

PSOAS APSESİ İLE BAŞVURAN BÖBREK VE RETROPERİTONEAL TÜBERKÜLOZLU İKİ ÇOCUK OLGU SUNUMU

Şefika Elmas BOZDEMİR, Solmaz ÇELEBİ, Deniz ÇAKIR, Benhur Şirvan ÇETİN,
Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, BURSA

ÖZET

Psoas absesi altta yatan hastalık varlığına göre primer ve sekonder olarak sınıflandırılır. Sekonder psoas apseleri % 70 oranla daha sık görülmekte olup, genellikle komşu organlardan lokal yayılım sonucu ortaya çıkarlar. Böbrek tüberkülozu çocukluk çağında nadirdir ve genellikle adolesan olgularda karın ağrısı, steril piyüri, mikroskopik hematüri gibi nedenler araştırılırken tanı konur. Bu yazıda psoas kompartmanında apse ile başvuran ve primer odakları böbrek olan iki çocuk böbrek tüberkülozu olgusu sunulmuştur.

Anahtar sözcükler: böbrek tüberkülozu, çocukluk dönemi, psoas absesi

SUMMARY

Two Cases of Childhood Renal and Retroperitoneal Tuberculosis Presenting with Psoas Abscess

Psoas abscess is defined as primary or secondary according to the presence of a predisposing disease. Secondary psoas abscesses are 70 % of all and generally emerge from an inflammation of a neighboring organ by focal spread. Renal tuberculosis is rare in childhood and is usually diagnosed while abdominal pain, sterile pyuria and/or microscopic hematuria is analysed. In this paper, we report two children being diagnosed as psoas abscesses due to renal tuberculosis.

Keywords: childhood, psoas abscess, renal tuberculosis

GİRİŞ

Psoas kası 12. göğüs ve tüm bel omurlarının transvers çıkıntılarında ve intervertebral disklerinden başlar, omurganın iki yanından aşağı dışa doğru iner, inguinal ligamanın altından geçerek iliak kasın lifleri ile birleşir ve femurda trokanter minora yapışarak sonlanır. Görevi uyluğa fleksiyon hareketi yaptırmaktır.

Psoas absesi ilk kez 1881 yılında Mynter⁽⁹⁾ tarafından ileopsoas kompartmanında püri birikimi şeklinde ve psoitis adı ile tarif edilmiştir. Psoas apseleri primer ve sekonder olarak sınıflandırılır. Primer psoas absesi % 30 oranda görülür ve genellikle gizli bir odakta bakterilerin

hematojen veya lenfatik yolla yayılması sonucu gelişir. Etkenler arasında en sık *Staphylococcus aureus* (% 88) bildirilse de, streptokoklar ve *Escherichia coli* gibi Gram negatif basiller de neden olabilir^(1,8,11).

Psoas apselerinin % 70'i sekonder apselerdir ve çevre infekte dokulardan lokal yayılım sonucu ortaya çıkarlar. Gelişmekte olan ülkelerde en sık neden Pott hastalığıdır ve Pott hastalığı gelişen olguların % 5'inde psoas absesi geliştiği bildirilmektedir^(6,10,12). Gelişmiş ülkelerde sekonder psoas apselerinin en sık nedeni olarak Crohn hastalığı bildirilmekte; rüptüre apandisit, periapendiküler apse, pyelonefrit, böbrek tüberkülozu, kalça septik artriti, Pott hastalığı ve

İletişim adresi: Şefika Elmas Bozdemir, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, BURSA
Tel: (0224) 295 05 98 / 442 87 49
e-posta: drsefika@gmail.com

