

Bruselloza Bağlı Spondilodiskit ve Psoas Apsesi

Spondylodiscitis and Psoas Abscess Due to Brucellosis

Nefise ÖZTOPRAK¹, Mustafa Aydın ÇEVİK², Ayşe ERBAY², Esragül AKINCI²,
Selim Sırrı EREN², Murat VURAL³, Hürrem BODUR²

¹ Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Zonguldak, Türkiye

² SB Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

³ SB Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

ÖZET

Bruselloz ülkemizde yaygın olarak görülen zoonotik bir enfeksiyondur ve pek çok sistemi tutabilir. Bu yazıda bruselloza bağlı olarak gelişen spondilit ve bilateral psoas absesi olan 30 yaşında bir erkek hasta sunulmuştur. Brusellozda osteoartiküler sistem tutulumu en sık görülen komplikasyondur. Psoas absesi nadir görülür ve genellikle spondilodiskite sekonder gelişir. Brusellozun prognozunda erken tanı ve tedavi çok önemli bir rol oynar. Bu nedenle psoas absesi tespit edilen olgularda ön tanılar arasında bruselloz da yer almalıdır.

Anahtar Kelimeler: Psoas absesi, Diskit, Spondilit, Bruselloz

SUMMARY

Spondylodiscitis and Psoas Abscess Due to Brucellosis

Nefise ÖZTOPRAK¹, Mustafa Aydın ÇEVİK², Ayşe ERBAY², Esragül AKINCI²,
Selim Sırrı EREN², Murat VURAL³, Hürrem BODUR²

¹ Department of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Faculty of Medicine, University of Zonguldak Karaelmas, Zonguldak, Turkey

² Clinic of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

³ Clinic of Radiology, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

Brucellosis, a common zoonotic infection in our country, affects multiple systems of the body. In this report we present a 30 year old male patient with spondylitis and bilateral psoas abscess due to brucellosis. Osteoarticular system involvement is the most common complication of brucellosis. Psoas abscess is rarely seen and generally occurs secondary to spondylodiscitis. Early diagnosis and treatment are important for the prognosis of brucella infections. Therefore brucellosis should be in the differential diagnosis of patients with psoas abscess.

Key Words: Psoas abscess, Discitis, Spondylitis, Brucellosis

GİRİŞ

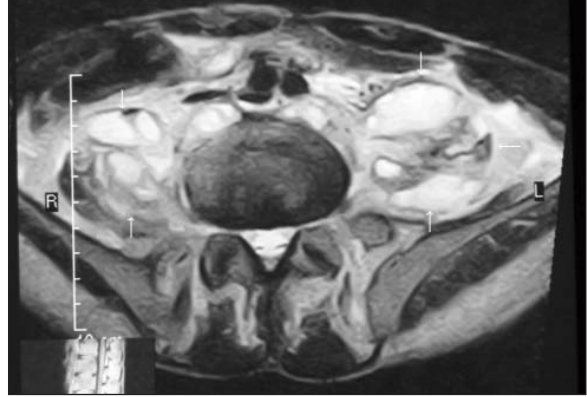
Bruselloz ülkemizde yaygın olarak görülen zoonotik bir enfeksiyondur^[1]. İnsanlara direkt veya indirekt hayvan teması ile bulaşır^[2]. *Brucella* enfeksiyonları subklinik, akut, subakut veya kronik seyirli olabilmektedir^[1]. Klasik olarak titreme ile yükselen ateş, aşırı terleme, baş ağrısı, kırıklık, halsizlik, kilo kaybı, bel ve yaygın vücut ağrıları ile seyrederek^[3]. Hastalarda ateşle beraber kas ve eklem ağrıları en sık rastlanan şikayetlerdir^[4]. Enfeksiyon sırasında ortaya çıkabilen komplikasyonların arasında, iskelet sistemi tutulumları önemli bir yer tutmaktadır^[1]. Bruselloz tüm eklemleri tutabilmekle birlikte daha çok sakroiliyak, kalça ve omuz eklemlerinde tutulum görülmektedir. Bruselloz gelişen hastaların %10-65'inde spondilodiskit görülmektedir; kas tutulumu ise daha nadirdir^[2,4,5]. Bu yazıda bruselloza bağlı olarak spondilodiskit ve bilateral psoas absesi gelişen bir olgu sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

