



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı
Olgu Sunumu

20 Ekim 2016 Perşembe

Yandal Ar. Gör. Uzm. Dr. Ayşe Tekin Yılmaz



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı Olgu Sunumu

20 Ekim 2016 Perşembe

Uzman Dr. Ayşe Tekin Yılmaz

Olgu

- 4 yaş kız hasta
- **Başvuru yakınması:**
 - Sağ bacak ağrısı
 - Yürüyememe
 - Ateş

Olgu

Öykü:

- Hastaneye başvurmadan 2 gün önce aniden başlayan sağ bacak ağrısı
- Travma öyküsü yok
- Dış merkezde bu şikayetle değerlendirilen hastanın kalça direk grafilerinde patolojik özellik saptanmamış
- Ağrıda artış olması, şikayetlerine yürüyememe ve ateş eklenmesi nedeni ile Çocuk Acil Servisimize 16.09.10 tarihinde başvuru

Olgu

Özgeçmiş:

- İkiz eşi, 31+3 gebelik haftasında doğum, 17 gün yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış
- Üç yaşında lenfadenit nedeni ile 15 gün hastane yatışı

Soygeçmiş:

- Özellik yok

Olgu

Fizik bakı:

- Genel durumu iyi
- Ateş: 38,6 C KTA: 110/dk SS: 28/dk
- Boy: 104 cm (75 p), Ağırlık: 17 kg (75 p)
- Kan basıncı : 90/50 mmHg (25 p)
- Sistem muayenelerinde patolojik özellik yok

- Eklemlerin muayenesinde;
sağ kalça eklem hareketleri ağrılı,
ancak ısı artışı, kızarıklık, şişlik yok

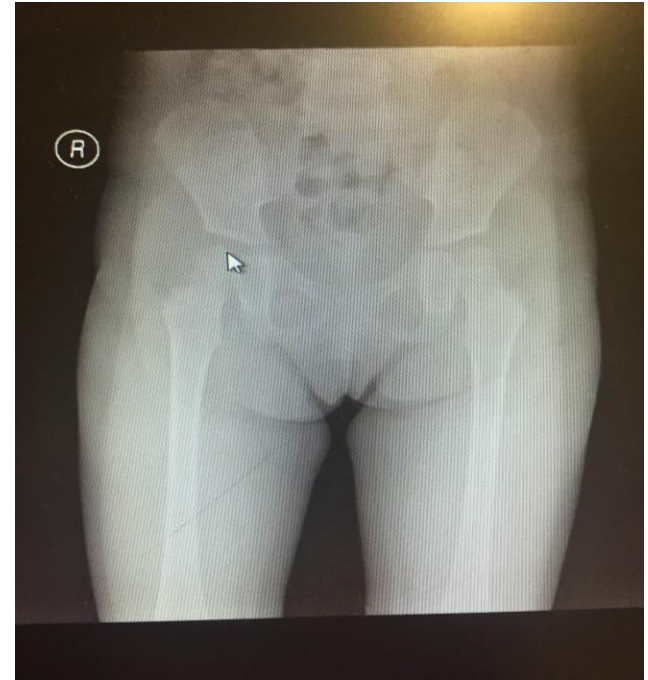
Olgu

Laboratuvar tetkikleri

- Hb: 11,7 gr/dL MCV:78
- Beyaz küre :16.000/mm³
(%83 nötrofil, %11 lenfosit)
- Trombosit: 378.000
- CRP: 6,32 mg/dL
- Sedimentasyon: 19 mm/st
- İdrar sedimentinde hücre yok

Görünteleme

- Direk kalça grafisinde patolojik özellik yok



ÖN TANI ?



Çocuklarda Eklem Ağrısında Ayırıcı Tanı

- Travma
- Enfeksiyöz nedenler (Septik artirit, osteomyelit, derin doku absesi)
- Romatolojik nedenler
- Reaktif artirit, toksik sinovit
- Maligniteler (lösemi, lenfoma, osteosarkom, osteoid osteom)

Olgu

- **Kalça eklem USG:** Patolojik bulgu yok
- **Kalça-sakroiliak eklem MRG:** Pelvik düzeyde sağda obturator internus ve ekternus kasları komşuluğunda **psoas kası içinde apse ile uyumlu kistik lezyon**; kas yapılarında ve cilt altı dokuda belirgin loküle sıvı kolleksiyonu izlenmedi

Olgu



Olgu



Psoas Absesi

- İliopsoas kası içerisinde püyo birikimi
- Nadir karşılaşılan bir durum
- İleri düzey görüntüleme yöntemlerinin daha sık kullanılmasıyla birlikte daha sık karşılaşılmakta

