

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

amphenicol og systemisk acetazolamid, penicillin, ceftriaxon og metronidazol. Efter færdigbehandling af infektionen blev patienten overflyttet til kirurgisk afdeling med henblik på operation for colontumoren.

**Diskussion**

Associationen mellem *C. septicum* og malignitet er velkendt. En litteraturgennemgang fra 1989 af alle 162 kendte cases med endogen *C. septicum*-infektion viste, at 37% havde okkult cancer – heraf havde 84% okkult coloncancer – og i alt 81% af patienterne havde malign sygdom. Risikoen for cancer var større blandt patienter med diabetes end blandt patienter uden diabetes [5].

*C. septicum* er en anaerob luftdannende grampositiv stav. Den menes at medføre vævsnekrose og trombose i de små blodkar gennem frigivelse af dets  $\alpha$ -toksin. Man mener, at den øgede forekomst af *C. septicum* hos cancer- og diabetespatienter skyldes henholdsvis det favorable anerobe miljø i nekrotiske tumorprocesser og den øgede vævsiskæmi pga. aterosklerose [5].

Ud af de nu seks beskrevne tilfælde med endogen *C. septicum*-panoftalmatitis, er der kun to patienter, som har overlevet infektionen. *Koransky et al* fandt i deres gennemgang af til-

fælde med endogen *C. septicum*-infektion, at knap halvde-len af patienterne døde inden for de første tolv timer på trods af korrekt antibiotikabehandling. Kun 32% overlevede infektionen [4].

Vi har her præsenteret en sygehistorie med *C. septicum* panoftalmatitis og associeret coloncancer for at gøre opmærksom på vigtigheden af tidlig behandling og udredning for cancer og anden svær systemsygdom.

Korrespondance: *Michala Kehrer*, Infektionsmedicinsk afdeling, Odense Universitetshospital, Sdr. Boulevard 29, DK-5000 Odense C. E-mail: Michala@mail.dk

Antaget: 20. maj 2008

Interessekonflikter: Ingen

**Litteratur**

1. Lindland A, Slagsvold JE. Binocular endogenous Clostridium septicum endophthalmitis. *ACTA Ophthalmol Scand* 2007;85:232-4.
2. Green MT, Font RL, Campbell JV et al. Endogenous Clostridium panophthalmitis. *Ophthalmology* 1987;94:435-8.
3. Alpern RJ, Dowell VR. Clostridium septicum infections and malignancy. *JAMA* 1969;209:385-8.
4. Koransky JR, Stargel MD, Dowell VR. Clostridium septicum bacteremia: Its clinical significance. *Am J Med* 1979;66:63-6.
5. Kornbluth AA, Jeffrey BD, Bernstein LH. Clostridium septicum infection and associated malignancy: Report of 2 cases and review of the literature. *Medicine* 1989;68:30-7.

## Wartenbergs migrerende sensoriske neuritis

Overlæge Eskild Colding-Jørgensen

Glostrup Hospital, Klinisk Neurofysiologisk Afdeling

**Resume**

Wartenbergs migrerende sensoriske neuritis (WMSN) er en sjælden og relativt godartet tilstand med multifokal affektion af sensoriske nervefibre, hvilket viser sig ved langsomt progredierende, skiftende og multifokale sensoriske symptomer og kliniske fund. I denne artikel demonstreres udviklingen af kliniske og elektrofysiologiske abnormiteter hos to patienter med formodet WMSN, og det diskuteres, om sygdommen er hyppigere end sædvanligvis antaget.

Multifokale sensoriske symptomer optræder ved en række tilstande, herunder sygdomme i det centrale og perifere nervesystem. Under betegnelsen *migrant sensory neuritis* beskrev den amerikanske neurolog *Robert Wartenberg* i 1958 otte patienter med sensoriske symptomer, der var dissemineret i tid, og som omfattede mindst to forskellige hudområder [1]. Hos nogle patienter udløste bevægelse af den påvirkede ekstremitet smerter i det afficerede område. *Wartenberg* præsenterede ingen parakliniske fund, men siden har man i lignende tilfælde ved nerveledningsundersøgelse fundet reducerede amplituder i afficerede sensoriske nerver, og nervebiopsi har vist uspecifikke

