

Ascesso retroperitoneale da psoite suppurativa.

Caso clinico



Ann. Ital. Chir., 2008; 79: 377-382

Antonio Martino*, Franco Catuogno*, Patrizio Festa*, Giuseppe Napolitano*,
Giuseppe Noschese*, Gautam Maharajan*, Marina Romano*, Maria Lucia Sacco*,
Alessandro De Masi**

A.O.R.N. "A.Cardarelli", Napoli

*U.O. Struttura Complessa "Trauma Center"

**U.O.C.

Retroperitoneal abscess by suppurative psoas. Case report

A 51 years old male was admitted to our Emergency Department because a severe pain in the right lumbar area irradiating to omolateral thigh, with fever. Abdomen and pelvis TC scan revealed a big retroperitoneal abscess.

An urgent laparotomy was performed. It showed a huge retroperitoneal purulent collection extending caudally to right thigh and all around urinary bladder. The fluid collections were drained and a sample was sent for biological examination. There was the evidence of enterococcus faecalis and specific antibiotic treatment was done. The patient was discharged after 33 days in good general conditions.

The aim of this study is to emphasize the difficulty in clinical diagnosis of this pathology due to the lack specific symptoms and signs, and the occasional difficulty to find the original cause of the condition. Moreover we remark the utility of CT scan and of selective collection drainage.

KEY WORDS: Primary psoas abscess, Retroperitoneal abscess.

Introduzione

Gli ascessi retroperitoneali senza una causa scatenante sono rari. In passato le forme più frequenti erano quelle "fredde" tubercolari (morbo di Pott), mentre oggi prevalgono quelle "calde" secondarie a pielonefriti, perforazioni di duodeno, colon o appendice^{1,3}. La diagnosi in prima istanza risulta essere difficile, in quanto non vi è una sintomatologia ben definita⁴. Gli esami di laboratorio mostrano solo una leucocitosi spiccata.

Per questi pazienti è necessario eseguire un buon esame obiettivo ed esami strumentali specifici come l'ecografia,

ma soprattutto l'esame TAC che, senza dubbio, è il mezzo diagnostico fondamentale per questa patologia⁵.

Il trattamento di scelta è il drenaggio della raccolta, sia percutaneo che a cielo aperto, nonché l'antibioticoterapia ad ampio spettro scelta sulla base dell'antibiogramma⁶.

Nel presente lavoro viene descritto il caso di un grosso ascesso retroperitoneale, il problema diagnostico e terapeutico di questa patologia ed il nostro orientamento terapeutico nei confronti di essa.

Caso clinico

S.G., di anni 51, afferiva presso il D.E.A. di II livello della A.O.R.N. "A.Cardarelli" di Napoli, proveniente da altro ospedale cittadino, dove aveva praticato esami strumentali per una vasta tumefazione alla coscia dx. Un

Pervenuto in Redazione Dicembre 2007. Accettato per la pubblicazione Maggio 2008.

For correspondence: Dr. Alessandro De Masi, via S.Giacomo dei Capri 42, 80128 Napoli (e-mail:alessandro_demasi@virgilio.it)

esame TAC dell'addome evidenziava, in corrispondenza del muscolo psoas dx che appariva notevolmente ingrandito, una raccolta di liquido corpuscolato. Dallo stesso lato, in sede retroperitoneale, si rilevava una raccolta di oltre 10 cm. con areole gassose ed ampio livello idroaereo. Tale raccolta ascessuale si estendeva cranio-caudalmente da un piano passante per il polo renale inferiore dx, a tutto lo spazio pararenale posteriore omolaterale e alla fossa iliaca, seguendo il percorso del muscolo psoas e del muscolo iliaco, lo spazio iliaco fino al piano perirenale e interessando caudalmente i muscoli della coscia in sede posteriore, ove si apprezzavano nuclei aerei, (Fig. 1 A-B-C). 8 maggio.

Il paziente decideva di ricoverarsi presso la nostra Azienda Ospedaliera, abbandonando di propria volontà il primo luogo di cura.

All'anamnesi remota riferiva interventi chirurgici di appendicectomia, tonsillectomia, ernia discale L4-L5. Nella anamnesi prossima si rilevavano febbre a 38.5°C, dolore urente all'arto inferiore destro e dolori muscolari diffusi.

