

der med sekundær aksonal degeneration (4). Ved dysautonomi opstår affektionen på det postganglionære niveau, hvor nervefibrene er umyeliniserede, men det udelukker ikke aksonal skade.

I det her omtalte tilfælde fandtes ingen af ovennævnte vira eller bakterier impliceret.

Summary

Ingelise Christiansen & Poul Brodersen: Pandysautonomia. Severe autonomic dysfunction accompanying polyneuropathy.

Ugeskr Læger 2003;165:1366-7.

The case of a young woman with complete autonomic paralysis following an event of respiratory and gastrointestinal infections is described. The diagnosis was based upon clinical, neurophysiological, and laboratory findings. In view of the occurrence of identical – although less pronounced – autonomic disturbances in some cases of Guillain-Barré syndrome and the high incidence of minor degrees of weakness, paresthesias, reflex loss, and CSF protein elevation in dysau-

tonomic polyneuropathy, it seems likely that the latter disorder is also an immune polyneuropathy affecting the autonomic fibers within the peripheral nerves.

Reprints: *Ingelise Christiansen*, Neurologisk Afdeling 2082, H:S Rigshospitalet, DK-2100 København Ø.

Antaget den 8. januar 2003.

H:S Rigshospitalet, Neurologisk Afdeling.

Litteratur

1. Young RR, Asbury AK, Corbett JL, Adams RD. Pure pandysautonomia with recovery – description and discussion of diagnostic criteria. *Brain* 1975;98:613-36.
2. Pfeiffer G. Dysautonomi im Guillain-Barré Syndrom. *Nervenartz* 1999;70:136-48.
3. Hoeldtke RD, Dworkin GE, Gaspar SR, Israel BC. Sympathotonic orthostatic hypotension: a case report of 4 cases. *Neurology* 1989;38:34.
4. Yuki N, Taki T, Inagaki F. A bacterium lipopolysaccharide that elicits Guillain-Barré syndrome has a GM 1 ganglioside-like structure. *J Exp Med* 1993;178:1771-5.

Lymphoedema praecox med usædvanlig lokalisation

KASUISTIK

Mette Madsen & Mogens Fjord Christensen

Primært lymfødeme er sjældent hos børn og unge med en forekomst på 1,15 per 100.000 personer under 20 år (1). Lymfødeme kan afhængigt af debuttidspunktet inddeles i lymfoedema congenita, lymfoedema praecox og lymfoedema tarda (1, 2).

Lymfoedema praecox (LP) viser sig hyppigst som en ødemagtig hævelse af ankel og fod, enkelte gange med samtidig hævelse af arm og hånd (3). Ved gennemgang af litteraturen er der kun beskrevet ét tilfælde af LP, der var isoleret til en arm (4).

Et nyt tilfælde med LP i en hånd omtales for at gøre opmærksom på denne lokalisationsmulighed.

Sygehistorie

En 13 år og ti måneder gammel pige blev henvist for hævelse af venstre hånd. Der var ingen kendte allergier eller nældefeberlignende episoder, ingen disposition til lymfødeme eller gigttilfælde. Hun havde i det væsentlige været rask tidligere. Henvisningsårsagen var en otte måneder varende vekslende hævelse af venstre hånddryg. Hævelsen var mest udtalt om morgenen. Der var ingen kendt udløsende årsag. Der havde ikke været og var ikke rødme, ømhed, feber, udslæt, led- eller almensymptomer. En måned før det

ambulante besøg opstod der tillige let hævelse af højre hånddryg. Denne hævelse svandt igen.

Patientens højde var 168,5 cm, vægten 63,1 kg. Der var normale pubertetsprægede proportioner. Venstre hånddryg var let diffust hævet, der var ikke tale om pittingødem. Højre hånddryg var normal. Der var normal bevægelighed i håndled og fingre på begge sider, ingen hævelse af benene, ingen palpabel lymfeknudevulst. Den øvrige objektive undersøgelse inkl. huden gav ikke anledning til anmærkninger.

Paraklinisk fandtes der normale hæmatologiske kvantiteter, differentialtælling og SR. Der var normale S-værdier af Na, K, albumin, kreatinin og kolesterol. IgM-rheumafaktor og ANA var ikke forhøjede.

En UL-scanning af hånden viste lymfødeme, og røntgenundersøgelsen viste ingen ossøse forandringer. Lymfescintigrafien viste relativt hurtig drænage af det injicerede 37 MBq 99mTc-nanocoll til lymfeknuder i begge aksiller, hvorfor et væsentlig kompromitteret lymfeafløb kunne udelukkes. På venstre overekstremitet fandtes der imidlertid ingen optagelse af sporstoffet i lymfeknuder i fossa cubiti samt dårlig fremstilling af lymfekarrene i underarmen.

Diskussion

Lymfødeme med ophobning af lymfe i det interstitielle væv kan optræde primært og sekundært.

De fleste forskere er enige om, at en medfødt fejludvikling af lymfesystemet er grundlæggende for alle former for

primært lymfødeme (1). Årsagen til defekten, variationen i debuttidspunktet og progressionen er endnu ikke klarlagt (3).

