

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

1. Palpabel purpura uden trombocytopeni
2. Alder ≤ 20 år ved symptomdebut
3. Mavesmerter, diffuse med forværring ved fødeindtagelse, ofte med blodig diaré
4. Biopsi med granulocytter i arteriole eller venolevæg

En patient klassificeres som havende Schönlein-Henochs purpura, når to ud af fire af de ovenstående kriterier er opfyldt.

Figur 2. Klassifikationskriterier for Schönlein-Henochs purpura opstillet af the American College of Rheumatology [1].

tient er fundet hos 16% blandt voksne patienter [5]. Frekvensen af gastrointestinale symptomer er rapporteret at være sjældnere hos voksne SHP-patienter end hos børn med SHP [3], mens nyrepåvirkning formentlig er mere hyppig hos voksne.

Den alvorligste langtidskomplikation ved SHP er progres-

siv nyreinsufficiens, hvilket ses hos 7-30% af de voksne SHP-patienter, som har nyrepåvirkning [3]. SHP-patienter med hæmaturi eller proteinuri bør henvises til nefrologisk udredning.

Korrespondance: Ane G. Olsen, Orevej 137 C, DK-4760 Vordingborg.
E-mail: aneolsen@hotmail.com

Antaget: 10. juni 2004
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Mills JA, Michel BA, Bloch DA et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Henoch-Schönlein purpura. *Arthritis Rheum* 1990;33:1114-21.
2. Jennette JC, Falk RJ, Andrassy K et al. Nomenclature of systemic vasculitides. *Arthritis Rheum* 1994;37:187-92.
3. Tancrede-Bohin E, Ochonisky S, Vignon-Pennamen MD et al. Schönlein-Henoch purpura in adult patients. *Arch Dermatol* 1997;133:438-42.
4. Nielsen HE. Epidemiology of Schonlein-Henoch purpura. *Acta Paediatr Scand* 1988;77:125-31.
5. Cream JJ, Gumpel JM, Peachey RD. Schönlein-Henoch purpura in the adult. *Q J Med* 1970;39:461-84.

Patienter indlagt på Rigshospitalet på mistanke om severe acute respiratory syndrome (SARS) i foråret 2003

Hvordan blev de håndteret og hvad fejlede de?

Læge Ina Sleimann Petersen & professor Peter Skinhøj

Patienter med feber efter udlandsrejse bør udredes akut, især med henblik på diagnostik af potentielt alvorlige infektioner som tyfus, viral hæmoragisk feber eller malaria.

I foråret 2003 blev behovet for en sådan udredning yderligere accentueret på grund af forekomsten af severe acute respiratory syndrome (SARS) forårsaget af en ny variant af corona-virus: SARS-associated coronavirus (SARS-CoV) [1].

Denne nye virusinfektion med potentielt alvorligt forløb medførte, at infektionsmedicinske afdelinger landet over på lav diagnostisk tærskel måtte modtage et større antal patienter med nylig hjemkomst fra rejse i Fjernøsten eller Canada. Da der var rapporteret om stor risiko for luftbåren smitte, blev patienterne isoleret på slusestuer med strikt overholdte sygehushygiejniske isolationsregimener. I mangel på specifikke diagnostiske undersøgelser for SARS blev der hurtigt defineret kriterier for henholdsvis suspekt og sandsynlig SARS: suspekt SARS: 1) feber $>38^{\circ}$ C, 2) et af flere luftvejssymptomer, såsom hoste eller dyspnø, og 3) ophold inden for ti dage før symptomdebut i et område, hvor der er lokal spredning af SARS,

eller tæt kontakt med en person med mulig SARS. Sandsynlig SARS: suspekt SARS samt røntgenforandringer, der tyder på pneumoni eller respiratory distress syndrome, eller uforklarlig luftvejssygdom, som havde medført død og med obduktionsfund, der viste respiratory distress syndrome af ukendt årsag. Allerede fra ultimo maj 2003 blev der dog etableret en diagnostisk polymerasekædereaktion (PCR)-undersøgelse for SARS-CoV, som i Danmark udføres på Statens Serum Institut [2].

