

Reaktive Oligoarthritis und Psoasabszess

Eine ungewöhnliche Ursache

Peter Kremer^a, Mario Picozzi^a, Jacques Gubler^b, Martin Altwegg^c, Robert Theiler^a

^a Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation, Stadtspital Triemli Zürich

^b Medizinische Klinik, Stadtspital Triemli Zürich

^c Institut für Medizinische Mikrobiologie, Universität Zürich

Fallbeschreibung

Anamnese

Ein 52jähriger Familienvater aus Kroatien, der seit 19 Jahren in der Schweiz lebt und als Maurer arbeitet, meldet sich zunächst bei seiner Hausärztin wegen einer seit drei Tagen kontinuierlich zunehmenden schmerzhaften Schwellung mit Rötung, Überwärmung sowie Funktionseinschränkung einerseits des linken Handgelenks und Handrückens, andererseits des linken Sprunggelenks und Fussrückens. Der Patient kann sich weder an ein auslösendes Ereignis noch an andere Symptome (z.B. Urethritis mit Ausfluss) erinnern.

Die Laboruntersuchung ergibt eine leicht erhöhte Blutsenkungsgeschwindigkeit (34 mm/h), ein stark erhöhtes C-reaktives Protein (137 mg/l) sowie eine stark erhöhte Leukozytenzahl ($22,0 \times 10^9/l$). Die Hausärztin stellt die Verdachtsdiagnose eines akuten Gichtanfalls der linken Hand sowie des linken Fusses. Eine Behandlung mit Allopurinol 300 mg pro Tag sowie Diclofenac 75 mg morgens und abends wird eingeleitet. Knapp drei Wochen nach Krankheitsbeginn haben die Schwellungen und Rötungen abgenommen, die Schmerzen jedoch halten unverändert an. Beiläufig erwähnt der Patient Schmerzen in der rechten Inguina, die seit etwa zwei Wochen bei Flexion des Hüftgelenks auftreten würden.

Zur Weiterabklärung der Schmerzen wird uns der Patient zugewiesen.

Klinische Untersuchung

Der Patient befindet sich in einem guten Allgemein- und leicht adipösen Ernährungszustand (Körpergröße 166 cm, Körpergewicht 74,9 kg). Bis auf eine Druckdolenz in der rechten Inguina ist der internistische Status unauffällig. Die Untersuchung des rechten Hüftgelenks zeigt eine in allen Ebenen zu $\frac{1}{2}$ eingeschränkte Beweglichkeit. Sowohl das linke Handgelenk und der Handrücken als auch das linke Sprunggelenk und der Fussrücken weisen eine leichte livide Verfärbung mit einer deutlichen Synovitis, Überwärmung, diffusen Druckdolenz und schweren Bewegungseinschränkungen in allen Ebenen auf. Vergrösserte Lymphknoten können nicht palpiert werden. Periphere neurologische

Ausfälle können klinisch nicht nachgewiesen werden.

Laborchemische Befunde

Es zeigt sich eine stark erhöhte Blutsenkungsgeschwindigkeit (102 mm/h), ein deutlich erhöhtes C-reaktives Protein (96,4 mg/l) sowie eine leicht erhöhte Leukozytenzahl ($10,5 \times 10^9/l$) ohne Linksverschiebung, jedoch mit toxischen Granulationen und stark reaktiven Lymphozyten. In der Serumprotein-Elektrophorese stellen wir eine polyklonale Hypergammaglobulinämie sowie eine Hypalbuminämie fest.

Die antinukleären Antikörper, Anti-ds-DNA, Anti-Streptokokken-Parameter, Rheumafaktoren, Komplementfaktoren C3 und C4, die Serologien für Hepatitis B und C, Parvoviren, Borrelien und Lues sind negativ. Weder in den aeroben noch in den anaeroben Blutkulturen kann ein Keimwachstum nachgewiesen werden.

Der Urinstatus, einschliesslich der Urin-Elektrophorese, der Chlamydien- und Gonokokken-PCR sowie der mykobakteriologischen Untersuchung, ist unauffällig.

Ergänzende Untersuchungen

Radiologisch zeigen sich beide Hände, beide Füsse, das Becken und beide Hüften unauffällig. Der Herz-Lungenbefund ist altersentsprechend unauffällig.

In der 3-Phasen-Ganzkörperskelett-Szintigraphie finden sich in der Frühphase massive arthritische Veränderungen im Bereiche des linken Handgelenks, des linken Sprunggelenks sowie etwas weniger ausgeprägt im Bereich des rechten Coxofemoralgelenks.

Weder im Punktat des linken Handgelenks noch des linken Sprunggelenks können Kristalle nachgewiesen oder Mikroorganismen kultiviert werden. Bei jedoch nur geringer Punktatmenge kann die Zellzahl nicht bestimmt werden.

In der Computertomographie des Abdomens (Abb. 1 und 2) findet sich ein verdickter rechter M. iliacus mit einer liquiden Raumforderung von etwa $3,5 \times 3$ cm Querdurchmesser und einer Dichte von 26 HE, die sich in zwei kaudale Ausläufer im M. iliopsoas fortsetzt bei einer kraniokaudalen Ausdehnung von 13 cm mit leicht verdickter Kapsel und leichtem Randenhancement. Offensichtlich besteht auch eine



Abbildung 1.
Transversalschnitt mit Darstellung und Markierung
des 3,5 × 3 cm grossen Abszess im M. iliacus rechts.



