

آبسه ایلیوپسوس در نوزادی: گزارش یک مورد نادر به همراه بررسی متون

چکیده

زمینه: آبسه ایلیوپسوس در کودکان و به ویژه در نوزادان از شیوع نادری برخوردار است و تشخیص آن دشوار می‌باشد. عالیم کلینیکی اصلی عبارتند از تورم پا و ران، محدودیت در حرکات پا، درد و بیقراری. امروزه نقش اولترا سونوگرافی و سی‌تی اسکن در تشخیص این بیماری به اثبات رسیده است و بر نیاز به آنتی‌بیوتیک در پروسه درمان بیماری تأکید می‌شود. در این مطالعه، یک مورد نادر از آبسه ایلیوپسوس در نوزادی به همراه مقایسه یافته‌ها و نتایج آن با موارد مشابه گزارش می‌شود.

معرفی بیمار: در این گزارش یک نوزاد پسر ۳۰ روزه با شکایت تورم پا و ران، محدودیت در حرکات پا و بیقراری در حین حرکات غیر فعلی پا مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌های سونوگرافی حاکی از وجود تجمعی در مسیر ایلیوپسوس و زیر کلیه چپ بود که با سی‌تی اسکن نیز تایید شد. بیمار به دنبال دریافت درمان آنتی‌بیوتیکی و درناز چرک تحت گاید سونوگرافی بهبودی یافت.

نتیجه‌گیری: بررسی مورد معرفی شده در مطالعه حاضر و سایر موارد مشابه نشان می‌دهد علی‌رغم بروز کم و نادر آبسه ایلیوپسوس در نوزادی، وجود تریاد تورم پا و ران، محدودیت در حرکات پا، درد و بیقراری نوزاد، تشخیص آبسه ایلیوپسوس را آسان‌تر می‌سازد. همچنین تکنیک‌های تصویربرداری به منظور تشخیص قطعی بیماری ضروری بوده و درناز به همراه درمان آنتی‌بیوتیکی بهترین گزینه درمانی است.

کلیدواژه‌ها: ۱- آبسه ایلیوپسوس ۲- نوزاد ۳- تشخیص ۴- درمان

*دکتر نسرین خالصی I

دکتر مریم قوام II

نگار سیفی مقدم III

دکتر سید محمد فرشته‌نژاد IV

تاریخ دریافت: ۸۷/۹/۴ تاریخ پذیرش: ۸۸/۸/۱۷

مقدمه

درناز کامل پیش آگهی خوب است.^(۱)

با توجه به بروز نادر آبسه ایلیوپسوس در نوزادی و تشخیص دشوار آن در این گروه سنی در این مقاله یک مورد آبسه ایلیوپسوس در نوزادی ۳۰ روزه گزارش شده و یافته‌ها و نتایج آن با سایر موارد گزارش شده در کشورهای دیگر مقایسه می‌گردد.

معرفی بیمار

بیمار نوزاد پسر ۳۰ روزه، با وزن تولد ۲۹۰۰ گرم، حاصل زایمان طبیعی بود که با شکایت تورم و کبودی پا چپ از ناحیه ران تا ساق پا بستره شد (شکل شماره ۱). نوزاد ۳ روز قبل از بستره دچار ادم اندام تحتانی سمت چپ شده بود. طبق معاینات اولیه انجام

آبسه ایلیوپسوس در کودکان و به خصوص در نوزادان بسیار نادر است و از بروزی در حدود ۱۲ مورد در سال در جهان برخوردار است.^(۲) ظاهر اصلی این بیماری تورم پا یا کشاله‌ی ران، محدودیت حرکت پا و درد می‌باشد. اتیولوژی این بیماری در بسیاری از موارد ناشناخته است.^(۳) علی‌رغم آن‌که آبسه ایلیوپسوس از سال‌های پیش گزارش شده است، ولی تشخیص این بیماری به ویژه در گروه سنی نوزادان و کودکان دشوار می‌باشد.

