

Musculus psoas major'i abstsess

Alina Kornejeva – Lääne-Tallinna Keskhaigla radioloogiaosakond

Keskhaigla erakorralise meditsiini osakonda pöördus 67 aasta vanune mees, kes kaebas kümme päeva väldanud pidevat valu paremal alaseljas. Valu oli iseloomult nüri, tugevnes liikumisel ning kiirgus paremasse kubemepiirkonda ja jalga. Esimestel päevadel pärast vaevuste tekkimist oli patsiendil 39 °C palavik, mis mõne päeva pärast alanes, ent subfebriliteet jäi püsima. Patsient oli läbi teinud perearsti määratud viiepäevase tsiprofloksatsiini kuuri, ent kaebused püsisid sellele vaatamata. Objektiivsel läbivaatusel oli paremal Lasègue'i kats positiivne 45 kraadi juures.

Nefrolitiaasi kahtluse tõttu tehti kompuutertomograafiline natiivuuring. Uuringul neerudes ja kuseteedes paisu ega kive nähtavale ei tulnud, lülisamba nimmesegmentides esines fassetliigeste mõõdukas osteoartritis. Lisaks ilmnis aga *m. psoas major*'ite asümmeetria: parem *m. psoas major* oli vasakuga võrreldes paksem ning selle mediaalses osas oli jälgitav hüpodenssem ala. Samas piirkonnas L4-L5 segmendi kõrgusel tuli nähtavale paravertebraalse rasvkoe infiltreeritus oluliste

külgnevate luuliste muutusteta (vt pilt 1.A ja 2.A). Natiivkujutiste alusel püstitati diagnoosi hüpoteesina *m. psoas major*'i abstsess, võimalik, et tekkinud L4-L5 spondülostsiidi tüsistusena.

Samal päeval tehti magnetresonantstomograafiline (MRT) uuring veenisisesest kontrastainega, kus *m. psoas major*'i mediaalses osas tuli nähtavale kõrge intensiivsusega T2-kaalutud signaali ja kontrasteeruva ääri- ja keskosa abstsessi kolle; põletikuline infiltraat ulatus L4-L5 segmendis intervertebraalsele, prevertebraalsele ja epiduraalsele, kus oli jälgitav *dura*-koti kompressioon (vt pilt 1.B, C ja 2.B). MRT-uuringul kinnitati spondülostsiidi diagnoos, põletikulised muutused on levinud epiduraalsele, paravertebraalsele ja *m. psoas major*'i piirkonda, kuhu moodustus abstsess.

Edasiseks raviks suunati patsient kõrgema etapi haiglasse.

ARUTELU

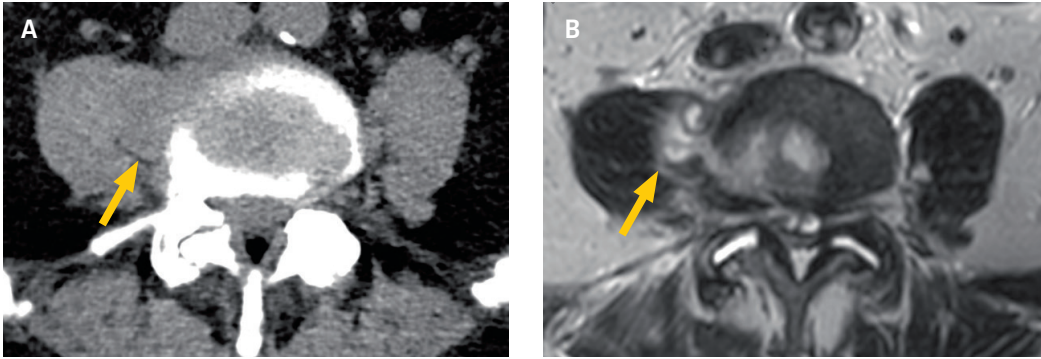
M. psoas major'i abstsess esineb harva ning võib olla kas primaarne või sekundaarne (1). Primaarne abstsess tekib enamasti



Pilt 1. A. Kompuutertomograafiline natiivuuring kõhust ja vaagnast. Parema *m. psoas major* on vastaspoolega võrreldes paksem, mediaalses osas on hüpodenssem ala.

B. Magnetresonantstomograafiline (MRT) uuring lülisamba nimmeseosast. T2-kaalutud sekvenssil on nähtav parema *m. psoas major*'i mediaalsel kontuuril kõrge signaaliintensiivsusega ala, põletikuline infiltraat on ka L4-L5 diskis.

