

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

rioden, dog højere blandt intravenøse misbrugere end i alle andre udsatte grupper.

Konklusionen er, at introduktionen og den fortsatte brug af HAART igennem de seneste seks år har resulteret i en meget lav morbiditet og mortalitet i Europa. Dette tyder på, at begrænsningerne i den nuværende behandling, inklusive potentielt uønskede effekter af langtidsbrug af HAART og problemer med kompliance, endnu ikke har påvirket HAART's kliniske succes i populationen. Langtidsopfølgning af store kohorter som EuroSIDA er af afgørende vigtighed for fortsat at kunne følge ændrede dødsårsager eller morbiditet og mortalitet blandt patienter med hiv.

Korrespondance: *Jens D. Lundgren*, Copenhagen HIV Programme (CHIP), Pavillon 1 – 044, H:S Hvidovre Hospital, DK-2650 Hvidovre.
E-mail: j.d.lundgren@inet.uni2.dk

Antaget: 21. april 2004

Interessekonflikter: Ingen angivet

Taksigelse: Den Europæiske Kommissions BIOMED I (CT94-1637) og BIOMED 2 (CT97-2713) og the Fifth Framework Programme (QLK2-2000-00773) er hovedsponsor for studiet. Bristol-Myers Squibb, GlaxoSmithKline, Roche og Boehringer-Ingelheim har ydet midler uden restriktioner. Deltagelsen af schweiziske klinikker er sponsoreret af Swiss Federal Office for Education and Science. Sekretær *Michela T. Nielsen* takkes for hjælp ved udarbejdelsen af det danske manuskript.

This article is based on a study first reported in the Lancet 2003;362:22-9.

Litteratur

1. Mocroft A, Vella S, Benfield TL et al. Changing patterns of mortality across Europe in patients infected with HIV-1. *Lancet* 1998;352:1725-30.
2. Mocroft A, Katlama C, Johnson AM et al. AIDS across Europe; 1994-1998: The EuroSIDA study. *Lancet* 2000;356:291-6.

Allergisk bronkopulmonær aspergillose med fatalt forløb

Reservelæge Benny Kirschner & overlæge Asbjørn Høegholm

Storstrømmens Sygehus Næstved, Medicinsk Afdeling

Aspergillus er en udbredt svamp, der findes i ca. 150 arter [1]. Den dominerende af disse er *Aspergillus fumigatus*, der vurderes at være ansvarlig for ca. 95% af al *Aspergillus*-relateret sygdom [1]. Bronkopulmonal aspergillose inddeles i tre hovedgrupper [1-3]: 1) aspergillom opstår hos patienter, der har præformerede lungekaviteter på grund af anden sygdom f.eks. tuberkulose, 2) invasiv pulmonal aspergillose ses i en lokaliseret kronisk type, der er relateret til f.eks. kronisk obstruktiv lungesygdom, samt en aggressiv, akut type, der ses ved immunsystemsygdom, og 3) allergisk bronkopulmonal aspergillose (ABPA), der er karakteriseret ved noninvasiv vækst af *Aspergillus* i luftvejene og ledsagende hypersensitivitetsreaktioner. Vi beskriver her et usædvanligt forløbende tilfælde af ABPA.

Sygehistorie

En 29-årig mand blev indlagt med to måneder varende almen sygdomsfølelse febrilia, og tør hoste. Bortset fra en let ubehandlet astma, var han tidligere rask. Patienten var febril (38,1°C), puls 100/min, takypnøisk (respirationsfrekvens 32) og let alment medtaget med normalt resultat af en lungestetoskopi. Paraklinisk sås der leukocytose $16,9 \times 10^9/l$ (4,0-11) med relativ neutrocytose, total blodeosinofil var $3,26 \times 10^9/l$ (0,04-0,45), C-reaktivt protein var på 161, total plasma IgE >8.000

kiu/l (0-100) og *Aspergillus*-specifik IgE var stærkt forhøjet, 320 IU. En fiberbronkoskopi viste betydelige inflammationstegn og bronkoalveolær lavage (BAL) viste svær eosinofili. En røntgenundersøgelse af thorax viste finnodulære, apikale infiltrater og øget lungetegning. Disse fund blev bekræftet ved en CT. Talrige dyrkninger fra BAL-væske, blod og luftvejssekret viste ingen vækst af patogener, og der forelå normal antinukleære antistoffer/antineutrofilocyt cytoplasmatiske antistof (ANA/ANCA)-screening. Knoglemarvsundersøgelse og spirometri viste normale forhold. Patienten blev initialt behandlet med erythromycin uden effekt, herefter med prednisolon med eklatant effekt. Behandlingen blev nedtrappet over tre måneder, patienten angav, at han var rask og de røntgenologiske forandringer var svundet. Ved undersøgelse af patientens bolig fandt man massive svampeangreb i badeværelse og soveværelse, der blev saneret. Et år senere blev han igen akut syg med højfebrilia og dyspnø, opstået umiddelbart efter arbejde med muggen træflis. Paraklinisk genfandt leukocytose og eosinofili, svært forhøjet total- og *Aspergillus*-specifik IgE og interstitielle lungeforandringer. I BAL-væsken var eosinofili og desuden svampehobe og hyfer, og ved dyrkning påvistes *Aspergillus fumigatus*. Transbronkiale lungebiopsier viste granulomatøs inflammation. Trods behandling med prednisolon, antimykotisk medicin og immunosuppressiv medicin blev patientens lungefunktion tiltagende påvirket, og der udvikledes fulminant *acute respiratory distress syndrome* (ARDS)-lignende symptomer med multiorgansvigt, og patienten gik ad mortem.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

