

### Diskussion

Diagnosen mb. Crohn stilles ved tilstedeværelsen af to ud af tre kriterier: 1) diare og/eller abdominalsmerter i mere end tre måneder, 2) positiv histologi og 3) forandringer set ved koloskopi eller radiologi. Vores patient opfyldte i forløbet alle tre kriterier.

Der er kendskab til øget forekomst af tromboliske komplikationer ved IBD grundet hyperkoagulabilitet specielt i forbindelse med inflammatorisk aktivitet. Mistanken om mesenteriel insufficiens kommer ofte sent, men er relevant hos patienter med kendte arteriosklerotiske manifestationer. Den her omtalte patient var ryger, men havde ikke oplyst om symptomer på arteriosklerose. Ved tarmiskæmi kan man med CT påvise specifikke forandringer i form af mesenteriel trombose, luft i tarmvæggen eller uspecifikke forandringer som tarmdilatation, fortykkelse af tarmvæggen og tarmobstruktion [3]. En endelig diagnose kræver arteriografi, hvilket sygehistorien underbygger, idet såvel CT som MR-skanningen forud havde vist normale forhold i mesenterialkarrerne. I det beskrevne tilfælde blev recidiv af mavesmerter betragtet som genopblussen af mb. Crohn, og diagnosen akut mesenteriel iskæmi blev først stillet sent under en operation, hvor der ikke fandtes muligheder for intervention. Sektionsfundet sandsynliggør, at der ligger arteriosklerose med relativ stenosering til grund for, at patienten fik okklusion af AMS; hyperkoagulabilitet kan have været medvirkende som beskrevet af andre

[4]. Ifølge sektionen var der dog ikke inflammatorisk aktivitet i patientens Crohn-sygdom, og koagulationsstatus kunne ikke afklares nærmere, da patienten døde.

Man bør være opmærksom på arteriel mesenteriel insufficiens ved langvarige uafklarede abdominalsmerter, og hos patienter med kendt kronisk gastrointestinal sygdom med et ukarakteristisk forløb skal man overveje at foretage arteriografi. Arteriografi er fortsat guldstandardundersøgelsen ved diagnostik af denne sygdom [5].

Korrespondance: *Vilmante Kazlauskienė*, Søndre Skovvej 25, 1. tv., DK-9000 Ålborg. E-mail: vilmante@dadlnet.dk

Antaget: 26. september 2005  
Interessekonflikter: Ingen angivet

Artiklen bygger på en større litteraturgennemgang. En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatterne.

### Litteratur

1. Fonager K, Sørensen HT, Olsen J. Change in incidence of Crohn's disease and ulcerative colitis in Denmark. *Int J Epidemiol* 1997;26:1003-8.
2. Higgins PD, Davis KJ, Laine L. Systematic review: the epidemiology of ischemic colitis. *Aliment Pharmacol Ther* 2004;19:729-38.
3. Ha HK, Rha SE, Kim AY et al. CT and MRI diagnoses of intestinal ischemia. *Semin Ultrasound CT MR* 2000;21:40-55.
4. Abazi R, Knudsen T, Pedersen KK et al. Ulcerative colitis complicated by sinus cavernosus thrombosis and necrotizing vaskulitis. *Ugeskr Læger* 2004;166:2167-8.
5. Kirkpatrick ID, Kroeker MA, Greenberg HM. Biphasic CT with mesenteric CT angiography in the evaluation of acute mesenteric ischemia: initial experience. *Radiology* 2003;229:91-8.

## Gonoroisk monoarthritis i talonavikulærleddet

Reservelæge Line S. Lunde Larsen,  
reservelæge Dorthe C. Skovgaard Nielsen,  
kursusreservelæge Lene Terslev & speciallæge Kristine Amris

Herlev Hospital, Medicinsk Reumatologisk Afdeling Q

Bakteriel arthritis er en sjælden lidelse, men den er vigtig at diagnosticere og behandle på grund af risiko for irreversibel leddskade. Bakteriel arthritis kan skyldes flere forskellige agens. Den hyppigste årsag til bakteriel arthritis hos yngre seksuelt aktive personer var tidligere *Neisseria gonorrhoeae*, men nu er stafylokokker og streptokokker årsag til hovedparten af tilfældene [1]. Gonore er imidlertid et tiltagende problem, hvorfor antallet af gonoroisk arthritis må forventes at stige.

