

## Kasuistik

# Pyomyositis i m. sternocleidomastoideus

Jeppe Hjembæk-Brandt & Preben Homøe

Øre-, Næse- og Halskirurgisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Køge

Ugeskr Læger 2024;186:V11230750. doi: 10.61409/V11230750

Pyomyositis er en sjælden bakteriel infektion i skeletmuskulaturen, og den kan være vanskelig at diagnosticere. Pyomyositis afficerer oftest bækkenets og ekstremiteternes muskler, forekommer med tiltagende frekvens i tempererede lande og kan udvikle sig i livstruende retning med bl.a. sepsis og, når hoved-hals-området afficeres, kompression af luftvejene [1-3].

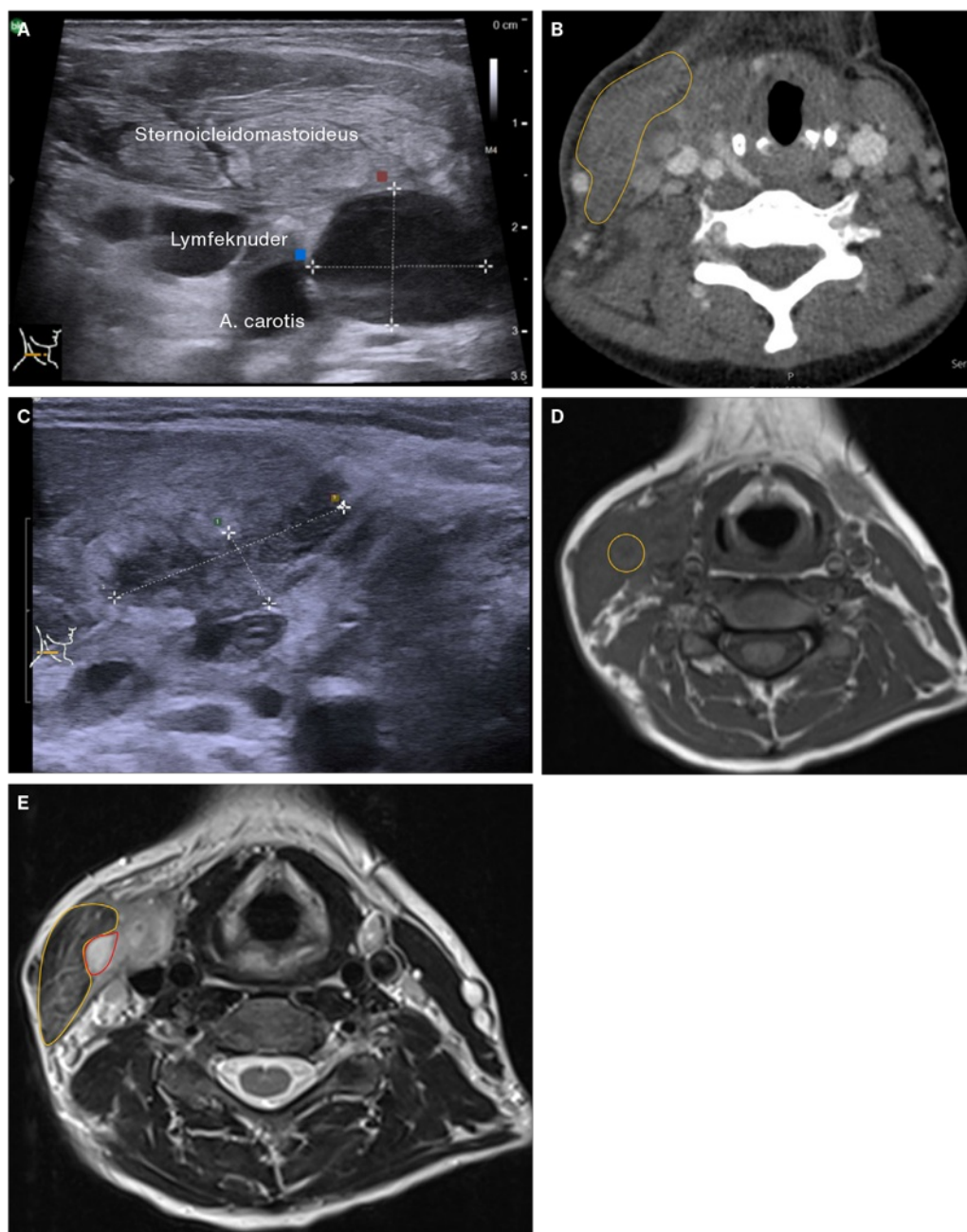
Vi præsenterer her det første danske tilfælde af pyomyositis i hoved-hals-området.

