

*Actinomyces* ved mikroskopi; ingen blev sendt til mikrobiologisk undersøgelse. Der blev fire gange sendt andet materiale til dyrkning, men først den fjerde dyrkning kunne verificere diagnosen. Partiel 16S rRNA gensekventering (526 bp) og efterfølgende *Basic Local Alignment Search Tool* (BLAST)-undersøgelse viste *Actinomyces species*. Det er velkendt, at *A. species* kan være svære at dyrke og ofte findes sammen med andre bakterier. Påbegyndt antibiotisk behandling kan yderligere sløre diagnosen. Udredningsforløbet er ganske typisk for *Actinomyces*, der ofte giver differentialdiagnostiske vanskeligheder [1-5]. *A. species* er grampositive stave med varierende kolonimorfologi. Den hyppigste årsag til klassisk aktinomykose er *A. israelii* [2]. Infektion er langsomt forløbende med abscesdannelse cervicofacialt, i thorax eller abdomen. Identifikation kræver anaerob dyrkning helst på specialmedie og gerne inkubering i lang tid – uger [4]. Brug af spiral kan disponere til genital aktinomykose [4], men dyrkning af spiral er ikke relevant ved diagnosticering af aktinomykose. Makroskopisk og ved mikroskopi kan evt. ses »svovlkorn«, der består af bakterier og inflammationsceller. Mikroskopien er dog kun positiv i 50% af tilfældene [2], og svovlkorn er ikke patognomonisk for aktinomykose [2, 4]. Dyrkning giver også kun positivt resultat i under halvdelen af prøverne [1, 2]. Derfor er gentagne prøver ofte nødvendige. Behandling med penicillin i 6-12 måneder vil i kombination med kirurgi helbrede 90% af patienterne [1]. Sygehistorien henleder opmærksomheden på aktinomykose og andre bakte-



Petriskåle til dyrkning af bakterier.

rielle infektioner som differentialdiagnoser ved mistanke om malign sygdom, og på at man i uafklarede tilfælde bør sende biopsier til mikrobiologisk undersøgelse. Ved mistanke om aktinomykose bør mikroskopi og specialdyrkning gentages flere gange og negative resultater tolkes med forbehold.

**KORRESPONDANCE:** *Mie-Ran Yoon*, Onkologisk Afdeling R, Odense Universitetshospital, DK-5000 Odense C. E-mail: mieyoon@gmail.com

**ANTAGET:** 16. februar 2009

**INTERESSEKONFLIKTER:** Ingen

#### LITTERATUR

1. Isik B, Aydin E, Sogutlu G et al. Abdominal actinomycosis simulating malignancy of the right colon. *Dig Dis Sci* 2005;50:1312-4.
2. Garner JP, Macdonald M, Kumar PK. Abdominal actinomycosis. *Int J Surg* 2007;5:441-8.
3. Permin H, Højby N. Diagnostik ved infektionssygdomme: Actinomycosis. *Ugeskr Læger* 2002;164:1195-6.
4. Smego RA Jr, Foglia G. Actinomycosis. *Clin Infect Dis* 1998;26:1255-61.
5. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Mandell, Douglas and Bennett's principles and practice of infectious diseases. I: Russo TA, ed. Agents of actinomycosis. New York: Churchill Livingstone, 1995:2280-8.

## Kongenit aplasi af det venstresidige perikardium

Reservelæge Sulman Rafiq, reservelæge Camilla Wium Meldgaard, afdelingslæge Frederik Buchvald & overlæge Bodil Brandt

Medfødte defekter af perikardiet er sjældne og erkendes oftest først ved operation. Klinisk kan disse manifestere sig fra asymptomatiske til svær hjertesygdom. Vi præsenterer her en sygehistorie, hvor en sekstenårig pige primært præsenterede sig med ukarakteristiske symptomer i form af anstrengelsesudløst dyspnø og venstresidige thoraxsmerter. Ved torakotomi påviste man aplasi af hele det venstresidige perikardium.

### SYGEHISTORIE OG UDREDNING

En sekstenårig pige debuterede fire år tidligere med let dyspnø ved anstrengelse, graden af dyspnø ved aktivitet progredierede siden. Ved anstrengelse fik hun desuden palpitationer og lette til moderate ven-

stresidige smerter i thorax, som dog også kunne opleves i hvile. Endvidere havde patienten enkelte episoder med nærsynkope. Hun blev i det daglige beskrevet som mindre aktiv, cyklede 800 meter til skole, men blev forpustet af dette. I øvrigt slank, høj pige, med fladt thorax, uden pectus excavatum (tragtbryst).

Der blev foretaget en del parakliniske undersøgelser:

Elektrokardiogram viste sinusrytme, normal akse og uden tegn på hypertrofi eller belastning.

Røntgen af thorax gav mistanke om total atelektatisk venstre underlap samt lidt væske svarende til venstre sinus.