هر چند روش‌های ساده تری همچون اولتراسونوگرافی به منظور تشخیص این بیماری کاربرد دارد، لیکن سی‌تی اسکن تکنیک استاندارد تشخیصی است.^(۴) در صورت وجود درمان مناسب آنتی‌بیوتیکی و

(۱) استادیار و متخصص اطفال، فوق تخصص نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران (۲) استادیار و متخصص اطفال، فوق تخصص جراحی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران

(۳) دانشجوی پزشکی، کمیته پژوهشی دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران

(۴) پزشک عمومی، کمیته پژوهشی دانشجویی، مرکز تحقیقات گوارش و کبد (GILDRC)، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران

ارتوپدی نیز وجود احتمالی آرتربیت سپتیک رد شده بود. بیمار با دریافت درمان آنتی بیوتیکی و بهبودی علایم مرخص شد.



شکل شماره ۱- تصویر قرمزی ناحیه ایلیوپسوس چپ به همراه تورم و کبوی؛ پای چپ از ناحیه ران تا ساق پا



شکل شماره ۲- تصویر تجمع با حدود مشخص در ناحیه عضله پسوس؛ در سی‌تی اسکن انجام شده

بحث و نتیجه گیری

آبسه ایلیوپسوس در کودکان و به خصوص در

گرفته در هنگام بستری حرکات فعال پای چپ نداشته و در هنگام حرکات غیر فعال پای چپ دچار بی قراری می‌شده است. ادم و اکیموز در همین اندام نیز مشهود بود. سمع ریه، قلب و شکم نرمال بوده همچنین نوزاد سابقه بستری در روز سوم تولد به مدت یک هفته به علت ایکتر را داشته که تحت فوتوتراپی قرار گرفته است.

در ابتدای بستری جهت بیمار آنتی بیوتیک سفوتاکسیم و ونکومایسین تجویز شده است. نتایج بررسی‌های آزمایشگاهی بیمار به شرح زیر بود:

U/A:	نرمال	منفی	CSF/C:
BUN:	۸ mg/dL	Cr: ۰/۴ mg/dL	MBT: CRP:
PT:	۱۳ sec	PTT: ۴۲/۵ sec	CBC: نرمال
Na:	۱۳۵ mEq/L	K: ۴/۸ mEq/L	Ca: ۱۰/۸ mg/dL
WBC:	۰	GLC: ۴۸mg/dL	در بررسی مایع مغزی-نخاعی نیز نتایج زیر گزارش شد:
		Protein: ۳۶ mg/dL	

در سونوگرافی که بعد از بستری انجام گرفت، شواهدی از افیوژن مفصلی مشاهده نشد ولی در ناحیه رتروپریتوئن از زیر کلیه چپ و قدام به عضله پسوس یک تجمع (Collection) در مسیر عضله ایلیوپسوس به ابعاد $20 \times 25 \times 60$ میلی‌متر دیده شد. همچنین در سونوگرافی داپلر شواهدی از ترومبوز وریدهای عمقی (DVT) دیده نشد و فلوی شریانی در شریانهای فمورال مشترک، سطحی، پوپلیتئال و دورسالیس پدیس نرمال بود. در سی‌تی اسکن شکم و لگن انجام شده مجدداً وجود تجمع (Collection) در ناحیه عضله پسوس با حدود کاملاً مشخص تایید شد (شکل شماره ۲). در همان تاریخ تحت گاید سونوگرافی و به وسیله کاتتر نفروستومی آبسه پسوس تخلیه و 30 سی‌سی چرک خارج شد.

در کشت ترشحات، استاف اورئوس رشد کرده بود که به سفتریاکسون، سیپروفلوكسازین، سفوتاکسیم و ونکومایسین حساس بوده است. ضمناً در مشاوره

روزه با عالیم مشابه در ناحیه پسواس راست و توده شکمی گزارش شد که با توجه به عدم دسترسی به اولتراسونوگرافی و سی تی اسکن، در حین جراحی تشخیص آبسه رتروپریتونئال گذاشته شد و تحت درناز و درمان آنتی بیوتیکی قرار گرفت. لازم به ذکر است در معرفی این بیمار در زمان گزارش و انتشار مقاله از اصطلاح "آبسه ایلیوپسواس" استفاده نشده بود.^(۸)

