

Primární absces psoatu

MUDr. Věra Štěpánková¹, MUDr. Ján Latta¹, MUDr. Jan Hájek², doc. MUDr. Edvard Ehler, CSc.¹

¹Neurologická klinika PKN, a.s., a FZS Univerzita Pardubice

²Radiologické oddělení PKN, a.s., Pardubice

Akutní bederní blok s bolestmi v kříži, které vyzařují do stehna, má širokou diferenciální diagnostiku. Racionální diagnosticko-terapeutický postup vyžaduje mnohdy dosti široké medicínské znalosti. Uvádíme kazuistiku dosud zdravého 27letého muže, který byl přijat na neurologii pro 8 dnů trvající bolesti v kříži s projekcí do levého stehna. Vzhledem k febriliím, zvýšenému CRP (C-reaktivní protein) a klinickému nález, bylo vysloveno podezření na absces psoatu. Na CT břicha se podezření na absces potvrdilo a následná punkce pod CT navigací a drenáž abscesu vedly ke správné diagnóze. Byl prokázán *Staphylococcus aureus*. Následná antibiotická terapie s odloženým laparotomickým definitivním ošetřením primárního abscesu psoatu vedla k rychlému zlepšení.

Klíčová slova: lumboischialgie, absces psoatu, navigovaná punkce abscesu, *Staphylococcus aureus*, léze nervus femoralis.

Primary psoas abscess

Acute lumbago, with a backache that radiates into the thigh, has a broad differential diagnosis. Rational diagnostic and therapeutic procedure often requires a rather broad medical knowledge. We present a case report of a healthy 27-year-old man, who was admitted to the neurology department with the low back pain and projection to the left thigh lasting for eight days. Higher temperature, increased CRP (C-reactive protein) and clinical findings led us to suspect abscess of the psoas muscle. The abdominal CT confirmed the suspicion of an abscess and subsequent biopsy under CT navigation and drainage of the abscess led to a correct diagnosis. *Staphylococcus aureus* was proven. Subsequent antibiotic therapy with a delayed definitive laparotomy of the primary abscess led to a rapid improvement.

Key words: lumboischialgia, psoas abscess, navigated puncture of the abscess, *Staphylococcus aureus*, lesion of the femoral nerve.

Neurol. praxi 2011; 12(3): 201–203

Seznam zkratk

CRP – C-reaktivní protein

EMG – elektromyografie

MUP – motorický akční potenciál

Úvod

Akutní bederní blok s projekcí bolesti do stehna je zcela běžnou diagnózou, která bývá uvedena na doporučení k hospitalizaci na neurologii. U většiny těchto nemocných se jedná o degenerativní onemocnění bederní páteře, svalovou dysbalanci či funkční poruchy v oblasti lumboakrálního přechodu (Bednařík a Kadaňka, 2000). Přesto velmi záleží na přesném odebrání anamnézy, klinickém zhodnocení a racionálním plánu pomocných vyšetření. Mezi těmito „běžnými“ případy se vyskytují nemocní, u kterých je příčina podstatně závažnější a kteří vyžadují jiný a podstatně rychlejší diagnosticko-terapeutický postup (Bartleson a Deen, 2009).

Jedním ze závažných příčin bederního bloku s bolestmi ve stehenním svalstvu je primární absces psoatu. Na podkladě literárních údajů se jedná o řidce se vyskytující klinickou jednotku, která se projevuje nespecifickými potížemi. V Asii a Africe je 99,5 % abscesů psoatu primárních, v USA 61 % a v Evropě 18,7 %. Více než 70 % primárních abscesů psoatu se vyskytne u mladých osob do 20 let, poměr mužů a žen je 4:1, v 57 % je na pravé straně, v 40 %

vlevo a v 3 % je oboustranný (Thongngarm et al., 2001).

Vzhledem k recentní hospitalizaci mladého muže s primárním abscesem psoatu, u kterého byla nezbytná rychlá diagnostika a terapie, rozhodli jsme se tyto naše zkušenosti publikovat.

