

آبسهٔ پسواس: گزارش واقعه و مروری بر لیتراتور

نگارنده: دکتر احمد طارق عزیزی^۱

چکیده

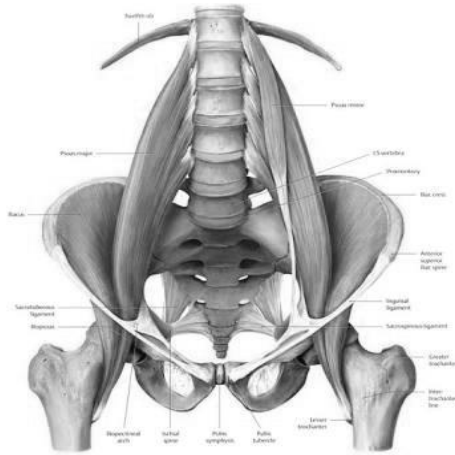
در این گزارش یک خانم ۱۷ ساله که با درد ناحیهٔ RLQ و مفصل هیپ راست به اتاق عاجل مراجعه نموده و بعداً منحیث یک واقعهٔ psoas abscess طرف راست تشخیص شد، گزارش داده شده است. Psoas abscess یک علت نادر درد ناحیهٔ RLQ بطن و مفصل هیپ بوده که ریسک مرگ و میر در آن بالا است. اعراض مرض گمراه کننده بوده و لوحهٔ کلینیکی آن مبهم است. تشخیص درست با اخذ تاریخچهٔ دقیق، انجام دادن معاینات فیزیکی و تصویربرداری مناسب گذاشته می‌شود. تداوی شامل تخلیهٔ آبسه به روش‌های عملیاتی و تطبیق انتی بیوتیک مناسب است. انذار مرض در صورت تشخیص به موقع و تداوی مناسب خوب بوده؛ ولی در وقایعی که به درستی تداوی نشوند ریسک مرگ و میر بالا است.

واژه‌گان کلیدی: آبسه، پسواس، انتی بیوتیک و تخلیه.

مقدمه

عضلهٔ psoas از جنب فقرات T12 تا C5 شروع شده در فضای retroperitoneal سیر کرده، در نهایت به Trochanter minor فخذ داخل می‌شود. در ۷۰٪ موارد یک عضلهٔ واحد بوده و به نام عضلهٔ psoas یاد می‌شود؛ در حالی که در ۳۰٪ موارد عضلهٔ کوچک دیگری به نام psoas minor بر روی آن قرار دارد [۱]. الیاف عضلهٔ psoas major با عضلهٔ iliopsoas یکجا شده و عضلهٔ iliopsoas را می‌سازد و این، عضلهٔ اصلی قابضهٔ هیپ به‌شمار می‌رود. تعصیب این عضله به‌وسیلهٔ شعبات L2-L4 ضفیرهٔ قطنی تأمین می‌شود؛ ناگفته نباید گذاشت که این عضله به‌وسیلهٔ یک ضفیرهٔ غنی وریدی احاطه شده که می‌تواند دلیل انتان آن از طریق خونی باشد [۲].

^۱ استاد فاکولتهٔ طب معالجوی پوهنتون غالب - هرات، متخصص ارتوپدی و ترومالوژی، دارندهٔ فلوشیپ فوق تخصصی از شفاخانهٔ ایپولو دهلی هندوستان.



تصویر ۱. آناتومی عضله الیو پسواس

شرح واقعه

یک دختر ۱۷ ساله به لوحه درد RLQ شکم و مفصل هیپ راست که از چندین روز قبل به صورت خودبه خودی آغاز یافته است به اتاق عاجل شفاخانه مراجعه نمود. درد وصف تیز داشته و به طرف کشاله ران عین طرف انتشار می نمود. درد با حرکت، شدت کسب کرده و با استراحت آرام می شد. حرکات مفصل هیپ دردناک بوده و همزمان مریض درد منتشر بطن داشت. مریض تب داشته اشتهای وی کاهش یافته بوده و اندکی از دل بدی نیز شاکی بود. در طول مدت چندروز نزد چندین داکتر مراجعه نموده و تداوی های مختلفی دریافت کرده بود، که همه به صورت موقتی باعث رفع اعراض می شدند.

