

Kasuistik

Social deroute forårsaget af kæmpe meningeom

Jeppé Damgren Vesterager¹, Boris Cehov¹, Benjamin Svejgaard², Jon Kristinn Nielsen¹ & Helga Angela Gulisano¹

1) Neurokirurgisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital, 2) Neurologisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital

Ugeskr Læger 2026;188:V11250931. doi: 10.61409/V11250931

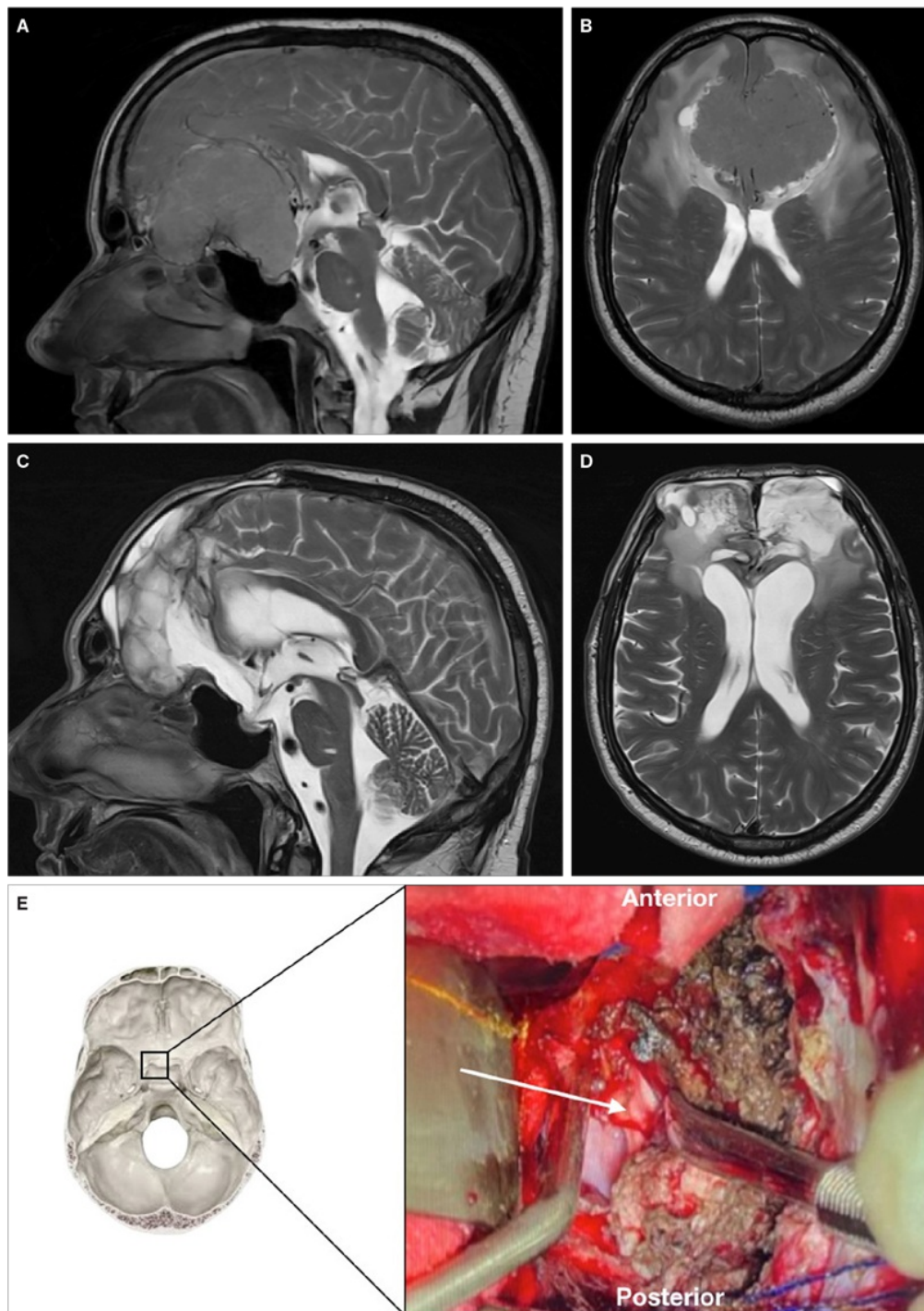
Meningeomer er en af de hyppigste intrakranielle tumorer. Oftest er meningeomer langsomt voksende med snigende symptombillede, hvilket kan forsinke diagnostikken. Symptomerne afhænger af meningeomets placering. I denne kasuistik beskriver vi en patient med en årrække af social deroute og tiltagende synsnedsættelse forårsaget af et kæmpe frontalt meningeom.

