

## Case Report

### Abses Psoas Tuberkulosis

Kevin Edward Santoso<sup>1</sup>, M. Nataly P. Liman<sup>1</sup>, Taufik Sudirman<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fakultas Kedokteran Universitas Pelita Harapan

<sup>2</sup>Departemen Bedah, Fakultas Kedokteran Universitas Pelita Harapan

#### ABSTRACT

*Psoas abscess is a rarely found abscess located in the iliopsoas compartment. It characterized by fever, back pain, and limitation of hip movements. Psoas abscess is hard to diagnose due to only 30% of classic symptoms and signs are found. In this study we discussed tuberculous psoas abscess in patient 26 years old male. Anamnesis, physical examination, and supporting medical tests were done to diagnose tuberculous psoas abscess. Therefore we performed abscess incision and drainage, followed by continuous tuberculous therapy.*

**Keywords:** tuberculous psoas abscess

#### ABSTRAK

Abses psoas merupakan abses pada kompartemen iliopsoas yang jarang ditemukan. Penyakit ini biasa ditandai dengan gejala demam, nyeri pada tulang belakang, dan keterbatasan gerak tungkai bawah. Abses psoas merupakan penyakit yang sulit terdiagnosis karena gejala klasik hanya muncul sekitar 30% dari total penderita. Tulisan ini merupakan pembahasan tentang kasus abses psoas tuberkulosis pada pasien laki-laki berumur 26 tahun. Anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang dilakukan untuk menegakkan diagnosis abses psoas tuberkulosis. Sehingga dilakukan tindakan insisi abses dan drainase serta pengobatan lanjutan tuberkulosis.

**Kata kunci:** abses psoas tuberkulosis

pISSN: 1978-3094 • Medicinus.2016;5(2):42-7

#### PENDAHULUAN

Abses psoas pertama kali dideskripsikan oleh Mynter pada tahun 1881 merupakan penyakit langka dengan angka mortalitas dan morbiditas tinggi.<sup>1</sup> Abses psoas merupakan satu penyakit akibat infeksi yang jarang, dengan gambaran klinis yang tidak spesifik sehingga memerlukan beberapa pemeriksaan tambahan untuk mendiagnosis.

Dua masalah yang terjadi adalah peningkatan jumlah kasus dari abses psoas yang ditemukan setiap tahunnya dan masalah diagnosis dari abses psoas yang lambat penyebaran secara hematogen ataupun limfatik dari fokus infeksi yang tidak diketahui.

Dengan demikian semakin banyak penelitian yang dilakukan mengenai abses psoas. Di

Indonesia, belum ada data yang pasti yang mencatat insiden dan prevalensi dari abses psoas. Beberapa penelitian secara retrospektif telah dilakukan di negara lain untuk menilai kemunculan abses psoas setiap tahunnya.

Penelitian secara global dari tahun 1881 sampai 1990, melaporkan bahwa setiap tahunnya terdapat kurang lebih 4 kasus abses psoas. Pola ini cenderung bertambah dengan adanya laporan dari penelitian di Taiwan pada tahun 1985 sampai 1991, terdapat kurang lebih 12 kasus ditemukan.<sup>2</sup> Di Inggris, insiden abses psoas kurang lebih 0,4 di setiap 100.000 populasi.

Abses psoas dapat dibagi menjadi dua yaitu abses psoas primer dan sekunder. Abses psoas primer secara keseluruhan mewakili 30% dari total kasus dan biasanya merupakan Abses psoas sekunder mewakiliki 70% dari total kasus dan umumnya merupakan penyebaran dari proses infeksi lokal dan penyakit inflamasi atau neoplastik dari organ sekitar otot psoas seperti usus, ginjal, dan tulang belakang.<sup>1,4</sup> Sampai tahun 1985, semua kasus abses psoas di negara berkembang adalah abses primer, sedangkan di Amerika Serikat

Corresponding Author:

Taufik Sudirman (✉)

Faculty of Medicine Universitas Pelita Harapan  
Jl. Boulevard Jend.Sudirman, Lippo Karawaci, Tangerang,  
Indonesia. Tel: +62-21-54210130; Fax: +62-21-54210133;  
Email: [taufik.sudirman@uph.edu](mailto:taufik.sudirman@uph.edu)

dan Kanada, 50% kasus adalah abses sekunder. Beberapa penelitian yang terdahulu melaporkan bahwa abses primer lebih sering terjadi pada pasien muda, sekitar 83% terdiagnosis pada pasien berumur kurang dari 30 tahun. Sebaliknya, sampai sekitar 40% dari abses sekunder terdiagnosis pada pasien berumur lebih dari 40 tahun. Kedua jenis abses jarang ditemukan pada lansia.

