

Rutinemæssig oftalmologisk opfølgning anbefales ved candidæmi

Jesper Smit^{1,2}, Marieke Leemreize² & Dalia Cecilia Berman³

KASUISTIK

1) Klinisk Mikrobiologisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital
2) Infektionsmedicinsk Afdeling, Aalborg Universitetshospital
3) Oftalmologisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital

Ugeskr Læger
2014;176:V05130327

Incidensen af candidæmi er generelt stigende, og stigningstakten er større i Danmark end i de øvrige nordiske lande. Den årlige incidensrate af fungæmi var i 2011 10,1/100.000 indbyggere, hvoraf *Candida*-species udgjorde 98,4% [1].

En sjælden, men alvorlig komplikation i forbindelse med denne tilstand er okulær candidiasis, som medfører behov for længerevarende behandling og risiko for synsskade [2]. Initiale symptomer og fund er ofte diskrete, hvorfor en oftalmologisk vurdering af samtlige patienter med candidæmi anbefales i nationale og internationale kliniske retningslinjer [2-4]. Vi præsenterer her et patientforløb, der eksemplificerer denne problemstilling, hvorefter de aktuelle retningslinjer kort belyses.

SYGHEHISTORIE

En tidligere rask 51-årig kvinde blev indlagt på mistanke om akut abdomen. Ved modtagelsen fandt man en stor udfyldning i venstre fossa; ved efterfølgende

eksplorativ laparotomi viste den sig at være primærtumor for en dissemineret ovariecancer.

Ti dage inde i det postoperative forløb blev patienten akut påvirket med åndenød, kulderystelser og diffuse mavesmerter. Hun var højfebril (41,2 °C), og der var tydelige objektive tegn til cikatriceinfektion. Parakliniske parametre viste C-reaktivt protein-niveau på 164 mg/l og leukocytkoncentration på $15,9 \times 10^9/l$.

Der blev taget relevant materiale til mikrobiologisk diagnostik, og patienten påbegyndte empirisk antibiotisk behandling og blev overflyttet til et intensivafsnit. Umiddelbart efter overflytningen rapporterede man fra den klinisk mikrobiologiske afdeling om dyrkningsfund af gærsvamp i blod, urin og patientens ene centrale venekateter, hvorfor behandlingen blev suppleret med intravenøst givet fluconazol. Det endelige mikrobiologiske svar fra Statens Serum Institut viste *Candida albicans*, som var fuldt følsom for fluconazol.

Under indlæggelsen havde patienten ingen smerter, sløret syn eller andre øjensymptomer, men idet der forelå verificeret candidæmi, blev der efter gældende praksis udbedt oftalmologisk tilsyn. Her fandt man synsstyrken nedsat til 0,4 på højre øje og 0,2 på venstre øje. Der var let inflammatorisk reaktion i begge glaslegemer og multiple, små korioretinale infiltrater, som på venstre øje var nær fovea med diskret blødning og omgivende ødemdannelse (Figur 1A).

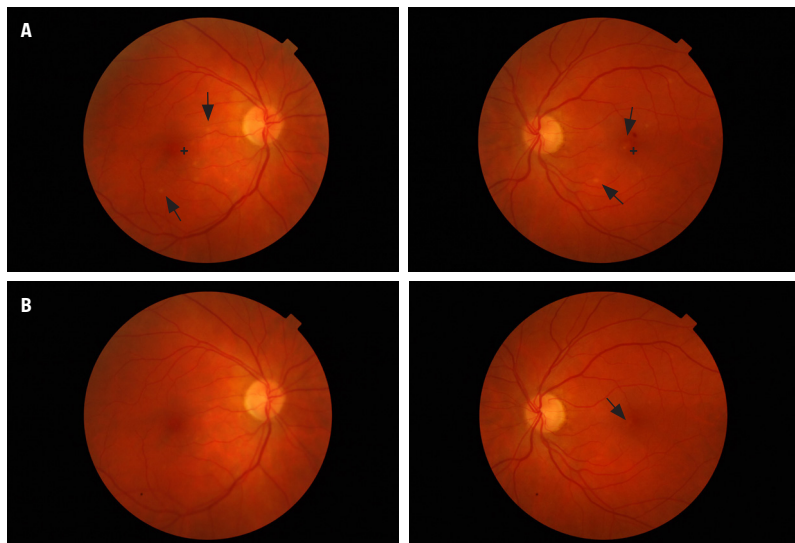
På grund af de okulære fund blev behandlingen med fluconazol forlænget, og patienten blev efter udskrivelsen fulgt tæt i oftalmologisk ambulatorium. Efter fire måneder var der næsten komplet resolution af de okulære forandringer og forbedret synsstyrke (Figur 1B), hvorefter den antimykotiske terapi kunne seponeres og behandlingen afsluttes.

