

Salmonella Enteritidis er en sjældnen årsag til absces på halsen

Jakob Korsholm & Andreas Agger

Salmonella Enteritidis (SE) er en enteroinvasiv bakterie, der kan give infektioner med forskellige kliniske symptomer. Det hyppigste er gastroenteritis. Sjældnere ses fokale infektioner, bakteriami og sepsis, der er potentielt livstruende og nødvendiggør antibiotisk behandling. En række systemiske, immunsupprimerende sygdomme kan prædisponere til salmonella-infektion.

SYGEHISTORIE

En 48-årig etnisk dansk mand blev indlagt med tiltagende smerter i halsen og synkebesvær, der havde varet i 3-4 dage. Patienten var blevet splenektomeret efter et trafikuheld i 1977 og havde siden været indlagt adskillige gange på medicinsk afdeling pga. dårlig almentilstand og dårligt reguleret insulinkrævende diabetes mellitus. Han havde ingen kendte allergier og intet tobaks- eller alkoholoverforbrug.

Fem uger inden denne indlæggelse havde patienten haft selvlimiterende diare i en uge efter indtag af en hotdog. Han havde ingen mavegener haft siden da, men efterfølgende problemer med hævelse og smerter i højre knæ. Efterfølgende var han blevet undersøgt på et lokalt hospital, hvor man ikke fandt nogen oplagt forklaring. Generne svandt efter en uges penicillinbehandling.

Ved ankomsten til øre-næse-halsafdelingen var patienten ikke akut påvirket og havde fri respiration. Han havde dårlig tandstatus, men ingen bankeømhed af tænderne. Halsen var uden rødme, men ved palpation blev der fundet en let venstresidig ømhed, og der var mistanke om en proces i dybden. Ultralydsskanning viste bilateralt forstørrede glandler, diffus hævelse af bløddelsvæv og ingen oplagt abscedering. En fiberlaryngoskopi viste øget fylde i hypopharynx, larynx var displaceret mod højre, og der var hævelse og rødme af venstre plica aryepiglottica.

Patientens temperatur var 38,0 °C. Biokemisk blev der fundet C-reaktivt protein på 53,6 mg/l, leukocytniveau på $18,3 \times 10^9/l$ med neutrofile granulocytter på $13,8 \times 10^9/l$. Blodglukoseniveau var 7,6 mmol/l.

En computertomografi (CT) af halsen viste begyndende abscedering profund for venstre musculus sternocleidomastoideus (mSCM) på niveau med C5.

Intravenøs antibiotisk behandling i form af: cefuroxim 1,5 g \times 3 og metronidazol 500 mg \times 3 dagligt blev påbegyndt. I løbet af det næste halvandet døgn skete der en forværring både klinisk og paraklinisk. CT af halsen blev gentaget og viste en absceskavitet medialt for venstre mSCM.

Abscessen blev samme dag udtømt i generel anæstesi, og der blev lagt et sugedræn. De efterfølgende tre dage var der kun sparsom klinisk fremgang, hvorfor der på ny blev foretaget CT af halsen. Abscessen var gendannet, og patienten blev reopereret samme dag. Dagen efter kom der svar fra abscespodningen, der viste vækst af SE. Efterfølgende blev der foretaget positronemissionstomografi på mistanke om hæmatogen spredning. Der blev ikke fundet noget tegn på disseminering.

De primære CT'er blev revurderet af en erfaren neuroradiolog, der ikke fandt mistanke om mykotisk aneurisme.

Den antibiotiske behandling blev konfereret med Mikrobiologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, Skejby, og der blev suppleret med ciprofloxacin 500 mg \times 2. I den efterfølgende uge fik patienten det klinisk bedre og blev udskrevet med fire ugers peroral ciprofloxacinbehandling.

DISKUSSION

Infektioner og abscesser på halsen skyldes oftest stafylokokker, streptokokker eller hæmofilusinfluenza. Der er beskrevet få tilfælde i litteraturen af salmonellaabscesser på halsen [1-4]. I alle de beskrevne tilfælde har patienten haft en underliggende immunsupprimerende sygdom [1-4]. I 2010 blev der rapporteret om under 500 tilfælde af infektion med

KASUISTIK

Øre-næse-hals-afdeling,
Aarhus Universitetshospital,
Nørrebrogade



Mulig smittekilde.

SE i Danmark. Det reelle tal er formentlig højere, da ikke alle infektioner registreres [5]. Smitten sker typisk efter indtag af kontamineret føde, hvorefter bakterierne spredt sig via gastrointestinkanalen. Den hyppigste manifestation er diare, der kan føre til både asymptomatisk og symptomatisk bakteræmi. Ekstra-intestinale manifestationer og specielt salmonella-abscesser på halsen er sjældne, men en vigtig differentialdiagnose hos immunkomprimerede patienter, der ikke responderer på vanlige antibiotika. De behandles med incision og drænage samt relevante antibiotika.