Psoas Absesi

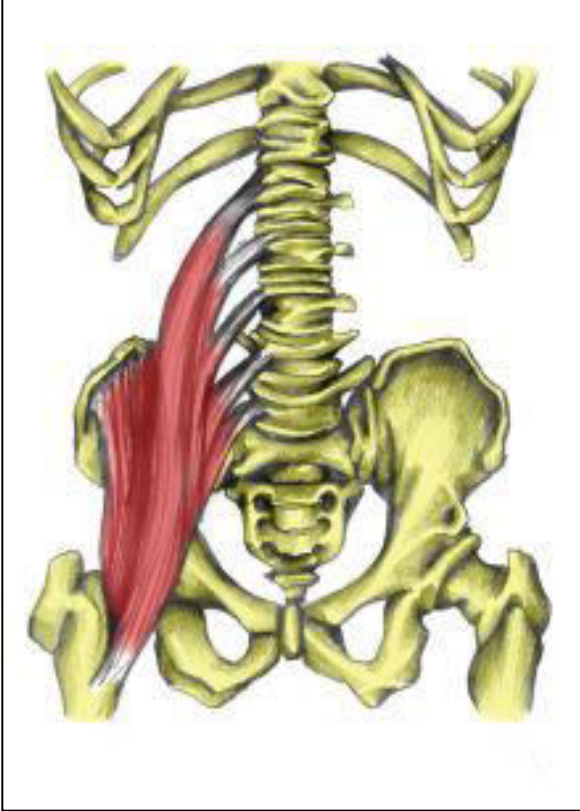
Sınıflandırma

- Birincil psoas absesi: Kan dolaşımı veya lenfatik yolla mikroorganizmanın kas içine ulaşması
- İkincil psoas absesi: Travma, cerrahi müdahale veya anatomik komşuluk yoluyla mikroorganizmanın kas içine ulaşması

Psoas Apsesi

- Birincil psoas apselerinde etken genellikle tek bir mikroorganizma
- En sık etken *Staphylococcus aureus*
- Diğer sık etkenler; streptokoklar ve *Escherichia coli*
- Sık olmamakla birlikte *Brucella*, *M. tuberculosis* de akılda tutulmalı
- İkincil psoas apselerinde etken, bir mikroorganizma olabileceği gibi birden fazla da olabilir

Psoas Absesi: Klinik



- Sırt ağrısı, yan ağrısı, karın ağrısı
- Sırttan başlayıp bacak arkasına yayılan ağrı
- Inguinal bölgede ağrılı kitle
- Kalça eklem hareketlerinde kısıtlılık, ekstansiyon ile artan fleksiyon ile azalan ağrı
- Yürümeyi reddetme
- Ateş
- Başlangıçta bulgular silik olabilir

Psoas Absesi

Laboratuvar bulguları

- Lökosit ($>10.000/\text{ml}$),
anemi ($<11 \text{ gr/l}$),
trombositoz
- Sedimentasyon hızında
ve CRP değerinde artış
- Kan kültürü pozitifliği
%41-78

Görüntüleme

- Bilgisayarlı tomografi;
erken dönemde
duyarlılığı düşük olabilir
- MRG, komşu dokuları ve
organları da
değerlendirme imkanı
- Direk grafi, USG,
nükleer görüntüleme
yöntemleri

Psoas Absesi: Tedavi

- Abses boşaltılması
- Antibiyotik tedavisi

Ampirik antibiyotik tedavisi:

S. aureus (MRSA sıklığı önemli)

Enterik aerob ve anaerob
organizmalar

Psoas Apsesi : Tedavi

- Ampisilin-Sulbaktam
- II. kuşak sefalosporinler (sefuroksim)
- I. kuşak sefalosporinler (sefazolin)
- Nafsilin, oksasilin

Beraberinde tedaviye klindamisin eklenebilir.

Psoas absesi: Tedavi

- Metisilin dirençli *S.aureus* tedavisinde ise glikopeptid grubu antibiyotikler; vankomisin, teikoplanin

Psoas Absesi: Tedavi

- Tedavi süresi;
etkin apse boşaltılması ile 3-6 hafta antibiyotik tedavisi
- Aralıklı görüntüleme ile tedavi yanıtı değerlendirilerek tedavi süresine karar verilir

Olgu

- Hasta Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı'na danışıldı: Apse boyutlarının büyük olmayışı, bölgenin damar ve sinir açısından uygun olmayışı nedenleriyle apse boşaltımı düşünülmeydi.
- Girişimsel Radyoloji birimince, örnek alınması ya da apse boşaltımı için girişim, aynı nedenlerle uygun görülmedi.
- Ampisilin- sulbaktam 200 mg/kg/gün + klindamisin 30 mg/kg/gün olarak antibiyotik tedavisi düzenlendi.
- Tedavi öncesi alınan kan kültüründe üreme olmadı.

Olgu

- ESR ve CRP değerlerinde gerileme olan hastanın antibiyotik tedavisinin 10. gününde çekilen kontrol MR görüntülemesinde apse boyutlarında küçülme olmakla birlikte apsenin kaybolmadığı izlendi.
- Ampirik antibiyotik tedavisi 25. gününde
- Kontrol MRG planlandı.
- Öncesinde lenfadenit tanısıyla 15 gün yatırılarak tedavi edildiği öğrenildiğinden; hastamızda iki kez "beklenen dışı" enfeksiyon hastalığı olması dikkate alınarak, olası immün yetmezlik açısından araştırılması (İG düzeyleri, lenfosit altgrupları, kompleman, nötrofil işlev testleri) planlandı.

KAYNAKÇA

- Grose C. Bacterial myositis and pyomyositis. Feigin RD, Cherry JD, Demler GJ, Kaplan SL, ed. Feigin & Cherry's Textbook of Pediatric Infectious Diseases, 7. basım. Philadelphia: Saunders Elsevier. 2009:735-739.
- Spelman D. Psoas abscess.
www.UpToDate.com/contents/search?search
(erişim: 19.10.2016)

Teşekkürler...