در معاینه فیزیکی، مریض اندکی تب داشته (۳۸ درجه سانتی گراد) و دیگر علائم حیاتی وی نورمال بودند. مریض قادر به نشستن به حالت راسته نبود و علت آن را درد در ناحیه حکایت می نمود. با جس نمودن ناحیه نزد مریض حساسیت دریافت شده و توان عضلات para spinal افزایش یافته بودند. کدام اختلال حسی و یا حرکتی دیگری در طرف سفلی مربوط قابل دریافت نبود. معاینات لابراتواری مریض قرار ذیل بود:

HGB: ۱۱.۵/□□

WBC: ۱۱۰۰۰/□□۳

RBC: ۴ □□□□□□□□

Urine analysis: normal

X-rays: normal

Abdominal and pelvic u/s : normal

بعد از انجام دادن معاینات مریض به لوحه احتمال انتان بولی و یا انتان مفصل هیپ با توصیه انتی بیوتیک خوراکی و انالژتیک رخصت شده و سه روز بعد جهت تعقیب مجدد خواسته شد.

سه روز بعد مریض دوباره مراجعه نموده؛ ولی اعراض و علائم وی به صورت کامل از بین نرفته بودند؛ درحالی که درد مریض کاهش یافته بود، حساسیت در ناحیه موجود بوده و حرکات مفصل هیپ دردناک بودند. نزد مریض سونوگرافی مجدد توصیه شده، این بار در سونوگرافی مریض Psoas abscess گزارش شد. جهت تأیید تشخیص توسط سوزن ۱۸ gauge و سورنج CC۲۰ بعد از پاک کاری جلد با انتی سپتیک دریناژ صورت گرفت و به مقدار حدود CC۷ قیج از ناحیه اخراج شد. بعد از مشاهده قیج مریض کاندید عملیات جراحی drainage abscess تحت انیستیزی عمومی گردید؛ (البته این کار به خاطر وضعیت اقتصادی ضعیف مریض و عدم موافقه به انجام دادن CT Scan و MRI انجام شد). مریض بستر شده معاینات روتین خون نزدش انجام شده، بعد از NPO شدن و تطبیق مایعات داخل وریدی و انتی بیوتیک وریدی به عملیات جراحی آماده شد. بعد از بازنمودن ناحیه با تسلیخ کند به قسمت عضله Ilio psoas رسیده و تقریباً مقدار CC۴۰ قیج از ناحیه دریناژ شد. یک مقدار قیج اخذ شده تا جهت کلچر و انتی بیوگرام به لابراتوار فرستاده شود. بعد از شستشوی ناحیه با نارمل سالین و انتی سپتیک رقیق شده با نارمل سالین drain گذاشته شده و ناحیه پلان به پلان ترمیم شد. مریض برای مدت سه روز در شفاخانه بستر مانده و در این مدت رژیم نارمل غذایی داشته و انتی بیوتیک نسل سوم سفالوسپورین ها (Ceftriaxone 1gr BD) نزدش تطبیق می شد. بعد از سه روز نظر به نتیجه معاینات لابراتواری و کلچر و انتی بیوگرام که در آن نوعیت مکروب Staphylococcus aureus و از جمله انتی بیوتیک های که به آن حساس بوده Cephalexin گزارش شده بود، انتی بیوتیک وی به Cephalexin خوراکی تغییر داده شد و مریض بعد از انجام پانسمان و اخراج drain با وضعیت خوب رخصت شد. بعد از ۱۲ روز مریض مجدداً جهت تعقیب خواسته شد که هیچ نوع مشکلی نزدش دریافت نشد، خیاطه های وی گرفته شده و مریض با وضعیت خوب رخصت شد.

بحث

آبسه psoas می تواند به دو شکل ابتدایی و ثانوی نظر به مریضی زمینه یی تقسیم بندی شود. شکل ابتدایی آفت معمولاً از طریق hematogenous از یک محراق اتناتی مخفی به عضله انتقال می یابد این گروه افراد در جدول ۱ نشان داده شده اند. [۳]

حالاتی که آبسهٔ ابتدایی پسواس در آن ها بیش تر به وجود می آید:
Diabetes mellitus
IV drug abuse
AIDs
Renal failure
Immunosuppression

Crohn disease علت عمدهٔ نوع ثانوی مرض بوده، [۴] مریضانی که بنابه هر علتی، عملیات و یا دست کاری در هیپ کشالهٔ ران و یا ناحیهٔ قطنی در تاریخچهٔ خود دارند، بیش تر به این مریضی دچاراند. [۵-۶] بیش تر از ۹۹٪ واقعات آبسهٔ پسواس در کشورهای آسیایی به شکل ابتدایی اند؛ در حالی که در کشورهای