Otuz yaşında erkek hasta 8 aydır var olan, iştahsızlık, halsizlik, özellikle geceleri artan bel ağrısı ve terleme şikayetleri ve yaklaşık 6 ayda 11 kg kilo kaybı olması nedeniyle Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvurdu. Olgunun bilinen kronik bir hastalık öyküsü veya sürekli kullandığı bir ilaç yoktu. Gelişinde yapılan fizik muayenesinde; ateş 37.5°C, nabız 80/dakika idi, sakroiliyak eklemlerde bilateral hassasiyet, T-12'den itibaren tüm lomber vertebraların spinöz proseslerinde palpasyonla hassasiyet vardı, diğer fizik muayene bulguları normaldi. Olgunun daha sonraki günlerde ateş yüksekliği saptanmadı. Laboratuvar incelemesinde; hemoglobin 11 g/dL, lökosit sayısı 6620/mm³ ve periferik yaymada %62 polimorfonükleer lökosit, %35 lenfosit, %3 monosit vardı, eritrosit sedimentasyon hızı 71 mm/saat, C-reaktif protein 133 g/dL idi, diğer rutin laboratuvar testleri normaldi. Tüberkülin deri testi negatifti. *Brucella* serum tüp aglutinasyon testi 1/5120 titrede pozitif saptandı. Kan kültürlerinde üreme olmadı.

Olgunun üst abdomen ultrasonografisinde dalak düzgün konturlu ve homojen eko yapısındaydı ve kraniyokaudal boyutu artmıştı (128 mm). Manyetik rezonans görüntüleme (MRG)'de üst torakal disklerde dejenerasyona sekonder sinyal kaybı, lomber bölgede ise L1-2, L3-4 vertebra korpuslarında ve intervertebral disklerinde; L5 vertebra korpus superior kesimde diskovertebral enfeksiyon ile L1-S1 vertebra korpus dü-

zeyleri arasında anterior paravertebral alanda ve bilateral psoas kaslarında apse ile uyumlu periferik kontrast tutan yumuşak doku izlenmekteydi (Resim 1-3). Girişimsel radyolojik tekniklerle tanı ve tedavi amacıyla psoas absesi boşaltıldı. Apse materyalinden alınan kül-



Resim 1. T2 ağırlıklı aksiyel kesitlerde sol psoas kası lokalizasyonunda 5.5 x 5 cm boyutlarında sağ psoas kası lokalizasyonunda 3.5 x 4 cm boyutlarında apse ile uyumlu sıvı koleksiyonları içeren kitle lezyonları dikkati çekmektedir.



Resim 2. T2 ağırlıklı sagittal kesitlerde L2-3, L4-5 intervertebral disk yüzeylerinde belirgin düzensizlik ve tarif edilen disklerde vertebra korpuslarında ödemle uyumlu sinyal değişiklikleri dikkati çekmektedir. Ayrıca L2-S1 düzeyinde anteriorda paravertebral yumuşak doku artımı mevcuttur.



Resim 3. T1 ağırlıklı postkontrast sagittal kesitlerde L2-3, L4-5 disk düzeylerinde ve L2-5 vertebra korpuslarında kontrast tutulumu izlenmektedir.

türde *Brucella* spp. üredi. Ancak alt tür analizi yapılmadı. Apse materyalinden alınan tüberküloz kültürlerinde ise üreme olmadı.

Olguya bruselloza bağlı olarak gelişen spondilodiskit ve bilateral psoas apsesi tanısıyla 21 gün süreyle doksisisiklin (200 mg/gün oral) ve streptomisin (1 g/gün intramusküler) uygulandı. Tedaviye doksisisiklin ve rifampisin (600 mg/gün) ile devam edildi. Tedavinin 3. ayında apse görünümünü azalmakla birlikte devam ediyordu; bu nedenle tedavi 6 aya uzatıldı. Tedavi sonunda hasta herhangi bir sekel kalmaksızın iyileşti, yaklaşık 5 yıllık takibinde relaps ya da rekürrens gelişmedi.

TARTIŞMA

Psoas apsesi genellikle vertebral, intestinal veya genitoüriner infeksiyonlara sekonder olarak gelişir ancak primer infeksiyona bağlı olarak da ortaya çıkabilir^[4,6]. Psoas apsesi, piyojenik veya tüberküloza bağlı gelişen vertebral osteomyelitin komplikasyonu da olabilir^[7]. Psoas apsesine neden olan başlıca mikroorganizma *Staphylococcus aureus*'tur. *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* ve *Brucella* türlerinin de psoas apsesine neden olabildiği bildirilmiştir

tir^[8,9]. Brusellozda psoas apsesi oldukça nadirdir ve sıklıkla spondilit sonrasında gelişir. Bruselloza bağlı spondilit gelişen hastalarda vertebralarda meydana gelen harabiyet, hastaların %6-10'unda paravertebral apse veya psoas apsesi gelişimine neden olabilir^[2,4,5,10].

