

Recidiverende halscellulitis hos nyfødt forårsaget af gruppe B-streptokokker

Annett Helleskov Rasmussen & Jesper Fenger-Grøn

Gruppe B-streptokokker (GBS) er en velkendt infektionsårsag hos nyfødte og en vigtig årsag til neonatal mortalitet [1]. GBS-infektion manifesterer sig typisk som pneumoni, meningitis eller sepsis, sjældnere ses arthritis eller adenitis [2], mens der kun få gange er rapporteret om cellulitis [2-4]. GBS-cellulitis opstår ofte sent i neonatalperioden og er associeret til præmaturitet, tidligere indlæggelser og tidligere behandling med antibiotika [2, 4].

Her præsenteres et usædvanligt tilfælde af sent opstået GBS-cellulitis med recidiv trods fuld behandling. Dette er formentlig aldrig tidligere beskrevet. Mulige konsekvenser af sygehistorien diskuteres.

SYGEHISTORIE

En dreng blev født otte uger før terminen ved et planlagt kejsersnit pga. præeklampsi hos moren. Fødselsvægten var 1.645 g, apgarscore og navlesnors-pH havde normale værdier. I det væsentlige var han rask, indtil han 25 dage gammel blev alment påvirket og fik en stor, fast, varm, rød og øm udfyldning ved højre øre. Der blev foretaget dyrkning af blod, spinalvæske og trakealsekret, og han blev sat i behandling med ampicillin, gentamicin og dicloxacillin i vanlig dosering. Ved en ultralydundersøgelse af halsen blev der afsløret lymfadenitis, men abscesdannelse kunne udelukkes. Bloddyrkning udviste senere vækst af GBS, og behandlingen blev skiftet til penicillin og gentamicin. I de første døgn steg C-reaktivt protein (CRP) fra 1,2 til 88 mg/l og leukocytterne fra 8,1 til $20,6 \times 10^9/l$. Efter få dage rettede han sig klinisk og paraklinisk, og antibiotisk behandling blev seponeret efter 14 dage.

Godt et døgn senere blev han ustabil og urolig, men der var ikke noget sikkert infektionsfokus. CRP steg til 104 mg/l og leukocytter til $22 \times 10^9/l$. I trakealsekretet fandt man GBS, mens blod, spinalvæske og urin var uden vækst af bakterier. Han responderede igen hurtigt på antibiotisk behandling, som blev opretholdt i 14 dage. Herefter blev han observeret i tre døgn og udskrevet i god almentilstand og med CRP $< 0,6$ mg/l.

Den følgende dag blev han genindlagt. Han var bleg og irriteret og havde recidiv af den udtalte bløddelshævelse på højre side af halsen. Som tidligere

viste ultralydskanning adenitis uden abscesdannelse. Der tilkom stigning af CRP til 102 mg/l og leukocytter til $15 \times 10^9/l$. I trakealsekret og blod blev der genfundet GBS, mens spinalvæske og urin fortsat var uden vækst af bakterier. Dagen efter indlæggelsen blev der taget et klinisk foto (**Figur 1**), men da var hævelsen allerede aftaget betydeligt. Han responderede igen hurtigt på behandlingen, som denne gang blev fortsat i seks uger. Efterfølgende har han været rask.

DISKUSSION

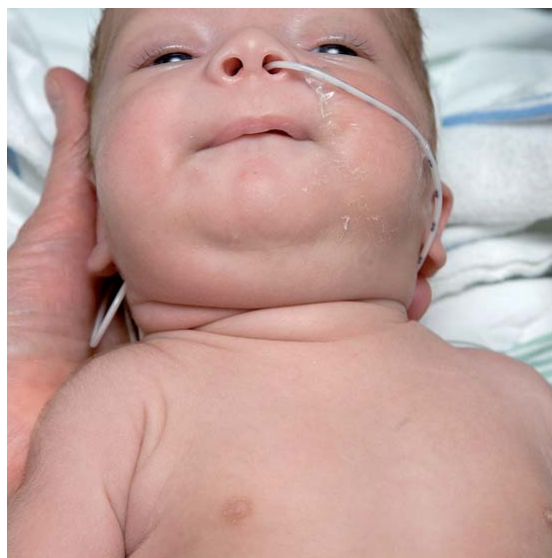
Cellulitis er en akut infektion med diffus spredning i dermis og det subkutane fedtvæv, og ofte involveres de regionale lymfeknuder. Typiske symptomer er hævelse i halsregionen, feber og irritabilitet, men symptomerne kan være beskedne eller tolkes som torticollis [4]. I neonatalperioden er årsagen oftest sen GBS-infektion, og smitte kan formentlig både forekomme fra moren i forbindelse med fødslen og fra omgivelserne [1].

KASUISTIK

Børneafdelingen,
Kolding Sygehus

FIGUR 1

Halscellulitis forårsaget af gruppe B-streptokokker hos en dreng født før terminen.



