

## Postpartum Septik Sakroiliit: Bir Olgu Sunumu

### Postpartum Septic Sacroiliitis: A Case Report

İbrahim TEKEOĞLU, Murat TOPRAK

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Van, Türkiye

#### Özet

Burada post-partum septik sakroiliitli bir hastayı sunmayı amaçladık. Piyojenik sakroiliit, peripartum periyod sırasında seyrek görülmektedir. Piyojenik sakroiliit, genellikle tek taraflı görülür, ancak bilateral de görülebilir. Genellikle kalça bölgesinde ağrı ile gelir. 28 yaşında kadın hasta, dördüncü çocuğunu komplikasyonsuz olarak, vaginal yolla doğurdu. Postpartum sekizinci günde ateş, terleme ve kalça-bel ağrısı gelişti. Gelişinde sol gluteal bölge ve sakral bölge hassas, ateş 38,5°C, beyaz küre 21.800/mm<sup>3</sup>, C-reaktif protein 120 mg/dl (N: 0-5), eritrosit sedimentasyon hızı 40 mm/saat, brusella aglutinasyon testleri negatif idi. Postpartum sekizinci günde ateş nedeni ile Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği'ne yatan hasta, yirminci günde kalça ve bel ağrısı nedeni ile Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon/Romatoloji servisine yatırıldı. Sakroiliak manyetik rezonans görüntülemesinde sol sakroiliit ve sol psoasta sıvı koleksiyonu gözlemlendi. Hasta, artrosentez yapılmasına gerek kalmadan medikal tedaviye cevap verdi. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2007;53:127-9.*

**Anahtar Kelimeler:** Post-partum septik sakroiliit

#### Summary

In this report we presented a patient with post-partum sacroiliitis. Pyogenic sacroiliitis occurs infrequently during the peripartum period. Pyogenic sacroiliitis often presents unilaterally, but it can also occur bilaterally. It is usually accompanied with pain in the buttocks. A 28-year-old female patient gave birth to her fourth child through vaginal delivery. Eight days postpartum, she had pyrexia, sweating, coxalgia and low back pain. On admission she had tenderness in the left hip and sacral area with a body temperature of 38.5 °C, a total white cell count of 21.800/mm<sup>3</sup>, a C-reactive protein level of 120 mg/dl (N: 0-5), and an erythrocyte sedimentation rate of 40 mm/h. She was found negative for brucellosis. The patient who had been hospitalized in the infection disease clinic due to high fever on the postpartum eighth day was transferred to Physical Medicine and Rehabilitation/Rheumatology clinic because of hip and low back pain on the postpartum twentieth day. Sacroiliac magnetic resonance imaging examination was consistent with left sacroiliitis and fluid collection in left psoas muscle. She responded positively to the treatment, obviating any need to arthrocentesis. *Turk J Phys Med Rehab 2007;53:127-9.*

**Key Words:** Postpartum septic sacroiliitis

#### Giriş

Piyojenik sakroiliit, peripartum periyod sırasında seyrek olarak meydana gelir(1). Tüm Piyojenik eklem enfeksiyonlarının %1,5-10 insidansına sahiptir (2). Pelvik travma, intravenöz kötü ilaç kullanımı ve jinekolojik enfeksiyonlarla ilişkilidir. Erken tanı ile komplikasyonlar önlenir. Grup-A streptokoklara bağlı puerperal sepsis, major ölüm nedeni olabilir. Yakın zamanda yapılan istatistiklere göre vajinal doğumdan sonraki ölümlerin yarısı Grup-A streptokok enfeksiyonlarına bağlıdır (3). Gebelik esnasında pelvik eklem ve ligamanlar gevşektir ve pelvik hareket artmıştır. Bir görüşe göre gebelik süresince oluşan değişikliklerle ortaya çıkan mikroskopik incinmelerin, peurperal sepsisle ilişkili ol-

