
Mycoplasma pneumoniae-indusert utslett og mukositt

KORT KASUISTIKK

JAKOB LILLEMOEN DRIVENES*

jakob.lillemoen.drivenes@helse-bergen.no

Hudavdelingen

Haukeland universitetssjukehus

Jakob Lillemoen Drivenes er lege i spesialisering i hud- og veneriske sykdommer.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

SYNNE VIE NORDAHL*

synne.vie.nordahl@helse-bergen.no

Hudavdelingen

Haukeland universitetssjukehus

Synne Vie Nordahl er lege i spesialisering i hud- og veneriske sykdommer.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

HENRIETTE FARESTVEDT FURE

Augeavdelinga

Haukeland universitetssjukehus

Henriette Farestvedt Fure er lege i spesialisering i øyesykdommer.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

DAG SOLLESNES HOLSEN

Hudavdelingen

Haukeland universitetssjukehus

Dag Sollesnes Holsen er spesialist i hud- og veneriske sykdommer og seksjonsoverlege.

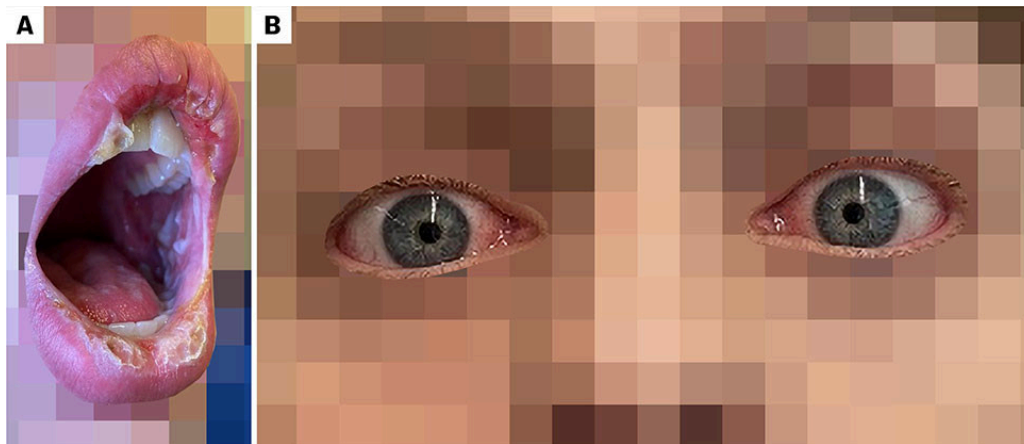
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

* Jakob Lillemoen Drivenes og Synne Vie Nordahl har bidratt i like stor grad til denne artikkelen.

En tenåring med luftveisinfeksjon oppsøkte legevakt på grunn av smertefulle sår i munnen og røde, irriterte øyne. Diagnosen viste seg å være en relativt nylig beskrevet tilstand med behov for oppfølging fra flere spesialiteter.

En frisk gutt i slutten av tenårene kontaktet legevakt på grunn av røde, irriterte øyne og smertefulle sårdannelse i munn og svelg. Pasienten hadde ingen tidligere sykdomshistorie med herpesinfeksjon, men samme uke hadde han hatt feber og hoste. To dager tidligere tok fastlegen en nasofarynksprøve som viste positiv polymerasekjedereaksjon (PCR) for *Mycoplasma pneumoniae*. Det var derfor startet behandling med doksisyklin-tabletter 100 mg × 1 daglig. Vakthavende hudlege ble kontaktet og pasienten ble undersøkt samme dag.

Ved undersøkelse var pasienten medtatt, afebril og med normale vitale parametere. Han hadde bilateral konjunktival injeksjon, erosiv keilitt med fibrinbelegg og lette krustedannelser på over- og underleppen. Det var også tegn til erosiv mukositt over gingiva, bukkalslimhinnen og tungerothen (figur 1). Det var ellers normal organundersøkelse uten utslett. Han hadde ingen tegn eller symptomer fra genitalia. Blodprøver viste C-reaktivt protein på 88 mg/L (< 5) og lymfocytter $0,9 \times 10^9/L$ ($1,2-3,1 \times 10^9$). Det ble tatt bakteriologisk dyrkningsprøve og PCR-undersøkelse for herpes simplex-virus fra munnslimhinnen, som begge var negative.



Figur 1 Bilder ved innleggelse viser a) utbredt hemorragisk keilitt og erosiv gingivostomatitt med pseudomembraner og lette krustedannelser samt b) bilateral konjunktivitt.