در مقاله‌ی دیگری در سال ۱۹۸۸ نوزاد دختر ۲۱ روزه‌ای با آبسه پسواس دو طرفه گزارش شد که با استفاده از اولتراسونوگرافی، باریوم انما و جراحی تشخیص آبسه ایلیوپسواس اولیه محرز و بیمار تحت لپاراتومی قرار گرفت.^(۹)

در گزارش دیگری که در ژاپن انجام شد، در نوزاد ۲۴ روزه‌ای با تب و تورم کشاله‌ی ران، تشخیص آبسه ایلیوپسواس اولیه به وسیله اولتراسونوگرافی و سی تی اسکن تایید شد. بیمار با درناز پوستی و آنتی بیوتیک تحت درمان قرار گرفت و در کشت ترشحات استافیلوکوک مقاوم به متیسیلین یافت شد.^(۱۰)

در یکی از آخرین موارد مشابه گزارش شده در سال ۲۰۰۴ یک نوزاد دختر ۳۹ هفته با زایمان طبیعی معرفی گردید که در بدو تولد به علت تورم ران راست اختلاف در اندازه دو ران مشهود بوده است.^(۱۱) حرکات پای راست بیمار مختل و محدود بود و تورم، رنگ پریدگی و کبودی دیده شد. پس از تایید تشخیص با سی تی اسکن، بیمار بستری و در روز دوم پس از آن درناز جراحی انجام و ۲۵ سی سی چرک خارج شد. در کشت ترشحات آبسه همچون مطالعه حاضر استافیلوکوک اورئوس گزارش گردید. نوزاد تحت درمان آنتی بیوتیکی با پانیپن و آمیکاسین قرار گرفت و با بهبودی عالیم مرخص شد.^(۱۲)

تاکنون چند مورد دیگر از درمان آبسه ایلیوپسواس اولیه به وسیله درناز رتروپریتونئال باز و درناز تحت

نوزادان بسیار نادر است و در هر سال ۱۲ مورد جدید از آبسه ایلیوپسواس اولیه در کل جهان گزارش می‌شود.^(۱۳) تظاهرات متنوع و غیر اختصاصی آبسه پسواس و همچنین بروز کم آن باعث دیر تشخیص دادن و یا تشخیص اشتباه آن می‌شود.^(۱۴) بنابراین ظن بالینی قوی به تشخیص این بیماری کمک می‌کند. شایع‌ترین پاتوژن ایجاد کننده این بیماری استافیلوکوکوس اورئوس است.^(۱۵)

طبق یافته‌های یک مطالعه ده ساله، یازده مورد بیمار ایلیوپسواس به بیمارستانی مراجعه کرده بودند، که ۶ مورد آن آبسه اولیه بوده و بیشترین ارگانیسم به دست آمده از کشت، استافیلوکوک بوده است. طبق بررسی‌های انجام شده در این مطالعه، تب، لرز، درد در قسمت تحتانی پشت و توده قابل لمس از شایع‌ترین علائم این بیماران بوده است. در حالی‌که فقط یک بیمار ترباد کلاسیک تب، درد پهلو و محدودیت حرکت لگن که علامت تیپیک آبسه پسواس است را از خود نشان داد. لوکوسیتوز شایع‌ترین یافته آزمایشگاهی بود و یافته‌های سی تی اسکن تشخیص بالینی ۹ مورد از ۱۱ مورد را تایید کرد. در این گزارش، ۹ بیمار برای درناز تحت عمل جراحی قرار گرفتند و برای ۲ مورد تحت گاید سی تی اسکن درناز پوستی انجام شد.^(۱۶) قابل ذکر است که نتایج مطالعه فوق الذکر در گروه سنی بزرگسالان می‌باشد، در حالی‌که گزارشات مربوط به آبسه ایلیوپسواس در نوزادی بسیار کمتر بوده و تشخیص در این گروه سنی دشوارتر می‌باشد.

تاکنون در گروه سنی نوزادان کمتر از ۱۵ مورد آبسه ایلیوپسواس گزارش شده که اطلاعات زمینه‌ای، نتایج درمانی و پیگیری این نوزادان که همگی در محدوده سنی ۱۱-۳۱ روز قرار دارند، در جدول شماره ۱ آورده شده است.

