



# Akvariegranulom

---

## MEDISINEN I BILDER

### IDA TVETER

E-post: ida.tveter@nlsh.no  
Medisinsk avdeling  
Nordlandssykehuset, Bodø  
Ida Tveter er lege i spesialisering.  
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

### HANS ERLING SIMONSEN

Medisinsk avdeling  
Nordlandssykehuset, Bodø  
Hans Erling Simonsen er spesialist i indremedisin og i infeksjonssykdommer og overlege.  
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

### MARI KRISTIN JOHANSEN

Havna legesenter, Bodø  
Mari Kristin Johansen er spesialist i allmennmedisin.  
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

### SHAHIN GAINI

Infeksjonsmedisinsk avdeling  
Landssjúkrahúsið, Færøyene  
og  
Odense Universitetshospital, Danmark  
Shahin Gaini er spesialist i infeksjonssykdommer og overlege.  
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

---

En akvarieeier i 50-årene rispet seg på langfingeren med en ubrukt fiskekrok. Såret ville ikke gro, og etter rundt to uker tilkom det hevelse av fingeren og deretter erytematøse noduli på underarmen. Pasienten oppsøkte fastlege, og man startet behandling med dikloksacillin. Penselprøve fra såret viste oppvekst av gule stafylokokker, resistente mot penicillin, men ellers følsomme. Grunnet manglende effekt av behandlingen skiftet man antibiotika til erytromycin etter en uke. Tre uker etter første konsultasjon var lesjonene stort sett uendrete, og pasienten ble henvist til sykehus.



Ved undersøkelse, inkludert ultralyd, hos revmatolog var det ingen holdepunkter for artritt eller tenosynovitt. På bakgrunn av kliniske funn og anamnese mistenkte man infeksjon med *Mycobacterium marinum*. Pasienten ble henvist videre til infeksjonsmedisinsk poliklinikk, hvor man startet behandling med rifampicin og etambutol. Aspirasjonsprøve fra såret og stansebiopsi ble sendt til St. Olavs hospital, hvor *M. marinum* ble påvist. Kulturen ble videresendt til Nasjonalt referanselaboratorium for mykobakterier ved Folkehelseinstituttet, som bekreftet artsidentifikasjonen.

Fire måneder etter behandlingsstart gjensto kun arrforandringer, og behandlingen ble avsluttet.

*M. marinum* er årsak til såkalt akvariegranulom, som også tidligere har blitt omtalt i Tidsskriftet (1). Bakterien finnes i både fersk- og saltvann, og ses blant annet i forbindelse med akvariehold. Inkubasjonstid er 2–3 uker. Typisk ses hudinfeksjon med erytematøse noduli eller pustler. Hos en del kan man se spredning langs lymfebaner (sporotrikoid form), og en sjelden gang forekommer dypere infeksjon (2).

Diagnosen stilles sikkert ved selektiv dyrkning av mykobakterier, helst fra biopsi. Det er viktig at mistanke om *M. marinum*-infeksjon påføres remissen, da bakterien må dyrkes under spesielle betingelser.

Behandlingen er ikke standardisert, men ofte brukes to aktive antibiotika, for eksempel klaritromycin og etambutol eller etambutol og rifampicin, i 4–6 uker etter tilheling av lesjonene. En sjelden gang kan kirurgisk behandling være nødvendig. Prognosen er god (3).

---

#### LITTERATUR:

1. Mantaka P, Tønjum T, Gjersvik P. En knute på akvarieeiers hånd. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 715. [PubMed][CrossRef]
2. Aubry A, Chosidow O, Caumes E et al. Sixty-three cases of *Mycobacterium marinum* infection: clinical features, treatment, and antibiotic susceptibility of causative isolates. Arch Intern Med 2002;

162:1746–52. [PubMed][CrossRef]

3. Mazumder SA. Mycobacterium Marinum. Medscape versjon  
23.5.2017. <https://emedicine.medscape.com/article/223363-overview> (12.7.2018).

---

Publisert: 22. mai 2019. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0765  
Mottatt 2.10.2018, første revisjon innsendt 2.2.2019, godkjent 15.2.2019.  
© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no