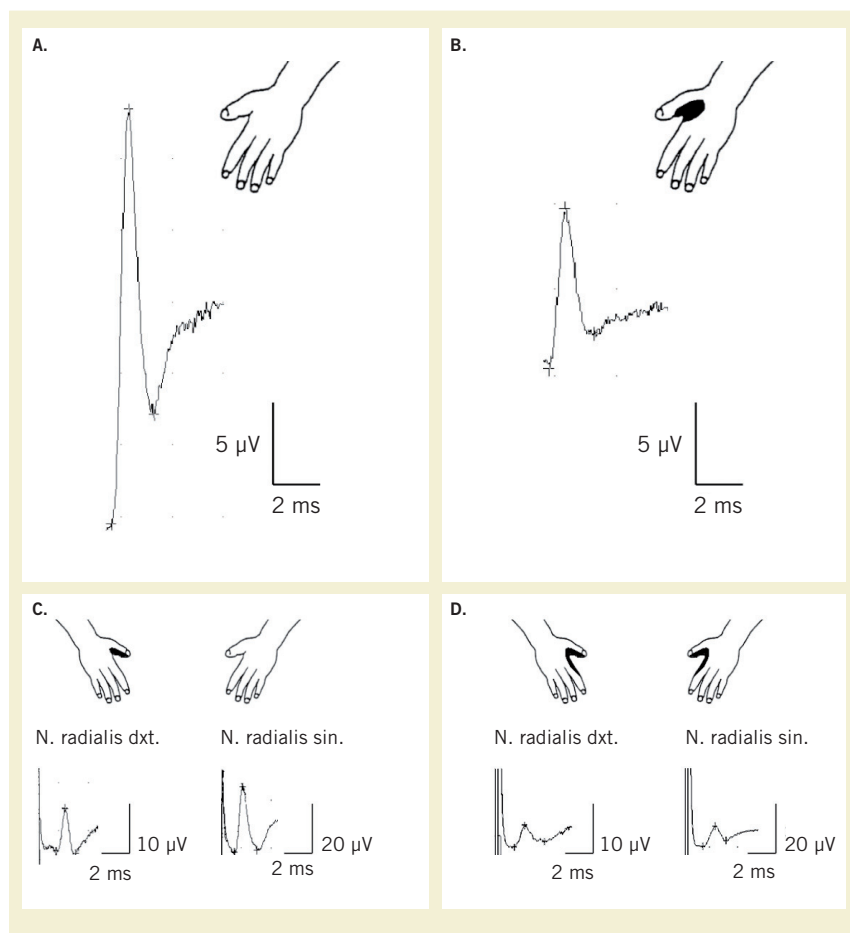
eller lette inflammatoriske forandringer [2, 3]. Den sædvanlige debutalder er 30-40 år. Ofte bemærkes initielt strækinducerede smerter i et hudområde, hvorefter der tilkommer følelsesløshed af det pågældende område. Denne kan siden fortage sig eller »flytte sig« (migrere) til tilgrænsende områder. Det afficerede område kan svare til en nervegrens forsyningsområde, men det kan også have en udbredelse af anden karakter, f.eks. som en møntformet dysæstetisk »plet«. Ofte ses symmetrisk involvering f.eks. af samme digitalnerve på begge hænder. Hyppigt involverede nerver er fingre og tæers digitale nerver, n. radialis, n. cutaneus femoris lateralis og n. peroneus [3].

**Sygehistorier**

I. En 49-årig tidligere rask kvinde bemærkede paræstesier i højre hånds 4. og 5. finger. Berøring ulnart og volart i håndledsregionen udløste elektrisk fornemmelse i fingrene. Efter 14 dage udviklede patienten lignende symptomer i venstre hånd. To måneder efter debut tilkom paræstesier ulnart på 1. finger og radially på 2. finger bilateralt. Desuden oplevede patienten en elektrisk fornemmelse i højre 1. og 2. tå ved bevægelse i ankelledet. Der var ved klinisk undersøgelse ingen sikre abnormiteter, og nerveledningsundersøgelse af venstre n. ulnaris, n. medianus, n. radialis (**Figur 1A**) samt af højre n. suralis viste normale forhold. Efter 13 måneder havde symptomerne

