



Leiomyomatøst hamartom ved tungebasis på 2-årig pige. Hamartomet ses ved spidsen af peanen.

oris. I to tilfælde er der set multiple hamartomer [3, 5]. Kliniske differentialdiagnoser er: a) Kongenit epulis lokaliseret ved den gingivale mucosa forrest i den hårde gane. b) Kartilaginøst koristom på tungen, som kan have et polypoidt udseende, og som ses i midtlinjen. c) Ektopisk thyroideavæv ved foramen

caecum. Dette kan være eneste thyroideavæv, hvorfor normal thyroidea bør sikres ved ultralyd inden fjernelse. d) Fibroepitelial polyp. Histopatologiske differentialdiagnoser er: e) Leiomyom, som består af glat muskulatur alene. f) Benigt mesenkyomom, der er en tumor, som ud over fibrøst bindevæv består af to eller flere mesenkymale elementer, som normalt ikke findes sammen. g) Leiomyosarkom, der er en maligne variant af et leiomyom [1-4].

Behandlingen er kirurgisk excision. Excisionen er oftest ukompliceret pga. den stilkede natur. Der er aldrig rapporteret recidiv efter fjernelse af LH [1-3].

KORRESPONDANCE: Christoffer Holst Hahn, Gjorslevvej 14, DK-2720 Vanløse.
E-mail: hojde@c.dk

ANTAGET: 23. juni 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. de Faria PR, Batista JD, Duriguetto AF et al. Giant leiomyomatous hamartoma of the tongue. *J Oral Maxillofac Surg* 2008;66:1476-80.
2. Nava-Villalba M, Ocampo-Acosta F, Seamanduras-Pacheco A et al. Leiomyomatous hamartoma: report of two cases and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008;105:e39-e45.
3. Iida S, Kishino M, Senoo H et al. Multiple leiomyomatous hamartoma in the oral cavity. *J Oral Pathol Med* 2007;36:241-4.
4. Kobayashi A, Amagasa T, Okada N. Leiomyomatous hamartoma of the tongue: case report. *J Oral Maxillofac Surg* 2001;59:337-40.
5. Semba I, Kitano M, Mimura T. Gingival leiomyomatous hamartoma: immunohistochemical and ultrastructural observations. *J Oral Pathol Med* 1993;22:468-70.

Patient med myelomatose med infiltrat på røntgen af thorax

Reservelæge Ann-Marie Malby Schoos, overlæge Johnna Steentoft, overlæge Michael Mørk Petersen & 1. reservelæge Saher Burhan Shaker

Patienter med stort rygeforbrug, der præsenterer sig med anæmi, træthed, brystmerter og infiltrat på røntgen af thorax ses ofte i lungedaghospitalet. Diagnosen er som regel klar inden yderligere mikroskopisk udredning. Denne sygehistorie understreger vigtigheden af yderligere billed- og patologisk diagnostik og illustrerer de diagnostiske overvejelser, som altid må gøres ved påvisning af en suspekt, nyerkendt proces på røntgen af thorax.

SYGEHISTORIE

En 71-årig mand præsenterede sig i ambulatoriet med smerter i højre side af brystkassen. Han var eks-ryger med en samlet eksposition svarende til 57 pakkeår. Han havde aldrig været udsat for asbest. Patient-

ten havde et år forinden haft pneumoni, hvor der blev fundet et pleuralt/pleuranært infiltrat, som ikke blev undersøgt yderligere. Patienten havde desuden været under udredning for anæmi gennem et år og havde fået foretaget afføringsprøve, gastroskopi og sigmoidoskopi. Gastroskopian viste tegn til ulcussygdom, som ikke alene kunne være årsag til patientens anæmi. Patienten havde tre måneder inden haft et uheld, hvor han faldt og slog venstre side af brystkassen. Han fik en måned senere tiltagende åndenød, træthed, nedsat energi, nattesved og smerter i brystkassen på højre side – især i forbindelse med aktivitet.

Røntgen af thorax viste en velafgrænset fortætning lateralt på højre side, der var tiltaget i størrelse i løbet af et år og derfor gav mistanke om pleural/

KASUISTIK

Frederikssund Hospital,
Intern Medicinsk
Afdeling, og
Rigshospitalet,
Ortopædkirurgisk
Afdeling

 FIGUR 1

Computertomografi af thorax, saggitalsnit, viser en 86 × 50 × 29 mm stor proces svarende til costa V på højre side.



pleuranært malignitet. Han blev derfor henvist til lungedaghospitalet med henblik på infiltratudredning.