Osteoartiküler tutulum brusellozun en sık görülen komplikasyonudur^[11]. Ülkemizde brusellozun osteoartiküler tutulumu sık görülmektedir^[11-18]. Gür ve arkadaşları 283 olguluk seride %69 oranında, Taşova ve arkadaşları 238 hastalık seride %36.5 oranında, Aydemir ve arkadaşları ise 72 hastalık seride %41.6 oranında osteoartiküler tutulum olduğunu bildirmişlerdir^[13,16,18]. Bruselloza bağlı spondilit yaşlılarda sinsi ve kronik bir seyir gösterir ve lomber vertebralarda özellikle L4-L5 vertebralarda daha çok etkilenir^[11]. Ülkemizden Turunç ve arkadaşlarının çalışmasında spontan spondilodiskit gelişen olguların hemen tamamında infeksiyonun torakal veya lomber bölgede yerleştiği, 11 hastada ise psoas apsesi geliştiği bildirilmiştir^[7]. Literatürde bruselloza sekonder psoas apsesi gelişen başka olgular da rapor edilmiştir^[8-10,15,19]. Psoas apsesi tanısında ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve MRG gibi görüntüleme yöntemleri, kolaylık sağlayan güvenilir metodlardır^[8,10]. MRG osteoartiküler tutulum ve psoas apsesi gibi kas tutulumlarında tanı ve ayırıcı tanıda, tedavinin takibinde en hassas görüntüleme yöntemidir^[14].

Vertebral kolon tutulumunda ayırıcı tanıda tüberküloz akla getirilmesi gereken bir hastalıktır. Tüberküloz spondilitte en sık torakal vertebralarda tutulum, bunu lomber, servikal ve sakral vertebralarda izler^[20]. Olgumuzda tüberkülin deri testinin negatif, tutulum yerinin lomber bölge olması ve tüberküloz kültürlerinde üreme olmaması nedeniyle ayırıcı tanıda tüberküloz ekarte edilmiştir. Olgumuzda hem MRG ile saptanan spondilodiskit ve bilateral psoas kasında saptanan apse görünümü hem de bu apsenden alınan örnekte *Brucella* spp. üremesi bruselloz tanısını kesinleştirmiştir.

Bruselloza bağlı osteoartiküler tutulum veya apse olan olgularda tedavi süresi tartışmalı olmakla birlikte çoğunlukla önerilen süre 3-6 aydır^[11,12,16,17,21]. Corbel'in 2006 yılında yayınlanan makalesinde spinal bruselloz olgularında tedavi süresinin ≥ 8 hafta olması gerektiği ifade edilmiştir^[22]. Ülkemizden Aygen ve arkadaşları osteoartiküler tutulum olan bruselloz olgularında 6-8 hafta süreli tedavi ile %12 oranında

relaps görüldüğünü bildirmişlerdir^[12]. Alp ve arkadaşları ise spinal bruselloz olgularında klinik iyileşme ve MRG bulgularının kaybolmasına kadar en az 3 ay süreyle tedavi uygulandığında bir yıllık izlemde relaps gelişmediğini bildirmişlerdir^[11]. Olgumuzda da 6 aylık tedavi ile tedavi sonrası 5 yıllık dönemde relaps veya rekürrens gelişmemiştir.

Literatürde bruselloza bağlı apse gelişimi, yaşlı veya kronik hastalığı olanlarda daha sık görülmektedir^[5,19]. Olgumuz genç olması ve altta yatan herhangi bir hastalığı bulunmamasına rağmen, bilateral psoas apsesi gelişmesi açısından dikkat çekicidir.

Sonuç olarak; bruselloz, seyri sırasında değişik organlarda ve dokularda beklenmedik komplikasyonlara neden olabilmektedir. Ülkemizde endemik olması nedeniyle, spondilit ve psoas apsesi gelişen hastalarda bruselloz akılda tutulması gereken bir hastalıktır.

