

Acrodermatitis chronica atrophicans kan være vanskelig at diagnosticere

Signe Rosenlund¹, Niels Bækgaard² & Torkil Menné³

KASUISTIK

- 1) Ortopædkirurgisk Afdeling, Køge Sygehus
- 2) Karkirurgisk Afdeling B, Gentofte Hospital
- 3) Dermato-allergologisk Afdeling, Gentofte Hospital

Lyme-borreliose skyldes en infektion med bakterien *Borrelia burgdorferi*. Bakterien overføres til mennesker via flåtbid, og Danmark regnes for at være et endemisk område. 5-6% af alle flåter menes at være inficeret med *Borrelia* [1], og i højendemiske områder er 20-40% af alle flåter inficeret [1, 2]. Der diagnosticeres ca. 50 tilfælde af acrodermatitis chronica atrophicans (ACA) årligt i Danmark. Tilstanden ses ofte hos ældre kvinder [1, 3]. Risikoen for smitteoverførsel er størst, hvis flåten sidder på kroppen i over 48 timer. ACA er en kronisk dermatoborreliose, der progredierer, hvis den ikke behandles.

SYGEHISTORIE

En 29-årig, rask mand fik over en fireårig periode progredierende hævelse og blålig/violet misfarvning af tredje tå på venstre fod. Hævelsen strakte sig op på fodryggen og over på nabotæerne, og der tilkom smerter under forfoden, **Figur 1A**.

Patienten havde tre år tidligere henvendt sig hos egen læge pga. hævelse af tåen uden kendt traume. Der blev foranstaltet røntgenundersøgelse (rtg.) og ultralydskanning (UL) af foden. Rtg. viste intet unormalt, men UL viste fortykkelse af seneskederne på ekstensorsiden samt inflammation. Patienten blev behandlet med nonsteroidale antiinflammatoriske stoffer, men behandlingen var uden effekt.

Han blev derefter henvist til en ortopædkirurgisk afdeling, hvor der blev foretaget nye undersøgelser. Den kliniske undersøgelse viste en massivt fortykket, spændt tå og lette smerter ved tryk, men i øvrigt normale forhold. Rtg. viste stadig intet unormalt, men UL viste subkutan hævelse, der strakte sig proksimalt på fodryggen. Resultatet af en magnetisk resonansskanning viste diffus bløddelshævelse, men gav ikke mistanke om malignitet. Infektionstillene var: C-reaktivt protein 0,3 mg/l, leukocytter 5,3 mia./l og hæmoglobin 9,5 mmol/l. En biopsi viste kronisk inflammation med lymfocytære celler og i mindre grad plasmaceller, men ingen maligne celler. Tåtrykmåling og Doppler-flowundersøgelse viste normale forhold. Fra karkirurgisk afdeling blev patienten anbefalet amputation af tåen, idet tilstanden var uafklaret og progredierende. Patienten blev desuden henvist til en dermatologisk afdeling. Her blev der rejst mistanke om, at tilstanden kunne være en borreliose. Det viste sig, at patienten var blevet bidt på venstre ankel af en flåt fire år tidligere. Der havde ikke efterfølgende været tegn på erythema migrans.

Patienten blev sat i behandling med penicillin 2 MIE × 3 dagligt i fire uger. Behandlingen havde eklatant effekt på smerterne, og misfarvningen blev markant mindre efter 14 dage.

Patientens tå var på tidspunktet for den seneste undersøgelse fortsat forstørret, men ikke længere spændt og misfarvet, og han var smertefri (**Figur 1B**). Blodprøver viste efterfølgende vist *Borrelia*-immunglobulin (Ig) G 205 arbejdsenheder/l (normalværdi < 13,5) og IgM 31,1 arbejdsenheder/l (normalværdi < 15,9). Den parafinindstøbte biopsi blev undersøgt for bakterielt DNA med 16-S-analyse. Analyseresultatet var negativt.

KONKLUSION

På baggrund af den udtalte effekt af penicillinbehandling og de forhøjede *Borrelia*-titre mener vi, der er tale om ACA, forårsaget af Lyme-borreliose i tertiært stadium. Borreliose er en sygdom med symptomer fra flere forskellige organsystemer, og patienterne kan derfor blive behandlet af læger fra mange forskellige specialer, som det fremgår af denne sygehistorie. Vigtigt er det at udelukke malignitet, hvor

FIGUR 1

A. Foden før antibiotikabehandling. B. Foden efter afsluttet behandling.



både sarkom og malignt lymfom skal overvejes og udelukkes med biopsi. Vigtige differentialdiagnoser er: sarkoidose, hæmangiomer, arteriovenøse fistler og kronisk venøs insufficiens [3-5].