Om end infektionen i denne omgang atter synes at være uddød, forventes sygdommen at kunne blusse op senere, og de indvundne erfaringer er derfor vigtige at dokumentere. Udredningen af disse patienters symptomer kan endvidere bidrage til at belyse de hyppigste årsager til rejsefeber, hvorfor der i det følgende redegøres for disse erfaringer.

I foråret 2003 blev 42 patienter indlagt på mistanke om SARS på de infektionsmedicinske afdelinger på Hvidovre Hospital, Odense Universitetshospital, Skejby Sygehus, Aalborg Sygehus og Rigshospitalet. Seksten patienter blev indlagt på Epidemiklinikken, Rigshospitalet, og af disse opfyldte ni patienter kriterierne for suspekt SARS, og tre patienter opfyldte kriterierne for sandsynlig SARS. Fire patienter opfyldte ikke kriterierne, to på grund af rejsemål, der ikke var inklude-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

ret i forhold til WHO-kriterier [3], og to på grund af fravær af luftvejssymptomer og feber.

I foråret 2003 omfattede udredningsprogrammet ved mulig SARS følgende: undersøgelse af luftvejssekret fra øvre og nedre luftveje for influenza A- og B-virus, parainfluenza, RS-virus, bakteriologisk undersøgelse af trakealsekret inklusive undersøgelse for *Chlamydia pneumoniae*, *Chlamydia psittaci*, *Legionella pneumophila* og *Mycoplasma pneumoniae*, bloddyrkning, urinantigenundersøgelse for legionella (LUT) og pneumokokker (PUT), antistofundersøgelse for *Mycoplasma pneumoniae* (MPT) og *legionella* (LAT), måling af blodgasser i arterieblod, røntgenbillede af lungerne og endelig malariastryg, hvis det var relevant.

Ingen af patienterne havde som bekendt SARS. Men på grund af det omfattende udredningsprogram var det, trods de korte indlæggelsestider på højest et par dage, muligt at stille en definitiv diagnose på syv af de 12 patienter. Vi har derfor fået et billede af hvad rejsende, der ankommer til Danmark med feber og luftvejsymptomer, kan fejle.

Sygehistorier

I. En 44-årig dansk mand var netop hjemvendt efter et længe-revarende arbejdsrelateret ophold i Østen. Inden hjemrejsen tog patienten og dennes familie på en ferierundrejse til Thailand, Malaysia, Borneo, Vietnam og Kina. Under rejsen havde patienten symptomer, der blev tolket som opblussen af en velkendt astma, samt feber og respirationssynkrone thoraxsmerter. Den 19. marts 2003 blev patienten indlagt højfebril og med lettere akut påvirket astmatisk vejrtrækning, og med et pneumonisk udseende infiltrat basalt på venstre side af thorax, set ved en røntgenundersøgelse. Der blev dyrket pneumokokker fra et velegnet trakealsekret.

II. En 36-årig dansk mand, bosiddende i Hong Kong, ankom den 19. april 2003 til Danmark for at holde ferie. Efter otte dage blev han indlagt med feber og let hoste. En røntgenundersøgelse af thorax viste et lille ukarakteristisk infiltrat ud for venstre hjerteafgrænsning. Patienten blev under indlæggelsen afebril og i velbefindende. På grund af det benigne forløb frafaldtes mistanken om SARS, og patienten blev udskrevet i velbefindende efter to døgn observationstid.

I (Tabel 1) er resumeret de vigtigste kliniske data for de tre patienter med sandsynlig SARS samt for de ni patienter med suspekt SARS.

