

# Ornitose – en overset årsag til atypisk pneumoni

Peter Oluf Andersen

Ved diagnostik og behandling af »atypisk pneumoni« har fokus i de senere år primært ligget på infektion med *Legionella pneumophila* (Lp). Ornitose, også kaldet papegøjesyge, er forårsaget af *Chlamydia psittaci* (Cp) og kan i lighed med Lp føre til svær pneumoni med et komplekst sygdomsbillede. I perioden 1995-2000 blev der i Danmark anmeldt 118 tilfælde af ornitose, svarende til ca. 20 tilfælde årligt (1-3). Sygdommen er formentlig underdiagnosticeret, da man må antage, at hovedparten af milde tilfælde ikke fører til lægekontakt.

## Sygehistorie

En 47-årig tidligere rask mand blev indlagt efter seks døgn med feber og influenzasymptomer. Han fik svær intubationskrævende respirationsinsufficiens samt sepsis. Han blev behandlet initialt med penicillin, der blev ændret til erythromycin, ciprofloxacin og metronidazol. Trakealsekret blev fundet positivt for influenzavirus. Der skiftedes derfor til meropenem samt zanamivir på mistanke om influenza, der var kompliceret med pneumokokpneumoni.

Paraklinik: CRP 267 mg/l, ALAT 222 U/l, leukocytter 9,1 mia./l og hæmoglobin 7,7 mmol/l faldende til 4,7 mmol/l. Røntgen af thorax viste bilaterale skyede infiltrater. UL-scanning af abdomen viste paralytisk ileus, fri væske i peritoneum og hepatomegali. Gastroskopi viste gammelt blod i ventriklen. Ingen blødningskilde. Patienten fik dialysekrævende nonoligurisk ATIN med stigende levertal samt et universelt makulært eksantem. Efter tre dage fandtes positiv PCR for Cp i trakealsekret, hvorfor behandlingen blev skiftet til doxycyclin. Efter 27 dage var der fortsat anæmi og leverpåvirkning, men væsentlig klinisk bedring.

## Diskussion

Bakterien Cp findes primært hos fugle, hvorfra mennesker smittes via faeces og luftvejssekret [1, 4]. Smitte mennesker indbyrdes er ubetydelig. Kontakt med inficerede fugle, som fx slagteriarbejdere og dyrehandlere er udsat for, giver især smitтерisiko. Patienten fra sygehistorien havde bolig på en husbåd og havde her en potentiel kontakt med vilde fugle. Hos kun ca. 25% med ornitose kan der påvises fuglekontakt [5].

Ornitose kan manifestere sig med stor variation i både sværhedsgrad og symptomer [1, 4, 6]. Hyppigst er symptomer i form af feber, myalgier og hovedpine. Sygdommen kan derfor minde om influenza [1, 7]. Sjældnere ses tør hoste, artralgi, konjunktivit, hævede led samt abdominalsmerter, men også udslæt kan forekomme, jf. sygehistorien.

Diagnostik af ornitose baseres på en kombination af anamnese med fugleeksposition, klinik og PCR-diagnostik. Cp kan

bestemmes med PCR-teknik på luftvejssekret inden for 1-2 døgn, hvilket muliggør hurtig diagnostik og relevant antibiotisk behandling. Yderligere kan Cp påvises ved *Chlamydia*-komplementbindingstest (CKT), der foretages på blod. Den er imidlertid uspecifik med sent svar. PCR samt CKT kan være falsk negative, hvilket besværliggør diagnostik. Samtidig med undersøgelse for Cp bør trakealsekret undersøges for Lp og *Mycoplasma pneumoniae*, da klinikken kan være sammenlignelig med ornitose.

I litteraturen angives primært tetracyclin som førstevalgspræparat ved ornitose. I et lille studie fremhæver man dog, at der er ligeværdig effekt af behandling med erythromycin [8]. Infektion med Lp og *Mycoplasma pneumoniae* kan behandles med makrolid. Dette støtter brug af makrolid ved behandling af atypisk pneumoni uden kendt bakteriologisk ætiologi.

Der foreligger ingen kliniske studier om effekten af quinoloner. Vaccination mod ornitose er ikke mulig.

