

Vores resultater ligner *Atlas'* studie fra Maine, USA, med en sammenlignelig patientgruppe, men under et anderledes forsikringssystem [4]. I studiet fra Maine blev der også korrigeret for en række konfoundere, og alligevel var der en dårlig prognose for patienter med arbejdsskadesager – selv ti år senere. Vi fandt fire relevante danske studier, hvoraf de tre også finder en dårlig prognose for erstatningsøgende (7-10). Kun et enkelt studie af patienter, der havde været udsat for påkørsel bagfra, fandt ikke denne sammenhæng, og det pågældende studie har en meget selekteret patientgruppe [10].

Vores resultater tyder på, at erstatningssager i betydelig grad kan påvirke den offentlige sundhed og samfundsøkonomien. Rygsmerter er hyppige og af natur tilbagevendende og med svingende intensitet. Ved hver ny smerteepisode gennem livet er der risiko for at blive involveret i en erstatningssag. Hvis vores beregnede oddsratio for dårlig raskgørelse er korrekt, så kan erstatningssager for rygsmerter bidrage betydeligt til den ellers uforklarede vækst i konsekvenserne af kroniske smertetilstande [1, 5]. Denne udvikling kan forværres af en gunstig erstatningslovgivning og et større fokus hos advokater, fagforeninger, forsikringsselskaber og patientforeninger på erstatninger som et givtigt forretningsområde.

En mulig forklaring på forskellen i oddsratio for lænde- og nakkepatienter kan være den rutinemæssige anmeldelse af lændesmerter efter løft på mange arbejdspladser. Anmeldelser om nakkesmerter er derimod sjældnere, og kun tilfælde, hvor nakkesmerterne gives megen opmærksomhed, bliver anmeldt.

KONKLUSION

Patienter med udstrålende nakke- eller lændesmerter, som er involveret i en erstatningssag, rapporterer betydeligt sjældnere bedring end ikkeerstatningsøgende – også efter korrektion for sygdommens sværhedsgrad ved inklusion og en række relevante konfoundere.

KORRESPONDANCE: Claus Rasmussen, Reumatologisk Afdeling, Sygehus Vendsyssel, DK-9800 Hjørring. E-mail: Clara@rn.dk

ANTAGET: 17. december 2008

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

TAKSIGELSER: Data indsamling og analyser blev støttet af Evalueringscenter for Sygehus og Velux Fonden.

This article is based on a study first reported in *Scand J Rheumatol* 2008;37:462-8.

LITTERATUR

1. Eriksen J, Sjøgren P. Epidemiologiske forhold vedrørende langvarige/kroniske noncancersmertetilstande i Danmark. *Ugeskr Læger* 2006;168:1947-50.
2. Rohling ML, Binder LM, Langhinrichsen et al. Money matters: A meta-analytic review of the association between financial compensation and the experience and treatment of chronic pain. *Health Psychol* 1995;14:537-47.
3. Harris I, Mulford J, Solomon M et al. Association between compensation status and outcome after surgery. A meta-analysis. *JAMA* 2005;293:1644-52.
4. Atlas SJ, Chang Y, Keller RB et al. The impact of disability compensation on long-term treatment outcomes of patients with sciatica due to a lumbar disc herniation. *Spine* 2006;31:3061-9.
5. Redegørelse om udviklingen på førtidspensionsområdet og det rummelige arbejdsmarked inkl. bilag. København: Socialministeriet, Finansministeriet og Beskæftigelsesministeriet, 2007.
6. Rasmussen C, Nielsen GL, Hansen VK et al. Rates of lumbar disc surgery before and after implementation of multidisciplinary nonsurgical spine clinics. *Spine* 2005;30:2469-73.
7. Rasmussen C, Rechter I, Schmidt I et al. The association of the involvement of financial compensation with the outcome of cervicobrachial pain that is treated conservatively. *Rheumatology* 2001;40:552-4.
8. Schiøtzt-Christensen B. Monitoring of the clinical course for patients referred to spinal imaging for pain due to a suspected lumbar disc herniation. [English summary]. PhD Thesis. University of Aarhus, Denmark, Faculty of Health Science, Institute of Epidemiology and Social Medicine. Report no. 35. 2001.
9. Iysgaard AP, Fonager K, Nielsen CV. Effect of financial compensation on vocational rehabilitation. *J Rehabil Med* 2005;37:388-91.
10. Kasch H, Bach FW, Jensen TS. Handicap after acute whiplash injury. *Neurology* 2001;56:1637-43.

