

Yürüyememenin Nadir Bir Nedeni: Primer Piyomyozit

A Rare Cause of Claudication: Primary Pyomyositis

Hülya Ercan Sarıçoban¹, Ahmet Oğuzhan Özen¹, Çağatay Uluçay², Almula Pınar Ulutaş¹, Ayça Vitrinel¹

¹Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

²Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Özet

Primer piyomyozit iskelet kasının tropikal ve subtropikal bölgelerde görülen piyojenik enfeksiyonudur. Acil polikliniğine travma hikayesi olmaksızın yürüyememe şikayeti ile başvuran beş yaş dört aylık erkek hasta sunulmaktadır. Hastanın klinik, laboratuvar ve radyolojik değerlendirmesi sonucunda nadir görülen primer piyomyozit tanısı konuldu. Antibiyotik tedavisi sonucunda klinik ve laboratuvar değerleri düzeldi. Bu olgu sunumuyla sıcak iklimlerde nadir görülen bir hastalık olan piyomyozitin yürüme zorluğu ile başvuran hastalarda akılda tutulması gerektiği vurgulanmak istedi. (*J Pediatr Inf 2011; 5: 19-21*)

Anahtar kelimeler: Primer piyomyozit, çocuk, bacak ağrısı

Abstract

Primary pyomyositis, a pyogenic infection of the skeleton muscle is often seen in tropical and subtropical regions. Here we present a 5 year-old boy who presented with pain and mass in the left thigh and claudication, with no history of trauma. A diagnosis of primary pyomyositis was made on the basis of clinical, laboratory and radiological findings. The patient was successfully treated with intravenous antibiotics, with clinical improvement at the 2nd day, followed by normalization of laboratory findings at the 5th day. Primary pyomyositis should be considered in the differential diagnosis of patients with limb pain, even in temperate climates. (*J Pediatr Inf 2011; 5: 19-21*)

Key words: Primary pyomyositis, child, leg pain

Giriş

Yürümede zorlanma çocuk acil polikliniklerine başvuruda önemli bir nedendir. Bu hastalarda genellikle toksik sinovit, bazı romatizmal hastalıklar, travma, Guillain Barre Sendromu gibi tanılar düşünülür. Bu nedenle piyomyozit gibi daha nadir görülen patolojiler daha geç tanınır ve buna bağlı olarak tedavisi de daha uzun zaman alır. Primer piyomyozit daha çok tropikal bölgelerde görülen iskelet kasının subakut derin bakteriyel enfeksiyonudur (1). Tropikal bölgelerde görüldüğü için sıcak ülkelerde sıcak havaların hakim olduğu yaz aylarında daha sık görülür. Sıklıkla kuadriseps, gluteal ve iliopsoas kasında enfeksiyon izlenirken, en sık *Staphylococcus aureus* etken olarak gösterilir (2,3). İmmün sistemi zayıf kişilerde bu hastalığa daha sık rastlanır. Primer piyomyozit tropikal iklimlerde 3000 çocuk hasta-

da 1 görülürken diğer ülkelerde nadir görülmektedir (4,5). Biz burada yürümede zorlanma ile başvuran bir piyomyozit olgusu sunuyoruz.

Olgu Sunumu

Beş yaş 4 aylık, erkek hasta sabah saatlerinde başlayan sol uyluk üst kısmında ağrı, sol alt ekstremitelerini hareket ettirmede güçlük ve yürüyememe şikayeti ile Temmuz ayı başında akşam saatlerinde acil servise getirildi. Hastanın ağrısı sürekli karakterde olup iyi lokalize edilemeyen bir ağrıydı. Travma tariflemiyordu. Hastanın yakınmalarının başlamadan önce herhangi bir enjeksiyon uygulama veya seyahat öyküsü yoktu. Eşlik eden bir enfeksiyona ait bulgu saptanmadı. Şüpheli ilaç kullanımı yoktu. Özgeçmiş ve soy geçmiş sorgulamasında bir özellik yoktu. Fizik incelemede vücut sıcaklığı: 36.7°C, solu-

