

Fulminant forløb af perimyokarditis efter en halsinfektion

Christian Oliver Fallesen¹, Sabine Ute Alice Gill² & Michael Gilså Hansen¹

Perimyokarditis er en inflammatorisk tilstand, hvor myokarditis forekommer samtidig med perikarditis. Genesen er oftest viral og sjældnere bakteriologisk [1]. Patofysiologisk er der ved viral genese (hyppigst parvovirus B19) tale om primær infektion af myocyterne evt. efterfulgt af et immunologisk respons med efterfølgende fibrosering af infiltraterne i myokardiet [2].

Ved den fulminante form for perimyokarditis med fra få dage til få uger varende symptomer ses hurtigt progredierende venstre- og højresidig hjerteinsufficiens, evt. arytmier og evt. hæmodynamisk betydende perikardieekssudat. Prognosen er dårlig, og tilstanden kræver hurtig behandling [3]. Denne sygehistorie illustrerer vigtigheden af tæt opfølgning i efterforløbet af patienter med fulminant perimyokarditis.

SYGEHISTORIE

En 35-årig, tidligere rask mand blev indlagt på et lokalsygehus efter to dage varende respirationssynkrone brystmerter. De seks foregående dage havde egen læge behandlet med phenoxymethylpenicillin pga. tonsillitis. Strep A-test-resultatet var negativt.

På et elektrokardiogram bemærkedes ST-elevationer i infero-laterale afledninger. En ekkokardiografi viste 4 mm perikardievæske og normal ud-drivningsfraktion (EF) (referenceværdi: > 60%). Paraklinisk fandt man forhøjede infektionstal med C-reaktivt protein (CRP)-niveau på 290 mg/l (referenceværdi: < 0-10 mg/l), et leukocytniveau på $23 \times 10^9/l$ (referenceværdi: $4-10 \times 10^9/l$) og et troponin T (TnT)-niveau på 1.603 mikrogram/l (referenceværdi: < 50 mikrogram/l). På mistanke om perimyokarditis blev patienten behandlet med nonsteroidale antiinflammatoriske stoffer (NSAID), paracetamol og tramadol, indtil diagnosen kunne verificeres. Der blev desuden givet trestofantibiotisk behandling pga. mistanke om en septisk tilstand. Patientens tilstand bedredes initialt. To dage senere blev han dyspnøisk, og en ny ekkokardiografi viste apikal hypokinesi og EF nedsat til 40%. Trods trestofantibiotikaterapi (cefuroxim, ciprofloxacin og metronidazol) steg infektionstallene (CRP-niveau: 577 mg/l og leukocytniveau: $28 \times 10^9/l$). Patienten blev overflyttet til et center, hvor man ved en koronarangiografi fandt normale forhold og ved en myokardiebiopsi lymfocytær myo-

karditis. Initiale gennemdyrkninger, podninger og relevante virusundersøgelser gav alle negativt resultat. Pga. tiltagende venstre ventrikel-svigt (EF: 20%) behandlede man med levosimendan. Tilstanden blev kompliceret af atrieflimren og EF på 10%, hvorfor patienten blev akut DC-konverteret på vital indikation. I løbet af få dage bedredes venstre ventrikels funktion spontant (EF: 40%), og man kunne påbegynde anti-kongestiv behandling samt udskrive patienten til opfølgning på en hjertesvigtklinik ti dage senere.

Syv uger senere blev patienten genindlagt med svær dyspnø, igen vigende EF og hæmodynamisk betydende perikardieekssudat (**Figur 1**), som udtømtes (i alt 900 ml). CRP-niveauet var på 190 mg/l. TnT-niveauet var normalt. Efter udskrivelsen blev patienten fulgt med ugentlige kontroller i den første måned, og man kunne konstatere nærmormalisering af EF.

Efter yderligere tre måneder fik patienten atter recidiv i forbindelse med en febril episode, og han blev indlagt direkte på hjertecenteret med febrilia, atrieflimren, EF på 30% og et mindre perikardieekssudat. Hans tilstand rettede sig på antibiotisk behandling, konverterede spontant til sinusrytme, og EF ved udskrivelsen var 50%, hvilket blev genfundet ved de efterfølgende ambulante kontroller.

