

Một trường hợp áp xe cơ thắt lưng-chậu hai bên sau nhiễm trùng muộn vít cố định tái tạo dây chằng chéo trước gối phải

Trần Thị Mai Diệu^{1*}, Trần Hữu Dũng^{2,3}, Lê Nghi Thành Nhân^{2,3}

(1) Bác sĩ nội trú chuyên ngành Ngoại khoa, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

(2) Khoa Ngoại Chấn thương chỉnh hình - Lồng ngực, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

(3) Bộ môn Ngoại trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Tổng quan: Áp xe cơ thắt lưng-chậu là một tình trạng tích tụ mủ trong khoang cơ do nhiễm trùng sâu. Tình trạng này có thể xảy ra tiên phát hay thứ phát. Các trường hợp áp xe cơ thắt lưng-chậu tiên phát thường xuất hiện sau nhiễm trùng khối máu tụ tại chỗ. Trong khi đó, áp xe cơ thắt lưng-chậu thứ phát thường là kết quả sự lây nhiễm từ nhiễm trùng của các cơ quan kế cận, có liên quan với chấn thương hay các phương tiện đặt ở vùng háng, bẹn, đùi và cột sống hay xa hơn như vùng gối. Áp xe cơ thắt lưng-chậu thường hiếm gặp và thường được chẩn đoán muộn bởi vì sự biểu hiện các triệu chứng không đặc hiệu. **Giới thiệu ca bệnh:** Chúng tôi mô tả một trường hợp bệnh nhân vào viện với nhiễm trùng vít cố định tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối nhập viện điều trị tại khoa Ngoại Chấn thương Chỉnh hình-Lồng ngực, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế. Trong quá trình điều trị, bệnh nhân có biểu hiện áp xe cơ thắt lưng-chậu không điển hình với sốt cao và đi cầu lỏng và đau vùng chậu lan xuống đùi. Báo cáo này nhằm giới thiệu trường hợp chẩn đoán muộn áp xe cơ thắt lưng-chậu cùng với các triệu chứng không điển hình. Qua đó, chúng tôi muốn làm nổi bật hơn sự cần thiết của việc nghi ngờ và chẩn đoán sớm áp xe cơ thắt lưng-chậu ở các trường hợp có biểu hiện tương tự nhằm đem lại kết quả điều trị và tiên lượng tốt hơn cho bệnh nhân. **Kết luận:** Áp xe cơ thắt lưng-chậu có thể biểu hiện không điển hình: Sốt cao liên tục, đi cầu phân lỏng và đau vùng chậu lan xuống đùi, đôi khi được phát hiện tình cờ qua hình ảnh học. Vì bệnh hiếm gặp và lâm sàng đa dạng nên khảo sát bằng hình ảnh khi có lâm sàng nghi ngờ là cần thiết giúp phát hiện và chẩn đoán sớm, từ đó đem lại hiệu quả tích cực trong điều trị, tránh nguy cơ nhiễm trùng huyết nặng và tử vong.

Từ khóa: áp xe cơ thắt lưng-chậu, biểu hiện không điển hình, nhiễm trùng vít cố định dây chằng chéo trước.

Abstract

A case report: bilateral psoas muscle abscess after interference screw-site infection in anterior cruciate ligament reconstruction

Tran Thi Mai Dieu^{1*}, Tran Huu Dung^{2,3}, Le Nghi Thanh Nhan^{2,3}

(1) Resident in General Surgery of University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(2) Trauma and Orthopedic Department, University of Medicine and Pharmacy Hospital

(3) General Surgery Dept., University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Background: Psoas muscle abscess is an accumulation of pus in the muscle compartment caused by a deep infection. This can be either primary or secondary infection. Primary cases of psoas muscle abscess usually appear after infection of the hematoma or spread of bacteria from a distant location to the lymphatic passage. Secondary psoas muscle abscess is often the result of a direct infection or from infection of nearby organs, which may also be associated with trauma or other instruments of groin, thighs and spine or beyond the pillow area. Psoas abscess is rare condition and often delayed because of the presentation of nonspecific symptoms. **Case presentation:** We describe a case of patient admitted to the hospital with infection of interference screw site after 3 years anterior cruciate ligament reconstruction at the Department of Trauma - Orthopedic Surgery, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital of Medicine and Pharmacy. During treatment, patients present with atypical psoas abscess with high fever and diarrhea and thigh pain. This case illustrates how the diagnosis can be delayed due to its atypical presentation. Hence, highlighting the need for clinicians to have attention of clinical suspicion for iliopsoas abscess in patients presenting with

thigh pain and fever and diarrhea with the aims of better treatment. **Conclusion:** It is necessary to consider iliopsoas abscess as a differential diagnosis in patients presenting with fever, thigh pain and diarrhea. The rare condition with the varied clinical presentation means that cross-sectional imaging should be indicated early to reduce the risk of sepsis and death.