DISKUSSION

Okulær candidiasis omfatter korioretinitis, som patienten i sygehistorien havde, og endoftalmitis. Førstnævnte er den langt hyppigste manifestation, mens sidstnævnte medfører størst risiko for alvorlig synsskade [5]. Symptomerne på okulær affektion ved candidæmi kan variere fra ingen til smerter, hævede

FIGUR 1

A. Ved diagnose. Korioretinale infiltrater (enkelte udpegede med pile) samt blødninger og ødemdannelse nær fovea (kryds). B. Efter afsluttende kontrol. Næsten komplet resolution af korioretinale foci, dog diskrete tegn til sequelae efter inflammation i venstre macula (markeret med pil).



øjenomgivelser, lysfølsomhed og vekslende grader af sløret syn. De objektive fund ved oftalmologi er oftest diskrete [5].

I tilfælde, hvor patienterne giver udtryk for synsgener, er oftalmologisk vurdering oplagt, men ca. halvdelen af patienterne med systemisk *Candida*-infektion er indlagt på intensivafsnit og er ofte sederede [2]. Hvis der ikke benyttes systematisk, rutinemæssig oftalmologisk vurdering, er der specielt i denne situation risiko for betydelig underdiagnosticering og dermed suboptimal behandling og synsskade.

Patienten i sygehistorien blev tilset af en øjnelæge ca. 14 dage efter påvist candidæmi, dvs. mens hun endnu var i fluconazolbehandling. I nationale og internationale kliniske retningslinjer tilrådes man ved verificeret candidæmi initial vurdering, revurdering ca. to uger efter diagnosen og naturligvis tidligere, hvis der er symptomer og fund fra øjnene [2-4]. Begrundelsen for intervallet på 14 dage er dels den typisk langsomme progression af den okulære affektion, dels at patienterne i reglen bedre kan kooperere på det tidspunkt, og alt i alt øges sensitiviteten herved [5].

Efter udskrivelse kontrolleres patienterne løbende i oftalmologisk ambulatorium, og opfølgningen samt antimykotisk behandling fortsættes, indtil der er sikker resolution af de okulære læsioner.

Okulær candidiasis er en sjælden, men synstruende komplikation i forbindelse med candidæmi, og symptomer og fund er initialt oftest diskrete. Derfor anbefaler man i nationale og internationale guidelines rutinemæssig oftalmologisk vurdering af samtlige patienter, hvorved sandsynligheden for adækvat behandling øges, og risikoen for synstruende komplikationer reduceres.

SUMMARY

Jesper Smit, Marieke Leemreize & Dalia Cecilia Berman:
Standard ophthalmological examination of patients with candidaemia is recommended
Ugeskr Læger 2014;176:V05130327

The incidence of candidaemia is increasing on a global scale. Secondary intraocular involvement is a rare but serious complication, which can cause considerable visual damage. Hence, current national and international guidelines recommend ophthalmological examination of all patients with verified candidaemia in order to ensure adequate therapy and reduce the risk of visual impairment. We present a case illustrating that initial symptoms and findings of ocular candidiasis may often be subtle which emphasizes the importance of consistent adherence to these guidelines.

KORRESPONDANCE: Jesper Smit, Klinisk Mikrobiologisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital, Hobrovej 18-22, 9000 Aalborg. E-mail: jesm@rn.dk.

ANTAGET: 1. oktober 2013

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 27. januar 2014

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

TAKSIGELSE: Henrik Carl Schønheyder takkes for kommentering af manuskriptet.

LITTERATUR

1. Arendrup MC, Dzajic E, Jensen RH et al. Epidemiological changes with potential implication for antifungal prescription recommendations for fungaemia: data from a nationwide fungaemia surveillance programme. *Clin Microbiol Infect* 2013;19:343-53.
2. Kullberg BJ, Verweij PE, Akova M et al. European expert opinion on the management of invasive candidiasis in adults. *Clin Microbiol Infect* 2011;5:1-12.
3. Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin. Baggrundsnotat for systemisk antimykotisk behandling (2012). www.regioner.dk/Sundhed/Medicin/R%C3%A5det+for+Anvendelse+af+Dyr+Sygehusmedicin+RADS/~media/66F03736C7D6460DBAC0641B68219351.ashx (1. mar 2013).
4. Pappas PG, Kauffman CA, Andes D et al. Clinical practice guidelines for the management of candidiasis: 2009 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2009;48:503-35.
5. Oude Lashof AM, Rothova A, Sobel JD et al. Ocular manifestations of candidemia. *Clin Infect Dis* 2011;53:262-8.