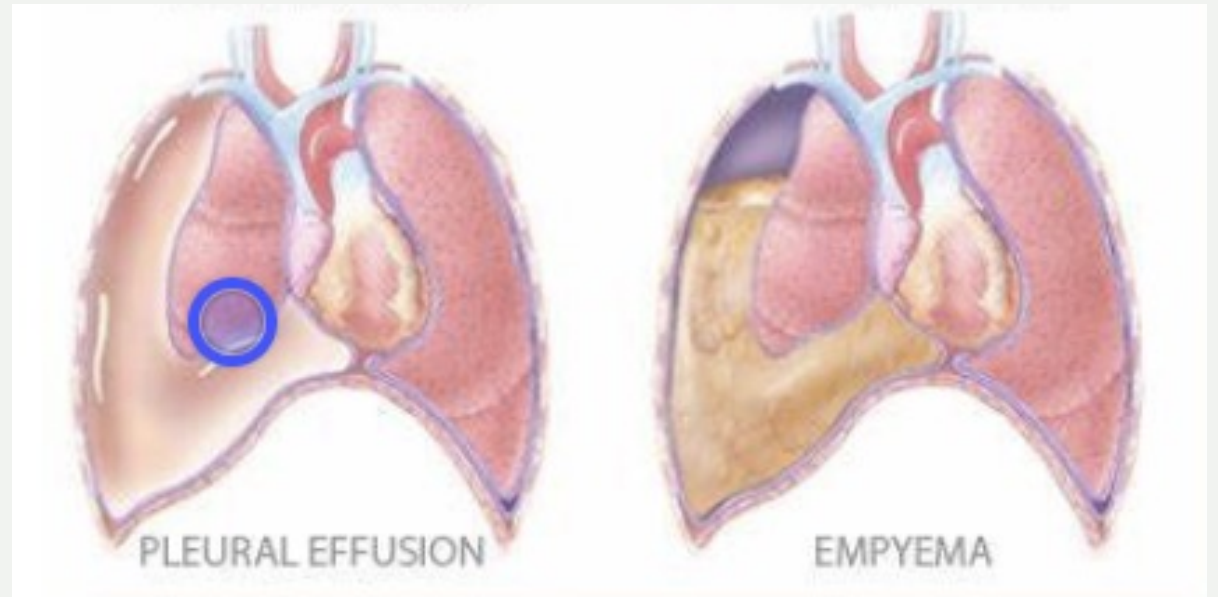


PARAPNEUMONISK EFFUSION OG EMPYEM HOS BØRN

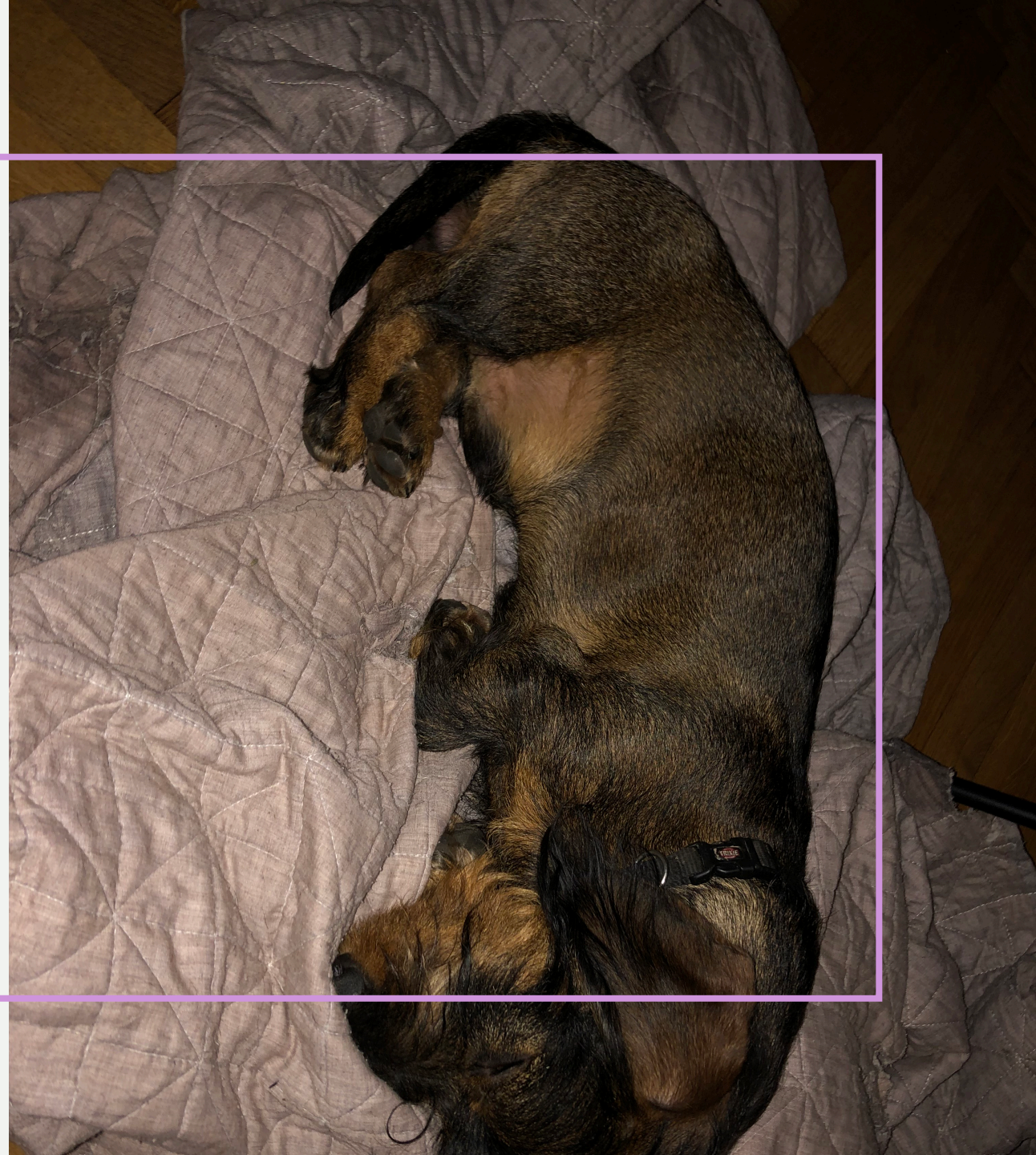
DSPAP specialismøde 26. april 2023

Afd. Læge OUH Elisabeth Christiansen



DAGENS PROGRAM

- Definition – hvad er det?
- Hvilke bakterier?
- Diagnostik?
- Intervention?
- Hvilke antibiotika?
- Dræn?
- Outcome?



