

Primær psoasabsces hos en ung rask mand

Reservelæge Damoun Nassehi, professor Henrik Galbo & speciallæge Flemming Skovsgaard

Rigshospitalet, Neurokirurgisk Klinik, og
Bispebjerg Hospital, Rheumatologisk Ambulatorium

Resume

En ung mand henvendte sig til egen læge med symptomerne lændesmerter, nedsat gangfunktion, svedeture og vægttab. Ved udredning fandt man en primær psoasabsces.

Psoasabsces er en sjælden sygdom pga. den nedsatte prævalens af tuberkulose. Den kategoriseres som primær eller sekundær. Den primære form ses hyppigst hos unge mænd med symptomtriaden: feber, lændesmerter og nedsat gangfunktion. Computertomografi er det bedste diagnostiske værktøj, mens behandlingen består af relevante antibiotika i kombination med perkutan drænage.

Psoasabscesser eller sænkingsabscesser blev første gang beskrevet som *acute psoitis* af Mynter i 1881 [1, 2]. Siden da er sygdommen blevet et sjældent syn i den vestlige verden i takt med den øgede brug af antibiotika samt den nedsatte prævalens af tuberkulose, da psoasabscess kan opstå sekundært til tuberkuløs synovitis.

Nedenfor følger en sygehistorie med en psoasabsces hos en ellers rask ung mand.

Sygehistorie

En 26-årig mand henvendte sig den 29. november 2006 som ny patient hos egen læge. Patienten havde ikke væsentlig sygdom, havde fast kontorarbejde, et godt socialt netværk og intet misbrug. Som 18-årig havde han et rygtraume og herefter intermitterende rygsmerter. Den 11. juli 2006 blev han set på Amager Skadestue pga. hoste og utilpashed. C-reaktivt protein (CRP) var forhøjet og røntgen af thorax var normalt. Patienten blev behandlet med primcillin på mistanke om pneumoni. Senere i juli slog patienten ryggen, da han blev slået omkuld af bølger på en ferie i Grækenland.

Hos egen læge præsenterede patienten sig i november med tør hoste, tiltagende ømhed i lænden siden marts og nedsat bevægelighed i venstre del af hoften efter bølgetraumet, nattesved igennem tre måneder, svingende subfebrilia, et vægttab på 10 kg og daglige angstanfald. Fuld objektiv undersøgelse viste manglende ekstension i venstre hofte og psoasømhed. Patienten var kronisk medtaget. De parakliniske resultater viste let anæmi, leukocytose med neutrofilie, let påvirkede leverparametre og CRP på 168. Albumin, amylase, creatinin, hiv-test, M-komponent, prostataspecifikt antigen (PSA) og thyroideastimulerende hormon (TSH) var normale. Røntgen af thorax var også normalt.

Patienten blev henvist til medicinsk ambulatorium og subakut computertomografi af abdomen, der viste en absceslignende tilstand i venstre psoasmuskel. Patienten blev indlagt subakut på Rheumatologisk Afdeling den 14. december 2006. Han var udtalt øm omkring venstre ligamentum inguinale, havde svær, smertenedsat bevægelighed i hoften og kompensatorisk sinistronkveks lumbal scoliose. Kort før indlæggelsen udviklede patienten en byld øverst på forsiden af venstre lår. Ultralydsskanning viste flegmone med en lille ansamling anterolateralt på låret, som strakte sig op ad psoasmusklen. Punktur viste sparsom vækst af cefuroximfølsom *Staphylococcus aureus*. Patienten var Mantoux-negativ. Knoglescintigrafi og magnetisk resonans (MR)-skanning viste hverken tegn på ostitis eller spondylodiskit, men der fandtes en pølseformet ansamling på $4 \times 2 \times 1$ cm, som strakte sig fra L5 og ud langs venstre musculus iliopsoas med atrofi af denne. Patienten fik anlagt ultralydsvejledt dræn på medialsiden af femur i trigonum femorale og blev sat i behandling med intravenøs cefuroxim og metronidazol, før podningsvar forelå. Han responderede på behandlingen med normalisering af de parakliniske resultater og blev hurtigt frit mobiliseret. Han blev udskrevet den 3. januar 2007 til ambulant kontrol. Patienten havde på dette tidspunkt CRP 15 og ultralydsskanning viste kun smårester efter absces. Patienten overgik til peroral dicloxacillinbehandling og ambulant kontrol, hvor han var velbefindende, og der fandtes normale infektionsparametre **Figur 1**.

