

KONKLUSION

Et anogenitalsår bør altid føre til overvejelse om syfilis, og hos homoseksuelle mænd bør uforklarlige symptomer i anogenitalregionen gives ekstra opmærksomhed i forhold til dette. Ved hjælp af ny PCR-teknologi kan man forenkle diagnostikken af syfilis-forårsagede genitalsår og andre typer af genitalsår. Endvidere bør man være særlig opmærksom på risikoen for udvikling af anorektale neoplasier hos anal-receptive homoseksuelle, specielt ved samtidig hiv-infektion.

KORRESPONDANCE: Anders Elm Pedersen, Institut for International Sundhed, Immunologi og Mikrobiologi, Københavns Universitet.

E-mail: elmpedersen@hotmail.com

ANTAGET: 14. april 2011

FØRST PÅ NETTET: 18. juli 2011

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

1. Syfilis 2009. EPI-NYT uge 35 – 2010.
2. Peeling RW, Hook EW. The pathogenesis of syphilis: the great mimicker, revisited. *J Pathol* 2006;208:224-32.
3. Knudsen TB, Sand C, Jensen JS. Import og lokal transmission af *Haemophilus ducreyi*. *Ugeskr Læger* 2010;172:2121-2.
4. Goldstone S. Anal dysplasia in men who have sex with men. *AIDS Read* 1999;204:220-2.

Sent recidiv af anafylaktisk reaktion

Christa Schelske

Anafylaksi er en potentielt dødelig systemisk allergisk reaktion [1]. Livstidsrisikoen for udvikling af anafylaksi er op mod 1%, og incidensen er stigende [2].

SYGEHISTORIE

En 38-årig multiallergisk kvinde havde været indlagt flere gange pga. anafylaksi. Af uvisse årsager var hun aldrig tidligere blevet oplært i selvadministration af adrenalin.

Patienten havde spist jordnødder og ankom til skadestuen akut respiratorisk påvirket med inspiratorisk stridor, hvæsende stemme, forstørret tunge og synkebesvær. Endvidere havde hun kløe i svælget og urticaria. Der påbegyndtes behandling med adrenalin og væske, og efter at patientens respiratoriske og cirkulatoriske tilstand var stabiliseret, fik hun antihistamin og kortikosteroid intravenøst. Hun blev indlagt til observation, og der blev planlagt opstart af kortikosteroidbehandling de næste tre dage. Efter en symptomfri periode på 17 timer fik patienten recidiverende symptomer med hævet tunge og påvirket vejrtrækning. Hun blev behandlet med adrenalin, der havde god effekt. Tolv timer senere fik hun igen hævelse af tungen og stridor, der blev behandlet med adrenalin. Patienten blev udskrevet døgnet efter med kortikosteroid til tre dage og adrenalin til selvadministration.

DISKUSSION

Kliniske anafylaksisymptomer involverer flere organsystemer [1, 3]: 1) luftvejssymptomer: bl.a. snue, nysen, stridor og bronkospasme, 2) gastrointestinale

symptomer: bl.a. kvalme, opkastning og koliksmert, 3) kardiovaskulære symptomer: bl.a. takykardi, hypotension og arytmi og 4) symptomer fra huden: bl.a. *flushing*, kløe og angioødem.

Når den er udløst, kan en anafylaktisk reaktion forløbe unifasisk, bifasisk eller protraheret [4]. Sygehistorien er et klassisk eksempel på et bifasisk forløb, hvor symptomerne recidiverer efter en symptomfri periode af varierende længde. Symptomerne i den sene fase kan være mildere, de samme som eller sværere end i primærreaktionen. 1-20% af patienterne oplever recidiverende symptomer [2], og sekundærsymptomerne kan forekomme så sent som 78 timer efter den primære anafylaktiske reaktion [4].

Årsagen til, at der hos nogle personer udvikles et bifasisk forløb, kendes ikke, men nogle teorier er [4]:

- Patienten har ikke fået tilstrækkelig initial behandling med adrenalin.
- Der forekommer kontinuert mastcelledegranulation, uden yderligere eksponering for udløsende antigen.
- Der forekommer sen absorption af udløsende antigen.
- Der forekommer influks af inflammatoriske celler.