اروپایی و امریکایی این فیصدی به حد چشم‌گیری کاهش می‌یابد. [۷] آبسۀ پسواس بیش‌تر در افراد جوان به وجود آمده و بیش‌تر نزد جنس مذکر دیده می‌شود. [۸-۹] نظر به یک تحقیقی که انجام شده چنین نشان داده شده است که این آفت در ۵۷٪ موارد در طرف راست، در ۴۰٪ موارد در طرف چپ و در ۳٪ موارد دوطرفه دیده می‌شود. [۱۰] فیصدی مرگو میر در شکل ابتدایی آن ۲,۴٪، در شکل ثانوی ۱۹٪ می‌باشد. [۱۱]؛ در حالی که یک تحقیق میزان مرگو میر را در واقعات بدون تداوی ۱۰۰٪ بیان می‌کند. [۷]

مایکروبیولوژی

در ۸۸٪ موارد شکل ابتدایی عامل سببی را استافیلوکوک طلایی تشکیل می‌دهد. شکل ثانوی آبسۀ پسواس به وسیله انواع استرپتوکوک و E.Coli ایجاد می‌شوند. توپرکلوز اگر چه در ممالک پیشرفته کاهش یافته؛ ولی هنوز هم علت عمده مرض را در کشورهای روبه‌انکشاف تشکیل می‌دهد. [۷]

تظاهرات کلینیکی

تظاهرات کلینیکی آبسۀ پسواس معمولاً نامشخص است. سه پایه کلاسیک آن که عبارت از تب، درد کمر و لنگش است، تنها در ۳۰٪ مریضان قابل دریافت است. [۱۲] نظر به تعصیب این عضله ممکن درد آن به طرف هیپ و کشاله ران عین طرف انتشار کند. اعراض دیگری از قبیل درد بطن، بی‌قراری، دل‌بدی و کاهش وزن هم قابل دیداند.

معاینه کلینیکی دقیق جهت تشخیص آفت ضرورت است. از مریض خواسته می‌شود که به وضعیت راحت و طوری که آرام است روی بستر قرار گیرد؛ معمولاً مریض به وضعیت استجاع ظهری قرار گرفته قسمی که زانوی عین طرف را اندکی به حالت قبض قرار داده و مفصل هیپ همان طرف خفیفاً تدور خارجی دارد. [۱۳] بعضی آزمایش‌های دیگر کلینیکی هم جهت معاینه این مریضان وجود دارند؛ ولی این آزمایش‌ها اختصاصی نیستند. (جدول ۲)

معاینه کننده دست خود را اندکی بالاتر از زانوی عین طرف مریض قرار داده از مریض می‌خواهد تا طرف خود را در مقابل دست معاینه کننده بالا کند که این حرکت باعث تقلص عضله پسواس و ایجاد درد نزد مریض می‌شود.
--

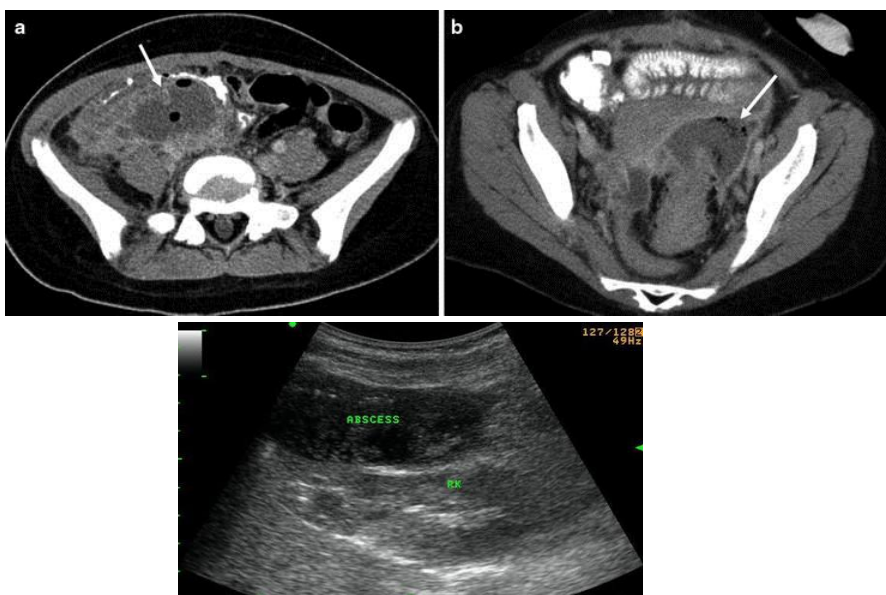
در حالی که مریض بالای طرف سالم خود غلطیده باشد، فرط بسط مفصل هیپ طرف ماووف باعث درد شدید در عضله می‌شود.
--