I den beskrevne sygehistorie blev der ved alle infektionsepisoder påvist GBS, der var fuldt følgende for de antibiotika, der blev givet. Behandlingen omfattede hver gang gentamicin og ampicillin, som efter resistensbestemmelse blev skiftet til penicillin. Behandlingsresponsen var i alle tilfælde umiddelbart overbevisende, og såvel dosis som behandlingsvarighed fulgte almindelige rekommandationer. Fortsat GBS-bæretilstand efter antibiotisk behandling er tidligere fundet [2, 4, 5], men recidiv af GBS-cellulitis trods rekommanderet behandling er, så vidt vi ved, aldrig beskrevet før.

I forbindelse med recidiverne blev yderligere udredning for andre infektionsfoci overvejet. Relevante undersøgelser kunne være helkrosmagnetisk resonans-skanning, leukocytskintigrafi og positronemissionstomografi/computertomografi. Alle disse undersøgelser har imidlertid begrænsninger, når de bliver brugt i neonatalperioden. Efter nøje overvejelse blev undersøgelserne fravalgt, da det blev vurderet at være meget usandsynligt, at en undersøgelse ville

ændre den allerede lagte plan om seks ugers antibiotisk behandling.

Vi har her beskrevet et helt usædvanligt tilfælde af recidiverende neonatal GBS-infektion med cellulitis. Historien understreger, at langvarig antibiotisk behandling bør overvejes i sådanne tilfælde, eventuelt allerede i forbindelse med det første recidiv. Om yderligere udredning i lignende situationer kan være indiceret, er fortsat uafklaret.

KORRESPONDANCE: Annett Helleskov Rasmussen, Oluf Baggers Gade 19 st. th., 5000 Odense C. E-mail: a.helleskov@gmail.com.

ANTAGET: 16. november 2010

FØRST PÅ NETTET: 4. april 2011

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

1. Franciosi RA, Knostman JD, Zimmerman RA. Group B streptococcal neonatal and infant infections. *Pediatrics* 1973;82:707-18.
2. Rand TH. Group B streptococcal cellulitis in infancy: a disease modified by prior antibiotic therapy or hospitalization. *Pediatrics* 1988;81:63-5.
3. Mittal MK, Shah SS, Friedlaender EY. Group B streptococcal cellulitis in infancy. *Pediatr Emerg Care* 2007;23:324-5.
4. Pickett KC, Gallaher KJ. Facial submandibular cellulitis associated with late onset group B streptococcal infection. *Adv Neonatal Care* 2004;4:20-5.
5. Ruiz-Gomez D, Tarpay MM, Riley HD. Recurrent group B streptococcal infections: report of three cases. *Scand J Infect Dis* 1979;11:35-8.

Snapping pes-syndrom med løs knoglefragment er en sjælden årsag til mediale knæ smerter

Roland Knudsen & Zaid Al-Aubaidi

KASUISTIK

Ortopædkirurgisk
Afdeling, Odense
Universitetshospital

Mediale knæ smerter er meget almindelige, men der findes mange differentialdiagnoser [1]. De kan variere fra simple tilfælde af mediale plicae til alvorlige tilfælde af tumorer [1]. *Snapping pes*-syndrom er beskrevet sporadisk, og det defineres som en klikkende eller smuttende fornemmelse fra pes anserius på indersiden af knæet, når det bevæges fra fleksion til ekstension [2-5]. På grund af sin sjældenhed bliver den ikke altid diagnosticeret. For at henlede opmærksomheden på denne usædvanlige årsag til mediale knæ smerter beskrives et tilfælde.

SYGEHISTORIE

En 28-årig kvinde blev henvist til vurdering af smerter i højre knæ. Smerterne havde været til stede, siden hun slog knæet mod et instrumentbræt ti år tidligere. Ved et primært røntgenbillede kunne man udelukke fraktur i knæet. Siden ulykken havde patienten haft fornemmelsen af, at »noget smutter på indersiden af knæet ved bevægelse«. Der var blevet

foretaget tre magnetisk resonans-skanninger, hvor den første viste normale forhold, den anden viste medial plica, og den sidste viste en »mus« medialt i knæet (**Figur 1**). Der blev foretaget flere artroskopier, som intet viste bortset fra kondromalaci bag patella og medial plica. Ved en revurdering kunne man konstatere, at en sene fra pes anserinus sprang over en knogleprominens posteriomedialt for den mediale femurkondyl. Dette skete, når knæet blev bevæget fra ekstension til fleksion. Ved en funktionel ultralyd-skanning blev det bekræftet, at en sene fra pes anserinus sprang over et isoleret og løst knoglestykke ved den mediale femurkondyl. Dette frie stykke knogle og en lille eksostose blev fjernet i generel anæstesi. Tre måneder postoperativt var smerterne forsvundet, og patienten kunne genoptage sport og arbejde på fuldt niveau.

DISKUSSION

Mediale knæ smerter kan have mange årsager. Nogle