L'esame obiettivo dell'arto evidenziava una grossa tumefazione ascessuale localizzata posteriormente alla coscia

destra e notevolmente dolente, associata ad eritema alla coscia e alla gamba destra.

In Pronto Soccorso praticava radiografia del torace, ECG, ecografia della regione posteriore di coscia destra, che dimostrava un film fluido di 3 mm di spessore a sede interfasciale, esami di laboratorio (wbc 29.2, neutrofili 90.3%), consulenze internistica-allergologica e dermatologica per la manifestazione maculo-eritematosa, verosimilmente da farmaci, posteriormente alla coscia destra. Dopo il primo approccio al paziente in Pronto Soccorso, lo stesso veniva ricoverato in Chirurgia d'Urgenza, dove si effettuava una consulenza anestesiológica per intervento chirurgico urgente ed indifferibile.

In sala operatoria veniva eseguito intervento in 2 tempi. Nel I tempo si realizzava un'ampia incisione lombo-inguinale destra, sezione della fascia e del piano muscolare lungo la cresta iliaca destra, apertura di una grossa cavità ascessuale retroperitoneale lungo il decorso del muscolo ileopsoas omolaterale. La cavità, che veniva detersa, si estendeva cranialmente verso la loggia renale e caudalmente fino in sede pararettale e paravescicale destra. Veniva aspirato circa un litro di liquame purulento misto a gas ed alcuni cc venivano raccolti per esame colturale.

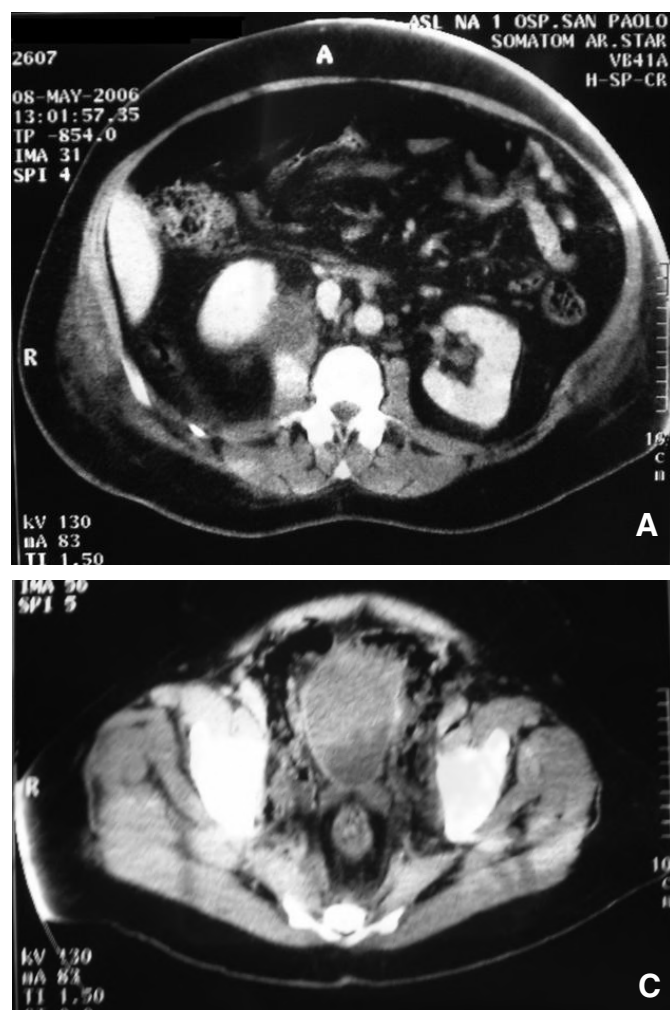


Fig. 1(A-B-C): Evidenza di ascesso retroperitoneale esteso dal rene destro lungo lo psoas alla radice dei muscoli della coscia omolaterale.

