

om det nok var mer vanlig i tidligere tider. Klinisk forløp ved tuberkuløs spondylitt i C1–C2 beskrives som mer langvarig og subakutt enn ved akutte infeksjoner av ikke-granulomatøs type. Vår pasient hadde et relativt akutt forløp, der funn ved utredning og effekt av behandlingen bekreftet mistanken om akutt hematogen spondylitt av ikke-granulomatøs type.

Differensialdiagnostisk er det i begynnelsen av det kliniske forløpet vanskelig å skille akutt hematogen spondylitt fra ondartet sykdom eller revmatoid inflammasjon med destruksjon av C1–C2. Aagaard og medarbeidere fant at blodkultur var positiv i rundt 70 % av tilfellene (3). Biopsitaking og dyrkningsprøve fra prevertebralt område er likevel ønskelig for å øke den diagnostiske presisjonen. Det er påkrevd med rask diagnostisering, da forsinkelse kan gi livstruende komplikasjoner (5). Spesialister i øre-nese-hals-sykdommer, i nevrokirurgi og i radiologi er sentrale i diagnostikk av denne tilstanden. Prøvetaking fra prevertebralt område gjøres best fra pharynx, gjennom en transnasal eller transoral tilgang (6). Behandling er i første rekke konservativ, med stiv nakkekrage og langvarig antibiotikabehandling. Ved radiologisk progrediering eller økende nevrologiske symptomer må kirurgisk dekompressjon og eventuell fiksasjon vurderes (3).

Oppsummering

Vi beskriver en pasient med akutt hematogen spondylitt i C1–C2. Denne sjeldne og livstruende tilstanden kan mistenkes ved akutte og svært kraftige smerter i øvre del av nakken eller bakhodet, dersom pasienten i

tillegg har infeksjonssymptomer og nedsatt allmenntilstand med vekttap, og spesielt ved nevrologiske følgesymptomer. CT eller MR av cervikalcolumna er nødvendig for å stille diagnosen og bør vurderes ved slike symptom bilder.

Pasienten har samtykket til at artikkelen blir publisert.

Forfatterne takker Tore Wold, Universitetssykehuset Nord-Norge, Harstad for kommentarer knyttet til CT cervikalcolumna (figur 1).

Niels Christian Stenklev (f. 1964)

er dr.med., spesialist i øre-nese-halssykdommer, med spesialkompetanse i nese- og mellomørekirurgi, overlege og førsteamanuensis. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Harald Rusten (f. 1980)

er lege i spesialisering i øre-nese-halssykdommer. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kay Müller (f. 1969)

er ph.d., spesialist i nevrokirurgi, overlege og førsteamanuensis. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Rune Hennig (f. 1952)

er spesialist i nevrokirurgi, overlege og professor. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Tormod Eggen (f. 1967)

er ph.d. og spesialist i patologi. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Gry Wikran (f. 1969)

er spesialist i radiologi, med spesialkompetanse i nevro- og øre-nese-hals-radiologi. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Schimmer RC, Jeanneret C, Nunley PD et al. Osteomyelitis of the cervical spine: a potentially dramatic disease. *J Spinal Disord Tech* 2002; 15: 110–7.
2. Wiedau-Pazos M, Curio G, Grüsser C. Epidural abscess of the cervical spine with osteomyelitis of the odontoid process. *Spine* 1999; 24: 133–6.
3. Aagaard T, Roed C, Dragsted C et al. Microbiological and therapeutic challenges in infectious spondylodiscitis: a cohort study of 100 cases, 2006–2011. *Scand J Infect Dis* 2013; 45: 417–24.
4. Mishra S, Srivastava AK, Singh DK et al. Rescuing the falling head. *Neurol India* 2013; 61: 332–3.
5. Parish DC, Clark JA, Liebowitz SM et al. Sudden death in rheumatoid arthritis from vertical subluxation of the odontoid process. *J Natl Med Assoc* 1990; 82: 297–9, 302–4.
6. Lee A, Sommer D, Reddy K et al. Endoscopic transnasal approach to the craniocervical junction. *Skull Base* 2010; 20: 199–205.

Mottatt 11.8. 2014, første revisjon innsendt 6.10. 2014, godkjent 5.1. 2015. Redaktør: Siri Lunde Strømme.

Kommentar

En uvanlig årsak til rygg smerter

Stenklev og medarbeidere presenterer historien til en pasient med osteomyelitt i øvre cervikalcolumna. Denne lokalisasjonen er sjelden og kan føre til tverrsnittlesjon og plutselig død. Pasienten hadde kroniske muskel- og skjelettplager fra nakken før det aktuelle og var utredet med MR av nakken tre måneder før hun ble akutt syk. Diagnosen ble allikevel stilt relativt raskt, og pasienten unngikk alvorlige komplikasjoner. Sykehistorien har flere relevante diagnostiske og terapeutiske poenger.