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

**Figur 1.** Progression af kliniske og elektrofysiologiske abnormiteter. **A.** Patient 1. Fem måneder efter debut af paræstesier i venstre hånd var der endnu ikke kliniske sensibilitetsudfald, og amplituden af det sensoriske radialispotentiale var normal (29 mikrovolt, normal > 18). **B.** Patient 1. Tretten måneder efter debut var der opstået et dysæstetisk område (sort), og amplituden af det sensoriske radialispotentiale var nu abnormt lav (9,4 mikrovolt). **C.** Patient 2. Seks måneder efter debut var der et dysæstetisk område på højre tommelfinger (sort), og amplituden af det sensoriske radialispotentiale var abnormt lav på højre side (9,4 mikrovolt, normal > 21), men normal på venstre side (27 mikrovolt). **D.** Patient 2. Otte måneder efter debut var de dysæstetiske områder mere udbredte (sort), og amplituden af de sensoriske radialisvar var nu bilateralt abnorm.



spredt sig yderligere, og der var nu dysæstesi på dorsum manus bilateralt. Ved nerveledningsundersøgelse fandtes reduceret sensorisk radialispotentiale på venstre side (**Figur 1B**), mens øvrige nerveledningsundersøgelser og elektromyografi (EMG) af venstre m. extensor digitorum communis viste normale forhold. Fornytt nerveledningsundersøgelse 16 måneder efter debut viste uændrede forhold. Der var normale rutineblodprøver, normalt C-reaktivt protein (CRP), immunoglobulin (Ig)A, IgG, IgM og kryoglobulin, og undersøgelser for M komponent, antinukleære antistoffer, antineutrofile cytoplasmatiske antistoffer og paraneoplastiske antistoffer var negative.

II. En 37-årig mand udviklede dysæstesi ulnart og dorsalt på højre 1. finger. Patienten havde en inflammatorisk tarmsygdom, formentlig morbus Crohn, som havde været symptomfattig i flere år. Seks måneder efter symptomdebut fandtes ved nerveledningsundersøgelse reduceret amplitude af det sensoriske radialispotentiale på højre side (**Figur 1C**). I løbet af de næste par måneder progredierede symptomerne og omfattede således otte måneder efter debut dorsalsiden af 1. fingers ulnare halvdel og 2. fingers radiale halvdel bilateralt. Elektrofysiologisk blev der nu også fundet et reduceret sensorisk radialispo-

tentiale på venstre side (**Figur 1D**). Ved stræk af højre håndled udløstes smerte, kuldefornemmelse og »elektrisk« fornemmelse dorsalt i 3. og 4. finger. Dette område blev senere hypæstetisk (kontrolundersøgelse 22 måneder efter debut), men de elektrofysiologiske parametre var uændrede. Rutineblodprøver og CRP var normale fraset et let forhøjet totalt leukocytaltal.

### Diskussion

De to patienter havde en multifokal sensorisk neuropati, der progredierede over måneder og år, hvor de elektrofysiologiske abnormiteter accentueredes i takt med, at nye hudområder involveredes. Der var i begge tilfælde strækudløste symptomer. Patient 1 havde ingen kendt grundsygdom, og der fandtes ingen tegn på involvering af andre organsystemer. Patient 2 havde en kendt inflammatorisk tarmsygdom, der havde været i ro i mange år. Diagnosen syntes i begge tilfælde bedst forenelig med Wartenbergs migrerende sensoriske neurit (WMSN) [1, 2]. Dette er ikke nødvendigvis en meget sjælden tilstand. Således blev der til Klinisk Neurofysiologisk Afdeling, Glostrup Hospital, på 20 måneder henvist seks patienter med symptomer og fund, der rejste mistanke om WMSN. Også i den internationale litteratur findes det nævnt, at mulig-

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

vis helt op til 1% af de patienter, der bliver henvist til en neuromuskulær klinik, har WMSN [4]. Det er ikke tidligere påvist, at de elektrofysiologiske abnormiteter ændrer sig i takt med de kliniske udfald, og det understreger relevansen af nerveledningsundersøgelse som led i den diagnostiske udredning af patienter med multifokale sensoriske symptomer.