Sygehistorie

En tidligere rask mand i 50'erne havde en årelang progredierende personlighedsforandring, anosmi og synsfeltudfald. Patienten udviklede tiltagende ubeslutsomhed, disinhibition og pseudopsykopati samt et voksende alkoholoverforbrug. Han blev skilt og mistede kontakten til børn og vennekreds. Efter jobtab førte økonomisk uforsvarlige dispositioner til hjemløshed. Patienten blev henvist til psykiatrien, hvor symptomerne blev tolket som stressudløst depression, og antidepressiv behandling blev iværksat. Patientens behandling blev afsluttet til opfølgning ved egen læge, hvilket dog blev vanskeliggjort af gentagne udeblivelser. Efter tre år tilkom synsnedsættelse og ophørt lugtesans. En øjenlæge fandt komplet synstab på højre øje og tunnelsyn på venstre, hvorfor patienten blev henvist til hospitalsudredning, som igen var præget af udeblivelser.

Seks år efter symptomdebut blev en MR af cerebrum udført under akut indlæggelse på grund af vedvarende hovedpine, og denne viste et kæmpe frontalt meningeom på $7 \times 7 \times 5$ cm (**Figur 1 A og B**). Ved en klinisk undersøgelse fandtes ophørt lugtesans, komplet bilateralt synstab og minimal højresidig pupilreaktion. Øvrige kranienerver og kraft var bevaret. Patientens affekt var inkongruent med upassende latter.

FIGUR 1 A + B. Præoperativ T2 med kontrast, hvor der ses stort frontalt meningeom med posterior kompression af lateralventriklerne. **C + D.** Postoperativ T2 med kontrast, hvor der ses forventelig postoperativt ødem uden tegn på meningeomrest. Derudover manglende knogleplade. **E.** Perioperativt billede, hvor venstre nervus opticus (markeret med pil) ses komprimeret af tumoren.



En angiografi viste tumorvaskularisering fra begge arteriae ophthalmicae samt arteria meningea media sinister. Disse blev endovaskulært okkluderet præoperativt. Intraoperativt verificeredes bilateral kompression af nervus opticus (Figur 1 E). Meningeomet blev fuldstændigt reseceret

(Simpsons resektionsgrad I), hvorfor recidivraten forventes < 20%. Knoglepladen blev ikke genanlagt på grund af postoperativt ødem, med planlagt genanlæggelse efter fire måneder. En histopatologitest viste benign tumor (WHO grad I). Patienten blev udskrevet til neurorehabilitering med fortsatte neurokognitive deficits og uden forventning om syns- eller lugtgenvinding. Ved tremåneders postoperativ MR vistest forventelige sequelae uden recidiv (Figur 1 C og D).

Diskussion

Meningeomer udgår fra araknoidale capceller. Meningeomer er de hyppigste ikkegliale primært intrakranielle tumorer og udgør ca. 40% af disse. Prævalensen er ca. 0,7% for mænd og 1,1% for kvinder [1].

Meningeomer er et hyppigt tilfældigt fund ved billeddiagnostik [1, 2] og er som oftest asymptomatiske. Dog kan voksende meningeomer over tid blive symptomatiske. På grund af den langsomme vækst opstår globale tryksymptomer i form af hovedpine, kvalme og opkastninger ofte med langsom progression. Et af de hyppigste debutsymptomer er krampeanfald grundet kortikal irritation. Afhængigt af placeringen kan afasi, pareser eller synsfeltforstyrrelser eller psykiatriske symptomer opstå [2].

