

status, og patienten fortalte også retrospektivt om recidiverende, ubehandlet gingivitis, hvorfor primærinfektionen formodentlig udgik fra gingiva. Alternativt kunne primærinfektionen være ubehandlet otitis media, mastoiditis eller sinusitis, men da patienten ikke rapporterede om symptomer, der var forenelige med disse lidelser, findes dette mindre sandsynligt. Ved CT'en diagnosticeredes der ingen trombose i v. jugularis interna, denne var formentlig opløst på skanningstidspunktet pga. det månedlange sygdomsforløb. Diagnosen var ikke stillet ved primærinfektionen, hvorfor symptomerne ved indlæggelsen var manifestationer af hæmatogen spredning efterfulgt af abscesdannelse. Man kan diskutere, om PCR-måling i tilstrækkeligt omfang kan stå alene som diagnostisk undersøgelse. Da PCR-niveauet først blev fundet positivt efter længerevarende behandling, var der intet oprindeligt materiale tilgængeligt til undersøgelse med dyrkning, samtidig var der givet længerevarende

relevant antibiotisk behandling i højdosis, hvorfor yderligere undersøgelser ikke blev iværksat.

KORRESPONDANCE: Jacob Reinholdt Jensen, Lungemedicinsk Afdeling, Medicinerhuset, Mølleparkvej 4, Postboks 561, 9100 Aalborg. E-mail: jacrein@gmail.com

ANTAGET: 8. september 2011

FØRST PÅ NETTET: 14. november 2011

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Karkos PD, Asrani A. Lemierre's syndrome: a systematic review. *Laryngoscope* 2009;119:1552-9.
2. Albilila JB, Humber CC. Lemierre syndrome from an odontogenic source: a review for dentists. *J Can Dent Assoc* 2010;76:a47.
3. Ravn T, Huniche B. Lemierre syndrome: still an important clinical entity. *Scand J Infect Dis* 2006;38:299-301.
4. Kristensen LH. *Fusobacterium necrophorum*: fra tonsillitis til Lemierres syndrom. *Ugeskr Læger* 2009;171:987.
5. Møller K. Post-anginal sepsis (Lemierre's disease): a persistent challenge. *Scand J Infect Dis* 1997;29:191-4.

Lemierres syndrom efter peritonsillær absces

Rasmus Ehrenfried Berthelsen & Lars Hein

KASUISTIK

Anæstesiologisk Enhed,
Hillerød Hospital

Lemierres syndrom er en relativt sjælden, men alvorlig tilstand, der kan opstå efter orofaryngeal infektion. Syndromet er udløst af *Fusobacterium necrophorum* (FN), der kan give tromboflebit i vena jugularis interna (VJI) og lede til septisk embolisering oftest i lunger og led. Ca. 50% af tilfældene medfører langvarig indlæggelse og/eller behov for intensiv terapi [1]. I Danmark rapporteres der om 20-30 tilfælde årligt med en incidens på 14,4/1.000.000 for unge i aldersgruppen 15-24 år [2-4]. Vi beskriver et fulminant forløb hos en ellers rask 16-årig ung mand.

SYGEHISTORIE

En 16-årig ung mand blev indlagt via en vagtlæge efter seks dages anamnese med halssmerter, abdominalia og svingende febrilia. Før indlæggelsen var patienten blevet fulgt af egen læge, som havde set tilstanden an uden at give antibiotika grundet negativ Strep A-test. Ved indlæggelsen blev der diagnosticeret en peritonsillær absces, som blev dræneret. Grundet svær sepsis og tiltagende respiratorisk påvirkning blev patienten efterfølgende overflyttet til intensiv terapi-afsnit. En computertomografi (CT) af collum,

thorax og abdomen viste restabscesser i tonsillejet, pleuraempyem, flere lungeabscesser og en enkelt miltabsces (**Figur 1**). Der blev foretaget pleuracentese og tonsillektomi og påbegyndt bredspektret antibiotisk behandling med piperacillin/tazobactam, metronidazol, ciprofloxacin og gentamicin. Ved bloddyrkning blev der fundet vækst af FN, hvilket er foreneligt med Lemierres syndrom.

CT og magnetisk resonans-skanning af collum viste betydelige inflammatoriske forandringer i vævet omkring VJI, men det var ikke muligt sikkert at be- eller afkræfte trombose. Der blev påbegyndt profylaktisk behandling med tinzaparin 4.500 IE dagligt.