Tilstanden ble tolket som *Mycoplasma pneumoniae*-indusert utslett og mukositt. Pasienten ble innlagt på hudavdelingen, der han fikk behandling med prednisolontabletter 75 mg daglig (1 mg/kg/døgn), samtidig som han fortsatte med doksisyklin. Han fikk intravenøs væskebehandling og råd om lidokain-/fløteblanding før og etter måltider med bløt kost. Tilsyn fra øre-nese-

hals-lege avdekket ulcererende mukositt i nese og normal slimhinne i epifarynx og epiglottis. Tilsyn fra øyelege, som ble gjentatt hver tredje dag, avdekket kraftig, økende konjunktival injeksjon. Denne ble behandlet med deksametason i form av øyedråper $\times 4$ og salve $\times 1$ daglig, i tillegg til kunstig tårevæske. Det var ikke tegn til hornhinneaffeksjon eller symblefarondannelse. To dager etter innleggelsen tilkom dysuri og erosive forandringer på glans penis, som ble behandlet med fluocinolonacetonid/kliokinol krem $\times 2$ daglig med effekt. Det ble observert økende keilitt og mukosittforandringer under behandling med prednisolon 1 mg/kg/døgn. Dosen ble økt til 1,2 mg/kg/døgn, deretter til 1,5 mg/kg/døgn i seks døgn grunnet økende konjunktival injisering. Etter få dager tilkom rask reepitelialisering av lesjoner på lepper og intraoralt, og prednisolondosen ble trappet ned med 10 mg hver fjerde dag. Etter totalt tre ukers behandling forelå nær normaliserte forhold intraoralt og genitalt, men noe resterende konjunktival injeksjon. Pasienten ble utskrevet med prednisolon 60 mg $\times 1$ og plan om nedtrapping over seks uker. Ved kontroll ti uker senere følte pasienten seg frisk, og det forelå tilfredsstillende forhold uten symblefaron- eller synekidannelser.

Diskusjon

Høsten 2024 ble det observert et stort utbrudd av *M. pneumoniae* i Norge, hovedsakelig blant barn og unge (1). Slike infeksjoner kan ha flere komplikasjoner, og ekstrapulmonale manifestasjoner, som hud- og slimhinnesymptomer, artritt, hemolytisk anemi og perikarditt, forekommer hos ca. 25 % (2). Hud- og slimhinnesymptomene ved *M. pneumoniae*-infeksjon har tidligere vært ansett som varianter av erythema multiforme eller Stevens-Johnsons syndrom, som er de to viktigste differensialdiagnosene.

Begrepet *Mycoplasma pneumoniae*-indusert utslett og mukositt ble i 2015 foreslått som en egen sykdomsentitet forskjellig fra erythema multiforme og Stevens-Johnsons syndrom (3). De senere årene har den bredere og mer uspesifikke betegnelsen reaktivt infeksjøs mukokutant utbrudd vunnet innpass og omfatter lignende hud- og slimhinnesymptomer utløst av andre infeksjøs agens, inkludert flere virus typer (4). *Mycoplasma pneumoniae*-indusert utslett og mukositt er derimot spesifikt assosiert med *M. pneumoniae* og opptrer simultant med eller omtrent en uke etter utvikling av luftveissymptomer. Dette kan tyde på en direkte immunrespons på infeksjonen (3). Foreslåtte patofysiologiske mekanismer er vevsskade med påfølgende utskillelse av inflammatoriske cytokiner samt nedslag av immunkomplekser med ledsagende komplementaktivering (4). Tilstanden kjennetegnes av betydelig mukosal involvering med minst to lokalisasjoner: oral, okulær og/eller genital slimhinne, med smertefulle sår. Utslett er ikke obligat, ofte mindre fremtredende og uspesifikt (ofte vesikobulløst) (3). Tilstanden er vanligst hos gutter, med en medianalder på 12 år (4).

Erythema multiforme er en forsinket hypersensitivitetsreaksjon, oftest i kjølvannet av infeksjon med herpes simplex-virus hos pasienter i alderen 20 til 40 år (5). Tilstanden kan også utløses av *M. pneumoniae*, spesielt hos barn (6).

Utslettet varierer, men typisk ses lesjoner distalt på ekstremitetene, med klassiske kokarder (*target lesions*). Stevens-Johnsons syndrom er en akutt, livstruende hudsykdom kjennetegnet av feber, utslett og slimhinneinvolvering. Syndromet er nesten alltid utløst av legemidler, har en dødelighet på opptil 25 % og kan opptre i alle aldersgrupper (7).

