

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

- in patients with unexplained mental retardation by fluorescence in situ hybridization using multiple subtelomeric probes. *Genet Med* 2001;3:416-21.
7. Rossi E, Piccini F, Zollino M et al. Cryptic telomeric rearrangements in subjects with mental retardation associated with dysmorphism and congenital malformations. *J Med Genet* 2001;38:417-20.
  8. Anderlid BM, Schoumans J, Annerén G et al. Subtelomeric rearrangements detected in patients with idiopathic mental retardation. *Am J Med Genet* 2002;107:275-84.
  9. Baker E, Hinton L, Callen DF et al. Study of 250 children with idiopathic mental retardation reveals nine cryptic and diverse subtelomeric chromosome anomalies. *Am J Med Genet* 2002;107:285-93.
  10. Jalal SM, Harwood AR, Sekhon GS et al. Utility of subtelomeric fluorescent DNA probes for detection of chromosome anomalies in 425 patients. *Genet Med* 2003;5:28-34.
  11. Kirchoff M, Rose H, Maahr J et al. High resolution comparative genomic hybridisation analysis reveals imbalances in dysmorphic patients with normal or apparently balanced karyotypes. *Eur J Hum Genet* 2000;8:661-8.
  12. Kirchoff M, Rose H, Lundsteen C. High resolution comparative genomic hybridization in clinical cytogenetics. *J Med Genet* 2001;38:740-4.
  13. Kirchoff M, Gerdes T, Rose H et al. Detection of chromosomal gains and losses in comparative genomic hybridization analysis based on standard reference intervals. *Cytometry* 1998;31:163-73.
  14. Kirchoff M, Gerdes T, Maahr J et al. Deletions below 10 megabasepairs are detected in comparative genomic hybridization by standard reference intervals. *Genes Chrom Cancer* 1999;25:410-3.
  15. Kirchoff M, Rose H, Lundsteen C. Påvisning af submikroskopiske kromosomfejl med komparativ genomisk hybridisering. *Ugeskr Læger* 2001;163:5652-7.
  16. Ness GO, Lybæk H, Houge G. Usefulness of high-resolution comparative genomic hybridization (CGH) for detecting and characterizing constitutional chromosome abnormalities. *Am J Med Genet* 2002;113:125-36.

## Streptococcus pyogenes som årsag til primær peritonitis

Reservelæge Nina la Cour Freiesleben &  
overlæge Jens Jørgen Kjer

Amtssygehuset i Glostrup, Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling

Primær peritonitis (PP) defineres som en infektion i peritonealcaviteten uden identificeret intraabdominal kilde.

PP forårsaget af gruppe A-streptokokker (GAS) er en sjælden tilstand, der hos voksne oftest ses i forbindelse med et underliggende medicinsk problem som f.eks. levercirrose med ascites, nefrotisk syndrom eller i forbindelse med immunosuppressiv behandling. Pneumokokker, colibakterier og stafylokokker er hyppige fund ved PP [1].

Vi beskriver et tilfælde af GAS PP hos en yngre rask kvinde.

### Sygehistorie

En 33-årig, tidligere rask kvinde blev indlagt med fire dage varende smerter i nedre abdomen. På indlæggelsesdagen var der tynd afføring. Patienten havde regelmæssige menstruationer, og der var intet usædvanligt udflåd.

Objektivt var patienten smertepåvirket, blodtrykket var på 104/65, pulsen var 116 og temperaturen 39,4°C.

Der var direkte og indirekte ømhed af nedre abdomen, og tarmlydene var naturlige, men sparsomme. Ved rektal eksploration var der ømhed mod højre samt fortild ved portio. En gynækologisk undersøgelse (GU) afslørede let ømhed af portio. Der var ingen dislokationsømhed af uterus eller ømhed over adnekserne.

Urinstiks viste 1+ for leukocytter, og urin-choriongonado-

tropin var negativ. Der var let leukocytose (10,7 mia. pr. l) og C-reaktivt protein på 358 mg pr. l. Blod og urin blev sendt til dyrkning, og der blev givet gentamicin og metronidazol intravenøst.

På mistanke om appendicitis acuta blev der foretaget laparoskopisk lapa-roskopi med appendektomi. Man fandt blodtilblandet, blakket væske i højre fossa. Appendix var fortykket og inflammeret, men perforation kunne ikke påvises. Genitalia interna, galdeblæren, leveren og 1 m tyndtarm oralt for ileocøkalstedet var normale.

Næste dag forværredes patientens tilstand i form af dårligere almen tilstand, højfebrilia, kulderystelser samt peritoneal reaktion.

På mistanke om tarmperforation blev der foretaget laparoskopisk lapa-roskopi, hvor man fandt purulent peritonealvæske og spredte fibrinbelægninger. Tubae uterina, overvejende den venstre, fandtes ødematøse og injicerede, ovarierne normale og tarmen præget af paralyse. Øvrige abdomen var upåfaldende. På mistanke om salpingitis blev patienten flyttet til gynækologisk afdeling, og den antibiotiske behandling blev suppleret med cefuroxim.

På grund af vedvarende mavesmerter de næste syv dage samt svingende temperatur, blev der foretaget ultralydunder-søgelse og CT af abdomen på mistanke om absces. Der blev påvist lidt fri væske intraabdominalt, men i øvrigt intet patologisk. Pga. tynde afføringer blev fæces undersøgt for tarm-patogene bakterier, og venlyer gentaget.