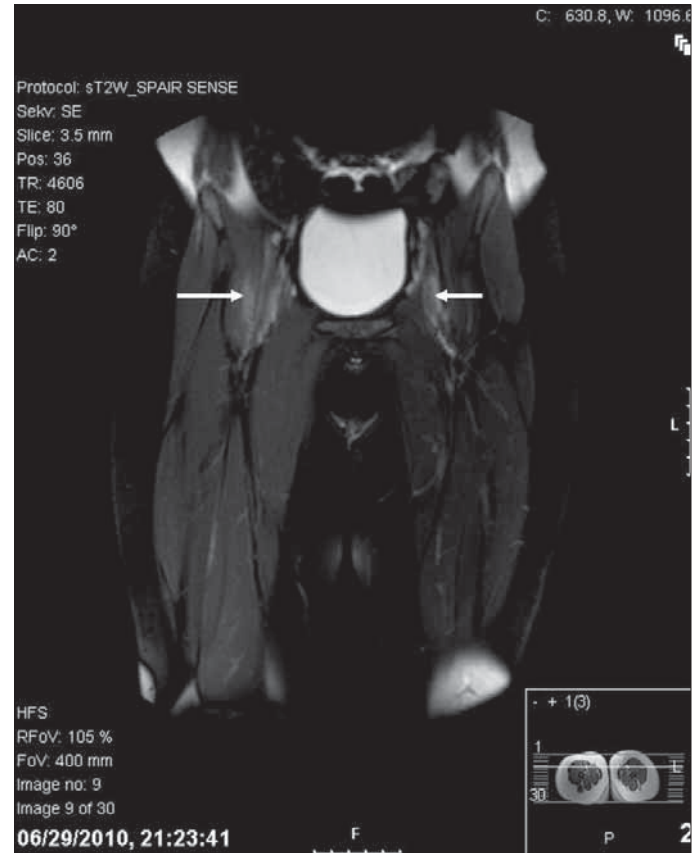
Geliş Tarihi: 13.09.2010
Kabul Tarihi: 08.11.2010

Yazışma Adresi:
Correspondence Address:
Dr. Hülya Ercan
Sarıçoban
Yeditepe Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Çocuk Sağlığı
ve Hastalıkları Anabilim
Dalı, İstanbul, Türkiye
Tel.: +90 216 578 41 01
E-posta:
hulya_ercan@yahoo.com
doi:10.5152/ced.2011.06

num sayısı: 22/dakika, nabız: 87/dakika, kan basıncı: 110/70 mmHg idi. Vücut ağırlığı: 33 kg (>97 persentil), boy uzunluğu: 123 cm idi (>97 persentil). Hareketle sağ uyluk üst kısmında daha belirgin olan her iki uylukta ağrı tanımlıyordu. Bacaklarını hareket ettirmekten kaçınıyordu ve dokunmakla hassastı. Dışarıdan enfeksiyon girişini düşündürecek herhangi bir bulguya rastlanmadı. İki taraflı kalça, diz ve ayak bileği eklemlerinde şişlik, kızarıklık, ısı artışı veya hareket kısıtlılığı yoktu. Derin tendon refleksleri bilateral normoaktifti. Hastanın diğer sistemlerine ait muayene bulguları normal sınırlardaydı. Bilateral pelvis, femur, tibia ve fibula grafileri normaldi. Acile başvurusunda bakılan hemogloblin düzeyi: 12.6g/dl, toplam beyaz küre sayısı: 26.52×10^3 /uL, nötrofil sayısı: 21.66×10^3 /uL, lenfosit sayısı: 3.21×10^3 /uL trombosit sayısı: 341×10^3 /uL idi. Periferik kan yaymasında %81 polimorfonükleer lökosit, %12 lenfosit, %6 monosit, %1 eozinofil vardı. Eritrositler normokrom-normositikti, atipik hücre veya blast izlenmedi. Eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) 4 mm/saat, c-reaktif protein (CRP) 2.7 mg/L(<2.8), kreatinin kinaz (CK) 79 U/L (<149) idi. Hasta yatırılarak izleme alındı. Yatak istirahati ve ibuprofen 10 mg/kg/doz günde dört kez oral başlandı. Hastanın başvurduğu anda vücut sıcaklığı 37.6°C iken yatışının sabahında 38.8°C 'e kadar yükselen ateş saptandı. Başvuruda normal sınırlarda saptanan total beyaz küre sayısı (TBKS), mutlak nötrofil sayısı (MNS), ESH ve CRP değerleri ateş çıktıktan sonra tekrar edildiğinde sırasıyla 12. ve 36. saatte şu değerler elde edildi: TBKS= 19.8×10^3 / 12.41×10^3 /uL; MNS= 15.44×10^3 / 6.78×10^3 /uL; ESH= 16/34mm/saat; CRP=38.6/108.7mg/L bulundu. Kalça manyetik rezonans görüntüleme (MRG) incelemesinde eklem ve kemik yapılarında kontrast öncesi ve sonrası patolojik sinyal değişikliği ve kemik iliği ödemi izlenmedi. Sağda daha belirgin olmak üzere bilateral iliopsoas kaslarında ödem ile uyumlu sinyal değişikliği izlendi. Kontrast madde verilmesi sonrası bu alanda kontrast madde tutulumu izlendi (Şekil 1). Klinik, laboratuvar ve görüntüleme beraber değerlendirilerek piyomyozit tanısı düşünüldü ve hastaya cefazolin sodium 100 mg/kg/gün başlandı. Tedavinin ikinci gününde ateşi $37.0-37.8^\circ\text{C}$ arasında izlenen hastanın alt ekstremitedeki hassasiyeti kayboldu. Yürüyebilir hale geldi. Hastanın yatışının 5. gününde bakılan total beyaz küre sayısı 14.34×10^3 , nötrofil sayısı/yüzdesi 6.44×10^3 /%44.9, CRP 28.1 mg/L idi. Hastaya oral cephalexin tedavisi başlanarak takibe alındı. Altta yatan kolaylaştırıcı nedenleri ayırt etmek amacıyla bakılan mutlak lenfosit sayısı, total Ig A, Ig M, Ig G düzeyleri normal sınırlarda bulundu. Anti-nükleer antikor, anti ds-DNA, C3, C4, romatoid faktör, SS-A, Scl-70, Jo-1, PM-SCL değerleri negatifti. Gruber widal testi, wright testi, quantiferon incelemesi, HIV serolojisi negatif bulundu, kan kültüründe üreme olmadı.

