

Komplike apandisitın neden olduğu tekrarlayan iliopsoas apse olgusu

A case of a recurrent iliopsoas abscess caused by a complicated appendicitis

Mustafa ŐIT¹, Affan AKIR¹, zgür İKİZ¹, Emrah POSUL², Bülent YILMAZ², Güray CAN², Mevlüt KURT²

Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi,¹Genel Cerrahi Anabilim Dalı, ²Gastroenteroloji Bilim Dalı, Bolu

Bağırsağa komşu ikincil bir enfeksiyon kaynağı iliopsoas apseye (İPA) neden olabilir. Perfore akut apandisitın ciddi bir komplikasyonu olarak iliopsoas apse nadiren görülebilir. Tekrarlayan iliopsoas apse öyküsü olan 76 yaşındaki erkek hasta, genel cerrahi ünitemize başvurdu. 2007 yılından bu yana tekrarlayan sağ iliopsoas apse nedeniyle diğer hastanelerde, bir yıl aralıkla toplam 5 kez perkütan kateter drenajı ve antibiyotik ile tedavi edildiği öğrenildi. Altıncı atağında, apsenin perfore apandisit nedeniyle olduğu laparotomi sırasında doğrulandı. Apandektomi ve geniş debridman yapıldı.

Anahtar Kelimeler: İliopsoas apse, apandisit, tedavisi

A secondary adjacent infectious source in the bowel may cause iliopsoas abscesses. Iliopsoas abscess is a rarely encountered entity with the serious complication of a perforated acute appendicitis. A 76-year-old male with a history of recurrent iliopsoas abscess was admitted to our general surgery unit. He had been treated earlier for recurrent right iliopsoas abscess with a percutaneous catheter and antibiotics in other hospitals (5 times since 2007 at 1-year intervals). With the sixth episode, the abscess was confirmed to be caused by perforated appendicitis during laparotomy. Appendectomy and extensive debridement were performed.

Key words: Iliopsoas abscess, appendicitis, treatment

GİRİŐ

İliopsoas apsesi (İPA), iliopsoas kas kompartmanı içinde retroperitoneal olarak püy birikimidir. İlk olarak Mynter tarafından 1881 yılında 'psöitis' olarak tanımlanmıştır (1). Psoas apsesi, gelişmesine altta yatan bir hastalığın neden olup olmamasına göre primer ve sekonder olarak ayrılabilir (2). Mortalite oranı geç tanı alan ve uygun tedavi edilemeyen olgularda ciddi oranda yüksek, hiç tedavi almayan olgularda %100 olarak bildirilmektedir (3). Sekonder İPA'nın gastrointestinal, genitoüriner, kas-iskelet sistemi ve dolaşım sisteminden kaynaklanabilen birçok etiyojisi mevcuttur. Gastrointestinal sistemden en sık Crohn hastalığına (4) bağlı olarak görülmekle beraber bizim vakamızda da olduğu gibi perfore retroçekal apandisit sonrasında da İPA görülebilmektedir. Bu yazıda perkütan drenajlara rağmen sürekli tekrarlayan retroçekal apandisit sekonder gelişen psoas absesi vakası sunulmuştur.

OLGU

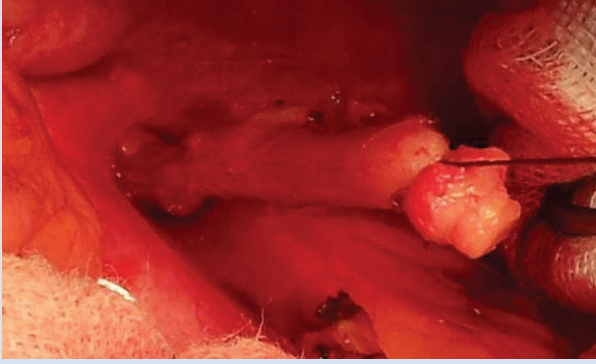
76 yaşında erkek hasta daha önce bilinen hipertansiyon, koroner arter hastalığı, benign prostat hiperplazisi ve Parkinson hastalığı nedeniyle tedavi görmektedir. İlk kez

