

# Symphysitis pubis purulenta – neobvyklá příčina bolestí zad

MUDr. Dalibor Zimek, MUDr. Blanka Rychlíková

Neurologické oddělení, Vsetínská nemocnice, a. s., Vsetín

Symphysitis pubis purulenta je vzácné infekční onemocnění postihující pánevní symfýzu. Mezi nemocnými najdeme téměř výhradně imunokompromitované pacienty staršího věku. Nejčastěji izolovaným patogenetickým agens bývá *Staphylococcus aureus*. Toto onemocnění vzniká převážně hematogenní cestou nebo šířením per continuitatem při porušení kožní integrity. V léčbě se uplatňují antibiotické režimy odpovídající léčbě spondylodiscitidy, se kterou onemocnění sdílí četné klinické charakteristiky. Prezentujeme případ pacienta s touto diagnózou, který se nachází mimo výše zmiňovanou rizikovou skupinu.

**Klíčová slova:** horečka neznámého původu, PET CT, symphysisitis pubis purulenta, osteitis pubis.

## Symphysitis pubis purulenta – a rare cause of back pain

Symphysitis pubis purulenta is a rare infectious disease caused mostly by *Staphylococcus aureus*. This infection affects mainly immunocompromised elderly patients. Symphysisitis can spread hematogenously from a distant site of infection or directly through damaged skin cover. Antimicrobial treatment regimens are similar to the treatment of spondylodiscitis. We present a case of a young male with this diagnosis, who was not in the expected risk group.

**Key words:** fever of unknown origin, PET CT, symphysisitis pubis purulenta, osteitis pubis.

## Úvod

Symphysitis pubis purulenta je vzácné zánětlivé onemocnění, o němž vzhledem k malému počtu známých případů i v literatuře chybí přesné údaje o incidenci a prevalenci. Při vyhledávání v databázích PubMed, EMBASE a Google Scholar se vyskytují pouze kazuistická sdělení s malými počty pacientů.

Toto onemocnění bylo dříve označováno dnes již nedoporučovanými názvy jako spondylodiscitis pubis, septická arthritida, osteomyelitis pubis (Andrews et al., 2012; Dourakis et al., 2006; Konik et al., 2011). *Rizikovou populací* představují převážně ženy nad 60 let věku s imunodeficitem (diabetes mellitus, těžká autoimunitní onemocnění, chemoterapie, myelom, poruchy funkce jater a ledvin aj.) (Fridrich et al., 2016), nicméně ojediněle se

mohou mezi nemocnými vyskytovat i mladší lidé – zejména profesionální sportovci nebo těhotné ženy v návaznosti na komplikace osteitis pubis (Hartshorn et al., 2009; Cosma et al., 2019). *Nejčastěji detekovanými etiologickými agens* bývají *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli* nebo gramnegativní nefermentující bakterie (rody *Pseudomonas* nebo *Burkholderia*) (Fridrich et al., 2016; Dourakis et al., 2006; Charles et al., 2011). *Rozvoj onemocnění* probíhá nejčastěji hematogenní cestou v souvislosti se septickými stavy nebo šířením per continuitatem skrze narušený kožní kryt.

Důležité je zmínit, že se nejedná o analog onemocnění s podobně znějícím a běžně se vyskytujícím onemocněním *osteitis pubis*, která je na rozdíl od symphysitidy entezopatií

postihující šlachově vazivový aparát pánevního kruhu – toto onemocnění se vyskytuje převážně u mladých žen nebo aktivních sportovců. V terapii osteitidy se uplatňují téměř výhradně nesteroidní antiflogistika a klidový režim. K úplnému odeznění příznaků dochází zpravidla do několika týdnů, vzácnou komplikací může být v důsledku bakteriální superinfekce výše zmiňovaná symphysitis pubis purulenta (Johnson, 2003; Knoeller, 2006; Hopp et al., 2013)

## Klinický obraz

Symphysitis pubis purulenta se může projevovat velmi různorodě – dle kazuistických sdělení *nejčastěji* probíhá pod obrazem bolestí zad s propagací na vnitřní stranu třísel spojených s celkovými zánětlivými pří-



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Dalibor Zimek, zimek@nemocnice-vs.cz  
Neurologické oddělení, Vsetínská nemocnice, a. s.  
Nemocniční 955, 755 01 Vsetín

Cit. zkr: *Neurol. praxi.* 2022;23(2):245-248

Článek přijat redakcí: 13. 1. 2021

Článek přijat k publikaci: 24. 3. 2021

znaky, otokem v pubické oblasti a palpační bolestivostí v oblasti symfýzy (Fridrich et al., 2016). Méně častými příznaky jsou bolesti břicha a podbřišku až s indukci peritoneálního dráždění nebo i paraparéza v důsledku sekundární myelitidy. Velmi vzácně může zánět vést až k nestabilitě symfýzy s následnou únavovou zlomeninou kosti křížové (Dudareva et al., 2017; Ross et al., 2003).