Patienten i sygehistorien har formentlig haft en salmonellagastroenteritis efter indtag af salmonella-kontaminerede fødevarer – muligvis en hotdog. Dette

blev kompliceret af bakteræmi, reaktiv arthritis i højre knæ og fem uger senere en absces på halsen.

KORRESPONDANCE: Jakob Korsholm, Øre-næse-hals-afdeling, Aarhus Universitetshospital, Nørrebrogade 44, 8000 Aarhus C. E-mail: jakobkorsholm@gmail.com

ANTAGET: 4. oktober 2011

FØRST PÅ NETTET: 19. december 2011

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

1. Bahar G, Dansuk Z, Kocatürk S et al. Abscess of the neck caused by Salmonella enteritidis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;129:445-7.
2. Ray J, Shotton JC, Lobo VJ. A rare case of Salmonella neck abscess. *J Laryngol Otol* 1997;11:489-90.
3. Shikani AH, Shikani IT, Briscoe PB. Salmonella neck abscess. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1990;116:88-91.
4. Rosenberg RA, Lui PG, Myssiorek DJ. Cervical abscess caused by Salmonella infection. *Am J Otolaryngol* 1985;6:42-5.
5. www.ssi.dk/graphics/UdbrudMonitor/Patogenerne-lige-nu/sent.htm (19. maj 2011).

Lungeødem efter kontrastindgift som led i koronarangiografi

Morten Plambech¹ & Lene Heise Garvey²

KASUISTIK

1) Anæstesi, Holbæk Sygehus
2) Dansk Anæstesi Allergi Center, Gentofte Hospital

Røntgenkontrastmidler bruges til visualisering af organer og kar. Frekvensen af bivirkninger er faldet, efter at nonioniske, isoosmolære kontrastmidler er indført, og anslås at være 0,02-0,04% [1]. Bivirkninger kan opdeles klinisk i straks- og senreaktioner. Symptomer ved straksreaktioner er bl.a. udslæt, urticaria, angioødem, bronkospasme, larynxødem og hypotension. Erythema multiforme og Steven-Johnsons syndrom er eksempler på senreaktioner [1].

SYGEHISTORIE

En 51-årig mand blev indlagt på Akutafdelingen, Holbæk Sygehus, med akut opstået dyspnø, en time efter at han havde fået foretaget en ukompliceret computertomografi (CT) af koronarkar med kontrastindgift, 84 ml iodixanol 320 mg I/ml til undersøgelse for iskæmisk hjertesygdom. Undersøgelsen viste normale forhold. Ved ankomsten var patienten vågen og klar, akut medtaget, dyspnøisk, bleg og klamtsvedende. Han var bronkospastisk med en perifer saturation på 82% på 3 lilt.

Blodtrykket var 110/90 mmHg, pulsen 80, og der var intet unormalt at se ved elektrokardiografi. Han havde ikke udslæt, kløe eller hævelser og ingen kendte allergier, han fik ingen medicin og var ikke ar-

veligt disponeret for kardiovaskulær sygdom. Man havde initialt mistanke om en anafylaktisk reaktion og behandlede med fenoterol/ipratropium, adrenalinhalationer, clemastin og methylprednisolon uden effekt.

Han blev overflyttet til en intensivafdeling mhp. noninvasiv ventilation (NIV). Røntgen af thorax viste vattede infiltrater bilateralt (**Figur 1**). En ekkokardiografi viste intet unormalt, og CT af pulmonalarterier var uden tromber.

Patientens tilstand rettede sig på NIV-behandling over tre dage, han var cirkulatorisk stabil under hele forløbet og havde på intet tidspunkt hudsymptomer. Ved ambulant opfølgning to måneder efter CT-kontrastundersøgelsen havde han fortsat funktionsdyspnø, og en ekkokardiografi viste let forhøjet pulmonaltryk.

Paraklinisk fandt man: normal troponin-T, leukocytniveau på $14,6 \times 10^9/l$ (referenceværdi: $4,5-11,0 \times 10^9/l$) og C-reaktivt protein $< 1 \text{ mg/l}$ (referenceværdi: $< 8 \text{ mg/l}$). Serumtryptasekoncentrationen målt seks en halv time efter reaktionen var normal: $6,15 \text{ mikrogram/l}$ (referenceværdi: $< 11,4 \text{ mikrogram/l}$). Kontrolværdi målt en måned senere var $8,99 \text{ mikrogram/l}$.