Tartışma

Piyomyozit'in etiolojisi tam olarak bilinmemektedir. Lokal travma veya belirgin bir giriş görülmediği için genellikle enfeksiyon sırasında oluşan bakteriyeminin sorumlu olduğu düşünülür (6). Tropikal bölgelerde ve erkek cinsiyetinde daha sık görülür (1). Hastalık görüldüğü bölgeye göre tropikal veya nontropikal ve altta yatan hastalık varlığına göre primer veya sekonder şeklinde sınıflandırılır. Hastalık Nijerya, Afrika gibi tropikal bölgelerde daha sık görülmektedir ve hasta serileri bu bölgelerden bildirilmesi nedeniyle uzun yıllarca tropikal piyomyozit olarak adlandırılmıştır. Ancak, daha sonra Amerika birleşik devletleri, İsrail gibi ılıman ülkelerde de benzer olguların tanı almasıyla non tropik piyomyozitten bahsedilmeye başlanmıştır. Hastalığın gelişmesinde tropikal iklim bir risk faktörüdür ama ılıman iklimlerde de görülmesi olasıdır. İmmün yetmezlik veya diabetes mellitus gibi kronik hastalıkların yanı sıra malnütrisyon gibi faktörler olayın gelişmesine katkıda bulunurlar ve durumda sekonder piyomyozitten bahsedilir (2). Kuzey Amerika'da erişkin ve çocuk hastaların %55'inde HIV gibi altta yatan bir neden tespit edilmiştir (7). Hastalığın gelişmesini kolaylaştırıcı bir neden yok ise bu durumda primer piyomyozitten bahsedilir.



Şekil 1. Bilateral iliopsoas kasta intensite artışı gösteren MRG görünümü

Klinik benzerliği nedeniyle piyomyozit ile tromboflebit, sellülit, hematoma, kontüzyon, septik artrit, osteomyelit, romatolojik hastalıklar ve yumuşak doku sarkomları hatta akut apandisit karışabilir (8).

Kuzey Amerika ve Afrika'da vakaların %33 ila %40'ı çocuk hastalardır (7,8). Nijerya'da en sık görülme yaşı 2-5 yıl iken (2) Christin ve Sarosi ortalama yaşı 8.4 yıl olarak bildirmiştir. Erkek kız oranı ise 2:1 ila 3:1 olarak bildirilmiştir (1,2,4,5,7). Bunun nedeni olarak erkeklerin travmaya daha sık maruz kalmaları gösterilmiştir. Organizma genellikle kas içine geçer ve sonrasında kramp şeklinde ağrı, iştahsızlık, ateşli veya ateşsiz olarak invaziv faz başlar. Bu faz 10 ila 21 gün sürer, lokalize ödem ve endürasyon gelişir (9) Hastaların bu fazda tanı alma olasılığı düşüktür. Hastaların %2'si invaziv fazda tanı alabilir (2). Ortalama hastane yatış süresi 12-24 gündür (7). Bizim hastamız hastalığın invaziv fazında tanı almış ve 5 gün hastanede yatmıştır.

İkinci fazı süpüratif veya pürülan fazdır. Pürülan mayinin kasta birikmesiyle hassas, ağrılı, ateşli seyredir. Cilt genellikle normal görünümündedir. Üçüncü fazı, geç faz, kırmızı, ağrılı fazdır ve fluktuasyon alınır. Hasta yüksek ateşlidir ve bu dönemde septik şoka girebilir (1,4,5). Piyomyozit genellikle unifokaldır ancak vakaların %15 ila %43'ünde multifokal yerleşim bildirilmiştir (1,2,4,5,7). Genellikle psoas veya iliopsoas kaslarında görülür (1,4,5). En sık belirti kalçada tek taraflı ağrıdır. Özellikle kalçanın fleksiyonunda ağrı belirginleşir. Kalça dışında uyluk diğer önemli bir bölgedir.

