

Elektroneurografi, der blev gennemført fem dage efter debut, bekræftede sensorimotorisk uspecifik polyneuropati med svært forlænget og delvis bortfaldet F-wave latens, hvilket var foreneligt med radikulopati. Gentaget lumbalpunktur en uge efter debut viste cytoalbuminær dissociation (fem leukocytter, protein 119 mg/dl), hvilket er typisk for et GBS.

Følgende undersøgelser til afgrænsning mod andre akutte polyneuropatier var upåfaldende: porfyriner i urin, hiv- og hepatitisserologi, syfilis- og borreliaantistoffer i spinalvæske og serum, serumangiotensinkonverterende enzym, antineutrofile cytoplasmatiske antistoffer, lupus antikoagulans, paraneoplastiske antistoffer, GQ1b-antistof.

Efter 4-5 dages immunglobulinterapi var venstre pupils lysreaktion restitueret, og diameteren normaliserede sig. Efter fem uger kunne patienten gå igen, var kontinent og respiratorisk stabil, men havde stadig en let parese af begge overekstremiteter samt bilateral facialispårese, som ved undersøgelse efter tre måneder viste tegn til fortsat remission.

DISKUSSION

Ophthalmoplegia interna (uden øjenmuskelpårese) ved GBS er kun i enkelte tilfælde rapporteret [1-5]: Der er beskrevet bilateralt dilaterede, lysstive pupiller [1-4] (selv om en side kan være mere afficeret [4]) med samtidig pårese af ekstremiteterne. I en japansk kasuistik nævnes en ensidig ophthalmoplegia interna som første fund ved GBS på samme måde som ved vores patient [5].

Pupildilatation er et kendt symptom ved Miller-Fisher-syndrom (MFS) [1], og Bickerstaff encefalitis (BE), som viser overlap med GBS. Deres væsentlige kendetegn (øjnsmuskelpårese, ataksi og – især ved MFS – GQ1b-antistof) samt yderligere tegn på BE (bevidsthedspåvirkning, MR-forandringer) manglede hos vores patient.

FIGUR 1

Dilateret og lysstiv pupil observeret hos en patient, som udviklede Guillain-Barrés syndrom.



En ensidig intern oftalmoplegi rejser differentialdiagnostisk mistanke om forhøjet intrakranielt tryk eller en rumopfyldende proces i området af basis cranii (aneurysme, tumor). Klinisk undersøgelse og billeddiagnostik er vejledende. Desuden kan farmakologisk pupilundersøgelse hjælpe til at afsløre en postganglionær læsion ved GBS [1]. Det må også udelukkes, at pupildilatationen skyldes mydriatica, øjentraume, glaukom eller Adie-pupil.

Den udvidede pupil før optræden af GBS-typiske udfald viser, at en dilateret pupil – om end sjældent – findes som debutsymptom ved GBS. Den lysstivhed illustrerer, hvor asymmetrisk de som regel symmetriske udfald ved GBS kan præsentere sig og udvider det kendte symptomspektrum ved GBS.

KORRESPONDANCE: Lydia Royen, Damsbo Vænge 13 st. th., DK-2500 Valby.

E-mail: royen@gmx.de

ANTAGET: 27. juni 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

- Williams D, Brust JC, Abrams G et al. Landry-Guillain-Barré syndrome with abnormal pupils and normal eye movements: a case report. *Neurology* 1979;29:1033-40.
- Fuller GN, Jacobs JM, Lewis PD et al. Pseudoaxonal Guillain-Barré syndrome: severe demyelination mimicking axonopathy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1992;55:1079-83.
- Anzai T, Uematsu D, Takahashi K et al. Guillain-Barré syndrome with bilateral tonic pupils. *Intern Med* 1994;33:248-51.
- Martínez-Martin P, Estévez E, Rapún JL. Pupillary dysfunction without external ophthalmoplegia in a case of Guillain-Barré syndrome. *Arch Neurol (Madr)* 1986;49:220-4.
- Hakamada S, Watanabe K, Hara K et al. Guillain-Barré syndrome presenting with signs of ophthalmoplegia. *Brain Dev* 1980;2:407-9.

Neisseria meningitidis-arthritis hos 4-årigt barn

Læge Torben Stryhn & overlæge Thomas Haller

Neisseria meningitidis-arthritis er tidligere velbeskrevet. Som regel er dette dog i forbindelse med fulminant meningitidisinfektion. I meget sjældne tilfælde ses primær akut arthritis (PMA) på basis af *Neisseria meningitidis*. PMA er defineret som: akut septisk arthritis uden meningitis eller syndromet meningococce-

mia (defineret som kombinationen af feber, udslæt og hæmodynamisk instabilitet) [1]. Frem til 2002 er der beskrevet 34 tilfælde af primær meningokokarthritis i litteraturen [2]. Efter 2002 har undertegnede ikke undersøgt verdenslitteraturen gennemgående for evt. stigning i incidensen af PMA.