نوت: این آزمایش‌ها ممکن در اپن‌دیسایتیس هم مثبت باشد؛ در حالی که در این حال صرف التهاب الیوپسواس موجود بوده، ولی آبسۀ موجود نیست.

بعضاً ممکن است آفت به شکل کتله در تحت inguinal ligament ظاهر شود که با فتق مغبنی مغالطه می‌شود و یا در واقعاتی که مرض به صورت ثانوی بعد از Crohn disease به وجود می‌آید ممکن بالای حالب فشار آورده و نزد مریض Hydronephrosis مشاهده شود که با آفات طرق بولی مغالطه می‌شود.

معاینات لابراتواری

در معاینات لابراتواری نزد این مریضان افزایش در WBC، افزایش CRP، کم‌خونی و افزایش ESR قابل دید است. [۲] کلچر خون ممکن مثبت باشد. اخذ رادیوگرافی نیز ممکن کمک‌کننده بوده؛ ولی به صورت قطعی تشخیصی نیست. انجام التراسونوگرافی در ۶۰٪ موارد تشخیص‌کننده است و البته به مهارت معاینه‌کننده ارتباط دارد. [۷] انجام معاینهٔ CT Scan یک استاندارد طلایی به‌شمار می‌رود و البته بعضی مؤلفان انجام MRI را به خاطر بهتر نشان‌داده‌شدن نسج نرم برتر می‌دانند. [۱۱-۱۴]



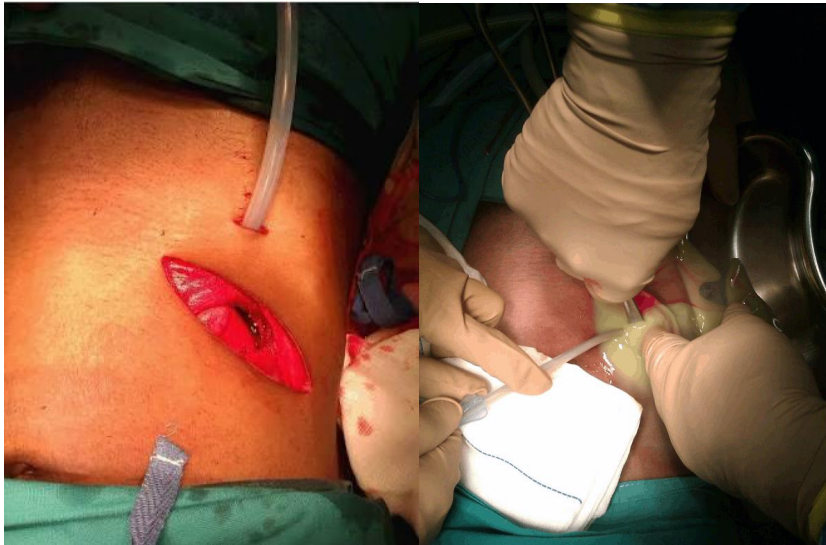
تصویر ۲، تصاویر CT scan و سونوگرافی آبسهٔ پسواس

تداوی

تداوی انتخابی شامل تطبیق انتی‌بیوتیک مناسب و تخلیهٔ آبسه است. در قسمت شروع انتی‌بیوتیک باید یک دانش ابتدایی و کلی در مورد ارگانیزم احتمالی وجود داشته باشد و انتی‌بیوتیک انتخابی بعد از کلچر و انتی‌بیوگرام قیح دریناژ شده توصیه می‌گردد. در مریضانی که آبسهٔ ابتدایی پسواس دارند انتی‌بیوتیک‌های Anti staphylococcal آغاز شود؛ ولی در مریضان با آبسهٔ ثانوی پسواس باید ادویه از قبیل کلیندامایسین، پنسیلین‌های anti staphylococcal و aminoglycoside ها شروع شود. [۸-۱۰]

