

Litteratur

1. Nakamura RM, Eng MT. Clinical and laboratory evaluation of systemic lupus erythematosus and lupus-related disorders. I: Nakamura RM, Keren DF, Bylund DJ. Clinical and laboratory evaluation of human autoimmune diseases. Chicago: ASCP press, 2002: 112–39.
2. Dedet JP, Pratlong F. Leishmaniasis. I: Cook GC, Zumla A. Manson's tropical diseases. London: Saunders, 2003: 1339–64.
3. Desjeux P, Alvar J. Leishmania/HIV co-infections: epidemiology in Europe. *Ann Trop Med Parasitol* 2003; 97: 3–15.
4. Desjeux P. Urbanisation: an increasing risk factor for leishmaniasis. *Weekly Epidemiological Record* 2002; 77, nr. 4: 365–72.
5. Ossandon A, Bompiane D, Allesandri C et al. Leishmania in SLE mimicking an exacerbation. *Clin Exp Rheumatol* 2006; 24: 186–90.
6. Atta AM, Carvalho EM, Jeronimo SM et al. Serum markers of rheumatoid arthritis in visceral leishmaniasis: rheumatoid factor and anti-cyclic citrullinated peptide antibody. *J Autoimmun* 2007; 28: 55–8.
7. Mellor-Pita S, Yebra-Bango M, Tutor de Ureta P et al. Polyarthritits caused by Leishmania in a patient with human immunodeficiency virus. *Clin Exp Rheumatol* 2004; 22: 131.
8. Galanakis E, Siamapoulou A, Lapatsanis PD. Leishmania mimicking collagen disease. *Lancet* 1997; 350: 368–9.
9. Peng SL. Rheumatic manifestations of parasitic diseases. *Semin Arthritis Rheum* 2002; 31: 228–47.

Manuskriptet ble mottatt 21.9. 2007 og godkjent 29.1. 2008. Medisinsk redaktør Odd Terje Brustugun.

Kommentar

Kortreist importsykdom

Jeg tror de fleste som leser denne historien vil tenke: Kan jeg ha oversett noen med visceral leishmaniasis (kala azar)? Denne pasienten hadde normalt beinmargsutstryk og ingen splenomegali (normal ultralyd abdomen) ved innkomst – og tilsynelatende negativ reiseanamnese. De supplerende undersøkelsene kunne tyde på at han hadde en immunologisk sykdom.

Da dette åpenbart var en alvorlig syk pasient, så man seg tvunget til å iverksette immunsuppressiv behandling, noe som i sin tur gjorde det kliniske bildet vanskeligere å tolke. Denne pasienten kunne gått ad mortem uten riktig diagnose om ikke beinmargspunksjonen var blitt gjentatt eller om den som vurderte utstryket ikke hadde forstått at det var amastigoter han eller hun så. Disse kan være vanskelig å finne – man må lete etter dem og ville finne dem. Vi får her bare ta av oss hatten for Moser og medarbeidere, som greide å løse gåten.

Med dagens eksotiske reiseaktivitet blant nordmenn er en tur til Middelhavslandene knapt verdt å nevne i reisemedisinsk sammenheng, men det er nettopp i disse landene nordboere får visceral leishmaniasis. Av øvrige tropesykdommer som kan være aktuelle i landene rundt Middelhavet kan nevnes Mediterranean spotted fever (*Rickettsia conorii*) og brucellose. Det er viktig å spørre eksplisitt om Middelhavslandene når man tar opp en reiseanamnese.

En leishmaniaantistofftest kunne kanskje ha gitt diagnosen tidligere. Sensitiviteten ved en slik test skal være nær 100%, både når det gjelder visceral leishmaniasis i den gamle (1) og i den nye (2) verden. Men testen koster 775 svenske kroner på Smittskyddsinstituttet og ville neppe blitt ansett som indisert ut fra de foreliggende fakta ved innkomsten. Man burde nok ha en lavere terskel for å ta leishmaniaantistoffprøve ved uklare febertilstander når pasienten har vært i endemiske områder (3).

Gunnar Hasle

hasle@reiseklinikken.com
Reiseklinikken
St. Olavs plass 3
0165 Oslo

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Sinha R, Sehgal S. Comparative evaluation of serological tests in Indian kala-azar. *J Trop Med Hyg* 1994; 97: 333–40.
2. Badaró R, Reed SG, Carvalho EM. Immunofluorescent antibody test in American visceral leishmaniasis: sensitivity and specificity of different morphological forms of two *Leishmania* species. *Am J Trop Med Hyg* 1983; 32: 480–4.
3. The Leishmania Laboratory – Leishmaniasis. www.wehi.edu.au/research/divisions/inf/labs/handman/leishmaniasis.html (4.2.2008).

Manuskriptet ble mottatt 4.2. 2008 og godkjent 8.2. 2008. Medisinsk redaktør Odd Terje Brustugun.