

## İdrar Yolu Enfeksiyonuna Sekonder Gelişen Bir Psoas Abse Olgusu

Metehan ÖZEN<sup>1</sup>, Selda ARSLAN<sup>2</sup>, Serdal GÜNGÖR<sup>3</sup>, Tamer BAYSAL<sup>4</sup>

<sup>1</sup>İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı,

<sup>2</sup>İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,

<sup>3</sup>İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nöroloji Bilim Dalı,

<sup>4</sup>İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Malatya

### ÖZET

Psoas absesi çocukluk döneminde nadir görülen, tanısı zor ve geç konulan bir hastalıktır. Tanı ve tedavinin gecikmesi veya abse drenajının yapılmadığı durumlarda mortalite %100'e ulaşmaktadır. Bu yazıda, sağ yan tarafında ve bacaklarında ağrı, yürümede zorlanma ve ateş yüksekliği ile başvuran bir kız olgu sunulmuştur. Olgumuz perirenal hematoma tanısı ile yatırılarak takip edilmiş, ancak yapılan ileri tetkikler sonucunda idrar yolu enfeksiyonuna sekonder gelişen psoas absesi olduğu öğrenilmiştir. Sonuç olarak, psoas absesi olan hastaların sağaltımında girişimsel radyolojik yöntemlerin erken dönemde kullanılmasının ve abse drenajının en önemli faktör olduğu vurgulanmaktadır. ©2006, Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi

**Anahtar kelimeler:** Psoas absesi, idrar yolu enfeksiyonu, perkütanöz drenaj

### ABSTRACT

#### A Psoas Abscess Secondary to Urinary Tract Infection

Diagnosis and management of psoas abscess is usually delayed as it is a rare entity in childhood period. Mortality is seriously high in case of delayed diagnosis and inappropriate therapy. We herewith present a female patient who was admitted with the symptoms of pain on the right side and legs, difficulty in walking and high fever. She was hospitalized with presumed diagnosis of perirenal hematoma, but finally diagnosed as psoas abscess secondary to urinary tract infection by the help of invasive techniques. We would like to emphasize the paramount importance of appropriate radiology methods in order to diagnose and treat the psoas abscess. ©2006, Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi

**Key words:** Psoas abscess, urinary tract infection, percutaneous drainage

Psoas absesi (PA) çocukluk döneminde nadir görülen, sıklıkla yanlış tanı alan, ve bu yüzden tanısı geç konulan bir hastalıktır. Mortalite oranı geç tanı alan ve uygun tedavi almayan vakalarda ciddi oranda artmaktadır. Psoas absesinin gelişmesine altta yatan başka bir hastalığın neden olup olmamasına göre primer ve sekonder olarak sınıflandırılmaktadır (1). Hastalığının sınıflandırılmasına göre olası patojenler için empirik antibiyoterapi uygulanmaktadır. Biz burada önce perirenal hematoma tanısı ile yatırılarak takip edilen, ancak daha sonra idrar yolu enfeksiyonuna sekonder gelişen psoas absesi tanısı konulan bir olguyu sunduk.

### OLGU SUNUMU

On yaşındaki kız hastanın yaklaşık 10 gün önce sağ yanında, daha sonra bacaklarında ağrı, yürümede zorlanma ve ateş yüksekliği başlamış. İdrarında ara ara yanma tarif eden hastanın beş gün önce bir kez kırmızı renkli idrar çıkarma şikayeti olmuş. Başvurdıkları merkezde aPTT değeri uzun bulunan hasta tedavi önerilmeden kliniğimize sevk edilmiş. Hastanın öyküsünde travma hikayesi veya daha önce benzer şekilde idrarda kanama şikayeti yoktu. Özgeçmişinde ise sık enfeksiyon geçirme ve tüberküloz öyküsü yoktu ancak sık

