

Nadir Görülen Primer Piyomyozitli İki Olgu

Oktay BELHAN^{1a}, Murat GÜRGER¹, Lokman KARAKURT¹, Tarık ALTUNKILIÇ¹, Mehmet KAYA¹, Hüseyin ÖZDEMİR²

¹Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı,

²Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı ELAZIĞ

ÖZET

Primer piyomyozit iskelet kasının piyojenik enfeksiyonudur. Tropikal ve subtropikal bölgelerde sık görüldüğü halde ılıman iklimli bölgelerde nadirdir. Bu çalışmada, Staphylococcus aureus'a bağlı gelişen sol uylukta addüktör kas grubuna, diğer olguda ise biceps kasına lokalize olan, nadir görülen primer piyomyozitli iki olgu tartışıldı. İlk olguda; 72 yaşındaki erkek hastanın sol uyluğunda kitle ve ağrı şikayeti mevcuttu. İkinci olgu ise, on bir yaşında kız çocuğu, travma öyküsü olmaksızın, sol kolunda ağrı ve dirseğinde hareket kısıtlılığı nedeniyle ile kliniğimize başvurdu. Olgular klinik, laboratuvar ve radyolojik olarak değerlendirildi. Kasların iğne aspirasyonlarında sarı renkli pürülan mayi aspire edildi. Primer piyomyozit klinik tanısı konuldu. Cerrahi drenaj yapıp antibiyoterapi başlandı. Ameliyattan sonra, olguların klinik semptomlarında ve laboratuvar değerlerinde düzelme tespit edildi. ©2008, Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi

Anahtar kelimeler: Primer piyomyozit, staphylococcus aureus, cerrahi drenaj, antibiyoterapi

ABSTRACT

Two cases with rare primary pyomyositis

Primary pyomyositis is the pyogenic infection of the skeleton muscle. While it is often seen in tropical and subtropical regions, it is rare in temperate regions. In this study, two incidents were discussed. One of them was in the adductor muscle group in left thigh developed due to Staphylococcus aureus, and the other incident was a rarely seen primary pyomyositis localized to the biceps muscle. In the first case, 72-year-old male patient complained that he had mass and pain in his left thigh. The second case, an 11-year-old girl, was consulted to our clinic owing to the pain in her left arm and restriction on her elbow mobility without a trauma history. Findings were evaluated in clinical, laboratory and radiological aspects. In the aspiration of the muscles, yellow purulent fluid was aspirated. She was clinically diagnosed with primary pyomyositis. Following the surgical drainage, anti-biotic treatment was started. After the operation, an improvement in the clinical symptoms and laboratory values of the patients were determined. ©2008, Fırat University, Medical Faculty.

Key words: Primary pyomyositis, staphylococcus aureus, surgical drainage, antibiotherapy

Primier piyomyozit iskelet kasının subakut, derin bakterial enfeksiyonudur (1). Piyomyozit sıklıkla tropikal ülkelerde görülmekle birlikte nadir olarak diğer ılımlı iklimlerde görülür. Enfeksiyonun en sık gözlemlendiği kas kuadriseps kasıdır bunu gluteal ve iliopsoas kasları izler (2). En sık etken Staphylococcus aureus'tur (3). Özellikle tropikal ülkeler dışında yaşayan, 30 yaşın üzerindeki piyomyozitli hastaların çoğunda, hastalığın temelinde immün sistemi zayıflatan durumlar vardır. Kas apsесinin drenajını takiben uygun antibiyoterapi, tedavinin temelini oluşturur ve genellikle tam iyileşme ile sonuçlanır (2).

OLGU SUNUMU

Olgu 1: Sol uyluğunda ağrı ve şişlik şikayeti ile kliniğimize başvuran 72 yaşındaki erkek hastanın öyküsünden, yaklaşık bir ay önce travma olmadan, bahçede çalıştıktan sonra uyluğunda hafif bir ağrı ve şişlik oluştuğunu, bu şişlik ve ağrının giderek artması üzerine bir sağlık kuruluşuna başvurduğunu ve orada tümör olabileceği söylenip hastanemize sevk edildiği öğrenildi. Fizik muayenesinde; sol uyluk medialinde, ciltte hipereminin

eşlik etmediği, inguinal bölgeden dize kadar uzanan şiş görünüm saptandı (Şekil 1).



Şekil 1. Olgu 1'in fizik muayene ile addüktör bölgedeki kitlenin görünümü.