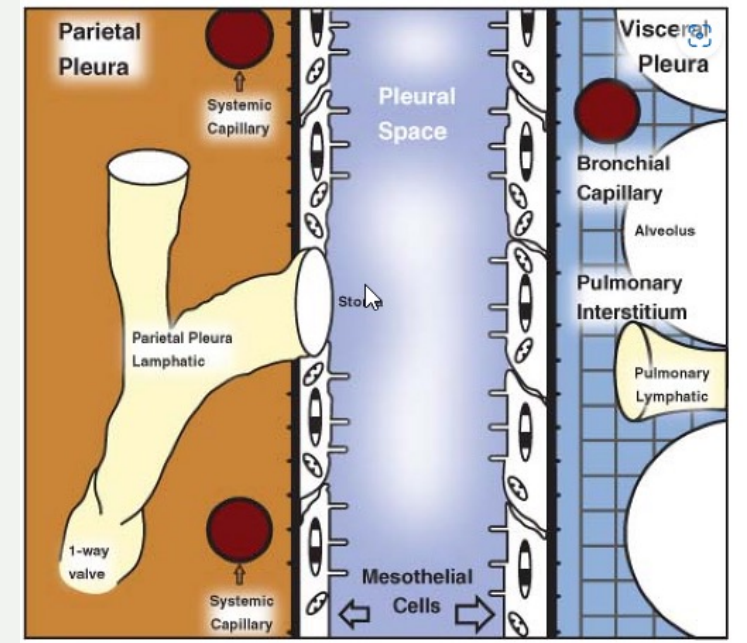
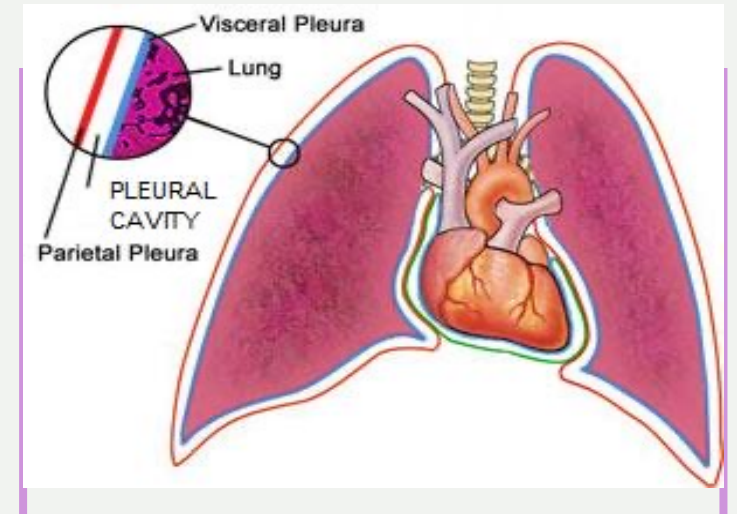
DEFINITION

- Parapneumonisk effusion er defineret som pleural effusion associeret med lungeinfektion f.eks pneumoni
- Pleuraempyem er en lokaliseret ansamling af pus i lungesækken.

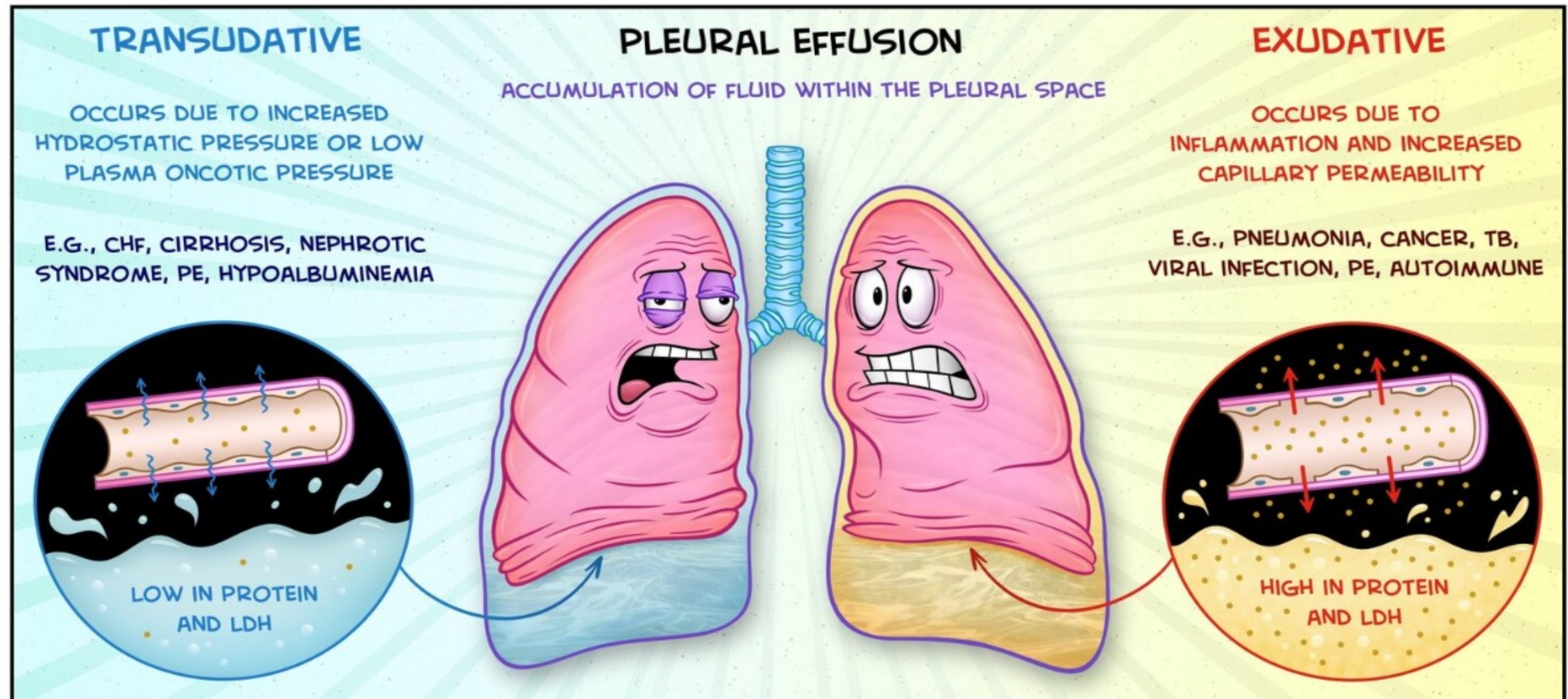


PLEURA OG PLEURAVÆSKE

- Pleura membraner adskilt af lille volumen væske (0.1 – 0.3 ml/ kg) med få celler. Normalmængde ca. 1 ml
- Der foregår en kontinuerlig sekretion af væske og cirkulationen kan "klare" en betydelig mængde øget væske produktion
- Normal pleural væske:
 - pH 7.6-7.64
 - Protein < 1-2 g/dl
 - < 1000 leukocytter/ml
 - Glucose and elektrolytter = plasma
 - Pleura LDH < 50% af Plasma-LDH