burun kanama atakları tarif ediyordu. Soygeçmiş sorgulandığında ailesinde tüberküloz veya kanama diatezi öyküsü olmadığı öğrenildi. Vücut sıcaklığı 38 oC ölçülen hastanın fizik muayenesinde patolojik olarak genel durum düşünlüğü, taşikardi (134 /dk), batında sağda yüzeysel ve derin palpasyonla hassasiyet mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde Hb 9,3 gr/dl, eritrosit 4,23x10<sup>6</sup>/µL, MCV 81 fL, RDW 12 %, lökosit 15200/mm<sup>3</sup> (nötrofil 70%, lenfosit 22%, monosit 8%), trombosit 432x10<sup>3</sup>/µL, sedimentasyon hızı 35 mm/saat, CRP 181 mg/dl olarak tespit edildi. İdrar incelemesinde her 40'lık büyütmede 5-6 eritrosit saptandı. Serum biyokimyasal parametreleri normal sınırlarda idi. Radyolojik görüntüleme (USG) sağ psoas kasında 7,2 x 2,4 cm boyutta hipoekoik ancak heterojen, düzgün sınırlı solid lezyon izlendi. Hastanın öyküsünde tekrarlayan burun kanamaları olması ve dış merkezde ilk bakılan aPTT değerinin 88sn olması üzerine, hasta kanama diatezine bağlı perirenal hematoma tanısı ile servise yatırıldı. Ateşinin ve enflamasyon parametrelerinin yüksek olması sebebiyle ampicilin-sulbaktam ve amikasin başlandı. Ertesi gün kanama diatezi açısından kontrol edilen kanama zamanı, PT ve aPTT değerlerinin normal sınırlarda olduğu öğrenildi. İdrar kültüründe 6.000 CFU/ml koagülaz (-) stafilokok üredi ancak kontaminasyon olarak değerlendirildi.

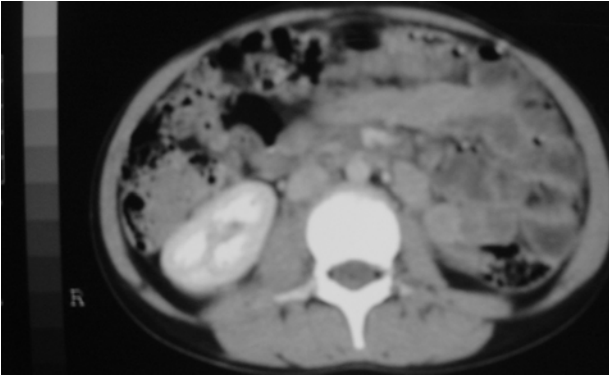
<sup>a</sup> Yazışma Adresi: Dr. Metehan Özen, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, MALATYA

\* Bu vaka 4. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur

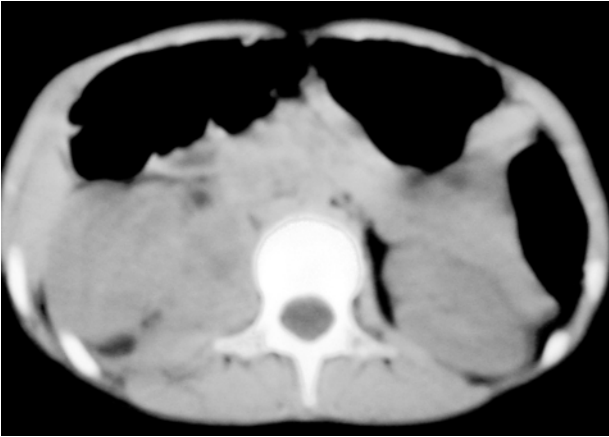
Tel: 0 422 3410660

e-mail: metehanoz@yahoo.com

Kan ve gaita kültüründe ise patojen bakteri üremedi. Kontrastlı batin bilgisayarlı tomografi (BT) grafileri radyoloji bölümü tarafından değerlendirildi; sağ psoas kasında 6 x 4 x 2,5 cm boyutta, sağ böbrek üst polü posterior ile yakın komşulukta, ve ilişkili izlenen kapsülü kontrastlanan yoğunlaşmış mayi koleksiyonu izlendi ancak hematoma veya abse ayrımı tam olarak yapılamadı (Şekil 1). Yatışının 5. gününde ateşin düşmemesi sebebiyle pediatrik enfeksiyon bölümü tarafından değerlendirilen hastaya hem tanı hem de tedavi amaçlı BT altında iğne aspirasyonu önerildi. BT kontrolünde yapılan müdahalede pürülan mayi drene edilen hastaya kateter yerleştirildi. Antibiyoterapisine metranidazol eklendi ve amikasin kesildi. Alınan materyalin kültüründe ise metisiline hassas koagulaz (-) stafilokok üredi. Drenaj sonrası 2 haftaya tedavisi tamamlanan hastanın kontrol BT'nde abse görünümünde belirgin gerileme izlendi (Şekil 2).



**Şekil 1.** Batin BT'de, sağ psoas kasında 6 x 4 x 2.5 cm boyutta, duvarı kontrastlanan, abseye ait görünüm izlenmektedir.



