

# To tilfælde af laryngocele

Kursusreservelæge Henrik Bredahl Sørensen & overlæge Susanne Brofeldt

Region Sjælland, Sygehus Vest Slagelse,  
Øre- Næse- og Halskirurgisk Afdeling

## Resume

Et laryngocele er en sjælden, benign dilatation af den anteriore del af ventriculus laryngis. Symptomerne kan være hæshed eller en hævelse på halsen eller en kombination. Det er velbeskrevet, at der findes en sammenhæng mellem larynxcancer og laryngocele, og en grundig klinisk og billeddiagnostisk undersøgelse er således af stor betydning. Af de to beskrevne patienter blev den ene opereret, og den anden blev observeret konservativt pga. almen svækkelse.

Et laryngocele er en sjælden, luftfyldt benign dilatation af appendix ventriculi. Det er den forreste del af ventriculus laryngis Morgagni (VLM), et spalteformet hulrum mellem de sande og falske stemmelæber.

Incidensen er vanskelig at fastslå, idet der formodentlig er en del subkliniske tilstande. Symptomgivende laryngocele er anslået til 1 pr. 2,5 mio. pr. år [1], men undersøgelser af patienter med larynx- og hypopharynxcancer tyder på, at tilstanden er langt hyppigere end dette [2, 3]. Tilstanden er hyppigere hos mænd end hos kvinder (ratio 3:1) og optræder oftest i femte dekade [2]. De symptomer, der typisk bringer patienten til læge, er hæshed, globulusfornemmelse og/eller en hævelse på halsen.

Da det synes at være sikkert, at der findes en relation mellem laryngocele og larynxcancer [3], bør tilstanden altid afstedkomme henvisning til en øre-næse-hals-afdeling mhp. videre udredning. Diagnosen stilles ved laryngoskopi sammenholdt med billeddiagnostik, hvilket i dag oftest vil være magnetisk resonans (MR)-skanning.

## Sygehistorier

I. En 74-årig kvinde blev henvist til en øre-næse-hals-afdeling af egen otolog med parafaryngeal udfyldning og smerter i halsen. Symptomerne havde stået på i 3-4 måneder.

En fiberlaryngoskopi viste øget fylde af plica ventricularis og plica aryepiglottica. En MR-skanning viste venstresidigt laryngocele. Der var ingen cancersuspekterede forandringer. Idet patienten havde betydende kardiologisk sygdom, fandt man det anæstesiologisk kontraindiceret at foretage operation, hvorfor konservativ behandling i form af punktur blev valgt. Laryngocelelet recidiverede dog efter få dage igen.

II. En 62-årig kvinde blev henvist af egen læge til en øre-næse-hals-afdeling pga. afoni og blød udfyldning på venstre side af halsen. En MR-skanning viste kombineret laryngocele (Figur 1).

Patienten blev henvist til Rigshospitalet, hvor der ved punktur blev udtømt 20 ml blakket materiale. Hun fik med det samme sin naturlige stemme igen. Få dage efter blev hun opereret for laryngocelelet med ekstern adgang og fik ikke siden gener.

## Diskussion

VLM er beklædt med respirationsvejsepitel, der indeholder store mængder bægerceller, hvis funktion er at fugte stemmelæberne. Den anteriore del af VLM ender i en lille blind sæk, der hos nogle fortsætter op mellem cartilago thyroidea og larynx' mucosa. Man taler om et laryngocele, såfremt sækken kommer over cartilago thyroideas øvre kant [4].

Man deler traditionelt laryngoceler op i interne (20%), eksterne (30%) og kombinerede (50%) [4]. Det interne ses som en hævelse af plica ventricularis, strækker sig op i plica aryepiglottica og kan give anledning til hæshed evt. stridor. Det eksterne vil ofte vise sig som en blød tumor, der indeholder luft anteriort for m. sternocleidomastoideus. Som anført vil halvdelen have en både intern og ekstern komponent. Dette er vigtigt at huske, da tryk på et eksternt laryngocele kan forskyde luften til den interne del og kompromittere patientens luftveje.

Et laryngoceles kommunikation til larynx kan helt eller delvis aflukkes, og det kan herefter fyldes med mucus, et såkaldt laryngomucocele. Det kan også inficeres og give anledning til et laryngopyrocele. Sidstnævnte kan vise sig som en dyb absces på halsen.

*Micheau et al* sammenlignede 546 laryngektomiopræparater med 360 faryngolaryngektomiopræparater, hvoraf de sidste var



Figur 1. Thoraxrøntgenbillede taget ved indlæggelsen. Der ses bilaterale infiltrater.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

uden tegn til cancer laryngis. Af de 546 med erkendt larynx-cancer fandt man 18% med laryngocele mod 2% af de 360 i kontrolgruppen [3].

Lindell *et al* undersøgte 2.068 patienter, der var henvist for cancer i larynx eller hypopharynx. Syvogfirs af disse havde laryngocele (4,2%), af disse havde 43 larynxcancer (49%), otte hypopharynxcancer (9%) og 36 ingen erkendt cancer (41%) [2].

