

Nekrotiserende tonsillitis og nyrevenetrombose på baggrund af akut myeloid leukæmi

Javed Akram, Pernilla Josefsson & Frans Rømeling

KASUISTIK

Øre-næse-halskirurgisk
Afdeling, Køge Sygehus

En 37-årig kvinde blev indlagt med svær tonsillitis, hvor den ene tonsil var nekrotisk. Patientens symptomer i form af feber, almen utilpashed, synkebesvær og smerter i halsen opstod akut og forværredes trods fire dages penicillinbehandling. Under indlæggelsen fik hun mavesmerter, og blodprøver viste, at hun led af pancytopeni.

Hun blev overflyttet til en hæmatologisk afdeling, hvor resultaterne af en knoglemarvsbiopsi viste, at der var tale om akut myeloid leukæmi (AML). Ved en senere computertomografi (CT) af abdomen foretaget med intravenøs kontrastvæske sås bilateral nyrevenetrombose (**Figur 1**), formentlig pga. koagulopati, der var forårsaget af leukæmien.

SYGEHISTORIE

En 37-årig kvinde blev henvist af lægevagten pga. svær tonsillitis. Patientens symptomer var begyndt fire døgn forinden i form af udtalt træthed, feber, kulderystelser, kvalme, en enkelt tynd afføring, tiltagende synkebesvær og ondt i halsen. Dagen efter, at hendes tonsillitis var blevet konstateret, blev hun sat i penicillinbehandling af lægevagten. Tilstanden blev værre, og i de sidste to dage op til indlæggelsen spiste hun sparsomt og kun tyndtflydende kost.

Derudover var hun igennem tre uger blevet svimmel i forbindelse med fysisk anstrengelse, og igennem et halvt år havde hun ugentligt lidt af nattesved i en grad, så der var behov for at skifte nattøj. Igennem det seneste år havde hun haft to penicillinkrævende halsbetændelser. Hun havde ingen andre symptomer, heller ikke vægttab.

Ved den objektive undersøgelse var hun akut påvirket af smerter og lettere dehydreret, respirationen var normal (iltmætning 98%), og blodtrykket var 116/60 mmHg. Hun havde feber og let sinustakykardi, men intet septisk præg.

Ved undersøgelse af mundhulen så man, at tonsillerne var inflammerede med belægnings, uden peritonsillær absces, men med en nekrotisk øvre pol på venstre side. Ved fiberlaryngoskopi fandt man ingen abnormiteter ud over det anførte.

Initialt blev der påbegyndt gængs regime med intravenøst givet højdosispenicillinbehandling, smertestillende midler og væsketerapi.

Under indlæggelsen fik hun pludseligt indsættende mavesmerter af et kvarters varighed under højre kurvatur. Efter at smerterne var klinget af, var der fortsat murren og objektiv ømhed under højre kurvatur uden peritoneal reaktion samt let ømhed i epigastriet. Hun havde ingen galdestensanamnese.

Blodprøverne viste pancytopeni med et lavt hæmoglobinniveau på 4,8 mmol/l, et trombocytniveau på 57 mia./l, et leukocytniveau under 0,5 mia./l og en umålelig differentialtælling. Derudover var de væsentligste fund: C-reaktivt protein på 279 mg/l, forhøjede levertal med basisk fosfatase på 132 E/l, aspartat-aminotransaminase på 59 E/l, *international normalised ratio* på 0,39 og kaliumniveau på 2,8 mmol/l.

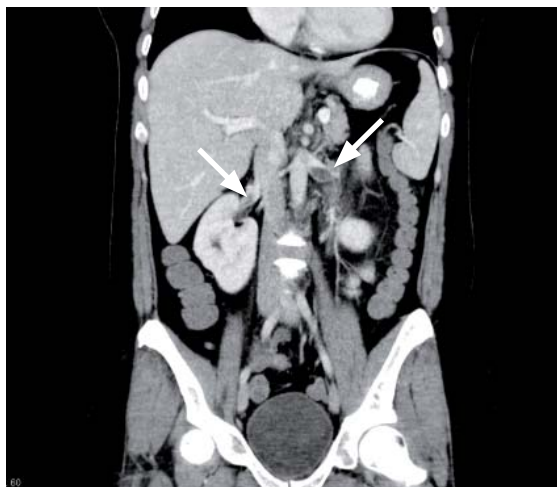
På grundlag af paraklinikken fik man mistanke om, at der var tale om leukæmi, og patienten blev overflyttet til en hæmatologisk afdeling. Forinden påbegyndte man bredspektret intravenøs piperacilin-, tazobactam- og ciprofloxacinbehandling samt gav blodtransfusion og oral kaliummiksatur.

En knoglemarvsbiopsi viste, at der var tale om AML, og patienten blev sat i relevant behandling.

En efterfølgende subakut CT af abdomen viste bilateral nyrevenetrombose (**Figur 1**), som blev tolket

FIGUR 1

Koronal computertomografi af bilateral nyrevenetrombose (pile).



som koagulopati, der var forårsaget af leukæmien, og patienten blev sat i behandling med tinzaparin [1].