2007'de sağ uyluk fleksiyon hareketinde ağrı ve kısıtlılık, ilerleyen günlerde minimal karın ağrısı ve ateş Şikâyetleri ile yapılan tetkiklerde retroperitoneal bölgede apse tespit edilmiş, hastanın genel durumu cerrahi için elverişsiz olduğundan ilk tedavi yöntemi olarak perkütan drenaj kateteri yerleştirilmiş. Yaklaşık 10 günlük drenaj ve antibiyotik kullanımı sonrası Şikâyetleri düzelen hastadan kateter çekilmiş. Takip eden günlerde Şikâyetleri gerileyen hasta aradan 1 sene geçtikten sonra, tekrar benzer Őikâyetler üzerine ikinci kez drenaj işlemi gerçekleştirilmiş. Her seferinde drenaj ve antibiyotik kullanımı ile Şikâyetleri gerileyen hasta toplamda 5 kez perkütan drenaj ile tedavi edilmiş. Tüberküloz ve bruselloza yönelik mayi ve kan tekikleri yapılmış ancak negatif olarak sonuçlanmış. Drenaj mayi kültüründe *Escherichia coli* üremesi tespit edilmiş. Őikâyetlerinin sürekli tekrarlaması üzerine hasta tarafımıza başvurdu. Yapılan fizik muayenede sağ uyluk fleksiyonda hassasiyeti, batın sağ alt kadranda ciltte fistül traktı ve pürülan akıntı mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde beyaz küre sayısı 8940/mm³, C-reaktif protein 9 mg/L (normal: 0,5-5) ve eritrosit sedimentasyon hızı 28 mm/saat olarak saptandı. Abdomen ultrasonografisinde

Adres: Mevlüt KURT

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, 14280 Bolu, Türkiye • Tel: +90 374 253 46 56
Faks: +90 374 253 46 15 • E-posta: dr.mevlutkurt@gmail.com

Geliş Tarihi: 22.01.2014 • **Kabul Tarihi:** 10.03.2014



Şekil 1: Apendiks ucu psoas kasına uzanmaktadır.

sağ rektus anterolateralinde 14x30 mm hipoeoik alanın batın ön duvarı kaslarına doğru ilerlediği görüldü. Abdomen manyetik rezonans görüntülemesinde iliakus ya da iliopsoas kaslarından başlayıp karın yan duvarı kaslarını katederek cilde ulaşan fistül hattı izlendi. Psoas absesinin tekrarladığı düşünüldü, perkütan olarak apse drene edildi. Kültür sonucu *Escherichia coli* gelmesi üzerine gastrointestinal sistem kaynaklı patoloji olabileceği düşünülen hastanın klinik bulguları gerileyince gerekli hazırlıkların ardından hasta operasyona alındı ve apsenin perfore apandisitte bağlı olduğu görüldü (Şekil 1). Apandektomi ve geniş debridman yapıldı. Şikâyetleri gerileyen hastanın 5 aylık takibinde tekrar apse gelişmedi.

TARTIŞMA

Psoas kası anatomik olarak T12-L5 vertebraların transvers çıkıntıları arasından köken alıp, inguinal ligamentin derininden geçerek femurun trochanter minöründe sonlanmaktadır. Psoas ve iliakus kasları genelde iliopsoas kasları olarak tarif edilir ve ekstraperitoneal bölgedeki iliopsoas kompartmanı oluştururlar. Bu kas grubu, sigmoid kolon, apandis, jejunum, üreter, aort, böbrek, pankreas, vertebralar ve iliak lenf nodları ile komşudur. Buralardaki bir enfeksiyon komşuluk yoluyla psoas kasına ulaşabilir.

İPA, altta yatan nedene göre primer ve sekonder psoas absesi olarak sınıflandırılabilir. Primer apse uzak organlardaki veya lenf nodlarındaki enfeksiyonun hematogen yolla psoas kaslarına ulaşması ile meydana gelir. Diyabet, iv ilaç kullanımı, HIV varlığı, immunsupresyon durumu, travma ve hematoma varlığı primer İPA için birer risk faktörüdür (3,5). Sekonder İPA'ya en çok Crohn hastalığı neden olmaktadır (4). Bunun dışında divertikülit, apandisit, kolorektal kanser, idrar yolu enfeksiyonları, vertebral osteomyelit, septik artrit, sakroileit, endokardit, süpüratif lenfadenitler gibi birçok nedeni vardır. Geçmiş yıllarda vertebral tuberküloz (Pott hastalığı) en sık neden iken, modern antituberküloz ilaçları sayesinde günümüzde nadir görülmektedir (2).

