

BRUSELLOZA BAĞLI BİR PSOAS APSESİ

A CASE OF PSOAS ABSCESS DUE TO BRUCELLOSIS

Selçuk KAYA¹ ve Özgür SAYIL²

Trabzon Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Trabzon

¹ Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

² Radyoloji Bölümü

Anahtar Sözcükler: Bruselloz, psoas absesi, spondilodiskit, perkütanöz apse drenajı

Keywords: Brucellosis, psoas abscess, spondylodiskitis, percutaneous abscess drainage

Geliş: 19 Mart 2008

Kabul: 09 Haziran 2008

ÖZET

İskelet sistemi tutulumu brusellozun yaygın görülen bir komplikasyonu olup kas tutulumu ve psoas apseleri daha nadir görülmektedir. Çoğunlukla psoas apseleri spondilite sekonder olarak ortaya çıkmaktadır. Tedavide antibiyotik kombinasyonları ile birlikte apsenin perkütan veya cerrahi drenajı göz önünde tutulmalıdır. Bu olguda, 45 yaşında bir erkek hastada spondilite sekonder geliştiği düşünülen bir psoas absesi, üçlü antibiyoterapi ve perkütan apse drenajıyla başarılı bir şekilde tedavi edilmiştir.

SUMMARY

Skeletal system involvement is relatively a common complication of human brucellosis, however, muscular involvement and psoas abscess are less frequent. Psoas abscess is usually secondary to spondylitis. Antibiotic combinations and drainage (percutaneous or surgical) should be considered in treatment. In this case paper, a 45-year old male patient with brucellosis complicated with spondylitis and lumbar spinal epidural abscess is presented. The patient was successfully treated with triple antibiotic regimen and percutaneous abscess drainage.

GİRİŞ

Bruselloz, *Brucella* bakterilerince oluşturulan, primer olarak otçul hayvanların hastalığı olup, hayvanlardan insanlara geçiş infekte hayvanlarla temas, infekte süt ve süt ürünlerinin tüketimi gibi yollarla olmaktadır. Hastalık çoğunlukla halsizlik, iştahsızlık, vücutta ağrılar ve ateş şikayeti ile başlamaktadır. Semptomların başlama süresi sekiz haftadan kısa olan olgular akut, 8-52 hafta arasındakiler subakut, 52 haftadan daha uzun sürenler kronik bruselloz olarak değerlendirilmektedir (1). Hastalık birçok komplikasyonla seyredebilmektedir. Bunların içinde iskelet sistemi tutulumları önemli bir yere sahip olup; sakroileit, spondilit, periferik artrit görülebilmektedir. Kas tutulumları psoas apseleri şeklinde karşımıza gelebilmektedir. Ancak bruselloza bağlı psoas apseleri bu hastalığın endemik olarak görüldüğü ülkemizde dahi nadir gö-

rülmekte olup hemen daima spondilite sekonder olarak ortaya çıkmaktadır.

Bu yazıda; lumbal spondiliti, spinal epidural absesi ve unilateral sol psoas absesi olan brusellozlu bir hasta bildirilmiştir. Bu olgu dolayısıyla, *Brucella* bakterilerinin psoas apselerinde etken olabileceği hatırlatılarak apse drenajının tanı ve tedavide başarıyla uygulanabileceğinin gösterilmesi amaçlanmıştır.

OLGU

Kırkbeş yaşında, kırsal kesimde yaşayan bir erkek hasta polikliniğimize ateş, gece terlemeleri, iştahsızlık, sırt, diz, kalça eklemlerinde dokuz haftadan beri süregelen ağrı yakınmalarıyla başvurdu. Hastanın bol miktarda çiğ süten yapılmış köy peyniri ve krema tüketme öyküsü vardı.