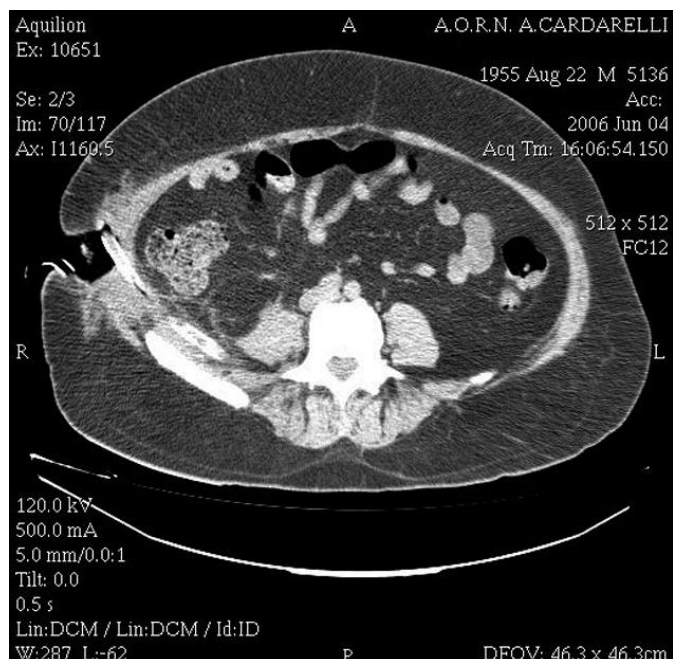


Fig. 2: Posizione dei drenaggi in pararenale destro.

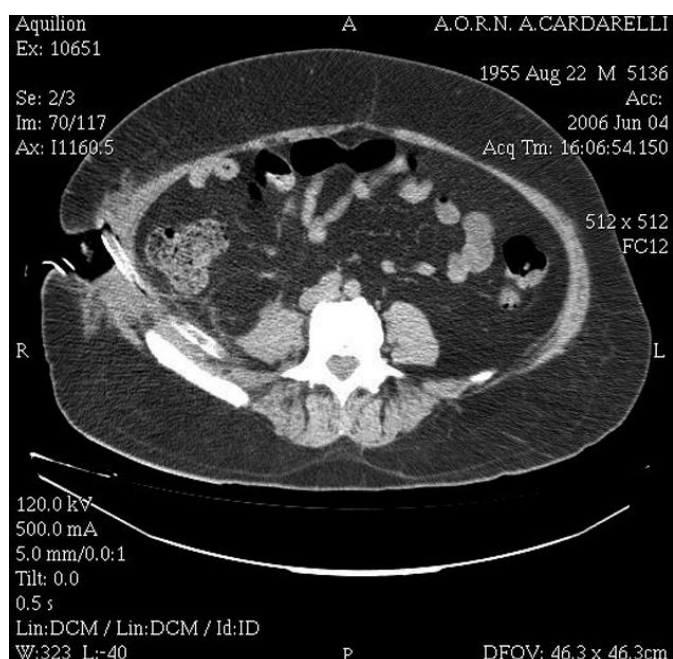


Fig. 3: Ampia ferita chirurgica zaffata.

Lavaggi con soluzioni antisettiche, drenaggi, zaffi e sutura parziale per strati concludevano il I tempo dell'intervento. Il II tempo consisteva in incisioni multiple della faccia posteriore della coscia destra, che davano esito a liquido purulento, anche in questo caso si posizionavano drenaggi e zaffi. La diagnosi operatoria era di sepsi severa da ascesso retroperitoneale con psoite destra suppurativa e cellulite ileo-pelvica, estesa alla faccia postero-mediale della coscia destra.

In prima giornata il paziente trascorreva un regolare post-operatorio e si richiedeva una consulenza otorinolaringoiatrica per la camera iperbarica.

In seconda giornata veniva eseguita, in sala operatoria, un'ampia revisione chirurgica con rimozione degli zaffi, sostituzione degli stessi e lavaggi attraverso i drenaggi.

In terza giornata si richiedeva una TAC torace, addome e pelvi che evidenziava

il buon posizionamento dei drenaggi (Fig. 2), l'ampia ferita chirurgica zaffata (Fig. 3), 12 maggio assenza di raccolte fluide nello spazio pararenale posteriore destro, una sottile falda fluida con nuclei aerei nella fascia dello psoas destro e nello spazio iliaco inferiore omolaterale. Negli spazi extraperitoneali della pelvi, a sede paravescicale anteriore e laterale ed otturatoria bilaterale, si osservava la presenza di versamento fluido, frammisto ad ampia componente aerea di aspetto schiumoso (fascite necrotizzante) (Fig. 4) 23 maggio e residua minima componente fluida, con nuclei aerei nel contesto della fascia del comparto posteriore della coscia destra, estesi dalla radice dell'arto alla regione metafisaria distale.