Keywords: *bilateral psoas muscle abscess, atypical presentation, infection of ACL interference screw site.*

1. TỔNG QUAN

Áp xe cơ thắt lưng chậu là một tình trạng bệnh lý hiếm gặp xảy ra do sự tích tụ mủ trong khoang cơ thắt lưng -chậu bởi một nhiễm khuẩn sâu, thường gặp là vi khuẩn sinh mủ [1], [2]. Theo y văn, hầu hết các ca bệnh áp xe cơ thắt lưng chậu được báo cáo có liên quan đến nhiễm trùng các cơ quan lân cận hoặc nhiễm trùng sau phẫu thuật với phương tiện cố định vùng cột sống thắt lưng hay vùng bụng sau phúc mạc. Với biểu hiện không điển hình, phát hiện bệnh và chẩn đoán muộn cùng với diễn tiến lâm sàng phức tạp đưa đến hậu quả nặng nề và tử vong cao do nhiễm trùng lan rộng và nhiễm trùng huyết [3].

Áp xe cơ thắt lưng chậu có thể xảy ra tiên phát hoặc thứ phát. Các trường hợp áp xe cơ thắt lưng chậu tiên phát thường xuất hiện sau nhiễm trùng khối máu tụ tại chỗ. Trong khi đó, áp xe cơ thắt lưng-chậu thứ phát thường là kết quả của một sự lây nhiễm từ nhiễm trùng của các cơ quan kế cận, điều này cũng có thể liên quan với chấn thương hay các phương tiện đặt ở vùng háng, bẹn, đùi và cột sống [4]. Các trường hợp áp xe cơ thắt lưng chậu trên bệnh nhân có nhiễm trùng phương tiện cố định xảy ra muộn đã được báo cáo [5], [6]. Tuy nhiên, trong y văn vẫn chưa ghi nhận áp xe cơ thắt lưng-chậu thứ phát sau nhiễm trùng vít cố định dây chằng chéo khớp gối.

Như đã đề cập ở trên, áp xe cơ thắt lưng chậu là một tình trạng bệnh lý hiếm gặp. Bartolo DC và cộng sự [7] báo cáo tỷ lệ áp xe iliopsoas là 0,4/100000 ở Vương quốc Anh. Bệnh thường xảy ra ở lứa tuổi trẻ em và các đối tượng có bệnh nền mạn tính hoặc suy giảm miễn dịch như: bệnh thận mạn, đái tháo đường...[3],[1],[2],[8]. Áp xe cơ thắt lưng-chậu có xu hướng ảnh hưởng đến nhiều bệnh nhân nam hơn, với tỷ lệ nam: nữ là 1,62 : 1 theo báo cáo của Lai YC và cộng sự [5]. Tỷ lệ tử vong do áp xe cơ thắt lưng-chậu tái phát lên đến 19% [6], [9]. Các triệu chứng của áp xe cơ thắt lưng chậu [9] bao gồm sốt, đau hai bên thắt lưng mơ hồ, chán ăn và sụt cân, khối ở vùng bẹn và/hoặc giới hạn cử động khớp háng. Nguyên nhân hàng đầu gây áp xe cơ thắt lưng chậu tiên phát là vi khuẩn sinh mủ: đứng đầu là tụ cầu vàng-Staphylococcus aureus, trong khi các trường hợp áp xe cơ thắt lưng chậu thứ phát chủ yếu do E.coli [10].

Điều trị áp xe cơ thắt lưng chậu bao gồm việc

dùng kháng sinh sớm, thích hợp cho từng loại vi khuẩn gây bệnh. Kháng sinh được cho đầu tiên theo kinh nghiệm, sau đó được điều chỉnh theo kháng sinh đồ. Việc chọc hút mủ được chỉ định khi ổ mủ lớn. Chọc hút hoặc dẫn lưu áp xe được thực hiện hiệu quả dưới sự hướng dẫn của chẩn đoán hình ảnh: Siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính. Các điều trị khác thường thay đổi tùy thuộc vào cơ địa bệnh nhân, các bệnh lý nội khoa phối hợp và tùy tác nhân gây bệnh [6], [9].

