

# Utdragning av spiral kan ha gett primär herpes simplex-infektion

## Immunkompetent kvinna drabbades av leverpåverkan och trombocytopeni



PIA TELEMAN, med dr, överläkare, kvinnokliniken,

Universitetssjukhuset i Lund  
pia.teleman@med.lu.se

Fallet rör sig om en 44-årig 2-på, som 13 år tidigare opererats för en benign ovarialcysta. Hon är frisk förutom att hon behandlas med ett SSRI-preparat på grund av depression. Hon har ny sambo sedan ett år tillbaka.

Patienten har haft en Levonova-spiral i fem år utan besvär och hade fått den utdragen fem dygn före ankomsten. Vid extraktionen hade man fått »fiska« en hel del innan man fått tag på trådarna. Två dagar efter spiraldragningen debuterade buksmärter, riklig gul vaginal flytning och feber.

Då smärtorna och febern tilltog sökte hon på den öppenvårdsmottagning där hon fått spiralen utdragen och blev inremitterad till kvinnokliniken. Vid ankomsten var patienten febril (39,5° C), blek och trött. Hon ömmade generellt i hela nedre delen av buken. Det fanns riklig, gul vaginal fluor. På portio sågs en oklar förändring som beskrevs som leukoplaki. Vid ankomsten var CRP 17 mg/l. Man bedömde tillståndet som en salpingit efter spiralextraktionen och satte in cefotaxim och metronidazol intravenöst. Allmän odling från cervix togs.

Under de följande dyggen förvärrades patientens tillstånd trots intravenös antibiotikabehandling, som byttes till Tazocin (piperacillin-tazobaktam) och ciprofloxacin två dagar efter ankomsten. Kroppstemperaturen steg som mest till 40 grader. Buksmärterna intensifierades och var nu inte längre begränsade till nedre delen av buken, även om de var mest uttalade där. Patienten fick också diarréer. Ny gynekologisk undersökning verifierade extrem ruckömhets över uterus, och ultraljudsundersökning ingav misstanke om vätska i höger tuba.

### Laboratoriestatus

CRP var som högst 30 mg/l och leukocyter som lägst  $2,2 \times 10^9/l$ , vilket inte stämde med bakteriell infektion. Utvidgad provtagning i samråd med infektionsläkare visade att trombocytterna låg något lågt,  $101 \times 10^9/l$ , och sjönk dag för dag till som lägst 79. Leverstatus visade stigande transaminaser, med ASAT 2,3 och ALAT 1,5  $\mu\text{kat/l}$ . Pankreasamylas var då också lätt förhöjt, 1,4  $\mu\text{kat/l}$ .

Datortomografi av buk och torax visade en mindre mängd pleuravätska, måttlig mängd vätska i buken, ett flertal förstörade lymfkörtlar retroperitonealt och »cystliknande« strukturer på platsen för adnexa.

### Förlopp

Då patientens tillstånd inte förbättrades och bukstatus försämrades, med generell ömhet och misstanke om peritonitretning, gjordes en laparotomi tre dagar efter ankomsten. Vid denna fanns gulaktig, klar vätska i hela buken. Såväl inre genitalia som tarmar tedde sig ödematösa. Tuborna var svullna men utan pus. Ovarierna innehöll mindre follikelcystor och en

corpus luteum. Ovarialresektion och salpingektomi bilateralt samt exstirpation av en ödematös och rodnad appendix utfördes.

Postoperativt förblev dock patienten lika högfebril. Ny kontakt togs med infektionsläkare, som tolkade tillståndet som en bakteriell genital infektion och rekommenderade expektans med fortsatt antibiotikabehandling. Herpesinfektion ansågs inte trolig. Frågan hade tagits upp, då en kollega på kliniken sett ett liknande fall med mycket riklig, gul, vattnig fluor hos en gravid kvinna, som visade sig ha en primär herpesinfektion.

Ett cervixprov för PCR på herpes togs, och trots infektionsläkarens tvekan sattes patienten in på intravenös aciklovirbehandling. Dagen efter sjönk hennes feber för första gången under vårdtiden till under 38 grader, och från dagen efter det var hon afebril. Buksmärterna avtog snabbt.

CRP var som högst 30 mg/l dagen efter ankomsten men sjönk fram till operationsdagen till 13 mg/l. Två dagar postoperativt var CRP 20 mg/l men normaliserades på en vecka. Trombocyter var  $79 \times 10^9/l$  dagen preoperativt men steg sedan för att vara normaliserade fem dagar postoperativt. Transaminaserna var som högst fyra dagar postoperativt, med ASAT 3,9 och ALAT 3,5  $\mu\text{kat/l}$ . Pankreasamylas och LD var då 2,1 respektive 10  $\mu\text{kat/l}$ . Dessa prov var inte helt normaliserade elva dagar postoperativt. APT-tiden var som högst 56 sekunder och normaliserades tre dagar efter det att aciklovir satts in.