^a Yazışma Adresi: Dr. Oktay BELHAN, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, ELAZIĞ

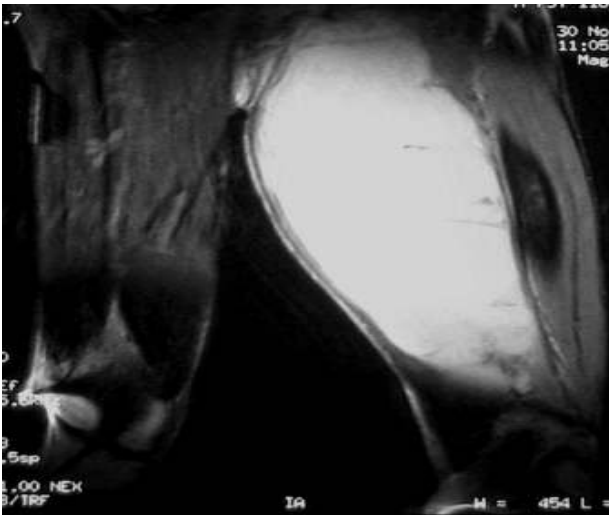
* XX. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongresi'nde yazılı bildiri olarak sunulmuştur (Tek olgu olarak: Biceps kasında piyomyozitis başlığı ile)
Tel: +90 424 2333555 e-mail: okbelhan@yahoo.com

Palpasyonla uyluk medialinde lokal ısı artışı, ileri derecede hassasiyet ve ağrı gözlemlendi. Laboratuvar bulgularında; beyaz küre nötrofil hakimiyetinde $13360/\text{mm}^3$, Sedimentasyon 90 mm/saat, CRP 179 mg/dl olarak tespit edildi. Sol uyluk direk radyografisinde belirgin bir özellik yoktu. Ultrasonografide, sol uyluk medialinden diz süperior kesimine kadar uzanan, içerisinde en büyüğü $33 \times 34 \text{ mm}$ boyutta pür kistik alanlar içeren, yaklaşık $17 \times 11 \text{ cm}$ boyutta heterojen hipoeoik yapıda lezyon alanı izlendi (Şekil 2).



Şekil 2. Sol uyluk medialinde adduktor kas grubunda hipoeoik lezyonun USG görünümü.

Sol uyluğa yönelik yapılan MRG (Manyetik Rezonans Görüntüleme)'de adduktor kas grubunda T1 ağırlıklı sekanslarda minimal, T2 ağırlıklı sekanslarda ise belirgin intensite artışı izlendi. Kemik yapılar normal olarak değerlendirildi (Şekil 3).



Şekil 3. Adduktor kas grubunda belirgin intensite artışı gösteren MRG görünümü.

Kasın iğne aspirasyonunda sarı renkli pürülan mayı aspire edildi ve kültüre gönderildi. Klinik muayene, laboratuvar ve radyolojik tetkikler neticesinde hastaya primer piyomyozit tanısı konularak ameliyata hazırlandı. Hasta preoperatif hazırlıkları tamamlandıktan sonra genel anestezi altında operasyona alındı. Sol uyluk medialinden yaklaşık 10 cm 'lik

insizyonla girildi, fasya kesilince spontan bir şekilde pürülan materyalin drenajı gözlemlendi (Şekil 4). Apsenin tam drenajı sağlandıktan sonra nörovasküler yapılar göz önünde bulundurularak dikkatli debrütman ve bol irrigasyon yapıldı.

Operasyon sırasında alınan örnekler kültür ve antibiyogram için laboratuvara gönderildi. Postoperatif dönemde teikoplanin 400 mg/gün i.v. ampirik olarak başlandı. Antibiyogram sonucu metisiline duyarlı Staphylococcus aureus olarak geldi. Postoperatif birinci günden itibaren hastanın klinik bulgularında belirgin düzelme tespit edildi. Teikoplanin tedavisi yedi güne tamamlandı. Hasta antibiyograma uygun oral antibiyotik tedavisi verilerek taburcu edildi. Son kontrolü postoperatif 17. ayında yapılan hastanın şikayetlerinin gerilediği, cerrahi alanda enfeksiyon bulgusu olmadığı ve tam iyileşme olduğu tespit edildi.

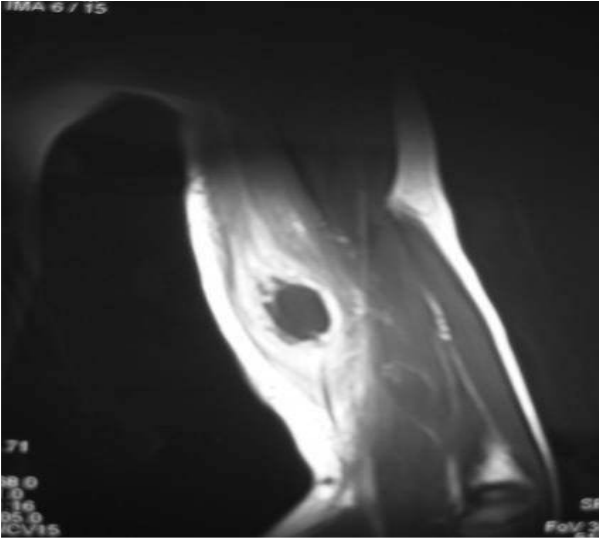


Şekil 4. Olgunun ameliyat sırasında, püy drenajının görünümü.