Da anafylaksi er en livstruende tilstand, er det ikke muligt at dokumentere behandlingseffekt i placebo-kontrollerede, randomiserede forsøg [1]. Derfor er den nuværende behandling baseret på en generel

KASUISTIK

Almen praksis, Tåstrup

Jordnødder.



enighed om, at førstelinjebehandling er adrenalin givet intramuskulært, hvilket kan gentages hvert 5.-15. minut, indtil patientens blodtryk og kredsløb er stabiliseret [1, 3]. Ved tegn på larynxødem kan der gives adrenalininhalationer, indtil stridor er forsvundet [1], ved bronkospasme gives der β_2 -agonister.

Andenlinjebehandling med antihistamin anbefales ud fra en teoretisk betragtning om, at de kan forhindre histaminudløste kardielle arytmier og hypotension [1]. Kortikosteroid anbefales for at hindre senreaktioner [1].

Endvidere anbefales det, at patienterne bliver udskrevet med selvadministreret adrenalin og henvist til allergiudredning [3].

Selvom andenlinjebehandlingen aldrig bør være eneste behandling [1], er det if. *Clark et al* kun 16-22% af patienterne med anafylaksi, der får adrenalin givet intramuskulært. 12-22% henvises til allergiudredning, og 16-22% udskrives med adrenalin til selvinjektion [5].

KONKLUSION

De vigtigste budskaber i denne kasuistik er: Vi skal give adrenalin intramuskulært som førstebehandling. For at imødekomme udviklingen af et evt. bifasisk forløb bør patienterne indlægges til tæt observation i minimum 24 timer.

Patienterne skal inden udskrivelse instrueres i selvinjektion af adrenalin, og vi skal ved direkte observation sikre, at injektionen udføres korrekt. Endvidere bør patienterne udskrives til et tilrettelagt program for allergiudredning.

KORRESPONDANCE: Christa Schelske, Nordens Plads 4, 2000 Frederiksberg.
E-mail: christaschelske@gmail.com

ANTAGET: 29. marts 2011

FØRST PÅ NETTET: 18. juli 2011

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

1. Malling HJ, Hansen KS. Anafylaksi. Ugeskr Læger 2005;167:664-6.
2. Choo KJ, Simons E, Sheikh A. Glucocorticoids for the treatment of anaphylaxis: Cochrane systematic review. Allergy 2010;65:1205-11.
3. http://www.dsam.dk/files/72/b05_anafylaksi_oplaeg310309.pdf (15. nov 2010).
4. Lieberman P. Biphasic anaphylaxis. Allergy Clin Immunol Int: J World Allergy Org 2004;16:241-8.
5. Clark S, Bock SA, Gaeta TJ et al. Multicenter study of emergency department visits for food allergies. J Allergy Clin Immunology 2004;113:347-52.

AKADEMISKE AFHANDLINGER



Morten Petersen:

Pharmacogenetics in the treatment of heart failure with beta-blockers

Ph.d.-afhandling

E-MAIL: mortenpetersen@rh.dk

UDGÅR FRA: Klinisk Farmakologisk Laboratorium, Rigshospitalet, og Københavns Universitet.

FORSVARET FINDER STED: den 8. februar 2012, kl. 14.00, Auditoriet, Medicinsk Museion, Bredgade 62, København.

BEDØMMERE: Gorm Boje Jensen, Ulf Dahlström, Linköping, Sverige, og Kim Brøsen.

VEJLEDERE: Henrik Enghusen Poulsen, Lars Køber og Christian Torp-Pedersen.



Louise Laurberg Klarskov:

Pieces to the hereditary non-polyposis colorectal cancer puzzle

A pathologist's perspective

Ph.d.-afhandling

E-MAIL: louise.klarskov@dadlnet.dk

UDGÅR FRA: Klinisk Forskningscenter, Patologiafdelingen og HNPCC-registeret, Hvidovre Hospital.

FORSVARET FINDER STED: den 10. februar, kl. 14.30, auditorium 3+4, Hvidovre Hospital, Hvidovre.

BEDØMMERE: Anne-Marie Gerdes, Tine Plato Hansen og Richard Palmqvist.

VEJLEDERE: Susanne Holck, Mef Nilbert og Inge Bernstein.