### KASUISTIK

Rigshospitalet,  
Thoraxkirurgisk Afdeling  
RT 2152, Radiologisk  
Afdeling 2023 og Dansk  
Børne Lungecenter,  
Pædiatrisk Afdeling I

Lungefunktionsmåling viste let nedsat forceret eksspiratorisk volumen i første sekund (82% af forventet værdi), men ellers normale værdier, inklusive diffusionskoefficient.

Computertomografi med kontrast afkræftede atelektase, men gav mistanke om en volumenreduceret underlap. Hjertet var dislokeret nedadtil og mod venstre, uden klar adskillelse fra venstre diafragmakuppel. Den tidligere påviste pleuravæske blev genfundet.

V/Q skintigrafi ( $^{99}\text{Tc-MMA}/^{81}\text{Kr}$ ) viste matchet nedsat ventilation og perfusion svarende til venstre underlapsregion.

Ekkokardiografi var vanskelig på grund af hjertets lejring, men fraset bikuspid aortaklap fandtes ingen misdannelser.

Fleksibel bronkoskopi viste normal anatomi.

Magnetisk resonans (MR)-skanning af cor og store kar inklusive 3D-angiografi: Man genfandt, at hjertet var displaceret, men fandt ingen tegn på misdannelser eller anden hjertesygdom.

Pga. uafklaret problemstilling, men stærk mistanke om misdannet venstre underlap, valgtes venstresidig torakotomi grundet forventet resektion af venstre underlap. Ved denne operation fandtes dog manglende perikardium over hele venstre side af hjertet (se **Figur 1**). Hjertet var roteret med apex mod venstre. Nervus phrenicus forløb normalt i mediastinum superius, men herefter langs kanten af sternum til insertion helt medalt på diafragma. Man afstod fra at indsætte en goretex patch for at reparere defekten og derved presse hjertet mod højre, da dette ville kompromittere det venøse tilbageløb. Patienten fik efter operationen forklaret baggrunden for hendes symptomer, samt at det ikke var en alvorlig tilstand. Dette beroligede hende, og hjalp hende med at acceptere sine symptomer.

## DISKUSSION

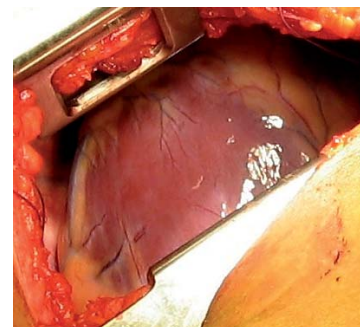
Komplet eller partiel kongenit aplasi af perikardiet ses tilfældigt i 0,044% af hjerteoperationer [1]. Partielle mindre defekter er mere problematiske end større defekter, da hjertet kan herniere igennem defekten [1, 2]. I dette tilfælde fandtes en meget stor defekt, hvilket muliggjorde, at hjertet kunne displacere sig længere ind i venstre thoraxhalvdel samt rotere omkring de store kar. Dette medførte patientens ukarakteristiske symptomer, som samtidig gav ophav til en lang række differentialdiagnostiske overvejelser.

Store defekter lades almindeligvis stå åbne, mens mindre defekter enten kan udvides eller lukkes, så herniering af hjertet undgås [1-4].

Der ses i op mod 30-50% af tilfældene andre

**FIGUR 1**

Hjertet ses her uden perikardium.



medfødte kardielle anomalier, blandt andet bikuspid aortaklap som i dette tilfælde [2] samt anomalier i thoraxvæggen (f.eks. pectus excavatum), torakale og abdominale organer [3].

Billeddiagnostisk fremstilles defekten bedst ved MR-skanning, men pga. sparsom epikardielt fedt hos børn opnås ofte ikke sufficient uddifferentiering af strukturerne til at erkende en evt. defekt i perikardiet [4]. Derfor anbefales torakoskopi som diagnostisk og evt. terapeutisk intervention, såfremt mistanken er rejst [2, 4].

**KORRESPONDANCE:** Sulman Rafiq, Dronningens Tværgade 53, 3. th., DK-1302 København K. E-mail: sulman\_raf@hotmail.com

**ANTAGET:** 23. maj 2009

**INTERESSEKONFLIKTER:** Ingen

## LITTERATUR

1. Drury NE, Silva RJ, Hall RMO et al. Congenital defects of the pericardium. *Ann Thorac Surg* 2007;83:1552-3.
2. Montaudon M, Roubertie F, Bire F et al. Congenital pericardial defect: report of two cases and literature review. *Surg Radiol Anat* 2007;29:195-200.
3. Nasser WK, Helmen C, Tavel ME et al. Congenital abscess of the left pericardium: clinical, electrocardiographic, radiographic, hemodynamic, and angiographic findings in six cases. *Circulation* 1970;41:469-78.
4. Bennett KR. Congenital foramen of the left pericardium. *Ann Thorac Surg* 2000;70:993-8.