Otot psoas merupakan organ retroperitoneal yang bermula dari tepi lateral vertebra segmen thorakal ke-12 sampai vertebra segmen lumbar ke-5 dan bergabung pada *lesser trochanter* di femur. Pada sekitar 70% individu, otot psoas merupakan satu kelompok bagian atau disebut psoas mayor. Sedangkan 30% lainnya mempunyai otot psoas minor yang terletak anterior dari psoas mayor. Otot psoas terletak dekat dengan beberapa organ seperti kolon sigmoid, jejunum, apendiks, ureter, aorta, renal pelvis, pankreas, kelenjar getah bening iliak, dan tulang belakang. Dengan demikian infeksi pada beberapa organ ini dengan mudah dapat menyebar ke otot psoas. Otot psoas juga memiliki banyak vaskularisasi yang dipercayai merupakan salah satu mekanisme penyebaran infeksi.

Dengan demikian, abses psoas mempunyai daya tarik tersendiri untuk dijadikan satu topik pembahasan secara mendalam khususnya di Indonesia. Dengan demikian pasien dapat didiagnosis lebih cepat dan diberikan penanganan yang lebih tepat.

### CASE REPORT

Penderita laki-laki, 26 tahun, datang ke rumah sakit dengan keluhan utama benjolan di perut kiri bawah sejak 5 bulan sebelum masuk rumah

sakit. Awalnya, benjolan kecil berbentuk lonjong, sebesar 'kacang merah', tidak nyeri, warna benjolan sama dengan kulit sekitar, dan teraba seperti berisi cairan. Benjolan tidak mengganggu aktivitas. Dalam 5 bulan, benjolan bertambah besar, berukuran  $\pm 20 \times 20$  cm, batas tidak tegas. Dalam 1 minggu terakhir penderita mengalami demam naik-turun, benjolan memerah dan nyeri terus-menerus. Dalam 2 hari terakhir, benjolan mengeluarkan nanah berwarna kuning. Dalam 5 bulan berat badan penderita turun sebanyak 20 kg. Tidak ada benjolan lain, tidak ada gejala batuk berdarah atau kronis, tidak ada gangguan buang air kecil dan buang air besar.

Hasil pemeriksaan fisik, pasien afebril, status generalis: ditemukan adanya 2 benjolan pada colli dekstra, masing-masing berdiameter  $\pm 1$  cm, tidak terfiksir, tidak nyeri, permukaan rata; cor/pulmo normal. Status lokalis: inspeksi – sebuah benjolan pada regio inguinal kiri, berbentuk lonjong, pus (+), hiperemis di sekitar pus, perdarahan (-), ukuran  $\pm 20 \times 20$  cm; Palpasi – hangat, pus keluar aktif saat ditekan, nyeri tekan (+), fluktuasi (+), batas tidak tegas, tidak terfiksir.

Pemeriksaan laboratorium pasien leukositosis. USG abdomen terdapat lesi kistik suspek abses di region inguinal kiri. Pada CT abdomen non-contrast abses intra-peritoneal psoas bilateral meluas ke inguinal kiri dengan limfadenopati multiple inguinal kiri. Dilakukan insisi-drainase pada benjolan inguinal kiri dan kultur spesimen pus. Hasil mikrobiologi BTA (+). Penderita diberikan terapi tuberkulosis lanjutan berupa rifampisin, isoniazid, pirazinamid, etambutal, dan streptomisin.



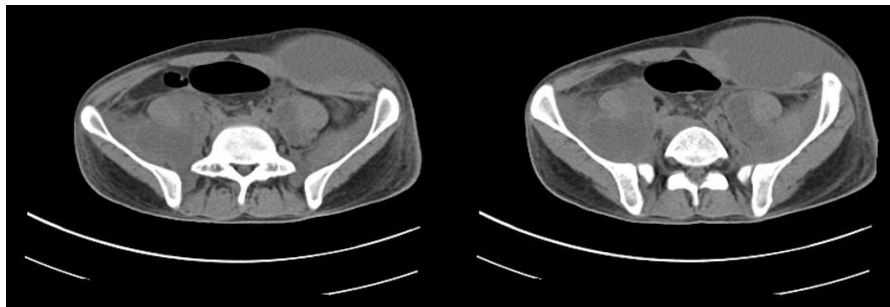
**Foto 1.** Foto penderita sebelum tindakan insisi dan drainase secara diagonal. Tampak sebuah benjolan pada abdomen region inguinal sinistra, berbentuk lonjong, batas tidak tegas, berukuran  $\pm 20 \times 20$  cm, hiperemis (+), pus (+).