Il paziente, emodinamicamente stabile, con temperatura di 36.3°C, P.A. 118/80 e F.C. 98/min., iniziava il ciclo OTI (ossigenoterapia iperbarica) e, alla luce dell'esame colturale e dell'antibiogramma positivo per l'enterococco faecalis sui campioni prelevati in sala operatoria, si sostituivano in terapia la gentamicina e il metronidazolo con la vancomicina 2g/die.

In quinta giornata in sala operatoria si introducevano due nuovi drenaggi in parasacrale, attraverso l'incisione lombo-addominale e si praticavano ulteriori lavaggi.

In settima giornata, all'esame obiettivo si segnalava

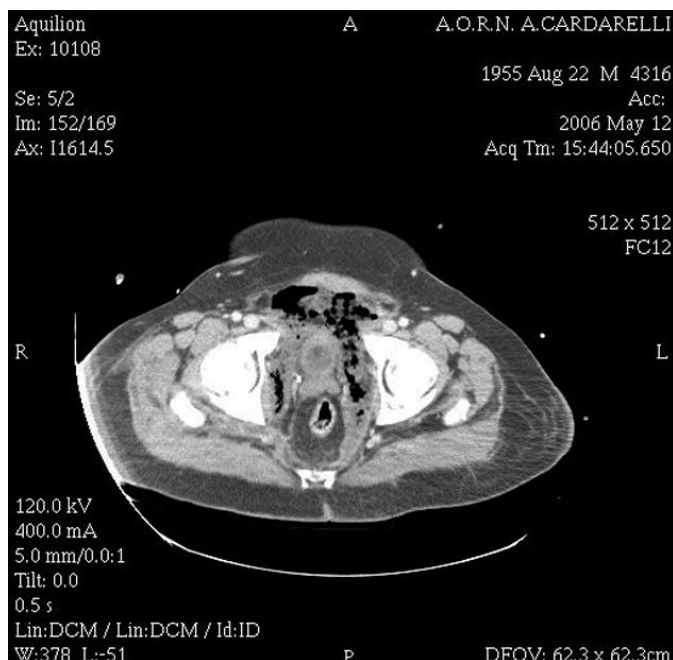


Fig. 4: Versamento fluido con componente aerea (fascite necrotizzante), nello spazio extraperitoneale della pelvi in paravescicale anteriore e laterale bilaterale.

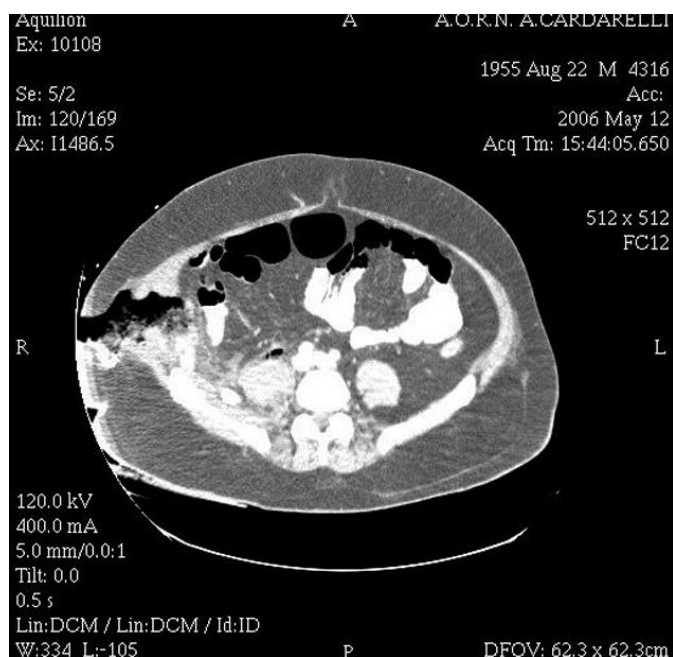


Fig. 5: Raccolte fluide perivescicali, più evidenti a sinistra.

