36: 246-7. [\[CrossRef\]](#)
11. Kafadar S, Belet N, Şensoy G. Primer Psoas Apsesi. *J Pediatr Inf* 2009; 3: 131-52.
12. Taiwo B. Psoas abscess: a primer for the internist. *South Med J* 2001; 94: 2-5. [\[CrossRef\]](#)
13. Zrig M, Mnif H, Zrig A, et al. Iliopsoas abscess: a rare complication of pyogenic sacroiliitis in a child. *Arch Pediatr* 2010; 17: 141-3. [\[CrossRef\]](#)
14. Wang E, Ma L, Edmonds EW, Zhao Q, Zhang L, Ji S. Psoas abscess with associated septic arthritis of the hip in infants. *J Pediatr Surg* 2010; 45: 2440-3. [\[CrossRef\]](#)
15. Tabrizian P, Nguyen SQ, Greenstein A, Rajhbeharrysingh U, Divino CM. Management and treatment of iliopsoas abscess. *Arch Surg* 2009; 144: 946-9. [\[CrossRef\]](#)