

Lemierres syndrom som differentialdiagnose til lungecancer

Jacob Reinholdt Jensen & Ulla Møller Weinreich

Lemierres syndrom er en dissemineret infektion med anaerobe bakterier, oftest *Fusobacterium necrophorum* [1]. Bakterierne, som er bestanddele af den normale svælg- og mundhuleflora [2], forårsager formentlig invasive infektioner ved bestående slimhinde-skade [2].

Syndromet debuterer oftest med en orofaryngeal infektion [3], hyppigst faryngitis [1]. Primærinfektionen spredtes til det parafaryngeale rum [3] og efterfølges af tromboflebitis i v. jugularis interna [3]. Patienterne får herefter pludselig høj feber, kulderystelser samt smerter og hævelse af m. sternocleidomastoideus. Septiske mikroembolier fra v. jugularis interna medfører hæmatogen spredning af infektionen [3]. Oftest afficeres lunger, centralnervesystem, lever, hud og led [2]. Bakteriæmien medfører risiko for septisk shock [2]. Der diagnosticeres minimum 20 tilfælde om året i Danmark [4], fortrinsvist hos tidligere raske, yngre personer [5].

SYGEHISTORIE

En 39-årig mand blev indlagt med vægttab på 16 kg over seks måneder, progredierende dyspnø, abscessdannelse på sternum, nattesved og springende temperaturer. Manden var tidligere rask og havde røget, hvad der svarer til 25 pakkeår. Abscesserne på sternum blev uden effekt forsøgt behandlet med dicloxacillin. En computertomografi (CT) viste en tumorsuspekt forandring samt pleurafortykkelse i lobus superior pulmonis dexter og glandelforstørrelse i mediastinum. Patienten blev henvist til ambulant lungecancerudredning i form af positronemissionstomografi-CT (PET-CT), transtorakal ultralyd (UL)-vejledt biopsi, bronkoskopi og endobronkial UL-skanning af mediastinum (EBUS). Bronkoskopien viste normale forhold, EBUS og den transtorakale biopsi viste tegn på akut og kronisk inflammation. Der var ingen tegn på malignitet. PET-CT viste en perikardial opladning, opladning i tre små processer i hepar og en tumorsuspekt forandring i den kardiofreniske vinkel på venstre side.

Før svarene på den invasive udredning forelå, fandt man patienten konfus og rodende i hjemmet, hvilket medførte akut indlæggelse. Han blev intuberet og indlagt på en intensivafdeling. Paraklinisk

fandt man metabolisk acidose samt svær hyponatriæmi. Patienten var afebril, men havde en forhøjelse af C-reaktivt protein på 281 nmol/l og et leukocytal på 41,9 mia./l. En ny CT af cerebrum, thorax og abdomen viste progression i de perikardielle forandringer (**Figur 1**). Man planlagde UL-skanning af hepar med biopsi til dyrkning og resistens samt hiv-test.

Behandling med penicillin og metronidazol blev initieret. Patienten fik det klinisk bedre og blev ekstuberet efter to dage, herefter blev han overflyttet til en lungemedicinsk afdeling. Der var hurtig fremgang i almentilstanden. På baggrund af den billeddiagnostiske udvikling havde man mistanke om *Actinomyces*-infektion. Fra leverbiopsien fremkom positiv polymerasekædereaktion (PCR) for *Fusobacterium nucleatum*. Undersøgelser for *Actinomyces* og hiv-testen gav negativt resultat. Man fortsatte den langvarige højdosispenicillin- og -metronidazolbehandling, og patienten kom sig fuldstændigt.

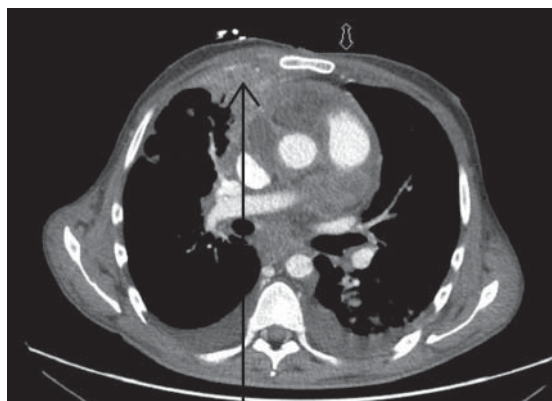
DISKUSSION

Anamnese og billeddiagnostiske fund bevirkede, at der initialt opstod mistanke om lungecancer. Der var i stedet tale om en sjælden variant af Lemierres syndrom, *Fusobacterium nucleatum* isoleres hos kun 3% af patienterne [1]. Patienten havde ingen erindringer om forudgående halsbetændelse, men ved den objektive undersøgelse blev der konstateret dårlig tand-

KASUISTIK

Lungemedicinsk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, Aalborg Sygehus

FIGUR 1



Perikardielle forandringer påvist ved computertomografi i forbindelse med akut indlæggelse.

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: Forfatterens 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. Albilis 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.