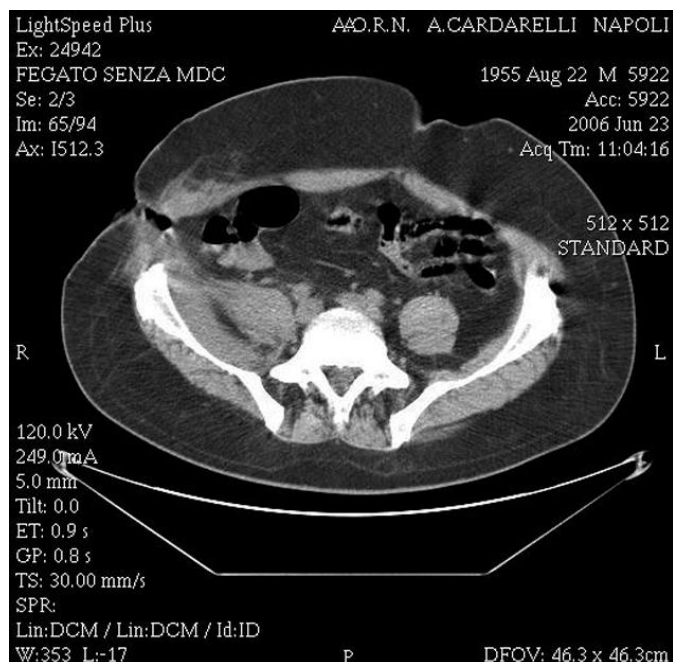


Fig. 6: Drenaggi ben posizionati al davanti dello psoas e in prossimità dell'articolazione sacro-iliaca.

l'estensione dell'eritema, già evidenziato all'arrivo in pronto soccorso, all'addome e al torace. Si richiedeva una nuova consulenza allergologica che non riusciva a chiarire la causa della manifestazione cutanea e proponeva la sospensione della vancomicina, sostituendola con il linezolid (600 mg x 2) associato al fluconazolo (500 mg x 3) e al meropenem (1g x 3), già utilizzato, aggiungendo inoltre l'oxatamide (1cpr x 2). I parametri funziona-

li del paziente restavano stabili: canalizzato alle feci, sensorio integro, assenza di deficit motori, T. 37°C.

Il paziente continuava regolarmente il ciclo OTI. La vasta ferita, in questo periodo, era in netta risoluzione: ben vascolarizzata, con gemme di granulazione, assenza di colliquazione e cute periferica rosea. La sorveglianza dei drenaggi evidenziava, in uno dei tubi, tracce di liquido simil-purulento, i restanti tre erano muti. In quattordicesima giornata una TAC di controllo evidenziava ancora la presenza della falda fluida, con nuclei aerei nella fascia del muscolo psoas destro e nello spazio iliaco inferiore omolaterale e raccolte fluide con areole gassose (Fig. 5). 4 giugno. In ventunesima giornata, dopo aver richiesto una consulenza per il proseguimento della camera iperbarica, si continuava il ciclo OTI. Si procedeva, inoltre, ad una altra raccolta di campioni per una nuova valutazione dell'antibiogramma.

In ventiseiesima giornata si praticava una TAC dell'addome superiore ed inferiore che evidenziava a destra imbibizione del muscolo psoas, del muscolo iliaco e dei tessuti adiposi, ispessimento dei muscoli obliqui, raccolte fluide a sede paravescicale anteriore e laterale ed otturatoria bilaterale (Fig. 6).

In ventottesima giornata, il paziente restava stabile, apiretico, canalizzato alle feci, il sensorio era integro, P.A. 130/70, F.C. 72/min., si alimentava regolarmente e dai drenaggi si evidenziavano poche tracce di liquido sieroso: concludeva il ciclo OTI per le ottime condizioni della ferita.

Si richiedeva una consulenza neurologica per valutare le condizioni dell'arto inferiore destro, in quanto il paziente riferiva una vaga sensazione di pesantezza dello stesso, ma non si evidenziavano deficit motori, né altre patologie neurologiche.

Le restanti giornate di degenza vedevano il paziente in continuo miglioramento generale e locale, fino alla trentatreesima giornata in cui veniva dimesso.

Dopo dieci giorni dalla dimissione veniva eseguita una TAC di controllo dell'addome superiore e inferiore, che evidenziava una netta diminuzione delle raccolte fluide evidenziate prima della dimissione ed una colonscopia, per controllare che non vi fossero lesioni coliche responsabili di un'eventuale filtrazione intestinale. L'esame risultava negativo per lesioni organiche.