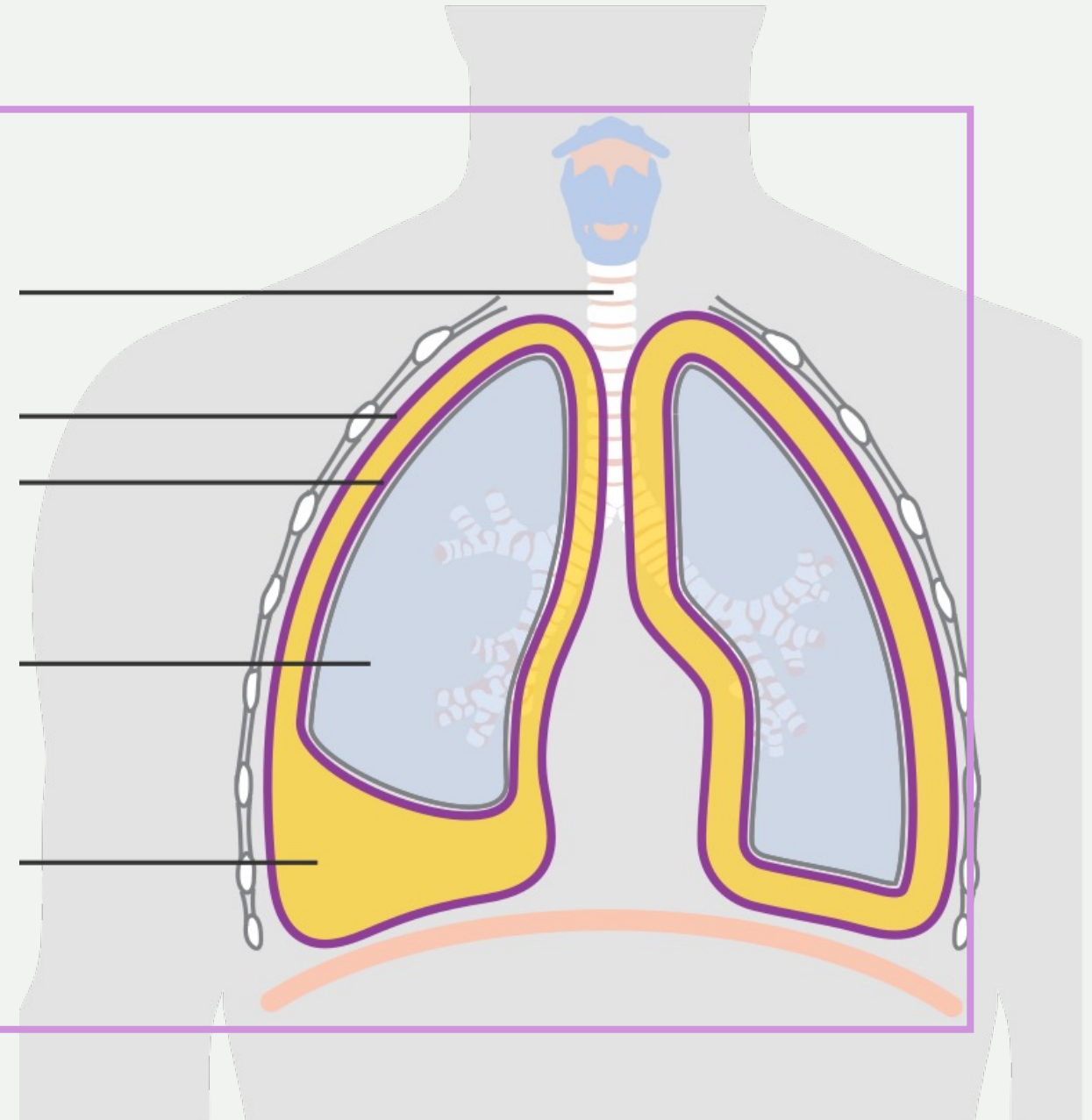


Pleural Effusions: Transudate vs. Exudate



EFFUSION > 20 ML (ØGET PRODUKTION; INSUFFICIENT RESORPTION)

- Transudat
 - Systemiske faktorer der ændrer pleurale ligevægt
 - Tryk filtration / ændringer i osmotisk tryk (hypoalbumæmi) uden kapillær ødelæggelse
 - Venstresidig hjerteinsufficiens
 - Nyreinsufficiens
 - Leverinsufficiens og cirrose
- Exudat
 - Lokale faktorer der forstyrrer den pleurale ligevægt
 - Inflammatorisk væske "leaking" mellem celler
 - Infektion
 - Maligne; autoimmune; pancreatitis, lunge emboli m.fl



LIGHTS KRITERIER

Parameter	Reference	Ved kompliceret exudat	Kommentar
Protein	10-20 g/l	>30g/l	
Protein pleuravæske/serum ratio		>0.5	s-protein skal tages samtidig
LDH		> 67% af øvre normale grænse i serum	Øget ved inflammatorisk exudate inkl TB og malignitet
LDH pleuravæske/serum ratio	<0,5	>0,6	s-LDH tages samtidigt
pH		Lavere end i serum	Skal undersøges lige efter prøvetagning (hepariniseret blodgas sprøjte) pH < 7.2 taler for empyem, indikation for dræn
Glukose		>3.3	Kan være lav ved bakteriel infektion inkl TB, samt ved Rheumatologisk sygdom. Kan være falsk lav ved sen analyse, obs glas med glucosehæmmer
Laktat	<5.2	Forhøjet	Øget ved bakteriel infektion og malignitet
Leukocytter samt diff.	<0,2 10 ⁹ /l	Forhøjet	
Cell diff	< 10 % neutro < 10 % eosin < 30 % lymfo < 50 % poly < 50 % mono		Neutrofil overvægt ved bakteriel infektion Lymfocyt overvægt ved TB, virus, mycoplasma, malignitet og kyo thorax

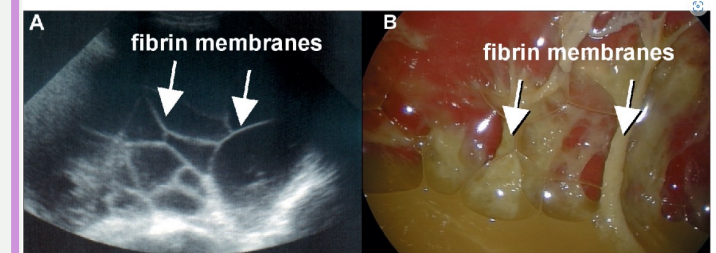
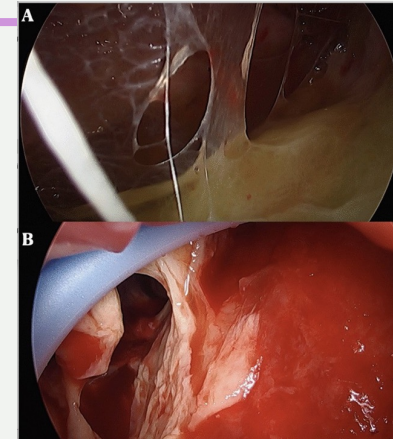
INFEKTION

Pleural inflammation fører til influx af inflammatoriske celler medieret af cytokiner fra mesotheliale celler

- øget permeabilitet af omgivende kapillærer
- øget væske produktion
- invasion af bakterier over den ødelagte pleurale overflade
- Fibrin dannelse i pleura væsken hæmmer yderligere den pleurale cirkulation

