

Spinale epidurale abscesser er sjældne og kræver hurtig intervention

Tea Skaaby¹, Jakob Fink² & Ulrik Bak Dragsted³

KASUISTIK

1) Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Glostrup Hospital
2) Billeddiagnostisk Afdeling, Roskilde Sygehus
3) Medicinsk Afdeling, Roskilde Sygehus

Ugeskr Læger
2014;176:V08120483

Spinal epidural absces er en sjælden infektiøs sygdom, som kan opstå via hæmatogen eller direkte spredning (fra spondylodiskitis) eller være iatrogen (f.eks. efter epidural anæstesi). Incidensen er 2,5-3 pr. 10.000 indlæggelser, og den er stigende [1]. Den lave incidens og de uspecifikke symptomer kan forsinke diagnosen [1], og 75% fejldiagnosticeres i første omgang [2]. Sen diagnose kan resultere i svære neurologiske følger [1, 3], og infektionen er fatal hos 2-20% [1-3].

Sygdommen forekommer i alle aldersklasser, men er hyppigst blandt ældre og ses oftere hos mænd end kvinder [1, 2]. Den involverer ofte flere spinale segmenter og er tit lokaliseret torakalt og lumbosakralt [1, 4]. Diagnosen stilles ved magnetisk resonans (MR)-skanning af rygsøjlen [1, 4, 5]. Det primære fokus er ofte hud, bindevæv eller urinveje [1, 2]. Den infektiøse mikroorganisme er oftest *Staphylococcus aureus*, men gramnegative stave og streptokokker er også hyppige [1]. Prædisponerende faktorer er diabe-

tes mellitus, intravenøst stofmisbrug, bakteræmi, alkoholisme, traume og immunsuppressiv behandling [1, 2].

Den anbefalede behandling varierer afhængigt af sygdomsstadium og består af antibiotika, neurokirurgisk dekompression og evt. aspiration [1-4]. I udvalgte tilfælde kan antibiotisk behandling stå alene [1]. Prognosen er afhængig af sværhedsgraden og varigheden af de neurologiske udfald [1, 3]. Tidlig diagnose er afgørende for en god prognose [3]. Vi beskriver et tilfælde af spinale epidurale abscesser.

SYGEHISTORIE

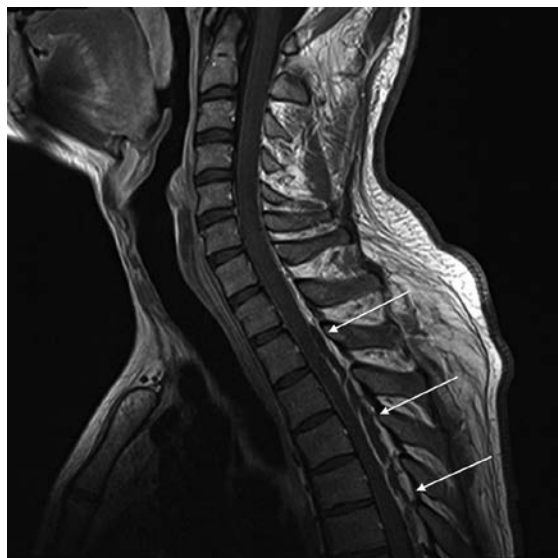
En tidligere rask 37-årig mand blev indlagt under diagnosen pneumoni på en infektionsmedicinsk afdeling. Han havde haft stærke smerter i ryggen i fem dage og havde opsøgt læge flere gange. Han havde feber (39,1 °C) og kulderystelser. På indlæggelsesdagen havde han bemærket, at han havde nedsat følsomhed i venstre armhule. Han havde ingen gener fra de øvrige organsystemer. Han havde normal vandladning og havde ingen kendte risikofaktorer for invasiv infektion.

Ved den kliniske undersøgelse blev der fundet nakkestivhed og spinal ømhed på den cerviko-torakale overgang. Ud over nedsat sensibilitet i venstre armhule fandtes der intet unormalt ved den neurologiske undersøgelse. C-reaktivt protein-niveauet var forhøjet (201 mg/l, normal < 8 mg/l), der var let lymfopeni (lymfocyt-koncentration $0,5 \times 10^9/l$) og trombocytopeni (trombocyt-koncentration $137 \times 10^9/l$). Leukocyt-koncentrationen var normalt, og en hiv-antistof-test (ELISA) var negativ. En røntgenundersøgelse af thorax og cervikalcolumna viste normale forhold. En røntgenundersøgelse af torakalcolumna viste kileformede midttorakale hvirvellegemer.

Patienten blev empirisk behandlet med inj. cefuroxim 1.500 mg \times 3 dagligt kombineret med inj. vancomycin 1 g \times 2 dagligt på mistanke om spondylitis. I løbet af det første indlæggelsesdøgn fik han urinretention. En akut MR-skanning viste epidurale ansamlinger posterior fra Th1 til Th7 med impression i medulla på niveau Th4/Th5 (Figur 1). Fundet var foreneligt med spinale epidurale abscesser. I samråd

FIGUR 1

Magnetisk resonans-skanning i sagittalsnit, T1-vægtede billeder efter intravenøst indgivet kontrastvæske. De epidurale ansamlinger ses posterior i det hvide epidurale fedtvæv fra niveau Th1/Th2 til Th6/Th7 med impression i medulla på niveau Th4/Th5.