Gonoroisk arthritis afspejler en septisk spredning af *N. gonorrhoeae*, der er altså tale om en septisk arthritis. Her beskrives et tilfælde af gonoroisk arthritis i talonavikulærleddet hos en yngre kvinde.

### Sygehistorie

En 32-årig kvinde blev indlagt akut på en reumatologisk afdeling med diagnosen monoarthritis. Patienten var på indlæggelsestidspunktet i hormonbehandling forud for in vitro-fertilisering (IVF) med kontrol i gynækologisk regi.

Patienten fik fem døgn før indlæggelsen smerter, hævelse og bevægelsesindskrænkning i venstre ankelled uden kendt traume. Hun havde ingen dispositioner for inflammatorisk leddlidelse. Der havde ikke været febrilia eller almen sygdomsfølelse, og ingen symptomer, der tydede på fokal infektion, specielt ikke urogenitale gener. Patienten oplyste, at hun i forbindelse med fertilitetsbehandlingen på gynækologisk afdeling var blevet screenet for kønssygdomme uden positive fund. Røntgen af venstre ankel viste ingen tegn på fraktur. Hun var af en vagtlæge sat i behandling med tabletet ibuprofen på mistanke om arthritis urica.

Objektivt var patienten ved indlæggelsen afebril med hævelse, varme, rødme og bevægeindskrænkning af venstre fodled. C-reaktivt protein (CRP) var 73 mg/l, sænkingsreak-

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

tion var 50, der var normalt leukocytalt og differentieltælling. Undersøgelser for *Yersinia*, *Parvo B19*, *Borrelia* og hepatitis ABC-serologi gav negativt resultat. Der var normalt plasmaurat. Ved hudinspektion fandtes der ingen forandringer. Der blev ikke foretaget bloddyrkning. Ligeledes blev der ikke foretaget røntgen af thorax til undersøgelse for sarkoidose. En akut ultralydskanning viste synovialishypertrofi primært i talonavikulærledet, men også talokruralt. Ved en blind punktur af talokruralledet blev der udtømt 5 ml strågul ledvæske, som var uden bakterier eller krystaller undersøgt ved direkte mikroskopi. Patienten blev hjemsendt med nonsteroidale antiinflammatoriske stoffer (NSAID) til opfølgende kontrol i reumatologisk ambulatorium med diagnosen reaktiv arthritis.

Patienten var ved første ambulatoriefremmøde udtalt smerteforpinnet uden effekt af den antiinflammatoriske behandling. Ledvæskeaspiratet var uden bakteriel vækst, og der blev herefter anlagt en ultralydvejledt blokade med 40 mg methylprednisolon i venstre talonavikulærled. To døgn efter henvendte hun sig atter i ambulatoriet pga. manglende effekt af blokaden, hvorfor der blev institueret systemisk prednisolonbehandling, ligeledes uden effekt.

En supplerende magnetisk resonans (MR)-skanning af ankelledet viste forsat synovitis i talonavikulærledet, kun sparsom aktivitet talokruralt og ingen aktivitet i knoglerne. Ved en blodprøvekontrol havde patienten forsat CRP-forhøjelse. Der blev foretaget en ultralydvejledt punktur af talonavikulærledet med udtømning af få ml uklear ledvæske (Figur 1). Ved direkte mikroskopi blev der ikke påvist nogen bakterier, men talrige leukocytter, og patienten blev indlagt til parenteral diclosil- og penicillinbehandling på mistanke om infektios arthritis.