Bu başvurudan önce çeşitli antibiyoterapiler almış, ancak şikayetlerinde düzelme olmamıştı. Hastanın yapılan fizik muayene değerlendirmesinde; vücut ısısı 37.3° C, nabız 80/dak, anemik görünümde, bitkin, diz ve kalça eklemlerinde hassasiyet, hareket kısıtlılığı, hepatomegali vardı. Fizik muayene bulgularında bunun dışında bir özellik olmayan hastanın laboratuvar incelemelerinde; kan beyaz küre 7600/mm³, hemoglobin 9.9 g/dl, hematokrit: %29.1 olup kronik hastalık anemisi ile uyumlu idi. Sedimentasyon: 48 mm/h, CRP: 7.9 olup, periferik yaymada %80 PNL, %15 lenfosit ve %5 monosit saptandı. Biyokimyasal değerlerde herhangi bir patolojik bulgu görülmedi. Hastanın yapılan lumbal MR'da (manyetik rezonans görüntüleme) spinal kanal anteriorda L3-L5 düzeyinde 1 cm çapında apse formasyonu, L4-5 diski posteriorda spondilodiskitis (Şekil 1) ve sol psoas kası boyunca uzanan yaklaşık 4 cm çapında apse formasyonu görüldü (Şekil 2). Serum ile yapılan *Brucella* aglütinasyon testi 1/320 titrede pozitif bulundu. Dolayısıyla hastamızda klinik bulgular, radyoloji ve seroloji ile bruselloza bağlı spondilodiskitis, epidural apse ve psoas apsesi düşünüldü.

Hastaya 200 mg/gün doksisisiklin, 600 mg/gün rifampisin, 1000 mg/gün streptomisin ve non-steroid anti-inflamatuvar tedaviler başlandı. İlk haftanın sonunda klinik olarak belirgin bir iyileşme görülmeyen hastada, bilgisayarlı tomografi (BT) eşliğinde psoas apsesine drenaj yapıldı. Drenaj sonrası hastanın tüm şikayetlerinde birkaç gün içerisinde dramatik bir düzelme görüldü. Tedavinin ilk haftasında gastrik şikayetler nedeniyle hastanın aldığı rifampisin kesilerek yerine siprofloksasin 1000 mg/gün olarak tedaviye eklendi. *Brucella* açısından psoas apse materyali ve kan kültürleri yapıldı; tedavinin üçüncü haftasında psoas apse materyalinde BACTEC 9240 otomatize kan kültür sistemiyle (Becton Dickinson Diagnostic Instrument Systems, Sparks, MD, ABD) *Brucella* cinsi bakteri üremesi saptandı. Tüberküloz için apse materyalinde bakılan asido-rezistan basil (ARB), homojenize ARB ve polimeraz zincir reaksiyonu negatif bulundu; tüberküloz için yapılan ekim sonrası da bir üreme görülmedi. Streptomisin 21. günde kesilip tedaviye doksisisiklin ve siprofloksasin ile devam edildi. Tedavinin dördüncü haftası sonunda yapılan radyolojik kontrollerde apsesinin kaybolduğu gözlenerek drenaj sonlandırıldı ve tedavi ikili antibiyoterapiyle ayakta üç aya tamamlandı. Hasta tedavisiz altı aylık takipte klinik, radyolojik ve serolojik olarak değerlendirildi. Klinik olarak şikayetleri tamamen kaybolan hastanın kontrol amaçlı yapılan bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde yeni bir apse oluşumu görülmedi. Kontrol *Brucella* aglütinasyon testi titresi 1/320 bulundu.

TARTIŞMA

Psoas apseleri genellikle iskelet sistemi, bağırsak, böbreklerdeki bir lezyon veya enfeksiyona sekonder olarak görülürken nadiren primer enfeksiyona bağlı olarak da gelişebilmektedir. Psoas apselerinin çoğunluğu özellikle ağır seyirli Chron hastalığındaki gastro-intestinal sistem perforasyonundan veya vertebra, sakro-iliak eklemlerdeki enfeksiyonlardan kaynaklanır (1). Neden olan mikro-organizmalara bakıldığında, *Staphylococcus aureus*'un başı çektiği görülmektedir. *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, özellikle ülkemiz için önemli bir hastalık etkeni olan *Mycobacterium tuberculosis*'in ve nadiren *Brucella* türlerinin de etken olabildiği bilinmektedir (2-4). Bruselloza bağlı osteo-artiküler tutulumlar ve özellikle spondilit sık görülmeyle birlikte, paravertebral apseler, epidural apseler ve psoas apseleri ile daha nadiren karşılaşılmaktadır (1, 5, 6). Bizim olgumuzdaki psoas apsesinin spondilodiskitise sekonder olduğu düşünülmüş olup apse materyalinde *Brucella* bakterisi üretilerek tanı kesinleştirilmiştir.