KAYNAKLAR

1. Baysal B. *Brucella*. Ustaçelebi Ş (editör). *Temel ve Klinik Mikrobiyoloji*. Ankara: Güneş Kitabevi, 1999:571-7.
2. Doğanay M, Meşe EA. Bruselloz. Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M (editörler). *İnfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi*. 3. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2008:897-908.
3. Sümerkan B. *Brucella* türleri. Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M (editörler). *İnfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi*. 3. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2008:2237-43.
4. Young EJ. *Brucella* species. In: Mandell GL, Douglas RG, Dolin R (eds). *Principles and Practice of Infectious Disease*. 6th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2005:2669-74.
5. Colmenero JD, Cisneros JM, Orjuela DL, Pachón J, Garcia-Portales R, Rodriguez-Sampedro F, et al. *Clinical course and prognosis of Brucella spondylitis*. *Infection* 1992;20:38-42.
6. Desandre AR, Cottone FJ, Evers ML. *Iliopsoas abscess: Etiology, diagnosis and treatment*. *Am Surg* 1995;61:1087-91.
7. Turunç T, Demiroğlu YZ, Uncu H, Çolakoğlu Ş. *A comparative analysis of tuberculous, brucellar and pyogenic spontaneous spondylodiscitis patients*. *J Infect* 2007;55:158-63.
8. Dudler J, Balague F, Waldenburger M. *Bilateral primary brucellar psoas abscess*. *Br J Rheumatol* 1994;33:988-90.
9. El Hassani S, Echarrab el-M, Bensabbah R, Attaibi A, Kabiri H, Bourki K, et al. *Primary psoas abscess: A review of 16 cases*. *Rev Rheum Engl Ed* 1998;65:555-9.
10. Maturanza M, Costa G, Gandolfo F, Zamparelli F, Sommariva S, Maritato F. *Brucellosis with osteo-muscular localization: A case report of a not rare pathological condition*. *Minerva Chir* 1997;52:307-8.
11. Alp E, Koc RK, Durak AC, Yıldız O, Aygen B, Sumerkan B, et al. *Doxycycline plus streptomycin versus ciprofloxacin plus rifampisin in spinal brucellosis*. *BMJ* 2006;6:72.
12. Aygen B, Doganay M, Sumerkan B, Yıldız O, Kayabas U. *Clinical manifestations, complications and treatment of brucellosis: A retrospective evaluation of 480 patients*. *Med Mal Infect* 2002;32:485-93.
13. Tasova Y, Saltoglu N, Sahin G, Aksu HSZ. *Osteoarthicular involvement of brucellosis in Turkey*. *Clin Rheumatol* 1999;18:214-9.
14. Özaksoy D, Yücesoy K, Yücesoy M, Kovanlıkaya İ, Yüce A, Naderi S. *Brucellar spondylitis: MRI findings*. *Eur Spine J* 2001;10:529-33.
15. Aygen B, Eşel D, Erdoğan N, Yıldız O, Sümerkan B, Doğanay M. *Psoas abscess secondary to brucellar spondylitis*. *Türk J Med Sci* 2002;32:81-3.
16. Aydemir H, Yalçın A, Pişkin N, Gürbüz Y, Türkylmaz R. *Bruselloz: 72 olgunun incelenmesi*. *FLORA* 2005;10:185-90.
17. Bodur H, Erbay A, Çolpan A, Akıncı E. *Brucella spondylitis*. *Rheumatol Int* 2004;24:221-6.
18. Gür A, Geyik MF, Dikici B, Nas K, Çevik R, Sarac J, et al. *Complications of brucellosis in different groups: A study of 283 cases in Southeastern Anatolia of Turkey*. *Yonsei Med J* 2003;44:33-44.
19. Capar Y, Cesur S, Yüksel O, Kurt H, Sözen TH. *Brusellozise bağlı psoas apsesi*. *Mikrobiyol Bult* 2002;36:219-21.
20. Aygen B, Metan G. *Akciğer dışı tüberküloz*. Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M (editörler). *İnfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi*. 3. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2008:850-9.
21. Alp E, Doganay M. *Current therapeutic strategy in spinal brucellosis*. *Int J Infect Dis* 2008.
22. Corbel MJ, Alton GG, Ariza J, Banai M, Cosivi O, Diaz R, et al. *Brucellosis in humans and animals*. World Health Organization. WHO/CDS/EPR/ 2006.7. Geneva; 2006.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence

Yrd. Doç. Dr. Nefise ÖZTOPRAK

Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi

İnfeksiyon Hastalıkları ve

Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

67600 Kozlu, Zonguldak-Türkiye

E-posta: nefiseoztoprak@yahoo.com