Samtidig leptospirose og salmonellainfektion

Læge Frederikke Falkencrone Rønsholt, 1. reservelæge Jakob B. Seidelin & læge Steen Villumsen

Salmonella Typhimurium og *Leptospira interrogans* er zoonotiske bakterier, der forekommer endemisk hos gnavere (*Leptospira* og *S. Typhimurium*) samt svin og høns (*S. Typhimurium*). Vi beskriver her en dobbeltinfektion med begge bakterier efter arbejde på et hønsehus.

Salmonella species (spp.) er med ca. 1.700 diagnosticerede tilfælde årligt en hyppig årsag til gastroenteritis i Danmark.

S. Typhimurium udgør omkring 25% af tilfæl-

dene. Infektionen er oftest selvlimiterende og relativt benign, men er i 1-2% af tilfældene invasiv [1].

Langvarig udskillelse af *S. Typhimurium* i fæces er hyppigt forekommende, og bakterien kan påvises i fæces hos 40% og 4% af patienterne hhv. 4 og 12 uger efter en akut infektion [2]. Et fund af *S. Typhimurium* skal derfor altid tolkes på baggrund af de aktuelle kliniske fund.

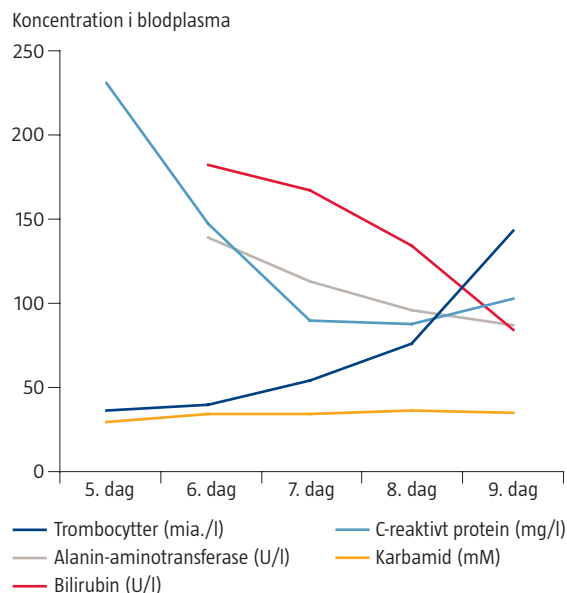
Leptospirose forårsages af *Leptospira spp.* og er med 15-35 diagnosticerede tilfælde årligt en re-

KASUISTIK

Herlev Hospital,
Gastroenheden,
Medicinsk Sektion

FIGUR 1

Udvalgte biokemiske markører på femte til niende sygdomsdag svarende til de fem første indlæggelsesdøgn.



lativt sjældent diagnosticeret sygdom i Danmark. Gnavere er de vigtigste værter for spredning til mennesket. Inficerede dyr udskiller bakterien med urinen, og smitte sker via direkte kontakt med dyrets urin eller vand, der er forurenet med urin. Leptospirose er altid en invasiv sygdom. Mennesket smittes ved, at bakterien penetrerer sår eller slimhinder [3].

Symptomerne på leptospirose er varierende, men ofte ses høj feber og kraftig hovedpine, muskelsmerter og konjunktival injektion, men symptomer fra alle organsystemer er almindelige. I de alvorligste tilfælde – kaldet Weils syge – kompliceres sygdommen af lever- og nyresvigt samt påvirket hæmostase. *Leptospira spp.* er følsomme for de fleste β -lactam-antibiotika [3, 4].