Felles for *Mycoplasma pneumoniae*-indusert utslett og mukositt og erythema multiforme er at behandlingen retter seg mot utløsende årsak, med antibiotisk eller antiviral behandling. Øyeaffeksjon er viktig å avklare tidlig da arrdannelse kan gi sekvele (8). Ved omfattende slimhinneinvolvering gis ofte immunsuppressiv behandling med systemiske kortikosteroider, men studier av erythema multiforme tyder på liten effekt og i verste fall økt risiko for forlenget og kronisk forløp (3, 5, 9). Det foreligger ingen studier på effekten av immunsuppresjon ved *Mycoplasma pneumoniae*-indusert utslett og mukositt (3), men kasuistisk er det beskrevet potensielt raskere rekonvalesens (4, 10). Vår pasient fikk systemiske kortikosteroider i høy dose med tilsynelatende god effekt uten komplikasjoner. Vi ønsker imidlertid å understreke at det mangler kunnskap om optimal dosering av kortikosteroider og hvorvidt behandlingen har en fremtidig plass, gitt tilstandens overveiende benigne forløp.

M.pneumoniae har en tendens til å gi epidemier, og flere tilfeller av reaktive mukokutane utbrudd er observert i tilknytning til slike infeksjoner. Internasjonalt benyttes både betegnelsene *Mycoplasma pneumoniae*-indusert utslett og mukositt (MIRM) og reaktiv infeksjøs mukokutant utbrudd (RIME), og begge er omtalt i nyere lærebøker og kunnskapsbaser. Hvilket begrep som vil etablere seg på sikt, er ennå uavklart. I klinisk praksis er det imidlertid avgjørende å være oppmerksom på at pasienter med bakterielle eller virale luftveisinfeksjoner kan utvikle slimhinneaffeksjon med eller uten utslett, samt å kunne vurdere om det representerer en reaktiv infeksjonsutløst tilstand eller en legemiddelindusert reaksjon, da behandlingsstrategi og prognose er vesentlig forskjellige.

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

LITTERATUR

1. Paulsen TH, Seppälä E. *Mycoplasma pneumoniae* – kompleks og gåtefull. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144. doi: 10.4045/tidsskr.24.0636. [PubMed] [CrossRef]
2. Waites KB, Talkington DF. *Mycoplasma pneumoniae* and its role as a human pathogen. Clin Microbiol Rev 2004; 17: 697–728. [PubMed] [CrossRef]
3. Canavan TN, Mathes EF, Frieden I et al. *Mycoplasma pneumoniae*-induced rash and mucositis as a syndrome distinct from Stevens-Johnson syndrome and erythema multiforme: a systematic review. J Am Acad Dermatol 2015; 72: 239–45. [PubMed][CrossRef]

4. Ramien ML. Reactive infectious mucocutaneous eruption: *Mycoplasma pneumoniae*-induced rash and mucositis and other parainfectious eruptions. *Clin Exp Dermatol* 2021; 46: 420–9. [PubMed][CrossRef]
5. Huff JC, Weston WL, Tonnesen MG. Erythema multiforme: a critical review of characteristics, diagnostic criteria, and causes. *J Am Acad Dermatol* 1983; 8: 763–75. [PubMed][CrossRef]
6. Zoghail S, Kechichian E, Souaid K et al. Triggers, clinical manifestations, and management of pediatric erythema multiforme: A systematic review. *J Am Acad Dermatol* 2019; 81: 813–22. [PubMed][CrossRef]
7. Sekula P, Dunant A, Mockenhaupt M et al. Comprehensive survival analysis of a cohort of patients with Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis. *J Invest Dermatol* 2013; 133: 1197–204. [PubMed][CrossRef]
8. Gise R, Elhusseiny AM, Scelfo C et al. *Mycoplasma Pneumoniae*-Induced Rash and Mucositis: A Longitudinal Perspective and Proposed Management Criteria. *Am J Ophthalmol* 2020; 219: 351–6. [PubMed][CrossRef]
9. Kechichian E, Ingen-Housz-Oro S, Sbidian E et al. A large epidemiological study of erythema multiforme in France, with emphasis on treatment choices. *Br J Dermatol* 2018; 179: 1009–11. [PubMed][CrossRef]
10. Chen N, Li M. Case Report and Literature Review: Clinical Characteristics of 10 Children With *Mycoplasma pneumoniae*-Induced Rash and Mucositis. *Front Pediatr* 2022; 10: 823376. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 25. november 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0170
Mottatt 6.3.2025, første revisjon innsendt 3.10.2025, godkjent 17.10.2025.
Publisert under åpen tilgang CC BY-ND. Lastet ned fra tidsskriftet.no 23. juni 2026.