Spondilodiskitisin erken tanısı hastalığın uzun latent periyodu nedeniyle sıklıkla güç olmaktadır. Omurga radyografileri, kemik scan ve bilgisayarlı tomografi tanıda kullanılmakla birlikte bazen yetersiz kalabilmektedir. Manyetik rezonans görüntüleme (MR) tanıda tercih edilmektedir (7). Bizim olgumuzda da spondilodiskit ve ona sekonder olarak geliştiği düşünülen psoas apsesi, radyolojik olarak MR ile tanınmıştır. Özellikle spondilodiskiti olan olgularda tedavide değişik tedavi kombinasyonlarından streptomisin, doksisisiklin ve rifampisin üçlü kombinasyon terapisiyle %100'e varan oranda başarılı sonuçlar alınabilmekte olup spondilodiskit ve psoas apseli olgularda, streptomisin ve doksisisiklinli kombinasyonlar önerilmektedir (8, 9). Bu hastalarda antimikrobiyal tedavilere rağmen apsenin perkütan drenajı ve açık cerrahi gerekli olabilmektedir.

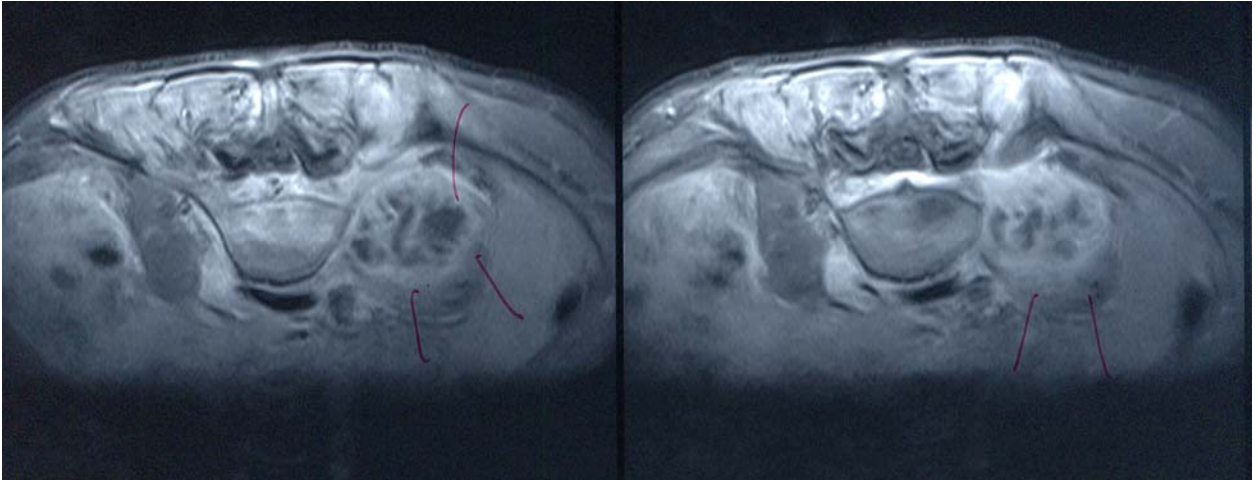
Bruselloza bağlı psoas apseleriyle ilgili olgu raporları incelendiğinde; Dudler ve ark. (2) ile Jayakamur ve ark. (10) iki olgu bildirmişlerdir. Maturanza ve ark. (5) 56 yaşında lumbal spondiliti ve psoas apsesi olan bir erkek olgu rapor etmişlerdir. El Hassani ve ark. (3) 16 primer psoas apseli olguyu ele aldıkları çalışmalarında, olguların ikisinde *Brucella* türlerinin etken olduğunu belirtmişlerdir ve olgularda antimikrobiyal tedavi yanında perkütan apse drenajı veya cerrahiden yararlanmışlardır. Ülkemizde Tünger ve ark. (11) 23 yaşında brusellozlu bir kadın hastada L4-L5 spondilit ve psoas apsesi bildirmişlerdir. Ankara'dan Çapar ve ark. (12) 70 yaşında L3-L4