Popis případu

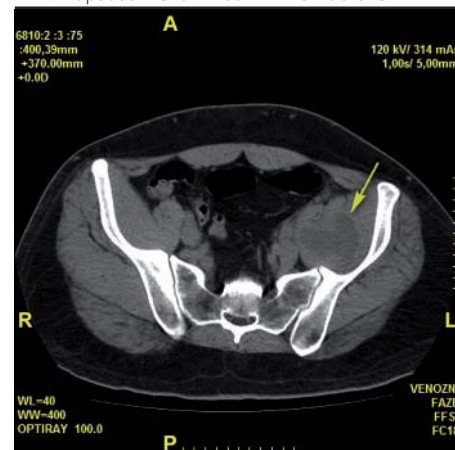
Na doporučení praktického lékaře byl na neurologickou kliniku přijat 27letý muž s 8 dnů trvajícími bolestmi v kříži, blokem a krutými algemi v levém stehně. Před 10 lety pneumonie, před 4 lety infekční mononukleóza a v květnu 2010 přeléčen antibiotikem pro erythema migrans. Pracuje jako truhlář, je pravák. Neužívá žádnou trvalou medikaci. Bolesti začaly pozvolna, byly lokalizovány na přední a vnitřní ploše stehna a v kříži. Pro algie nebyl schopen stoje a chůze. Brzy se objevily kolísající febrilie s třesavkou. Pro tyto potíže byl nejprve vyšetřen na chirurgii, kde byly provedeny rentgeny (pánve a bederní páteře), diagnostikována distenze m. semitendinosus a semimembranosus, předepsáno antirevmatikum a myorelaxancium a poslán do ambulantní léčby. Praktický lékař jej odeslal znovu k přijetí do nemocnice, tentokrát na neurologii, kde byl ihned přijat.

Při přijetí byl jinak svalově dobře vyvinutý mladý muž bolestivý se šetřením levého stehna, febrilní, předklon v bederním úseku byl boles-

tivě omezen, reflexy L2–4 oboustranně živé, L5–S2 přiměřené, bylo patrné oslabení flexe v kyčli i extenze bérce vlevo – s výraznými algemi, Lasègue do 80 vpravo a 40 vlevo, bez poruch cití, s výraznou palpační bolestivostí přední a vnitřní plochy levého stehna, třísla i m. psoas vlevo.

V laboratoři byla zjištěna vysoká hodnota CRP (204), při normální počtu leukocytů (8,5) včetně diferenciálního obrazu. Ihned jsme indikovali CT břicha s nálezem nepravidelné hypodenzní kolekce v m. iliopsoas v úrovni od lopaty kosti kyčelní až po inguinu (obrázek 1). Byla nasazena intravenózní antibi-

Obrázek 1. Hypodenzní abscesová kolekce v m. iliopsoas vlevo v nativním CT obraze



otická terapie (Gentamicin a Oxacilin). Další den radiolog provedl punkci abscesu pod CT navigací a zavedl břišní pigtail drén (10F), kterým odtékal serózně-hnisavý obsah do sběrného váčku (obrázky 2, 3). Po pomnožení prokázán *Staphylococcus aureus*. Po překladi na chirurgii byla po 5 dnech a již za afebrilního stavu a s výrazným ústupem bolestí provedena chirurgická revize retroperitonea s definitivním ošetřením abscesu. Nemocný byl propuštěn do ambulantní péče po 11 dnech hospitalizace, chodící, bez podstatnějších bolestí.