Primer İPA sıklıkla tek bir etken ile meydana gelirken, sekonder İPA polimikrobiyal veya monomikrobiyal olabilir. Etken olarak %88 üzerinde oranla *Staphylococcus aureus* tespit edilirken (6), %4,9 Streptokok türleri, %2,8 *Escherichia coli* ve bunların dışında Pasteurella, Bacteroides, Clostridium, Klebsiella, MRSA, Salmonella gibi birçok etken görülebilmektedir (2,3). Yapılan bir çalışmada bakteriyel etkene bağlı psoas apselerinin %55'i polimikrobiyal ve %82'sinde intestinal organizmalar tespit edilmiştir (3). Anaeroblar da %15 oranında tespit edilmiştir (6).

Hastalığın klasik klinik triadını ateş, sırt ağrısı, uyluk ağrısı oluşturmaktadır ancak %30 hastada bu klasik bulgular birlikte bulunur (7). Bunun dışında iştahsızlık, titreme, kilo kaybı da görülebilir. Lökositoz, anemi, sedimentasyon hızında yükselme eşlik edebilir.

Psoas absesi tanı ve tedavideki gecikme olması durumunda yüksek mortalite ile gidebilen bir durumdur, bu yüzden şüphelenildiğinde USG ve BT veya MRI ile tanı konmalıdır. Tedavinin en önemli basamağı kültür yapılmaya kadar geniş spektrumlu antibiyoterapi ve drenajdır (8). Drenaj yöntemi olarak geleneksel açık yöntem veya görüntüleme yöntemi eşliğinde perkütan drenaj yapılabilir. Perkütan drenaj ilk olarak 1984'de tanımlanmıştır (9). Güvenli olması ve minimal invaziv olması dolayısıyla genelde ilk drenaj yöntemi olarak tercih edilmektedir. Perkütan drenaj başarı oranları da literatürde %70-90 arasında bildirilmektedir (10,11). Bizim hastamızda da yandaş hastalıkların çok olmasından ve perkütan drenaja uygun olmasından dolayı öncelikle perkütan drenaj yöntemleri ile tedavi denenmiş, geçici bir iyileşme de sağlanmıştır. Ancak bizim hastamızda da olduğu gibi altta yatan bir gastrointestinal hastalık olduğunda hastalıklı kısım tedavi edilmediği sürece tam tedavi sağlamak mümkün olmamaktadır ve tekrarlayan apse nökslerine neden olmaktadır.

Sonuç olarak psoas apselerinde perkütan drenaj güvenli ve minimal invaziv bir yöntem olmakla beraber tekrarlayan apselerde veya altta yatan GIS hastalığı durumunda açık drenaj ve hastalıklı kısmın tedavisi ilk tedavi yaklaşımı olmalıdır.

Sonuç olarak psoas apselerinde perkütan drenaj güvenli ve minimal invaziv bir yöntem olmakla beraber tekrarlayan apselerde veya altta yatan GIS hastalığı durumunda açık drenaj ve hastalıklı kısmın tedavisi ilk tedavi yaklaşımı olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Mynter H. Acute psoitis. Buffalo Med Surg J. 1881; 21:202-10.
2. Gruenwald I, Abrahamson J, Cohen O. Psoas abscess: Case report and review of the literature. J Urol 1992; 147:1624-6.
3. Ricci MA, Rose FB, Meyer KK. Pyogenic psoas abscess: worldwide variations in etiology. World J Surg 1986; 10:834-43.
4. Agrawal SN, Dwivedi AJ, Khan M. Primary psoas abscess. Dig Dis Sci 2002; 47:2103-5.
5. Santaella RO, Fishman EK, Lipsett PA. Primary vs secondary iliopsoas abscess. Presentation, microbiology, and treatment. Arch Surg 1995; 130:1309-13.
6. Navarro López V, Ramos JM, Meseguer V, et al. Microbiology and outcome of iliopsoas abscess in 124 patients. Medicine (Baltimore) 2009; 88:120-30.
7. Chern CH, Hu SC, Kao WF, et al. Psoas abscess: making an early diagnosis in the ED. Am J Emerg Med 1997; 15:83-8.
8. Taiwo B. Psoas abscess: a primer for the internist. South Med J 2001; 94:2-5.
9. Mueller PR, Ferrucci JT Jr, Wittenberg J, et al. Iliopsoas abscess: treatment by CT-guided percutaneous catheter drainage. AJR Am J Roentgenol 1984; 142:359-62.
10. Hamano S, Kiyoshima K, Nakatsu H, et al. Pyogenic psoas abscess: difficulty in early diagnosis. Urol Int 2003; 71:178-83.
11. Cantasdemir M, Kara B, Cebi D, et al. Computed tomography-guided percutaneous catheter drainage of primary and secondary iliopsoas abscesses. Clin Radiol 2003; 58:811-5.