

Tropikal Piyomyozitis (Bir Olgu Bildirimi)

Ergün ÇİL*
Özgen ERALP**
Mehmet OKAN***

ÖZET

Piyomyozitis tropikal iklimlerde sık, ılıman iklimlerde nadir görülen ve bu nedenle tanı konması geciken bir çizgili kas hastalığıdır. Kliniğimizde yatan bir piyomyozitis olgusu sunuldu ve kaynaklar taranarak tartışıldı.

SUMMARY

Tropical Pyomyositis (A Case Report)

Pyomyositis has traditionally been considered a disease limited to the tropical areas. Because of its rarity in a nontropical country, initial considerations of other diseases usually delay appropriate therapy. This case with pyomyositis is presented and discussed.

Primer Suppuratif Miyozitis (Pyomyositis) abse formasyonu ile birlikte olan iskelet kasının bakteriel enfeksiyonudur¹⁻³. Penetre yaralardan veya osteomyelit, apandisit, fasiit, gibi komşu dokulardan yayılma ile oluşan myozit bu tanımlamaya dahil değildir. Bu hastalık Afrika, G. Amerika, Batı Hindistan ve Çin Hinde'nde endemik olarak bulunduğu için bu isimle anılır^{1,4}. Tropikal bölgelerde hastaneye başvuran cerrahi hastaların % 1-4 kadarını Tropikal Piyomyozitis va-

* Dr.; U.Ü. Tıp Fak. Çocuk Sağ. ve Hast. Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.
** Prof. Dr.; U.Ü. Tıp Fak. Çocuk Sağ. ve Hast. Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.
*** Uzm. Dr.; Gemlik S.K.K. Sağlık İstasyonu.

kaları oluşturur⁵⁻⁸. Ilıman iklimlerde nadiren görülmekle birlikte Avrupa, Japonya ve son yıllarda A.B.D.'de sporadik vakalar bildirilmiştir^{1.3.6.8.9}. Norveç'te 20.000 otopsi içinde sadece 4 piyomyozitis olgusu teşhis edilmiştir².

En sık rastlanan patojen, vakaların % 90'ından çoğunda sorumlu olan *S. aureus*'tur^{1.3.4.5.8.9}. Kan kültürleri vakaların ancak % 5'inden azında pozitifdir^{1.5.9}. Fakat değişik kas gruplarında multipl abselerin oluşması geçici bir bakterieminin oluştuğunu ve enfeksiyona çeşitli nedenlerle eğilimli olan kaslara bakterinin yerleşerek abseler oluşturduğu düşünülmektedir^{1.5.6.8}.

Bir veya birden çok çizgili kas tutulabilir. En çok tutulan kas grupları öncelikle üst uyluk ve gövde kasları olmasına rağmen, baldır ve üst kol kasları gibi diğer kasların da tutulduğu bildirilmiştir^{1.4.8}.

Karakteristik olarak subakut başlar. Hastalığın ilk bulguları tutulan kasta ağrı ve hassasiyet, üstündeki deride endurasyon daha sonra fluktuasyon şeklindedir^{1.2.3.6}. Kas dokusunda hızla suppurasyon gelişir. Fakat fasya ile anatomik olarak sınırlı olduğu için yayılamaz^{3.5}. Spontan rezolusyon hafif vakalarda mümkünse de yetersiz cerrahi ve medikal tedavi sonucu enfeksiyonun lokal yayılımı ve sepsis görülebilir¹. Tropikal bölgelerde bildirilen mortalite oranları % 1.4-4 arasındadır^{1.5}. Ilıman ülkelerde oldukça nadir görülen ve yurdumuzda daha önce bildirilmeyen bir pyomyozitis olgusunu sunmayı amaçladık.

VAKA TAKDİMİ: Daha önce önemli bir hastalık ve travma tanımlamayan 13 yaşında erkek çocuğu, kliniğimize sağ kasık ve sağ uylukta ağrı, basamama, sol uyluk, sağ omuz, sol üst kol ve sağ skapula üzerinde ağrı, şişlik ve sıcaklık şikayetleriyle başvurdu. Ateş 39°C idi. Şikayetler 15 gün önce sağ bacakta ağrı şeklinde başlamış. Gittikleri doktor tarafından akut romatizmal ateş tanısı ile prokain penisilin ve aspirin başlanmış. Birkaç gün sonra sağ omuzda, sonra sırasıyla sol üst kol ve sağ skapula üzerinde ağrı ve şişlik başlamış. Şikayetlerinin giderek artması üzerine kliniğimize başvuran hasta yatırıldı.

Muayenede sağ kalça eklemi hareketleri kısıtlı ve ağrılı, sağ omuz ve sol üst kolda şişlik, sıcaklık ve sağ skapula üzerinde fluktuasyon veren şişlik mevcuttu.