spondilodiskit ve psoas apseli olgu bildirmişler ve bu olguda altı haftalık doksisisiklin ve streptomisin tedavisi ile klinik ve radyolojik başarı elde etmişlerdir. Streptomisin, doksisisiklin ve siprofloksasinden oluşan üçlü kombinasyon tedavisi altında olgumuzun şikayetlerinde ilk haftanın sonunda belirgin bir düzelme görülmemiş olup BT eşliğinde apsenin perkütan drenajıyla birlikte başarılı bir tedavi sağlanmıştır.

Sonuç olarak; psoas apseli olgularda *Brucella* bakterilerinin nadir görülmekle birlikte, etken olabileceği düşünülmesi ve bu olgularda bruselloz tanısına yönelik gerekli tanısal yaklaşımlar yapılmalıdır. Apse formasyonu ile seyreden bu tip komplike olgularda, antimikrobiyal tedavinin yanında erken dönemde yapılacak apse drenajıyla hızlı bir klinik ve radyolojik düzelme sağlanabilmektedir. Bu nedenle olgular drenaj açısından dikkatle değerlendirilmelidir.



Şekil 1. Ön spinal kanal L₃-L₅ seviyesinde 1 cm çaplı apse formasyonu ve L₄-L₅ spondilodiskitis



Şekil 1. Sol psoas kası boyunca uzanan 4 cm çaplı apse formasyonu

KAYNAKLAR

1. Young EJ. *Brucella* species. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. *Principles and Practice of Infectious Diseases*. 5th. ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2005: 2669-73.
2. Dudler J, Balague F, Waldenburger M. Bilateral primary brucellar psoas abscess. *Br J Rheumatol* 1994; 33: 988-90.
3. El Hassani S, Echarrab M, Bensabbah R, et al. Primary psoas abscess. A review of 16 cases. *Rev Rheum Engl Ed* 1998; 65: 555-9.
4. Penado S, Espina B, Campo JF. Abscess of the psoas muscle. Description of a serie of 23 cases. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2001; 19: 257-60.
5. Maturanza M, Costa G, Gandolfo F, et al. Brucellosis with osteo-muscular localization. A case report of a not rare pathological condition. *Minerva Chir* 1997; 52: 307-8.
6. Colmenero JD, Cisneron JM, Orjuela DL, et al. Clinical course and prognosis of *Brucella* spondylitis. *Infection* 1992; 20: 38-42.
7. Harman M, Unal O, Onbaşı KT, et al. Brucellar spondylodiscitis: MRI diagnosis. *Clin Imaging* 2001; 25: 421-7.
8. Kaya S. Bruselloz ve tedavi sorunu. *İnfek Derg* 2006; 20: 227-230.
9. Romero Otero J, Martinez Silva V, Pamplona Casamayor M, et al. Bilateral brucellosic psoas abscess: one case is related and literature review. *Actas Urol Esp* 2006; 30: 232-3.
10. Jayakamur RV, Al Asha AK, Subesinghe N, et al. Unusual presentation of culture positive brucellosis. *Postgrad Med J* 1988; 64: 118-20.
11. Tünger Ö, Arısoy AS, Özbakkaloğlu B ve ark. Psoas apseli bir bruselloz olgusu. X. *Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Kongresi* (2001, Adana) kitabında. İstanbul: KLİMİK Demeği, 2001: 359.
12. Çapar Y, Cesur S, Yüksel Ö ve ark. Brusellozise bağlı psoas apsesi olgusu. *Mikrobiyol Bül* 2002; 36: 219-21.

İLETİŞİM

Uzm. Dr. Selçuk KAYA
Trabzon Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği
TRABZON
e-posta: eselkaya@yahoo.com