

og processus xiphoideus, er typiske for ikke at sige patognomiske for KK [2].

Kingella, *Haemophilus*, *Acinetobacter*, *Cardiobacterium* og *Eikenella* udgør 3-5% af alle tilfælde af bakteriel endokarditis og ses oftest hos børn i skolealderen [1]. Der er kun få rapporterede tilfælde af KK-meningitis, som hyppigst ses hos teenagere og yngre voksne [1].

KK er langsomtvoksende, og påvisning er svært. Dyrkning på faste medier er ofte uden vækst [4]. Detektionshyppigheden øges ved aerob dyrkning. Metoden er dog beskrevet som suboptimal, og i litteraturen anbefales det i stigende omfang at anvende polymerasekædereaktionsbaserede metoder til påvisning af KK [4, 5].

KK er typisk følsom over for penicillin, ampicillin, anden- og tredjegerationscefalosporiner, makrolider, ciprofloxacin, tetracyclin og kloramfenikol. Bakterien udviser resistens over for trimethoprim og van-

comycin [1]. KK-infektion har typisk et ukompliceret forløb efter opstart af relevante antibiotika. Det gælder især for osteoartikulære infektioner og meningitis. KK-endocarditis udviser dog højere komplikationsrate i form af septiske embolier, klapinsufficiens, kardiogent shock og pludselig død [1].

KORRESPONDANCE: Allan Bayat, Kroghsgade 16, 1., 8000 Aarhus C.

E-mail: bayabayabayat@hotmail.com

ANTAGET: 2. juni 2010

FØRST PÅ NETTET: 16. august 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Yagupsky P. *Kingella kingae*: from medical rarity to an emerging paediatric pathogen. *Lancet* 2004;4:358-67.
2. Luegmair M, Chaker M, Ploton C et al. *Kingella kingae*: osteoarticular infections of the sternum in children: a report of six cases. *J Child Orthop* 2008;2:443-7.
3. Birgisson H, Steingrimsson O, Gudnason T. *Kingella kingae* infections in paediatric patients: 5 cases of septic arthritis, osteomyelitis and bacteraemia. *Scand J Infect Dis* 1997;29:495-8.
4. Wildt S, Boas M. *Kingella kingae* osteomyelitis. *Ugeskr Læger* 2001;163: 6287.
5. Verdier I, Gayet-Ageron A, Ploton C et al. Contribution of a broad range polymerase chain reaction to the diagnosis of osteoarticular infections caused by *Kingella kingae*. *Pediatr Infect Dis J*. 2005;24:692-6.

Intraossøst kavernøst hæmangiom i orbita

Martin Willy Meyer & Christoffer Holst Hahn

KASUISTIK

Øre-, Næse- og Halsafdelingen, Næstved Sygehus

Intraossøse hæmangiomer udgør under 1% af alle ossøse tumorer. Forekomst i orbita ses ekstremt sjældent og udgør under 1% af samtlige intraossøse hæmangiomer. Det intraossøse hæmangiom er en benign vaskulær tumor, som findes i en kavernøs, kapillær eller blandet form. Der er kun beskrevet 46 tilfælde på verdensplan i den engelsksprogede litteratur [1, 2]. Vi beskriver et nyt tilfælde af den kavernøse form. Den er vigtig at kende som differentialdiagnose til andre ossøse tumorer, da operation kan være risikabel på grund af livstruende blødning [1].

SYGEHISTORIE

En 40-årig rask kvinde blev henvist fra privatpraktiserende otolog pga. en proces i venstre laterale orbitarand. Hun havde bemærket processen fem måneder tidligere. Patienten var symptomfri. Der var ingen dispositioner til karanomalier og intet forudgående traume mod ansigtet. Røntgenundersøgelse af ansigtsskelettet viste normale forhold ved første beskrivelse. Ved retrospektiv gennemgang af røntgenbilledet fandt man en osteolytisk rund proces på seks millimeter i diameter. To måneder senere blev røntgenundersøgelsen gentaget, og den viste nu en fire

millimeter høj og ti millimeter bred, let uregelmæssig osteolytisk knogleproces på den laterale orbitakant ved os zygomaticus. Der blev efterfølgende udført computertomografi (CT), som viste en 13-14 millimeter stor knogletumor med et bikagelignende udseende (**Figur 1**). Radiologisk så tumoren benign ud. Patienten blev opereret i generel anæstesi. Tumoren blev fjernet in toto via en incision ved den nedre orbitarand. Tumoren var blålig og let blødende. Den peroperative blødning var på under 200 milliliter. Efterforløbet var ukompliceret bortset fra lidt nedsat sensibilitet over nervus infraorbitalis. Histologi viste et kavernøst hæmangiom i knoglevævet, og der var intet malignt. Man så lamellerede knoglespanger, hvorimellem der var reaktivt stroma samt talrige dilaterede karstrukturer, enlaget endotel og rigeligt blod. Der fandtes ingen elastiske fibre eller arterielignende strukturer. Ved kontrol ugen efter operationen og igen seks måneder efter var patienten velbefindende og symptomfri. Der var ikke tegn på recidiv.