### Mikrobiologi och PAD

Odlingar på blod, urin, feces och från cervix och bukhåla visade ingen växt av bakterier. Herpes simplex-virus-DNA typ 2 påvisades i cervixprovet. Serologi visade att patienten hade en pågående primär herpes simplex-infektion med stegrat IgM samt att hon tidigare hade haft en cytomegalovirusinfektion.

Såväl tubor som appendix visade tecken på kronisk inflammation med ökad mängd lymfocyter, dock inte ökad mängd granulocyter. I ovarialresektaten sågs corpus luteum- och follikelcystor och misstänkt endometrios.

### Efterförlopp

Patienten tillfrisknade helt och åkte hem sex dagar postoperativt men behövde på grund av stor trötthet vara sjukskriven

### SAMMANFATTAT

**Generaliserad herpes simplex-orsakad infektion** med eventuell hepatit är ett livshotande tillstånd.

**Vanligaste symtom** och tecken är buksmärter, hög feber, förhöjda transaminaser, trombocytopeni och leukopeni.

**Infektionen uppträder** företrä-

desvis hos immunsupprimerade patienter men även hos friska, t ex hos kvinnor efter någon typ av ingrepp i genitalia eller vid graviditet.

**Vid misstanke om generaliserad herpes simplex-orsakad infektion** bör tidig behandling med aciklovir sättas in.

fem veckor. Hon fortsatte med aciklovirbehandlingen ytterligare tio dagar. Ytterligare tio dagar senare sökte hon primärvården på grund av utslag på ryggen och ena benet. Virusisolering visade herpes simplex typ 2, och aciklovirbehandling sattes in.

## Diskussion

En generaliserad herpes simplex typ 1- eller 2-infektion är en potentiellt livshotande infektion, som i svåra fall kan ge upphov till hepatit (HSV-hepatit). Den uppträder framför allt, men inte enbart, hos immunsupprimerade personer [1, 2]. Ett flertal fall hos gravida är beskrivna [3, 4]. Farr och medarbetare [5] anger att endast 18 av 84 beskrivna fall rör immunkompetenta individer. Man ser inte alltid mukokutana lesioner; hos vår patient kan man dock misstänka att det som sågs på portio vid ankomsten kan ha varit en lesion.

De symtom och fynd som beskrivs vid HSV-hepatit är hög feber, buksmärter, kräkningar, diarréer, myalgi och hos en del patienter genitala symtom i form av riklig fluor. Laboratorievärdena visar leukopeni, förhöjda transaminaser och trombocytopeni. En differentialdiagnos kan vara bakteriell sepsis med leverskada.

I vårt fall kan vi inte med säkerhet hävda att en HSV-hepatit förelåg; för detta behövs i princip en leverbiopsi [2]. Dock stämmer patientens symtom och provsvar, om än inte med extremt förhöjda transaminaser så med leverpåverkan. Förekomsten av pleuravätska tyder också på generaliserad infektion. En anledning till att en immunkompetent person kan få

en generaliserad infektion kan vara en ovanligt stor inokulation vid ett tillfälle. I det beskrivna fallet hade man fått leta runt intrauterint efter en Levonova-spiral. Det har också beskrivits HSV-hepatit efter hysteroskopi [6].

Leverbiopsi krävs för diagnosen herpesorsakad hepatit om man inte kan hitta lesioner att ta prov på, något som är riskfyllt i sig. Serologi kan också ge information men inte lika snabbt och säkert. Dödsfall trots aciklovirbehandling är beskrivna [1]. I dessa fall har leverpåverkan varit större än hos dem som överlevt. Tidig behandling är således av betydelse för utgången.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

**Kommentera** denna artikel på [www.lakartidningen.se](http://www.lakartidningen.se)

## REFERENSER

1. Czartoski T, Liu C, Koelle DM, Schmechel S, Kalus A, Wald A. Fulminant, acyclovir-resistant, herpes simplex virus type 2 hepatitis in an immunocompetent woman. *J Clin Microbiol.* 2006;44:1584-6.
2. Pellisé M, Miquel R. Liver failure due to herpes simplex virus. *J Hepatol.* 2000;32:170.
3. Allen R, Tuomala RE. Herpes simplex virus hepatitis causing acute liver dysfunction and thrombocytopenia in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2005;106:1187-9.
4. Fink CG, Red SJ, Hopkin J, Peto T, Gould S, Kurtz JB. Acute herpes hepatitis in pregnancy. *J Clin Pathol.* 1993;46:968-71
5. Farr RW, Short S, Weissman D. Fulminant hepatitis during herpes simplex virus infection in apparently immunocompetent adults: report of two cases and review of the literature. *Clin Infect Dis.* 1997;24:1191-4.
6. Price TM, Harris JB. Fulminant hepatic failure due to herpes simplex after hysteroscopy. *Obstet Gynecol.* 2001;98:954-6.

# ANNONS