Alındığı tarih: 20.07.2012, Yayına kabul: 09.09.2012

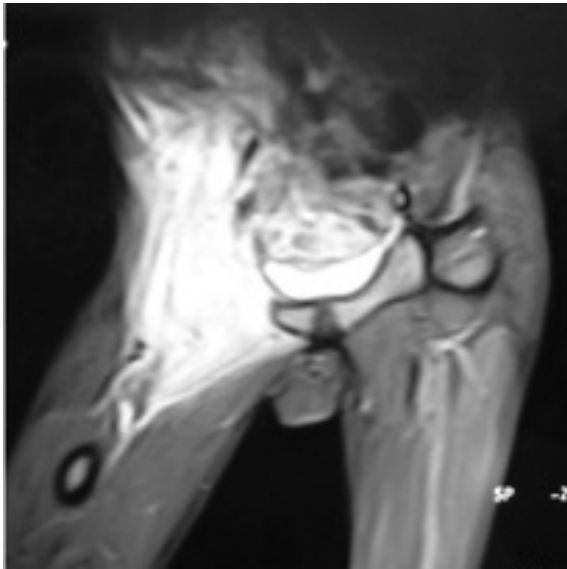
spinal cerrahi sonrası gelişen olgular da bildirilmektedir⁽³⁾.

OLGULAR

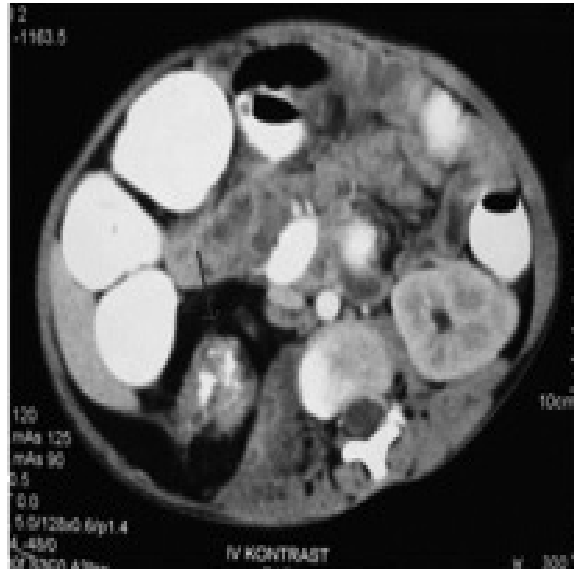
OLGU 1: Onbir yaşındaki erkek olgu Çocuk İnfeksiyon Hastalıkları Polikliniğimize sağ uylukta ağrı, uyluk fleksiyonu ve dizin ekstansiyonunda kısıtlılık yakınmasıyla başvurdu. Öyküsünden ağrısının 2 aydır devam ettiği, bir merkezde Ortopedi bölümü tarafından 4 gün yatırılarak sefazolin tedavisi ile ağrısının gerilediği, ancak 15 gün sonrasında ağrısının ve dizde ekstansiyon kısıtlılığının tekrar geliştiği öğrenildi.

Özgeçmişinde 3 yaşında iken mesanede taş nedeniyle opere edildiği, soygeçmişinde annede ve anneannede böbrek taşı olduğu öğrenildi. Yapılan fizik muayenesinde sağ uyluk iç yüzünde hafif sertlik olduğu, sağ dizini ekstansiyona getiremediği, batin alt kadranda yaklaşık 3 cm uzunlukta transvers kesi izi olduğu, sağda kostovertebral açı hassasiyeti varlığı dışında diğer sistem muayenelerinin normal olduğu saptandı. Laboratuvar değerlerinde lökosit: 5430/mm³, hemoglobin: 9 g/dL, trombosit: 451,000/mm³, sedimentasyon: 91 mm/saat, CRP: 4.8 g/dL saptandı. Biyokimya değerleri