Neuropsykiatriske symptomer som følge af ekspansive meningeomer er beskrevet, herunder affektive forstyrrelser, psykoser, hukommelsesforstyrrelser, personlighedsforandringer, angst eller anoreksi [3]. Tolkning af disse symptomer som primært psykiatriske kan forsinke diagnostikken af meningeom [3]. Særligt ved frontale meningeomer, som ikke involverer motoriske områder, kan fokalneurologiske symptomer være fraværende. Derimod kan frontale symptomer som ubeslutsomhed, disinhibition og pseudodepression eller pseudopsykopati være fremtrædende.

Foruden meningeomer kan en række andre organiske hjernesygdomme også optræde med personlighedsforandringer. Vaskulær eller frontotemporal demens, lavgradsgliom, Huntingtons chorea, Wilsons sygdom, hypothyroidisme, hyperkalcæmi, systemisk lupus erythematosus, metakromatisk leukodystrofi og neurosyfilis kan tillige overvejes [4, 5], da disse tilstande kan give neuropsykiatriske symptomer, som kan mistolkes som primær psykiatrisk sygdom. Ved langvarige, progredierende personlighedsforandringer bør tærsklen for billeddiagnostik og neurologisk vurdering være lav.

Denne kasuistik understreger vigtigheden af at udelukke organisk lidelse ved langsomt progredierende personlighedsforandringer, anosmi og synsfeltudfald, da disse ofte er tidlige tegn på frontale meningeomer. Derudover hvordan tiltagende social deroute kan hindre relevant udredning via socialt stigma og manglende kompliance, som alkoholoverforbrug og hjemløshed kan medføre. Samtidig understreger kasuistikken vigtigheden af, at den praktiserende læge forbliver den samme, så vedkommende har viden om hele patientens forløb og sociale forhold.

Korrespondance *Jeppe Damgren Vesterager*. E-mail: j.vesterager@rn.dk

Antaget 20. januar 2026

Publiceret på ugeskriftet.dk 6. april 2026

Interessekonflikter ingen. Alle forfattere har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Disse er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2026;188:V11250931

doi 10.61409/V11250931

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

SUMMARY

Social disruption caused by a giant meningioma

Meningiomas are among the most common intracranial tumours. They are often slow-growing, so symptoms usually develop insidiously and may delay diagnosis. The symptoms depend on the location of the meningioma. In this case report, we describe a patient with years of social decline and progressive visual impairment caused by a giant frontal meningioma. This case highlights the importance of ruling out an organic disorder in patients with progressive social decline.

REFERENCER

1. Andersen MS, Pedersen CB, Mathiesen T et al. Intrakraniale meningiomer. Ugeskr Læger. 2019;181(4):V07180489. <https://ugeskriftet.dk/videnskab/intrakraniale-meningeomer>
2. Skotting MB, Holst AV, Munch TN. Tilfældige fund ved MR-skanning af hjerne. Ugeskr Læger. 2024;186(20):V12230770. <https://ugeskriftet.dk/videnskab/tilfaeldige-fund-ved-mr-skanning-af-hjernen>
3. Gyawali S, Sharma P, Mahapatra A. Meningioma and psychiatric symptoms: an individual patient data analysis. Asian J Psychiatr. 2019;42:94-103. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.03.029>
4. Ebdrup BH, Lublin H, Åkeson P, Glenthøj B. Patienter med debuterende psykose skal ikke skannes rutinemæssigt. Ugeskr Læger. 2011;173(7):484-489. <https://ugeskriftet.dk/videnskab/patienter-med-debuterende-psykose-skal-ikke-skannes-rutinemaessigt>
5. Chow TW. Personality in frontal lobe disorders. Curr Psychiatry Rep. 2000;2(5):446-51. <https://doi.org/10.1007/s11920-000-0031-5>