Efter tre dages intensiv terapi blev patienten overflyttet til stamafdelingen med henblik på videre antibiotikabehandling. Her forværredes hans tilstand med stigende infektionstal og tiltagende almen påvirkning. Ved gentaget billeddiagnostik blev der fundet stationære abscesser i lungerne, tiltagende pleuraempyem og tiltagende størrelse af miltabscessen. Antibiotikabehandlingen blev fortsat i yderligere fem uger med amoxicillin/clavulansyre og metronidazol, hvilket førte til fuld remission.

 FIGUR 1

Computertomografi af thorax og abdomen med kontrast.
Bemærk miltabscs (pil) og pleurale ansamlinger.



DISKUSSION

Lemierres syndrom er i ca. 65% af tilfældene forudgået af akut orofaryngeal infektion med FN [1, 4]. Dette er en anaerob bakterie, der hos ca. 20% af befolkningen er en del af den normale svælgflora [3]. Bakterien er hyppigt årsag til peritonsillær absces og er næsten altid følsom over for penicillin og metronidazol, men resistent over for makrolider og quinoloner [4, 5].

Ved Lemierres syndrom foreligger der ofte negativ Strep A-test, og 80% har ikke fået antibiotikabehandling inden indlæggelsen [4]. Det er uvist, om brugen af antibiotika ved Strep A-positive tonsillitter forebygger Lemierres syndrom, eller om det fortrinsvist er ved Strep A-negative infektioner, at der er risiko for, at tilstanden udvikles [2]

Den kliniske mistanke bør rejses i tilfælde af tonsillitis med svært forhøjet C-reaktivt protein (CRP), vedvarende feber og forværring af almentilstanden. Ved septisk embolisering er symptomerne afhængige af fokus, såsom respiratorisk insufficiens, ledsmerter, mavesmerter, icterus eller meningitis [2, 4].

Der bør foretages udredning i form af billeddiagnostik med røntgenoptagelser af thorax samt CT af hals, thorax og abdomen ved mistanke om lever- eller miltabscs. Dyrkning kan foretages fra blod eller materiale fra absces, empyem eller ledvæske [3].

Ved tidlig mistanke kan diagnosen stilles ved fund af FN ved polymerasekædereaktion eller selektiv anaerob dyrkning fra svælgpodning [2, 3].

Behandlingen er multidisciplinær og består i understøttelse af respiration og cirkulation, eventuelt under indlæggelse på et intensivafsnit, samt intravenøst givet penicillin og metronidazol, alternativt

clindamycin. Kirurgisk drænage af abscesser og ligger eller excision af VJI kan blive nødvendig. Antikoagulationsbehandling er omdiskuteret, men anbefales med sikkerhed ved retrograd trombose fra VJI til sinus cavernosus [2].

KONKLUSION

Vi beskriver et fulminant forløb af Lemierres syndrom med abscesser i lunger og milt hos en ellers rask 16-årig ung mand. Patienten havde en uges anamnese med symptomer, der var forenelige med tonsillitis, som pga. en negativ Strep A-test ikke blev antibiotikabehandlet. Lemierres syndrom rammer oftest yngre, raske personer og er en alvorlig tilstand med en rapporteret mortalitet på 5-9% [1, 4]. Hurtig diagnostik og intervention er nødvendig, og vi advokerer for øget opmærksomhed på denne tilstand ved Strep A-negativ tonsillitis med vedvarende feber/symptomer og/eller svært forhøjet CRP.

KORRESPONDANCE: Rasmus Ehrenfried Berthelsen, Mjøsensgade 8, 3. th., 2300 København S. E-mail: rasmuseb@dadlnet.dk.

ANTAGET: 13. marts 2012

FØRST PÅ NETTET: 16. april 2012

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Karkos PD, Asrani S. Lemierre's syndrome: a systematic review. *Laryngoscope* 2009;119:1552-9.
2. Kristensen LH, Jensen A, Prag J. Fusobacterium necrophorum: fra tonsillitis til Lemierres syndrom. *Ugeskr Læger* 2006;171:987-90.
3. Gehrt B, Jensen A, Kristensen LH et al. Kan anaerob dyrkning af svælgpodning forhindre Lemierres syndrom? *Ugeskr Læger* 2009;171:991-2.
4. Kristensen LH, Prag J. Lemierre's syndrome and other disseminated Fusobacterium necrophorum infections in Denmark: a prospective epidemiological and clinical survey. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2008;27:779-89.
5. Klug TE, Rusan M, Fuursted K et al. Fusobacterium necrophorum: most prevalent pathogen in peritonsillar abscess in Denmark. *Clin Infect Dis* 2009;49:1467-72.