Olgu 2: On bir yaşında kız çocuğu, travma öyküsü olmaksızın, sol kolunda ağrı ve dirseğinde hareket yokluğu nedeniyle kliniğimize müracaat etti. Fizik muayenesinde; sol kol anteriorunda, ciltte hipereminin eşlik etmediği, biceps kasına lokalize şiş görünüm saptandı. Palpasyonla minimal lokal ısı artışı, belirgin hassasiyet ve ağrı gözlemlendi. Sol biceps kası içinde yaklaşık olarak $7 \times 3 \text{ cm}$ boyutlarında sert kitle ele geliyordu. Sol dirsek 30 derece fleksiyondaydı ve aktif dirsek hareketleri yoktu.

Laboratuvar bulgularında; beyaz küre $17200/\text{mm}^3$, Sedimentasyon 15 mm/saat, CRP 150 mg/dl olarak tespit edildi. Ayırıcı tanıda; hematoma, apse ve yumuşak doku tümörü düşünüldü. Sol kol direk radyografisinde belirgin bir özellik yoktu. Ultrasonografik incelemede $68 \times 27 \text{ mm}$ çaplı, lobüle, heterojen hipoeoik görünümlü yarı solid lezyon tespit edildi. MRG'de sol biceps kası içerisinde apse odağı olarak yorumlanan belirgin intensite artışı tespit edildi (Şekil 5).

Bunun üzerine lokalize apse odağı cerrahi olarak drene edildi ve alınan örnek materyaller kültür antibiyogram için mikrobiyoloji laboratuvarına gönderildi ve etken patojenin Staphylococcus aureus olduğu tespit edildi. Uygun antibiyoterapi parenteral olarak başlanan hasta postoperatif yedinci günde tedavisi düzenlenerek taburcu edildi. Takip süresi 9 ay olan olgunun son kontrolünde şikayetlerinin tamamen iyileştiği ve dirsek hareket genişliğinin tam olduğu gözlemlendi.



Şekil 5: Olgu 2'nin biceps kasına yerleşimli apse odağının MRG görünümü.

TARTIŞMA

Bizim olgularımızda da olduğu gibi primer piyomyozitin etyolojisi açık değildir. Enfeksiyonun geçici bakteriyeminin bir komplikasyonu olduğuna inanılır, çünkü hastaların büyük çoğunluğunda penetran yaralanma veya aşık bir giriş görülmeksizin gelişir (1).

Kas yapısında değişikliğe neden olan travmanın etyolojide rol alabileceği ileri sürülmüştür (3). Özellikle tropikal ülkeler dışında yaşayan, 30 yaşın üzerindeki piyomyozitli hastaların çoğunda, hastalığın temelinde immün sistemi zayıflatan durumlar vardır. Bu olgularda, genellikle şeker hastalığı, kronik böbrek yetmezliği, kronik alkolizm, kanserler, immüno-supresif ilaç kullanımı, immün yetmezlik sendromları gibi immün sistemi zayıflatan hastalıklar ve ilaç kullanımı söz konusudur (2).

Bizim olgularımızdan biri 30 yaşın üzerindeydi ve o olguda da immün sistemi zayıflatan herhangi bir hastalık veya ilaç kullanım öyküsü yoktu.

Klinik görünümünden dolayı piyomyozit; tromboflebit, sellülit, bursit, kontüzyo, hematoma, septik artrit, osteomyelit, romatoid hastalıklar ve yumuşak doku sarkomları ile karışabilir (3). İliopsoas piyomyoziti akut apendisit ile karışabilir (4). Olgularımızda da ayırıcı tanı için detaylı klinik, laboratuvar ve radyolojik değerlendirme yapıldı. Düz radyografi hastaların çok azında kas enflamasyonu veya apse formasyonuna ait açıklayıcı bulgulara sahiptir (5). Bilgisayarlı Tomografi'nin tipik bulguları kasta asimetrik büyüme ve kontrast madde

KAYNAKLAR

1. Malhotra R, Singh KD, Bhan S, Dave PK. Primary pyogenic abscess of the psoas muscle. *J Bone Joint Surg Am.* 1992; 74: 278-284.
2. Chiedozi LC. Pyomyositis. Review of 205 cases in 112 patients. *Am J Surg.* 1979; 137: 255-259.
3. Peckett WR, Butler-Manuel A, Apthorp LA. Pyomyositis of the iliacus muscle in a child. *J Bone Joint Surg Br.* 2001; 83:103-105.
4. Wysoki MG, Angeid-Backman E, Izes BA. Iliopsoas myositis mimicking appendicitis: MRI diagnosis. *Skeletal Radiol.* 1997; 26: 316-318.

