

DISKUSSION

Stranguleret retroflektet uterus er en sjælden tilstand, der bør have in mente hos gravide, der får pludseligt indsættende urinretention efter 12. graviditetsuge. Symptomerne, der er relateret til de anatomiske forandringer ved tilstanden, kan spontant regrediere med risiko for at returnere uger senere. Tidlig diagnostik er nødvendig for at opnå succesfuld intervention, og MR-skanning er velegnet til at bekræfte tilstanden med [2].

Hvis tilstanden ikke korrigeres, kan den kompromittere blodforsyningen i a. uterina og medføre risiko for blødning, abort, oligohydramnios og væksthæmning af fosteret samt hindre vaginal fødsel [1].

Hvis tilstanden er uerkendt til termin, vil den derfor hyppigt medføre sectio med høj risiko for iatrogen blærelæsion og incision af vagina [1].

Koloskopi hos gravide kvinder er meget sikker og indebærer kun en minimal risiko [4]. Koloskopi er meget effektiv i behandling af stranguleret retroflektet uterus og er i publicerede kasuistikker refereret at være 100% succesfuld op til 22. graviditetsuge [1, 3].

Undersøgelsen bør foretages af en erfaren endoskopør, hvis såvel passiv som manuel reponering er mislykkedes [4]. Risikoen for perforation af colon er forventelig ikke større end ved almindelig diagnostisk koloskopi [3]. Formodentlig er det sufficient anæstesi, sideleje og iatrogen luft i colon sigmoideum, der kan reponere den strangulerede uterus.

KORRESPONDANCE: Henrik Frederiksen Højgaard, Seest Bakke 60, 6000 Kolding. E-mail: h.hojgaard@dadlnet.dk

ANTAGET: 22. maj 2012

FØRST PÅ NETTET: 23. juli 2012

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

LITTERATUR

1. Dierickx I, van Holsbeke C, Mesens T et al. Colonoscopy-assisted reposition of the incarcerated uterus in mid-pregnancy: a report of four cases and a literature review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2011;158:153-8.
2. Grossenburg NJ, Delaney AA, Berg TG. Treatment of a late second-trimester incarcerated uterus using ultrasound-guided manual reduction. *Obstet Gynecol* 2011;118:436-9.
3. Seubert DE, Puder KS, Goldmeier P et al. Colonoscopic release of the incarcerated gravid uterus. *Obstet Gynecol* 1999;94:792-4.
4. Siddiqui U, Denise PD. Flexible sigmoidoscopy and colonoscopy during pregnancy. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2006;16:59-69.
5. Wang L, Wang J, Huang L. Incarceration of the retroverted uterus in the early second trimester performed by hysterotomy delivery. *Arch Gynecol Obstet* (e-pub ahead of print) 31. jan 2012.

Endogen endoftalmitis som første kliniske manifestation af aortaklapendokarditis

Torsten Rudbæk¹, Peter Haastrup² & Ulrik Frydkjær-Olsen³

Der er beskrevet flere ekstrakardiale manifestationer ved infektiøs endokarditis (IE), herunder septiske embolier, som komplicerer sygdommen hos op til 40% af patienterne [1]. Intraokulær infektion er sjældent beskrevet som klinisk manifestation af gruppe B-streptokok-endokarditis [2]. Herunder beskrives en sygehistorie om en kvinde, der havde endogen endoftalmitis (EE) som første kliniske manifestation af aortaklapendokarditis.

SYGEHISTORIE

En 81-årig kvinde blev indlagt på akutmodtagelsen på et lokalt sygehus med pludselig, svær synsnedsættelse på højre øje forudgået af få timer varende sløret syn. Hun havde iskæmisk hjertesygdom, diabetes mellitus type 2 og hypertension. Hun var tidligere øjenrask og havde ikke været udsat for traume eller forudgående øjenoperation. Kvinden havde lette smerter i øjet, men initialt fandt man hverken rødme

eller bevægeindskrænkning. Hun havde gennem 3-4 uger været tiltagende alment utilpas med kulderystelser og influenzasymptomer, svær træthed og et vægttab på 5 kg. Der var ingen kardielle symptomer op til indlæggelsen. Ved hjertestetoskopi hørtes systolisk mislyd, der blev vurderet som mitralinsufficiens. Infektionsparametrene (C-reaktivt protein- og leukocyt-niveau) var forhøjede. Ved et akut øjenlægetilsyn fandt man fibrin i forreste øjenkammer, og på mistanke om EE blev hun overflyttet til nærmeste universitetshospital, hvor man fandt rødme af øjenomgivelserne, moderat ciliær injektion, ødematøs hornhinde og hypopyon. Der blev foretaget akut vitrektomi og injektion af intravitreale antibiotika.

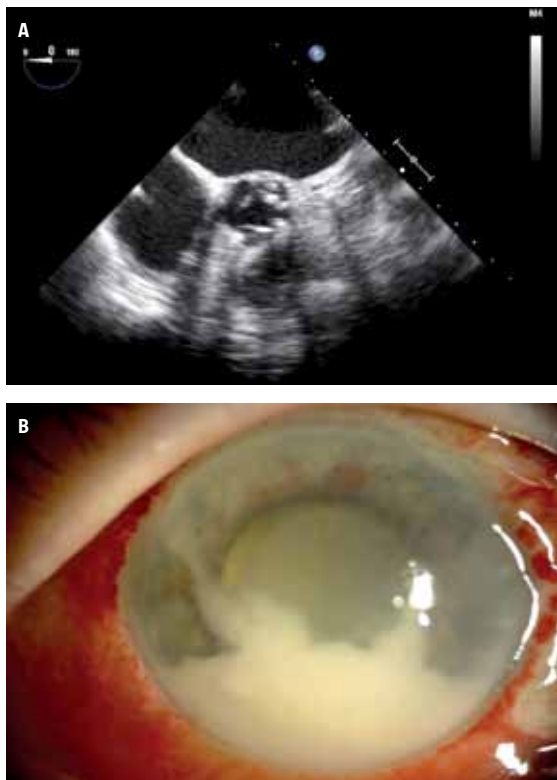
En efterfølgende udredning med transøsofageal ekkokardiografi viste en 4-5 mm stor ekskrescens på venstre koronare aortakusp, moderat aortainsufficiens og let ikke hæmodynamisk betydende mitralinsufficiens (Figur 1A). På kardiologisk afdeling blev