normal olan hastanın tam idrar tetkikinde mikroskopik hematürisi dışında özellik yoktu. Yapılan PPD testi negatif olarak sonuçlandı. İki yönlü akciğer grafisi normaldi. Radyoloji tarafından abdominal ve pelvik USG'da sağ kalça eklemının yüzeyelinde kas planları arasında 3.5 cm kalınlığında yoğun içerikli komplike sıvı görünümünün, kronik apse ya da organize hematoma olabileceği raporlandı. Çekilen kalça MR'ında sağ ileopsoas kasi boyunca uyluk proksimal kesimine kadar uzanan yumuşak doku yapılarında şişme ve aradaki fasyalarda silinme olduğu görüldü (Resim 1). Alt batin BT'de atrofik görünümdeki sağ böbrek içinde çok sayıda dağınık yerleşimli kalsifikasyon odakları ve sağ ileopsoas kompartmanı boyunca uyluğa kadar uzanan belirgin yumuşak doku kalınlaşması içinde yer yer kalsifikasyon odakları olduğu, bulguların böbrek tüberkülozuna sekonder retroperitoneal tüberküloz lehine olduğu değerlendirildi (Resim 2). Olgunun girişimsel radyoloji tarafından alınan doku biyopsi materyalinde kazeifiye granülatöz iltihap ve kalsifikasyon tesbit edilerek tedavisi izoniazid, rifampisin, pirazinamid ve etambutol olarak düzenlendi. Materyallerin mikrobiyolojik incelemesinde asit-alkole dirençli bakteri (AARB) görülmedi. Aile taramasında tüberkülozlu olgu saptanmadı. Çekilen DMSA sintigrafisinde sağ böbrek



Resim 1. Kalça MR'da sağ psoas kasi boyunca uzanan apsenin T2 sekansında görünümü.



Resim 2. Abdominal BT'de atrofik sağ böbrek ve çevresindeki içinde kalsifikasyon odakları bulunan apse ile uyumlu görünüm.

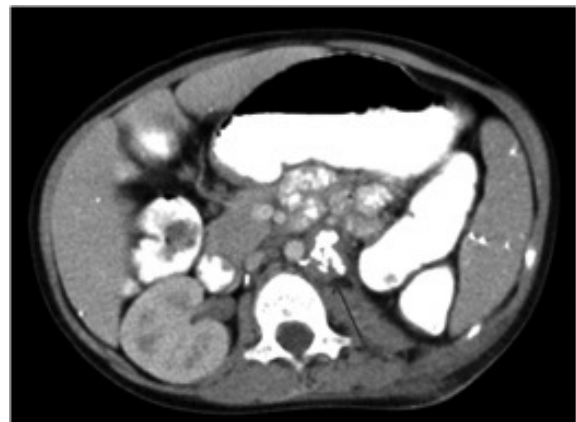
izlenmedi. Sol böbrek normalden büyük boyutta, minör kontur düzensizliği dışında görünüm ve aktivite tutulumu normal sınırlarda izlendi. Tedavinin 2. ayı sonunda etambutol ve pirazinamid tedavileri kesildi. Tedavinin 6. ayında yapılan kontrol USG'da apsesi tamamen kaybolan olgunun tedavisi sorunsuz devam ediyor ve 12 aya tamamlanması planlanıyor.

OLGU 2: Dört buçuk yaşında erkek olgu Çocuk İnfeksiyon Hastalıkları Polikliniğimize sol nefrektomi sonrası gelişen skar dokusunun altında fistülize apse saptanması nedeniyle sevk edildi. Öyküsünden antenatal 38. haftada sol böbrekte Grade IV hidronefroz tesbit edildiği, yenidoğan döneminde nefrostomi kateteri takılarak izlendiği, sonrasında 18 aylık olana kadar takipsiz kaldığı öğrenildi. Olgunun 18 aylık olduğunda sol femur başından apse boşaltılmış ve aynı tarihte çekilen abdominal USG'da dalak içinde multipl milimetrik boyutlarda saçılmış tarzda bir kısmı posterior distal akustik gölge veren kalsifikasyonların granülom veya tüberküloz olarak değerlendirildiği raporlanmış. İki yaşında iken sol nefrektomi uygulanan hastanın patolojik tanısı multi kistik displastik böbrek olarak yorumlanmış ve ilgili bölümlerce takip edilmiş. Fizik muayenesinde sol lomber bölgede operasyon skarının olduğu alanda yaklaşık 6x7 cm çapında dışarıya fistülize olmuş ağrılı apse ile uyumlu şişliği ve lokal bası ile ağrı yakınması mevcuttu. Laboratuvar değerlerinde lökosit: 16100/mm³, hemogloblin: 10.5 g/dL, trombosit: 344,000/mm³, sedimentasyon: 86 mm/saat,

