

- and followup of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psych* 2006;63:757-66.
17. Cochrane collaboration psychological therapies for people with borderline personality. The Cochrane Library 2007a. New York: Wiley, 2007.
 18. Jørgensen CR, Kjølbye M, Freund C et al. Level of functioning in borderline patients. *Nord Psych* 2009;61:42-60.
 19. Cochrane Collaboration. Pharmacological Interventions for People with Borderline Personality. The Cochrane Library 2007b. New York: Wiley, 2007.
 20. NICE. Nice Clinical Guideline 78. Borderline personality disorder: Treatment and management. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009.

Leiomyomatøst hamartom ved tungebasis

1. reservelæge Christoffer Holst Hahn & reservelæge Helga Richert Munch-Petersen

KASUISTIK

Næstved Sygehus,
Øre-næse-halsafdeling,
og Gentofte/Herlev
Hospitaller, Patologisk
Afdeling

Et hamartom er defineret som en nonneoplastisk udviklingsanomali, der skyldes excessiv vækst af normale celler og/eller væv uden for dets normale område i samme region. Mikroskopisk forekommer det pågældende væv i et ændret arrangement eller mængdeforhold [1, 2]. Hamartomer klassificeres histopatologisk i henhold til hovedkomponenten, og et leiomyomatøst hamartom (LH) består kun eller overvejende af glatte muskelceller. LH ses hyppigst i nyrer og lunger, men kun sjældent i mundhulen [3]. Dette tilfælde er det første LH i mundhulen, der rapporteres i dansksproget litteratur, og det 19. tilfælde i engelsksproget litteratur [1].

SYGEHISTORIE

En to år gammel pige blev henvist fra egen otolog under diagnosen polyp på tungen. Pigen var ikke generet af polyppen og var i øvrigt sund og rask. Moderens graviditet og fødsel var forløbet normalt, og der var ingen dispositioner til medfødte misdannelser. Forældrene vidste ikke, hvor længe polyppen havde siddet

på tungen. Objektiv undersøgelse viste en glat, hvidlig og stillet pedulerende proces på $1,6 \times 1,3 \times 1,1$ cm, der udgik fra foramen caecum i midtlinjen på tungebasis. Pga. beliggenheden blev der fortaget ultralyd af halsen, som viste en normal glandula thyroidea. Processen blev eksstirperet in toto i general anæstesi uden komplikationer.

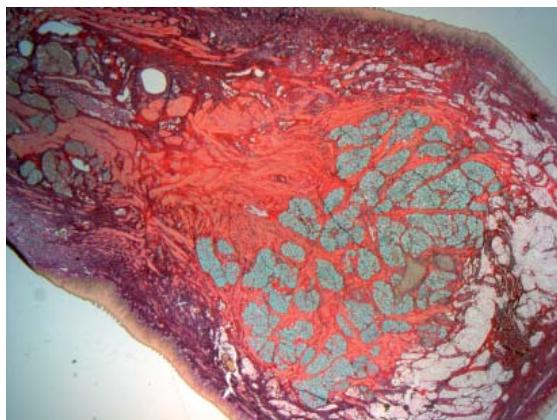
Histologisk undersøgelse viste en polypøs proces, der var beklædt med veldifferentieret pladeepitel med bundter af glatte muskelceller på kryds og tværs i det underliggende stroma. De enkelte celler var ensartede med cigarformede kerner med lyst kromatin, der var omgivet af et eosinofilt cytoplasma. Cellerne var positive for aktin og desmin, hvilket bekræftede, at det drejede sig om glattemuskelceller, der normalt ikke forekommer i tungens væv ud over i karvæggene. Indlejret mellem muskelfibrene forekom der mukøse spytkirtler, og i bunden af præparatet forekom serøse spytkirtler. På toppen af de nævnte forandringer forekom modent lobuleret fedtvæv (se **Figur 1**). På det foreliggende var konklusionen, at det drejede sig om en benign, mesenkymal kompleks proces bestående af komponenter, der normalt forekommer i tungen, og som i litteraturen betegnes som et leiomyomatøst hamartom.

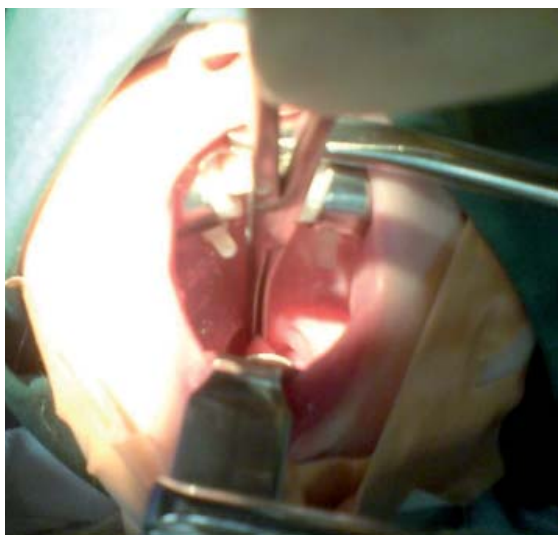
DISKUSSION

Leiomyomatøst hamartom i cavum oris er en udviklingsdefekt, der typisk findes i midtlinjen enten ved foramen caecum på tungeryggen (ti tilfælde inklusive dette) eller ved foramen incisivum i den hårde gane eller anteriort på tungespidsen [2, 3]. Placeringen skyldes, at disse steder er fusionsområder under den embryologiske udvikling [4]. Der er ingen sikker association med andre udviklingsdefekter [2]. LH opdages typisk i første dekade af livet og vokser sjældent. Halvdelen af alle tilfælde er set blandt japanere. Klinisk ses typisk en asymptomatisk lille, stillet, bleg og lyserød polyp (< 1,5 cm) i midtlinjen af cavum

FIGUR 1

Alcian-VanGieson-farvning af det leiomyomatøse hamartom. Glat muskulatur er gult, kollagen er rødt, de mukøse spytkirtler er blå, og fedt er hvidt.





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