

Kasuistik

Eksostose ved den indre øregang

Torgerð Hentze Eliesersdóttir¹, Martina Kuga², Nataliya Cheshenko³ & Agnieszka Monika Delekta^{1, 2}

1) Billeddiagnostisk Afsnit, Regionshospital Nordjylland, 2) Røntgen og Skanning, Regionshospitalet Viborg, 3) Øre-, Næse-, Halskirurgisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital

Ugeskr Læger 2025;187:V08240513. doi: 10.61409/V08240513

Eksostose ved den indre øregang (IAC) er en godartet, sjælden og som regel langsomt voksende læsion. Bilaterale læsioner ses endnu sjældnere.

Den hyppigste lokalisation af disse temporale knoglelæsioner er mastoid cortex og den ydre øregang [1].

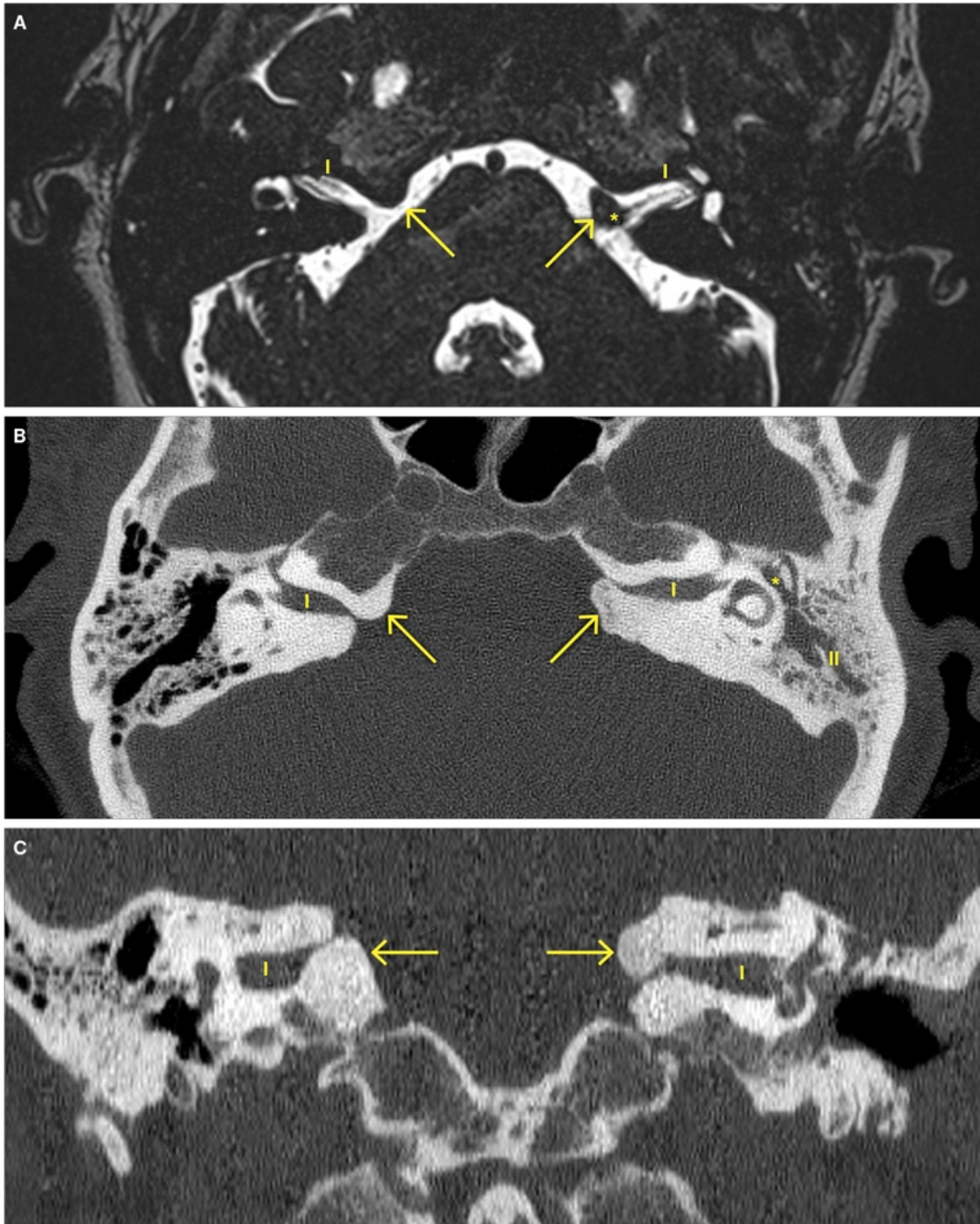
Vi vil præsentere en sjælden kasuistik med en patient med venstresidig anakusi og svært højresidigt perceptivt høretab, hvor der med billeddiagnostisk udredning med CT og MR-skanning er fundet eksostose i IAC bilateralt. Patienten havde stort progressivt perceptivt høretab, men ingen andre kliniske symptomer.