## SYGEHISTORIE

En 36-årig tidligere rask kvinde blev indlagt (på dag 0) pga. tiltagende hævelse og smerter på højre side af halsen gennem 3-4 dage. Der var intet forudgående traume, og ved tonsilpodning via vagtlæge var hun testet positiv for *Streptococcus pneumoniae* med antigenquicktest.

Ved øre-næse-hals-vurdering var tonsillerne højrrøde med hvide belægninger, og forholdene i pharynx var symmetriske. På højre side af halsen fandtes en hård, øm hævelse langs forløbet af m. sternocleidomastoideus (SCM). Den overliggende hud var uden rødme. En UL-skanning af halsen viste flegmonøse forandringer i højre SCM og lymfadenitis i højre level 2-4 (Figur 1 A). Temperaturen var 39,1 °C, leukocytniveauet var 24,4 mia./l, og CRP-niveauet var 48 mg/l.

**FIGUR 1** **A.** UL-skanning ved indlæggelse (dag 0). M. sternocleidomastoideus (SCM) ses ødematøs og med heterogent signal. I dybden ses et par reaktivt forstørrede lymfeknuder, hvor den største er opmålt. **B.** CT med kontrast ved indlæggelse. Højre SCM (indtegnet) ses ødematøs. Der ses ingen oplagt absces. **C.** UL-skanning på dag 7. Ved forkanten af SCM ses nu et hypoekkoisk område (opmålt) svarende til en manifest absces. **D.** T1-vægtet MR-skanning på dag 7. Under forkanten af højre SCM anes et hypointens område med randopladning (indtegnet) svarende til en absces. **E.** T2-vægtet MR-skanning på dag 7. Under forkanten af højre SCM (orange) ses en hyperintens ansamling svarende til en absces (rød). Det omkringliggende bindevæv ses svært ødematøst.



Ved hjertestetoskopi hørtes en tidligere ukendt systolisk mislyd. Patienten blev derfor ekkokardiograferet, uden at der dog blev fundet tegn til endokarditis.

En CT med kontrast af halsen viste udtalt ødem af højre SCM og de omkringliggende bløddede, men ingen absces (Figur 1 B).

Patienten blev behandlet empirisk med i.v. givet cefuroxim, men behandlingen blev pga. stigende infektionsparametre ændret til empirisk i.v. givet meropenem og clindamycin på dag 2 – dette med god effekt på infektionsparametrene, men uden effekt på patientens symptomer.

Patienten blev derfor på dag 7 undersøgt i kræftpakkeforløb. En finnålsaspiration af en ultrasonisk suspect lymfeknude var med fund af akut inflammation uden malignitetssuspicio, og UL- og MR-skanning viste nu absces ved forkanten af højre SCM (Figur 1 C, D og E). Patienten blev derfor opereret med åbning og oprensning af en 3 × 4 cm stor absceskavitet. Hun blev udskrevet i velbefindende to dage senere med en uges empirisk penicillin til peroral indgift.

Der blev flere gange i forløbet taget venyler, alle var efterfølgende uden vækst. Væv fra abscesvæggen var med kraftig vækst af *Staphylococcus epidermidis* og *S. capitis*; disse blev ikke resistensbestemt.

## DISKUSSION

Pyomyositis afficerer yderst sjældent SCM [1, 2]. Disponerende faktorer inkluderer ung alder, hård træning, stumpe traumer, immunsupprimeret tilstand eller anden infektion, som kan spredes hæmatogent [2, 3].

Pyomyositis forårsages hyppigst af *S. aureus* (75-90%) eller *S. pneumoniae* (5-25%) [1, 4] og viser sig i form af tiltagende smerter og/eller hævelse af den inficerede muskel. Tilstanden kan udvikle sig med bl.a. rødme af den overliggende hud, feber, abscedering og sepsis [2].

Differentialdiagnoserne ved lokaliserede muskelsmerter hos en inficeret patient inkluderer ud over pyomyositis en række potentielt meget alvorlige tilstande såsom nekrotiserende fasciitis, osteomyelitis, septisk arthritis, erysipelas og – på halsen – Lemierres syndrom og inficeret hæmatom/carotisaneurisme [3, 5].