Discussione

Con l'avvento e la diffusione degli antibiotici i processi infiammatori acuti che interessano lo spazio retroperitoneale sono divenuti rari.

Essi si accompagnano ad alta morbilità e mortalità se non prontamente trattati, infatti le infezioni di questa regione sono pericolose per la stretta contiguità degli organi del piccolo bacino e la presenza di un tessuto linfatico estremamente sviluppato, che ne facilitano la diffusione in assenza di barriere anatomiche. Tale diffusio-

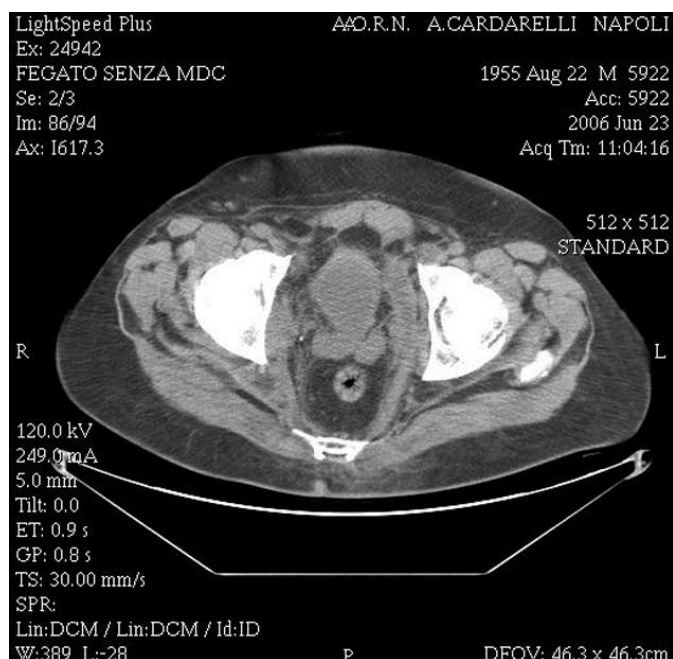


Fig. 7: Netta chiusura della ferita chirurgica.

ne può avvenire attraverso il legamento vertebrale anteriore, il muscolo psoas e la sua fascia.

Le raccolte possono esteriorizzarsi a livello dello spazio di Grynfeldt o del triangolo di Petit ma, il più delle volte, affiorano a livello del triangolo di Scarpa, della regione inguinale e della fascia posteriore della coscia.

I segni clinici più evidenti sono quelli propri dell'infezione: la febbre di tipo suppurativo associata a brividi, l'anoressia, la perdita di peso, anemia e malessere generale.

A volte si apprezza una tumefazione molle ai fianchi e, se è coinvolto lo psoas, il paziente assume posizioni antalgiche tipiche, con flessione degli arti inferiori e lamenta dolore alle articolazioni coxofemorali che aumenta estendendo gli arti.

L'unico elemento laboratoristico, il più delle volte, è una leucocitosi.

L'esame radiografico dell'addome mostra la scomparsa dell'opacità dello psoas corrispondente, ma per la certezza diagnostica saranno necessarie l'ecografia e l'esame TAC.

Per comprendere bene l'evoluzione degli ascessi retroperitoneali, bisogna tener conto della sede di origine.

Il retroperitoneo è diviso anatomicamente dal rene in uno spazio anteriore ed in uno posteriore. Se l'ascesso è posteriore, come nel nostro caso clinico, esso si fa strada lungo lo psoas fino alla pelvi, seguendo direttrici di resistenza minore.

Il trattamento di questi ascessi può essere sia percutaneo TAC guidato, consentendo di posizionare drenaggi mirati nella raccolta, sia chirurgico, generalmente con accesso laterale (ponendo particolare attenzione a non entrare nella cavità peritoneale, se questa è integra). Attraverso

questi approcci si effettuano drenaggi del materiale purulento e raccolta di campioni per l'esame batteriologico, necessario per instaurare una corretta terapia antibiotica ^{7, 8}.