CRP: 3.2 g/dL saptandı. Biyokimya değerleri normal olan hastanın tam idrar tetkikinde özellik saptanmadı. Yapılan PPD:18x21 mm (1 BCG skarı) olarak sonuçlandı. İki yönlü akciğer grafisi normaldi ve aile taramasında tüberkülozlu birey saptanmadı. Batın USG'da sol psoas kası etrafında inguinal kanala doğru uzanan yaklaşık 63x71 mm boyutlarında yoğun içerikli apse ile uyumlu sıvı koleksiyonu izlendi. Kitlenin sınırlarının net değerlendirilmesi amacıyla çekilen batın BT'sinde karaciğer, dalakta ve retroperitoneal bölgede saptanan çok sayıda kalsifikasyon odağının geçirilmiş spesifik infeksiyona sekonder olduğu, sol psoas ve ileopsoas kası boyunca uzanan, ortasında yer yer nekroz alanları bulunan, çok sayıda kalsifikasyon odağı izlenen, sol bel bölgesinde cilde açılan 58x65 mm boyutlu lezyonun psoas-ileopsoas apsesi ile uyumlu olduğu, tüm bulguların retroperitoneal tüberkülozu temsil ettiği düşünüldü (Resim 3 ve 4). Opere edilen hastanın drenaj materyallerinin direk bakısında AARB görülmedi ve tüberküloz kültüründe üreme olmadı. Patolojik incelemede fistül traktı ve çevresinde gelişmiş granülasyon dokusunda Langans tipi dev hücreler, kazeifikasyon nekrozu ve epitelyumoid histiositler izlendi. Olgunun nefrektomi preparatları tekrar incelendiğinde tüberkülozla uyumlu olarak kazeifikasyon nekrozu içerdiği öğrenildi. Antitüberküloz tedavisi izoniazid, rifampisin, etambutol, streptomisin ve pirazinamid olarak düzenlenen olguya 2 mg/kg/gün metilprednisolon başlandı. Tedavinin 1. ayı sonunda streptomisin ve metilprednisolon tedavisi (2 hafta



Resim 3. Abdominal BT'de sol psoas kası boyunca uzanan kalsifikasyonların görünümü.



Resim 4. Abdominal BT'de sağ böbrek yokluğu ve retroperitoneal yaygın kalsifikasyonların görünümü.

içinde azaltılarak), 2. ayı sonunda pirazinamid tedavisi, 12. ay sonunda da etambutol tedavisi kesildi. Tedavinin 1. yılı sonunda çekilen batın BT'sinde sol psoas kasının sağa göre atrofik olduğu, solda retroperitoneal alanda bir yıl önceki incelemelerde görülen yumuşak doku kalınlaşmasının belirgin oranda regrese olduğu ve bu lokalizasyonda sıvı koleksiyonu izlenmediği bildirildi. Çocuk Enfeksiyon, Çocuk Cerrahisi ve Çocuk Radyoloji Bilim dalları tarafından birlikte değerlendirilen olgunun tedavisi 18 aya tamamlanarak ve kontrol batın USG'da sol böbrek lojunda sonografik patoloji izlenmediği görülerek kesildi. Çekilen DMSA sintigrafisinde sol böbrek izlenmedi. Sağ böbrek normal lokalizasyonda ve normal büyüklükte homojen ve aktivite tutulumu normal olarak izlendi. Olgu antitüberküloz tedavi kesimi sonrası bir yıldır sorunsuz olarak izleniyor.