DEN INFLAMMATORISK VED PARAPNEUMONISK EFFUSION PROCES KAN INDDELES I 3 STADIER

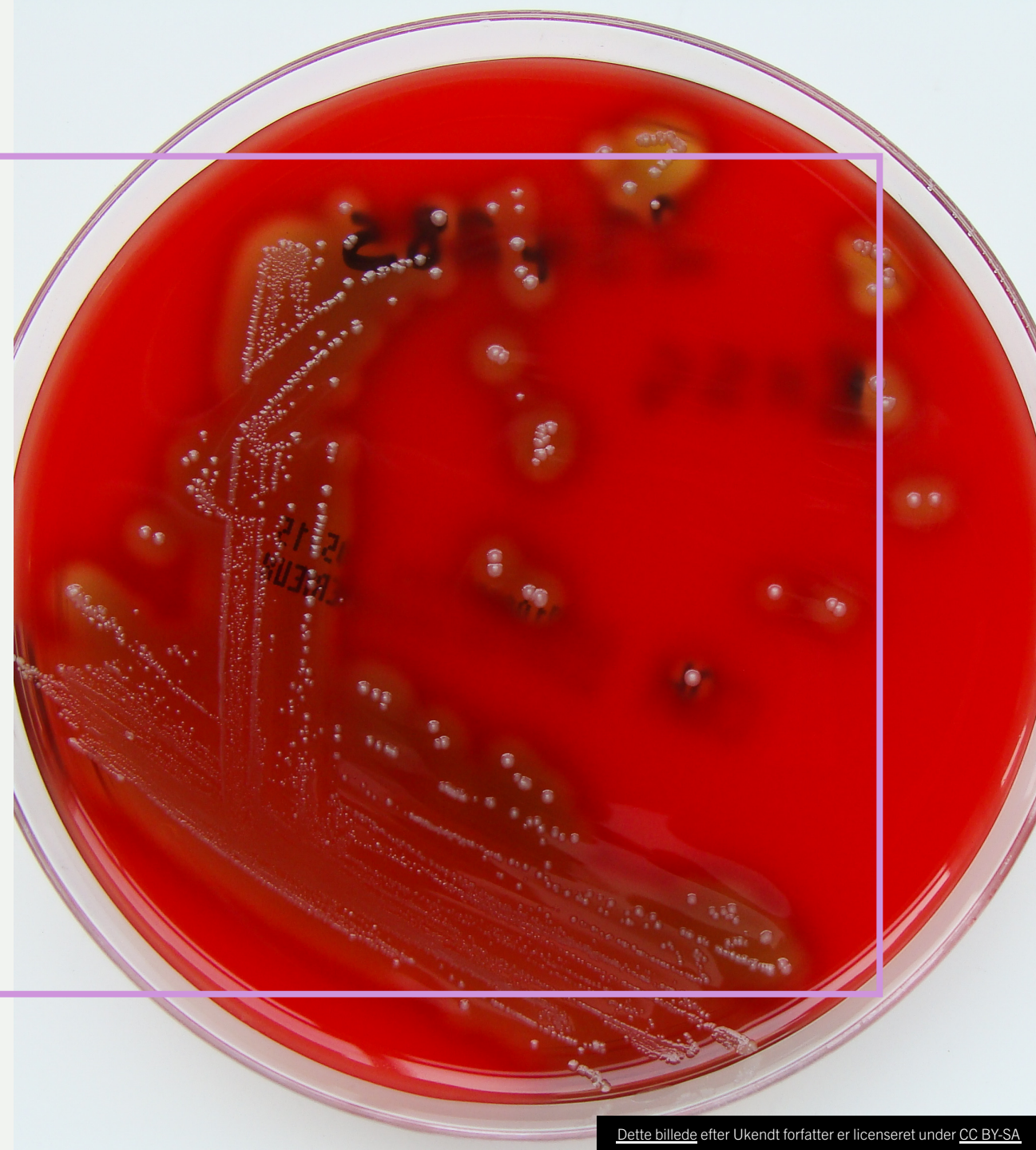
- Exudative stadie (1-3 dage):
 - Den underliggende pneumoni fører til den inflammatoriske proces og der dannes klar cellefattig intrapleural væske
- Fibropurulente stadie (4-14 dag):
 - Væsken fortykkes pga. øget antal leukocytter og bliver efterhånden pus. Der sker en fibrin aflejring med dannelse af septae / lommer
- Organisations stadie (Efter 14 dage):
 - Fibroblaster infiltrerer pleural rummet med dannelse af tykke uelastiske pleurale belægninger. I ca. 30-50% vil der påvises bakterie ved mikroskopi/dyrkning



HVILKE BAKTERIER

- *Streptococcus pneumoniae*
- *Staphylococcus aureus*
- *Streptococcus pyogenes* (GAS)
- *Haemophilus influenzae*
- *Mycobacterium tuberculosis*

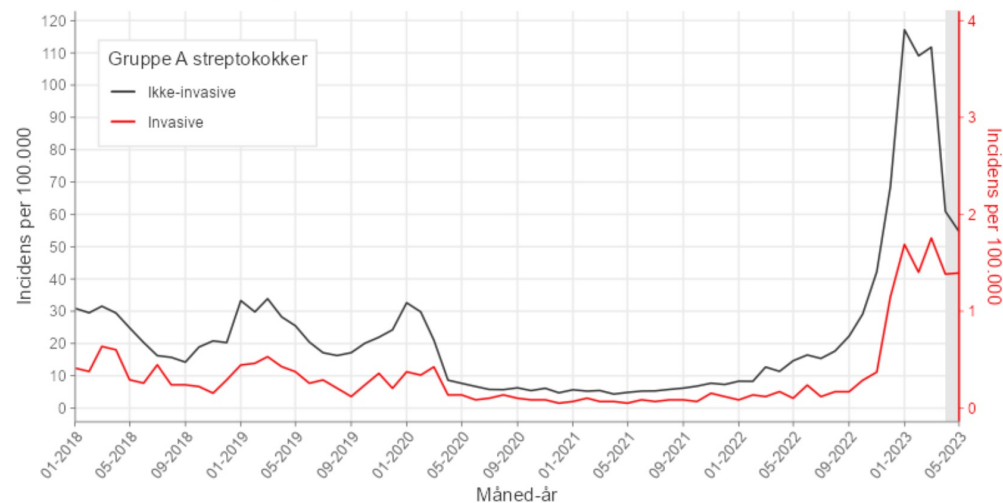
Viral genese er sjælden, men forudgående viral infektion som f.eks. Influenza eller Variceller er en risikofaktor.



FOREKOMST

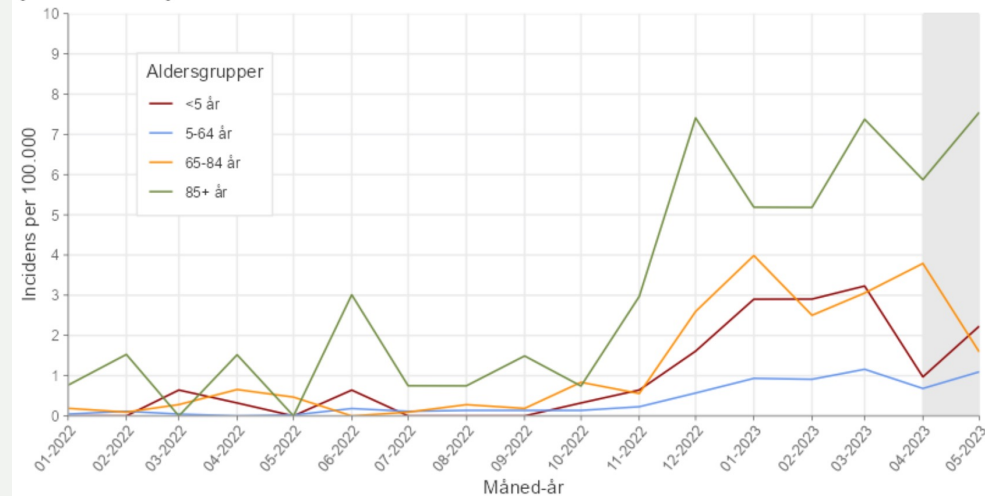
Stigning over det seneste år fleste på baggrund af gruppe A streptokokker (GAS)