Ở bài báo cáo này, chúng tôi báo cáo một ca bệnh áp xe cơ thắt lưng chậu hai bên phát hiện muộn với những biểu hiện không điển hình: sốt cao, đau vùng chậu lan xuống đùi và tiêu chảy cùng với ổ nhiễm trùng tiên phát từ vị trí vít cố định dây chằng chéo trước khớp gối. Qua đó, chúng tôi tìm hiểu các yếu tố cản trở chẩn đoán và điều trị sớm.

2. BÁO CÁO CA BỆNH

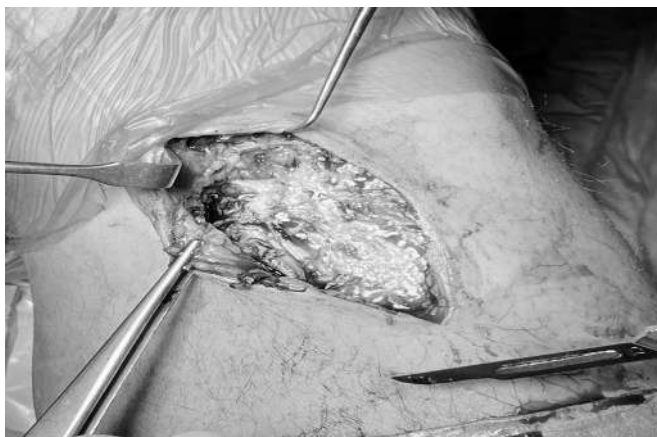
Bệnh nhân nam 27 tuổi vào viện vì nhiễm trùng và ổ tụ dịch vị trí vít cố định dây chằng chéo trước khớp phải với biểu hiện viêm rõ: sưng, nóng, đỏ, đau và hạn chế vận động khớp phải.

Tiền sử: cách 3 năm, bệnh nhân đứt dây chằng chéo gối phải do chấn thương và được phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo bằng gân cơ hamstring tự thân theo phương pháp nút treo gân phía xương đùi và vít chèn tự tiêu của hãng Athrex. Không xảy ra bất cứ tai biến nào trong và sau phẫu thuật, tại thời điểm 4 tháng sau phẫu thuật, vận động khớp gối về giới hạn thường.

Cách vào viện 1 tuần, bệnh nhân có biểu hiện sưng đau và hạn chế vận động khớp gối, đau tăng dần và bệnh nhân vào viện. Tại thời điểm vào viện, bệnh nhân được thăm khám với huyết động ổn: mạch 80 lần/phút, huyết áp 130/70 mmHg và nhiệt độ 37 độ C. Mặt trong gối phải có ổ tụ dịch viêm kích thước khoảng 3 x 4 cm, dò dịch mủ. Bệnh nhân được chẩn đoán: Nhiễm trùng vít cố định ACL gối phải và được phẫu thuật nội soi cắt mạc viêm, nạo tổ chức viêm. Sau phẫu thuật, do bệnh nhân có khuyết hỏng phần mềm mặt trước gối nên được điều trị bằng phương pháp hút áp lực âm. Bệnh nhân được điều trị ban đầu với kháng sinh cefoxitin liều 2g/24h tiêm tĩnh mạch. Kết quả cấy dịch mủ: trực khuẩn mủ xanh đa kháng, sau đó được chuyển qua Ciprofloxacin

0,4-0,8 g/ngày và Zobactam 6,75 g/ngày theo kết quả kháng sinh đồ. Bilan nhiễm trùng lúc vào viện không rõ ràng, bạch cầu tăng nhẹ 10.000-11.000 K/ml, các chỉ số khác trong giới hạn thường. Trong 4

tuần đầu tiên, bệnh nhân được tiến hành 3 lần cắt lọc loại bỏ tổ chức viêm-hoại tử, súc rửa và hút áp lực âm và sau đó được ghép da dày che phủ khuyết hổng phần mềm.

