

Pneumokokendokarditis – en sjælden årsag til feber i puerperiet

Læge Janne Foss Berlac, læge Tina Olsen & overlæge Jens Hertz

Gentofte Sygehus, Gynækologisk-obstetrisk Afdeling G

Resume

I denne kasuistik beskrives en 33-årig kvinde, som blev indlagt med sepsis ti dage post partum. Der blev ikke fundet noget infektiøst focus ved den primære undersøgelse. Senere blev der ud fra positiv bloddyrkning, en systolisk mislyd og ekkokardiografi påvist et så alvorligt tilfælde af pneumokokendokarditis, at patienten måtte akut opereres. Trods postoperative komplikationer kom patienten sig fuldstændigt.

Endokarditis er en sjælden komplikation post partum. I denne kasuistik beskrives nødvendigheden af grundig reevaluering, når patienter ikke responderer på antibiotisk behandling.

Feber i puerperiet skyldes oftest mammakomplicationer f.eks. mastitis, urinvejsinfektion (UVI) eller infektion i genitalia interna – endometritis. I enkelte tilfælde kan feberen have en anden og mere kompliceret årsag, hvilket nedenstående sygehistorie er et eksempel på.

Sygehistorie

En 33-årig kvinde, 2. para, blev indlagt på en barselsafdeling ti dage post partum pga. seks dage varende febrilia og almen utilpashed. Patienten var tidligere rask og havde specielt aldrig fejlet noget med hjerte eller lunger. Patienten havde haft en ukompliceret vaginal fødsel til termin (39+0) og fødte en pige, der vejede 3.220 g og fik fuld apgarscore. Seks timer gammel fik barnet et apnotilfælde. Der blev iværksat sepsisbehandling med penicillin og gentamicin, og mor og barn blev overflyttet til en neonatalafdeling. Barnet blev forsøgt venyleret uden held. Barnet responderede på den antibiotiske behandling og blev udskrevet syv dage gammel. Mater havde i mellemtiden fået feber; dette blev tolket som virusinfektion eller galakto-stase, og hun blev udskrevet.

Patienten blev indlagt på stamsygehus tre dage efterfølgende med febrilia op til 40,5 °C og tiltagende almen utilpashed. Derudover havde hun ingen fokale gener fraset tør hoste. Ved objektiv undersøgelse fandt man, at hun havde normalt blodtryk, 137/55 mmHg, puls 97 og rektaltemperatur 39,3 °C. Patienten var bleg og alment medtaget, men vågen og klar. Den objektive undersøgelse, herunder stetoskopi af hjerte og lunger, viste normale forhold.

Patienten blev venyleret, og der blev opstartet intravenøst givet behandling med ampicillin, gentamicin og metronida-

zol. Patienten havde forhøjede infektionsparametre med et leukocytniveau på 15,4 mia./l og C-reaktivt protein på 257 mg/l. De øvrige blodprøver var normale. Urinstiks var blank. Dagen efter fremkom der bloddyrkningssvar med vækst af *Streptococcus pneumoniae* i fire af fire kolber, og den antibiotiske behandling blev skiftet til intravenøst givet penicillin. Cervixpodning var negativ. Ved et øre-næse-hals-tilsyn fandtes normale forhold i næse og svælg. Podning fra rhinopharynx og næse bortkom efterfølgende i posten. Patienten var på femtedagen i klinisk bedring med faldende infektionstal, men fortsat svingende temperatur. Ved fornyet objektiv undersøgelse rejstes der mistanke om systolisk mislyd. Ved kardiologisk tilsyn fandt man *splinters* på syv af ti fingre, og ved *bedside* transtorakal ekkokardiografi sås suspekterede strukturer i aortaklapperne med let til moderat aortainsufficiens (**Figur 1**). Patienten blev overflyttet til kardiologisk afdeling mhp. monitorering. En transøsofagealekkokardiografi viste svær endokarditis med vegetationer i aorta- og mitralklapperne med abscedering i aortaroden og svær aortainsufficiens og moderat mitralinsufficiens. Patienten var hæmodynamisk stabil.