SYGEHISTORIE

En 56-årig mand indlagdes i oktober måned efter fire dage med kvalme, opkastninger og feberfølelse. Ved sygdomsdebut var der halssmerter, diarre og led- og muskelsmerter.

Ved indlæggelsen var patienten klatmsvedende, takypnøtisk, havde et blodtryk 150/80 mmHg, puls på 92 og var febril med en temperatur på 39,5 °C.

Paraklinisk fandtes ved indlæggelsen og over de næste dage kraftigt påvirkede infektionsparametre, begyndende koagulopati, betydeligt nedsat nyrefunktion og moderat påvirket leverfunktion (Figur 1). Patienten blev på mistanke om urinvejsinfektion sat i behandling med cefuroxim. Kliniske tegn på

koagulationsforstyrrelser i form af subkonjunktivale blødninger og petekkialt eksantem på underekstremiteterne tilkom på syvende sygdomsdag.

Ultralydsundersøgelse af abdomen og computertomografi af thorax og abdomen var begge normale. Mikrobiologisk fandtes fem bloddyrkningskulturer uden vækst efter fem dage. Alle blev udtaget inden antibiotikabehandling. Dyrkning af fæces fra indlæggelsen viste vækst af *S. Typhimurium*. Antibiotikabehandlingen blev suppleret med ciprofloxacin og metronidazol og siden skiftet til meropenem.

Patienten havde op til indlæggelsen arbejdet i et udendørs hønsehus, hvor der ofte var blevet set mus, hvilket rejste mistanken om leptospirose. Diagnosen blev bekræftet ved påvisning af DNA fra *Leptospira spp.* ved specifik polymerasekædereaktion (PCR)-analyse af en urinprøve og bloddyrkningskulturer, der var udtaget ved indlæggelsen. Herudover påvist antistoftiter 1:30.000 mod *Leptospira interrogans*, serovar icterohaemorrhagiae og sejrore.

Patienten blev udskrevet i sin habituelle tilstand 18 dage efter debut af symptomer.

DISKUSSION

Sygdomsforløbet hos den beskrevne patient var i de første dage præget af betydelige, men selvlimiterende gastrointestinale gener, der var fuldt forenelige med en infektion med *S. Typhimurium*, mens det selvlimiterende forløb næppe kan forklares med pågående leptospirose.

S. Typhimurium er kun sjældent årsag til svær sepsis, og hos en patient som denne, hvor flere bloddyrkningskulturer er uden vækst, bør man derfor overveje, om tilstanden kan skyldes et andet og vanskeligt dyrkbart agens.

Patienten var relevant eksponeret for gnavere og havde allerede ved indlæggelsen typiske, men uspecifikke tegn på leptospirose i form af sepsis, muskelsmerter og påvirket lever- og nyrefunktion samt trombocytopeni, der siden udviklede sig til regelret Weils syge.

Leptospirose er traditionelt blevet diagnosticeret ved påvisning af antistoffer mod *Leptospira* med mikroagglutinationstest (MAT). Metoden er specifik og følsom, men tidligst positiv på femte til syvende sygdomsdag [3]. Ved brug af PCR er det nu muligt allerede ved sygdomsdebut at påvise *Leptospira* i prøver af urin og blod. Metoden supplerer serologi, der forsat er den mest følsomme metode sent i sygdomsforløbet og efter indgift af antibiotika.

Selvom leptospirose er en hyppigt forekommende zoonose i naturen, er det en sjældent diagnosticeret sygdom i Europa. Sygdommen bør have in

mente som differentialdiagnose hos relevant eksponerede patienter.