## Diagnostický postup

Diagnóza se opírá v první řadě o anamnestická data a klinický obraz spolu s laboratorními a mikrobiologickými vyšetřeními. Následují běžně dostupné zobrazovací metody – jako je vyšetření CT, rtg, ultrasonografické vyšetření; až následně při negativních nálezech a trvající nejistotě je vhodné doplnit vyšetření MRI nebo metabolické studie (scintigrafie skeletu, PET CT) (Dudareva et al., 2017; Ross et al., 2003).

V rámci diferenciální diagnostiky je nutno vyloučit častěji se vyskytující klinické jednotky jako osteitis pubis, náhlé příhody břišní, akutní urologické stavy (prostatitida, torze varlete), infekční onemocnění kůže, zevního genitálu a měkkých tkání. Nutno také vyloučit i maligní procesy (metastázy, lymfomy).

## Léčba

Léčba symphysitis pubis purulenta je primárně antibiotická – je doporučeno podávat oxacilin, fluorochinolony vyšších generací, klindamycin, cefalosporiny 3. generace, často s nutností jejich kombinace. Dále symptomatická terapie analgetiky a antipyretiky s klidovým režimem; chirurgická léčba je vyhrazena k léčbě komplikací (abscesy, patologická fraktura stydké kosti). Léčba i režimová opatření jsou stejná jako u spondylodiscitidy (Gouliouris et al., 2010; Knoeller et al., 2006).

## Kazuistika

Prezentujeme případ 53letého muže – dosud se léčícího pouze s hypertenzí bez jakékoliv další zátěže v pracovní, rodinné nebo epidemiologické anamnéze. Pacient byl původně přijat na naše oddělení pro bolesti dolní poloviny zad tupého charakteru s šířením na vnitřní stranu pravého stehna, zhoršující se pohybem a narušujícím spánek, bez odpovědi na běžně užívaná analgetika.

Neurologické klinické vyšetření bez pozoruhodností, jen při Lassèqueově manévru při 80° se provokuje bolest způsobená zkrácením musculi bicipites femores. Po interní stránce je pacient kardiopulmonálně kompenzovaný, uzliny (krční, podpažní, tříselné) nezvětšeny, břicho klidné bez známek peritoneálního dráždění, per rectum v dosahu prstu bez patologie, kůže bez patologických eflorescencí. Při přijetí elevace CRP na 35 mg/l, bez leukocytózy, bez dalších pozoruhodností. K vyloučení strukturální patologie páteře bylo provedeno rentgenové vyšetření lumbosakrální páteře a pánve; k vyloučení zánětlivého postižení plic bylo provedeno rtg srdce a plic; k vyloučení patologie ledvin jako spouštěče bolestí zad byl proveden ultrazvuk břicha. Vzhledem k přítomnosti neúplně vyjádřené radikulární symptomatiky bylo doplněno CT vyšetření lumbosakrální páteře k vyloučení diskopatie. Všechna výše zmiňovaná zobrazovací vyšetření byla bez známek patologie.

