

symptomer, der kan være en bivirkning af behandlingen. Patienterne bør ved behandlingsstart informeres om risikoen for blivende neurologiske symptomer, herunder synstab.

KORRESPONDANCE: Kirstine Moll Harboe, Stenmaglevej 1, 2700 Brønshøj.
E-mail: kmoll@dadlnet.dk

ANTAGET: 7. marts 2012

FØRST PÅ NETTET: 30. april 2012

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

TAKSIGELSE: Nis Kentorp, Dermato-venerologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital, takkes for fotografi.

LITTERATUR

1. European Medicines Agency. SPC Remicade. 2011. www.ema.europa.eu/docs/da_DK/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000240/WC500050888.pdf. (31. okt 2011).
2. Kamili QU, Miner A, Hapa A et al. Infliximab treatment for psoriasis in 120 patients on therapy for a minimum of one year: a review. *J Drugs Dermatol* 2011;10:539-44.
3. Lozeron P, Denier C, Lacroix C et al. Long-term course of demyelinating neuropathies occurring during tumor necrosis factor-alpha-blocker therapy. *Arch Neurol* 2009;66:490-7.
4. Tusscher MP, Jacobs PJ, Busch MJ et al. Bilateral anterior toxic optic neuropathy and the use of infliximab. *BMJ* 2003;326:579.
5. Eguren C, Diaz LB, Dauden E et al. Peripheral neuropathy in two patients with psoriasis in treatment with infliximab. *Muscle Nerve* 2009;40:488-9.

Pyomyositis forårsaget af *Streptococcus pneumoniae* hos tidligere rask 20-årig

Søren Rytter & Kjeld Skafdrup

KASUISTIK

Ortopædkirurgisk
Afdeling, Regions-
hospitalet Holstebro

Pyomyositis er en bakteriel infektion i skeletmuskulaturen og oftest forårsaget af *Staphylococcus aureus* (75-90%) [1]. Sygdommen forekommer hos personer i alle aldersgrupper, men er hyppigst blandt børn og unge og involverer oftest quadriceps, iliopsoas og glutealmuskulaturen [2]. Pyomyositis er en sjælden sygdom, men en vigtig differentialdiagnose hos patienter med febrilia, muskelhævelse og smerte. Tidlig diagnose og behandling er essentiel for at nedsætte sygeligheden og dødeligheden [3]. Vi beskriver et atypisk tilfælde af pyomyositis, der var forårsaget af *Streptococcus pneumoniae*.

SYGEHISTORIE

En 20-årig tidligere sund og rask mand blev indlagt med febrilia og smerter i højre lår. Sygdommen var begyndt fem dage forinden med feber, ondt i halsen og en enkelt episode med diare. Smerterne i låret var tilkommet to døgn før indlæggelsen. Der var intet forudgående traume og ingen rejseanamnese.

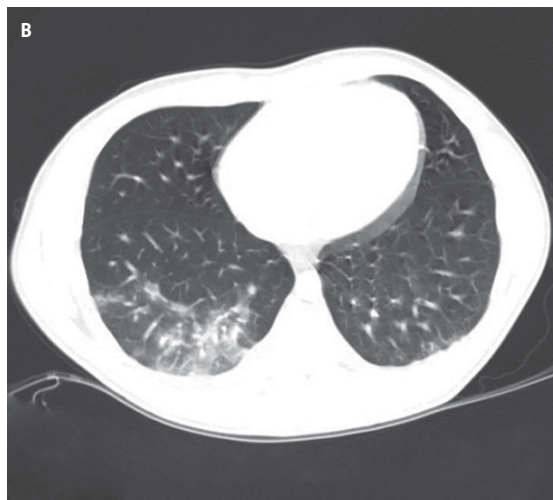
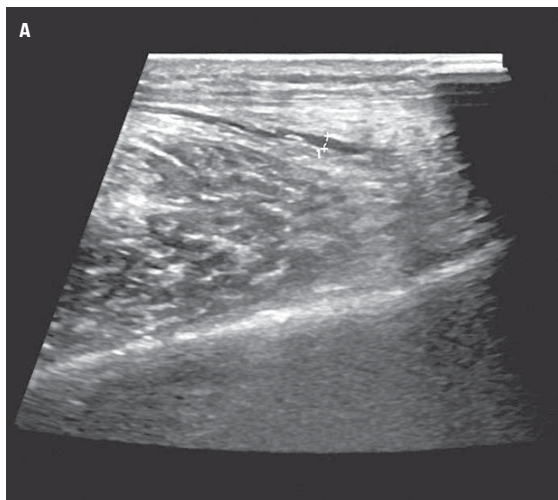
Objektivt var patienten højfebril (39,9 °C) og alment påvirket. Ved hjerte- og lungestetoskopi fandt man normale forhold. Højre femur var hævet og spændt, distalt og lateralt var der et ca. 10 × 15 cm stort område, hvor huden var ødematøs, rød og varm. Der var udtalt ømhed af muskulaturen ved palpation, men ingen fluktuation eller krepitation. Der var ingen hævelse eller rødme omkring knæleddet og ingen intraartikulær ansamling. Paraklinisk var C-reaktivt protein (CRP) 265 mg/l (referenceværdi: < 8 mg/l), og leukocyttallet var 17,8 mia./l (referenceværdi:

3,5-10,0 mia./l). En ultralydskanning viste væskeansamling langs vastus lateralis-muskulaturen (**Figur 1A**).

