

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

Effekten af et *Artemisia vulgaris*-præparat, (Homeo Cur, batch 354-8814), indkøbt på et »naturapotek«, blev undersøgt i et standardvæksthæmningsforsøg in vitro. Tifoldsfortyndinger af dråberne blev tilsat kultur af *P. falciparum* (stamme 3D7) i mikrotiterplader og inkuberet med ³H-mærket hypoxanthin. Væksten blev målt efter 48 timer vha. en betatæller. Vand blev anvendt som negativ kontrol, og chloroquinfosfat og amodiaquin som positiv kontrol. Dråberne havde ingen hæmmende effekt på væksten af *P. falciparum* i fortyndinger fra 10⁻¹ til 10⁻⁶, dvs. hverken i høj koncentration eller homøopatisk fortynding.

Diskussion

Historien illustrerer den forvirring, der kan opstå om malaria-profylakse under langtidsture i grupper. Ved længere ophold i Afrika under basale forhold er risikoen for sygdom så stor [2], at alle vil opleve, at de selv eller andre i gruppen får symptomer, der giver mistanke om malaria eller tolkes som bivirkninger. Erfarede eller frygtede bivirkninger og formodet manglende effekt af malariamidler påvirker kompliance og øger derfor risikoen for malaria [3, 4]. I dette tilfælde skiftede syv af seksten rejsende malariamiddel i alt ni gange. Trods kontakt til rejsemedicinsk klinik, valgte en person et ikkedokumenteret præparat på opfordring af en anden deltager. Det tilrådes derfor at forsøge at samordne malariaprofylakse til grupper og sikre, at alle inden rejsen har fået fyldestgørende information om bivirkninger og om risikoen for at få malaria trods profylakse.

Udtræk af den kinesiske lægeplante, *Artemisia annua*, er effektive malariamidler [5], som forårsager hurtigt parasitdrab og har ultrakort halveringstid [6]. WHO anbefaler at gøre kombinationsbehandling med et artemisininpræparat og et længerevirkende malariamiddel til standardbehandling for malaria. Den korte halveringstid gør imidlertid artemisininerne uegnede til profylaktisk brug. I den ovenfor beskrevne sygehistorie blev der ydermere anvendt udtræk af gråbynke (*A. vulgaris*), som ikke har dokumenteret effekt mod malaria, og som heller ikke var virksomt in vitro. Trods den manglende doku-

mentation afholder naturlæger og naturapoteker sig ikke fra at anbefale dråberne, selv når man specifikt oplyser, at rejsemålet er Vestafrika, hvor der er høj risiko for potentielt dødelig malaria [1]. Det er vigtigt at tage højde for dette i rådgivningen.

I Afrika er malaria ofte en klinisk diagnose, baseret på tilstedeværelse af feber og andre symptomer, og den diagnostiske laboratoriesikkerhed er lav. I en undersøgelse i Kenya kunne en klinisk mistanke om malaria kun bekræftes hos 24% af de undersøgte [7]. De rejsende bør derfor advares om, at en mistanke om malaria ikke, som i dette tilfælde, skal føre til ubegrundet seponering af relevant profylakse. Derimod bør man lade sig behandle for malaria trods den diagnostiske usikkerhed, da behandlingen i værste fald er ubehagelig, mens manglende behandling af malaria har høj mortalitet.

Korrespondance: Jørgen Kurtzhals, Klinisk Mikrobiologisk Afdeling, H:S Rigshospitalet, DK-2100 København N. E-mail: jkcmp@rh.dk

Antaget: 27. juli 2005
Interessekonflikter: Ingen angivet

Tak til Parasitologisk Laboratorium, Statens Serum Institut, for udførelse af antistofmåling, til overlæge Eskild Petersen for forslag og praktisk hjælp og til seniorforsker Trine Staalsøe for hjælp med væksthæmningsforsøg.