I sygehistorien blev der i tillæg til Cp fundet positiv antigenest for Influenza type A + B. Patienten var derfor mulig dobbeltinficeret, hvilket kan have medvirket til det særligt alvorlige forløb.

Ved uafklaret diagnostik hos den respiratorisk dårlige patient bør ornitose overvejes. Mangel på oplagt smittekilde bør ikke udelukke diagnosen. Ved mistanke om Cp bør der allerede ved milde symptomer indledes behandling med peroral makrolid eller tetracyclin, så tilstanden ikke progredierer. Der bør tidligst muligt og helst før behandlingsstart sikres luftvejssekret til PCR-diagnostik.

Ornitose er anmeldelsespligtig i Danmark.

## Summary

Peter Oluf Andersen:

**Ornithosis – a neglected cause of atypical pneumonia.**

Ugeskr Læger 2002;165:3019-20.

A case illustrating the potential severity of infection with *Chlamydia psittaci* (ornithosis) is reported. The importance of considering *Chlamydia psittaci* as an option in patients with severe respiratory failure is emphasized with a view to early PCR diagnosis of ornithosis.

Reprints: Peter Oluf Andersen, Tøndergade 17, 3. th., DK-1752 København V.

Antaget den 15. januar 2003.  
H:S Rigshospitalet, Epidemiklinik M.

## Litteratur

1. Faber M, Lind I, Christiansen AH et al. Ornitose 1995-1998. EPI-NYT 1999, nr. 6.

2. Bennedsen M, Filskov A, Samuelsson S et al. Ornitose 1999. Epi-nyt 2000, nr. 16/17.
3. Christiansen AH, Samuelsson S. Ornitose 2000. EPI-NYT 2001, nr. 35.
4. Peeling RW, Brunham RC. Chlamydiae as pathogens: new species and new issues. Emerg Infect Dis 1996;2:307-19.
5. Mandell GL, Dolin R, Bennet JE et al. Principles and practice of infectious diseases. Edinburgh: Churchill-Livingstone, 2000.
6. Johnston WB, Millicent E, Smith KA et al. Compendium of measures to control Chlamydia psittaci infection among humans and pet birds. Morb Mortal Wkly Rep 2000;14:49.
7. Mordhorst CH. Chlamydia. Ugeskr Læger 1993;155:1835-6.
8. Hammers-Berggren S, Granath F, Julander I et al. Erythromycin for treatment of ornithosis. Scand J Infect Dis 1991;23:159-62.

## Et uafhængigt og troværdigt Ugeskrift – angivelse af interessekonflikter

Ugeskrift for Læger bestræber sig på uafhængigt og troværdigt at formidle resultater af dansk og international forskning. Det er derfor vigtigt, at redaktionen og læserne får kendskab til eventuelle egeninteresser eller andre interessekonflikter knyttet til indsendte manuskripter. Manuskriptvejledningen gør opmærksom på, at forfatterne skal oplyse om eventuelle interessekonflikter, men disse informationer er hidtil ikke videregivet til læserne. Det ønsker vi at ændre.

Fremover skal det fortsat tydeligt fremgå af den medsendte forfattererklæring om der er økonomiske eller andre interessekonflikter, men vi ønsker en evt. konflikt konkretiseret. Det vil sige, at hvis en af forfatterne inden for de sidste fem år har haft økonomisk tilknytning til en virksomhed eller organisation, som ville kunne tjene på offentliggørelsen af resultaterne af det aktuelle manuskript, skal det anføres i forfattererklæringen. Det kunne dreje sig om følgende:

- a) Modtaget forskningsmidler.
- b) Modtaget midler til aflønning af medarbejder.
- c) Modtaget honorar for at organisere uddannelse.
- d) Modtaget honorar som konsulent eller ansat.
- e) Ejer aktier.

Det konkrete forhold anføres f.eks.: NN har modtaget forskningsmidler og MM har modtaget honorar fra Pillelux A/S. Denne information vil blive trykt sammen med manuskriptet. Er der i forfattererklæringen intet anført trykkes følgende: Interessekonflikter: ingen angivet.

Se Ugeskrift for Lægers manuskriptvejledning for Videnskab og praksis på [www.ugeskriftet.dk](http://www.ugeskriftet.dk)

*Redaktionen*