På mistanke om nekrotiserende fasciitis blev der foretaget akut fasciotomi. Ved indgrebet blev der fundet normale forhold i subcutis og fascie, men overfladiske nekrotiske områder i vastus lateralis-muskulaturen. Nekroserne blev excideret og sendt til mikrobiologisk undersøgelse, og der blev indledt behandling med intravenøst givet meropenem, ciprofloxacin og clindamycin. I andet indlæggelsesdøgn blev der i vævsbiopsierne fundet vækst af *S. pneumoniae*, der var følsom for penicillin og clindamycin. Bloddyrkingen var uden vækst. Røntgen af thorax viste tegn på et infiltrat basalt i højre lunge, hvilket blev bekræftet ved en efterfølgende computertomografi af thorax og abdomen (**Figur 1B**). Der blev desuden foretaget en ekkokardiografi, der viste normale forhold. Paraklinisk blev der fundet normale immunglobulinkoncentrationer og en negativ hiv-test.

Såret blev skiftet på andet indlæggelsesdøgn, og på tredjedagen blev der desuden foretaget artroskopi af højre knæled på mistanke om purulent arthritis. Ved artroskopian fandt man ingen tegn på arthritis, og mikroskopi af ledvæsken viste ingen bakterier. Vævsbiopsier fra synovia viste heller ikke vækst af bakterier. Seks dage efter indlæggelsen blev fasciotomien og huden lukket. Da var patienten afebril, CRP var faldet til 52 mg/l og leukocyttallet var normalt. Der blev behandlet med meropenem, ciprofloxacin og clindamycin givet intravenøst i 14 dage efterfulgt

FIGUR 1



A. Ultralydbillede af højre femur med subfasciel væskeansamling langs vastus lateralis-muskulaturen. **B.** Computertomografi: Pneumonisk infiltrative forandringer i højre underlap hos en 20-årig mand med pyomyositis forårsaget af *Streptococcus pneumoniae*.

af behandling med clindamycin givet peroralt i en uge efter udskrivelsen. Patienten blev fulgt ambulant, og behandlingen blev afsluttet efter en måned uden sequelae.

DISKUSSION

Pyomyositis er beskrevet i en tropisk og nontropisk form; den forekommer endemisk i varmere klimaer og sjældnere i tempererede lande [1]. Pyomyositis kan opstå primært eller sekundært til infektioner i huden eller knoglerne. Patogenesen til primær pyomyositis er omdiskuteret, men det er foreslået, at muskeltraumer kan prædisponere til infektioner i muskulaturen ved kolonisering af et hæmatom i forbindelse med en forbigående bakteriæmi [2, 3]. Derudover disponerer en række tilstande med nedsat immunforsvar som f.eks. diabetes mellitus, bindevævssygdomme, maligne sygdomme og hiv for sygdommen.

Pyomyositis forårsages langt overvejende af *S. aureus*, og der er tidligere i Ugeskrift for Læger beskrevet kasuistiske tilfælde af pyomyositis forårsaget af netop *S. aureus* hos børn [4, 5]. Sygdommen er i disse tilfælde ofte ledsaget af abscesdannelse. Den her beskrevne sygehistorie er atypisk, idet pyomyositis sjældent forårsages af *S. pneumoniae* [2, 3]. Infektionen er i disse tilfælde ofte mere aggressiv og medfører diffuse muskelnekroser frem for abscedering [2]. Vi formoder, at hæmatogen spredning af *S. pneumoniae* fra patientens pneumoni var årsag til muskelinfektionen i det aktuelle tilfælde.

Pyomyositis er en sjælden, men potentiel kritisk sygdom. Diagnosen forsinkes ofte, idet symptomer og kliniske fund kan ligne andre tilstande såsom puru-

lent arthritis, venøs trombose, erysipelas og osteomyelitis [3]. Pyomyositis er derfor en vigtig differentialdiagnose. Tidlig erkendelse af tilstanden, kirurgisk sanering og påbegyndelse af antibiotisk behandling er afgørende for at reducere risikoen for sepsis, shock og død.

KORRESPONDANCE: Søren Rytter, Ortopædkirurgisk Afdeling, Regionshospitalet Holstebro, Lægårdvej 12, 7500 Holstebro. E-mail: marie-soren@mail.dk

ANTAGET: 8. marts 2012

FØRST PÅ NETTET: 7. maj 2012

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITERATUR

- Small LN, Ross JJ. Tropical and temperate pyomyositis. *Infect Dis Clin N Am* 2005;19:981-9.
- Bickels J, Ben-Sira L, Kessler A et al. Primary pyomyositis. *J Bone Joint Surg Am* 2002;84-A:2277-86.
- Wong SL, Anthony EY, Shetty AK. Pyomyositis due to *Streptococcus pneumoniae*. *Am J Emerg Med* 2009;27:633.e1-3.
- Maagaard M, Hindsø K, Wislander SB et al. Pyomyositis uden feber hos 12-årig pige. *Ugeskr Læger* 2009;171:818.
- Rasmussen AE, Hansen TT, Tilma KA et al. Pyomyositis hos børn – en diagnostisk udfordring. *Ugeskr Læger* 2007;169:2125-6.