در یکی از نخستین موارد مشابه، توسط صداقتیان و همکارانش در سال ۱۹۷۸، یک مورد نوزاد دختر ۱۵

است.^(۱۰-۱۲) از نظر بررسی عالیم این نوزادان، تفاوت‌هایی با بزرگسالان وجود دارد که بعضاً تشخیص این بیماری را در مراحل اولیه دشوار می‌سازد. ولی وجود سه علامت و شکایت شایع شامل تورم پا و ران، محدودیت در حرکات پا، درد و بیقراری نوزاد به نفع تشخیص آبسه ایلیوپسواس در این گروه سنی می‌باشد. این در حالی است که علی‌رغم وجود عفونت، تب بالا در موارد کمی وجود دارد.^(۱۳)

گاید سی تی اسکن گزارش شده است.^(۱۱) از نظر تشخیص پاراکلینیکی، سی تی اسکن روش استاندارد برای تایید تشخیص می‌باشد، درناژ و آنتی‌بیوتیک‌های مناسب در موفقیت درمان آبسه ایلیوپسواس اولیه موثر می‌باشد.^(۱۴)

نتایج سایر موارد مشابه گزارش شده از نظر مشخصات دموگرافیک، روش‌های تشخیصی و درمان به کار گرفته شده در جدول شماره ۱ گردآوری شده

جدول شماره ۱- مشخصات زمینه‌ای، نحوه تشخیص و درمان در موارد مشابه

ردیف	نام مطالعه	سن حاملگی	زایمان	جنسيت	سن شروع عالیم	موقعیت	تشخیص	درمان
۱	- Sedaghatian et al ^۸	-	-	دختر	۱۵ روزه	راست	جراحی	درناژ، آنتی‌بیوتیک
۲	Lucas et al ^{۱۵}	ترم	طبيعي	پسر	۱۷ روزه	راست	اورترا سوند، سی‌تی‌اسکن	درناژ، آنتی‌بیوتیک
۳	Singer ^{۱۶}	۳۷ هفت	با فورسپس دختر	-	۲۰ روزه	چپ	جراحی	درناژ، آنتی‌بیوتیک
۴	Natsume et al ^{۱۷}	۳۵ هفت	سزارین	پسر	۲۴ روزه	چپ	اورترا سوند، آسپیراسیون تحت گاید	سی‌تی‌اسکن
۵	Zych et al ^{۱۰}	ترم	طبيعي	پسر	۳۱ روزه	راست	جراحی	درناژ، آنتی‌بیوتیک
۶	Dib et al ^{۱۱}	ترم	طبيعي	دختر	۲۱ روزه	چپ	اورترا سوند، گاید سونوگرافی، سی‌تی‌اسکن	درناژ پوسیتی تحت آنتی‌بیوتیک
۷	Dib et al ^{۱۱}	۳۷ هفت	طبيعي	دختر	۱۴ روزه	چپ	اورترا سوند، سی‌تی‌اسکن	درناژ پوسیتی تحت گاید سونوگرافی و ام‌آرآی، آنتی‌بیوتیک
۸	Prassopoulos et al ^{۱۸}	ترم	طبيعي	پسر	۲۲ روزه	چپ	اورترا سوند، سی‌تی‌اسکن، آنتی‌بیوتیک	ام‌آرآی
۹	Schut et al ^{۱۹}	ترم	طبيعي	دختر	۲۱ روزه	راست و چپ	باریم انما، لا پاراتومی	جراحی
۱۰	Edgar et al ^{۱۷}	۳۶ هفت	طبيعي	پسر	۱۵ روزه	راست	سی‌تی‌اسکن	درناژ، آنتی‌بیوتیک
۱۱	Edgar et al ^{۱۷}	۴۲ هفت	طبيعي	پسر	۲۱ روزه	راست	درناژ تحت گاید آنتی‌بیوتیک	اورترا سوند، سی‌تی‌اسکن
۱۲	Andreou et al ^{۱۸}	ترم	طبيعي	دختر	۱۸ روزه	راست	اورترا سوند	درناژ، آنتی‌بیوتیک
۱۳	Yano et al ^{۲۰}	ترم	طبيعي	دختر	۱۱ روزه	راست	اورترا سوند، درناژ، آنتی‌بیوتیک	سی‌تی‌اسکن
۱۴	مطالعه حاضر	ترم	طبيعي	پسر	۳۰ روزه	چپ	اورترا سوند، درناژ، آنتی‌بیوتیک	سی‌تی‌اسکن

