



Nedeni Bilinmeyen Ateş Nedeni: Supskapular Apse

A Cause of Unknown Fever: Subscapular Abscess

Derya YAPAR¹([iD](#)), Özlem AKDOĞAN¹([iD](#)), Nurcan BAYKAM¹([iD](#))

¹ Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Çorum, Türkiye

Makale atfı: Yapar D, Akdoğan Ö, Baykam N. Nedeni bilinmeyen ateş nedeni: supskapular apse. FLORA 2020;25(1):102-5.

ÖZ

Subskapular apse literatürde az sayıda olgu olması ve erken dönemde tanı konulup acil cerrahi müdahale gerektirmesi nedeniyle nadir ama ciddi klinik bir durumdur. Bu yazıda travma ya da cerrahi girişim olmaksızın metisiline dirençli *Staphylococcus aureus* sepsisimine neden olan, erken dönemde tanısı konulan ve tedavi edilen spontan subskapular apse olgusu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Nedeni bilinmeyen ateş; Subskapular apse; Metisiline dirençli *Staphylococcus aureus*

ABSTRACT

A Cause of Unknown Fever: Subscapular Abscess

Derya YAPAR¹, Özlem AKDOĞAN¹, Nurcan BAYKAM¹

¹ Department of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Faculty of Medicine, University of Hitit, Corum, Turkey

Subscapular abscess is a rare but serious clinical condition due to the small number of cases in the literature requiring early diagnosis and urgent surgical intervention. We aimed to present a case of spontaneous subscapular abscess causing methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* septicemia, which was diagnosed and treated early, without trauma or surgical intervention.

Key Words: Fever of unknown origin; Subscapular abscess; Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*

GİRİŞ

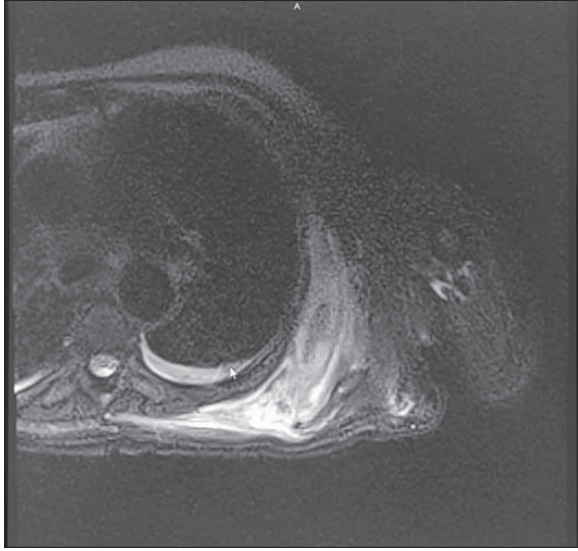
Subskapular kas ve göğüs ön duvarı arasında gelişen subskapular apseler nadirdir. Subskapular apse travma ya da girişim sonrası gelişen hematoma enfekte olmasından ya da hematogen yolla başka bir enfeksiyon odağından kaynaklanabilir. Ancak spontan subskapular apse gelişen olguların bir kısmında diabetes mellitus (DM) gibi alta yatan bir hastalık söz konusudur. Bu yazıda kontrolsüz DM dışında ek risk faktörü olmayan bir subskapular apse olgusu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Altmış yaşında erkek hasta yaklaşık son bir aydır progresif olarak artan halsizlik, kırgınlık, sırt ağrısı şikayetleri ve son 15 gündür devam eden ateşi olması nedeniyle ilimizdeki tüm hastanelerin acil servislerine başvurmuş. Acil serviste analjezik, kas gevşetici tedavileri ile ayakta tedavi edilen hastanın sırt ağrısının devam etmesi üzerine ortopedi polikliniğine başvurmuş. Ortopedi polikliniğinden, travma hikayesi olmamasının yanında beyaz küre ve C-reaktif protein (CRP) yüksekliği olması nedeniyle polikliniğimize yönlendirildi.

