

Ugens Billede

Ugeskr Læger 2020;182: V71011

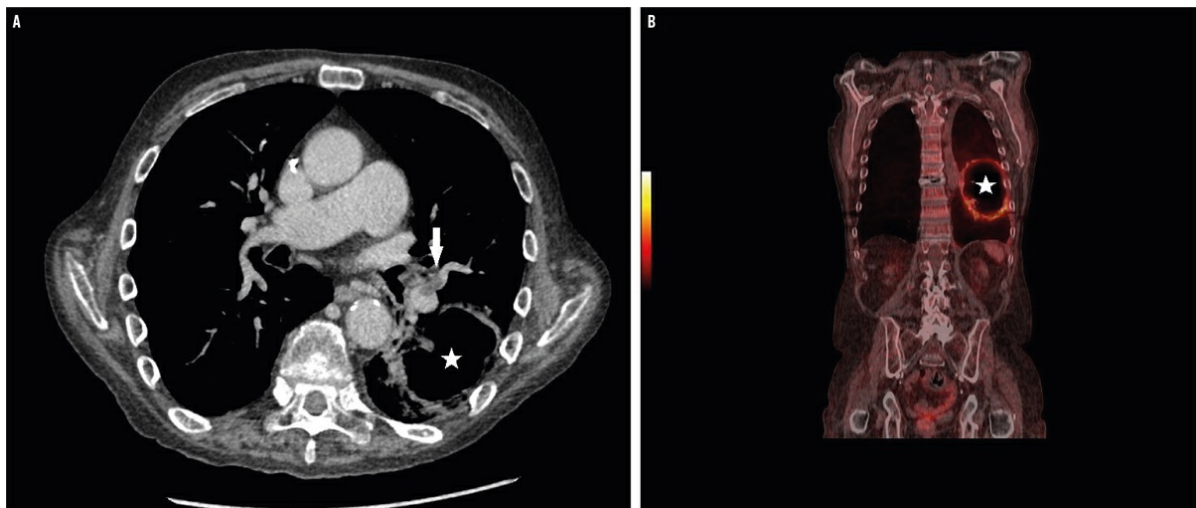
Lungeabsces sekundært til aseptisk lungeemboli

Nanna Holm¹, Eline Kirstine Gantzhorn² & Stefan Posth¹

1) Fælles Akutmodtagelse, Odense Universitetshospital

2) Lungemedicinsk Afdeling, Odense Universitetshospital

Ugeskr Læger 2020;182:V71011



En 60-årig mand blev indlagt med forværring i åndenød gennem en måned, rygsmerter samt et vægttab på 10 kg. Ved indlæggelsen var niveauet af C-reaktivt protein 400 mg/l, og ved en røntgenoptagelse påviste man en 8 x 8 cm stor kavitet i venstre lunge. Dette gav mistanke om en tørt absces, hvilket blev bekræftet ved en CT, hvor man i tillæg påviste flere lungeembolier (LE) bilateralt (A, pilen viser LE, stjernen viser absces). Abscessen var ikke synlig på et røntgenbillede taget fire dage forinden. En supplerende PET/CT viste opladning af abscessens kapsel og afkræftede malignitet (B, stjernen viser absces). Bakteriel agens blev ikke identificeret, og patienten bedredes på behandling med bredspektret antibiotika i seks uger samt warfarin i seks måneder.

Det er estimeret, at 10-31% af patienter med LE vil udvikle lungeinfarkt [1, 2], og 4-7% af infarkterne vil være kaviterende [3]. Disponerende faktorer er bl.a. hjertesvigt, KOL og infektion [4]. Pga. multiple LE og kun én absces formodes et aseptisk infarkt at være grobund for den efterfølgende abscessdannelse hos denne patient. Sammenhængen er velkendt, men sjældent og

bør primært have in mente hos disponerede personer og ved behandlingssvigt.

Korrespondance: *Nanna Holm*. E-mail: nanna.holm@regionh.dk

Publiceret på Ugeskriftet.dk: 27. juni 2020

Interessekonflikter: ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelig sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

Taksigelser: Radiologisk Afdeling, Odense Universitetshospital, takkes for billede A, og Nuklearmedicinsk Afdeling, Odense Universitetshospital, takkes for billede B.

LITTERATUR

1. Teng E, Bennett L, Morelli T et al. An unusual presentation of pulmonary embolism leading to infarction, cavitation, abscess formation and bronchopleural fistulation. *BMJ Case Rep* 2018;2018:bcr-2017-222859.
2. Rajagopala S, Devaraj U, D'Souza G. Infected cavitating pulmonary infarction. *Respir Care* 2011;56:707-9.
3. Libby LS, King TE, LaForce FM et al. Pulmonary cavitation following pulmonary infarction. *Medicine (Baltimore)* 1985;64:342-8.
4. Butler MD, Biscardi FH, Schain DC et al. Pulmonary resection for treatment of cavitary pulmonary infarction. *Ann Thorac Surg* 1997;63:849-50.