Litteratur

1. Mørch TY. Helsehasard med rejsendes liv. Politiken 2003, 30. november, 1. sektion: 3.
2. Hill DR. Health problems in a large cohort of Americans traveling to developing countries. J Travel Med 2000;7:259-66.
3. Gyorkos TW, Svenson JE, Maclean JD et al. Compliance with antimalarial chemoprophylaxis and the subsequent development of malaria: a matched case-control study. Am J Trop Med Hyg 1995;53:511-7.
4. Kofoed K, Petersen E. The efficacy of chemoprophylaxis against malaria with chloroquine plus proguanil, mefloquine, and atovaquone plus proguanil in travelers from Denmark. J Travel Med 2003;10:150-4.
5. Adjuik M, Babiker A, Garner P et al. Artesunate combinations for treatment of malaria: meta-analysis. Lancet 2004;363:9-17.
6. Bethell DB, Teja-Isavadharm P, Phuong CXT et al. Pharmacokinetics of oral artesunate in children with moderately severe Plasmodium falciparum malaria. Trans R Soc Trop Med Hyg 1997;91:195-8.
7. Lobel HO, Phillips-Howard PA, Brandling-Bennett AD et al. Malaria incidence and prevention among European and north American travellers to Kenya. Bull World Health Organ 1990;68:209-15.

Øjenmanifestationer af denguefeber

1. reservelæge Per Lav Madsen & afdelingslæge Søren Thybo

Amtssygehuset i Gentofte, Medicinsk Afdeling, og H:S Rigshospitalet, Infektionsmedicinsk Afdeling

Denguefeber forårsages af en flavivirus overført af moskito- myg (*Aedes aegypti*) og forekommer i det meste af tropenerne, men særlig hyppigt i Caribien og Sydøstasien. Årlig smittes

50-100 mio. mennesker, og denguefeber er dermed den hyppigste vektorbårne, virale sygdom i verden. Hos op imod en halv mio. smittede personer udvikles der hæmorrhagiske komplikationer, og denguefeber kan være korreleret med et choksyndrom. Med en inkubationstid på 5-8 dage vil danske udenlandsrejsende, der inficeres, ofte nå at komme hjem inden de får symptomer. Denguefeber er karakteriseret af feber, hovedpine, kulderystelser og ofte et hududslæt, der udvikles på tredje eller fjerdedagen. Patienterne kan have lymfadenitis og

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

undertiden udtalte dedolationer (*break-bone fever*). Paraklinisk har patienterne ofte leuko- og trombocytopeni [1]. Immunglobulin M (IgM)-antistoffer kan påvises på 5.-7.-dagen. Okulære manifestationer af denguefeber er sjældent beskrevet, og vi beretter her om et tilfælde af denguefeber med affektion af synet.

Sygehistorie

En 32-årig ellers rask kvinde blev indlagt på et dansk lokalsygehus med synsproblemer i efterforløbet af en infektionssygdom, der var opstået umiddelbart efter en rejse til Thailand. I slutningen af oktober 2004 rejste hun 14 dage til Bangkok, Pukhet og den sydlige provins. Områderne er lavendemiske for malaria, og her anbefales normalt ingen malariaprophylakse. I jungleområderne blev hun stukket enkelte gange af myg. Kvinden blev tre dage efter hjemkomsten syg med uspecifikke influenzasympotomer. Der var ikke hududslæt, men hun havde bemærket en øget tendens til næse- og tandkødsblødning. På tiendedagen efter sygdomsdebut, på et tidspunkt, hvor hun ellers begyndte at føle sig rask, vågnede hun med bilateralt tågesyn.