دریناژ آبسه را می‌توان به شکل per cutaneous تحت نظارت CT Scan انجام داده و یا به شکل باز تخلیه صورت گیرد. در شکل اولی که یک روش محفوظ و کم‌تر مداخلوی است و عبارت از تداوی انتخابی آبسه می‌باشد و نیز مرگ و میر و اختلالات در این شکل تخلیه بسیار اندک‌اند. [۱۵] استطباعات تخلیهٔ باز عبارت از موجودیت اختلالات انعقادی خون و یا موجودیت هم‌زمان کدام پتالوژی دیگری که

ضرورت به عملیات جراحی داشته باشد می‌باشند. تداوی با انتی‌بیوتیک‌ها که قبل از عملیات جراحی آغاز می‌یابد تا دو هفته بعد از دریناژ عملیاتی هم ادامه داده می‌شود.



تصویر ۳، زمان عملیات و تخلیه قیح از عضله پسواس

نتیجه

آبسه پسواس آفتی است که در کلینیک کم‌تر مورد توجه قرار می‌گیرد. در صورتی که به موقع تشخیص و تداوی شود عوارض و اختلالات بسیار ناچیزی داشته؛ در حالی که اگر به موقع مورد توجه و تداوی قرار نگیرد اختلالات وخیم، حتی مرگ مریض را در پی دارد.

سرچشمه‌ها

1. Riyad MN, Sallam MA, Nur A. **Pyogenic psoas abscess:** discussion of its epidemiology, etiology, bacteriology, diagnosis, treatment and prognosis-case report. Kuwait Med J. 2003;35:44-47
2. Taiwo B. Psoas abscess: **a primer for the inrenist.** South Med J. 2001;94:2-5.
3. Walsh TR, Reilly JR, Hanley E, et al. **Changing etiology of iliopsoas abscess.** Am J Surg ۱۹۹۲;۱۶۳:۴۱۳-۱۶.
4. Agrawal SN, Dwivedi AJ, Khan M. Primary psoas abscess. Dig Dis Sci ۲۰۰۲;۴۷:۲۱۰۳-۵.

5. Buttaro M, Gonzalez DV, Piccaluga F. **Psoas abscess associated with infected total hip arthroplasty.** J Arthroplasty ۲۰۰۲; ۱۷:۲۳۰-۴.
6. Lee BB, Kee WD, Griffith JF. **Vertebral osteomyelitis and psoas abscess occurring after obstetric epidural anesthesia.** Reg Anesth Pain Med ۲۰۰۲; ۲۷:۲۲۰-۴.
7. Ricci MA, Rose FB, Meyer KK. **Pyogenic psoas abscess: worldwide variations in etiology.** World J Surg ۱۹۸۶; ۱۰:۸۳۴-۴۳.
8. Gruenwald I, Abrahamson J, Cohen O. **Psoas abscess: case report and review of the literature.** J Urol ۱۹۹۲; ۱۴۷:۱۶۲۴-۶.
9. Paley M, Sidhu PS, Evans RA, et al. **Retroperitoneal collections-aetiology and radiological implications.** Clin Radiol ۱۹۹۷; ۵۲:۲۹۰-۴.
10. Bresee JS, Edwards MS. **Psoas abscess in children.** Pediatr Infect Dis J ۱۹۹۰; ۹:۲۰۱-۶.
11. Qureshi NH, O'Brien DP, Allcutt DA. **Psoas abscess secondary to discitis: a case report of conservative management.** J Spinal Siscord ۲۰۰۰; ۱۳:۷۳-۶.
12. Chren CH, Hu SC, Kao WF, et al. **Psoas abscess: making an early diagnosis in ED.** Am J Emerg Med ۱۹۹۷; ۱۵:۸۳-۸.
13. Wong JG. **The psoas sign. Well-discribed but often forgotten physical examination findings of iliopsoas inflammation.** N C Med J ۱۹۹۳; ۵۴:۵۹۸-۶۰۰.
14. Zissin R, Gayer G, Kots E, et al. **Iliopsoas abscess: a report of 24 patients diagnosed by CT.** Abdom Imaging 2001; 26:533-9.
15. Dinc H, Onder C, Turhan AU, et al. **Percutaneous catheter drainage of tuberculous and nontuberculous psoas abscesses.** Eur J Radiol ۱۹۹۶; ۲۳:۱۳۰-۴.