

Endogen endoftalmitis som første kliniske manifestation af aortaklapendokarditis

Rudbæk, Torsten; Haastrup, Peter; Frydkjær-Olsen, Ulrik

Published in:
Ugeskrift for Læger

Publication date:
2012

Document version
Forlagets udgivne version

Citation for published version (APA):
Rudbæk, T., Haastrup, P., & Frydkjær-Olsen, U. (2012). Endogen endoftalmitis som første kliniske manifestation af aortaklapendokarditis. *Ugeskrift for Læger*, 174(48), 3017-8.

Terms of use

This work is brought to you by the University of Southern Denmark through the SDU Research Portal. Unless otherwise specified it has been shared according to the terms for self-archiving. If no other license is stated, these terms apply:

- You may download this work for personal use only.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying this open access version

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details and we will investigate your claim. Please direct all enquiries to puresupport@bib.sdu.dk

Endogen endoftalmitis som første kliniske manifestation af aortaklapendokarditis

Torsten Rudbæk¹, Peter Haastrup² & Ulrik Frydkjær-Olsen³

KASUISTIK

1) Kardiologisk Afdeling B, Odense Universitetshospital
2) Forskningsenheden for Almen Praksis, Institut for Sundheds-tjenesteforskning, Syddansk Universitet
3) Oftalmologisk Afdeling E, Odense Universitetshospital

Der er beskrevet flere ekstrakardiale manifestationer ved infektiøs endokarditis (IE), herunder septiske embolier, som komplicerer sygdommen hos op til 40% af patienterne [1]. Intraokulær infektion er sjældent beskrevet som klinisk manifestation af gruppe B-streptokok-endokarditis [2]. Herunder beskrives en sygehistorie om en kvinde, der havde endogen endoftalmitis (EE) som første kliniske manifestation af aortaklapendokarditis.

SYGEHISTORIE

En 81-årig kvinde blev indlagt på akutmodtagelsen på et lokalt sygehus med pludselig, svær synsnedsettelse på højre øje forudgået af få timer varende sløret

syn. Hun havde iskæmisk hjertesygdom, diabetes mellitus type 2 og hypertension. Hun var tidligere øjenrask og havde ikke været udsat for traume eller forudgående øjenoperation. Kvinden havde lette smerter i øjet, men initialt fandt man hverken rødme eller bevægeindskrænkning. Hun havde gennem 3-4 uger været tiltagende alment utilpas med kulderystelser og influenzasymptomer, svær træthed og et vægttab på 5 kg. Der var ingen kardielle symptomer op til indlæggelsen. Ved hjertestetoskopi hørtes systolisk mislyd, der blev vurderet som mitralinsufficiens. Infektionsparametrene (C-reaktivt protein- og leukocyt-niveau) var forhøjede. Ved et akut øjenlægetilsyn fandt man fibrin i forreste øjenkammer, og på mistanke om EE blev hun overflyttet til nærmeste universitetshospital, hvor man fandt rødme af øjenomgivelserne, moderat ciliær injektion, ødematøs hornhinde og hypopyon. Der blev foretaget akut vitrektomi og injektion af intravitreale antibiotika.

En efterfølgende udredning med transøsofageal ekkokardiografi viste en 4-5 mm stor ekskrescens på venstre koronare aortakusp, moderat aortainsufficiens og let ikke hæmodynamisk betydende mitralinsufficiens (**Figur 1A**). På kardiologisk afdeling blev der iværksat systemisk antibiotikabehandling, mens patientens endoftalmitis blev behandlet med intravitreale og topikale antibiotika. Bloddyrkninger og mikrobiologisk svar fra vitrektomien viste hæmolytiske streptokokker gruppe B, følsomme for penicillin. Som led i fokusjagt udførte man en positronemissionstomografi-computertomografi og efter mikrobiologisk anbefaling undersøgelse af tænder, genitalia og urinveje, uden at der blev fundet et sikkert primært infektiøst fokus.

Patientens tilstand bedredes klinisk på behandlingen, dog uden bedring af synet på højre øje. Hun blev udskrevet efter endt antibiotisk behandling til ambulant opfølgning på øjenafdeling og kardiologisk afdeling til vurdering af aortainsufficiensen og evt. behov for klapsubstitution.