Polikliniğimizde yapılan ilk değerlendirmede 38.8°C ateşi olan hasta, nedeni bilinmeyen ateş ön tanısıyla kliniğimize kabul edildi. Fizik muayenesinde; ateş 38.8°C, TA 90/60 mmHg, nabız 119/dakika idi. Konjunktivalarda solukluk ve sol skapula üzerinde hiperemi, hassasiyet, krepitasyon ve fluktuasyon gibi enfeksiyon bulgularının eşlik etmediği 8 cm çapında şişlik tespit edildi. Sol omuz hareketleri kısıtlı olan hastanın hikayesinde ayrıca son iki ay içinde 40 kg kilo kaybının olduğu, DM olduğu ama herhangi bir tedavi almadığı öğrenildi. Laboratuvar incelemelerinde; beyaz küre sayısı (WBC) 19.100/mm³, CRP 201 mg/dL (normal sınırları 0-5 mg/dL), prokalsitonin 0.99 ng/mL, sedimentasyon hızı 51 mm/saat, hemoglobin A1c (HbA1c) %13.5 olarak tespit edilen hastanın renal fonksiyon testleri ve karaciğer enzimleri normaldi. Nedeni bilinmeyen ateş protokolümüze uygun olarak enfeksiyon odağını araştırmak amacıyla hastadan kan, idrar, burun ve balgam kültürleri alındı. Septik tabloda olması nedeniyle ampirik olarak sulbaktam-ampisilin 4 x 1.5 g intravenöz (IV)/gün + siprofloksasin 2 x 400 mg IV/gün başlandı. HBsAg, anti-HCV, anti-HIV, VDRL negatif idi.

İdrar tetkiki normaldi. Brusella tüp aglütinasyonunu negatif olarak sonuçlandı. Hastanın tüberküloz hikayesi yoktu. Ancak hastanın kilo kaybının olması, ülkemizde endemik olması ve enfeksiyon odağı saptamak amacıyla tüberküloz tanısı açısından pürifiye protein derivesi (PPD), balgam aside dirençli basil (ARB) boyama ve tüberküloz kültürü yapıldı. Kilo kaybı hikayesi olan hastada malignite de göz önünde bulundurularak toraks ve batin bilgisayarlı tomografi (BT) ile pelvik ve sağ omuz manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yapıldı. İdrar kültüründe üreme olmadı. Burun kültüründe metisiline dirençli *Staphylococcus aureus* (MRSA) üremesi tespit edildi. Antibiyotik tedavisine üçüncü günde ateş, CRP, WBC değerleri ile yanıt alındı. Ancak kan kültürlerinde MRSA izole edilmesi ve hastanın başlangıçta septik tabloda olması nedeniyle sulbaktam-ampisilin + siprofloksasin kesilerek daptomisin 1 x 500 mg IV/gün tedavisine geçildi. Takip sırasında hastanın sağ el üçüncü parmağında paronşiya gelişti. Paronşiyanın septik emboliye sekonder geliştiği düşünülerek transözofageal eko (TEE) yapıldı, vejetasyon tespit edilmedi. Toraks BT'de bilateral pleval mesafede sağda 15 mm, solda 10 mm genişliğinde efüzyon, batin BT'de ise perihepatik, perisplenik ve pelvik alanda belirgin miktarda serbest mayi olduğu görüldü. Tümör markırları negatif olarak tespit edildi. PPD 5 mm olarak ölçüldü. Balgam ARB boyamada tüberküloz basili tespit edilmedi. Genel durumu iyi olan hastanın tedavinin besinci gününde sonuçlanan sol omuz MRG'sinde sol skapulanın hemen anterior bölümü ile sol hemitoraksı oluşturan kemik yapılar arasında 125 x 38 mm ebadında kalın, düzensiz cidarlı, kontrast tutulumu gösteren, ekspansif apse formasyonu ile olası osteomyelit lehine sol skapulanın üst bölümünde hafif kemik iliği ödemi değişiklikleri tespit edildi (Resim 1). Apsenin akciğer ile ilişkisinin olmadığı görüldü. Göğüs cerrahisi tarafından değerlendirilen hastaya parenteral antibiyotik tedavisinin 11. gününde genel anestezi altında apse irrigasyonu yapılarak drenler yerleştirildi. İntraoperatif alınan örneklerde boyalı mikroskopik incelemede gram-pozitif kok, polimorfonükleer lökosit hakimiyeti tespit edildi. Bu örneklerin ARB boyamasında da tüberküloz basili tespit edilmedi. Kültüründe MRSA izole edildi. Sitolojik inceleme ile malignite lehine bulguya rastlanmadı. Hastanın balgam, apse tüberküloz