Objektivt fandtes patienten hverken akut eller kronisk medtaget. Der mærkedes ingen forstørrede lymfeknuder. Ved stetoskopi af lungerne hørtes ingen bilyde eller dæmpninger. Ved palpation af brystkassen mærkede man en uøm, pudeformet fortykkelse svarende til costa fem på højre side. Der var desuden ømhed ved palpation af nedre costae på venstre side. Lungefunktionen var normal. Alle blodprøver, inklusive ioniseret calcium, kreatinin, leukocytter og C-reaktivt protein var normale – fraset hæmoglobin, der var mellem 5,6 og 6,8 mmol/l.

Computertomografi (CT) af thorax viste, svarende til costa fem på højre side, en 86 × 50 × 29 mm stor proces primært med intratorakal ekstension og periostal reaktion (**Figur 1**, CT af thorax, sagittal rekonstruktion). Desuden generaliseret, spættet knoglestruktur svarende til hele skelettet. Svarende til Th7 sås patologiske frakturer, samt afrundede opklaringer svarende til Th7, L1 og L3. Der var ingen forstørrede lymfeknuder i mediastinum, aksillerne eller abdomen.

Patienten blev henvist til biopsi af processen i costa fem på Ortopædkirurgisk Afdeling på Rigshospitalet. Patologisk blev diagnosen myelomatose

stillet, og patienten blev henvist videre til Hæmatologisk Afdeling, Herlev Hospital.

DISKUSSION

Myelomatose ses i de nordlige lande hos 5-6 pr. 100.000, og medianalderen er 66 år [1, 2]. Diagnosen stilles vha. knoglemarvsbiopsi og måling af M-komponent i blod eller urin. I fremskredne tilfælde ses organ- eller vævsskade, som typisk manifesteres ved hyperkalcæmi, nyresvigt, anæmi eller knoglelæsioner (CRAB) [3]. Anæmi skyldes typisk plasmacelleinfiltration i knoglemarven men kan også skyldes utilstrækkelig erythropoietinsekretion, især ved nedsat nyrefunktion [2]. 79% har osteolytiske forandringer i skelettet [1]. Rygsmerter og spontanfrakturer i columna er hyppige. De typiske kliniske debutmanifestationer er træthed, knoglesmerter og gentagne infektioner [1].

I denne sygehistorie fik vi først præsenteret en patient med smerter i højre side af brystkassen efter et fald, hvor han slog venstre side. Der blev i den forbindelse taget et nyt røntgenbillede af thorax for at udelukke pneumothorax, og der blev tilfældigt fundet progression af et pleuralt/pleuranært infiltrat på højre side, som blev opdaget et år tidligere, hvor patienten havde pneumoni. Anæmi, træthed, åndenød samt et infiltrat på røntgen af thorax hos en ryger/tidligere ryger giver mistanke om malignitet og skal udredes nærmere. CT af thorax og abdomen er den foretrukne billeddiagnostiske teknik, som giver værdifulde informationer om patologiske processer. Hvis CT fortsat giver mistanke om malignitet, iværksættes invasiv diagnostik som f.eks. bronkoskopi, perkutan biopsi og pleurapunktur. Hos den omtalte patient viste CT, at der var tale om en knogletumor og ikke pleural- eller lungemalignitet. Først da der bliver taget biopsi af knogleforandringen i højre ribben, er diagnosen klar.

Sygehistorien fremhæver vigtigheden af at kontrollere forandringer på røntgen af thorax jævnligt samt understreger, at anæmi ikke altid stammer fra gastrointestinalkanalen. For denne patient var det tilfældigt, at der blev taget et nyt røntgen af thorax i forbindelse med et traume, og det ledte til forklaringen på blandt andet hans uafklarede anæmi.

KORRESPONDANCE: Ann-Marie Malby Schoos, Intern Medicinsk Afdeling, Frederikssund Hospital, DK-3600 Frederikssund. E-mail: annmariemalby@hotmail.com
ANTAGET: 17. juni 2009

FØRST PÅ NETTET: 9. november 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR:

- Kyle RA, Gertz MA, Witzig TE et al. Review of 1027 patients with newly diagnosed multiple myeloma. *Mayo Clin Proc* 2003;78:21-33.
- Hansen NE, Haunsø S, Schaffalitzky de Muckadell OB. *Medicinsk Kompendium*, 16. udgave, 2004:1867-72.
- Kyle RA, Rajkumar SV. Multiple Myeloma. *N Engl J Med* 2004;351:1860-73.