DISKUSSION

Ved perikarditis er der brystmerter og evt. ekssudat, men iskæmiamarkørerne er oftest normale, mens der

KASUISTIK

- 1) Medicinsk Afdeling, Sygehus Sønderjylland, Haderslev
- 2) Hjertemedicinsk Afdeling B, Odense Universitetshospital

FIGUR 1



Hæmodynamisk betydende perikardieekssudat.

ved myokarditis findes forhøjede iskæmimarkører. Ved perimyokarditis findes både brystmerter og forhøjede markører, hvorfor tilstanden kan tolkes som akut myokardieinfarkt [4]. En sikker diagnose kræver myokardiebiopsi. Behandlingen er som ved andet uafklaret hjertesvigt. Steroidbehandling er kun indiceret, hvis der findes tegn på kæmpecellemyokarditis. Behandling med NSAID er omdiskuteret, da det ved svær myokardieinvolvering kan forværre hjertesvigt og øge mortaliteten [1]. Der opnås ofte total restitution [3], men tilstanden kan udvikle sig til dilateret kardiomyopati af forskellig sværhedsgrad, ende fatalt eller kræve transplantation [2]. Frekvensen af recidiv af perikarditis er 15-32% [5], mens den er ukendt for myokarditis. Prognosen er god, når den akutte fase først er overstået. [3]

Pga. risikoen for et fulminant forløb med død pga. hjerteinsufficiens, tamponade eller arytmi bør

patienterne følges tæt med kliniske kontroller, kontrol af infektionsparametre og hyppige ekkokardiografier, hvilket også understreges af denne sygehistorie.

KORRESPONDANCE: Christian Oliver Fallesen, Gl. Slotsvej 20, 5500 Middelfart. E-mail: cofallesen@yahoo.dk

ANTAGET: 28. juni 2012

FØRST PÅ NETTET: 7. januar 2013

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Imazio M, Trinchero R. Myopericarditis: etiology, management, and prognosis. *Int J Cardiol* 2008;127:17-26.
2. Schultz JC, Hilliard AA, Cooper LT Jr et al. Diagnosis and treatment of viral myocarditis. *Mayo Clin Proc* 2009;84:1001-9.
3. Ishida K, Wada H, Sakakura K et al. Long-term follow-up on cardiac function following fulminant myocarditis requiring percutaneous extracorporeal cardiopulmonary support. *Heart Vessels* 28. dec 2011 (epub ahead of print).
4. Omar HR, Fathy A, Rashad R et al. Acute perimyocarditis mimicking transmural myocardial infarction. *Int Arch Med* 2009;2:37.
5. Brucato A, Brambilla G, Adler Y et al. Long term outcomes in difficult-to-treat patients with recurrent pericarditis. *Am J Cardiol* 2006;98:267-71.

Glioblastoma multiforme med intra- og ekstramedullær disseminering til spinalkanalen

Karin Hansson¹, Henrik Gutte¹ & Fadi Idris²

KASUISTIK

1) Radiologisk Afsnit, Diagnostisk Afdeling, Glostrup Hospital
2) Neurologisk Afdeling, Glostrup Hospital

Den årlige incidens af primære intrakranielle tumorer er i Danmark 8-10/100.000 indbyggere. 30-40% af disse tumorer er maligne. Hos voksne er glioblastoma multiforme (GBM) den hyppigste primære maligne hjernetumor. Prognosen er dårlig, og til trods for aggressiv behandling dør 50% af patienterne inden for seks måneder efter diagnosticering [1]. Metastaser fra GBM er sjældent forekommende. Her beskrives en usædvanlig sygehistorie med både intra- og ekstramedullær disseminering til spinalkanalen.

SYGEHISTORIE

En 44-årig tidligere sund og rask mand blev indlagt til observation for neuroinfektion/tumor cerebri. Han havde gennem to måneder haft tiltagende hovedpine dagligt, svimmelhed og episoder med kortvarig, pludselig fjernhed, hvor han samtidigt var begyndt at ryste i alle fire ekstremiteter. En neurologisk undersøgelse viste venstresidig homonym hemianopsi, venstresidig supranukleær facialisaffektion, diskret tremor i venstre overekstremitet, livlige reflekser i venstre underekstremitet og bilateral fodklonus. En

computertomografi og siden en magnetisk resonans (MR)-skanning af cerebrum viste en 60 × 48 × 30 mm stor tumor, der havde omkringliggende ødem og lå i højre hemisfære med udtalt massevirkning og midtlinjeforskydning (**Figur 1A**). Der blev udført højresidig parietooccipital kranietomi med tumorexcision. Histologisvar viste GBM i WHO-grad 4. En MR-skanning af cerebrum tre dage postoperativt viste 90% tumorreduktion og 10% resttumor beliggende ind mod mesencefalon. Patienten viste markant klinisk bedring, og der blev påbegyndt konkomitant kemoterapi og strålebehandling.

Fire måneder senere havde patienten tiltagende føleforstyrrelser i højre underekstremitet og svag rysten i højre hånd. En MR-skanning af cerebrum viste ingen tegn på tumorprogression, i stedet sås der betydelig regression af kontrastopladningen i randen af operationskaviteten og regression af ikkekontrastopladende forandringer. En måned senere blev patienten indlagt pga. dårlig almentilstand og tiltagende gener fra underekstremiteterne, primært i højre side. Han havde svigtende gangfunktion med