Ved en ny GU var der normalt sekret. Ved ultralydunder-søgelse blev der ved punktur udhentet væske fra en 4 × 4 cm ekkofattig udfyldning i højre fossa samt fri væske fra fossa vesicouterina.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

Da temperaturen fortsat var svingende, blev patienten laparoskopert igen. Man fandt talrige fibrinadhærencer fra tarm til peritoneum og genitalia interna. Desuden diffus rødme og serøse væskeansamlinger. Ingen absces.

Der blev fortsat givet cefuroxim og metronidazol, og patienten fik det bedre i løbet af et par dage med faldende infektionsparametre og kunne udskrives på 12. dagen efter indlæggelse.

Appendixhistologi: Intakt med svær, akut inflammation af serosasiden (forårsaget af ekstern påvirkning).

Dyrkning af peritonealvæsken fra den anden laparoskopi viste vækst af hæmolytiske GAS. Øvrige dyrkninger var uden vækst.

### Diskussion

Patient var en tidligere rask, ung kvinde. Ved den første laparoskopi blev appendix fjernet. Histologi viste kun inflammation af serosasiden, og genitalia interna blev ved samme laparoskopi beskrevet som naturlige. Dyrkning af peritonealvæsken viste vækst af hæmolytiske GAS. Øvrige dyrkninger var uden vækst, og indgangsporten for infektionen er uklar. Dyrkning af peritonealvæsken ved første operation kunne formentlig have fremskyndet relevant antibiotikabytte, og måske kunne den tredje laparoskopi være undgået.

I litteraturen er der beskrevet forskellige muligheder for patogenesen af GAS PP. En mulighed er ascenderende spredning fra genitalia, hvor bakterien kan forekomme asymptomatisk [1-3]. En anden mulighed er hæmatogen spredning fra

f.eks. svælg eller hud [1, 2]. I vort tilfælde blev der ikke foretaget podninger fra svælg eller livmoderhals.

I den engelsksprogede litteratur er der beskrevet 14 tilfælde af GAS PP hos i øvrigt raske voksne [1-5]. Desuden er der beskrevet tilfælde hos børn.

GAS peritonitis forekommer, uden at der findes et intra-abdominalt focus, og man kan tænke på sygdommen hos en patient med ovenstående symptomer, når de hyppigst forekommende sygdomme med lignende symptomer er udelukket. I sværere tilfælde kan tilstanden kompliceres yderligere af toksisk shock-syndrom. Hurtig og adækvat antibiotisk behandling er kurerende.

Korrespondance: *Nina la Cour Freiesleben*, Fertilitetsklinikken 4071, H:S Rigshospitalet, DK-2100 København Ø.  
E-mail: [nina.lacour@rh.dk](mailto:nina.lacour@rh.dk)

Antaget: 19. august 2004

Interessekonflikter: Ingen angivet

Ovenstående artikel bygger på en større litteraturgennemgang end litteraturlistens fem numre. En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatteren.

### Litteraturliste

1. Moskovitz M, Ehrenberg E, Grieco R et al. Primary peritonitis due to group A Streptococcus. *J Clin Gastroenterol* 2000;30:332-5.
2. Graham JC, Moss PJ, Mckendrick MW. Primary group A Streptococcal peritonitis. *Scand J Infect Dis* 1995;27:171-2.
3. Casadevall A, Pirofski LA, Catalano MT. Primary group A Streptococcal peritonitis in adults. *Am J Med* 1990;88:63-4.
4. Sanchez NC, Lancaster BA. A rare case of primary group A Streptococcal peritonitis. *Am Surg* 2001;67:633-4.
5. Fox KL, Born MW, Cohen MA. Fulminant infection and toxic shock syndrome caused by Streptococcus Pyogenes. *J Emerg Med* 2002;22:357-66.

## Boerhaaves syndrom – en livstruende tilstand, som ofte diagnosticeres for sent

Reservelæge Doris Ejersbo Schledermann &

1. reservelæge Henrik Vad

Odense Universitetshospital, Patologisk Institut og Thoraxkirurgisk Afdeling

Spontan ruptur af øsofagus (Boerhaaves syndrom) er en sjælden og livstruende tilstand, som såvel diagnostisk som behandlingsmæssigt er udfordrende. Tidlig diagnose og behandling er af afgørende betydning for prognosen, men tilstanden diagnosticeres ikke sjældent sent i forløbet.

### Sygehistorier

I. En 71-årig mand med asthma bronchiale blev indlagt akut

med svære venstresidige brystmerter opstået efter et kraftigt hosteanfald. Ved indlæggelsen fandt man subkutant emfysem på venstre thoraxhalvdel, diskret venstresidig pleuraekssudat, dyspnø og febrilia. På mistanke om pneumoni med empyem blev der behandlet med relevant antibiotika. Tre døgn senere viste en røntgenundersøgelse af thorax total venstresidig pneumothorax. Ved anlæggelse af pleuradræn udtømte man en tyk, brunlig væske, der ved cytologisk undersøgelse bestod af et purulent materiale med store mængder vegetabiliske føderester (**Figur 1**). Syv døgn efter de primære symptomer blev der foretaget øsofagografi med vandig kontrast, hvorved der blev påvist en øsofagopleural fistel. Ved en akut venstresidig torakotomi fandt man en 15 mm lang ruptur i venstre side af den distale del af øsofagus og svært inficerede lokale forhold. Efter oprensning blev læsionen sutureret primært, og