Diskussion

Der var i Danmark ingen tilfælde af SARS under den omfattende SARS-epidemi i foråret 2003. Seksten af de 42 patienter, der i Danmark i perioden var mistænkt for at have SARS, blev indlagt og undersøgt på Rigshospitalet. For de syv patienter, hvor det var muligt at stille en endelig diagnose, var der hos alle tale om infektiøse sygdomme, og hos alle var det i Danmark almindeligt forekommende sygdomme. I større opgørelser over feber efter rejse, er der også fundet en relativ stor

Tabel 1. Demografiske, kliniske og parakliniske data for 12 patienter indlagt på Epidemiklinik M, H:S Rigshospitalet, på mistanke om *severe acute respiratory syndrome* (SARS) i perioden fra den 13. marts 2003 til den 20. maj 2003.

	Suspekt SARS (9 patienter)	Sandsynlig SARS (3 patienter)
Alder i år (median og spændvidde)	57 (5-63)	44 (36-51)
Køn (mand/kvinde)	6/3	2/1
Nationalitet (dansk/kinesisk)	6/3	3/0
Ekspostion (antal) ^a	1	0
Rejsemål (Kina/Vietnam/Singapore/Canada)	(8/0/1/0)	(2/1/0/0)
Type rejsende (turist/arbejde/andet)	(6/2/1)	(1/2/0)
Dage fra ankomst til Danmark til symptomdebut (median og spændvidde)	2 (-21-7)	6 (-10-9)
Dage med symptomer før indlæggelse (median og spændvidde)	1 (0-7)	4 (3-10)
Sygdomme diagnosticeret under indlæggelsen (antal)	5 ^b	2 ^c
Antibiotika under indlæggelsen (antal)	1	2
Indlæggelse i dage (median og spændvidde)	1 (1-3)	3 (2-3)

a) Mulig eksponeret for SARS f.eks. ved kendt ophold sammen med hostende mennesker med ukendt SARS-status i lokalområdet.

b) Pneumokokpneumoni (en patient), sequelae efter tidligere pneumoni (en patient), viral luftvejsinfektion (influenza A/adenovirus) (tre patienter).

c) Pneumokokpneumoni (en patient), pleuritis og gastroenteritis (en patient).

andel patienter, hvor det enten ikke er muligt at stille en endelig diagnose, eller som havde infektioner, der ikke er specielt rejse-relaterede [4, 5].

Ved eventuelle fremtidige udbrud af SARS kan man forvente, at de patienter, der måtte blive indlagt på danske hospitaler, ikke skiller sig væsentligt ud fra alle andre patienter med akutte luftvejsinfektioner, og at diagnostik ved hjælp af PCR-undersøgelse for SARS-CoV samt efterfølgende konfirmerisk måling af antistoffer mod SARS-CoV vil indtage en betydelig plads, også i den primære diagnostik.

Korrespondance: Ina Sleimann Petersen, Klinisk Mikrobiologisk Afdeling, H:S Hvidovre Hospital, DK-2650 Hvidovre.

Antaget: 16. august 2004.

Interessekonflikter: Ingen angivet

Taksigelser: Tak til de Infektionsmedicinske Afdelinger på Hvidovre Hospital, Odense Universitetshospital, Skejby Sygehus og Aalborg Sygehus.

Litteratur

- Gerstoft J, Skinhøj P. SARS. Ugeskr læger 2003;165:1967-70.
- Mølbak K, Samuelsson S, Fomsgaard A. Svær akut respiratorisk syndrom – SARS. Ugeskr Læger 2003;165:3311-4.
- Weekly Epidemiological Record 2003, nr. 29:258-9.
- Bygbjerg I, Vestergaard LS, Thybo S. Feber efter udlandsophold. Ugeskr læger 2001;163:4725-7.
- O'Brien D, Tobin S, Brown GV et al. Fever in returned travellers: review of hospital admissions for a 3-year period. Clin Infect Diseases 2001;33:603-9.