Piyomyozit tanısı zordur. Laboratuvar testleri genellikle nonspesifiktir. Olguların %50-%60'ında toplam beyaz küre sayısı ve sedimentasyon hızı yükselir. Serum kreatinin kinaz seviyesi normaldir. Hastaların üçte birinde kan kültüründe üreme olur. Görüntüleme en önemli tanısal yöntemdir. Düz grafiler çok az yardımcı olur. Ultrasonografi, Bilgisayarlı Tomografi (BT), Manyetik Resonans Görüntüleme (MRG) en sık kullanılan tanı yöntemleridir. Ultrasonografi kolay, ucuz ve ilk tercih edilen yöntemdir ancak hastalığın erken dönemlerinde her zaman tanı koymaya yardımcı olmamaktadır. MRG, BT'ye göre çözünürlüğü daha iyi olması nedeniyle tercih edilir ve en çok yol gösteren tanısal araçtır (10). Diffüz kas enflamasyonu ve sonrasında oluşan abse formasyonu tanıyı düşündürülen MRG bulgularıdır. 99Tc kemik scan ve Gallium scan diğer yöntemlerdir ancak çocuk hastalarda radyasyon yükünün fazla olması nedeniyle tercih edilmemektedir. Vakaların %50 ila %95'inde *S. aureus* en çok üreyen organizmadır.

Hastamızın kan kültüründe üreme olmadı. *S. aureus* dışında *Streptococcus pyogenes* ve immün yetmezlikli olgularda gram negatif enterik organizmalar, anaerob mikroplar ve mantarlar etken olabilir. Chiu SK. ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada altta yatan bir hastalıkla beraber piyomyozit geçiren hastaların %52.2'sinde üreyen bir mikroorganizma saptanırken, altta yatan hastalığı olmayanların ancak %8.3'ünün kan kültüründe bir mikroorganizma üretilmiştir (11). Genellikle anti-Stafilokokal ve anti-Streptokokal etkisi olan ampirik antibiyotikler başlanır. Antibiyotiğe yanıt vermeyen veya yoğun abse sıvısı olanlarda cerrahi drenaj yapılmalıdır. Clindamisin penisilinden daha etkili bulunmuştur. Cloxacillin ve aminoglikozit kombinasyonu diğer bir seçenektir. Bir hafta ila 10 gün süreyle intravenöz antibiyotik sonrası tedavi birinci kuşak sefalosporinlerle 5-6 haftaya tamamlanır. Komplikasyonlar genellikle gecikilmiş vakalarda görülür (1,4,5).

Biz bu olgu sunumuyla ülkemizde nadir görülen bir hastalık olan piyomyozitin yürüme zorluğu ile başvuran hastalarda akıldaki tutulması gerektiğini vurgulamak istedik.

Kaynaklar

1. Grose C. Bacterial myositis and pyomyositis. In: Feigin RD, Cherry JD, eds. Textbook of pediatric infectious diseases. 4th ed. Philadelphia: Saunders, 1998, p. 704-8.
2. Chiedozi LC. Pyomyositis. Review of 205 cases in 112 patients. Am J Surg 1979; 137: 255-9.
3. Peckett WR, Butler-Manuel A, Apthorp LA. Pyomyositis of the ilioc muscle in a child. J Bone Joint Surg Br 2001; 83: 103-5.
4. Renwick SE, Ritterbusch MD. Pyomyositis in children. J Pediatr Orthop 1993; 13: 769-72.
5. Gubbay AJ, Isaacs D. Pyomyositis in children. Pediatr Infect Dis J 2000; 19: 1009-13.
6. Malhotra R, Singh KD, Bhan S, Dave PK. Primary pyogenic abscess of the psoas muscle. J Bone Joint Surg Am 1992; 74: 278-4.
7. Christin L, Sarosi GA. Pyomyositis in North America: case reports and review. Clin Infect Dis 1992; 15: 668-77.
8. Peckett WR, Butler-Manuel A, Apthorp LA. Pyomyositis of the ilioc muscle in a child. J Bone Joint Surg Br 2001; 83: 103-5.
9. Kerrigan KR, Nelson SJ. Tropical pyomyositis in eastern Ecuador. Trans R Soc Trop Med Hyg 1992; 86: 90-1.
10. Yuh WTC, Schreiber AE, Montgomery WJ, Ehara S. Magnetic resonance imaging of pyomyositis. Skeletal Radiol 1998; 17: 190-3.
11. Chiu SK, Lin JC, Wang NC, Peng MY, Chang FY. Impact of underlying diseases on the clinical characteristics and outcome of primary pyomyositis. J Microbiol Immunol Infect. 2008; 41: 286-93.