På et fastlegekontor ser man sjelden infeksjoner i columna, mens nakke- og rygg smerter er vanlige. Det kan derfor være vanskelig

å mistenke osteomyelitt, også fordi tilstanden oftest begynner snikende og progredierer over uker og måneder. I en studie var mediantiden fra symptomdebut til diagnosen 48 ± 40 dager (1). Smertene kan forverres om natten, men kan også initialt lindres ved sengeleie. Feber et angitt hos opp til 50 % av pasientene, men mange pasienter med rygg smerter får ikke-steroid antiinflammatoriske midler (NSAID-preparater) som kan kamuflere feber (2). Hvis tilstanden kompliseres av epidural abscess, kan det komme nevrologiske utfall, eventuelt med pareser. Ved klinisk undersøkelse kan det være bankeømhøhet over processus spinosus i det

smertefulle området. Hvis det også er forhøyede inflammasjonsparametere, bør det lede tanken hen på osteomyelitt.

Et annet diagnostisk poeng er at vanlig røntgen gir negative funn de første 2–3 ukene etter sykdomsdebut, og skjelettscintigrafi har lav spesifisitet. Ved mistanke om osteomyelitt bør man foretrekke MR, da eventuelle bløtdelsinfeksjoner som abscesser fremstilles bedre enn ved CT (3).

Fordi antibiotikabehandlingen er langvarig og vanskelig, er det imperativt å finne agens. Blodkulturer skal tas før antibiotikabehandling. Hvis disse viser oppvekst av typiske osteomyelittbakterier som Staphylo-

coccus aureus, streptokokker eller gram-negative staver, kan man unnlate å ta biopsi. I vårt sykehus gjør vi oftest CT-veiledet eller kirurgisk biopsi fordi bildediagnostikken kan være atypisk og malignitet og andre differensialdiagnoser bør utelukkes. Det gir også muligheter til å foreta gramfarging og bruke DNA-baserte bakteriologiske analyser fra materialet. At bakteriene i blodkulturer og biopsi er ulike, forekommer likevel svært sjeldent (4). Hvis blodkulturene og biopsiene er negative, tar vi en ny biopsi. Er pasienten stabil, avventer vi antibiotikabehandling til svarene på mikrobiologiske undersøkelser foreligger. En sjelden gang kan man bli nødt til å starte behandling uten å kjenne agens.

En nylig randomisert undersøkelse viste at seks ukers behandling ikke var dårligere enn 12 uker. Men det var kun 19 % av pa-

sientene som hadde abscesser, så det er mulig at behandlingstiden ved abscesser eller store destruksjoner kan forlenges noe (5). Detaljert valg av antibiotikabehandling basert på norske resistensforhold er angitt i Helsedirektorates retningslinjer for antibiotikabehandling i sykehus (6).

Dag Berild

dag.berild@medisin.uio.no
 Infeksjonsmedisinsk avdeling
 Oslo universitetssykehus, Aker

Dag Berild (f. 1951) er spesialist i indremedisin og i infeksjonssykdommer og er seksjonsoverlege.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Nolla JM, Ariza J, Gómez-Vaquero C et al. Spontaneous pyogenic vertebral osteomyelitis in nondrug users. *Semin Arthritis Rheum* 2002; 31: 271–8.
2. Torda AJ, Gottlieb T, Bradbury R. Pyogenic vertebral osteomyelitis: analysis of 20 cases and review. *Clin Infect Dis* 1995; 20: 320–8.
3. An HS, Seldomridge JA. Spinal infections: diagnostic tests and imaging studies. *Clin Orthop Relat Res* 2006; 444: 27–33.
4. Patzakis MJ, Rao S, Wilkins J et al. Analysis of 61 cases of vertebral osteomyelitis. *Clin Orthop Relat Res* 1991; (264): 178–83.
5. Bernard L, Dinh A, Ghout I et al. Antibiotic treatment for 6 weeks versus 12 weeks in patients with pyogenic vertebral osteomyelitis: an open-label, non-inferiority, randomised, controlled trial. *Lancet* 2014; e-publisert 5.11.2014.
6. Nasjonal faglig retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus. <http://helsedirektoratet.no/sites/antibiotikabruk-i-sykehus/Sider/default.aspx> (21.1.2015).

Mottatt 13.1. 2015 og godkjent 2.2. 2015. Redaktør: Siri Lunde Strømme.