ması sözkonusudur(4). Yapılan bir çalışmada; 1 vakanın aspirasyon mikroskopisinde iltihap hücreleri görülürken, etken bulunamamıştır (5). Yapılan bir başka çalışmada ise; 4 vakanın ikisinde aspirasyon kültürleri negatif olarak tespit edilmiştir (6). Piyojenik sakroiliitli 47 vakalık bir araştırmada ise 16 hastada peurperal enfeksiyon tespit edilmiştir (7). 166 hastanın gözden geçirildiği retrospektif bir çalışmada da, vakaların %44'ünde stafilokokus aureus bulunmuştur (8). Piyojenik sakroiliit, genellikle tek taraflı, ancak bilateral de görülebilir. İlk bulgular kalçada yada kalça eklemde lokalize ağrı, sakroiliak eklem hassasiyeti ve ateştir. Eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) hemen daima yüksektir, total beyaz küre sayımı normal olabilir. Hastalığın erken döneminde sakroiliak eklem radyolojik görünümü normaldir. Periartikül-

ler erozyonlar ya da eklem aralığının genişlemesi eklem sınırının flü görünümüne neden olabilir. Piyojenik sakroiliitte ilk semptomlar sonrası 48-72 saatlerde radyoizotop kemik görüntüleme pozitif olabilir (9). Bu, yüksek sensitiviteye ve spesifiteye sahiptir. Radyoizotop kemik görüntüleri negatif olduğunda bilgisayarlı tomografi (BT), değişiklikleri gösterebilir ve ayrıca biyopsiye de rehberlik etmede en iyi tekniktir. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG); kartilajı, kemik ve yumuşak dokuyu daha iyi göstermektedir. MRG'nin, inflamatuvar sakroiliit ve enfeksiyonu saptamada BT'ye üstün olduğu kabul edilmektedir (10). Piyojenik sakroiliitte antibiyotik tedavisi süresi konusunda konsensus yoktur, fakat önceki tedaviler, intravenöz tedavinin bakterisidal etkisinin maksimum olduğunu göstermiştir. Oral tedavi hastanın klinik durumu stabilize olduğu kesinleştiğinde kullanılabilir. Tedavide cevabın değerlendirilmesinde ESH ve CRP gibi inflamatuvar belirteçler kullanılır (5). Postpartum bel-sakroiliak bölge ve kalça ağrıları, mekanik ve diskojenik olarak değerlendirmek yerine bu hastalarda enfeksiyon nedenleri araştırmak uygundur. Peripartum hastalardaki şiddetli lokalize ağrı ve ateş, septik sakroiliiti düşündürmelidir. Medikal yaklaşım, gebelikte yan etkisi olmaksızın genellikle küratiftir (1).