Diskussion

ABPA ses typisk hos patienter, som har atopisk disposition og astma [1-3]. Karakteristiske tegn er astmalignende symptomer, ekspektoration af mucosaproppe, ofte feber, almen påvirkning og pleurale smerter. Der er beskrevet tilfælde som vort, med udvikling af akutte symptomer efter eksponering for muggent materiale [3]. Der dannes ofte atelektaser, og ved insufficient behandling kan sygdommen progrediere til et fibrotisk stadie med udbredte bronkiektasier og dårlig prognose, blandt andet på grund af superinfektioner. ABPA er tæt forbundet med andre sygdomsmanifestationer, der ses alene eller i kombination med ABPA: bronkocentrisk granulomatose og eosinofil pneumoni, hypersensitivitetspneumonit [2]. Diagnosen ABPA sandsynliggøres af flere af følgende kriterier: tilstedeværelse af astma, nekrotiserende pneumoni, positiv priktest med *Aspergillus*-ekstrakt, forhøjet serum IgE-værdier, præcipiterende *Aspergillus*-specifikke antistoffer, perifer eosinofili og centrale bronkiektasier. Prednisolon er hjørnestenen i behandling af ABPA. Astmasymptomerne behandles efter vanlige retningslinjer. Svampekolonisationen kan prøves bekæmpet med

antimykotika, specielt itraconazol. Vår patient opfylder kriterierne for ABPA, men var atypisk pga. det aggressive forløb.

Konklusion

ABPA bør udelukkes hos patienter med eosinofili, recidiverende lungeinfiltrater, forhøjede IgE-værdier eller kendt *Aspergillus*-eksposition. Desuden bør man tænke på diagnosen hos astmatikere, der ikke responderer suffi- cient på medicinsk behandling.

Korrespondance: *Benny Kirschner*, Dr. Tværgade 41, 4., DK-1302 København K. E-mail: kirschner@mail.dk

Antaget: 1. april 2004

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Shah A, Panjabi C. Allergic bronchopulmonary aspergillosis: a review of a disease with worldwide distribution. *J Asthma* 2002;39:273-89.
2. Soubani AO, Chandrasekar PH. The clinical spectrum of pulmonary aspergillosis. *Chest* 2002;121:1988-99.
3. Greenberger PA. Allergic bronchopulmonary aspergillosis. *J Allergy Clin Immunol* 2002;110:685-92.

Neonatal meningitis og sepsis med hæmolytiske streptokokker gruppe A

Reservelæge Shahin Gaïni & overlæge Pekka O. Juvonen

Odense Universitetshospital, Klinisk Mikrobiologisk Afdeling og Børneafdelingen

Sygehistorie

En 11 dage gammel pige blev indlagt på en pædiatrisk afdeling på grund af feber og letargi. Patienten blev født til tiden efter en normal graviditet. Fødselsvægten var 3.244 gram. Fødselsforløbet havde været normalt uden brug af caputelektrode. Anamnestisk blev hun tiltagende letargisk og fik et rødt udslæt i to døgn op til indlæggelsestidspunktet. Hun havde feber med en temperatur på 38,5°C dagen før indlæggelsen. Moderen havde haft beskedne symptomer på catharralia op til indlæggelsestidspunktet. Ved indlæggelsen var patienten bleg, sløv, hypoton, stille og havde lidt indtrukken fontanelle. Der var stødende respiration, og abdomen var opdrevet. Hun var febril med en temperatur på 39,2°C. Patienten vejede 3.000 gram på indlæggelsestidspunktet. På klinisk mistanke om alvorlig infektion fandtes der indikation for tonsilpodning, bloddyrkninger, lumbalpunktur og blærepunktur. Hun blev sat i intravenøs behandling med ampicillin og gentamicin.

Undersøgelse af cerebrospinalvæsken viste fund af grampositive kokker i kæder, leukocytter $200 \times 10^6/l$, polymorfkernede leukocytter 63%, mononukleære leukocytter 37% og spinalglukose 0,0 mmol/l. Blodprøver viste C-reaktivt protein (CRP) 274 mg/l, leukocytter $9,9 \times 10^9/l$, natrium 128 mmol/l og tegn på dissemineret intravaskulær koagulation (d-dimer 41,92 mg/l, koagulationsfaktor II + VII + X 0,36, trombocytter $53 \times 10^9/l$). En ultralydundersøgelse af cerebrum viste normalt kalibreret ventrikelsystem. På klinisk mikrobiologisk afdeling fandt man hæmolytiske streptokokker gruppe A (GAS) både i cerebrospinalvæsken og i perifere bloddyrkninger. Patienten blev behandlet i 21 dage med intravenøst G-penicillin. I de første tre dage blev denne behandling suppleret med intravenøst gentamicin.

Hun fik komplikationer i form af kramper og apnøtens. Patienten blev overflyttet til et intensiv terapi-afsnit og blev behandlet for kramperne med phenobarbital. Hun restitueredes langsomt over de næste fem døgn og havde på femte indlæggelsesdag en CRP under 10 mg/l (normalområde i vores kliniske kemiske laboratorium). Moderen blev screenet for bærertilstand af GAS. Moderen var koloniseret med GAS i tonsiller, vagina og rectum. Der fandtes indikation for eradikationsbehandling af moderen med peroral V-penicillin og