**Şekil 2.** Drenajdan 20 gün sonra, normal sınırlarda batin BT.

## TARTIŞMA

Psoas kası 12. göğüs ve tüm bel omurlarının transvers çıkıntılarında ve intervertebral disklerinden başlar, omurganın iki yanından aşağı dışa doğru iner, femurda trokanter minore yapışarak sonlanır. Uyluğa fleksiyon hareketi yaptıran psoas kasının zengin bir vasküler yapıya sahip olması, kapalı bölgelerden bile hematogen yolla kontaminasyonuna sebep olmaktadır. Ancak PA ender rastlanılan, genellikle tanısı zor ve geç konulan bir hastalıktır. PA çocuklarda ve gençlerde yaşlılara göre daha sık görülmektedir (1).

PA altta yatan nedene göre primer ve sekonder olarak sınıflandırılmaktadır. Primer PA'sinde etiyoloji belli değildir,

ve vücutta saptanamayan bir odakta mikroorganizmaların hematogen veya lenfojen yolla yayılması ile meydana gelmektedir. Daha çok yaşlılarda görülen primer PA'si travma ya da kanama bozukluğu sonucunda gelişmiş hematoma enfeksiyonu sonrasında da ortaya çıkabilmektedir (2). Ancak intravenöz ilaç kullanan ve HIV hastalarında da artan sıklıkta bildirilmektedir (3). Sekonder PA'sine neden olan durumlar ise divertikülit, apandisit, Crohn hastalığı, genitoüriner sistem enfeksiyonları, disk enfeksiyonları, osteomyelit, cerrahi girişim veya yabancı cisim komplikasyonları ve tüberkülozdur. Geçmiş yıllarda Pott hastalığı önemli nedenlerden biri iken şimdi çok nadir görülmektedir (1,3). Üriner sistem enfeksiyonlarına sekonder gelişen PA'si daha çok çocuklarda görülmektedir (4). Bizim olgumuzun idrarında ve abse kültüründe aynı mikroorganizma (metisiline duyarlı koagulaz negatif stafilokok) üremesi, psoas absesinin idrar yolu enfeksiyonuna sekonder olarak geliştiğini düşündürmektedir.

Psoas absesinin ayırıcı tanısında bacakta ağrı ve yürümede zorluk şikayetine çocukluk çağında göreceli olarak daha sık sebep olan kalça hastalıklarını ekarte etmek gerekmektedir. Septik orijinli kalça patolojileri çoğunlukla akut başlangıçlı, mono paralizi ve şiddetli ağrı sebebiyle etkilenen ekstremitenin üzerine basmaktan kaçınmak ile karakterizedir. Toksik sinovit ise özellikle 3-10 yaşlarında daha sık görülmekte olan, öncesinde üst solunum yolu enfeksiyonu hikayesi olan ve septik artrite oranla daha hafif bir klinik tablodur. Enfeksiyöz orijinli kalça patolojilerinin ayırıcı tanısında fizik muayenede kalça eklemine hareketlerinin kontrol edilmesi ve kalça USG ile eklem aralığının incelenmesi yardımcı olmaktadır.

Psoas absesinde tanı ve tedavinin gecikmesi veya abse drenajının yapılmadığı durumlarda mortalite %100'e ulaşmaktadır. Ölüm nedeni çoğunlukla tanı ve tedavinin geciktiği olgulardaki septik komplikasyonlara bağlıdır (3). Öncelikle hastalıktan şüphelenmek, sonrasında ise uygun fizik muayene bulguları ve görüntüleme yöntemleri ile tanının doğrulanması gerekmektedir. Psoas absesinin klasik semptomları ateş, karın veya bel ağrısı ve topallayarak yürümedir. İştahsızlık, titreme, kilo kaybı, kitle oluşumu ve şişlikte eşlik edebilir. Lökositoz, anemi ve sedimentasyon hızında yükselme de sık görülen laboratuvar bulgularındandır (2). Ancak klasik semptomlar olguların %30'unda bulunduğundan dolayı çoğunlukla geç tanı almaktadır (2).

