

Pyomyositis

KASUISTIK

Tine Weis Jacobsen, Henrik Nørgaard & Nina M. Weis

Pyomyositis (PM) er bakteriel infektion i skeletmuskulaturen. Her præsenteres et fatalt tilfælde af PM forårsaget af nonhæmolytiske streptokokker og gramnegative bakterier.

Sygehistorie

En 78-årig rask mand blev indlagt på en reumatologisk afdeling efter et fald. Patienten klagede over smerter i venstre lår. En røntgenundersøgelse af bækkenet viste, at der var en fraktur i ramus inferior ossis pubis. Paraklinisk havde patienten leucocytal på $12,6 \times 10^9/l$ og C-reaktivt protein på 59. Efter fjorten dages indlæggelse blev patienten højfebril. Et røntgenbillede af thorax gav formodning om pneumonia, men forandringerne viste sig ved sammenligning af ældre thoraxoptagelser at være kroniske. Patienten blev behandlet med i.v. cefuroxim. Dyrkninger fra blod, urin og cerebrospinalvæske var uden vækst. Hele venstre underekstremitet var spændt med fokal rød hævelse mediallyt over femur. UL-scanning af venstre femur udelukkede dyb venetrombose. En CT viste diffus hævelse af adduktormuskulaturen med spredte, ikke skarpt afgrænsede, ekkofattige områder og subkutant ødem. Pga. patientens aftagende nyrefunktion blev der ikke foretaget CT med kontrast. Fundene blev tolket som hæmatomer. Patienten fik hjertestop, men blev genoplivet og efterfølgende respiratorbehandlet. Da andet infektøst fokus ikke kunne påvises, blev der 27 dage efter indlæggelsen foretaget fasciotomi af patientens venstre lår på formodning om abscedering. Man fandt multiple abscesser overalt i muskulaturen, men ingen affektion af fascien. Der blev foretaget omfattende kirurgisk debridement. Dyrkning viste vækst af nonhæmolytiske streptokokker, *Proteus vulgaris* og *Escherichia coli*. Intravenøs antibiotikabehandling ændredes i henhold til resistensbestemmelse fra cefuroxim til benzylpenicillin, ciprofloxacin og metronidazol. En udredning afslørede ingen intraabdominale abscesser eller parenkymskade, som kunne forklare den bakterielle flora, og urindyrkningerne var fortsat negative. Svigtende nyrefunktion nødvendiggjorde dialyse. Trods intensiv antibiotikaterapi og kirurgisk revision døde patienten af multiorgansvigt efter 41 dages indlæggelse.

Diskussion

Skeletmuskulaturen er normalt resistent over for bakteriel infektion, selv ved direkte inokulation (1, 2). Ved forudgående stumpe traumer antages det, at bakteriel infektion i skeletmuskulatur er hæmatogent eller lymfogent koloniseret (3-5). PM ses ofte i femurs quadricepsmuskulatur, og en oplagt differentialdiagnose er fasciitis necroticans. Andre differentialdiagnoser er dyb venetrombose, muskelruptur, tendinitis eller phlegmone (3-5).

Staphylococcus aureus dyrkes som monokultur i 70-90% af tilfældene. Blandingsflora forekommer sjældent (3-6). Dia-

gnosen kan være vanskelig at stille, da den uafficerede overliggende fascie maskerer infektionstegnene. I tidlige stadier kan det eneste symptom være fokale smerter (5). I dette tilfælde antog man, at patientens smerter og de formodede hæmatomer i adduktormuskulaturen skyldtes samtidig ramusfraktur. Der blev ikke foretaget UL-vejledt punktur af de hypoekkoiske områder. De forhøjede infektionstal blev tilskrevet radiografiske tegn på pneumonia.

UL-scanning eller CT med kontrast, evt. suppleret med punktur eller åben biopsi anbefales til patienter med smertefuld, hævet muskulatur og paraklinisk tegn på infektion, hvor PM ikke kan udelukkes (7-9).

Behandling af PM består af kirurgisk debridement og resistensvejledt antibiotika, og patienterne kan genvinde god funktion efter selv udbredt infektion og ekstensive revisioner (7, 8, 10).

Summary

Tine Weiss Jacobsen, Henrik Nørgaard & Nina M. Weis: Pyomyositis.

Ugeskr Læger 2002;165:1569.

Pyomyositis is a bacterial infection of skeletal muscle. It is a rare condition which cannot easily be diagnosed. A fatal case of pyomyositis in a 78-year-old man is presented. The clinical signs and diagnostics of pyomyositis are discussed.

Reprints: Tine Weis Jacobsen, Baneledet 17, DK-2830 Virum.
E-mail: tineweis@dadlnet.dk

Antaget den 28. januar 2003.

H:S Hvidovre Hospital, Ortopædkirurgisk Afdeling, Radiologisk Afdeling, og Infektionsmedicinsk Afdeling.

Litteratur

1. Miyake H. Beiträge zur Kenntnis der sogenannten Myositis Infectiosa. Mitt Grenzgeb Med Chir 1904;13:155-98.
2. Jackson DW, Feagin JA. Quadriceps contusions in young athletes. J Bone Joint Surg 1973; 55-A:95-105.
3. Christin L, Sarosi GA. Pyomyositis in North America: case report and review. Clin Infect Dis 1992;15:668-77.
4. Gibson RK, Rosenthal SJ, Lukert BP. Pyomyositis: increasing recognition in temperate climates. Am J Med 1984;77:768-72.
5. Chiedozi LC. Pyomyositis: review of 205 cases in 112 patients. Am J Surg 1979;137:255-9.
6. Brook I. Pyomyositis in children, caused by anaerobic bacteria. J Pediatr Surg 1996;31:394-6.
7. Révelon G, Rahmouni A, Jazaerli N et al. Acute swelling of the limbs: magnetic resonance pictorial review of fascial and muscle signal changes. Europ J Radiol 1999;30:11-21.
8. Datz FL, Lewis SM, Conrad MR et al. Pyomyositis diagnosed by radionuclide imaging and ultrasonography. South Med J 1980;73:649-51.
9. Gordon BA, Martinez S, Collins AJ. Pyomyositis: characteristics at CT and MR imaging. Radiol 1995;197:279-86.
10. Birgisson H, Kristensen H. Pyomyositis due to non-haemolytic streptococci. Scand J Infect Dis 1998;30:624-6.