Forekomst (incidens) af ikke-invasive og invasive tilfælde af gruppe A-streptokokker per måned, januar 2018 - maj 2023



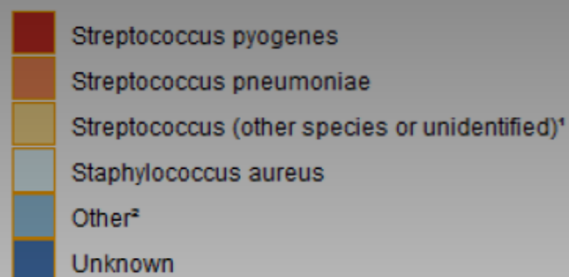
Data er baseret på et udtræk fra Den danske mikrobiologidatabase (MiBa) fra den 11. maj 2023.
Data fra maj 2023 er justeret således, at incidensen er sammenlignelig med øvrige måneder, men skal fortolkes med forsigtighed.

Forekomst (incidens) af invasive tilfælde af gruppe A-streptokokker per aldersgruppe, januar 2022 - maj 2023



Data er baseret på et udtræk fra Den danske mikrobiologidatabase (MiBa) fra den 11. maj 2023.
Data fra maj 2023 er justeret således, at incidensen er sammenlignelig med øvrige måneder, men skal fortolkes med forsigtighed.

Kilde: SSI



OPGØRELSE FRA ØSTDANMARK PÅ BAGGRUND AF AT MAN HAVDE SET EN STIGNING I ANTAL ALVORLIGE STREP. A INFEKTIONER.

176 INKLUDERE 0-17 RETROSPEKTIVT FRA 93-94 INDIL 22-23, 26 BEHANDLET MED DRÆN I 22/23 SAMMENLIGNET MED GN.SNIT 5 DE ANDRE ÅR.

I 22/23 73% SKYLDTES GAS SAMMENLIGNET MED 24% DE ANDRE ÅR. VIRAL COINFEKTION SÅS I 14 UD AF 20 CASE I 22/23

ÅRSAG: HØJ CIRCULATION AF GAS I MODTAGELIGE INDIVIDER POST COVID19 I SAMMENHÆNG MED EN REOPLUSSEN I VIRALE INFEKTIONER DER KUNNE DISPONERER TIL BAKTERIEL INFEKTION

20

10

0

93-94 94-95 95-96 96-97 97-98 98-99 99-00 00-01 01-02 02-03 03-04 04-05 05-06 06-07 07-08 08-09 09-10 10-11 11-12 12-13 13-14 14-15 15-16 16-17 17-18 18-19 19-20 20-21 21-22 22-23^s

CHARACTERISTICS
OF *STREPTOCOCCUS*
PYOGENES VERSUS *STREPTOCOCCU*
S PNEUMONIAE PLEURAL EMPYEMA
AND PNEUMONIA WITH PLEURAL
EFFUSION IN CHILDREN
MEGGED, ORLI, 2020

- Alle børn 0-18 år indlagt med empyem 2004-2019 i Israel.
- 106 cases gn. Snits alder 2.3 : 20 havde Strep pyogenes (GAS) og 70 havde Strep. Pneumonia, 8 Hæmophilus, 8 Staph. Aurius (sidstnævnte ekskluderet)
- Dem med GAS havde større empyem med behov for drænage og længere hospitalsophold

HVORNÅR SKAL MAN TÆNKE EMPYEM?

- Børn med pneumoni, der fortsat har feber efter 48 timer antibiotika behandling
- Disse børn er ofte klinisk dårligere end ved vanlig pneumoni

UDREDNING

- Paraklinisk: CRP, procalcitonin, leukocytter + differentieltælling, koagulationsparametre, albumin, LDH.
- Mikrobiologi:
 - Ekspektorat til D+R, PCR for mycoplasma, PCR viralt luftvejspanel (afhængig af lokale forhold og aktuelle smittesituation)
 - Bloddyrkning
 - Mistanke om eller eksposition for TB indikerer Mantoux / Quantiferon-test.
 - Røntgen Thorax i 2 planer

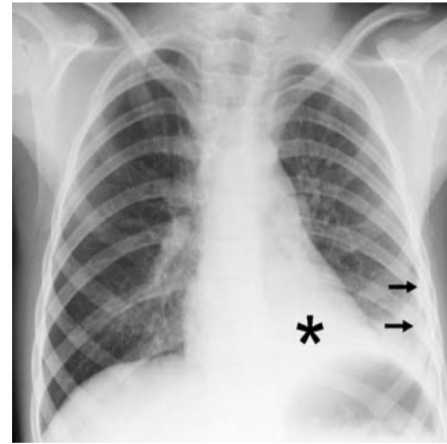


Fig. 1 Small PPE. Chest radiograph in a 4-year-old girl with fever, cough and left basal signs. There is left lower lobe consolidation (*asterisk*). A small lamella of fluid can be seen tracking up the left lateral chest wall from the blunted costophrenic angle (*arrows*)

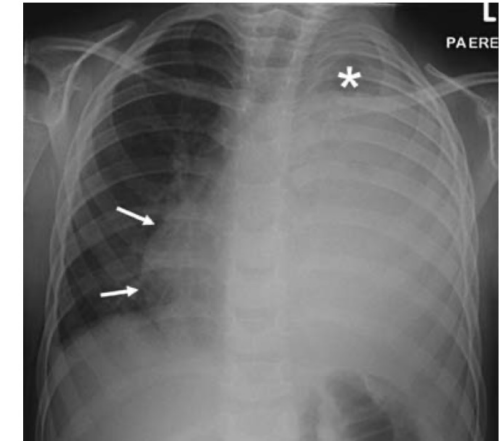


Fig. 2 Large effusion with mass effect. Chest radiograph in 3-year old boy with a large left PPE. There is a small area of aerated lung at the left lung apex (*asterisk*), otherwise there is complete opacification of the left hemithorax. The mediastinum is displaced to the right (*arrows*). There is very mild right convexity thoracic scoliosis

Imaging of parapneumonic pleural effusions and empyema in children
Alistair Calder & Catherine M. Owens, Pæd Rad. 2009

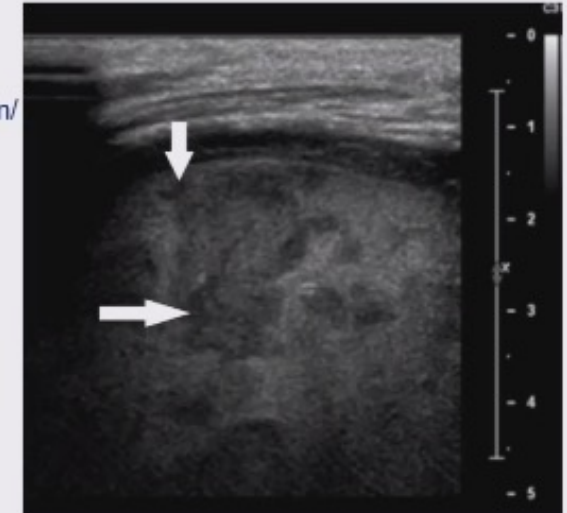
BILLED DIAGNOSTIK

- UL lunger: Ansamling, kavitet, septae.
- CT-skanning: For at se udbredelse og er givtig ved mistanke om nekrotiserende pneumoni og abscesdannelse. Er ikke godt til at se septering eller fibrin
- Der er nok ikke nogle af dem, der kan skelne mellem transudat og exudat