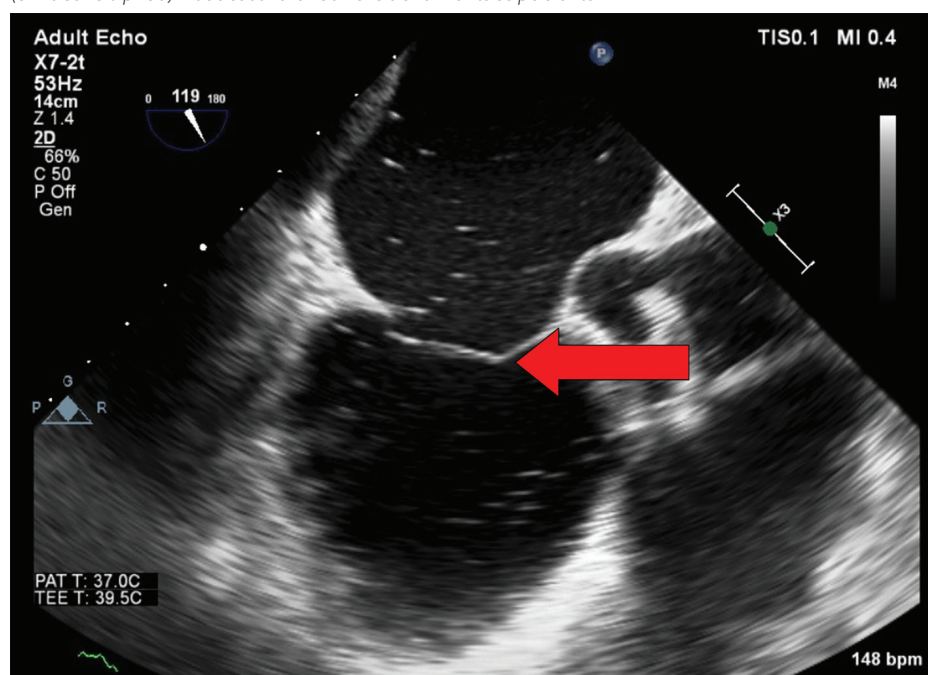
Druhého dne hospitalizace se klinický stav pacienta zhoršuje – pacient pocituje klidovou dušnost, tachykardii, bolesti na hrudi. EKG vyšetření a hladina troponinu I bez korelátu akutního koronárního syndromu. Bylo zopakováno laboratorní vyšetření – zde patrná masivní elevace zánětlivých parametrů CRP 120 mg/l, nově i leukocytóza  $17 \times 10^9$  – v návaznosti na

tato zjištění byla zahájena empirická antibiotická terapie koamoxicilinem (Amoksiklav) parenterálně, před podáním první dávky antibiotika odebrány hemokultury s nálezem kmene *Staphylococcus aureus*, který byl citlivý na podávaná antibiotika. Štěr z faryngu pouze s fyziologickou flórou horních cest dýchacích, kultivace moči byla sterilní. Vzhledem k celkovému klinickému stavu – febrilie, přetrvávající bolesti zad a dušnost a dosavadním negativním paraklinickým nálezům konzultováno antibiotické centrum s následnou změnou koamoxicilinu za vankomycin, který byl následně pro výraznou elevaci jaterních enzymů vyměněn za oxacilin.

Protože jsou stafylokoky klasickými zástupci bakterií vytvářejícími abscesy, bylo zahájeno pátrání po lokalizaci kryptogenní stafylokokové populace. Transthorakální echokardiografie (dále TTE) (obrázek 1) vyslovila podezření na infekční endokarditidu, proto bylo doplněno transesophageální echokardiografické vyšetření (dále TEE), kde popsán pouze průkaz pokročilých degenerativních změn aortální chlopně, nicméně bez průkazu infekční vegetace.

V další fázi diagnostiky bylo realizováno vyšetření onkomarkerů (PA, AFP, CEA, Ca 19-9, HE 4,  $\beta_2$  mikroglobulin) a elektroforézy séra k vyloučení paraneoplastické příčiny – onkomarkery ve fyziologických rozmezích vyjma

**Obr. 1.** Transthorakální echokardiografické vyšetření (TTE) – degenerativní změny aortální chlopně (označeno šipkou) – součást zdravotnické dokumentace pacienta





výrazné elevace  $\beta 2$  mikroglobulinu, pokles celkové bílkoviny a albuminu, peak  $\gamma$ -globulinu a  $\beta 2$  globulinu – změny odpovídající zánětlivému elektroforegramu.

K vyloučení spondylodiscitidy bylo provedeno MRI lumbosakrální páteře vylučující známky spondylodiscitis, popsána pouze protruze disku L5/S1 velikosti do 4 mm nevysvětlující klinickou symptomatiku. CT břicha a malé pánve – bez průkazu infekčního fokusu, nalezeny pouze ojedinělé zvětšené uzliny v malé pánvi. K vyloučení infekční koxitidy jsme provedli rtg a USG pravé kyčle a femuru následované ortopedickým vyšetřením bez známek infekční koxitidy. K vyloučení zánětlivé radikulitidy provedena lumbální punkce – nález v likvoru byl fyziologický cytologicky i biochemicky.

Klinický stav pacienta se v průběhu dalších 10 dní při zavedené antibiotické léčbě zlepšoval (pokles CRP na 20 mg/l, bez leukocytózy), bolesti ustoupily. Pacient byl propuštěn do ambulantní péče na vlastní žádost bez bolesti, afebrilní, kardiopulmonálně kompenzovaný. Dle doporučení kardiologa nasazen Cefuroxim Axetil jako profylaxe rozvoje infekční endokarditidy.