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, abse yayılımının tespit edilmesinde ve perkutanöz drenaj sırasında da BT yardımcı olmaktadır (5,6). Manyetik rezonans görüntüleme BT' den daha duyarlı değildir. Bizim olgumuz klasik semptomlar ile başvurmuştu, ancak öyküsünde sık burun kanamalarının olması ve dış merkez laboratuvarında kanama diatezi bulgularının olması, ve ayrıca hem USG hem BT ile abse hematoma ayrımının tam yapılamamasından ötürü hastaya öncelikle perirenal hematoma tanısı konuldu. Ancak takip eden günlerde ateşinin düşmemesi üzerine psoas absesi düşünülerek iğne aspirasyonu yapılarak drenaj yerleştirildi.

Psoas absesindeki 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. Sekonder PA'sinde ise sıklıkla etkenler enterik

basiller (E.coli, Steptococcus spp, Enterbacter spp ve S. Enteridis) ve S.Aureus'dur (5). Vertebral osteomyelitte sekonder ise etken sıklıkla "S.Aureus" veya "Mycobacterium tuberculosis"dir. İntestinal enfeksiyon sonrasında gelişmiş psoas absesinde ise aerobik ve anaerobik barsak florası etken olabilmektedir (3,7).

Psoas absesinin tedavisinde antibiyoterapi ve drenaj beraber önerilmektedir. Başlangıçta antibiyotik seçimi olası enfeksiyon ajanlarına göre yapılmaktadır. Abse drenajı ve kültür yapılamadıysa veya kültür sonucu çıkıncaya kadar primer olduğu düşünülen olgularda stafilokoklara yönelik etkili antibiyotik başlanmalıdır. Ancak gastrointestinal, spinal ya da perirenal bir patolojinin eşlik ettiği düşünülen sekonder olgularda Gr (-) enterik basillere ve anaeroblara uygun kombinasyon tedavisi başlanmalıdır (3). Literatürde sadece

antibiyotik tedavisi ile iyileşen nadir olgular bildirilmektedir (8,9). Ancak yüksek mortalite ve morbiditeye neden olduğu için erken abse drenajı önerilmektedir. Abse drenajında perkütan veya açık cerrahi yöntemi tercih edilebilir. Perkütanöz drenaj açık cerrahi drenaja göre daha az invaziv olmakla birlikte hastanede kalış süresi iki kat daha fazladır (10). Bizim olgumuzda hematoma-abse ayrımı tam yapılamadığı için tanı amaçlı iğne aspirasyonu yapıldı, ve pürülan mayi gelmesi üzerine drenaj yerleştirildi. Abse drenajı sonrası hastanın bulgularında hızla düzelme saptandı.

Sonuç olarak, erken tanı ve uygun tedavisinin yapılmadığı durumlarda yüksek mortaliteye neden olan psoas absesinde, girişimsel radyolojik yöntemlerin erken dönemde kullanılmasının ve abse drenajının prognozu iyileştirmede en etkili yöntem olduğunu vurgulamak istedik.

## KAYNAKLAR

1. Gruenwald I, Abrahamson J, Cohen O. Psoas abscess: Case report and review of the literature. J Urol 1992; 147: 1624-6.
2. Kao PF, Tzen KY, Tsui KH, ve ark. The spesific gallium-67 scala uptake pattern in psoas abscess. Eur J Nucl Med 1998; 225: 1442-7.
3. Ricci MA, Rose FB, Meyer KK. Pyogenic psoas abscess: worldwide variation in etiology. World J Surg 1986; 10: 834-6
4. Guillaume MP, Alle JI, Cogan E. Secondary psoas abscess twenty-seven years after nephrectomy. Eur Urol 1994; 25: 171-3.
5. Taiwo B. Psoas abscess. A primer for the internist. Case report. South Med J 2001; 94: 78-80.
6. Dib M, Bedu A, Garel C, ve ark. Ilio-psoas abscess in neonates. Treatment by ultrasound-guided percutaneous drainage. Pediatr Radiol 2000; 30: 677-80.
7. Steiner FT, Brem A S, Peter G. Psoas muscle abscess due to Pasteurella multocida. J Urol 1987; 137: 487-8.
8. Kadambari D, Jagdish S. Primary pyogenic psoas abscess in children. Pediatr Surg Int 2000; 46: 408410.
9. Atatus S, Alan C, Önder AU, Mihmanlı İ ve ark.. Psoas abscess. Cerrahpaşa Journal of Medicine 2000; 31: 89-93.
10. Dinc H, Onder C, Turhan AU ve ark. Percutaneous drainage of tuberculous and nontuberculous psoas abscesses. Eur J Radiol 1996; 23: 1304.

*Kabul Tarihi: 24.03.2006*