ROLE OF IMAGING IN COMPLICATED PNEUMONIA

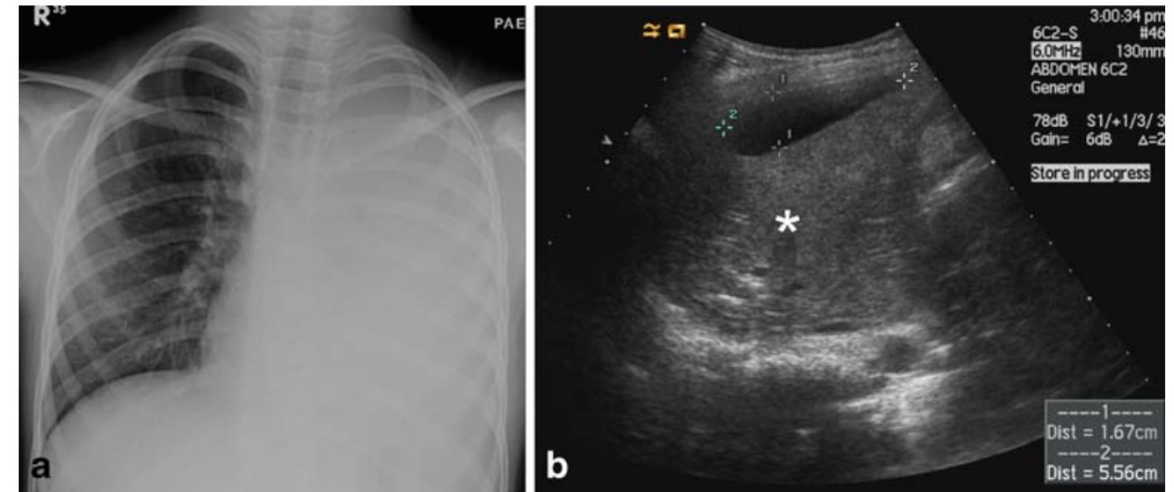
Ultrasound vs CT

- Ultrasound:
 - very sensitive for pleural effusion: amount (in cm/septation)
 - Atelectasis
 - not sensitive enough for necrosis/ abscess?
 - US guided drainage, POC US in OR
 - Very useful for follow up



Kurian et al 2009

Fig. 3 Complete opacification of the hemithorax; the need for US. **a** Chest radiograph in 6-year-old child with fever and cough, with diminished left-sided breath sounds. There is complete opacification of the left hemithorax with little mass effect. **b** US shows extensive lung consolidation (*asterisk*), but only a small, lenticular effusion (*between callipers*). This was successfully drained with US guidance



Imaging of parapneumonic pleural effusions and empyema in children

Alistair Calder & Catherine M. Owens, Bmd Rad, 2000

INTERVENTION/BEHANDLINGSSTRATEGI

- Behandle infektion (antibiotika)
- Tømme indhold og få udfoldet lungen (dræn / mobilisering)
- Fjerne fibrin / "lommer" (Actilyse)
- Smertebehandling og mobilisering og tålmodighed

BEHANDLING

- I.v. antibiotika indtil dræn er fjernet og afebril i 1-2 døgn og sikkert faldende CRP.
- 1. valg er cefuroxim 100 mg/kg/døgn fordelt på 3 doser suppleret med i.v. clindamycin 30 mg/kg/døgn ved mistanke om *Streptococcus pyogenes* (GAS) eller *Staphylococcus aureus* fordelt på 3 doser (hvis barnet spiser og drikker kan clindamycin gives per os).
- *GAS* og *Staphylococcus aureus* mistænkes ved tegn på septisk shock samt ved større mængde pleuraeffusion med behov for dræn.
- Ved mistanke om MRSA tillægges i.v. vancomycin.

ANTIBIOTICS

How long? When to switch to oral AB?

What this paper adds

- 1 For children with pleural empyema who are not critically ill, paediatric infectious diseases physicians favour narrower-spectrum empirical antibiotic regimens, early switch from IV to oral antibiotics based on clinical progress and total duration of treatment <3 weeks.

Table 4 Intravenous-to-oral switch and duration of antibiotic therapy

	Ward (n = 183), n (%)	ICU (n = 169), n (%)	P
Intravenous-to-oral switch†			
Entire course IV	2 (1.1)	9 (5.3)	0.0295
At least 2 weeks IV	16 (8.7)	57 (33.7)	<0.001
Switch when WBC/CRP normal	53 (29.0)	77 (45.6)	0.0014
Switch now	111 (60.7)	26 (15.4)	<0.001
Stop all antibiotics	1 (0.5)	0 (0)	NS
Total antibiotic duration, days‡			
14	117 (63.9)	30 (17.8)	<0.001
21	49 (26.8)	74 (43.8)	0.0011
28	14 (7.7)	54 (32.0)	<0.001
42	3 (1.8)	11 (6.5)	NS

Osowicki et al. J Pediatr Child Health 2018

ANTIBIOTIC DURATION AND TIMING OF THE SWITCH FROM INTRAVENOUS TO ORAL ROUTE FOR BACTERIAL INFECTIONS IN CHILDREN: SYSTEMATIC REVIEW AND GUIDELINES

BRENDAN J MCMULLAN ; ANZPID-ASAP GROUP

			<i>Pseudomonas</i> spp, <i>Acinetobacter</i> spp)	guideline
Pleural empyema	Initial treatment (D-expert opinion)	Afebrile for 1-2 days, chest drain removed	7 days (D-expert opinion)	Patients can remain febrile for several days on adequate treatment; antibiotic duration might need to be much longer (up to 6 weeks) dependent on disease severity
Lung abscess	Initial treatment (D-expert opinion)	Afebrile, clinical improvement	4-6 weeks (D-expert opinion)	Abscess >6 cm: continue until resolved or cavity small and stable size (D-expert opinion)

HVORNÅR SKAL DER ANLÆGGES DRÆN?

- Simpel/lille effusion: under 1 cm bræmme, frit flydende uden septering, og under 25% af thorax forflade (Bradley et al, 2011, ATS) – konservativ behandling
- Lohuis et al 2023: Større pleurale ansamlinger med bræmme over 3 cm, har større risiko for behandlingssvigt ved konservativ behandling - DRÆN

LOHUIS ET ALL, 2023

- 136 med PEE alder 0-18 år, 4 centre i Holland fra 2010-2020, 117 (86%) children were treated conservatively with antibiotics and in 19 (14%) pleural drainage was performed.