لگن تجمع (Collection) در ناحیه عضله پسواس با حدود کاملا مشخص گزارش شده است.

به دلیل تظاهرات متنوع و غیر اختصاصی آبسه ایلیوپسواس در نوزادی تشخیص آن دشوار می باشد. ضمن آن که بروز اندک و نادر آن نیز دلیلی بر عدم تشخیص سریع و به موقع این بیماری است. هر چند به نظر می رسد وجود تریاد تورم پا و ران، محدودیت در حرکات پا و درد و بیقراری نوزاد، تشخیص آبسه ایلیوپسواس را آسان تر می سازد.

سی تی اسکن روش استاندارد برای تایید تشخیص است و برای درمان، درناژ تحت گاید سی تی اسکن انتخاب اول است. اما استفاده از آن در همه موارد بیماری ممکن نیست. درناژ رتروپریتوئال باز نیز روش استاندارد درمان است و درمان آنتی بیوتیکی بعد از جراحی اجباری است.

با نگاهی گذرا به موارد گزارش شده در جدول شماره ۱، مشاهده می شود که سن اکثر نوزادان، ترم و یا نزدیک ترم بوده و این بیماری در هر دو جنس و هر دو سمت گزارش شده است. ضمن آن که روش تشخیصی غالب در بیشتر موارد اولتراسونوگرافی و سی تی اسکن بوده و درمان با درناژ جراحی و آنتی بیوتیک صورت گرفته است. هر چند در برخی گزارشات تفاوت هایی به ویژه در نوع آنتی بیوتیک مصرفی دیده می شود.

در مطالعه حاضر نیز بیمار با شکایت تورم و کبودی پای چپ در بیمارستان بستری شد. در ابتدای بستری برای وی آنتی بیوتیک تجویز شده و دو روز بعد از آن تحت گاید سونوگرافی آبسه وی تخلیه شد. در کشت ترشحات، استاف اورئوس رشد کرده بود که به سفتریاکون، سپیروفلوکسازین، سفوتاکسیم و ونکومایسین حساس بوده است. در سی تی اسکن شکم و

فهرست منابع

1- Prassopoulos PK, Giannakopoulou CA, Apostolaki EG, Charoulakis NZ, Gourtsoyiannis NC. Primary ilio-psoas abscess extending to the thigh in a neonate: US, CT and MR findings. *Pediatr Radiol.* 1998; 28(8): 605-7

2- Grunewald I, Abrahamson J, Cohen O. Psoas abscess: Case report and review of the literature. *J Urol.* 1992; 147: 1624-26

3- Yano T, Takamatsu H, Noguchia H, Taharaa H, Kajia T, Saruwatari Y, et al. Iliopsoas abscess in the neonate. *J Pediatr Surg.* 2004; 39(7): 13-15

4- Lee YT, Lee CM, Su SC, Liu CP, Wang TE. Psoas abscess: A 10 year review. *J Microbiol Immunol Infect.* 1999; 32(1): 40-6

5- Garner JP, Meiring PD, Ravi K, Gupta R. Psoas abscess - not as rare as we think?. *Colorectal Dis.* 2007; 9(3): 269-74

6- Chern CH, Hu SC, Kao WF, Tsai J, Yen D, Lee CH. Psoas abscess: Making an early diagnosis in the ED. *Am J Emerg Med.* 1997; 15(1): 83-8

7- Bagul NB, Abeysekara AM, Jacob S. Primary

psoas abscess due to streptococcus milleri. *Ann Clin Microbiol Antimicrob.* 2008; 26(7): 7