TABEL 1

Hyppigheder af symptomer og tegn ved diagnose af spinal epidural absces [1].

Symptomer/tegn	Median, %
Rygsmærter	75
Ømhed	58
Muskelsvaghed	40
Udstrålende smærter	38
Føleforstyrrelser	36
Feber	32
Blære- og tarmdysfunktion	27
Paralyse	27
Nakkestivhed	16
Konfusion	14
Hovedpine	14
Kvalme/opkastning	8

med neurokirurgisk og mikrobiologisk afdeling fortsattes den antibiotiske behandling.

På tredjedagen fandtes vækst af *S. aureus* i tre ud af tre bloddykningskolber. Behandlingen blev herefter skiftet til inj. dicloxacillin 2 g × 3 dagl. i fem uger, efterfulgt af peroral dicloxacillin 1,5 g × 3 dagligt i otte uger. En MR-skanning, som blev foretaget en måned efter behandlingsstarten, viste fuldstændig regression af ansamlingerne i spinalkanal, og patienten havde ingen sequelae. Der var ingen tegn på recidiv ved ambulat opfølgning.

DISKUSSION

Vi beskriver et tilfælde af spinale epidurale abscesser hos en tidligere rask mand, som ikke havde nogen kendte risikofaktorer. Han havde den klassiske triade [1-3] af feber, rygsmærter og neurologiske udfald (Tabel 1) i form af lokaliseret sensibilitetsnedsættelse og urinretention, og MR-skanningen af columna viste spinale epidurale abscesser.

Spinal epidural absces kan være en vanskelig diagnose at stille i den tidlige fase. Symptomerne kan let mistolkes på grund af den lave incidens og deres uspecificitet. Læger i primærsektoren, skadestuelæger, medicinere og neurokirurger har størst chance for at se patienterne i de tidlige stadier, og de spiller en afgørende rolle for tidlig diagnose og behandling. Ved epidural absces, som er opstået fra hæmatogen spredning, er fokusudredning ligeledes vigtig. Således vil det f.eks. være relevant at udføre ekkokardiografi hos patienter med *S. aureus*-bakteriæmi.

Diagnosen bør overvejes ved rygsmærter og ved feber også uden neurologiske symptomer. Prædisponerende faktorer er diabetes mellitus, intravenøst

stofmisbrug, bakteriæmi, alkoholisme, traume og immunsuppressiv behandling. Sygehistorien viser, at diagnosen skal huskes selv hos patienter, som ikke har nogen af de førnævnte risikofaktorer. Succesfuld håndtering af spinal epidural absces er afhængig af en multidisciplinær indsats [1]. Tidlig diagnose, behandling med antibiotika og dekompression er forbundet med en god prognose [3].

SUMMARY

Tea Skaaby, Jakob Fink & Ulrik Bak Dragsted:

Spinal epidural abscesses are rare and warrant fast intervention
Ugeskr Læger 2014;176:V08120483

A spinal epidural abscess is a rare infectious disease that warrants urgent treatment. Symptoms involve a classic triad of fever, backache and neurological deficits but all the symptoms are rarely seen at the first contact. The low incidence and the non-specific symptoms can delay the diagnosis, resulting in grave neurological sequelae and death. Common risk factors are diabetes mellitus and intravenous drug abuse. Successful treatment relies on a multidisciplinary approach. We describe a case of spinal epidural abscesses in a previously healthy young man without known risk factors.

KORRESPONDANCE: Tea Skaaby, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Glostrup Hospital, Ndr. Ringvej 57, 2600 Glostrup.
E-mail: tea.skaaby.01@regionh.dk

ANTAGET: 27. februar 2013

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 22. juli 2013

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

- Sendi P, Bregenzer T, Zimmerli W. Spinal epidural abscess in clinical practice. *QJM* 2008;101:1-12.
- Pradilla G, Nagahama Y, Spivak AM et al. Spinal epidural abscess: current diagnosis and management. *Curr Infect Dis Rep* 2010;12:484-91.
- Mackenzie AR, Laing RB, Smith CC et al. Spinal epidural abscess: the importance of early diagnosis and treatment. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1998;65:209-12.
- Zimmerer SM, Conen A, Muller AA et al. Spinal epidural abscess: aetiology, predisponent factors and clinical outcomes in a 4-year prospective study. *Eur Spine* 2011;20:2228-34.
- Davis DP, Salazar A, Chan TC et al. Prospective evaluation of a clinical decision guideline to diagnose spinal epidural abscess in patients who present to the emergency department with spine pain. *J Neurosurg Spine* 2011;14:765-70.