KASUISTIK

Kolding Sygehus,
Ortopædkirurgisk
Afdeling

SYGEHISTORIE

En fire år og fire måneder gammel dreng blev indlagt med gener, der havde varet et par timer i form af kortvarigt forbigående smerteklager fra højre håndled. Ved indlæggelsen var der feber, træthed og svære smerter svarende til venstre skulder. Der havde været et enkelt tilfælde med opkastning, ellers ingen øvrige gener eller anamnese om dette. Familien var netop hjemvendt fra ferie i Frankrig år 2008. Der var tale om et tidligere sundt og rask barn, der havde fulgt vaccinationsprogrammet.

Ved indlæggelsen var temperaturen 38,8 °C, C-reaktivt protein 47 (< 6 mg/l), leukocytter 21,1 (4-11 mmol/l) med neutrofilie, Na 132 (137-145 mmol/l). De øvrige blodprøver var normale. Den venstre skulder var svært palpations- og bevægeømt. Svarende til supraklavikulært og ingvinalt var der adenitis. Ellers normal objektiv undersøgelse.

Inden for det første døgn: På mistanken om septisk arthritis blev der udført akut ultralydsskanning. Denne viste en ansamling. Ved ultralydsvejledt punktur af den venstre skulder blev der udtaget purulent ledvæske. Dette blev sendt til mikroskopi, dyrkning og resistensbestemmelse. På denne baggrund blev der efterfølgende foretaget akut artroskopi med skylning af leddet. Fraset synovitisforandringer var der ingen tegn på patologiske forandringer ved artroskopian. Direkte mikroskopi viste umiddelbart gramnegative kokker med overvægt af polynukleære leukocytter samt mange intracellulære bakterier i leukocytterne.

Efterfølgende blev patienten sat i bredspektrert intravenøs antibiotisk behandling med cefuroxim (500 mg × 3). Den antibiotiske behandling blev skiftet til penicillin efter det overraskende dyrkningssvar: *Neisseria meningitidis*, der var følsom for penicillin. På

det primære røntgenbillede var der en ansamling, ellers var der normale røntgenbilleder i forløbet (**Figur 1**). Patienten rettede sig hurtigt på ovenstående behandling med hurtig smertelindring, faldende infektionsparametre og generel bedring alment. Der blev behandlet to uger intravenøst (1,125 MIE × 4 dagligt den første uge og 1 MIE × 3 dagligt den anden uge), efterfulgt af fire uger per os (1 MIE × 3 dagligt). Efter udskrivelsen har der været upåfaldende ambulante kontroller både klinisk og paraklinisk.

Efterfølgende blev der iværksat forebyggende behandling med ciprofloxacin til husstanden.

DISKUSSION

Til trods for sin sjældenhed er PMA vigtig at have i tankerne ved behandling og udredning af akut atritis. Typisk rammes de store led som monoarthritis. Der synes at være en overvægt af det mandlige køn. Hos halvdelen er forløbet forudgået af øvre luftvejsinfektion. Ved hurtigt iværksat relevant behandling er der en meget god prognose. Penicillinresistens er sjældent forekommende. Ved direkte mikroskopi kan meningitidisdiagnosen være svær at stille, da gonokokker ikke kan udelukkes. I dette tilfælde var der tale om *Neisseria meningitidis* gruppe W135. Gruppe B er et af de hyppigst forekomne dyrkningsfund. Denne gruppe findes der ikke aktuelt vaccine imod. Der findes vacciner mod gruppe A, C, Y og W-135. Meningitidsvacciner indgår ikke i det danske vaccinationsprogram. Husstandsmedlemmer har en 400-800 gange øget risiko for *Neisseria meningitidis*-infektion, hvorfor eradikationskur skal huskes [3]. Dyrkning af ledvæske og blod er ikke altid positiv, da dyrkning af bakterierne er teknisk vanskelig [4]. Fra tidligere opgørelser vides gruppe C og w-135 at forekomme i epidemier. I marts & april 2008 var dette tilfælde det eneste registrerede *Neisseria meningitidis* w-135 i Region Syddanmark. Ved litteratursøgning via pubmed er der ikke fundet beskrivelser af epidemi med w-135 i Frankrig i dette tidsrum. W-135 forekommer relativt sjældent i Danmark, således er der kun få indrapporterede tilfælde om året. Ved litteratursøgning af tidligere beskrevne tilfælde af PMA er der ikke fundet beskrivelser af ingvinal adenitis ved PMA.

KORRESPONDANCE: Torben Stryhn, Ortopædkirurgisk Afdeling, Kolding Sygehus, DK- 6000 Kolding. E-mail: skrivtilstryhn@hotmail.com

ANTAGET: 17. juni 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Harwood MI, Womack J, Kapur R. Primary meningococcal arthritis. *J Am Board Fam Med* 2008;21:66-9.
2. Giamarellos-Bourboulis EJ, Grecka P, Petrikos GL et al. N. Primary meningococcal arthritis: case report and review. *Clin Exp Rheumatol* 2002;20:553-4.
3. McCulloch M, Brooks H, Kalantarina K. Isolated polyarticular septic arthritis: an atypical presentation of meningococcal infection. *Am J Med Sci* 2008;335:323-6.
4. Schaad UB. Arthritis in disease due to neisseria meningitidis. *Rev Infect Dis* 1980;2:880-8.

FIGUR 1



Røntgenbillede af venstre skulder hos 4,5-årig patient med purulent *Neisseria meningitidis*-arthritis.