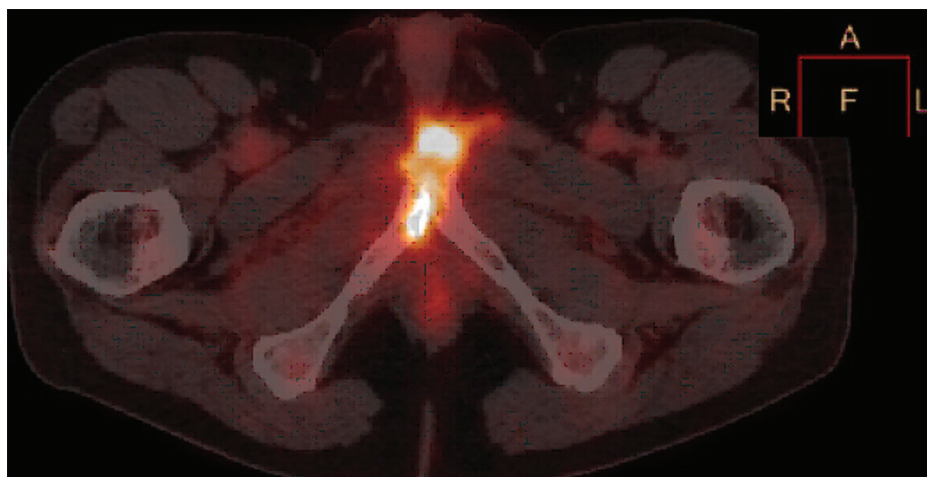
K našemu překvapení byl pacient přivezen po 14 dnech po propuštění na interní ambulanci somnolentní s vysokými horečkami, námahovou dušností, tachykardií, recidivou bolestí zad stejného charakteru jako v případě první hospitalizace. Laboratorní vyšetření prokázalo opětovnou masivní elevaci zánětlivých parametrů – CRP 230 mg/l, leukocyty  $15 \times 10^9$ . Rtg srdce a plic, rtg bederní páteře a rtg pravé kyčle bez signifikantní patologie. Z důvodu bezprostředního rizika ohrožení vitálních funkcí při probíhající sepsi byl pacient přijat na jednotku intenzivní péče. Pro přetrvávající klinickou suspekci na infekční endokarditidu bylo provedeno kontrolní TEE s nálezem incipientní infekční endokarditidy aortální chlopně (obrázek 2). Protože se nadále nepodařilo nalézt infekční fokus, byl uspišen termín na PET CT vyšetření, kde byla nalezena zvýšená akumulace radiofarmaka v oblasti pubické symfýzy – *Symphysitis pubis purulenta* (obrázek 3).

Pacientovi byla podávána po dobu 2 týdnů antibiotika intravenózně s následnou de-

**Obr. 2.** Transesophageální echokardiografické vyšetření (TEE) – incipientní inflamatorní změny aortální chlopně (označeno žlutým zvýrazňovačem popisujícím pracovištěm) – součást zdravotnické dokumentace pacienta



**Obr. 3.** PET CT – mohutná akumulace radiofarmaka související s hypermetabolismem v oblasti interpubického disku – součást zdravotnické dokumentace pacienta



eskalací na perorální formu na další 4 týdny, následně byl propuštěn do domácí péče bez teplot, bez bolestivé symptomatiky, v laboratorii pokles zánětlivých parametrů – CRP 20,8 mg/l, leukocyty  $10,8 \times 10^9$ /l. K dalšímu sledování byl předán do péče kardiologické a ortopedické ambulance. Cestou ortopedické ambulance provedeno kontrolní rtg vyšetření pánve za tři týdny po propuštění – patrně rozšíření symfýzy s neostře ohraničenými usuracemi okrajů stydkých kostí a nepravidelnou sklerotizací struktury spongiózy podél symfýzy – odpovídá proběhlému zánětlivému procesu (obrázek 4).

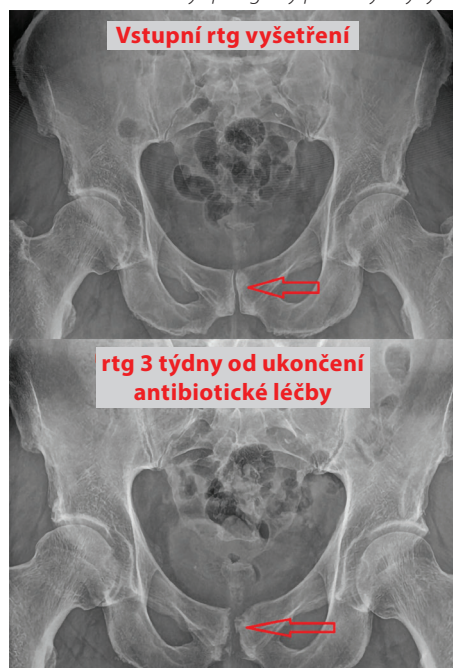
Aktuálně je pacient po více než roce od prodělaného onemocnění bez známek recidivy nebo zhoršení klinického stavu.