TARTIŞMA

Psoas ve iliyak kasları çevreleyen fasya içerisinde süpüratif sıvı birikmesi olarak tanımlanan psoas apsесinin değışken ve kendine özgü olmayan kliniğinin yanı sıra nadir görülen bir durum olması, yanlış tanı almasına veya tanıda gecikmelerin sıklıkla görülmesine neden olabilmektedir. Psoas apsесinin klasik semptomları ateş, karın veya bel ağrısı ve topallayarak yürümedir. Lökositoz, anemi ve yüksek sedimentasyon hızı belli başlı laboratuvar bulgularıdır^(2,5). İlk olgumuz tipik olarak psoas apsесi düşündüren kalça eklemi fleksiyonunda zorluk nedeniyle topallayarak yürüme bulgusuyla başvurmuştu. İkinci olgumuzun başvurusu sırasında topallayarak yürümesi yoktu. Ancak her iki olgu sorgulama sırasında lomber bölgede ağrı tariflemeseler de; muayene ile kostovertebral açı hassasiyetlerinin olduğu görüldü. Laboratuvar incelemelerinde ilk olgumuzda lökositoz saptanmazken, ikinci olgumuzda lökositoz mevcuttu. Ayrıca tüberküloz hastalığını akla getirmemizi kolaylaştıracak ölçüde yüksek sedimentasyon değerleri ve anemileri mevcuttu.

Psoas apselerinde tanı için genellikle invazif olmaması ve kolay uygulanabilirliği nedeniyle ultrasonografi (USG) yeterli olmakla bera-

ber, gecikmiş ve yaygın olgularda boyutların tam ve net olarak değerlendirilebilmesi için batın bilgisayarlı tomografisi (BT) ile de görüntüleme gerekmektedir^(2,14). Tanı aşamasında her iki olgumuzda da ilk tercihimiz USG olmasına ve tanı için yeterli olmasına rağmen, lezyonların boyutlarının ve çevreye yayılımlarının netleştirilmesi açısından iki olgumuzda da batın BT çekilmesi gerekti.

Psoas kasının, ana abdominal ve pelvik yapılarla yakın olması nedeniyle bu bölgedeki enfeksiyonlar kolaylıkla psoas kasına ve posterior mediastinuma yayılabilmektedir. Tüberküloz psoas apsесi geçmişte genellikle Pott hastalığı ile ilişkili olarak daha sık görülmesine rağmen, günümüzde saptanan nadir olguların öncelikle komşu organlardan (böbrekler, sigmoid kolon, apendiks, jejunum, üreter, abdominal aorta) direkt yayılımla, daha nadiren de uzak bir odaktan hematogen yayılımla geliştiği saptanmaktadır. Bel, kasık veya kalça bölgesine ameliyat uygulanan kişilerde psoas apsесi gelişme riski yüksektir^(4,7). Olgularımızdan ilkinin 3 yaşındayken geçirilmiş mesane taşı operasyonu, ikincisinin ise birkaç kez nefrostomi kateteri takılma, bir kez femur başından apse boşaltılma ve nihayetinde bir kez de nefrektomi öyküsü mevcuttu. Olgumuzun eski tetkik sonuçları değerlendirildiğinde 18 aylıkken çekilen batın USG'da dalakta saptanan kalsifikasyon odakları, tanı sırasında çekilen batın BT'de saptanan karaciğer, dalak ve retroperitoneal kalsifikasyon odakları, yenidoğan döneminde takılan nefrostomi sırasında olguya *Mycobacterium tuberculosis*'in bulaşmış olup, batın içindeki odakların da bu nedenle gelişmiş olabileceği ihtimalini aklımıza getirdi. Her iki olgumuzun da akciğer grafilerinde geçirilmiş veya aktif tüberküloz bulgusu olmaması, aile taramalarında da geçirilmiş ya da aktif tüberkülozlu olguya rastlanmaması bu düşüncemizi desteklemektedir.

Ricci ve ark.⁽¹¹⁾'nin 397 olguyu değerlendirdikleri çalışmada tüm dünya üzerinde etyolojinin çok değıştiği, örneğin Asya ve Afrika'da olguların % 99'unun primer psoas apsесi iken, Avrupa'da bu oranın sadece % 17, Kuzey Amerika'da ise % 61 olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde Ataus ve ark.⁽²⁾'nin bildirdiği 4 psoas apseli olgudan 3'ü (% 75) sekonder psoas apseli