Paraklinisk havde kvinden forhøjet laktatdehydrogenase (790 IU/l) samt leuko- (2,2 mia./l) og trombocytopeni (74 mia./l). Anden paraklinik var inden for normalområderne. Rejseanamnesen i forbindelse med influenzalignende sygdom og leuko- og trombocytopeni gav mistanke om denguefeber med en lille hæmorrhagisk komponent. Malaria blev afkræftet med først hurtigst siden mikroskopi af blodudstryg. Da patienten ikke var kredsløbspåvirket og paraklinisk undersøgelse inklusive undersøgelse af blodets elektrolytter viste normale forhold, var der mistanke om okulær manifestation af denguefeber. En dengue-IgM-test gav positivt resultat, og man fandt ved oftalmoskopi ødem af papilomgivelsesne bilateralt. Patienten blev behandlet fra dag 2 med 50 mg prednisolon daglig i alt i syv dage. Hun blev fulgt på en øjenklinik indtil øjenbaggrunden over de næste måneder blev normal. Flere måneder efter var der stadig nedsat syn på det ene øje.

Diskussion

I litteraturen begrænser beskrivelsen af okulære manifestationer hos patienter med denguefeber sig overvejende til få kasuistikker som vores [2, 3], men det er sandsynligt, at dette afspejler den bias, at sygdomme, der primært rammer folk i udviklingslande, ikke omtales i vestlig litteratur i samme omfang som symptomer på sygdomme, der rammer folk i industrilande. I en enkelt artikel fra en tertiær klinik berettes der om 24 konsekutive kinesiske patienter, der henvendte sig med øjensymptomer efter denguefeber inden for blot få måneder [4]. Det er sandsynligt, at okulære symptomer er hyppige, men ofte tilskrives feber og væskemangel. Millioner af patienter ser ikke en læge, og rimelige estimater for incidensen af fænomenet er ikke til at opnå.

Hos patienter med IgM-verificeret denguefeber og efterfølgende visuelle gener består disse i kombinationer af tågesyn,

skotomer og fotofobi. Tidsintervallet mellem begyndelsen på feberen og indsættende synsnedsettelse er 2-15 dage. Ved oftalmoskopi ses der hos patienter med okulære manifestationer af denguefeber bl.a. makulær og retinal blødning og diffust retinalt ødem [5]. Makulær og retinal blødning kan sammenlignes med andre hæmorrhagiske manifestationer af denguefeber, men ødem opstår formentlig ofte på immunologisk baggrund. Som det var tilfældet med den refererede patient kommer synsproblemer således ofte først, når denguefeberens hæmorrhagiske episoder er på retur. Hos de fleste patienter synes synet langsomt at komme sig, men særlig hos patienter med hæmorrhagier genvindes synet ikke altid fuldt.

Prednisolonbehandling er kasuistisk berettet at være korreleret med bedring af ødem og syn, men der foreligger ingen kontrollerede undersøgelser. Denguefeber behandles symptomatisk, og moskitostik forsøges undgået f.eks. ved brug af repellent som di-ethyl toluamid på ubeskyttet hud. Der er fortsat ingen tilgængelig vaccine. Denguefeber er blandt verdens allerhyppigste smitsomme sygdomme, og sygdommen er dermed værd at huske som differentialdiagnose ved synsproblemer opstået hos den febrile rejsende.

Korrespondance: Per Lav Madsen, Medicinsk Afdeling F, Amtssygehuset i Gentofte, DK-2900 Hellerup. E-mail: Fyrrevang11@dadlnet.dk

Antaget: 22. juni 2005

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Kalayanarooj S, Vaughn DW, Nimmannitya S et al. Early clinical and laboratory indicators of acute dengue illness. *J Infect Dis* 1997;176:313-21.
2. Haritoglou C, Scholz F, Bialasiewicz A et al. Okulære Manifestation bei Dengue-Fieber. *Ophthalmologie* 2000;97:433-6.
3. Cruz-Villegas V, Berrocal A, Davis J. Bilateral choroidal effusions associated with dengue fever. *Retina* 2003;23:576-8.
4. Wen KH, Sheu MM, Chung CB et al. The ocular fundus findings in dengue fever. *Gaoxiong Yi Xue Ke Xue Za Zhi* 1989;5:24-30.
5. Lim WK, Mathur R, Koh A et al. Ocular manifestations of dengue fever. *Ophthalmology* 2004;111:2057-64.