8- Sedaghatian MR, Barkhordar J, Gerami S. Retroperitoneal abscess presenting as an abdominal mass in neonate. *J Pediatr Surg.* 1978; 1: 544-45

9- Schut JM, Maradji M, Oranje AP, Bergmeijer JH, Schuller JL. Double-sided psoas abscess in a young infant: Sonographic and radiographic findings. *Pediatr Radiol.* 1988; 18: 176-77

10- Natsume H, Nakanishi T, Nakagawa Y, Igarashi Y. A case of an iliopsoas abscess in a neonate. *Acta Paediatr Jpn.* 1997; 39(4): 459-61

11- Korenkov M, Yücel N, Schierholz JM, Goh P, Troidl H. Psoas abscesses, Genesis, diagnosis, and therapy. *Der Chirurg.* 2003; 74(7): 677-82

12- Melissas J, Romanos J, de Bree E, Schoretsanitis G, Askoxlakis J, Tsiftsis DD. Primary psoas abscess. Report of three cases. *Acta Chir Belg* 2002; 102(2): 114-17

13- Lucas AP, Carneiro R, Viegas M, Pascoal J, Sousa-Santos A. Ilio-Psoas abscess in the neonate. *Eur J Pediatr Surg.* 1997; 7: 186-87

- 14- Singer J. Neonatal psoas pyomyositis simulating pyarthrosis of the hip. *Pediatr Emerg Care.* 1993; 9: 87-8
- 15- Zych GA, McCollough NC. Acute psoas abscess in a newborn infant. *J Pediatr Orthop.* 1985; 5: 89-91
- 16- Dib M, Bedu A, Garel C, Mazda K, Philippe-Chomette P, Rajguru M, et al. Ilio-psoas abscess in neonates: Treatment by ultrasound-guided percutaneous drainage. *Pediatr Radiol.* 2000; 30: 677-80
- 17- Edgar KA, Schlesinger AE, Royster RM, Deeney VF. Ilio-psoas abscess in neonates. *Pediatr Radiol.* 1993; 23: 51-2
- 18- Andreou A, Karasavvidou K, Papadopoulou F, Koukoulief A. Ilio-psoas abscess in a neonate. *Am J Perinatol.* 1997; 14: 519-21

Iliopsoas Abscess in Neonates: A Case Report with Literature Review

*N. Khalesi, MD^I M. Ghavam, MD^{II}
 N. Seifi Moghaddam^{III} S.M.Fereshtehnejad, MD MPH^{IV}

Abstract

Introduction: Iliopsoas abscess (IPA) in children, and especially in neonates, is an uncommon condition which is difficult to diagnose clinically. The major presenting symptoms of IPA are leg or groin swelling, limitation of leg motion, and pain. The role of ultrasound and computed tomography in the diagnosis has been demonstrated, and the need for antibiotic therapy is emphasized. In our study, a rare neonatal case of IPA is reported and its findings and outcome are compared with the other reports.

Case Report: A 30-day-old baby boy was referred due to leg or groin swelling, limitation of leg motion and agitation while passive movements of the left leg. Ultrasonographic (US) evaluations showed a retroperitoneal collection extending to the left iliopsoas region under the left kidney, which was also confirmed by CT-scanning. He was successfully treated with US-guided percutaneous drainage as a supplement to antibiotic therapy.

Conclusion: The analysis of these cases and of those previously reported indicates that although the incidence of IPA in neonates is rare, the triad of leg or groin swelling, limitation of leg motion, and pain could facilitate diagnosis. Also, imaging is essential for diagnosis and drainage in association with antibiotic therapy may represent the first-choice treatment of this disease.

Key Words: 1) Iliopsoas Abscess 2) Neonate 3) Diagnosis 4) Treatment

I) Assistant Professor of Pediatrics. Fellow of Neonates. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.
 (*Corresponding Author)

II) Assistant Professor of Pediatrics. Fellow of Pediatric Surgery. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.

III) Medical Student. Member of Students' Research Committee. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.

IV) General Practitioner. Member of Students' Research Committee. Gastrointestinal & Liver Disease Research Center (GILDRC). Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.