

## Forelæsning i Infektionsmedicin –3 – Pneumoni og Mycobakterioser

- Pneumonier: • Interstitiel.  
• Klassisk eksudativ

Svær ekssudation => hypoxi pg.a. shunt.

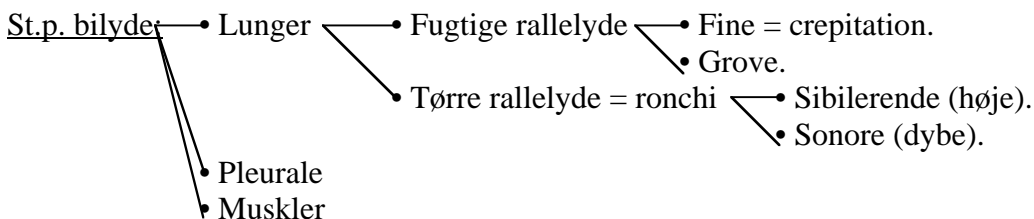
Interstitiel pneumoni => hypoxi pg.a øget diffusionsafstand.

### Relevant klinisk inddeling af pneumoni:

- "Community-acquired" pneumoni.
- Nosokomial pneumoni.
- Aspirations-pneumoni og anaerob pneumoni.
- "Recidiverende" pneumoni.

### Pneumoni-undersøgelser:

- Anamnese: tilfælde i omgivelserne, rejser, kontakt med dyr, hospitaliseret, sex anamnese, stofmisbrug, indvandrere.
- Klinisk undersøgelse (stetoskopi).
- Rgt. thorax.
- Expectorat.
- Leucocyt og diff. tælling.
- Blodtrykning.
- Evt. blodgas analyse.
- Bronchoskopi.



Ornitose hos undulater giver konjunktivit.

### **Pneumokok-pneumoni:**

30-70% af comm.acq. pneumonier.

Høj mortalitet ved bakteriami: 5-25%.

Diagnose: trakealsug/ekspectorat. BD (pos. i 20-40% af indlagte comm.-acq. pneumonier).

Pneumokok-ag. i urin ("PUT").

"Den klassiske lobære pneumoni".

Komplikationer: ARDS, empyem, lungeabsces, pur. pericarditis.

Behandling: penicillin (2 MIE x 3 i.v.), dosis, resistens. Vurdere forløbet efter 2-3 døgn.

Forværring, -mikrobiologi: makrolid.

Forværring, +mikrobiologi: afhængigt af resistenssvar.

Bedring: uændret penicillin i.v.-> p.o. Beh. i ca. 10 dg.

Risiko-faktorer for død ved pneumokok-pneumoni: alder > 48 år, forudgående lungesgd.,  $T_p < 38^\circ$ , nosokomial infektion.

Diff. diagnoser: lungeinfarkt, tumor, chron. lungeforandringer, subphrenisk eller leverabsces, pancreatitis.

### **Gram-neg. pneumoni:**

Meget sjældent c.acq.-pneumoni.

Ca. 50% af alvorlige nosokomielle pneumonier.

**Clamydia pneumoniae pneumoni:**

Formentlig hyppigt agens ved comm.-acq. pneumoni.

Mykoplasma-lign. billede: catarrhalia, pharyngitis, tør hoste, vage pneumonisymptomer.

Beh.: makrolid.

**Hantavirus pulmonary syndrome:**

Det sydvestlige USA.

Reservoir: en lille gnaver.

Symptomer: tør hoste, dyspnø, resp. insuff., shock, myokaridesvigt.

Beh. symptomatisk, rivavirin.

**Legionella pneumoni:**

1-15% af comm. acq.-pneumoni.

Mortalitet: høj (ca. 15%).

Diagnose: direkte fluorescens mikroskopi, LUT (antigen i urin), titerstigning, dyrkning.

OBS: ekstrapulmonale manifestationer.

Beh.: erythromycin 1g. x4 i.v. evt. + rifampicin/fluoquinoloner/tetracyklin.

**Tuberkulose:**

Smitemåder: Luftbåren – person til person.

Oralt – dyr til menneske.

Risiko for infektion: afhængigt af inokulum.

Smitsomhed: - 48-67% af kontakter, 5-9 år gamle.

- 22 % af kontakter i alle aldre

- 28% af nære kontakter.

- 14% af ikke nære kontakter.

Udsættelse for TB smitte 100 pers.:

- 70 inficeres ikke og bliver Mantoux neg.
- 30 inficeres og bliver Mantoux positive:
  - 1-2 får tuberkulose indenfor 1 år.
  - 1-2 får tuberkulose senere i livet.
  - Ingen sygdom. 26-28 forbliver raske.

BCG-vaccinens effekt er diskutabel. Sikker effekt mod tuberkuløs meningit.

Tuberkulose er anmeldelsespligtig.

Nyretuberkulose giver ”steril pyori”.

Ekstra-pulmonal tuberkulose:

- Reaktivering mdr. eller år efter primærinfektion.
- Glandel TB (cervical, mediastinal) 30/år, 1:2.
- Urinvejs TB, 20-30/år, 1:1, 5-20 år efter init. nyre.
- Knogle-led TB 10-15/år, 1:1, columna, lange rørknogler.
- Gastrointestinal T\_B 1-5/år, 1:1, ileocecal, peritoneal.
- Pericardie TB, spredning fra lymfegld. eller hæmatogent.

Standard-beh.: rifampicin + isoniazid + ethambutol + pyrazinamid (3 mdr.), rifampicin + isoniazid (yderligere 2 mdr.).

DOT-behandling = directly observed treatment.

Diagnose: Mantoux-test, ventrikelskylning.