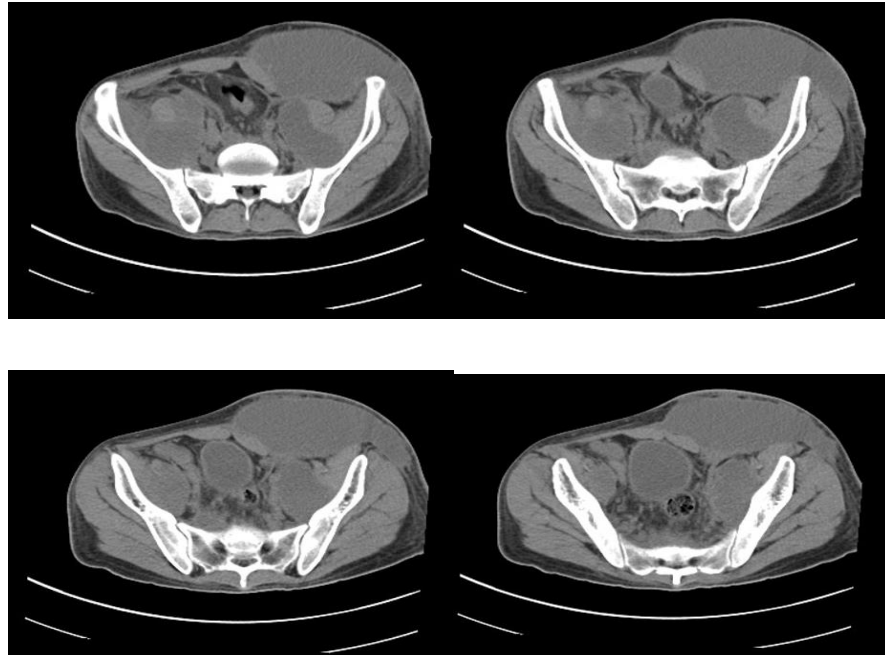
**Foto 2** Foto secara vertical penderita dengan benjolan yang sama sebelum tindakan insisi dan drainase.



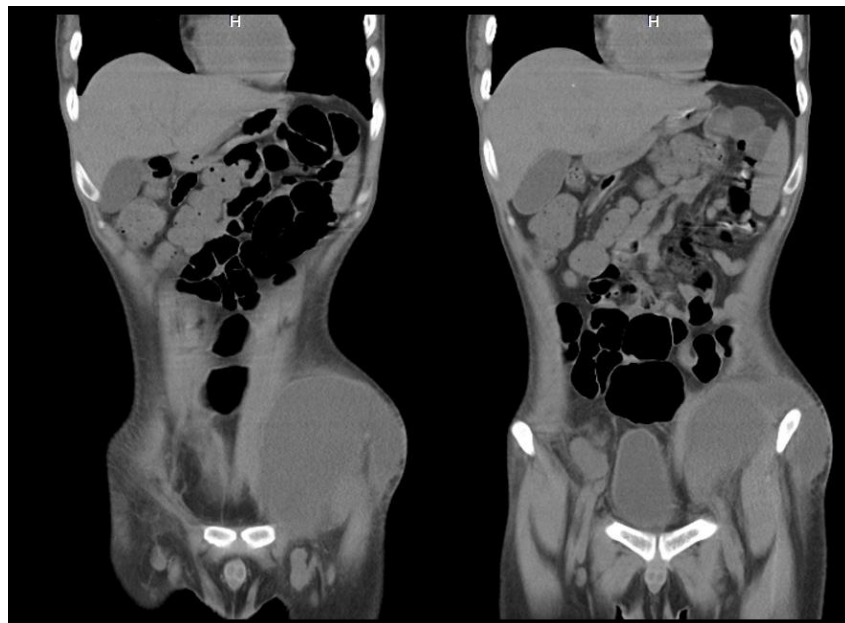
**Foto 3** Foto secara horizontal penderita dan benjolan yang sama sebelum tindakan insisi dan drainase.



## Abses Psoas Tuberkulosis



**Foto 4** Beberapa potongan CT-Scan abdomen non-contrast.



**Foto 5** Beberapa potongan CT-Scan abdomen non-contrast.

## PEMBAHASAN

Otot psoas merupakan bagian dari kompartemen iliopsoas, yang terdiri atas: psoas mayor, psoas minor, dan iliakus. Kompartemen ini terletak berdekatan dengan struktur-struktur lain seperti organ retroperitoneum (aorta, ginjal, ureter, kelenjar getah bening, pankreas, dan sebagian dari traktus gastrointestinal), sistem muskuloskeletal aksial (vertebra, diskus intervertebral, otot paravertebral, dan tulang inominata), sistem muskuloskeletal apendikular (*lesser trochanter*, sendi panggul, dan bursa iliopsoas).

