

gur 1). Periungvalt findes ofte kapillaritis [2]. Der kan ses poikiloderma. Særligt hos børn kan der optræde subkutan calcinose. Hudstansbiopsi vil typisk vise dermalt ødem, mucinaflejring, lymfocytinfiltration, hyperkeratose og papillomatose. Histopatologien kan imitere kutan lupus erythematosus [3]. Myositkomponenten kan optræde før, samtidig med eller efter hudsymptomernes debut, og den manifesterer sig som symmetrisk kraftnedsættelse af den proksimale muskulatur. Myalgi er sjælden. Dysfagi kan ses ved affektion af den tværstribede muskulatur i pharynx og øsofagus [3]. Biokemisk kan der være forhøjede inflammationsparametre, herunder SR og specifikke autoantistoffer kan være positive. Myositis kan give forhøjet kreatinkinase, myoglobin og levertransaminaser. Myositspecifikke antistoffer kan være positive, men var ikke til stede hos aktuelle patient. Muskelbiopsi og elektromyografi (EMG) kan støtte diagnosen. Vores patient havde et klassisk tilfælde af DM, men ifølge de diagnostiske DM-kriterier, der er fremsat af Peter & Bohan i 1975 [4], opfyldte hun kun kriterierne for en sandsynlig DM, idet hun ikke fik foretaget muskelbiopsi eller EMG.

Klinisk kan man ikke skelne mellem benign og paraneoplastisk DM, så patienten bør grundigt udredes med relevante undersøgelser. Der sy-

nes specielt at være en overhyppighed af gynækologisk cancer, lungecancer og gastrointestinal cancer. Cancerincidensen er størst omkring diagnose-tidspunktet, hvorefter den aftager efter 2-3 år. Ofte er den associerede cancer avanceret/metastaseret og har dermed en dårlig prognose som i vores tilfælde.

Førstevalgsbehandling er systemisk glukokortikoid. Hudmanifestationer behandles med solprofylakse, lokalsteroid og evt. hydroksyklorokin. Det kan blive nødvendigt at supplere med methotrexat, azathioprin eller intravenøs immunglobulin. Ved samtidig cancersygdom vil behandling af denne ofte medføre bedring af DM [5].

**KORRESPONDANCE:** Bibi Petersen, Dermatologisk Afdeling Q, Roskilde Sygehus, DK-4000 Roskilde. E-mail: petersenbibi@hotmail.com

**ANTAGET:** 10. december 2008

**INTERESSEKONFLIKTER:** Ingen

#### LITTERATUR

1. András C, Ponyi A, Constantin T et al. Dermatomyositis and polymyositis associated with malignancy: a 21-year retrospective study. *J Rheumatol* 2008;35:438-44.
2. Santmyre-Rosenberger B, Dugan EM. Skin involvement in dermatomyositis. *Curr Opin Rheumatol* 2003;15:714-22.
3. Goodfield MJD, Jones SK, Veale DJ. The »connective tissue diseases« I: Burns T, Breathnach S, Cox N et al, red. *Rook's textbook of dermatology*. Oxford: Blackwell Science Ltd, 2004:127-137.
4. Bohan A, Peter JB. Polymyositis and dermatomyositis. *N Engl J Med* 1975;292:344-7.
5. Iorizzo LJ 3rd, Jorizzo JL. The treatment and prognosis of dermatomyositis: an updated review. *J Am Acad Dermatol* 2008;59:99-112.

## Purulent coxitis hos 8-årig dreng forårsaget af *Salmonella enteritidis*

Afdelingslæge Vilhelm Engell, overlæge Arne Bach, overlæge Michael Davidsen & professor Bjarne Møller-Madsen

En 8-årig dreng blev indlagt. Han var tiltagende alment påvirket med forhøjet temperatur (39-40 °C) og opkastninger gennem knap et døgn. Anamnestisk havde familien en måned før været på en uges sommerferie på Rhodos, hvor de nød lokal mad inklusive kød- og kyllingeretter. Tre uger efter ferien fik drengen som den eneste i familien gastroenteritis-symptomer med hyppige vandtynde afføringer og almen utilpashed i fire dage.

Efterfølgende var han symptomfri i fem døgn, dog udløste et mindre vridtraume højresidige hofte-smerter. I løbet af aftenen blev han tiltagende alment påvirket med forhøjet temperatur (39-40 °C) og op-

kastninger, og han blev derfor indlagt på regionshospitalet.

Ved ankomsten noteredes temperaturforhøjelsen, højresidige hofte-smerter med indskrænket bevægelighed samt C-reaktivt protein (CRP) 188 (ref. < 5) og leukocytter 21,9 (ref. 4,5-13,5). Ultralydsundersøgelse (UL) påviste ansamling i højre hofte. Leddet blev aspireret. Behandling blev initieret med ceftriaxon 3,7 g intravenøst × 1 og gentamycin 185 mg intravenøst × 1.