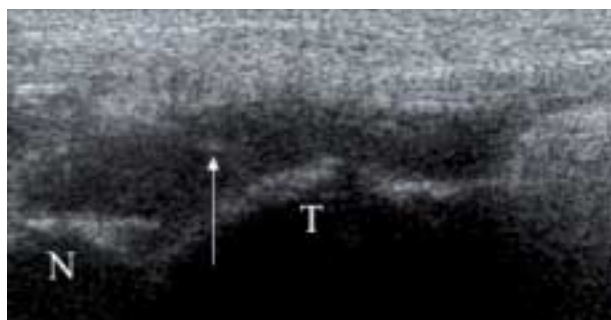
Tilstanden bedredes markant i løbet af få døgn, og det endelige dyrkningssvar viste sparsom vækst af *N. gonorrhoeae* fuldt følsomme for penicillin. Efter syv dages intravenøs behandling blev patienten udskrevet med peroral penicillinbehandling i yderligere fem uger. Infektionsparametrene var herefter normaliserede, og en kontrolrøntgenundersøgelse af ankelledet viste normale forhold.

Efterfølgende blev patienten undersøgt i gynækologisk regi med negativt resultat ved podning for gonokokker og *Chlamydia*.

### Diskussion

Incidensen af gonore har igennem flere år været faldende med deraf følgende fald i incidensen af gonoroisk arthritis [2]. De nyeste tal fra Statens Serum Institut viser imidlertid, at incidensen af kønssygdommen gonore i 2004 er steget med 51% sammenlignet med et gennemsnit for de seneste ti år [3], og såfremt dette er en vedvarende tendens, må det forventes, at også incidensen af gonoroisk arthritis stiger. Gonoroisk arthritis vil fortsat være en vigtig differentialdiagnose ved monoarthritis hos yngre, seksuelt aktive patienter.

Det typiske billede er som beskrevet i vores sygehistorie:



Figur 1. Et afficeret talonavikulærled. N = os naviculare og T = talus. Knogleoverfladerne ses som hvide ekkorige linjer. Pilen peger på nålen, som lige nøjagtigt kan anes som en hvid linje i det ekkofattige område = synovialishypertrofi/væske.

patienten er afebril, med kun sparsom leukocytose, men forhøjet CRP. Hos ca. 50% af patienterne kan *N. gonorrhoeae* dyrkes fra ledvæsken. 25% har positiv gramfarvning af ledvæsken, der derimod indeholder rigeligt med leukocytter. Hvis man har mistanke om diagnosen, bør der ud over undersøgelse af ledvæsken podes fra urethra, cervix, rectum og pharynx [4].

Ultralyd er effektivt til visuelt at erkende led og forandringer, der er lokaliseret i disse, hvilket især er en fordel ved led, der er svært tilgængelige for klinisk undersøgelse, og hvor flere små led er tæt lokaliseret. Ultralydvejledt punktur er specifik og sensitiv samt en for patienten sikker metode [5].

For primært at sikre korrekt diagnostik ved monoarthritis bør ledpunktur udføres ultralydvejledt forud for iværksættelse af behandling. Ved »blind« ledpunktur af f.eks. ankel- eller håndled, hvor flere små led er tæt lokaliseret, risikerer man, som i det beskrevne tilfælde, at et ikkeinficeret led punkteres. Negativt resultat ved dyrkning af synovialsvæske medfører dermed forkert diagnostik og behandling af patienten.

Patienten, der er beskrevet i sygehistorien, var i IVF-behandling og dermed screenet for kønssygdomme, men havde alligevel gonore. En naturlig følge af stigende incidens af gonore kunne være at udføre gonorescreening forud for IVF-behandling.

Korrespondance: Line S. Lunde Larsen, Hjertebjergvej 16, 2830 Virum.  
E-mail: sofielunde@dadlnet.dk

Antaget: 2. oktober 2005  
Interessekonflikter: Ingen angivet

### Litteratur

- Ross JJ, Saltzman CL, Carling P et al. Pneumococcal septic arthritis: review of 190 cases. *CID* 2003;36:319-27.
- Angulo JM, Espinoza LR. Gonococcal arthritis. *Comp Ther* 1999;25:155-62.
- Statens Seruminstitut. Epi-nyt, uge 6, 2005.
- Mandell G, Bennett JE, Dolin R. Principles and practice of infectious diseases. 6th ed. Philadelphia, Pennsylvania: Churchill Livingstone, 2004.
- Grassi W, Filippucci E, Busilacchi P. Musculoskeletal ultrasound. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2004;18:813-26.