Gejala klasik dari abses psoas yang dideskripsikan oleh Mynter adalah: demam, nyeri tulang belakang, dan keterbatasan gerak tungkai bawah.<sup>2</sup> Dari ketiga gejala klasik ini, penderita hanya memiliki demam yang muncul di 1 minggu terakhir sebelum masuk rumah sakit. Hal ini merupakan salah satu contoh bahwa penderita dengan abses psoas jarang memiliki gejala klasik. Menurut epidemiologinya, kasus yang disajikan sesuai dengan pola penyebaran abses psoas. Abses psoas primer biasanya muncul pada usia muda kurang dari 30 tahun. Abses primer merupakan abses yang terbentuk melalui penyebaran infeksi dari fokus infeksi di tubuh secara limfatik atau hematogen. Pada kasus ini penyebaran infeksi kemungkinan besar diperoleh secara limfatik dan hematogen oleh karena empat sebab. Pertama dari pemeriksaan fisik teraba adanya pembesaran kelenjar getah bening colli dekstra multiple. Kedua pada hasil CT-Scan ditemukan adanya benjolan multipel di kelenjar getah bening inguinal kiri dan kanan. Ketiga proses penyebaran secara limfatik dan hematogen merupakan salah satu cara penyebaran infeksi ekstra pulmoner dari *Mycobacterium tuberculosis*. Keempat, secara hematogen dapat dibuktikan dengan hasil kultur steril darah menyatakan adanya kuman *Mycobacterium tuberculosis*.

Abses biasanya disebabkan oleh kuman anaerob dan *Staphylococcus aureus*. Abses-abses dalam seperti di paru-paru, otak, hati, intra-abdominal, dan pelvik disebabkan oleh kombinasi kuman anerob dan aerob. Biasanya penderita dengan abses, simptomatik, memperlihatkan tanda-tanda inflamasi yang kuat, terjadi secara akut, dan memunculkan gejala sistemik seperti nyeri, demam dan malaise. Abses 'dingin' (*cold abscess*), sebaliknya, memunculkan respon inflamasi yang lebih tenang, muncul perlahan, dan biasanya memperlihatkan sedikit atau bahkan

tidak ada gejala lokal dan sistemik.<sup>8</sup> Melalui definisi ini, penderita kemungkinan memiliki abses 'dingin'.

Beberapa pemeriksaan yang mendukung adalah: (1) benjolan sudah didapati sejak 5 bulan, (2) selama periode sakit pasien tidak mempunyai keluhan lain seperti demam, nyeri yang hebat, dan nyeri sendi, (3) benjolan tidak berwarna kemerahan, dan (4) benjolan perlahan-lahan membesar. Abses 'dingin' dilaporkan pada penderita yang terinfeksi oleh kuman seperti: cromomycosis, tuberculosis, actinomycosis, trichophyton rubrum, protothecosis, sindrom Job, *Pseudomonas aeruginosa*, penyakit Cowden, sporotrichosis, blastomycosis, histoplasmosis, dll.<sup>8</sup>

Pada kasus ini, abses 'dingin' disebabkan oleh infeksi tuberculosis. Infeksi *Mycobacterium tuberculosis* secara definitif sudah dipastikan dengan hasil kultur pus yaitu BTA (+). Selain dari hasil kultur, anamnesis dokter pertama kali mengenai adanya penurunan berat badan sebanyak 20 kg sejak 5 bulan menunjukkan salah satu gejala khas dari penyakit tuberculosis sistemik. Beberapa hal yang sulit untuk diperkirakan adalah proses penyebaran kuman tuberculosis pada penderita. Beberapa penelitian dan laporan kasus menunjukkan adanya hubungan antara abses psoas dengan tuberculosis tulang belakang, tuberculosis kulit, tuberculosis limfadenopati, dan tuberculosis abdomen.