Laboratuvar tetkiklerinde Lökosit: 19200/mm³, formülde: Çomak % 32, PNL % 56, Monosit % 2, Lenfosit % 10, AGS: 16896/mm³ idi. Sedimentasyon 65 mm/saat, SGOT 68 u/l (N: 5-50 u/l), SGPT 81 u/l (N: 5-50 u/l) idi. Diğer biyokimyasal tetkikler normal sınırlardaydı. ASO: 200 iu/ml, CRP (+ +), RF (-), ANA (-) ve diğer serolojik testler negatifti.

Hastaya Cefazolin Na ve Chloramphenicol başlandı. Yatışının ikinci günü genel anestezi altında sağ kalça eklemi açılarak septik artrit olduğu görüldü ve 40 cc pü boşaltıldı. Ayrıca sağ skapula üzerine ponksiyon yapıldı. Pü geldiği görüldükten sonra cerrahi olarak drene edildi. 2-3 gün aralarla fluktuasyon veren sol triseps ve sağ deltoid kas cerrahi olarak drene edildi ve her birinden 20-40 cc pü boşaltıldı.

di. Hastanın kan kültüründen ve drene edilen diğer abselerden alınan materyalde Stafilokok koagulaz pozitif bakteri üretildi. Üçüncü günü elde edilen antibiogram sonucuna göre bakterinin dirençli görüldüğü antibiyotikler kesilerek Cefotaxime ve Amikacin başlandı. 10. günü hastanın ateşinin hala düşmemesi üzerine bunlarda kesilerek antibiogramda hassas görülen Vancomycin ve Rifampicin başlandı. 12. gün hastanın ateşi düştü ve tedavisine bu şekilde devam edilerek 20. günü şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Tropikal bölgeler dışında çok nadir görüldüğü için ılıman bölgelerdeki doktorların, lokalize ağrı ve şişlikle başvuran ateşli bir çocukta pyomyozitis tanısını pek akla getirmediği görülmektedir. Gerçekten de ılıman bölgelerde pyomyozitis düşünmeden önce komşu organ hastalıkları ekarte edilmelidir.

Organizmanın giriş yolu bilinmemektedir⁵. % 30-40 oranında multipl abseler görülmesi bir Stafilokok bakteriemisinin olduğunu kuvvetle düşündürmektedir. Fakat kan kültürünün % 5'den az vakada pozitif oluşu bakteriemisinin hastalığın başlarında olduğu izlenimini vermektedir⁵.

Şimdiye kadar 0-14 yaş arası çocuklarda en geniş piyomyozitis serisini Singapur'dan Chacha bildirdi^{5,9}. 70 çocuğun 62'sinde soliter, 8'inde ise 2-4 abse vardı. Erkek-kız oranı 2/1 idi ve 10 yaşın altındaki çocuklar vakaların % 80'ini kapsıyordu. Travma sıklıkla predispozan faktör olarak bilinirken Chacha vakalarının ancak % 21'inde belirgin travma hikayesi tesbit etti⁴. Ashken ve Cotton ise vakaların % 66'sından travma anamnezi saptadı⁴. Bunu araştırmak için Miyake tavşanlara iv Stafilokok verdiğinde sadece çimdiklenen çizgili kaslarda pyojen abseler oluştuğunu görmüştür^{4,8,9}. Ayrıca yine aynı araştırmacı köpeklere subletal dozlarda *S. aureus* enjekte etmiş, birçok dokuda abse oluştuğunu fakat kasta oluşmadığını görmüştür⁵. Ama önceden bacak kasları çimdikleme, elektrik şoku v.s. ile travmatize edildiğinde kasta abse oluşturabilmiştir. Bizim vakamızda herhangi bir travma anamnezi alınmamış ve enfeksiyonun giriş yolu tesbit edilmemiştir. Bizim olgumuzda muhtemelen, olay sağ uyluk adalesinde başlayıp tedavinin gecikmesine bağlı olarak hem multipl kas abselerine hem de lokal yayılımla sağ kalça eklemine artrite ve sonuçta sepsise yol açmış olabilir. Bu olguda Stafilokok sepsisi de düşünülebilir. Fakat iskelet kası bakteriel enfeksiyonlara karşı oldukça dirençlidir. Ayrıca Stafilokok sepsisi ile birlikte kas absesi çok nadirdir⁶. Smith ve Vickers 300'den fazla Stafilokok sepsisli hastanın otopsisinde hiçbir izole kas absesi rastlamadığını bildirmiştir⁸. Bilindiği gibi Stafilokok sepsisi çok akut seyreden sıklıkla akciğerler, kalp, böbrekler, eklemler, kemikler ve beyini tutabilen ağır bir tablodur. Olgumuzdaki gibi 15 gün süreyle uygun tedavi görmemiş bir stafilokok sepsisinin prognozu tahmin edilebilir.