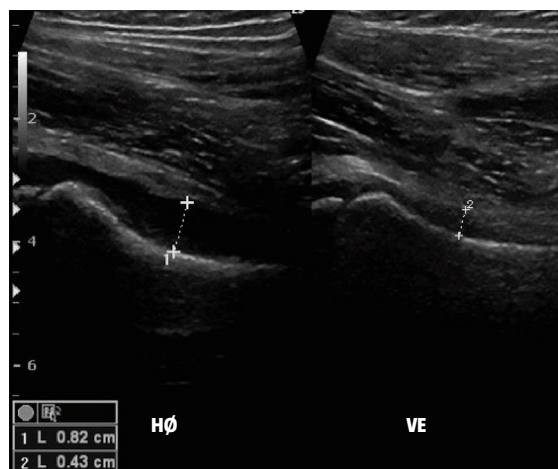
Fra aspiratet blev der dyrket *Salmonella enteritidis*. Efter yderligere to døgn blev han atter aspireret efter UL-påvist ansamling i højre hofteled (**Figur**

#### KASUISTIK

Århus Universitets-hospital,  
Ortopædkirurgisk  
Afdeling

**FIGUR 1**

Purulent coxitis hos 8-årig dreng forårsaget af *Salmonella enteritidis*.



1). Da den kliniske tilstand og infektionstillene forblev uændrede, blev der efter yderligere to døgn foretaget synovektomi med indlæggelse af gentamycin. Dyrkningssvaret *Salmonella enteritidis* medførte justering af antibiotikabehandlingen, således blev gentamycin erstattet med ciprofloxacin 750 mg peroralt  $\times$  2.

Leukocytskintigrafi foretaget to døgn senere viste opladning omkring højre hofteled samt højre sakroiliacaled. Patienten blev herefter overflyttet til universitetshospital.

Ved ankomst var CRP 1936 (ref.  $<$  75) og leukocyter 11,2 (ref. 4,5-12,5). Efter overflyttelsen justeredes antibiotikabehandlingen til ciprofloxacin 400 mg intravenøst  $\times$  2 og ceftriaxon 3 g intravenøst  $\times$  1. Der blev ikke foretaget yderligere kirurgi, og patientens kliniske tilstand og biokemiske parametre normaliseredes (CRP 451 og leukocyter 9,1). Efterfølgende kontrol magnetisk resonans (MR)-skanning viste opladning omkring højre hofteled. Barnet blev tilbageflyttet til regionshospital efter seks dages indlæggelse til fortsat intravenøs behandling. Barnet følges fortsat i ambulante regi mhp. eventuelle sequelae.

## DISKUSSION

Ubehandlet purulent coxitis medfører akkumulering af pus i hofteledet. Brusken destrueres af forhøjet intraartikulært tryk og ved enzymatisk nedbrydning. Diagnosen er klinisk og paraklinisk. Ofte anvendes UL til påvisning af ansamling. Ved mistanke om purulent arthritis udføres aspiration mhp. mikroskopi samt dyrkning og resistensbestemmelse. Behandlingen er kirurgisk med drænage samt antibiotikabehandling, der tilrettes efter dyrkningssvar. Antibiotikabehand-

lingens varighed afhænger af klinik og paraklinik, men vil oftest være mindst fire uger. Primærbehandlingen inden dyrkningssvar kan være dicloxacillin (børn 15 mg/kg intravenøst  $\times$  4) eller cefuroxim (børn 33 mg/kg intravenøst  $\times$  3).

Differentialdiagnostiske overvejelser ved coxitis er de inflammatoriske og mekaniske/traumatiske ledsygdomme. Den hyppigste coxitis er den reaktive coxitis. Herved forstås aseptisk coxitis, der er udløst af tidligere infektion et vilkårligt sted i kroppen. I modsætning til purulent arthritis er reaktiv arthritis ofte oligo- eller polyartikulær og optræder efter et symptomfrit interval uger efter primærinfektionen. Da det drejer sig om en aseptisk arthritis, vil dyrkning være negativ. Patienten er ikke alment påvirket. Infektionstillene kan være lettere forhøjede, men de er oftest normale. Prognosen ved reaktiv coxitis er fuldgod med et hurtigt selvlimiterende forløb. Behandlingen er symptomatisk med aflastning og smertestillende håndkøbsanalgetika.

MR-skanning og leukocytskintigrafi har ikke vundet indpas ved den primære udredning af coxitis og må ikke forsinke behandlingen. Ved behandlingssvigt eller atypiske forløb kan begge undersøgelser være berettigede.

På trods af fokus på og forebyggende arbejde mod salmonellakontamination af fødevarer ses infektioner jævnlige. Purulent coxitis forårsaget af salmonella er overordentlig sjælden, men da sygdommen er potentielt alvorlig, er et stigende antal salmonella-infektioner bekymrende.

**KORRESPONDANCE:** Vilhelm Engell, Ortopædkirurgisk Afdeling, Århus Universitetshospital, DK-8000 Århus C. E-mail: docengell@hotmail.com

**ANTAGET:** 5. marts 2009

**INTERESSEKONFLIKTER:** Ingen

## SUPPLERENDE LITTERATUR

- Naithani R, Rai S, Choudhry VP. Septic arthritis of hip in a neutropenic child caused by *Salmonella typhi*. *J Pediatr Hematol Oncol* 2008;30:182-4.
- Agnithotri N, Dhingra M, Guatam V et al. *Salmonella typhi* septic arthritis of hip – a case report. *Jpn J Infect Dis* 2005;58:29-30
- Sarkar MR, Rose C, Wachter N et al. Bacterial coxitis caused by *Salmonella enteritidis*. Case report and differential diagnostic considerations. *Unfallchirurg* 1999;102:967-71.
- Holmberg Jørgensen P. Ortopædiske infektioner. I: Sneppen O, Bünger C, Hvid I, red. Ortopædisk kirurgi 6. udgave. FADL's forlag, 2006.
- SSI. EPI-NYT uge 37, 2008.