Konservativ Dræn

Tachycardia, n (%)	38	54 (39.7%)	41 (35.0%)	13 (68.4%)	33.4%	10.8%–56.0%	0.022
Tachypnea, n (%)	40	73 (53.7%)	59 (50.4%)	14 (73.7%)	23.3%	–1.5%–45.1%	0.088
Oxygen saturation (%), mean (SD)	26	94.9 (3.5)	95.0 (3.5)	94.3 (3.6)	0.7	–1.2–2.6	0.468
Respiratory rate (bpm), mean (SD)	40	35.9 (13.2)	34.4 (12.3)	43.9 (15.1)	9.5	2.4–16.7	0.009
Heart rate (bpm), mean (SD)	38	128.5 (28.6)	123.7 (25.4)	153.0 (32.1)	29.3	14.9–43.8	<0.001
Temperature (°C), mean (SD)	18	38.6 (1.0)	38.5 (1.0)	39.1 (0.9)	0.6	0.1–1.1	0.029
Diagnostic investigations							
CRP (mg/L), median (IQR)	34	135 (53–283)	120 (48–275)	196 (105–380)	76.0	–	0.023
Leukocytes (10 ⁹ /L), mean (SD)	37	16.9 (9.2)	15.6 (7.7)	22.9 (12.8)	7.3	0.8–13.9	0.030
Chest radiograph performed, n (%)	0	136 (100%)	117 (100%)	19 (100%)	0.0	–	–
Suspicion of effusion/empyema, n (%)	0	134 (98.5%)	115 (98.3%)	19 (100%)	1.7%	–0.6%–4.0%	0.566
Infiltrative abnormalities, n (%)	0	130 (95.6%)	111 (94.9%)	19 (100%)	5.1%	1.1%–9.1%	0.313
Mediastinal shift, n (%)	0	15 (11.0%)	4 (3.4%)	11 (57.9%)	54.5%	32.1%–76.9%	<0.001
Thoracic ultrasound performed, n (%)	0	44 (32.4%)	27 (23.1%)	17 (89.5%)	66.4%	50.6%–82.2%	<0.001
Pleural thickening, n (%)	0	14 (10.3%)	5 (4.3%)	9 (47.4%)	43.1%	20.3%–65.9%	<0.001
Presence of septations/pockets, n (%)	0	24 (17.7%)	13 (11.1%)	11 (57.9%)	46.8%	23.9%–69.7%	<0.001
CT-scan performed, n (%)	0	15 (11.0%)	9 (7.7%)	6 (31.6%)	23.9%	2.4%–45.4%	0.002
Effusion size (cm), median (IQR)	104	3.3 (2.1–7.4)	2.7 (1.4–5.5)	5.9 (3.3–8.4)	3.2	–	0.032
Pulmonary abscess, n (%)	0	4 (2.9%)	3 (2.6%)	1 (5.3%)	2.7%	–7.8%–13.2%	0.518
Thoracocentesis performed, n (%)	0	11 (8.1%)	8 (6.8%)	3 (15.8%)	9.0%	–8.0%–26.0%	0.184

CARTER ER ALL. 2010

- 182 pt. med PEE, fra 1996-2004 i Seattle, 0-18 år. 95 kun antibiotika, 87 dræn behandlet
- Patients who were clinically stable were started on IV antibiotics and observed without aspiration or drainage of the pleural space. If the patient's clinical condition did not improve (based on respiratory status, activity level, degree of pleural pain, and appetite) within 48–72 hr, either a chest tube was placed, usually without fibrinolytics, or VATS was done.

TABLE 1—Demographics and Pleural Fluid Characteristics

Characteristic	Antibiotics alone (n = 95)	Drainage procedure ¹ (n = 87)	P-value
Age, years, mean (SD)	6.5 (4.0)	5.0 (3.5)	0.006
N (%) male	46 (48%)	46 (53%)	0.65
Pre-admission duration of illness: days, mean (SD)	9.5 (4.5)	9.5 (5.0)	1.00
Received antibiotics pre-admission, n (%)	77 (81%)	62 (71%)	0.17
Transferred from another hospital, n (%)	34 (36%)	49 (57%)	0.009
Intensive care unit stay, n (%)	4 (4%)	26 (30%)	<0.001
Large effusions, n (%)	32 (34%)	62 (71%)	<0.001
Mediastinal shift, n (%)	11 (12%)	37 (42%)	<0.001
Loculated pleural fluid, n (%) ²	46/91 (51%)	55/81 (68%)	0.02
Day of first drainage procedure, median (range) ³	—	2 (1–10)	—

CARTER ET ALL 2010

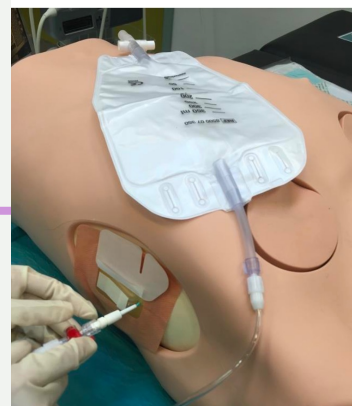
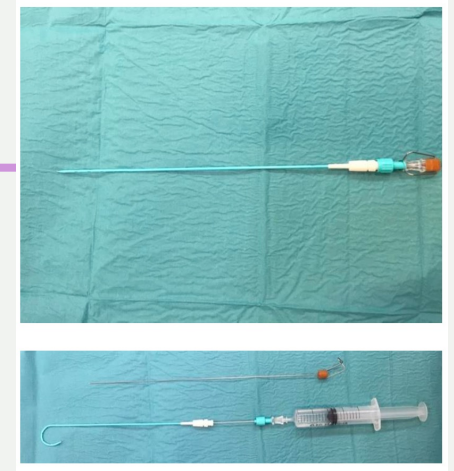
- Hvad var risikofaktorer for dræn. Large effusion over 1/2 af thorax.

TABLE 3— Characteristics Associated With Pleural Drainage: Regression Analyses

	<i>P</i> -value	Odds ratio	95% CI
Univariate logistic regression			
Age	0.034	0.92	0.85–0.99
ICU care	<0.001	9.7	3.2–29.1
Transferred from another hospital	0.001	2.7	1.5–4.9
Pre-admission antibiotics	0.123	0.6	0.3–1.2
Large effusion	<0.001	5.0	2.6–9.2
Mediastinal shift	<0.001	5.7	2.6–12.1
Loculated fluid	0.107	1.2	0.97–1.4
Multivariate logistic regression			
Age	0.127	0.93	0.85–1.0
ICU care	0.001	8.0	2.4–26.5
Transferred from another hospital	0.036	2.5	1.1–5.8
Pre-admission antibiotics	0.019	0.33	0.13–0.83
Large effusion	0.004	3.2	1.4–6.8
Mediastinal shift	0.054	2.4	0.99–6.0
Loculated fluid	0.437	1.1	0.89–1.3

DRÆN

- UL vejledt eller kirurgisk anlæggelse af dræn, oftest pigtailkateter (grisehale dræn). Ved dræn med sug stilles mod 5-10 mmH₂O.
- Studier fra voksne har vist lige så effektiv drænage ved mindre dræn (Clemmensen et al, 1998).
- Derfor stiles efter dræn størrelse 8-12 Fr, som giver mindre gener for barnet.
- Gøres med hjælp fra thorax kirurger eller Røntgen
- Ved drænanlæggelse tages pleuravæske fra til D+R, PCR 16S-RNA (analyse til detektion af bakteriel sDNA),



SMERTESTILLENDE VIGTIGT

- Drænbehandling er smertefuld. Liberal smertebehandling omfattende morfin, NSAID og paracetamol skal startes straks. Behandlingsrespons er yderst afhængig af mobilisering – herunder at få barnet ud af sengen og arbejde med fysioterapeut.