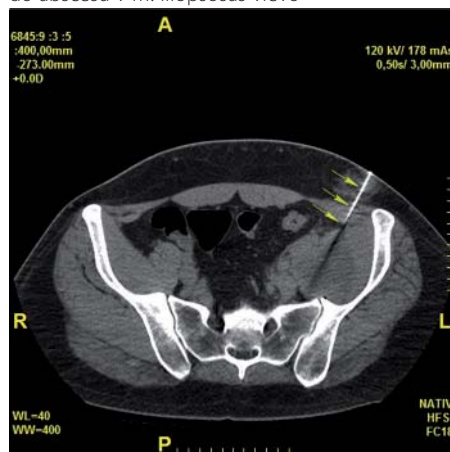
Po 2 týdnech po dimisi bylo provedeno elektromyografické vyšetření s nálezem lehčí motorické vysoké léze n. femoralis vlevo (amplituda sumačního svalového potenciálu vlevo pouze 52 % při srovnání se zdravou stranou, mírná redukce četnosti motorických akčních potenciálů, ojedinělé fascikulace a pozitivní vlny).

Diskuze

Bolesti v zádech jsou častým onemocněním s prevalencí 60–82 % (Vrba, 2010). Akutní bolesti v zádech mají trvání do 6 týdnů. Jejich příčina může být mechanická (muskulo-skeletální), neurogení (kořenové bolesti) či přenesená (viscero-vertebrální). Bolesti v zádech mohou mít závažnou příčinu, a proto při vyšetření těchto nemocných je nutno dbát na skupinu příznaků, které bývají projevem závažných nemocí „red flags“ (Bartleson a Deen, 2009). Za tyto varovné příznaky se považuje věk pod 20 a nad 55 let, násilné poranění páteře, bolesti hrudní páteře, jinak nevysvětlitelné bolesti břicha, zhoršení bolesti v klidu, v noci, při ulehnutí a rozšíření stehna v oblasti adduktorů (Zhou et al., 2010). Bolesti jsou nezávislé na pohybu, nemocný má celkové příznaky (horečka, úbytek hmotnosti) a pozitivní nález v laboratorii (např. CRP, sedimentaci, leukocytózu) či při pomocných vyšetřeních (Vrba, 2010). Náš nemocný měl netypické bolesti v zádech a levém stehenním svalstvu, které byly provokovány i malým pohybem pánve a stehna. Nápadná byla palpační bolestivost stehenních svalů a nemocný měl kolísající febrilie a v laboratorním vyšetření vysokou hodnotu CRP. Právě zvýšení CRP při normální hodnotě leukocytů i normálního poměrného zastoupení jednotlivých typů leukocytů je docela častým nálezem u nemocných s abscesem.

Abscesy psoatu se vyskytují častěji u dětí a mladistvých (70 % do 20 let), více u mužů (3 : 1), a více v Asii a Africe (Thongngarm a McMurray, 2001). Zatímco v rozvojových zemích jsou převážně primární, v USA a zejména v Evropě je

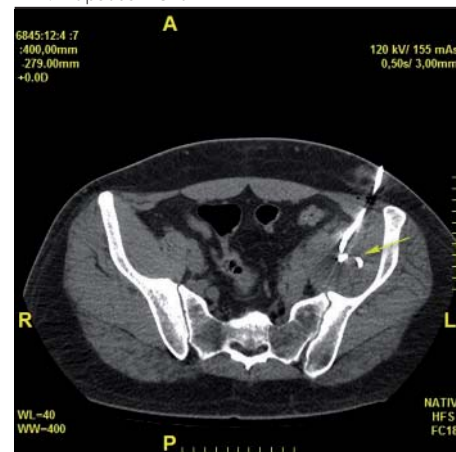
Obrázek 2. CT navigovaná punkce Chiba jehlou do abscesu v m. iliopsoas vlevo



podíl primárních abscesů psoatů podstatně menší – 18,7 % či 5 z 12 abscesů (van den Berge et al., 2005). Sekundární abscesy psoatu se vyskytují při osteomyelitidě obratlů (tuberkulózní i nespecifické), při kolitidě, infekcích urogenitálního traktu, na podkladě krvácení do psoatu (Ankarath a Campbell, 2001). Existuje celá řada disponujících stavů pro vznik primárních abscesů psoatu (diabetes, změny hemokoagulace, intravenózní aplikace léků či drog), ale mohou se vyskytnout i po normálním porodu (Young et al., 2010). Náš 27letý svalově vyvinutý a dosud zdravě žijící mladý muž měl v předchorobí pneumonii, před 4 lety infekční mononukleózu a před 6 měsíci erythema migrans. Jinak jsme nenašli žádný stav predisponující pro vznik primárního abscesu.