enjeksiyonu sonrası periferik tutulumdur (6). Anormal eko ve hipoeoik fokal lezyon ile hacimli kas, ara sıra internal debris ve hava kabarcıkları ultrasonografik görüntülemenin tipik bulgularıdır (1). Her iki olgumuzda da literatüre uygun ultrasonografik görünüm mevcuttu. MRG piyomyozitin tanısında çok yararlı bir görüntüleme yöntemidir, diffüz kas inflamasyonunda ve sonrasında oluşan apse formasyonunda tanısız görüntü sağlar (7).

Piyomyozitin tedavi seçimi hastalığın evresine bağlıdır. Enfeksiyonun erken evresinde diffüz inflamatuvar değişiklikler yalnız antibiyoterapi ile etkili bir şekilde tedavi edilebilir (3). Bununla birlikte apse formasyonu gelişmişse antibiyotik başlanmadan önce uygun drenaj gerektirir (1). Olgularımızda da apse formasyonu geliştiği için, önce cerrahi drenaj yapıldı, sonra antibiyoterapi uygulandı. Drenaj USG veya BT kılavuzluğu altında perkutan olarak uygulanabilir (8). Streptococcal piyomyozit geniş kas nekrozu ile birlikte ve sadece apse drenajı değil nekrotik dokuların debritlemesi gerekir (9). Kas nekrozundan dolayı, etkilenmiş ekstremitede fonksiyon bozukluğu veya yetmezliği söz konusu olabilmektedir. Ancak, olgularımızın ameliyat öncesi fizik muayenelerinde etkilenmiş ekstremitelerindeki hareket kısıtlılığı ve fonksiyon bozukluğu, ameliyat sonrası erken ve geç dönemde, diğer sağlam ekstremiteleriyle kıyaslandığında, tamamen normale döndükleri ve sağlam ekstremiteleri ile aralarında herhangi bir fark olmadığı gözlemlendi.

Mikrobiyolojik değerlendirmede, karışıklığa neden olmamak için genellikle pürülan materyalin drenajının ardından antibiyotik tedavisi verilir. Bununla birlikte hasta septik tabloydaysa zaman kaybetmeden antibiyotik tedavisi başlanmalıdır. Piyomyozitli hastaların tedavisinde cloxacillin uygun bir tercihtir (3).

Cloxacillin ve aminoglikozid kombinasyonu sinerjik etki yapar (10). Drenaj ve intravenöz antibiyotik tedavisinin başlanmasından sonra major bir klinik düzelme olmalıdır ve eğer hasta tedaviye hızlı cevap vermiyorsa ya apse drenajı inkomplettir veya apse multifokaldır. Yedi on günlük ilk periyotta genellikle intravenöz antibiyotik verilir. Oral antibiyotiklerden genellikle birinci kuşak sefalosporinler toplam beş altı hafta verilir (1).

Sonuç olarak, nadir bir klinik antite olan primer piyomyozitin erken tanısı önemlidir; dikkatli anamnez, titiz fizik muayene ve görüntüleme yöntemlerinin akılcı kullanımı tanı için esastır ve kesin tedavinin başlangıcıdır. Pürülan materyalin tam drenajı ve uygun antibiyoterapi tedavinin başarısında anahtar rol oynar ve hastaların büyük çoğunluğunda tam düzelme sağlar.

5. Yousefzadeh DK, Schumann EM, Mulligan GM, Bosworth DE, Young CS, Pringle KC. The role of imaging modalities in diagnosis and management of pyomyositis. *Skeletal Radiol.* 1982; 8: 285-289.
6. Zissin R, Gayer G, Kots G, Werner M, Shapiro-Feinberg M, Hertz M. Iliopsoas abscess: a report of 24 patients diagnosed by CT. *Abdom Imaging.* 2001; 26: 533-539.
7. Yuh WT, Schreiber AE, Montgomery WJ, Ehara S. Magnetic resonance imaging of pyomyositis. *Skeletal Radiol.* 1988; 17: 190-193.

8. Mueller PR, Ferrucci JT Jr, Wittenberg J, Simeone JF, Butch RJ. Iliopsoas abscess: treatment by CT-guided percutaneous catheter drainage. AJR Am J Roentgenol. 1984; 142: 359-362.
9. Harrington P, Scott B, Chetcuti P. Multifocal streptococcal pyomyositis complicated by acute compartment syndrome: case report. J Pediatr Orthop B.2001; 10: 120-122.
10. Lowy FD. Staphylococcus aureus infections. N Engl J Med. 1998; 339: 520-532.

Kabul Tarihi:25.03.2008