C. MRT-uuring lülisamba nimmeseosast veenisisesest kontrastainega. T1-kaalutud sekvenssil ilmneb vedelikukogumi ümber kontrasteeruv ääris.



Pilt 2. A. Kompuutertomograafiline natiivuuriting kõhust ja vaagnast. Parem *m. psoas major* on vastaspoolega võrreldes paksem, selle mediaalses osas on hüpodensem ala, prevertebraalsel on infiltratsioon.

B. MRT-uuring lülisamba nimmeosast. T2-kaalutud sekventsil parema *m. psoas major*'i mediaalsel kontuuril on kõrge signaaliga vedelikukogum, põletikuline infiltraat on ka L4-L5 diskis.

nõrgenenud immuunsusega patsientidel mujal paikneva infektsiooni hematogeense või lümfogeense leviku tagajärjel, samas kui sekundaarse abstsessi tekke aluseks on põletikulise protsessi otsene levik naaberelunditest. Sekundaarse abstsessi korral on kõige sagedasemateks algkollektiks seedetrakt ja neerud, spondüliit või spondülodistsiidid (2, 3). Kirjeldatud juhul on tegu spondülodistsiidist lähtunud *m. psoas major*'i abstsessiga. Abstsessi diagnoosimise valikmeetodid on kompuuter- ja magnetresonantstomograafia, kusjuures

kontrastaine manustamine suurendab nende uuringute tundlikkust. Oluline on täpne kliiniline info.

TÄNUAVALDUS

Suur tänu dr Julius Juurmaale heade nõuannete eest.

KIRJANDUS

1. Shields D, Robinson P, Crowley TP. Iliopsoas abscess – A review and update on the literature. *Int J Surg* 2012;10:466–9.
2. Herren C, Jung N, Pishnamaz M, Breuninger M, Siewe J, Sobottke R. Spondylodiscitis: diagnosis and treatment options. *Dtsch Arztebl Int* 2017;114:875–82.
3. Sharma R, Hosn SS. Psoas muscle abscess. *Radiopaedia.org* rID: 21395. <https://radiopaedia.org/articles/psoas-muscle-abscess>.

Eakatele tuleks kuseteede nakkuse korral määrata kohe antibiootikumravi

Eakatel patsientidel, eriti naistel, on kuseteede nakkus sage haigus, aga antibiootikumravi otstarbekuse kohta selle korral on andmed vastakad.

Ühendkuningriigis korraldatud populatsiooniuuringu analüüsi 2015.–2017. aastal esmatasandi arstiabi saanud 1 577 324 patsiendi andmeid. Neist 312 989 patsiendil oli diagnoositud kuseteede nakkus. Patsientide keskmine vanus oli 76,7 eluaastat ja 78,8% olid naised. Raviks määrati trimetoprim 54,7%-le, nitrofurantoiin

19,1%-le, tsefalosporiin 11,5%-le, amoksitsilliin/klavulaanhape 11,5%-le patsientidest. Enamikule patsientidest määras esmatasandi arst ravi kohe nakkuse diagnoosimisel, 7,2%-le patsientidest antibiootikumravi ei määratud, 6,2%-le tehti seda hilinenult, kuid siiski diagnoosimisele järgnenud 7 päeva jooksul.

Kuseteede infektsioon tüsistus sepsisega kõige sagedamini antibiootikumidega mitteravitutel, riskisuhe võrreldes ravi saanud patsientidega oli 8,08; raviga hilinevad patsientide rühmas oli see 7,12. Mitteravitatud haigetest suri 60 päeva jooksul 5,4%, raviga hiljem alustanud haigete rühmas 2,8%

ning ravitud haigetest suri 1,6%. Ravitud haigetest vajas hospitaliseerimist 14,8%, hilinevad raviga patsientidest hospitaliseeriti 26,8%, mitteravitatud haigetest 27%. Kõige raskemini kulges kuseteede nakkus 85aastastel ja vanematel meestel.

Uuringu põhjal tuleks eakatele patsientidele tüsistuste ärahoidmiseks kuseteede nakkuse korral viivitamata määrata antibiootikumravi.

REFEREERITUD

Gharbi M, Drysdale JH, Lishman H, et al. Antibiotic management of urinary tract infection in elderly patients in primary care and its association with bloodstream infections and all cause mortality: population based cohort study. *BMJ* 2019;364:i1525.