Resim 1. Subskapular apse manyetik rezonans görüntüsü.

kültürlerinde üreme olmadı, tüberküloz polimeraz zincir reaksiyonu negatif olarak sonuçlandı. Hastanın drenajları postoperatif beşinci ve sekizinci günlerde çekildi. Hasta parenteral antibiyotik tedavisinin 25. gününde, postoperatif 14. günde WBC 5900/mm³, CRP 11.6 mg/dL değerlerine sahip iken, bir hafta daha kullanmak üzere fusidik asit ve siprofloksasin oral tedavisi ile taburcu edildi. Bir yıl süreyle kontrol amaçlı yapılan takibinde rekürrens gelişmedi.

TARTIŞMA

Subskapular apse nadir olarak görülen bir durumdur^[1]. PubMed'de (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>) yaptığımız İngilizce literatür taramasında sınırlı sayıda olgu sunumu tespit ettik. Subskapular apsenin künt ya da penetran travmalar ya da infektif odaktan hematogen yayılım sonrası geliştiği gösterilmiştir. Örneğin; 15 aylık kız bebekte otit sonrası gelişen subskapular apse bildirilmiştir^[2]. Bir başka olguda DM için insülin pompası kullanan ve üst solunum yolu infeksiyonu sonrası pnömoniye sekonder gelişen subskapular apsenden bahsedilmiştir^[3]. Subskapular apse ayrıca travma ya da cerrahi girişim olmaksızın da spontan bir şekilde gelişebilir. Spontan olarak gelişen subskapular apselerde immün sistemi baskılayacak hastalıkların predispozan faktör olabileceği bildirilmiştir^[3,4]. Travma ve girişimsel işlem hikayesi olmayan hastamızda kontrolsüz DM'nin predispoze edici faktör olabileceğini düşündük.

Otit sonrası gelişen subskapular apsede *Haemophilus influenzae* Tip B izole edilmiştir^[2]. Literatürde en sık metisiline duyarlı *S. aureus* (MSSA) etken olarak bildirilmiştir^[1,3-6]. Bazı olgularda ise MRSA izole edilmiştir^[4,7,8]. Hastamızın burun, kan ve apse drenaj kültürlerinde literatür ile uyumlu olarak MRSA izole edildi. Hastanın kabulünde antibiyotik kullanımı, hastane yatışı hikayesi olmaması ve septik bir tabloda olması nedeniyle sulbaktam-ampisilin ve siprofloksasin tedavisi ampirik olarak başlandı. Ancak subskapular apsenin tespiti ile eş zamanlı olarak burun ve kan kültürlerinde MRSA izole edildi ve tedavisi daptomisinle değiştirildi. Daptomisin tedavisi altında yapılan intraoperatif apse drenaj kültüründe de MRSA izole edildi. Nazal MRSA taşıyıcılığının cilt yumuşak doku infeksiyonları ile ilişkili olduğu bilinmektedir^[9]. Literatürle uyumlu olarak DM tanısı olan hastamızda nazal MRSA izole edildi. Tekrarlayan yüzeysel cilt infeksiyonu hikayesi olan ve künt travma sonrası subskapular apse gelişen diğer bir olguda Panton-Valentine lökositidin (PVL) üreten MSSA'dan bahsedilmiştir^[10]. Ancak bizim hastamızda PVL açısından bir araştırma yapılmadı.

Literatürdeki olgularda mortalite ile sonlanan bir olgu dışında tüm olgulara sistemik parenteral antibiyotik tedavisi ve cerrahi operasyon yapılmıştır^[1]. Bizim hastamız da parenteral antibiyotik tedavisi ile birlikte cerrahi müdahale ile apse drene edilerek başarılı bir şekilde tedavi edildi.