Diskussion

Musculus psoas udspringer fra lateralkanten af T12-L5 og løber herefter ekstraperitonealt kaudalt sammen med musculus iliacus imellem ligamentum inguinale og hofteledet og insererer sig på trochanter minor femoris. De to psoasmuskler har tilsammen relation til collumna vertebralis, colon sigmoideum, appendix, jejunum, ureteres, aorta abdominalis, nyren og de abdominale lymfeknuder. Infektion i disse strukturer kan brede sig til musculus psoas og medføre en sekundær psoasabsces. En primær psoasabsces kan opstå pga. hæmatologisk spredning af bakterier til musklen som følge af musklens rige blodforsyning. Sekundær abscess opstår hyppigst pga. Morbus Crohn [1, 2].

Ætiologisk ses der en tendens til en højere andel af primære psoasabscesser i udviklingslande og blandt mænd under 30 år. Sekundære abscesser fordeler sig ligeligt på alder og køn, men ses oftere på højre side og har en højere incidens i Europa. Mikrobiologisk ses en tendens til overvægt af *S. aureus* (88%) i primære abscesser, mens der ses blandingsflora i sekundære abscesser især af tarmbakterier. Tuberkulose er sjældent årsag til psoasabsces i den vestlige verden [1-3].

Den klassiske symptomtriade for psoasabsces er feber,



Figur 1. Magnetisk resonans (MR)-skanning: T-2-vægtet koronalsnit, der viser atrofi af venstre musculus psoas samt en pølseformet ansamling, der strækker sig kaudalt langs musculus iliopsoas fra L5.

rygsmerter og påvirket gangfunktion, men disse ses sjældent samtidig. Mere uspecifikke symptomer som utilpashed, vægttab og hævelse ses også. Et uspecifikt fund er psoasømhed [1, 5].

De parakliniske resultater omfatter ofte forhøjede infektionsparametre og anæmi. Ultralydsskanning kan hjælpe med at stille diagnosen, men den endelige diagnose stilles typisk i dag med computertomografi. Bred antibiotisk behandling skal opstartes og indrettes efter dyrkningsfund, og absces skal drænes. Billeddiagnostisk vejledt perkutan drænanlæggelse foretrækkes, men kirurgisk revision og drænage kan blive nødvendig [1-5].

Konklusion

Psoasabsces er en sjælden lidelse med et uspecifikt forløb og kan have svære følger for patienten – i værste tilfælde død. Opmærksomhed og tidlig diagnostik er nødvendig for at afkorte sygdomsforløbet og nedsætte mortaliteten [1, 2, 4].

Summary

Damoun Nassehi, Henrik Galbo and Flemming Skovsgaard:
Primary psoas abscess in a young healthy male
 Ugeskr Læger 2008;170(48):3967

A young male saw his general practitioner because of lower back pain, limpness, nightly sweating, subfebrilia, and weight loss. Further diagnostics showed that he had a primary psoas abscess. Psoas abscesses are categorized as primary and secondary. Primary psoas abscess is a rare disease in Europe and North America. It is primarily seen in young men, and the

classical symptom-triad is: fever, back pain, and limpness. The golden standard diagnostic tool is computed tomography, and treatment involves appropriate antibiotics, which can be combined with percutaneous drainage.

Korrespondance: *Damoun Nassehi*, Neurokirurgisk Klinik, Rigshospitalet, DK-2100 København Ø. E-mail: damoun@live.dk

Antaget: 30. juli 2007
 Interessekonflikter: Ingen

Taksigelser: Rheumatologisk Klinik H på Bispebjerg Hospital.
 Lægerne *Gunnerson* og *Skovsgaard*, København N

Litteratur

1. Mallick IH, Thoufeeq MH, Rajendra TP. Iliopsoas abscesses. *Postgrad Med J* 2004;80:459-62.
2. Ricci MA, Rose FB, Meyer KK. Pyogenic psoas absces. *World J Surg* 1986;10:834-43.
3. Huang JJ, Ruaan MK, Lan RR et al. Acute pyogenic iliopsoas abscess in Taiwan. *J Infect* 2000;40:248-55.
4. Paley M, Sidhu PS, Evans RA et al. Retroperitoneal collections. *Clin Radiol* 1997;52:290-4.
5. Zissin R, Gayer G, Kots E et al. Iliopsoas abscess. *Abdom Imaging* 2001;26:533-9.