Ved mistanke om pyomyositis bør der ud over almene blodprøver tages venyler og, om muligt, prøver fra det inficerede væv til dyrkning og resistensbestemmelse. Der bør være lav tærskel for ekkokardiografi for at udelukke endokarditis, idet *S. aureus* er en hyppig agens til begge sygdomme, og pyomyositis kan involvere hæmatogen spredning af bakterier.

Ved mistanke om pyomyositis i hoved-hals-området anbefales UL-skanning (førstevalg), CT med kontrast og/eller MR-skanning afhængigt af de lokale forhold [3]. Med MR-skanning visualiseres de afficerede bløddede bedst, og MR-skanning har værdi i differentialdiagnostisk øjemed, men er ofte mindre tilgængelig end UL-skanning og CT. Omvendt kan UL-skanning og CT vejlede ved punktur af en absces. Behandlingen er antibiotika vejledt af dyrkning og resistensbestemmelse og kirurgisk sanering ved absces.

Den beskrevne sygehistorie er mikrobiologisk unik. *S. epidermidis* og *S. capitis* er normale

hudbakterier; *S. capitis* primært i hoved-hals-området []. Begge forårsager ekstremt sjældent pyomyositis. *S. epidermidis* er kun rapporteret som agens to gange (begge i underekstremiteterne) og *S. capitis* kun én gang (i nakkemuskulaturen) [4]. Den positive antigenest for *S. pneumoniae* i sygehistorien er af uklar betydning.

Der er aldrig før rapporteret om pyomyositis i hoved-hals-området i Danmark. Tilstanden kan både være vanskelig at diagnosticere og udvikle sig i livstruende retning, hvorfor man som kliniker bør have kendskab til den. Ved erkendt pyomyositis bør patienten kontrolleres efter udskrivelse pga. risiko for sen abscedering som hos patienten i sygehistorien.

**Korrespondance** Jeppe Hjembæk-Brandt. E-mail: [jeppe.hjembaek.brandt@gmail.com](mailto:jeppe.hjembaek.brandt@gmail.com)

**Antaget** 20. februar 2024

**Publiceret på ugeskriftet.dk** 15. april 2024

**Interessekonflikter** ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på [ugeskriftet.dk](https://ugeskriftet.dk)

**Referencer** findes i artiklen publiceret på [ugeskriftet.dk](https://ugeskriftet.dk)

**Artikelreference** Ugeskr Læger 2024;186:V11230750

**doi** [10.61409/V11230750](https://doi.org/10.61409/V11230750)

**Open Access** under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

## SUMMARY

### Pyomyositis in the sternocleidomastoid muscle in a previously healthy 36-year-old woman

Pyomyositis is a bacterial infection of striated muscle, usually located to muscles in the extremities or pelvis. We present a microbiologically unique case report of pyomyositis in the sternocleidomastoid muscle (the first of its kind in Denmark) caused by *Staphylococcus epidermidis*, *S. capitis* and possibly *Streptococcus pneumoniae*. Pyomyositis is very rare but can lead to critical complications such as endocarditis and sepsis. It is therefore important to know the condition when evaluating an infected patient with muscle pain. Treatment consists of antibiotics and – if relevant – surgical abscess drainage.

## REFERENCER

1. Gosnell EJ, Anwar B, Varadarajan V et al. Sternocleidomastoid pyomyositis. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis. 2016;133(4):273-275. doi: <https://doi.org/10.1016/j.anorl.2015.02.003>
2. Chiedozi LC. Pyomyositis. Review of 205 cases in 112 patients. Am J Surg. 1979;137(2):255-259. doi: [https://doi.org/10.1016/0002-9610\(79\)90158-2](https://doi.org/10.1016/0002-9610(79)90158-2)
3. Pelletier J, Gottlieb M, Long B et al. Necrotizing soft tissue infections (NSTI): pearls and pitfalls for the emergency clinician. J Emerg Med. 2022;62(4):480-491. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2021.12.012>
4. Young N, Bhally H. Bilateral neck pyomyositis caused by staphylococcus capitis and staphylococcus saccharolyticus in a

diabetic adult. Case Rep Infect Dis. 2017;2017:3713212. doi: <https://doi.org/10.1155/2017/3713212>

5. Eriksen PRG, Hvilsom GB, Homøe P. Infected "mycotic" aneurysm of the common carotid artery - a differential diagnosis to tumor of the neck. Front Surg. 2018;5:75. doi: <https://doi.org/10.3389/fsurg.2018.00075>