Korrespondance: *Eskild Colding-Jørgensen*, Klinisk Neurofysiologisk Klinik 3063, Neurocentret, Rigshospitalet, DK-2100 København Ø.  
E-mail: ecolding@get2net.dk

Antaget: 26. februar 2008  
Interessekonflikter: Ingen

## Litteratur

1. Wartenberg R. Migrant sensory neuritis. I: Neuritis, sensory neuritis, neuralgia. A clinical study with review of the literature. New York: Oxford University Press 1958:233-47.
2. Matthews WB, Esiri M. The migrant sensory neuritis of Wartenberg. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1983;46:1-4.
3. Nicolle MW, Barron JR, Watson BV et al. Wartenberg's migrant sensory neuritis. *Muscle Nerve* 2001;24:438-43.
4. Zifko UA, Hahn AF. Migrant sensory neuropathy: Report of 5 cases and review of the literature. *J Periph Nerv Syst* 1997;2:244-9.

## Hereditært angioødem – en udfordrende diagnose

Stud.med. Rasmus Overgaard Bach & overlæge Anette Bygum

Odense Universitetshospital, Dermato-venerologisk Afdeling I

### Resume

Hereditært angioødem (HAE) er en sjælden og potentielt livstruende sygdom, som manifesterer sig ved anfaldsvise hævelser af hud, slimhinder samt underliggende væv. Sygdommen skyldes mangel på komplement-C1-inhibitor. Inden for de seneste ti år, er to HAE-patienter i Danmark døde af larynxødem. Artiklen omhandler typiske symptomer og differentialdiagnostiske problemstillinger hos to HAE-patienter og illustrerer samtidig vigtigheden af en korrekt behandling.

Hereditært angioødem (HAE) (**Figur 1**) er en sjælden livstruende sygdom, som rammer ca. 1 pr. 50.000 personer, og som manifesterer sig ved selvlimiterende anfaldsvise hævelser af hud, slimhinder og underliggende væv [1]. Hævelser i mave-tarm-kanalen kan udløse voldsomme smerteanfald, mens affektion af pharynx og larynx kan medføre luftvejsobstruktion med døden til følge. Inden for de seneste ti år er to HAE-patienter i Danmark døde af larynxødem som følge af forkert eller manglende behandling [2]. Latenstiden fra symptomdebut til diagnose er ofte meget lang. Korrekt diagnostik og behandling øger markant livskvaliteten og overlevelsen for disse patienter.

### Sygehistorier

I. En 16-årig pige debuterede i tiårsalderen med mavesmerter og opkastninger, som optrådte anfaldsvist med ugers til måneders interval. Omkring puberteten tilkom anfald med ekstremitetshævelser og enkelte tilfælde med ansigtsødem (Quincke-ødem). Forud for anfaldene kunne ofte ses et rødt landkortagtigt udslæt på truncus. Det var karakteristisk for

symptomerne, at de ofte blev udløst af traumer mod huden samt psykisk stress. De abdominale episoder var flere gange indlæggelseskrævende, og smerterne måtte behandles med morfin. Hun fik foretaget laparoskopi med udtømmning af ascitesvæske, rektoskopi, og magnetisk resonans (MR)-skanning af abdomen, som var uden patologiske fund. Mavesmerterne resulterede i et stort skolefravær, og skolepsykologen blev involveret. Først seks år efter symptomdebut blev diagnosen HAE mistænkt og bekræftet ved en blodprøve. Anfaldsprofylaktisk behandling med tranexamsyre var uden effekt, hvorfor hun blev behandlet med komplement-C1-inhibitor (C1-INH)-koncentrat til alvorlige angioødemer. Mutationscreening i familien viste, at sygdomstilfældet skyldtes en nymutation.

II. En 42-årig mand havde siden toårsalderen haft tendens til anfaldsvise mavesmerter, periodiske udbrud af et landkortagtigt rødt hududslæt og kutane angioødemer. Som 16-årig tilkom anfald med hævelser af tunge og svælg, hvilket foran-



**Figur 1.** Erythema marginatum på thoraxfladen hos en patient med hereditært angioødem.