DRÆNSKYL

- Drænet skylles 2-3 gange dagligt med 5-10 ml isoton NaCl, for at sikre at drænet ikke stopper til.
- Dræn output: Opgøres en gang dagligt.

ERSTATNING

- Ved betydelige (>200 ml/døgn) eller længerevarende (dage) dræntab og faldende albumin (se-albumin tages på indikation) bør der gives erstatning af dette dræntab (modvirke hypoalbuminæmi og hypogammaglobulinæmi).
- Dræntab fra 200 ml til 1 liter erstattes med 50% (i blandingsforhold: 50% 5% Human Albumin og 50% isoton NaCl).
- Dræntab over 1 liter erstattes 100% (i blandingsforhold: 50% 5% Human Albumin og 50% isoton NaCl). Hvis der ses faldende faktor 2,7,10 gives FFP.

HVEM SKAL ACTILYSE?

- Actilyse er indiceret ved kompliceret pleuraeffusion (septae).
- Hansson et al, 2015: Dobbeltblindet randomiseret studie med 29 pt (3,5 år). Havde empyem over 2 cm eller over 20% af thorax halvdelen.
- Fik alteplase (actilyse) 0,1mg/kg*2 dagligt på dage 1 og 3 eller dag 2 og 4, de andre dage fik de saltvand

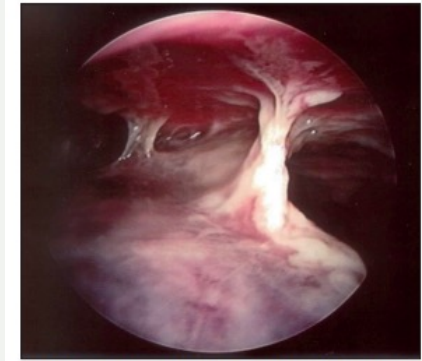
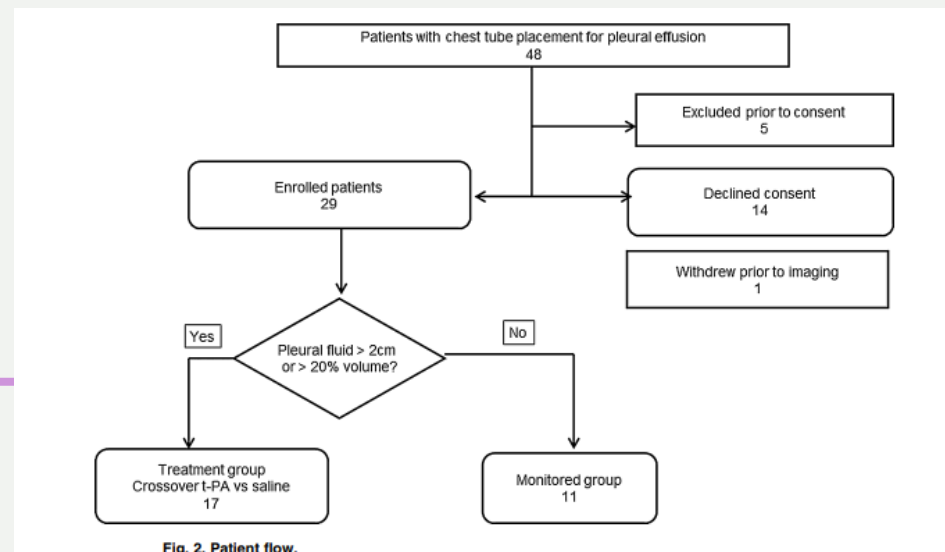


Figure 5: Adhesions between the visceral and parietal pleura at video-assisted thoracoscopic surgery
Courtesy of Giovanni Cobellis, Università Politecnica delle Marche, Ancona, Italy.



HANSON ET ALL.2015

TABLE 2—Thoracostomy Tube Output Between Treatment Groups by Study Day

	Day 1	Day 2	Day 3	Day 4
Treatment group 1 (alteplase days 1 and 3)				
Drain output, ml; median (range)	360 (71, 704)	142(−4, 634)	216(68, 710)	56(−34, 324)
N	9	9	9	9
Treatment group 2 (alteplase days 2 and 4)				
Drain output, ml; median (range)	33 (−24, 44)	216 (27,438)	46 (−10, 135)	20(0, 138)
N	8	6	6	6
P-value between groups for that day	≤ 0.001	0.139	0.002	0.815

Bold indicates patients received alteplase on that day.

Pediatric Pulmonology

Actilyse gav øget drænage sammenlignet med saltvand, mest effekt ved tidligere administration.

ACTILYSE

- Actilyse er indiceret ved kompliceret pleuraexudat (septeringer). Der er evidens for, at behandlingen øger drænage og mindsker senere kirurgi (case studier).
- Gives 1-2 gange dagligt i 3 dage.
- Revurder
- Kontraindikation: Bronkopleuralfistel (luft i drænet).
- Bivirkninger: Ubehag, feber, CRP stigning, blødning.

VATS VIDEO ASSISTED THORACOSCOPIC SURGERY

- Alternativ til actilyse er VATS (video assisted thorascopic surgery) er effektiv og sikker procedure.
- Randomiseret studie på 60 børn under 16 år, hvor de blev randomiseret til enten dræn og urokinase eller direkte VATS, primære outcome dage indlagt var ens i begge grupper: 6 dage.

FJERNELSE AF DRÆN

- Fjernelse af dræn kan ske, når drænet producerer < 50 ml/døgn eller < 1 ml/kg.
- Efter drænfjernelse opstartes PEP, dette fortsætter indtil kontrol røntgen af thorax.
- Pigtail kan godt fjernes på afdelingen

OPFØLGNING

- Hyppigst er empyem at finde hos ellers raske børn og efterlader sjældent varige mén eller komplikationer hvad angår lungefunktion.
- De radiologiske fund normaliseres som regel først efter 6 mdr.
- Kontrol røntgen thorax bestilles til tidligst 4 uger efter behandling, ca 1-3 mdr post behandling.
- Der henvises desuden til klinisk kontrol samt lungefunktionskontrol.

KONKLUSION

- Parapneumonisk effusion – exudate på baggrund af inflammation
- De seneste år har det været strep. A, der er synderen
- Simpel: behandles konservativ med iv antibiotika
- Komliceret: større infusion ofte med septering: Iv antibiotika, dræn, actilyse
- De fleste får normaliseret Ru af thorax indenfor 6 mdr og det går dem generelt godt.

A wide-angle photograph of a garden at sunset. In the foreground, a dark grey stone patio features a rectangular water feature with pink flowers. To the left, two wooden lounge chairs are positioned. A stone balustrade with a spherical finial is on the right. The middle ground shows a green lawn and a golden field. In the background, a calm sea is visible under a sky with soft orange and blue hues. A tall white flagpole stands on the right side of the field.

TAK FOR OPMÆRKSOMHEDEN