## Závěr

Symphysitis pubis purulenta je vzácné bakteriální onemocnění, vyskytující se téměř výhradně u imunokompromitovaných pacientů staršího věku, kde nejčastějším etiologickým agens je *Staphylococcus aureus*. Onemocnění vzniká nejpravděpodobněji hematogenně anebo per continuitatem při poškození kožního krytu. Léčba je obdobná jako u spondylodiscitidy – antibiotická léčba a analgetika, v případě komplikací je nutná léčba chirurgická.

Negativní rentgenové a CT nálezy v úvodu (nepřítomnost osteolytických změn) mohly být zapříčiněny časným stadiem onemocnění, kdy strukturální změny nemusely být ještě na rtg vyvinuty. V našem případě se jako nej-

**Obr. 4.** Vývoj rtg změn pánve v intervalu 7 týdnů – vstupní vyšetření bez strukturální patologie (obrázek nahoře), kontrolní rtg vyšetření 3 týdny od ukončení antibiotické terapie (obrázek dole) – usurace okrajů stydkých kostí s nepravidelnou sklerotizací struktury spongiózy podél symfýzy



pravděpodobnější příčina vzniku onemocnění je symfyzitida vyvinutá jako vzácná komplikace osteitis pubis (pacient středního věku, jež do rozvoje onemocnění aktivně sportoval a kromě kompenzované hypertenze nebyla přítomna další onemocnění).

## LITERATURA

1. Andrews JA, Rizzato Ledo D, et al. Septic arthritis of the pubic symphysis in two athletes. *Medicina (B Aires)*. 2012;72:247-250.
2. Budak MJ, Oliver TB. There's a hole in my symphysis: a review of disorders causing widening, erosion, and destruction of the symphysis pubis. *Clin Radiol*. 2013;68:173-180.
3. Dourakis SP, Alexopoulou A, Metallinos G, et al. Pubic osteomyelitis due to *Klebsiella pneumoniae* in a patient with diabetes mellitus. *Am J Med Sci*. 2006;331:322-324.
4. Gouliouris T, Aliyu SH, Brown NM. Spondylodiscitis: update on diagnosis and management. *J Antimicrob Chemother*. 2010;65(Suppl3):iii11-24.
5. Hartshorn S, Davies K, Anderson JM. Septic arthritis of the pubic symphysis in an 11-year-old boy. *Pediatr Emerg Care*. 2009;25:350-351.
6. Hopp SJ, Colemann U, Kelm J, et al. Osteitis pubis and adductor tendinopathy in athletes: a novel arthroscopic pubic symphysis curettage and adductor reattachment. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2013;133:1003-1009.
7. Charles P, Ackermann F, Brousse C, et al. Spontaneous

Na diagnózu symphytitis pubis purulenta při bolestech zad je vhodné pomýšlet při vyloučení jiných běžně se vyskytujících onemocnění, zvláště pak při kombinaci vertebrálních a perzistujících klinických a paraklinických známkách zánětu.

streptococcal arthritis of the pubic symphysis. *Rev Med Interne*. 2011;32:e88-90.

8. Johnson R. Osteitis pubis. *Curr Sports Med Rep*. 2003;2:98-102.

9. Knoeller SM, Uhl M, Herget GW. Osteitis or osteomyelitis of the pubis? A diagnostic and therapeutic challenge: report of 9 cases and review of the literature. *Acta Orthop Belg*. 2006;72:541-548.

10. Konik E, Bauer B, Lee M. 64-year-old male with septic arthritis of the pubic symphysis. *Clin Pract*. 2011;1:e76.

11. Fridrich F, Báča V, Džupa V. Infekční zánět symfýzy (symphytitis pubis purulenta): pět kazuistik a přehled literatury: Infectious Inflammation of Pubic Symphysis (Symphytitis Pubis Purulenta): Five Case Reports and Literature View. *Acta Chir Orthop Traumatol Cech*. 2013;6:83.

12. Dudareva Maria, Ferguson J, Riley N, et al. Osteomyelitis of the Pelvic Bones: A Multidisciplinary Approach to Treatment. *Journal of Bone and Joint Infection* [online]. 2017;2(4):184-193.

13. Ross JJ, Linden THU. Septic Arthritis of the Pubic Symphysis. *Medicine* [online]. 2003;82(5):340-345.