DISKUSSION

Det er velkendt, at hæmatologiske lidelser kan have otolaryngologiske manifestationer i form af infektioner pga. immunsupprimering (nedsat antistofrespons og cellemedieret respons pga. leukopeni) enten patologisk eller som følge af behandlingen. Der kan være tale om tonsillitis, faryngitis, akut epiglottitis, mastoiditis, dental absces, parafaryngeal absces, peritonsillær absces, otitis externa eller otitis media. Toksiske manifestationer forekommer også i form af oral stomatitis, facialis parese, sensorineuralt høretab og dysfunktion af plicae vocales. Blødninger, primært i form af anterior og posterior epistaxis, kan forårsages af trombocytopeni [2]. Der kan forekomme infiltration af leukæmiceller i tonsiller, gingiva, ører, larynx og spytkirtler eller lymfom i lymfeknuder [2, 3].

Tonsillitis acuta forekommer hyppigt, og der ses årligt mindst 400.000 tilfælde i Danmark [4]. Imid-

lertid er tilstanden sjælden som første tegn på akut myeloid leukæmi [4].

Det er vigtigt at være opmærksom på muligheden for alvorlig tilgrundliggende sygdom ved et svært og usædvanligt forløb af akut tonsillitis. Det tværfaglige samarbejde mellem otolaryngologer og hæmatologer er essentielt i diagnosticeringen og behandlingen af otolaryngologiske manifestationer af hæmatologiske lidelser.

KORRESPONDANCE: Javed Akram, Øre-næse-halskirurgisk Afdeling E, Køge Sygehus, Lykkebækvej 1, 4600 Køge. E-mail: javedakram@hotmail.com

ANTAGET: 7. marts 2012

FØRST PÅ NETTET: 9. april 2012

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

LITTERATUR

1. Neegaard HF, Iversen PO, Østenstad B et al. Hypercoagulability in patients with haematological neoplasia: no apparent initiation by tissue factor. *Thromb Haemost* 2008;99:1040-8.
2. Fierstein JT, Thawley SE. Otolaryngologic manifestations of acute leukemia and lymphoma. *South Med J* 1978;71:277-80.
3. de Vincentiis GC, Sitzia E, Bottero S et al. Otolaryngologic manifestations of pediatric immunodeficiency. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2009;73(suppl 1):S42-8.
4. Ovesen T, Buchwald Cv. Lærebog i øre-næse-hals-sygdomme og hoved-halskirurgi. København: Munksgaard, 2011:265-6.

Toksisk shock-syndrom opstået efter skoldning med vand

Lilli Ørris Skov¹ & Sangam Khatry²

Toksisk shock-syndrom (TSS) er en livstruende tilstand, som oftest forårsages af eksotoksinet TSS-toksin 1 (TSST-1), et superantigen, der secerneret af visse *Staphylococcus aureus*-stammer.

Det kliniske billede ved TSS omfatter feber (over 38,9 °C), hypotension, et diffust makulært udslæt efterfulgt af afskalning af huden 1-2 uger senere og symptomer fra mindst tre af følgende organsystemer: gastrointestinalkanal, mucosa, nyrer, lever, centralnervesystem, muskulatur og blod [1].

SYGEHISTORIE

En 66-årig kvinde med høj feber (40,6 °C) blev indlagt akut på en intensivafdeling efter at være blevet fundet ukontaktbar i hjemmet. Ved ankomsten var hendes sensorium påvirket (Glasgow Coma Scale score 12). Fire dage forinden var hun blevet behandlet på skadestuen for brandsår, der var opstået ved skoldning med vand på højre overekstremitet. Patienten blev i modtagelsen behandlet med 1 g dicloxacilin og 240 mg gentamicin givet intravenøst, hvorefter

hun blev sat i behandling med cefuroxim. Trods massiv væskebehandling havde patienten i de første indlæggelsesdage lavt systolisk blodtryk, 80-90 mmHg. Et generelt urticarialignende hududslæt blev tolket som en allergisk reaktion over for ibuprofen, som patienten havde indtaget dagen før indlæggelsen. Hun havde diare, opkastninger, synkebesvær og halssmerter. En magnetisk resonans-skanning af halsen var inkonklusiv med hensyn til, om der var tale om en infektion. C-reaktivt protein var på indlæggelsestidspunktet stærkt forhøjet, 275 mg/l (referenceværdi: 0-10 mg/l), leukocytaltallet var på 8,8 mia./l (referenceværdi: 4,0-10,0 mia./l) og steg til et maksimum på 20,8 mia./l. Både nyre- og leverfunktion var påvirket under indlæggelsen; kreatininniveauet nåede et maksimum på 291 mikromol/l (referenceværdi: 45-90 mikromol/l), karbamidniveauet blev målt til maks. 34,1 mmol/l (referenceværdi: 2,5-6,7 mmol/l) og alanintransaminaseniveauet blev målt til maks. 102 E/l (referenceværdi: 10-45 E/l).

Tre dage efter indlæggelsen – dvs. en uge efter

KASUISTIK

- 1) Klinisk Mikrobiologisk Afdeling, Sygehus, Sønderjylland, Sønderborg
- 2) Medicinsk Afdeling, Sygehus Sønderjylland, Aabenraa