Den typiske debut (70%) af LP er den spontane, uømme, bløde, ødemagtige hævelse af fod eller ankel hos en teenagepige. Enkelte gange ses samtidig hævelse af arm og hånd (3).

Lymfødeme er en klinisk diagnose, der er baseret på anamnese, objektiv undersøgelse og udelukkelse af andre muligheder, samt evt. påvisning af kompromitteret lymfedrænage (4).

Komplikationerne til lymfødeme er gentagne episoder af cellulitis og lymfangitis, kronisk fibrøst lymfødeme og sjældent lymfangiosarkom (2, 3).

Behandlingen er understøttende i form af elevation af ekstremiteten, fysisk aktivitet og støttebandager samt forebyggelse af infektioner og traumer (4). Der er usikkerhed om effekten af medikamentel behandling (1, 3, 4). I svære tilfælde kan kirurgi komme på tale (5).

Hos vores patient var der udelukkende symptomer fra overekstremiteterne og på undersøgelsestidspunktet kun fra den ene hånd. De foretagne undersøgelser synes at udelukke, at det drejede sig om andet end lymfødeme, og der var ikke holdpunkter for, at det skulle være af sekundær type. Resultaterne af UL-undersøgelsen og lymfescintigrafien var forenelige med lymfødeme.

Vi mener således at kunne præsentere det andet beskrevne tilfælde af LP, der udelukkende er lokaliseret til overekstremiteterne.

LP bør således indgå i de differentialdiagnostiske overvejelser hos pubertetspiger med hævede hænder.

Summary

Mette Madsen & Mogens Fjord Christensen: Lymphedema praecox with an unusual localisation.

Ugeskr Læger 2003;165:1367-8.

We report the case of a 13-year-old girl with swelling of her left hand. Primary lymphedema was the conclusion of the examination. The case is published because this localisation of lymphedema praecox is extremely rare and it should therefore be considered as a possible differential diagnosis, when finding swelling of hand in adolescent girls.

Reprints: *Mette Madsen*, Drosselvej 84, DK-9310 Vodskov.

Antaget den 8. januar 2003.

Herning Centralsygehus, Børneafdelingen.

Litteratur

1. Smeltzer DM, Stickler GB, Schirger A. Primary lymphedema in children and adolescents: a follow-up study and review. *Pediatrics* 1985;76:206-17.
2. Creager MA, Dzav VJ. Vascular diseases of the extremities. I: Wilson JD, Braunwald E, Isselbacher KJ et al, eds. *Harrison's principles of internal medicine*. 12th ed. New York: McGraw-Hill, 1991:1025-6.
3. Lewis JM, Wald ER. Lymphedema praecox. *Pediatrics* 1984;104:641-7.
4. Harel L, Amir J, Nussinovitch M et al. Lymphedema praecox seen as isolated unilateral arm involvement: case report and review of the literature. *J Pediatr* 1997;130:492-4.
5. Brorson H, Svensson H, Norrgren K et al. Liposuction reduces arm lymphedema without significantly altering the already impaired lymph transport. *Lymphology* 1998;31:156-72.

Angiotensin II-antagonist-behandling som medvirkende årsag til prærenal uræmi

KASUISTIK

Lene Ringholm Nielsen

Det er kendt, at *angiotensin converting enzyme* (ACE)-hæmmere kan forårsage prærenal uræmi i forbindelse med dehydrering (1-4). Selv om der ikke findes dokumentation for, at også angiotensin II-antagonister kan udløse prærenal uræmi ved dehydrering, er det anført i produktbeskrivelserne for disse præparater, idet oplysningen er overført fra ACE-hæmmere. I det følgende beskrives et tilfælde, der underbygger denne antagelse.

Sygehistorie

En 48-årig mand havde i to år været i antihypertensiv behandling med candesartan (16 mg), bendroflumethiazid

(2,5 mg) og carvedilol (12,5 mg). Otte måneder inden indlæggelsen var hans blodtryk 145/95 mmHg, og kreatinin blev målt til 96 µmol/l. Efter indtagelse af pizza fik patienten og hans hustru gastroenteritis. Ni dage senere blev patienten indlagt akut medtaget, dehydreret og oligurisk. Blodtrykket var 100/60 mmHg, pulsen 80, temperaturen 37,6°C. Paraklinisk fandtes B-hæmoglobin at være 9,3 mmol/l (8,0-11,0 mmol/l), P-albumin 600 µmol/l (550-830 µmol/l), P-kreatinin 792 µmol/l (60-130 µmol/l), P-carbamid 67,5 mmol/l (2,5-7,5 mmol/l) og P-phosphat 3,2 mmol/l (0,8-1,5 mmol/l). Der var ingen acidosis eller kaliumderangement. Faeces- og bloddyrkning var negative. Ekg var normalt. Efter fire dages parenteral rehydrering og seponering af den antihypertensive behandling var patienten velbefindende, diureserne genetableret og B-hæmoglobin 7,3 mmol/l, P-albumin 578 µmol/l, P-kreatinin 107 µmol/l, P-carbamid 4,5