## Olgu Sunumu

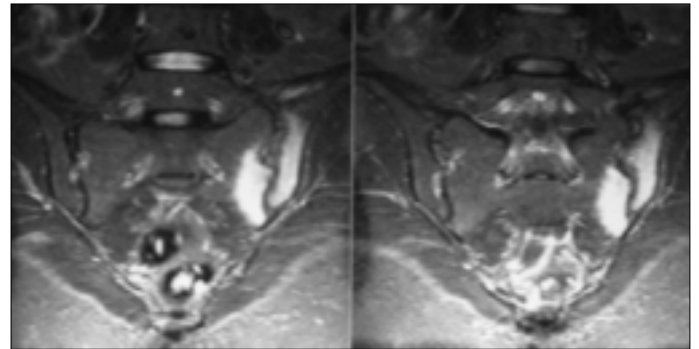
28 yaşında kadın 01.03.2005'de dördüncü çocuğunu komplikasyonsuz olarak vajinal yolla doğurdu. Doğum normal gebelik haftasında gerçekleşti, plasenta görünümü normaldi ve atılımında problem olmadı. Hastanın postpartum sekizinci gününde ateş, terleme, kalçasında ağrıları başladı. Hakkari Devlet Hastanesinde iki gün yatarak tedavi görmüş, şikayetlerinin geçmemesi üzerine önce Van Devlet Hastanesine sonrasında da Yüzüncü Yıl Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon bölümüne sevk edilmiş. Yatırıldığında sol gluteus palpasyonla hassas idi. Ateşi 38,5°C, kan basıncı 110/65 mmHg, total beyaz küre 21.800/mm<sup>3</sup>, hemoglobin 10,8 g/dl, hematokrit %32,2, kreatinin 0,47 mg/dl (N 0,7-1,2), ürik asit 3,1 mg/dl (N 3,4-7), total protein 6 gr/dl (N 6,6-8,7), trigliserit 259 mg/dl (N 0-200), kolesterol 202 mg/dl (N 0-200), alkalen fosfataz 313 u/l (N 0-270), aspartat transaminaz (AST) 55 u/l (N 0-38), alanin transaminaz (ALT) 42 u/l (N 0-41), laktik dehidrogenaz (LDH) 513 u/l (N 240-480), C-reaktif protein (CRP) 120 mg/dl (N: 0-5), ESH 40 mm/saat, brusella ve hepatit belirteçleri negatif idi. Hasta pelvik inflamatuvar hastalık (PID?) ön tanısı ile intaniye servisine yatırıldı ve Alfasilin 1 gr flk (4x1) ve Metronidazol 500 mg tb (3x1) olacak şekilde tedavisine başlandı. İki hafta bu tedaviyi kullanan hastanın ateşi, beyaz küre sayısı, CRP ve diğer laboratuvar parametreleri düzeldi. Onüçüncü günde laboratuvar parametreleri düzeldiği için planlanan artrosentez ile mikrobiyolojik kültür incelemesinden vazgeçildi. Ama kalça ağrısı ve yürümede zorluk şikayeti devam etmekteydi. Hasta Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon/Romatoloji bölümüne refere edildi. Burada yapılan muayenede sol sakroiliak bölge hassas ve palpasyonla ağrılıydı. Kalça kas kuvveti sol tarafta 4/5 idi. Duyu: Normal, kalçanın Faber ve Fader testi solda pozitif idi. Sakroiliak kompresyon testi solda pozitif idi. Yapılan laboratuvar incelemede antinükleer antikor (ANA) negatif, antimitokondrial antikor (AMA) negatif, antinötrofilik stoplazmik antikor-p (pANCA) negatif, antinötrofilik sitoplazmik antikor-c (cANCA) negatif, myeloperoksidaz (MPO)-PR3 negatif, antimitokondrial antikor (AMA)-M2 negatif idi. Tiroid ultrasonografisi normal, lomber MRG normal, sakroiliak MRG sol sakroiliit ve sol

psoasta sıvı koleksiyonu mevcuttu (Resim 1). Vakada sol sakroiliit mevcuttu, klinik olarak ağrıları azalmış ve CRP, ESH normal idi. Hastaya medikal tedavi olarak Naproksen sodyum 500 mg (2x1) ve Lansoprazol 30 mg tb (1x1) başlanarak, kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

## Tartışma

Olgumuzda postpartum yirminci günde ateş olmamasına rağmen devam eden bel, sakroiliak bölge ve kalça ağrısı vardı. Bu durumda enfeksiyon, aseptik nekroz, paravertebral apse gibi nedenleri ayırıcı tanıda düşünmek gerekmektedir. İlk bakışta hasta mekanik nedenlere bağlı bir bel ağrısı olarak değerlendirilebilir. Postpartum sakroiliit, peripartum periyot sırasında seyrek olarak meydana gelir. Tek vakalık bir çalışmada; postpartum altıncı günde sakroiliitin başladığı ve aspirasyon biyopsisinde etkenin tespit edilemediği belirtilmektedir (5). Tek taraflı postpartum sakroiliitli 4 vakalık bir çalışmada ise, bir hastada enfeksiyon odağı olarak endometrit ve 2 hastada aspirasyon kültürlerinin negatif olduğu tespit edilmiştir (6). Piyojenik sakroiliitli 47 vakalık bir seride, 16 vakada puerperal enfeksiyon, 2 vakada jinekolojik enfeksiyon, 1 vakada da pyelonefrit bulunmuştur (7). 4 olguluk bir seride; hastaların postpartum ikinci haftada şikayetleri başladığı belirtilirken; 15 vakalık literatür analizinde, %40'ında postpartum üçüncü haftada ve %20'sinde abortus sonrası dönemde ortaya çıktığı belirtilmektedir (1,6). Bizim olgumuzda da benzer şekilde sekizinci günde şikayetler başlamıştı.

