

Endogen Clostridium septicum-panoftalmitis associeret med gastrointestinal malignitet

Reservelæge Michala Kehrer, overlæge Michael Kjeldgaard, reservelæge Sanne Kjær Hansen & professor Court Pedersen

Odense Universitetshospital, Infektionsmedicinsk Afdeling Q, Øjenafdeling E og Klinisk Mikrobiologisk Afdeling

Resume

Endogen panoftalmitis forårsaget af *Clostridium septicum* er en sjælden, men alvorlig tilstand. Der er en kendt association mellem infektionen og malignitet. Vores patient præsenterede sig med panoftalmitis – med synstap, proptosis, forhøjet intraokulært tryk og luft i det forreste kammer. Dyrkning af pus viste vækst af *C. septicum*. Han blev behandlet med antibiotika og kirurgi. Efterfølgende undersøgelser viste adenokarcinom i colon. Denne case understreger vigtigheden af hurtig behandling og nødvendigheden af udredning for okkult cancer.

Endogen panoftalmitis forårsaget af *Clostridium septicum* er en sjælden sygdom med – efter vores bedste overbevisning – kun fem tidligere beskrevne tilfælde [1, 2]. Klinisk viser tilstanden sig ved hurtigt indsættende proptosis, svære smerter, forhøjet intraokulært tryk, synstap, luft i forreste kammer og kemosis. Det er en akut tilstand, som kræver prompte behandling med antibiotika og kirurgisk intervention.

Endogen infektion med *C. septicum* er bl.a. associeret til coloncancer og hæmatologisk malignitet [3-5]. Vi beskriver her et tilfælde for at gøre opmærksom på vigtigheden af hurtig behandling og nødvendigheden af udredning for okkult cancer.

Sygehistorie

En 65-årig mand med insulinkrævende diabetes mellitus blev indlagt på et lokalt sygehus med en firedagesanamnese med ondt i venstre øje, hals og hoste. Kort før indlæggelsen udviklede han kraftige smerter i maven og venstre øje. Ved indlæggelsen fandtes lysstiv venstre pupil og forhøjet intraokulært tryk på 50 mmHg. Han blev behandlet med systemisk og lokal carboanhydrasehæmmer for at reducere trykket. Ved undersøgelse få timer efter fandtes proptosis, kemosis, luft i forreste kammer og manglende bevægelse. Han blev herefter overflyttet til et universitetshospital med henblik på videre behandling. Før overflytning blev der givet cefuroxim og metronidazol intravenøst.

Ved modtagelsen var han febril med en temperatur på 38,7 °C. I forhold til tidligere undersøgelse fandtes yderligere manglende lyssans og ingen direkte eller konsensual pupil-

reaktion for lys på venstre side. Paraklinisk var der anæmi med hæmoglobin på 5,7 mmol/l og leukocytose på $14,4 \times 10^9/l$. C-reaktivt protein 155 mg/l (normalt mindre end 5 mg/l).

Akut computertomografi af cerebrum og orbita viste venstresidig eksoftalmus med store mængder luft intrabulbært det forreste kammer og retrobulbært. Desuden var der tegn til infektion i det retrobulbære fedtvæv på venstre side dog uden egentlig abscesdannelse.

Ekkokardiografi og øre-næse-hals-undersøgelse var begge normale.

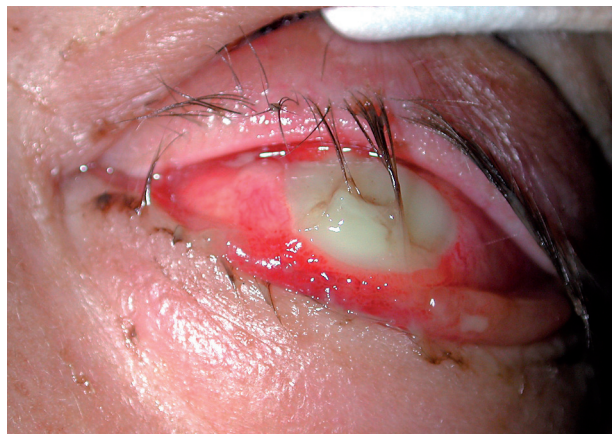
Spinalvæske viste pleocytose med leukocytter på $1,62 \times 10^9/l$, 98% polynukleære; glukose 5,5 mmol/l; protein 1,7 g/l. Dette blev tolket som sekundær meningitis, der var forårsaget af panoftalmitis.

Cornea var første dag klar. Dag to uklær og fjerde dag var der tilkommet massiv ulcererende corneal absces med perforation (**Figur 1**). Den femte dag blev der foretaget enucleatio bulbi for at sanere infektionsfokus.

Dyrkning af biopsi fra det retrobulbære fedtvæv (taget første dag) viste koagulasenegative stafylokokker. Dette blev tolket som forurening. Alle bloddyrkninger var uden vækst, og først på dag 11 var der vækst af *C. septicum* i dyrkning af pus fra øjet.

På baggrund af den øgede forekomst af malignitet hos denne patientkategori, blev patientens anamnese gennemgået igen. Det viste sig, at han gennem seks måneder havde haft mavesmerter og et væggtab på 15 kg. Yderligere udredning med ultralyd af abdomen og koloskopi med biopsi viste okkluderende adenokarcinom ved højre colon fleksur.

Patienten blev fra første dag behandlet med lokalt chlor-



Figur 1. Massiv corneal absces med ulceration og purulent sekretion – dag 4.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

amphenicol og systemisk acetazolamid, penicillin, ceftriaxon og metronidazol. Efter færdigbehandling af infektionen blev patienten overflyttet til kirurgisk afdeling med henblik på operation for colontumoren.