SYGEHISTORIE

Patienten var en 45-årig kvinde, som siden barndommen havde haft progressivt perceptivt høretab på venstre side, som havde udviklet sig til anakusi. Senere fik patienten også svært højresidigt perceptivt høretab. Patienten havde ikke haft andre symptomer og blev behandlet bilateralt med høreapparat.

Som fireårig havde patienten haft et faldtraume, hvor hun fik kraniebrud og lå i respirator gennem noget tid. Patienten havde sequelae i form af hjerneskade og muligvis epilepsi som følge heraf. Der forelå ingen billeddiagnostik fra patientens barndom. I forbindelse med udredning af det perceptive asymmetriske høretab blev der foretaget MR-skanning, som viste bredbaseret knogleudvækst hovedsageligt fra den posteriore del af petrous ridge med forsnævring af IAC (**Figur 1 A**), hvor der sås masseeffekt og kontakt med nervus vestibulocholeraris på begge sider. Cochlea og buesystem sås normale bilateralt.

FIGUR 1 **A.** I: MR-skanning af meatus acusticus internus. Pile viser bredbaseret knogleudvækst (eksostose). *: nervi vestibulocochlearis på venstre side. **B.** I: CT af aksiel rekonstruktion af meatus acusticus internus. Pile viser bredbaseret knogleudvækst (eksostose). *: mellemøre. II: sklerotiske venstresidige mastoidceller med effusion i både mellemøre og mastoid. **C.** I: CT viser koronal rekonstruktion af meatus acusticus internus. Pile viser bredbaseret knogleudvækst (eksostose) hovedsageligt fra posteriore del af petrous ridge med forsnævring af porus og meatus acusticus internus.



Supplerende CT af os temporale havde vist IAC-eksostose på begge sider (Figur 1 B + C) samt delvist sklerotiske venstresidige mastoidceller (II) med effusion i både mellemøre og mastoid.

Der var ikke blevet påvist neoplastiske processer eller fraktursequelae.&;

Det kunne ikke med sikkerhed vurderes, om det var eksotose, som var årsag til patientens anakusi.

DISKUSSION

Radiologiske fund kan differentiere eksotose fra osteom af IAC. IAC-eksotose kan skelnes fra osteom ved tilstedeværelse af knoglemarv (på CT eller MR-skanning) eller af fibrovaskulære kanaler (histologisk) [2].

Et osteom er en langsomt voksende osseøs tumor og ses typisk med solide, pedunkulerede læsioner, som forgrener sig ind i IAC, i modsætning til en eksotose, som er en glat afgrænset, bredbaseret knoglevækst i forlængelse af selve kanalen [3].

I praksis bliver de fleste tilfælde af IAC-eksotoser og osteomer ikke behandlet kirurgisk, og de er ikke let tilgængelige til en biopsi. Derfor foreligger der ikke meget histologisk materiale.

Billeddiagnostik med CT og MR-skanning er derfor afgørende for at kunne differentiere mellem forskellige knoglelæsioner ved IAC som eksotose, osteom, osteosklerose, Paget sygdom og Camurati-Engelmanns sygdom [4].

Behandlingen af en IAC-eksotose er afhængig af graden af symptomer, som opstår i forbindelse med nervekompressionen. Symptomerne kan være høretab, vertigo, tinnitus eller ansigtslammelse [5].

Korrespondance *Torgerd Hentze Eliesersdóttir*. E-mail: t.eliesersdottir@rn.dk, torgerd_84@hotmail.com

Antaget 10. marts 2025

Publiceret på ugeskriftet.dk 2. juni 2025

Interessekonflikter ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2025;187:V08240513

doi 10.61409/V08240513

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

SUMMARY

Exostosis at the inner ear canal

Exostosis of the IAC is a rare finding that may present with disabling symptoms of dizziness, hearing loss, and vestibular dysfunction. Exostosis can often be confused with IAC osteomas. The purpose of this case report is to discuss the presentation of a patient who presented with this

finding. Diagnosis can be delayed and confused with other, more common pathologies. Imaging is fundamental in arriving at a correct diagnosis. Treatment of exostosis of the internal auditory canal depends on the severity of symptoms and the extent of cranial nerve compression.

REFERENCER

1. Ciorba A, Aimoni C, Bianchini C et al. Bilateral osseous stenosis of the internal auditory canal: case report. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2011;31(3):177-80
2. Nguyen LT, aik FM, Doherty JK et al Exostoses and osteomas of the internal auditory canal. *Laryngoscope.* 2010;120(suppl 4):S215. <https://doi.org/10.1177/000348941112000407>
3. Mubita L, Seidman M, Rock J. Internal auditory canal exostosis: a technical case report. *Surg Neurol Int.* 2018;(9):64. https://doi.org/10.4103/sni.sni_412_17
4. Neumann M, Evans M, Sargent E. Internal auditory canal exostosis: a case report and review of literature. *Otolaryngology Case Rep.* 2019;11:100119. <https://doi.org/10.1016/j.xocr.2019.100119>
5. Estrem SA, Vessely MB, Oro JJ. Osteoma of the internal auditory canal. *Otolaryngol Head and Neck Surg.* 1996;108(3):293-297. <https://doi.org/10.1177/019459989310800314>