Abscesy psoatu nejsou častým onemocněním. Na podkladě anatomické lokalizace se v ortopedii používá název retrofasciální psoatický absces. Vyvolávajícím činitelem bývá nejčastěji *Staphylococcus aureus*. Onemocnění se projevuje vysokými teplotami a lokalizovanými bolestmi při pohybu končetinou. Klinický obraz abscesu psoatu se podobá koxitidě, sakroiliitidě či vertebrogenním potížím (Dungl et al., 2005). V neurologické literatuře se absces psoatu jako příčina diferenciální diagnostiky vertebrogenních syndromů téměř nevyskytuje (Bednařík et Kadaňka, 2000). K zobrazení patologie v oblasti m. iliopsoas se velmi osvědčilo CT zobrazení, i když MRI, UZ či PET může přispět dalšími informacemi (Cronin et al., 2008). Pro radiologické ošetření abscesu psoatu je důležitá sondáž abscesu se zavedením drénu a drenáží obsahu abscesu. Sondáž se může provádět pod sonografickou kontrolou či CT navigací (Czechowski et al., 2003; Yamagami et al., 2009). Absces psoatu se u našeho nemocného projevil bolestmi v kříži a v levém stehně,

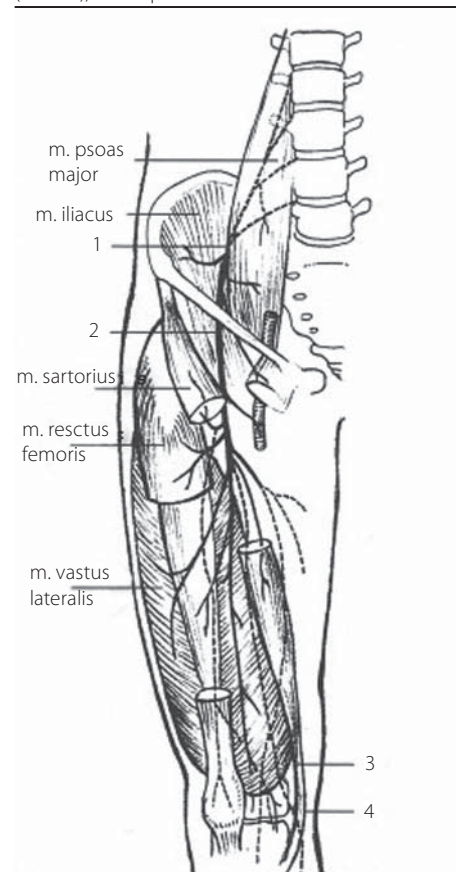
Obrázek 3. Zavedení pigtail drénu do abscesu v m. iliopsoas vlevo



Tabulka 1. Příčiny léze kmene n. femoralis v úrovni nad odstupem vláken pro m. iliacus

Traumata (uzavřená i otevřená)
Spontánní hematomy (do m. psoas)
■ hemofilie
■ antikoagulační léčba
■ ruptura aneuryzmatu
latrogenní léze (při operacích – zevní komprese)
Ischemické léze
Tlak uzlin, nádorů
Absces psoatu

Obrázek 4. N. femoralis (kořeny L2–L4). Místa komprese nervu: 1 – pod fascií m. psoas major, 2 – v oblasti ligamentum inguinale, 3 – v canalis vastoadductorius (Hunter), 4 – rr. patellares



měl kolísající febrilie, velké bolesti při pokusu o aktivní či pasivní pohyb v kyčli. Radiolog provedl punkci a drenáž abscesu pod CT navigací. Jako původce byl prokázán *Staphylococcus aureus*, což je ve shodě s literárními údaji (Dungl et al., 2005).