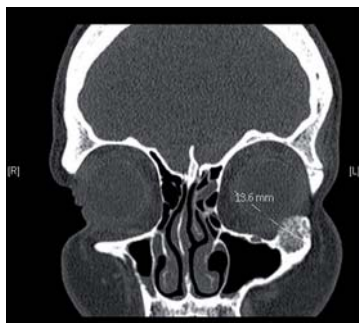
DISKUSSION

I alt 46 tilfælde af intraossøse hæmangiomer i orbita er beskrevet i litteraturen. Ca. 60% af alle tilfældene



FIGUR 1

Det kavernøse hæmangioma på venstre os zygomaticus ses her med typisk bika-geliggende tegning.



er kvinder, og ca. halvdelen af alle patienterne debuterer i 40-50-års-alderen [1, 2]. Ætiologien er ukendt, men et forudgående traume er blevet foreslået som udløsende årsag. Mindre end 10% af tilfældene har dog et relevant forudgående traume [1, 3]. En anden mulig forklaring er iskæmi [3]. Der går gennemsnitligt 12 måneder fra symptomdebut, til patienten bliver opereret. Tumoren præsenterer sig hos 60% som en smertefri proces på orbitaranden. Smerter ses hos 30% af patienterne, oftest hos patienter med den kapillære undertype. Progredierende eksoftalmus ses hos 30% [1]. Sløret syn, dobbeltsyn, øjenmuskellammelse, epistaksis, ptose, nasal obstruktion, hovedpine og rødt øje er observeret hos under 15% af patienterne. Den kavernøse form er fire gange hyppigere end den kapillære. Den kapillære form er den mest aggressive og har større tendens til recidiv. Os frontale rammes hyppigst, dernæst os zygomaticus, os sphenoidale og maxilla. I et enkeltstående tilfælde var orbita afficeret bilateralt [1, 3].

De vigtigste differentialdiagnoser er eksostose,

histiocytose X, fibrøs dysplasi, dermoide cyster, meningiomer, osteomer og osteogene sarkomer [4]. Diagnosen kan i nogle tilfælde stilles præoperativt ud fra CT, eventuelt suppleret med magnetisk resonansskanning, men oftest er histologi nødvendig for at stille en endelig diagnose [3]. Behandlingen er operativ fjernelse. Ved større tumorer anbefales embolisering inden operationen for at undgå voldsom blødning [4]. Livstruende blodtab på over tre liter er beskrevet i flere tilfælde. Rekonstruktion efter større indgreb er vigtig, da der ellers kan opstå funktionelle forstyrrelser og sekundære deformiteter, som kan være mere generende end selve tumoren. Knogletransplantation eller alloplastik kan anvendes [5]. Det sygdomsforløb, der er beskrevet i denne kasuistik, har flere ligheder med tidligere beskrevne tilfælde af intraossøse hæmangiomer. Især er alder, køn, anamnese og forløb i stor overensstemmelse med tidligere tilfælde. Patienten opnåede efter operationen fuldstændig symptomfrihed, men blev også opereret tidligt i forløbet. Tidlig operativ intervention bør derfor efterstræbes.

KORRESPONDANCE: Martin Willy Meyer, Øre-, Næse- og Halsafdelingen, Næstved Sygehus, 4700 Næstved. E-mail: martinwmeier@hotmail.com

ANTAGET: 7. maj 2010

FØRST PÅ NETTET: 23. august 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Madge SN, Simon S, Abidin Z et al. Primary orbital intraosseous hemangioma. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 2009;25:37-41.
2. Arribas-Garcia I, Alcalá-Galiano A, Garcia AF et al. Zygomatic intraosseous haemangioma: Reconstruction with an alloplastic prosthesis based on a 3-D model. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2010;63(5):e451-3.
3. Banerji D, Inao S, Sugita K et al. Primary intraosseous orbital hemangioma: a case report and review of the literature. *Neurosurg* 1994;35:1131-4.
4. Sharma RR, Sanjay JP, Santosh DL et al. Frontal intraosseous cryptic hemangioma presenting with supraorbital neuralgia. *Clin Neurol Neurosurg* 1999; 101:215-9.
5. Goisis M, Biglioli F, Guareschi M et al. Primary intraosseous hemangiomas of the orbit. *Orbit* 2006;25:137-9.

AKADEMISK AFHANDLING



Peter Kamper:

The biological and prognostic significance of non-neoplastic bystander cells in Hodgkin lymphoma

Ph.d.-afhandling

E-MAIL: petekamp@rm.dk

UDGÅR FRA: Hæmatologisk Afdeling, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus.

FORSVARET FINDER STED: den 4. februar 2011, kl. 14.00, Patologisk Auditorium, Bygning 18, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, Nørrebrogade.

BEDØMMERE: Gunilla Enblad, Uppsala, og Sirpa Leppä, Helsinki.

BEJLEDERE: Francesco d'Amore, Knud Bendix, Stephen Hamilton-Dutoit og Bent Honoré.