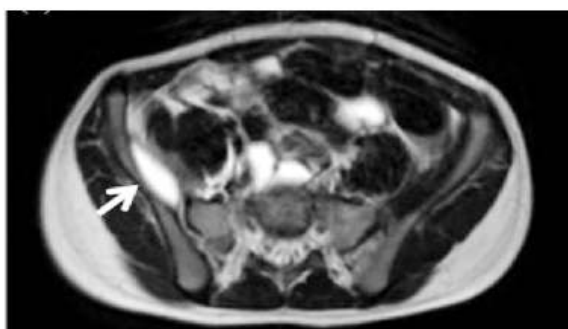


Hình 1. Vết thương nhiễm trùng vết chẹn ACL (trong mổ lần 1)

Ngày thứ 40 sau nhập viện, vết mổ khô sạch, không chảy dịch, da ghép che phủ khuyết hổng tại vị trí vết cố định ACL tốt, tuy nhiên bệnh nhân xuất hiện sốt cao liên tục nhiệt độ trong ngày luôn ở mức 39-40,05 độ C và đáp ứng kém với thuốc hạ sốt Paracetamol, ho nhẹ, xung huyết kết mạc. Huyết động : mạch nhanh 110-120 lần/phút, tần số thở 25-30 lần/phút, huyết áp 140/90 mmHg. Ngày thứ 2-3 sau sốt bệnh nhân đi cầu phân lỏng 3 lần/ngày, không máu trong phân. Bệnh nhân được chẩn đoán: theo dõi nhiễm trùng huyết/sốt cao liên tục chưa rõ nguyên nhân và được cấy máu. Kết quả cấy máu âm tính, các tầm soát tìm ổ nhiễm trùng khác được thực hiện nhưng chưa thấy tiêu điểm. Kết quả bilan tầm soát nhiễm trùng bao gồm: cấy máu âm tính, công thức máu: bạch cầu không tăng 8,420 K/microl, tỷ lệ đa nhân trung tính 70%, tiểu cầu giảm 133-98 K/microl; test Dengue Duo IgM-IgG-NS1 đều âm tính, kéo máu tìm ký sinh trùng sốt rét âm tính, anti HAV-IgM âm tính. Bệnh nhân có biểu hiện sốt cao liên tục, đi lỏng và đau vùng chậu lan xuống đùi hai bên. Chỉ số viêm CRP

tăng 44,6 mg/dl-126,62 mg/dl, SGOT tăng 908,8U/L, SGPT tăng 128,6 U/L với ure và creatinin trong giới hạn thường. Ngày thứ 4-5 sau sốt: bệnh nhân nổi hồng ban toàn thân được cho thêm Doxycyclin vì nghi ngờ sốt do tác nhân vi khuẩn không điển hình.

Ngày 7-8 sau khởi phát sốt: bệnh nhân đau bụng và đi lỏng tăng, siêu âm bụng chậu phát hiện áp xe cơ thắt lưng chậu bên phải. MRI bụng chậu được thực hiện ngay sau đó với kết quả thấy ổ tụ dịch cơ thắt lưng hai bên, bên phải 43X17 mm, bên trái 67X13 mm, ổ tụ dịch cơ chậu phải kích thước 130X20mm giảm tín hiệu trên T1W và tăng tín hiệu trên T2W, bờ không đều, giới hạn rõ và ngấm thuốc ngoại vi. Cơ chậu phù nề và thâm nhiễm lan rộng ra mô mỡ trong phúc mạc và hố chậu 2 bên. Chẩn đoán: áp xe cơ thắt lưng chậu hai bên được thiết lập. Bệnh nhân được chọc hút áp xe dưới hướng dẫn của siêu âm kết hợp điều trị kháng sinh Ciprofloxacin+Ceftriaxone và Metronidazole. Kết quả cấy dịch mũ chọc hút: Trực khuẩn mũ xanh-Pseudomonas aeruginosa đa kháng.



Hình 2. Hình ảnh MRI áp xe cơ thắt lưng-chậu trước chọc hút

Sau chọc hút dịch mủ và điều trị kháng sinh 7 ngày, bệnh nhân hết sốt, bilan viêm gồm bạch cầu và CRP về bình thường, siêu âm kiểm tra thấy ổ áp xe trong cơ thắt lưng chậu hai bên giảm kích thước còn: 32X14 mm bên phải và 20X10mm bên trái. Bệnh nhân được ra viện và tiếp tục điều trị kháng sinh đường uống tiếp nối trong 2 tuần.