Diskussion

Associationen mellem *C. septicum* og malignitet er velkendt. En litteraturgennemgang fra 1989 af alle 162 kendte cases med endogen *C. septicum*-infektion viste, at 37% havde okkult cancer – heraf havde 84% okkult coloncancer – og i alt 81% af patienterne havde malign sygdom. Risikoen for cancer var større blandt patienter med diabetes end blandt patienter uden diabetes [5].

C. septicum er en anaerob luftdannende grampositiv stav. Den menes at medføre vævsnekrose og trombose i de små blodkar gennem frigivelse af dets α -toksin. Man mener, at den øgede forekomst af *C. septicum* hos cancer- og diabetespatienter skyldes henholdsvis det favorable anerobe miljø i nekrotiske tumorprocesser og den øgede vævsiskæmi pga. aterosklerose [5].

Ud af de nu seks beskrevne tilfælde med endogen *C. septicum*-panoftalmatitis, er der kun to patienter, som har overlevet infektionen. *Koransky et al* fandt i deres gennemgang af til-

fælde med endogen *C. septicum*-infektion, at knap halvde-len af patienterne døde inden for de første tolv timer på trods af korrekt antibiotikabehandling. Kun 32% overlevede infektionen [4].

Vi har her præsenteret en sygehistorie med *C. septicum* panoftalmatitis og associeret coloncancer for at gøre opmærksom på vigtigheden af tidlig behandling og udredning for cancer og anden svær systemsygdom.

Korrespondance: *Michala Kehrer*, Infektionsmedicinsk afdeling, Odense Universitetshospital, Sdr. Boulevard 29, DK-5000 Odense C. E-mail: Michala@mail.dk

Antaget: 20. maj 2008

Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Lindland A, Slagsvold JE. Binocular endogenous Clostridium septicum endophthalmitis. *ACTA Ophthalmol Scand* 2007;85:232-4.
2. Green MT, Font RL, Campbell JV et al. Endogenous Clostridium panophthalmitis. *Ophthalmology* 1987;94:435-8.
3. Alpern RJ, Dowell VR. Clostridium septicum infections and malignancy. *JAMA* 1969;209:385-8.
4. Koransky JR, Stargel MD, Dowell VR. Clostridium septicum bacteremia: Its clinical significance. *Am J Med* 1979;66:63-6.
5. Kornbluth AA, Jeffrey BD, Bernstein LH. Clostridium septicum infection and associated malignancy: Report of 2 cases and review of the literature. *Medicine* 1989;68:30-7.

Wartenbergs migrerende sensoriske neuritis

Overlæge Eskild Colding-Jørgensen

Glostrup Hospital, Klinisk Neurofysiologisk Afdeling

Resume

Wartenbergs migrerende sensoriske neuritis (WMSN) er en sjælden og relativt godartet tilstand med multifokal affektion af sensoriske nervefibre, hvilket viser sig ved langsomt progredierende, skiftende og multifokale sensoriske symptomer og kliniske fund. I denne artikel demonstreres udviklingen af kliniske og elektrofysiologiske abnormiteter hos to patienter med formodet WMSN, og det diskuteres, om sygdommen er hyppigere end sædvanligvis antaget.

Multifokale sensoriske symptomer optræder ved en række tilstande, herunder sygdomme i det centrale og perifere nervesystem. Under betegnelsen *migrant sensory neuritis* beskrev den amerikanske neurolog *Robert Wartenberg* i 1958 otte patienter med sensoriske symptomer, der var dissemineret i tid, og som omfattede mindst to forskellige hudområder [1]. Hos nogle patienter udløste bevægelse af den påvirkede ekstremitet smerter i det afficerede område. *Wartenberg* præsenterede ingen parakliniske fund, men siden har man i lignende tilfælde ved nerveledningsundersøgelse fundet reducerede amplituder i afficerede sensoriske nerver, og nervebiopsi har vist uspecifikke

eller lette inflammatoriske forandringer [2, 3]. Den sædvanlige debutalder er 30-40 år. Ofte bemærkes initielt strækinducerede smerter i et hudområde, hvorefter der tilkommer følelsesløshed af det pågældende område. Denne kan siden fortage sig eller »flytte sig« (migrere) til tilgrænsende områder. Det afficerede område kan svare til en nervegrens forsyningsområde, men det kan også have en udbredelse af anden karakter, f.eks. som en møntformet dysæstetisk »plet«. Ofte ses symmetrisk involvering f.eks. af samme digitalnerve på begge hænder. Hyppigt involverede nerver er fingre og tæers digitale nerver, n. radialis, n. cutaneus femoris lateralis og n. peroneus [3].

Sygehistorier

I. En 49-årig tidligere rask kvinde bemærkede paræstesier i højre hånds 4. og 5. finger. Berøring ulnart og volart i håndledsregionen udløste elektrisk fornemmelse i fingrene. Efter 14 dage udviklede patienten lignende symptomer i venstre hånd. To måneder efter debut tilkom paræstesier ulnart på 1. finger og radiale på 2. finger bilateralt. Desuden oplevede patienten en elektrisk fornemmelse i højre 1. og 2. tå ved bevægelse i ankelledet. Der var ved klinisk undersøgelse ingen sikre abnormiteter, og nerveledningsundersøgelse af venstre n. ulnaris, n. medianus, n. radialis (**Figur 1A**) samt af højre n. suralis viste normale forhold. Efter 13 måneder havde symptomerne