

I denne spalten trykkes kasuistikker som har gjort spesielt inntrykk og som bidragsyterne har opplevd som spesielt lærerike. Har vi selv lært noe i slike situasjoner, vil det som oftest også være av interesse for andre. Og vi vil gjerne ha en kommentar om hvilke tanker du har gjort deg rundt denne opplevelsen. Bidrag sendes Ann-Kristin Stokke (red.) [annkristin\\_stokke@hotmail.com](mailto:annkristin_stokke@hotmail.com). Kast dere frampå, folkens!

## Lærerike kasuistikker

# Utslett med rask forverring

En tidligere frisk 15 måneder gammel gutt hadde vært plaget av et kløende utslett under venstre aksille i et par-tre dager da han kom til konsultasjon med sin mor. Familien hans er fra Vest-Afrika, pasienten selv er født i Norge.

Med kløe som utgangspunkt dannet det seg først en liten gruppe med papler som ble til et tørt sår på størrelse med en 10-kroning. Frem til konsultasjonen kom det i tillegg en håndfull krustebelagte sår, ca. tre mm i diameter, alle ventralt på overkroppen. Jeg la merke til at ungen hadde noe tørr hud og spor etter tidligere eksemutbrudd, men ikke tegn til akutte symptomer.

Gutten var afebril, i utmerket allmenntilstand og klinisk undersøkelse ellers ga kun normale funn.

Jeg var usikker på årsaken til utslettet, og valgte å se det an fordi klinikken virket fredelig. Siden kløe spesielt om natten var hovedsymptomet anbefalte jeg å dekke sårene til med vaselinnett og kompresser, bruk av hensiktsmessige klær og dexchlorpheniramin (Phenamin) mikstur til natten ved behov. Dessuten avtalte jeg en rask kontroll ved forverring.

To dager senere hadde gutten fått flere og betydelig større sår som var overraskende tørre da jeg fjernet bandasjen (se bilde 1, seks dager etter symptomdebut).

Etter konferering med hudlege og prøvetaking på Stuarts medium startet gutten med penicillin selv om tentativ diagnose var impetigo contagiosa, muligens impetigo bullosa. Anbefalt makrolidantibiotikum var vi nemlig tomme for på kontoret, og det var nyttårsaftnen kl 12...

Enda to dager senere ble det tydelig at dette valget ikke hadde hatt ønsket effekt. Sårene hadde ikke økt ytterligere i antall, men i størrelse (se bilde 2, åtte dager etter symptomdebut).

Pasientens allmenntilstand var fortsatt helt upåvirket. Det klødde lite på overkroppen nå, men han begynte å klø desto mer på en arm og i begge knehaser som uttrykk for et oppblomstrende atopisk eksem.

Penicillin ble byttet ut med erythromycin (Ery-max) mikstur og supplert med kaliumpermanganat bad etter hudlegens anbefaling; en behandling familien også var kjent med fra hjemlandet.

Resistensbestemmelsen kom noen dager senere og viste rikkvekst av gule stafylokokker med resistens for penicillin og fucidin, følsomhet for erytromycin. Om bakteriestammen produserte det impetigo bullosa-typiske toksinet epidermolysin ble ikke undersøkt fordi jeg ikke hadde rekvirert dette særskilt.

Impetigo contagiosa er en overfladisk hudinfeksjon forårsaket av gruppe A streptokokker og/eller gule stafylokokker. Huderosjoner, små vesikler og honninggule skorper bestemmer det kliniske bilde.

Impetigo bullosa er nesten alltid forårsaket av gule stafylokokker som danner toksinet epidermolysin som fører til bulladannelse. Denne formen har vært økende de siste årene, og står nå for ca. 30% av impetigotilfellene.

Ifølge anbefalingene fra Antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP) bør infeksjonens utbredelse bestemme terapivalget:

1. LITEN AFFEKSJON: Vask med klorhexidin og tildekking.
2. MODERAT AFFEKSJON: Som 1 og i tillegg antiseptisk krem dibropropamindin (Brulidine) eller antibiotisk og antiseptisk salve med bacitracin og klorhexidin (Bacimycin).
3. UTBRETT AFFEKSJON OG IMPETIGO BULLOSA: Som 1 og 2. I tillegg systemisk behandling med penicillinastabilt penicillin, (di)cloxacillin (Diclocil/Ekvacillin), eller et makrolid, erythromycin (Ery-max) eller clindamycin (Dalacin) i 7-10 dager. Velger man systemisk behandling bør dyrkningsprøve tas. Ved residerende infeksjoner kan undersøkelse på smittebæretilstand være aktuelt. KILDE: NORSK ELEKTRONISK LEGEHÅNDBOK (NEL) OG ANTIBIOTIKASENTERET FOR PRIMÆRMEDISIN (ASP)





BILDE 1, DAG 6

BILDE 2, DAG 8



BILDE 3, DAG 21

De følgende kontrollene viste til min lettelse at infeksjonen raskt ble stanset, og huden så ut til å regenerere veldig bra (bilde 3, 21 dager etter symptomdebut). Det atopiske eksemet på ikke-infisert hud responderte meget godt på kortvarig behandling med steroidsalve (gruppe II).

I etterkant virket det på meg som om hudens atopiske egenskaper bidro til sårenes størrelse.

Av dette utslettet lærte jeg å være bedre forberedt på en forverring dersom jeg ikke velger primært anbefalt behandling.

*Florian Praël*