KORRESPONDANCE: Frederikke Falkencrone Rönsholt, Christoffers Alle 92, st. th., DK-2800 Lyngby. E-mail: frederikkefr@gmail.com

ANTAGET: 5. november 2008

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Helms M, Simonsen J, Molbak K. Foodborne bacterial infection and hospitalization: A registry-based study. *Clin Infect Dis* 2006;42:498-506.
2. Buchwald DS, Blaser MJ. A review of human salmonellosis: II. Duration of excretion following infection with nontyphi Salmonella. *Rev Infect Dis* 1984;6:345-56.
3. Levett PN. Leptospirosis. *Clin Microbiol Rev* 2001;14:296-326.
4. Gsell O. Leptospirosis and eye. *Klin Monatsbl Augenheilkd* 1952;120:449-69.

Hudabsces forårsaget af tyndtarmsperforerende tandstik

Reservelæge Rune Erichsen & overlæge Thorbjørn Sommer

Indtagelse af fremmedlegemer er en hyppig klinisk problemstilling, der oftest forekommer hos børn. De fleste fremmedlegemer passerer problemfrit gennem tarmsystemet, og med få undtagelser – eksempelvis magnetlegetøj, fastsiddende fremmedlegemer og batterier i ventriklen – anbefales det derfor at afvente naturlig passage [1]. Der kan dog opstå komplikationer efter indtagelse af spidse fremmedlegemer på grund af perforation. Her præsenteres et usædvanligt forløb efter utilsigtet indtagelse af en tandstik.

SYGEHISTORIE

En 81-årig kvinde blev indlagt på Kirurgisk Afdeling med smerter i højre side af maven, der havde varet to uger. Hun var kendt med osteoporose og polymyalgi og var opereret for aortaaneurysme otte år tidligere, men var i øvrigt velbevaret med et højt dagligt funktionsniveau.

Forud for indlæggelsen var hun gastroskoperet på et andet sygehus på mistanke om mavesår og sat i behandling med protonpump hæmmer uden effekt. Ved indlæggelsen var hun afebril, og hun havde normal afføring og havde ikke haft opkastninger. Ved den objektive undersøgelse fandt man en fast øm udfyldning i højre fossa iliaca og mistænkte gennemvækst af en intraabdominal tumor. Blodprøver viste C-reaktivt protein på 1.210 nmol/l (normalniveau < 75 nmol/l) og leukocytter på 18,0 mmol/l (normalniveau 3,50-10,0 mmol/l). En ultralydsskanning bekræftede mistanken om en tumor, og patienten fik herefter foretaget en computertomografi med venøs og peroral kontrast, der demonstrerede to processer i subcutis på henholdsvis 3½ cm × 4½ cm samt 3 cm × 4½ cm. Man havde indtryk af indvækst i bugvæggen og kontakt til tyndtarmen, samt en fortætning, der tydede på et fremmedlegeme eller et kontrasthol-

digt kar. Patienten havde ingen erindring om indtagelse af et fremmedlegeme. Man foretog diagnostisk laparoskopi, der viste oment- og tyndtarmsadhærencer op mod bugvæggen i højre side. Efter nedtagning af disse fandt man en ca. 8 cm lang tandstik, der penetrerede fra tyndtarmen gennem bugvæggen ud i en subkutan absces (**Figur 1**). Tandstikken blev fjernet og abscessen blev tømt med sug intraperitonealt, hvorefter defekten i tyndtarmen og bugvæggen blev lukket med sutur laparoskopisk. For at sikre sufficient drænage blev der også foretaget en lille incision i huden over abscessen. Patienten blev udskrevet efter tre dages indlæggelse med normal tarmfunktion og efterfølgende set i ambulatoriet tre uger senere, hvor hun var velbefindende.

DISKUSSION

Selv om fremmedlegemer normalt passerer gennem mavetarmsystemet problemfrit og udskilles med af-

KASUISTIK

Regionshospitalet Randers, Kirurgisk Afdeling

FIGUR 1

Laparoskopisk billede: Tandstik mellem tyndtarmen (nederst) og bugvæggen (øverst).