KASUISTIK

- 1) Kardiologisk Afdeling B, Odense Universitetshospital
- 2) Forskningsenheden for Almen Praksis, Institut for Sundheds-tjenesteforskning, Syddansk Universitet
- 3) Oftalmologisk Afdeling E, Odense Universitetshospital

 FIGUR 1

- A. Transøsofageal ekkokardiografi fra patienten i sygehistorien. Der ses en ekskrescens på 4-5 mm på venstre koronare aortakusp.
B. Klinisk foto af en patient med endoftalmitis.



der iværksat systemisk antibiotikabehandling, mens patientens endoftalmitis blev behandlet med intravitreale og topikale antibiotika. Bloddyrkninger og mikrobiologisk svar fra vitrektomien viste hæmolytiske streptokokker gruppe B, følsomme for penicillin. Som led i fokusjagt udførte man en positronemissionstomografi-computertomografi og efter mikrobiologisk anbefaling undersøgelse af tænder, genitalia og urinveje, uden at der blev fundet et sikkert primært infektiøst fokus.

Patientens tilstand bedredes klinisk på behandlingen, dog uden bedring af synet på højre øje. Hun blev udskrevet efter endt antibiotisk behandling til ambulant opfølgning på øjenafdeling og kardiologisk afdeling til vurdering af aortainsufficiensen og evt. behov for klapsubstitution.

DISKUSSION

IE er en af de alvorligste bakterielle infektionssygdomme i den vestlige verden og forekommer i Danmark hos ca. 500 patienter årligt [3]. Den bakteriologiske ætiologi er i en tredjedel af tilfældene streptokokker, hyppigst nonhæmolytiske og sjældnere hæ-

molytiske [3]. Sygdommen kræver langvarig behandling under indlæggelse og har en relativ høj mortalitet på 5-50% [3].

EE er en infektion i øjenæblet og en frygtet komplikation inden for oftalmologien [4]. Tilstanden er sjælden (2-8% af alle tilfælde af endoftalmitis) [4] og opstår oftest på baggrund af bakteriami eller fungæmi med hæmatogen spredning til øjet. Symptomerne er hyppigt smerter og sløret syn og kan være ledsaget af fotofobi og »fluer« i synsfeltet. Ved objektiv undersøgelse finder man ofte ciliær injektion, hypopyon og uklar ødematøs cornea [4] (Figur 1B). Diagnosen stilles ved biopsi fra glaslegemet eller vitrektomi.

Ved EE med bakteriami skal behandlingen være systemisk suppleret med intravitreal injektion af antibiotika og topikale antibiotika. Synsprognosen er generelt dårlig og afhænger af infektiøst agens, virulens og visus ved symptomdebut [4, 5].

I en oversigt over litteraturen fra 2002 er der siden 1966 beskrevet 22 tilfælde af EE forårsaget af gruppe B-streptokokker, og i seks tilfælde (33,3%) havde patienten også IE [5].

Af de 22 tilfælde forekom der to dødsfald – begge patienter havde IE. Gruppe B-streptokokker er en relativt sjælden årsag til IE, og således blev der kun fundet få oversigtsartikler, hvori det er beskrevet [2]. Der blev fundet 55 velbeskrevne tilfælde fra 1962 til 1985, og det er blevet påvist, at mange af patienterne havde en underliggende kronisk sygdom, og at mortalitetsraten var høj (43,5%) [1].

Selvom ovenstående tilfælde er en sjældenhed, er det vigtigt, at den modtagende læge er opmærksom på, at symptomer fra et organsystem som øjet kan være tegn på endnu ikke erkendt svær systemisk sygdom, for at sikre disse patienter rettidig og relevant behandling og dermed en bedre prognose.

KORRESPONDANCE: *Torsten Rudbæk*, Kardiologisk Afdeling B, Odense Universitetshospital, Sønder Boulevard 29, 5000 Odense C. E-mail: trahbek@hotmail.com

ANTAGET: 30. maj 2012

FØRST PÅ NETTET: 23. juli 2012

TAKSIGELSE: *Anne Katrin Sjølie* takkes for kritisk gennemlæsning af manuskriptet og udlån af klinisk foto.

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

LITTERATUR

- Silverman ME, Upshaw Jr CB. Extracardiac manifestations of infective endocarditis and their historical descriptions. *Am J Cardiol* 2007;100:1802-7.
- Gallagher PG, Watanakunakorn C. Group B streptococcal endocarditis: report of seven cases and review of the literature, 1962-1985. *Rev Infect Dis* 1986;8:175-88.
- <http://www.cardio.dk/nbv/infektios-endocarditis> (17. feb 2012).
- Frydkjær-Olsen U, Sriskandarajah S, Sjølie AK. Endoftalmitis er en akut synstruende øjensygdom. *Ugeskr Læger* 2011;173:1493-6.
- Lee S, Chee S. Group B Streptococcus endogenous endophthalmitis: case reports and review of the literature. *Ophthalmology* 2002;109:1879-86.