Pemeriksaan penunjang yang bermakna lainnya adalah pemeriksaan USG dan CT-Scan abdomen yang dilakukan pada penderita. Pada kasus-kasus seperti ini pemeriksaan USG merupakan pemeriksaan *imaging* diagnostik yang cepat dan tidak begitu mahal. Pada penderita ini, hasil USG membuktikan adanya lesi kistik dengan internal echo di dalamnya pada regio inguinal kiri yang disuspek merupakan sebuah abses. Kelemahannya dari USG adalah tidak terlalu sensitif karena tidak bias penetrasi udara dan tulang di daerah yang tersuspek terdapat penyakit. USG membuktikan adanya abses tetapi tidak memberikan lokasi yang spesifik serta seberapa jauh abses sudah menginvasi. Dengan demikian dilakukan pemeriksaan penunjang CT-Scan yang lebih menggambarkan jaringan lunak dengan baik. Pada hasil CT-Scan, ditemukan adanya kumpulan cairan multipel atau abses pada psoas kiri dan kanan yang meluas ke inguinal sisi kiri disertai dengan limfadenopati multipel inguinal kiri dan kanan. Dengan demikian dapat

dipastikan bahwa diagnosis penderita adalah abses psoas tuberkulosis.

Penanganan penderita abses psoas tuberkulosis memerlukan dua hal, yang pertama adalah penanganan abses dengan teknik pembedahan dan penanganan tuberkulosis ekstra-paru dengan obatan anti tuberkulosis (OAT).

Beberapa terapi pembedahan yang dapat dilakukan adalah *CT-guided percutaneous drainage* (PC drainase) dan *open surgical drainage*. Dalam menentukan cara pembedahan, kedua teknik pembedahan tersebut bukan sebagai substitusi melainkan komplemen satu dengan yang lain. Beberapa hal tentang PC drainase: memiliki *source controlled* yang baik, lokasi pembedahan viseral, jumlah absesnya satu, tidak ada komunikasi dengan saluran cerna, tidak mengarah ke nekrosis atau keganasan, keadaan penderita stabil. Sedangkan *open* drainase biasanya untuk abses yang invasif dan multipel.<sup>9</sup>

Menurut Dave dkk. hasil drainase dengan PC drainase cukup baik dengan kesembuhan total sekitar 96,55%.<sup>10</sup> Pada kasus, teknik operasi yang dilakukan adalah insisi abses dan drainase dengan single lumen catheter. Setelah dilakukan operasi, keadaan umum pasien cenderung membaik dan tidak ada infeksi sekunder.

Selain pembedahan, penderita psoas abses tuberkulosis harus mengkonsumsi OAT dalam jangka waktu 12 tahun sesuai.<sup>11</sup> Panduan obat yang diberikan adalah 2 RHZE/ 10 RH. Setelah itu pasien dievaluasi kembali.

### Acknowledgement

-

### Conflict of interest

None

### REFERENSI

1. Tarhan H, Cakmak O, Turk H, Can E, Un S, Zorlu F. Psoas abscess: evaluation of 15 cases and review of the literature. *J Urol Surg*. 2014; 1:32-35.
2. Yin HP, Tsai YA, Liao SF, Lin PH, Chuang TY. The challenge of diagnosing psoas abscess: case report. *J Chin Med Assoc*. 2004; 67:156-159.
3. Shields D, Robinson P, Crowley TP. Iliopsoas abscess – a review and update on the literature. *Int J Surg*. 2012; 10:466-469.
4. Garner JP, Meiring PD, Ravi K, Gupta R. Psoas abscess – not as rare as we think?. *Blackwell Publishing Ltd. Colorectal Disease*. 2007; 9:269-274.
5. Taiwo B. Psoas abscess: a primer for the internist. *South Med J*. 2001 Jan; 94(1):1-5.
6. Wong OF, Ho PL, Lam SK. Retrospective review of clinical presentation, microbiology, and outcomes of patients with psoas abscess: original article. *Hong Kong Med J*. 2013; 19:416-423.
7. Dyke JAV, Holley HC, Anderson SD. Review of iliopsoas anatomy and pathology. *RadioGraphics*. 1987; 7(1):53-84.
8. Jackson R, Stephens L, Kelly AP. Cold subcutaneous abscesses. *Journal of the National Medical Association*. 82(10):733-736.
9. Holzheimer RG, Mannick JA. Surgical treatment: evidence-based and problem oriented. NCBI [serial online]. 2001[cited 2016 Jan 28]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK6880/>.
10. Dave BR, Kurupati RB, Shah D, Degulamadi D, Borgohain N, Krishnan A. Outcome of percutaneous continuous drainage of psoas abscess: a clinically guided technique. *Indian J Orthop*. 2014; 48(1):67-83.
11. Perhimpunan Dokter Paru Indonesia. Pedoman diagnosis dan penatalaksanaan tuberkulosis di Indonesia. 2006. Pg. 46-47.