Det er velkendt, at Lyme-borreliose kan give hudsymptomer i form af erythema migrans. Desuden ses symptomer fra nervesystemet, hjertet og bevægeapparatet. Dermatologisk borreliose inddeles i tre stadier. Det primære stadium viser sig ved erythema migrans [3, 5]. Sekundær borreliose kan vise sig ved lymphocytoma cutis, en rød nodulus, ofte lokaliseret på en øreflip, en brystvorte, i ansigtet eller på scrotum. Hævelsen er velafgrænset, uømt og ofte selvlimiterende. Lyme-borreliose i tertiært stadium kan vise sig ved ACA. Det kliniske billede viser sig måneder til år efter den primære infektion. Symptomerne er en lokaliseret, men ikke skarpt afgrænset hævelse, blålig misfarvning og fortykkelse af huden. Ofte ses symptomerne på de distale dele af ekstremiteterne på ekstensorsiden. Huden vil med tiden blive atrofisk. Patienten kan opleve ændret sensibilitet og smerter i området. Desuden vil nogle opleve uspecifikke symptomer som træthed, vægttab, hovedpine og myalgier [3].

Diagnosen stilles ofte på kliniske symptomer og anamnese med flåtbid. Desuden kan serologiske prøver for *Borrelia*-antistoffer styrke mistanken. Forhøjede *Borrelia*-IgG-titre vil dog være til stede i årevis trods effektiv behandling. Guldstandard for diagnostik af dermatologiske borrelioser er påvisning af *B. burgdorferi* ved dyrkning/polymerasekædereaktionsanalyser fra biopsi.

Til behandling af ACA anbefales doxycyclin 100 mg \times 2 i 14-21 dage [2, 3].

KORRESPONDANCE: Signe Rosenlund, Ortopædkirurgisk Afdeling, Køge Sygehus, Lykkebækvej 1, 4600 Køge. E-mail: signe.rosenlund@gmail.com

ANTAGET: 2. marts 2011

FØRST PÅ NETTET: 20. juni 2011

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatterne.

LITTERATUR

1. Dessau RB, Bangsborg JM, Ejlersen T et al. Laboratoriediagnostik af infektion forårsaget af *Borrelia burgdorferi*. Ugeskr Læger 2006;168:2805-7.
2. Hengge UR, Tannapfel A, Tyring SK et al. Lyme borreliosis. Lancet Infect Dis 2003;3:489-500.
3. Müllegger RR, Glatz M. Skin manifestations of Lyme borreliosis. Am J Clin Dermatol 2008;9:355-68.
4. Kütting B, Bonsmann G, Metz D et al. *Borrelia burgdorferi*-associated primary cutaneous B-cell lymphoma. J Am Acad Dermatol 1997;36:311-4.
5. Wahle M, Baerwald CGO. Unusual differential diagnosis of a swollen toe. J Rheumatol 2004;31:617-9.

Subfrenisk Meckels divertikel som differentialdiagnose til Chilaiditis syndrom

Charles Boy Kromann & Randi Beier Holgersen

Meckels divertikel er den hyppigste medfødte tarmmisdannelse og skyldes inkomplet obliteration af ductus omphalomesentericus [1]. Divertiklet er almindeligvis placeret i den anale del af ileum under 100 cm fra den ileocøcale overgang. Lidelsen ses hos 2-4% af befolkningen, men er dog sjældent symptomgivende [2].

I kasuistikker er perforation af Meckels divertikel beskrevet som forårsaget af blandt andet fremmedlegemer eller enterolitter [2]. Klinisk mistolkes perforation af Meckels divertikel ofte som perforeret ventrikel/duodenalulcera eller imitation af appendicitis [2] og subfrenisk absces [3].

SYGEHISTORIE

En 67-årig kvinde blev indlagt for cholecystitis acuta obs. Hun havde haft pludseligt indsættende smerter under højre kurvatur strålende om i ryggen. Ved ind-

læggelsen havde hun et spændt og opdrevet abdomen og voldsomme smerter, der forværredes ved bevægelse.

Et år tidligere havde patienten henvendt sig med et lignende, men mildere symptombillede og fik under denne indlæggelse foretaget computertomografi af abdomen (**Figur 1**). Her sås en tarmanomali tydeligt, og tyndtarmen kunne følges fra sin normale position i midtabdomen med et slankt tarmstykke op forbi leverens forflade til et stort divertikel under højre diafragmakuppel. Dengang blev divertiklet radiologisk tolket som tyktarm og dermed som udtryk for Chilaiditis syndrom, hvor colon er interponeret mellem diafragma og højre leverlap. Tilstanden findes hos op til 1% af en geriatrisk population. Symptomerne er abdominale smerter, distension og natligt opkast og indicerer ikke umiddelbart laparotomi [4]. Patientens smerter gik i sig selv, og videre

KASUISTIK

Kirurgisk Afdeling,
Helsingør Hospital