Patienten blev overflyttet til thoraxkirurgisk afdeling på sjette dagen til operation. Der blev foretaget indsyning af homograft i første del af aorta inklusive klapper og oprensning i mitralklapperne. Det postoperative forløb var kompliceret af tromboflebitis i venstre arm og rytmeforstyrrelser, som blev behandlet med *direct current* (DC)-konvertering og betablokker. En computertomografi viste normale forhold og ingen tegn til centrale tromber. Patienten blev sat i antikoagulations (AK)-behandling. Focusjagt var uden fund. Patienten blev udskrevet i velbefindende og hæmodynamisk stabil i betablok-



Figur 1. Forandringer i aortaklapperne set ved den primære transtorakale ekkokardiografi.

ker og AK-behandling 49 dage efter den primære indlæggelse. Ved klinisk kontrol en måned senere var hun i velbefindende og objektivt fandtes normale forhold ved hjertelunge-stetoskopi og elektrokardiogram.

Diskussion

De hyppigste årsager til feber i puerperiet er mammarelaterede lidelser såsom galaktostasis, galaktoforitis og mastitis. I en større amerikansk undersøgelse angives mastitis at have en incidens på 9,5% [1]. Andre hyppige årsager er urinvejsinfektion med en incidens på 1,1-2% og endometritis med en incidens på 0,2-0,8% [2]. Pneumokokendokarditis er en sjælden lidelse i den omtalte patientgruppe.

Kendte risikofaktorer for udvikling af pneumokokendokarditis er alkoholisme, immunsuppression og lungelidelse [3], hvor mænd på 50-69 år udgør den største risikogruppe [4].

Pneumokokendokarditis udgør 1-3% af alle tilfælde af endokarditis [3] og har en *overall* incidensrate på 0,15 pr. 100.000 indbyggere i en dansk opgørelse [4]. Lidelsen er alvorlig med en 30-dages-mortalitet på op til 45% [4]. Sygehistorien understreger vigtigheden af aggressiv focusjagt ved manglende effekt af den antibiotiske behandling. Differentialdiagnostiske overvejelser ud over eget speciales hyppigst forekommende infektiøse tilstande er nødvendige og bør føre til tidlig involvering af andre relevante specialer. Specielt bør den livstruende sygdom endokarditis altid overvejes ved feber af usikker årsag og i særdeleshed ved påvirket almentilstand og bakteræmi. Kombinationen af feber, mislyd ved hjertet og bakteræmi, som er forenelig med endokarditis, bør altid udløse akut ekkokardiografi. Ekkokardiografi giver sammen med bakteræmi diagnosen og afslører samtidig sygdommens sværhedsgrad og det nødvendige omfang af en eventuel hjerteroperation.

Summary

Janne Foss Berlac, Tina Olsen & Jens Hertz:

Pneumococcal endocarditis – a rare post partum complication:

Ugeskr Læger 2008;170(47):3876-3877

This case report describes a 33-year old woman admitted with sepsis 6 days post partum. No infectious focus was revealed at initial examination. The patient responded moderately to intravenous antibiotics. Positive blood cultures, a systolic murmur and echocardiography revealed severe pneumococcal endocarditis, necessitating surgery. The patient fully recovered. Endocarditis is a rare post partum complication. This case report demonstrates the need for aggressive re-evaluation and involvement of other specialists when the patient does not respond to antibiotic therapy.

Antaget: 4. april 2007
Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Foxman B, D'Arcy H, Gillespie B et al. Lactation mastitis: Occurrence and medical management among 946 breastfeeding women in the United States. *Am J Epidemiol* 2002;155:103-14.
2. Yokoe DS, Christiansen CL, Johnson R et al. Epidemiology of and surveillance for postpartum infections. *Emerg Infect Dis* 2001;7:837-41.
3. Lefort A, Mainardi JL, Selton-Suty C et al. Streptococcus pneumoniae endocarditis in adults: a multicenter study in France in the era of penicillin resistance (1991-1998). *Medicine (Baltimore)* 2000;79:327-37.
4. Lindberg J, Schønheyder HC, Møller JK et al. Incidence of pneumococcal endocarditis: a regional health register-based study in Denmark 1981-1996. *Scand J Inf Dis* 2005;37:417-21.