Subskapular apse, organizmanın virülansı ve hastanın immün durumuna bağlı olarak birkaç gün içinde akut veya birkaç hafta-aylık süreçte subakut veya kronik olarak ortaya çıkabilir. Apsenin üzerinde skapula, birkaç kat kas, fasiya ve yağ tabakası olması nedeniyle klinik olarak maskeleyebilir. Omuz hareket kısıtlılığı olması nedeniyle septik omuz artriti ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır; glenohumeral eklemden infeksiyon bulgularının olmaması subskapular apse lehine düşünülebilir. Ayrıca benign ve malign kitlelerin ekartasyonu da yapılmalıdır^[6]. Operasyon öncesi yapılacak MRG tanısı, ayırıcı tanısı ve apse drenaj planının yapılabilmesi açısından oldukça önemlidir. Apsenin sınırlarının ve eklemlerle ilişkisinin belirlenmesi ile apsenin başarılı bir şekilde drene edilmesine olanak sağlar^[7].

SONUÇ

Subskapular apse, antibiyotik tedavisi ile birlikte acil cerrahi müdahale gerektiren ve tanısız gecikme olması durumunda ölümcül olabilen tıbbi bir durumdur. Özellikle ateş odağı saptanamayan hastalarda hızlı tanı konulması ve başarılı bir şekilde tedavi edilebilmesi açısından akılda tutulması gereken bir durum olması nedeniyle paylaşılmıştır.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazarlar bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

YAZAR KATKISI

Anafikir/Planlama: NB

Analiz/Yorum: DY, ÖA

Veri Sağlama: DY

Yazım: DY, ÖA

Gözden Geçirme ve Düzeltme: DY, ÖA

Onaylama: DY, ÖA, NB

KAYNAKLAR

1. Handorf CR. Fatal subscapular staphylococcal abscess. *South Med J* 1983;76(2):271.
2. San Joaquin VH, Kimball JB. Subscapular abscess due to *Haemophilus influenzae* type B. *Pediatrics* 1980;65(2):331-2.
3. Saxena P, Konstantinov IE, Zelei D, Newman MA. Spontaneous subscapular abscess: a rare surgical condition. *Heart Lung Circ* 2008;17(6):517-8.
4. Yılmaz G, Standard SC. Periscapular abscess: unusual cause of shoulder pain in children. *J Pediatr Orthop B* 2012;21(4):310-2.
5. Nowinski RJ, Duchene C. Spontaneous septic subscapular abscess. A case report. *J Bone Joint Surg Am* 2004;86-A(6):1302-4.
6. Mourkus H, Vadivelu R, Phillips J. Literature review and a case report of spontaneous subscapular abscess in a child. *Eur J Orthop Surg Traumatol* 2018;28(6):1235-40.
7. Giugale JM, Bosch PP, Grudziak JS. Subscapular abscess 142 in a nine-year-old female patient: a case report. *JBJS Case Connect* 2015;5(1):e13.
8. Christman-Skieller C, McIntyre LK, Plevin R, Friedrich JB, Smith DG. A posterolateral approach to the scapula for evacuation of a subscapular abscess: a case report. *JBJS Case Connect* 2017;7(3):e57.
9. Gunderson CG, Holleck JL, Chang JJ, Merchant N, Lin S, Gupta S. Diagnostic accuracy of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* nasal colonization to predict methicillin-resistant *S. aureus* soft tissue infections. *Am J Infect Control* 2016;44(10):1176-7.
10. Patel K, Spowart E, Sochorova D, Diego N, Mamarelis G, Sohail MZ. Subscapular abscess caused by Panton-Valentine leukocidin-positive *Staphylococcus aureus*: an atypical presentation. *Case Rep Orthop* 2018;2018:8256428.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence

Dr. Öğr. Üyesi Derya YAPAR

Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi,
İnfeksiyon Hastalıkları ve
Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı,
Corum-Türkiye

E-posta: drderyayapar@hotmail.com