Hastalardaki ilk bulgular genellikle tek taraflı kalça eklemine lokalize ağrı, sakroiliak eklem hassasiyeti ve ateştir (1,5,6,9). Vakamız Hakkari devlet hastanesinde iki gün yatırılarak tedavi görmesine rağmen geldiğinde ateşi 38,5°C, terlemesi ve kalçasında ağrısı vardı. Sol gluteus bölgesi palpasyonla aşırı hassas idi. Postpartum sakroiliitli hastalarda ESR genellikle yüksektir. Lökositoz ve yüksek alkalen fosfataz seviyeleri vardır (5,6). Tedaviye cevabın değerlendirilmesinde ESR ve CRP gibi inflamatuvar markerler kullanılmaktadır (5). Hastamız, ilk geldiğinde total beyaz küre sayısı: 21.800/mm<sup>3</sup>, hemoglobin 10,8 g/dl, hematokrit 32,2, kreatinin 0,47 mg/dl, ürik asit 3,1 mg/dl, total protein 6,0 gr/dl, trigliserit 259 mg/dl, kolesterol 202 mg/dl, alkalen fosfataz 313 u/l, Aspartat transaminaz (AST) 55 mg/dl, Alanin transaminaz (ALT) 42 mg/dl, LDH 513 u/l, C-reaktif protein (CRP) 120 mg/dl, ESH 40 mm/saat; brusella aglutinasyonu ve hepatit belirteçleri negatif idi. Vakamızdaki laboratuvar parametreleri literatürle uyumlu idi ve tedaviyle orantılı olarak normale geriledi. Gebelik süresince pelvik eklem ve ligamanlar gevşektir ve pelvik hareket artmıştır. Gebelik süresinceki değişikliklerle ortaya çıkan mikroskopik in-



Resim 1. Postpartum sakroiliitin sakroiliak manyetik rezonans görüntüleri.

cinmelerin, puerperal sepsisle ilişkili olabileceğine ait görüşler vardır. Bu hastalarda grup-A streptokoklara bağlı puerperal sepsis, major ölüm nedeni olabilir. Yakın zamanda yapılan istatistiklere göre vaginal doğumdan sonraki ölümlerin yarısı grup-A streptokok enfeksiyonlarına bağlıdır. 166 hastanın yeniden gözden geçirilmesi ile yapılan bir çalışmada vakaların %44'ünde stafilokok aureus, yalnızca 3 vakada ise streptokok pyogenes gözlenmiştir (8). Mikrobiyolojik tetkiklerde; %40 kanda, %75 eklem aspiratında ajan tespit edilebilir (1). Eğer bütün kültürler negatifse yada hasta iyiye gitmiyorsa, özellikle abse varlığında, BT eşliğinde eklem biyopsisi gerekli olabilir. Açık biyopsi, kapalı biyopsi başarısız olduğunda gerekebilir (1,5). Hastalığın erken evresinde sakroiliak eklem radyolojik görünümü normal olmakla birlikte BT veya MRG tüm vakalarda eklem tutulumunu gösterir (1). Periartriküler erozyonlar ya da eklem aralığının genişlemesi eklem sınırının flu görünümüne neden olabilir. Piyojenik sakroiliitte ilk semptomlar sonrası 48-72 saatlerde radyoizotop kemik görüntüleme pozitif olabilir (9). Bu, yüksek sensitivite ve spesifisiteye sahiptir. Tek olguluk bir çalışma ile 4 olguluk başka bir çalışmada, tüm hastalarda sintigrafide tutulum görüldüğü belirtilmiştir (6). Yapılan başka bir çalışmada, sakroiliitli 17 hastanın 2'sinde sepsis geliştiği; MRG'nin, inflamatuvar sakroiliit ve enfeksiyonu saptamada BT'ye üstün olduğu gösterilmiştir (10).

