

Hos patienterne i sygehistorierne var det ikke muligt radiologisk at lokalisere læsioner i CNS eller nerverødder. I andre sygehistorier har man ved magnetisk resonans-skanninger påvist strukturelle ændringer, som svarede til det kliniske billede, men der foreligger også sygehistorier, hvor skanningerne har vist normale forhold [5].

Vi konkluderer, at der hos patienter med primære EBV-infektioner kan udvikles neurologiske symptomer, uden at der foreligger mononukleose. Sygehistorierne understreger vigtigheden af klinikerens opmærksomhed på disse sjældne forløb, specielt hos ældre.

**KORRESPONDANCE:** Christian Grabow Westergaard, Lunge- og Infektionsmedicinsk Afdeling, Hillerød Hospital, Dyrehavevej 29, 3400 Hillerød.  
E-mail: cgwestergaard@hotmail.com

**ANTAGET:** 3. november 2011

**FØRST PÅ NETTET:** 16. januar 2012

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen

#### LITTERATUR

1. Petrova M, Kamburov V. Epstein-Barr virus: silent companion or causative agent of chronic liver disease. *World J Gastroenterol* 2010;16:4130-4.
2. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases, 7th ed. Philadelphia: Elsevier, 2010.
3. Phowthongkum P, Phantumchinda K, Jutivorakool K et al. Basal ganglia and brainstem encephalitis, optic neuritis, and radiculomyelitis in Epstein-Barr virus infection. *J Infect* 2007;54:e141-4.
4. Fujimoto H, Asaoka K, Imaizumi T et al. Epstein-Barr virus infections of the central nervous system. *Intern Med* 2003;42:33-40.
5. Majid A, Galetta SL, Sweeney CJ et al. Epstein-Barr virus myeloradiculitis and encephalomyeloradiculitis. *Brain* 2002;125:159-65.

## Ensidige atypiske halssmerter ved Eagles syndrom

Matilde Mia Lonka & Lars Peter Schousboe

### KASUISTIK

Øre-, Næse- og Halskirurgisk Afdeling, Sygehus Lillebælt, Vejle Sygehus

I lægeligt virke støder vi af og til på symptomer, som vi ikke helt kan finde en årsag til. Det er ofte svært, især med mindre anerkendte diagnoser eller behandlinger, at komme videre i diagnostikken og få afklaring af problemet. I øre-næse-hals-specialet kan det, som i denne sygehistorie, være ensidige halssmerter af mere eller mindre atypisk karakter.

### SYGEHISTORIE

En 51-årig mand blev henvist til udredning for intermitterende venstresidige halssmerter, som han havde haft igennem flere år. Smerterne var et par gange blevet tolket som sialoadenitis og behandlet med antibiotika, og en enkelt gang var der foretaget kirurgisk åbning af udførselsgangen til glandula submandibularis sinister. Ingen af behandlingstiltagene havde

haft effekt, og patienten var efterhånden noget frustreret.

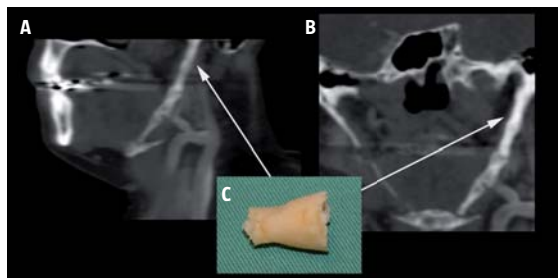
Smerterne var lokaliseret i venstre side af kæbe-partiet, i regio submandibularis bagtil, og intraoralt lateralt for tonsillejet. Ved første vurdering var smerterne ikke til stede, og man fandt ingen årsag til generne. Tre måneder senere var der igen smerter, og nu var der tilkommet en knasende lyd, når patienten bevægede kæben eller drejede hovedet.

Objektivt fandt man en forværring af smerterne ved palpation intraoralt lige lateralt for tonsillejet i venstre side, hvor der også kunne palperes væsentlig mere fasthed end på højre side. En computertomografi (CT) af collum og ansigtsskelettet tydede på ossifikation af ligamentum stylohyoideum på venstre side med kraftig knogledannelse og to pseudoled (**Figur 1**). Højre side var normal. Det blev vurderet, at der var indikation for operation.

Ved operationen blev der lavet incision i forreste ganebues slimhinde lige lateralt for, hvor man lægger en normal tonsillektomiincision. Ca. 3 cm af den forbenede og fortykkede proces blev fridissekeret stumpet og afkortet 2 cm med en knogleafbider. Der blev ikke set nervestrukturer i operationsfeltet, og venstre tonsil blev skånet. Incisionen blev adhæreret med vicryl 4-0 med godt afløb. Der var et ukompliceret postoperativt forløb. Ved afsluttende kontrol efter fire uger var smerterne og den knasende fornemelse forsvundet.