Tái khám sau 3 tháng: Bệnh nhân toàn trạng ổn định, hết đau hoàn toàn và vận động các khớp gối và háng hai bên trong giới hạn thường. Kết quả siêu

âm phần mềm sau 3 tháng: Không còn thấy các ổ hời âm trong cơ thắt lưng - chậu hai bên. Các xét nghiệm bilan nhiễm trùng đều về giới hạn bình thường với: bạch cầu 8,8 G/l, bạch cầu đa nhân trung tính 55%, tốc độ lắng máu trong giới hạn thường. Chỉ số CRP 0,77 mg/l, procalcitonin 0,022 ng/ml: trong giới hạn thường. Tại thời điểm 3 tháng sau điều trị, bệnh nhân đã sạch hoàn toàn nhiễm trùng với sự trở về bình thường của các biểu hiện lâm sàng và các chỉ số xét nghiệm sinh hóa.



Hình 3. X quang khớp gối tại thời điểm tái khám sau 3 tháng

3. BÀN LUẬN

Như vậy, chẩn đoán áp xe cơ thắt lưng chậu kinh điển, các triệu chứng sốt cao, đau vùng chậu-đùi và hạn chế vận động khớp háng được đề cập [4]. Tuy nhiên, triệu chứng bệnh áp xe cơ thắt lưng chậu có thể rất đa dạng và không điển hình. Trong trường hợp này, triệu chứng nổi bật chỉ có sốt cao liên tục và kém đáp ứng với hạ sốt paracetamol thông thường. Bên cạnh đó, tình trạng đi cầu phân lỏng là một yếu tố nhiễu khiến các bác sĩ lâm sàng nhận định sai lầm nhiễm trùng là từ đường tiêu hóa. Chính bởi biểu hiện lâm sàng đa dạng và không điển hình như vậy đã làm chậm trễ công tác chẩn đoán bệnh, đưa đến chậm trễ trong điều trị.

Về lâm sàng, nên nghi ngờ một áp xe cơ thắt lưng chậu nếu lâm sàng bệnh nhân có sốt cao liên tục và loại trừ tất cả những tiêu điểm nhiễm trùng có thể bằng thăm khám và bilan chẩn đoán [5], [10], [4]. Thăm khám lâm sàng tỉ mỉ cũng giúp ích nhiều trong việc định hướng và phát hiện áp xe cơ thắt lưng chậu: tính chất đau do viêm tăng lên khi nghỉ ngơi, tăng về đêm và giảm khi vận động; cùng với sự tăng của các chỉ điểm viêm bao gồm CRP và tốc độ lắng máu. Đặc biệt, khi bệnh nhân có biểu hiện đau

mơ hồ vùng chậu-đùi hay tiêu chảy có thể gợi ý một nhiễm trùng sâu gây kích thích phúc mạc. Dấu hiệu Psoas: đau tăng khi căng cơ thắt lưng chậu, bệnh nhân thường thích tư thế gấp hông mình làm chùng cơ thắt lưng chậu cũng là một dấu hiệu cần được chú ý khi thăm khám [11].

Về cận lâm sàng, siêu âm bụng chậu là một phương tiện sẵn có và rẻ tiền giúp phát hiện áp xe cơ thắt lưng chậu một cách dễ dàng và là phương tiện tốt. Siêu âm bụng chậu cho thấy sự hữu ích trong định hướng phát hiện các nhiễm trùng sâu và nên thực hiện ở các trường hợp nghi ngờ. MRI là một phương tiện chính xác giúp chẩn đoán tốt về mặt hình thái, số lượng của áp xe cơ thắt lưng chậu và sự lan rộng của nhiễm trùng [12]. Các ổ áp xe có thể thấy được trên MRI với sự giảm tín hiệu trên T1W, tăng tín hiệu trên T2W với kích thước chính xác, cùng với sự phù nề của cơ thắt lưng chậu và tăng tín hiệu trên T2W. Ngoài ra, các phương tiện chẩn đoán hình ảnh này còn giúp ích hiệu quả trong việc định hướng chọc hút mủ và theo dõi điều trị.