Absces psoatu je však uváděn jako příčina proximálně lokalizované léze n. femoralis (Mumenthaler et Schliack, 1982). Při této lokalizaci jsou postižena nejen motorická vlákna pro přední skupinu svalů stehna, ale také pro m. iliacus a případně i muskulární větve pro m. psoas. Dochází k oslabení extenze bérce i flexe (a mírně i addukce) v kyčli (Ehler a Ambler, 2002) (tabulka 1, obrázek 4). Po odeznění akutního stadia s bolestmi a febriliemi byla u našeho nemocného diagnostikována vysoká léze n. femoralis vlevo.

Závěr

Prezentována kazuistika mladého muže s akutně vzniklými bolestmi v kříži s projekcí do levého stehna. Brzy se objevily febrilie a bolestivost pohybů v levé kyčli. Příčinou potíží byl primární absces psoatu, který byl dréno-

ván invazivním radiologem za CT navigace. Absces psoatu je zřídka příčinou akutních lumbagií, koxalgii, bolestí stehna či vysoké léze n. femoralis. Vyznačuje se charakteristickým klinickým nálezem, rychlou diagnostikou a úspěšnou terapií.

Literatura

1. Ankarath S, Campbell P. Psoas hematoma presenting as hip pain. *Orthopedics* 2001; 24(7): 689–690.
2. Bartleson JD, Deen HG. Spine disorders. Medical and surgical management. Cambridge University Press Cambridge, 2009: 292.
3. Bednařík J, Kadaňka Z. Vertebrogenní neurologické syndromy. Triton Praha, 2000: 215.
4. Cronin CG, Lohan DG, Meehan CP, Delappe E, McLoughlin R, O'Sullivan GJ, McCarthy P. Anatomy, pathology, imaging and intervention of the iliopsoas muscle revisited. *Emerg Radiol* 2008; 15: 295–310.
5. Czechowski J, Khalek W, Branicki FJ. The value of computed tomography and ultrasound guided needle aspiration in suspected thoraco-abdominal abscess. *Emirates Medical Journal* 2003; 21(1): 55–59.
6. Dungl P, a kol (Ed). Ortopedie. Grada Publishing Praha, 2005: 1273.
7. Ehler E, Ambler Z. Mononeuropatie. Galén Praha 2002: 176.
8. Mumenthaler M, Schliack H. Läsionen peripherer Nerven. Georg Thiem Verlag Stuttgart-New York, 1982: 363.
9. Thongngarm T, McMurray RW. Primary psoas abscess. *Ann Rheum Dis* 2001; 60: 173–176.

10. van den Berge M, de Marie S, Kuipers T, Jansz AR, Bravenboer B. Psoas abscess: report of a series and review of the literature. *Netherlands Journal of Medicine* 2005; 63(10): 413–416.

11. Vrba I. Některé příčiny bolestí dolních zad a jejich léčba. *Neurol. praxi* 2010; 11(3): 183–187.

12. Yamagami T, Terayama K, Yoshimatsu R, Matsumoto T, Miura H, Nishimura T. Percutaneous drainage of psoas abscess under real-time computed tomography fluoroscopic guidance. *Skeletal Radiol* 2009; 38: 275–280.

13. Young OM, Werner E, Sfakianaki AK. Primary psoas muscle abscess after an uncomplicated spontaneous vaginal delivery. *Obstetrics and Gynecology* 2010; 116(2): 477–479.

14. Zhou Z, Song Y, Cai Q, Zeng J. Primary psoas abscess extending to thigh adductors: case report. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2010; 11: 176–179.

Článek doručen redakci: 8. 2. 2011

Článek přijat k publikaci: 14. 3. 2011

MUDr. Ján Latta

Neurologická klinika, PKN, a. s.
Kyjevská 44, 532 03 Pardubice
janci82@gmail.com