DISKUSSION

IE er en af de alvorligste bakterielle infektionssygdomme i den vestlige verden og forekommer i Danmark hos ca. 500 patienter årligt [3]. Den bakteriolo-

FIGUR 1

A. Transøsofageal ekkokardiografi fra patienten i sygehistorien. Der ses en ekskrescens på 4-5 mm på venstre koronare aortakusp.
B. Klinisk foto af en patient med endoftalmitis.



giske ætiologi er i en tredjedel af tilfældene streptokokker, hyppigst nonhæmolytiske og sjældnere hæmolytiske [3]. Sygdommen kræver langvarig behandling under indlæggelse og har en relativ høj mortalitet på 5-50% [3].

EE er en infektion i øjenæblet og en frygtet komplikation inden for oftalmologien [4]. Tilstanden er sjælden (2-8% af alle tilfælde af endoftalmitis) [4] og opstår oftest på baggrund af bakteræmi eller fun-gæmi med hæmatogen spredning til øjet. Symptomerne er hyppigt smerter og sløret syn og kan være ledsaget af fotofobi og »fluer« i synsfeltet. Ved objektiv undersøgelse finder man ofte ciliær injektion, hypopyon og uklar ødematøs cornea [4] (Figur 1B). Diagnosen stilles ved biopsi fra glaslegemet eller vitrektomi. Ved EE med bakteræmi skal behandlingen være systemisk suppleret med intravitreal injektion af antibiotika og topikale antibiotika. Synsprognosen er generelt dårlig og afhænger af infektiøst agens, virulens og visus ved symptomdebut [4, 5].

I en oversigt over litteraturen fra 2002 er der siden 1966 beskrevet 22 tilfælde af EE forårsaget af gruppe B-streptokokker, og i seks tilfælde (33,3%) havde patienten også IE [5]. Af de 22 tilfælde forekom der to dødsfald – begge patienter havde IE. Gruppe B-streptokokker er en relativt sjælden årsag til IE, og således blev der kun fundet få oversigtsartikler, hvori det er beskrevet [2]. Der blev fundet 55 velbeskrevne tilfælde fra 1962 til 1985, og det er blevet påvist, at mange af patienterne havde en underliggende kronisk sygdom, og at mortalitetsraten var høj (43,5%) [1].

Selvom ovenstående tilfælde er en sjældenhed, er det vigtigt, at den modtagende læge er opmærksom på, at symptomer fra et organsystem som øjet kan være tegn på endnu ikke erkendt svær systemisk sygdom, for at sikre disse patienter rettidig og relevant behandling og dermed en bedre prognose.

SUMMARY

Torsten Rudbæk, Peter Haastrup & Ulrik Frydkjær-Olsen
Endophthalmitis as the first clinical manifestation of infectious endocarditis
Ugeskr Læger 2012 Jul 23 [Epub ahead of print]

Infectious endocarditis is considered one of the most severe infections in the Western world. Complications include septic embolism, for example to the brain or the eye. Endogeneous endophthalmitis is a rare but severe eye disease. It is important to remember that clinical signs from the eye can be the first manifestation of systemic disease. We present a case report of an 81-year-old woman with endogenous endophthalmitis as the first clinical manifestation of infectious endocarditis.

FØRST PÅ NETTET: 23. juli 2012

TAKSIGELSE: *Anne Katrin Sjøllie* takkes for kritisk gennemlæsning af manuskriptet og udlån af klinisk foto.

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

LITTERATUR

1. Silverman ME, Upshaw Jr CB. Extracardiac manifestations of infective endocarditis and their historical descriptions. *Am J Cardiol* 2007;100:1802-7.
2. Gallagher PG, Watanakunakorn C. Group B streptococcal endocarditis: report of seven cases and review of the literature, 1962-1985. *Rev Infect Dis* 1986;8:175-88.
3. <http://www.cardio.dk/nbv/infektios-endocarditis> (17. feb 2012).
4. Frydkjær-Olsen U, Sriskandarajah S, Sjøllie AK. Endoftalmitis er en akut syns-truende øjensygdom. *Ugeskr Læger* 2011;173:1493-6.
5. Lee S, Chee S. Group B Streptococcus endogenous endophthalmitis: case reports and review of the literature. *Ophthalmology* 2002;109:1879-86.

KORRESPONDANCE: *Torsten Rudbæk*, Kardiologisk Afdeling B, Odense Universitetshospital, Sønder Boulevard 29, 5000 Odense C. E-mail: trahbek@hotmail.com

ANTAGET: 30. maj 2012