Man kender ikke den endelige patogenese for udviklingen af laryngocele. Der findes dog enighed om, at svaret skal findes i trykforholdene i larynx heraf navnet *glass-blowers' disease* [4]. Som årsag til den øgede forekomst hos cancerpatienter har man foreslået, at supraglottisk larynxcancer kan virke som en ventil og således lade luft passere ind i VLM, men ikke ud. Dette forklarer dog ikke tilstedeværelsen af kontralaterale laryngoceler. Årsagen i disse tilfælde findes måske i ændring af luftstrømme samt irritation af larynx med hoste og rømmen og et deraf øget tryk til følge [3]. Man må dog formode, at der skal være en kongenit prædisposition, for at tilstanden kan udvikles.

Behandlingen er i første række kirurgi. Klassisk vælger man ekstern adgang, hvorved man frilægger laryngocelelet ved dets udgang gennem foramen thyrohyoideum og følger dette til VLM. Det kan være nødvendigt at supplere med en intern adgang. Flere steder anvendes primært endoskopisk adgang til den interne del, der frilægges ved hjælp af CO<sub>2</sub>-laser [5].

Korrespondance: Henrik Bredahl Sørensen, Ole Suhrs Gade 14, 2. th., DK-1354 København K. E-mail: hbredahl@dadlnet.dk

Antaget: 18. april 2007  
Interessekonflikter: Ingen

## Litteratur

1. Stell PM, Maran AGD. Laryngocele. *J Laryngology and Otology* 1975;89:915-24.
2. Lindell MM jr., Jing BS, Fischer EP. *et al*. Laryngocele. *Am J Roentgenology* 1978;131:259-62.
3. Micheau Ch, Luboinski B, Lanchi P. *et al*. Relationship between Laryngocèles and Laryngeal Carcinomas. *Laryngoscope* 1978;88:680-8.
4. Gallivan KH, Gallivan GJ. Bilateral Mixed Laryngocèles. *J Voice* 2002;16:258-66.
5. Devesa PM, Ghufoor K, Lloyd S *et al*. Endoscopic CO<sub>2</sub> laser management of Laogocèle. *Laryngoscope* 2002;112:1426-30.

## Svær *Haemophilus influenzae*-infektion hos en yngre, rask mand

Læge Adam C. Vilmar, overlæge Ida Gjørup & læge Kim David

Rigshospitalet, Finsenscenter, Onkologisk Klinik, Herlev Hospital, Reumatologisk Geriatrisk Afdeling, Odense Universitetshospital, Infektionsmedicinsk Afdeling

## Resume

*Haemophilus influenzae* b (Hib) kan resultere i svære infektioner, men primært hos børn eller immunsupprimerede patienter. I det følgende refereres en sygehistorie om en Hib-inficeret 49-årig mand med komplikationer i form af sepsis, meningitis og anuri.

*Haemophilus influenzae* b (Hib)-infektioner forekommer fortrinsvist hos spæde og mindre børn, men rapporteres også hos immunsupprimerede patienter med underliggende malignitet, alkoholmisbrug, diabetes eller hiv og kan resultere i invasive infektioner.

## Sygehistorie

En tidligere rask, 49-årig mand blev indlagt i september 2006. Patienten var netop grundet kvalme, madlede, kulderystelser og diare vendt hjem fra ferie i Nordjylland. Objektivt var patienten konfus og rodende og progredierede hurtigt til en

delirøs tilstand. Blodtrykket var 69/48 mmHg, temperaturen var 36,8 °C (rektalt). Patienten var perifert cyanotisk og diffus palpationsøsm i abdomen. En A-punktur viste laktat på 8,1 (0,5-1,6 mmol/l), pH på 7,39 (7,36-7,44), arteriel ilttension på 22,6 (9,6-14,9 kPa), arteriel kuldioxidtension på 2,48 (4,55-6,00 kPa) og baseoverskud på -13,3 (-1-+1). Blodprøver viste C-reaktivt protein på 141 (0-10 mg/l), leukocytter på 10,8 (3-9 mio./l), kreatinin på 610 (60-130 mmol/l), og INR på 2,1 (0,90-1,10).

Initialt havde man mistanke om et gastrointestinalt fokus med spredning til centralnervesystemet. En computertomografi af abdomen og cerebrum viste dog normale forhold. En lumbalpunktur viste klar cerebrospinalvæske (CSV) og negativ mikroskopi. Ved en biokemisk analyse heraf sås leukocytter på 16 (0-3 × 10<sup>6</sup>), 90% mononukleære. Glukose på 3,9 (2,2-3,9 mmol/l) og protein på 1,15 (0,15-0,50 g/l). En røntgen af thorax viste bilaterale vattede infiltrater. Grundet sepsisudløst hæmodynamisk og respiratorisk kollaps blev patienten overført til intensivafdeling, intuberet, fik foretaget adskillige prøvedyrkninger og blev sat i bredspektret antibiotisk behandling.

Det følgende døgn var der klinisk og paraklinisk forværring med tegn på dissemineret intravaskulær koagulation (DIC). Tilstanden blev yderligere kompliceret af akut nyre-