FIGUR 1

**A.** Computertomografi fra siden. **B.** Computertomografi forfra. Bemærk forskellen mellem højre og venstre side. **C.** Operationsfoto. Det fjernede knoglestykke. Pilene viser, hvor det fjernede knoglestykke sad.



## DISKUSSION

Eagles syndrom blev først beskrevet i 1937 af W.W. Eagle. Syndromet ses klassisk hos patienter med symptomgivende forlængelse af processus styloideus eller ossifikation af det stylohyoide ligament og tidligere cervikofaryngeal skade [1]. Skaden kan være iatrogen, som efter en tonsillektomi, eller som følge af et andet traume. En variation heraf er stylohyoid syndrom, hvor der ikke har været nogen kendt forudgående skade. I dag skelnes der sjældent mellem de to, og syndromet kaldes passende også for *stylohyoid complex syndrome* [2].

Igennem årene er der ikke fundet nogen endegyldig patogenese. Forslag er reaktiv ossifikation af ligamentet eller reaktiv forlængelse af processus styloideus efter traume eller inflammation. Ossifikation som en varierende, men normal, del af ældningsprocessen er også et bud [3].

De mest klassiske symptomer er ensidige hals-smerter, eventuelt ved hoveddrejning, og ensidige ansigtssmerter. Andre mere sjældne er: dysfagi, fremmedlegemefornemmelse eller otalgi. Og sjældnere: tinnitus, hovedpine eller a. carotis-syndrom. Symptomerne er relateret til patologiens specifikke anatomiske lokalisation i det stylohyoide kompleks og ses ofte i forskellige kombinationer [4].

Hvis man støder på en kombination af ovennævnte symptomer og ikke har anden god forklaring, er det vigtigt at palpere i området omkring processus styloideus ca. 1 cm posterior og superior for angulus mandibulae og intraoralt i tonsillejet eller lateralt herfor. Man vil, sammenlignet med den uafficerede

side, mærke mere fasthed, evt. knogle, og ved palpation vil man ofte reproducere smerterne. Herefter vil man ved en CT kunne komme diagnosen nærmere. Normale fund på den ikkeafficerede side er en vigtig del af diagnostikken, og man skal vide, at forlængelse af processus styloideus ikke er ensbetydende med symptomer.

Ved milde symptomer kan alene information om syndromet og dets godartede natur være nok. Patienterne henvender sig ofte gentagne gange, og morbiditeten er for nogle betydelig, hvorfor det er vigtigt ikke at overse syndromet. I svære tilfælde kan patienten tilbydes operation med fjernelse af en del af det stylohyoide kompleks og derved forventet lettelse af stramningen og symptomerne. I tidligere studier har man påvist, at operation med fjernelse af en del af det stylohyoide complex havde dokumenteret effekt på symptomerne (for 67-100%’s vedkommende) [2, 5]

**KORRESPONDANCE:** Matilde Mia Lonka, Øre-, Næse- og Halskirurgisk Afdeling, Vejle Sygehus, Kabbeltoft 25, 7100 Vejle. E-mail: matilde@lonka.dk

**ANTAGET:** 3. januar 2012

**FØRST PÅ NETTET:** 27. februar 2012

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen

**TAKSIGELSER:** Lone Ærenlund Rasmussen, Røntgen Afdelingen, Sygehus Lillebælt, Vejle Sygehus, takkes for hjælp med billeder.

## LITTERATUR

1. Eagle WW. Elongated styloid processes. Arch Otolaryngol 1937;25:584-7.
2. Colby CC, del Gaudio JM. Stylohyoid complex syndrome. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2011;137: 248-52.
3. Camarda AJ, Deschamps C, Forest D. Stylohyoid chain ossification: a discussion of etiology. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1989;67:508-20.
4. Monsour PAJ, Young WG, Barnes PB. Styloid-stylohyoid syndrome: a clinical update. Australian Dental J 1985;30:341-5.
5. Secher C, Vesterhauge S, Barfoed C. Processus styloideus elongatus syndromet. Ugeskr Læger 1983;145:574-6.

**Ring til en af os!**

...og få en snak om din nuværende eller kommende praksis!



Uffe  
Haubjerg  
Tlf. 9975 1327



Margit  
Korsgaard  
Tlf. 9975 1299



Karsten  
Nielsen  
Tlf. 9975 1289



**Ringkjøbing  
Landbobank**

Torvet 1 / 6950 Ringkøbing  
praksis@landbobanken.dk / www.landbobanken.dk/praksis

**HAR DU VÆRET UDSAT FOR VOLD?**

Eller trusler om vold?



Kollegialt netværk for læger  
**NETVÆRKS LINJEN 35 38 89 51**