olgulardı. Bu olgulardan ikisinde primer hastalık böbrek kaynaklıydı, birinde atrofik, birinde de fonksiyone olmayan böbrek tesbit edildiği bildirildi. Turunç ve ark.⁽¹³⁾ tarafından 15 psoas apseli olgunun retrospektif değerlendirildiği çalışmada olgulardan sadece biri primer, diğer 14'ü (% 93.3) sekonder idi. Aynı çalışmada kültürde üreme saptanan 11 olgunun 5'inde (% 45.5) *M.tuberculosis* ürettiği bildirilmiştir⁽¹³⁾. Olgu sayımız nedeniyle kıyaslama yapmak doğru olmasa da, halen ülkemizde psoas apselerinin büyük kısmının sekonder apseler olduğu ve etkenin de en sık *M.tuberculosis* olduğu düşünülebilir.

Sonuç olarak, çocukluk çağında böbrek tüberkülozu olguları karşımıza sinsi ve yavaş seyirli değişik klinik tablolarda gelebilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Adelekan MO, Taiwo SS, Onile BA. A review of psoas abscess, *Afr J Clin Exper Microbiol* 2004;5:55-63.
2. Ataus S, Alan C, Önder AU, Mihmanlı İ, Talat Z, Yalçın V. Psoas absesi, *Cerrahpaşa J Med* 2000; 31(2):89-93.
3. Atkinson C, Morris SK, Ng V, Friedman JN. A child with fever, hip pain and limp, *CMAJ* 2006;174(7): 924.
<http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.051165>
PMid:16567754 PMCID:1405870
4. Buttaro M, González Della Vale A, Piccaluga F. Psoas abscess associated with infected total hiparthroplasty, *J Arthroplasty* 2002;17(2):230-4.
<http://dx.doi.org/10.1054/arth.2002.28734>
PMid:11847626
5. Chern CH, Hu SC, Kao WF, Tsai J, Yen D, Lee CH. Psoas abscess: making an early diagnosis in the ED, *Am J Emer Med* 1997;15(1):83-8.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0735-6757\(97\)90057-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0735-6757(97)90057-7)
6. Çubukçu S, Gürbüz U, Çevikkol C, Aktan S, Tuncer T. Primary psoas abscess presented with only low back pain, *Turk J Phys Med Rehab* 2006;52(3):137-40.
7. Lee BB, Kee WD, Griffith JF. Vertebral osteomyelitis and psoas abscess occurring after obstetric epidural anesthesia, *Reg Anesth Pain Med* 2002;27(2):220-4.
PMid:11915074
8. Mallick IH, Thoufeeq MH, Rajendran TP. İliopsoas abscesses, *Postgrad Med J* 2004;80(946):459-62.
<http://dx.doi.org/10.1136/pgmj.2003.017665>
PMid:15299155 PMCID:1743075
9. Mynter H. Acute psoitis, *Buffalo Med Surg J* 1881;21:202-10.
10. Procaccino JA, Lavery IC, Fazio VW, Oakley JR. Psoasabscess: difficulties encountered, *Dis Colon Rectum* 1991;34(9):784-9.
<http://dx.doi.org/10.1007/BF02051071>
11. Ricci MA, Rose FB, Meyer KK. Pyogenic psoas abscess: worlwide variations in etiology, *World J Surg* 1986;10(5):834-43.
<http://dx.doi.org/10.1007/BF01655254>
PMid:3776220
12. Roy S. Cold abscess in caries spine. A preliminary report, *J Indian Med Assoc* 1969;53(5):240-4.
PMid:5359649
13. Turunç T, Turunç T, Demiroğlu YZ, Çolakoğlu Ş. Psoas absesi olan 15 hastanın retrospektif olarak değerlendirilmesi, *Mikrobiyol Bul* 2009;43(1):121-5.
PMid:19334388
14. Vaz AP, Gomes J, Esteves J, Carvalho A, Duarte R. A rare cause of lower abdominal and pelvic mass, primary tuberculous abscess: a case report, *Cases J* 2009;2:182.
<http://dx.doi.org/10.1186/1757-1626-2-182>
PMid:19946492 PMCID:2783137