Abbildung 2.
Frontalschnitt mit Darstellung des Abszesses im
M. iliacus rechts mit seinen zwei kaudalen Ausläufern
im M. iliopsoas, kraniokaudale Ausdehnung 13 cm.

Verbindung mit dem rechten Hüftgelenk, das einen kleinen Erguss und eine leichte Kapselverdichtung aufweist. Kein Nachweis einer Knochendestruktion.

In der daraufhin durchgeführten ultraschallgesteuerten Punktion finden sich zytologisch massenhaft neutrophile Granulozyten. Der Befund ist mit einem Abszess vereinbar. Die aus dem Punktat gewonnenen konventionellen Kulturen für aerobe und anaerobe Bakterien sowie für Mykobakterien bleiben steril. In der molekularbiologischen Untersuchung mittels Breitspektrum-PCR und DNA-Sequenzierung findet sich *Neisseria gonorrhoeae*.

Beurteilung

Aufgrund der Bildgebung und des Resultats des Abszesspunktats stellen wir die Diagnose eines Senkungsabszesses des M. iliopsoas rechts mit Nachweis von *Neisseria gonorrhoeae*. Die Oligoarthritis (linkes Handgelenk, linkes Sprunggelenk, rechte Hüfte) beurteilen wir als eine reaktive Gonokokken-assoziierte Arthritis.

Therapie und Verlauf

Als erster therapeutischer Schritt erfolgt eine offene Ausräumung und Drainage des Abszesses. Die anlässlich der chirurgischen Abszessausräumung angelegten Kulturen auf Mykobakterien und *Neisseria gonorrhoeae* fallen wiederholt negativ aus, jedoch lässt sich auch in diesem Material *N. gonorrhoeae* sowohl mittels spezifischer als auch mittels Breitspektrum-PCR nachweisen. Der Patient erhält eine antibiotische Therapie mit Amoxicillin in Kombination mit Clavulansäure während 10 Tagen. Zur Behandlung der reaktiven Oligoarthritis setzen wir ab dem 4. postoperativen Tag Kortikosteroide ein, anfänglich 20 mg pro Tag, im weiteren Verlauf dem Schweregrad der Synovitiden entsprechend in absteigender Dosierung.

Laborchemisch normalisieren sich die Entzündungszeichen. Klinisch und szintigraphisch bilden sich die Synovitiden langsam zurück.

Diskussion

Bei diesem Patienten mit Oligoarthritis und einem Psoasabszess rechts, konnte bei sterilen Kulturen für aerobe und anaerobe Bakterien sowie Mykobakterien zweimal mit unterschiedlichen molekularbiologischen Methoden *Neisseria gonorrhoeae* im Abszessherd gefunden werden.

Gemäss vorliegender Literatur weist die PCR für *Neisseria gonorrhoeae* in Urogenitalproben symptomatischer Patienten eine Spezifität und Sensitivität von über 95% auf [1]. Die Rate falsch-positiver Befunde ist also gering und dürfte bei normalerweise sterilen Materialien noch kleiner sein. Bei wiederholtem Nachweis von *Neisseria gonorrhoeae* mit zwei völlig unterschiedlichen molekularbiologischen Methoden kann darum an der Diagnose dieses Keims nicht gezweifelt werden.

Das Auftreten von Arthritiden im Rahmen disseminierter Gonokokken-Infektionen ist bekannt. Diese können septisch als Monarthritis oder Oligoarthritis imponieren und manifestieren sich oft als so genanntes Dermatitis-Arthritis-Syndrom [2]. In unserem Fall bestehen weder kutane Manifestationen noch eine produktive purulente Arthritis. Es können jedoch auch wenig produktive reaktive Arthritiden auftreten [3], welche, wie in unserem Fall, szintigraphisch nachgewiesen werden können und auf die Gabe von Kortikosteroiden gut reagieren.

Zwar sind Pyomyositiden mit Psoasabszessen in der Literatur bekannt [4]; Weichteilabszesse hervorgerufen durch *Neisseria gonorrhoeae* sind jedoch nur in Einzelfällen beschrieben [5]. Ein durch Gonokokken bedingter Abszess des M. iliopsoas ist unseres Wissens in der Literatur nicht dargestellt und ist darum als ausserordentlich seltene Komplikation zu betrachten.

Korrespondenz:

Dr. med. Peter Kremer
Oberarzt Rheumatologie
Stadtspital Triemli Zürich
Birmensdorferstrasse 497
CH-8063 Zürich
peter.kremer@triemli.stzh.ch

Literatur

- 1 Van Dyck E, Ieven M, Pattyn S, Van Damme L, Laga M. Detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* by enzyme immunoassay, culture, and three nucleic acid amplification tests. J Clin Microbiol 2001;39:1751-6.
- 2 Weber M, Gerber H. Gonorrhoeische Arthritis. Schweiz Rundsch Med Prax 1994;83:46-8.
- 3 Toivanen P, Toivanen A. Two forms of reactive arthritis? Ann Rheum Dis 1999;58:737-41.
- 4 Korenkov M, Yücel N, Schierholz JM, Goh P, Troidl H. Psoasabszesse. Chirurg 2003;74:677-82.
- 5 Viani RM, Bromberg K, Bradley JS. Obturator internus muscle abscess in children: report of seven cases and review. Clin Infect Dis 1999;28:117-22.