Hastamıza çekilen sakroiliak MRG'de; sol sakroiliak eklem bakan kemik yapılarında ödem, yağlı dejenerasyonla uyumlu sinyal değişiklikleri, sol sakroiliit ve sol iliopsoasta sıvı koleksiyonu mevcut idi. Postpartum sakroiliitte, antibiyotik tedavi süresi için konsensus yoktur. Fakat önceki tecrübeler, intravenöz (İV) tedavinin bakterisidal etkisinin maksimum olduğunu göstermiştir. Oral tedavi, yalnızca hastanın klinik durumunun stabilize olduğu keskinleştiğinde kullanılabilir (1,5,6). Bir olguluk çalışmada, hasta 3 ay kadar uzun süreli tedavi almışken; 4 olguluk seride, 2 hasta ortalama 2-3 haftalık ampisilin ve metronidazol tedavisi almış,

diğer 2 hastada antibiyotik tedavisine gerek görülmemiştir(6). Vakamız, günde İV 4gr alfasilin ve ve 1,5 gr metronidazol kombinasyonu ile ortalama üç haftada tedaviye cevap verdi. Hem klinik olarak, hem laboratuvar parametreleri açısından düzelme görüldü. Hastaya Naproksen Sodyum (1 gr/gün) ve lansoprazol (30 mg/gün) başlanarak kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

Sonuç olarak çalışmamız, postpartum dönemde oluşan dirençli kalça ağrılarında postpartum septik sakroiliitin ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiğini ve uzun süreli uygun antibiyoterapiyle tedavi edilebileceğini ortaya koymaktadır.

## Kaynaklar

1. Almoujed MO, Khatib R, Baran J. Pregnancy-associated pyogenic sacroiliitis: case report and review. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2003;11:53-7.
2. Linet KM, Gammelgaard L, Johansen M, Krarup N, Rasmussen KL. Bilateral pyogenic sacroiliitis following uncomplicated pregnancy and labour. *Act Obst Gynaecol Scand* 1996;75:950-1.
3. Gergis H, Barik S, Lim K, Porter W. Life threatening puerperal infection with group A streptococcus. *J R Soc Med* 1999;92:412-3.
4. Delbarre F, Rondier J, Delriue F. Pyogenic infection of the sacroiliac joint. *J Bone Joint Surg Am* 1975;57:819-25.
5. Haq I, Morris V. Post-partum septic sacroiliitis. *Rheumatology* 2001;40:1191-2.
6. Y Floman, C Milgrom, JM Gomori, S Kenan, Y Ezra, and M Liebergall Acute postpartum inflammatory sacroiliitis. A report of four cases. *J Bone Joint Surg* 1994;76:6:887-90.
7. Egerman RS, Mabie WC, Eifrid M, Whitnack E, Sibai B. Sacroiliitis associated with pyelonephritis in pregnancy. *Obst Gynaecol* 1995;85:834-5.
8. Vyskocil J, McIlroy MA, Brennan TA, Wilson FM. Pyogenic infection of the sacroiliac joint. *Medicine* 1991;70:188-97.
9. Trauner DA, Connor JD. Radioactive scanning in diagnosis of acute sacroiliitis osteomyelitis. *J Pediatr* 1975;87:751-3.
10. Murphey MD, Wetzel LH, Bramble JM, Levine E, Simpson KM, Lindsley HB. Sacroiliitis: Imaging findings. *Radiology* 1991;180:239-44.