Nel caso clinico discusso, viste le condizioni cliniche del paziente, giunto in stato settico alla nostra osservazione, l'estensione dell'ascesso (dal muscolo psoas al pavimento pelvico) e le multiple concamerazioni di quest'ultimo, che hanno richiesto ampie escissioni di tessuti necrotici ⁹, abbiamo optato per un rapido intervento chirurgico di drenaggio, toilette e zaffaggio.

Con l'uso degli antibiotici ad ampio spettro, scelti con l'ausilio dell'antibiogramma, e attraverso il buon posizionamento dei drenaggi, la prognosi di questi pazienti risulta favorevole ^{10, 11}.

Riassunto

Riportiamo il caso clinico di un paziente maschio di anni 51, che giungeva al nostro D.E.A. di II livello da altro nosocomio lamentando dolore urente lombare a destra, irradiato alla coscia omolaterale e febbre. Gli esami ematochimici rilevavano leucocitosi, l'esame TAC addome e pelvi evidenziava una grossa raccolta ascessualizzata retroperitoneale.

Il paziente veniva immediatamente sottoposto ad intervento chirurgico che dimostrava la presenza di un'enorme raccolta purulenta retroperitoneale, multiconcamerata, estesa caudalmente alla coscia destra ed in sede paravescicale destra. Le raccolte venivano drenate e il prelievo del materiale purulento, sottoposto ad esame colturale, risultava positivo per enterococco faecalis. Si iniziava terapia antibiotica mirata sulla risposta dell'antibiogramma.

Il paziente veniva dimesso in trentatreesima giornata in buone condizioni generali.

Il nostro studio vuole evidenziare la difficoltà della diagnosi semeiotica di tale patologia per l'assenza di sintomi specifici, l'utilità dell'esame TC, nonché la necessità terapeutica di drenaggi mirati della raccolta.

Bibliografia

- 1) Katsuragi N, Shiraishi Y, Kita H: *Case of tuberculous psoas abscess successfully treated with surgery during antituberculosis therapy for miliary tuberculosis*. Kekkaku, 2006; 81(11):661-65.
- 2) Andromanos N, Filippou D, Skandalakis P, Kouraklis G, Kostakis A: *An extended retroperitoneal abscess caused by duodenal diverticulum perforation: report of a case and short review of the literature*. Am Surg, 2007; 73(1):85-88.
- 3) Piardi T, Biasca F, Giampaoli F, Ghedi M, Faini G, Pouchè A: *Necrotizing soft tissue infections as the only clinical manifestation of retroperitoneal colonic perforation*. Ann Ital Chir, 2001; 72(2):227-31.
- 4) Hamano S, Kiyoshima K, Nakatsu H, Murakami S, Igarashi T,

- Ito K: *Pyogenic psoas abscess: Difficulty in early diagnosis*. Urol Int, 2003; 71(2): 178-83.
- 5) Lee YT, Lee CM, Su Sc, Liu CP, Wang TE: *Psoas abscess: A 10 year review*. J Microbiol Immunol Infect, 1999; 32(1): 40-46.
- 6) Penado S, Espina B, Francisco Campo: *Abscess of the psoas muscle. Description of a series of 23 cases*. Enferm Infecc Microbiol Clin, 2001; 19(6): 257-60.
- 7) Korenkov M, Yucel N, Schierholz JM, Goh P, Troidl H: *Psoas abscess. Genesis, diagnosis and therapy*. Chirurg, 2003; 74(7): 677-82.
- 8) Rabi R, el Moussaoui A, Rais H, Debbagh A, el Mrini M, Benjelloun S: *Primary pyogenic abscess of the psoas muscle. Apropos of 5 cases*. Ann Urol (Paris), 1997; 31 (6-7): 361-65.
- 9) Iwaki H, Mori H, Kajita Y, Yoshida T, Yamauchi T: *Giant psoas abscess with aggressive extension: report of a case*. Hinjokika Kiyo, 1999; 45(12): 835-37.
- 10) Loussaief C, Taumi A, Chakroun M, Ben Brahim H, Ben Romdhane F, Bouzouaia: *Psoas abscesses reviewed*. Tunis Med, 2006; 84(2): 103-5.
- 11) el Hassani S, Echarrab el-M, Bensabbah R, Attaibi A, Kabiri H, Bourki K, Balafrej S, Hajjaj-Hassouni N: *Primary psoas abscess: A review of 16 cases*. Rev Rhum Eng Ed, 1998; 65(10): 555-59.