Bu hastalığın ayırıcı tanısı zor olabilir. Özellikle ekstremitelerde görüldüğünden burkulma, konfüzyon, hematoma, yumuşak doku sarkomu, septik artrit,

osteomyelit ve bizim olgumuzda görüldüğü gibi A. Romatizmal ateşle karışabilir. Genellikle tanı klinik bulgular başladıktan 1-4 hafta sonra suppuratif lezyonun aspirasyonu ile konur. Bu hastalığın ayırıcı tanısında son yıllarda non invazif teşhis yöntemleri önerilmektedir. C.T., ultrason ve derin abselerde özellikle gövde kaslarını içeren lezyonlarda Gallium 67 sintigrafisi ile teşhis edilmiş vakalar bildirilmiştir^{1-3,6,10,11}. Fakat kesin tanı koymak için en güvenilir yol yine de iğne aspirasyonudur. Eğer aspirasyonla pü elde edilirse veya osteomyelit ve septik artrit primer enfeksiyonsa hemen cerrahi drenaj yapılmalıdır. Ayrıca pyomyozitis vakalarının % 90'ından fazlasında etken olan S. aureus suşlarından çoğu penisilinaz ürettiğinden penisilinaza rezistan bir antibiotik başlanmalı ve kültür-antibiogram sonuçlarına göre tedavi düzenlenmelidir^{1,5}. Abse drenajından sonra ateşin sürmesi yeni bir abse oluşumu konusunda uyarıcı olmalıdır. Bizim vakamızda ise ateş son absenin boşaltılmasından 5 gün sonra düşmüştür. Sonuç olarak ülkemizde de görülebileceği düşünülerek açıklanamamış lokalize kas ağrılı, ateşli bir çocukta özellikle de son zamanlarda aynı bölgeye travma hikayesi varsa pyomyozitis akla gelmeli ve sıklıkla tutulan kaslarda olmak üzere kitle veya kitleler araştırılmalıdır. Şüpheli kitlelerde uygulanacak aspirasyon hızla tanı konmasını sağlar ve böylece etkin tıbbi ve cerrahi tedavinin erken başlatılmasıyla komplikasyonlar önlenabilir.

KAYNAKLAR

1. SIRINAVIN, S., MC CRACKEN, G. H.: Primary Suppurative Myositis in Children. *Am. J. Dis. Child.* 133: 263-265, 1979.
2. HIRANO, T., SRINIVASAN, G., JANAKIROVAN, N.: Gallium 67 citrate Scintigraphy in Pyomyositis. *J. Pediatr.* 97: 596, 1980.
3. YAGUPSKI, P., SHAHAK, E., BARKI, Y.: Non-invasive Diagnosis of Pyomyositis: *Clin. Pediatr.* 27-6: 299, 1988.
4. GROSE, C.: Staphylococcal Pyomyositis in South Texas *J. Pediatr.* 93: 457, 1978.
5. LEVIN, M. J., GARDNER, P., WALDVOGEL, F.A.: Tropical Pyomyositis *N. Engl. J. Med.* 284: 196, 1971.
6. SCHLECH, W., MOULTON, P., KAISER, A. B.: Pyomyositis: Tropical Disease in a Temperate Climate. *Am. J. Medicine* 71: 900, 1981.
7. GEELHOOD, G.W., GRAY, H.: Pyomyositis-Tropical and Nontropical. *N. Eng. J. Med.* 284: 853, 1971.
8. GOLDBERG, J.S., LONDON, W.L., NAGEL, D.M.: Tropical Pyomyositis. A Case Report and Review. *Pediatrics.* 63: 298, 1979.
9. ECHEVERRIA, P., VAUGHAN, M. C.: Tropical Pyomyositis. *Am. J. Dis. Child.* 129: 856, 1975.
10. GELPUD, L. G., ARSENEAU, J. C., MILDNER, M. S., KRAMER, R. J., SUWLANN, S. J., CANELLAS, G. P. and JOHNSTON, G.S.: The Kinetics

of 67 Gallium incorporation into Inflammatory Lesions: Experimental and Clinical Studies. J. Lab. Clin. Med. 83: 489, 1974.

11. BLAIR, D.C., CARROLL, M., SILVA, J., FEKETY, R.: Localisation of Infectious Processes with Gallium Citrate Ga 67. Jama 230: 82, 1974.

Dr. Ergün ÇİL

U. Ü. Tıp Fakültesi

Çocuk Sağlığı ve Hast. Anabilim Dalı

BURSA

Zehir SERVİSİ
MUTLUKAYA SAKATÇI
ERİM KILIÇ
MİMİ PARLAK
EREN TUNCEL