Theo y văn, tác nhân gây áp xe cơ thắt lưng chậu thứ phát thường gặp nhất là do tụ cầu vàng, xếp thứ 2 là *E.coli*. Mặc dù vậy, trong trường hợp này,

tác nhân gây bệnh là trực khuẩn mủ xanh đa kháng. Với đặc điểm tác nhân cùng với thời điểm xuất hiện bệnh sau nhập viện 6 tuần, không loại trừ đây là một nhiễm trùng bệnh. Trên bệnh nhân này, ngoài ổ nhiễm trùng tiên phát ở vị trí vết chẹn dây chằng chéo trước khớp gối, chúng tôi không tìm thấy bất kỳ tiêu điểm nhiễm trùng nào khác có thể lý giải cho tình trạng áp xe cơ thắt lưng chậu 2 bên. Mặt khác, kết quả cấy vi khuẩn từ hai vị trí cho thấy cùng một tác nhân là *Pseudomonas aeruginosa* càng ủng hộ cho giả thuyết áp xe cơ thắt lưng chậu thứ phát là do lây nhiễm từ ổ nhiễm trùng vết chẹn ở gối theo đường máu.

Điều trị áp xe cơ thắt lưng chậu cần được thực hiện sớm nhất có thể với kháng sinh đường tĩnh mạch. Kháng sinh được dùng phù hợp với tác nhân gây bệnh và theo kết quả của kháng sinh đồ. Trong trường hợp ổ áp xe kích thước lớn, có thể tiến hành

chọc hút hoặc dẫn lưu mủ dưới sự hỗ trợ của hình ảnh học: siêu âm, cắt lớp vi tính. Điều trị sớm và đúng phác đồ mang lại hiệu quả cải thiện nhanh về lâm sàng, giảm nguy cơ bệnh nặng và tử vong do nhiễm trùng huyết.

4. KẾT LUẬN

Áp xe cơ thắt lưng chậu có thể xảy ra thứ phát sau một nhiễm trùng từ vị trí xa. Biểu hiện của bệnh lý này khá đa dạng và không điển hình: sốt cao liên tục, đi cầu phân lỏng và đau vùng chậu lan xuống đùi, đôi khi chỉ phát hiện tình cờ qua hình ảnh học. Siêu âm bụng-chậu là một phương tiện sẵn có và hiệu quả. Chẩn đoán và điều trị sớm áp xe cơ thắt lưng chậu giúp đem lại hiệu quả tích cực trong điều trị, giảm nguy cơ bệnh nặng và tử vong do diễn tiến nhiễm trùng huyết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thongngarm T, McMurray RW (2001). Primary psoas abscess. *Ann Rheum Dis*, 60, 173.
2. Walsh TR, Reilly JR, Hanley E, et al (1992). Changing etiology of iliopsoas abscess. *American Journal Surgery*, 16, 163-413.
3. Mallick IH, Thoufeeq MH, Rajendran TP (2004). Iliopsoas abscess. *Postgrad Medical Journal*, 459.
4. Hu, SY., Hsieh, MS., Chang, YT et al (2019). Clinical features, management, and outcome of iliopsoas abscess associated with cardiovascular disorders: a hospital-based observational case series study. *BMC Musculoskeletal Disord*, 20, 474.
5. Lai YC, Lin PC, Wang WS, Lai JI (2011). An update on psoas muscle abscess: an 8- year experience and review of literature. *Int J Gerontol*, 9, 5-75.
6. Gruenwald I, Abrahamson J, Cohen O (1992). Psoas abscess: case report and review of the literature. *J Urol*, 6, 147-1624.
7. Bartolo, D.C.C., Ebbs, S.R. et al (1987). Psoas abscess in Bristol: a 10-year review. *Int J Colorect Dis*, 2, 72-76.
8. Isdale AH, Nolan DF, Butt WP, et al (1994). Psoas abscess in rheumatoid arthritis-an inperspicuous diagnosis. *Br J Rheumato*, 833-853.
9. Chern CH, Hu SC, Kao WF, et al (1997). Psoas abscess: making an early diagnosis in the ED. *Am J Emerg Med*, 8, 15-83.
10. Tomich, Eric B, and David Della-Giustina (2009). Bilateral psoas abscess in the emergency department. *The western journal of emergency medicine*, 10(4), 288-291.
11. Santaella, R. O. (1995). Primary vs Secondary Iliopsoas Abscess. *Archives of Surgery*, 130(12), 1309.
12. Yin HP, Tsai YA, Liao SF et al (2004). The challenge of diagnosing psoas abscess. *J Chin Med Assoc*, 67(3), 156-165.