

# Følelsesløshed af hagen som et paraneoplastisk syndrom

Reservelæge Cornelia Rogojan & overlæge Peer Tfelt-Hansen

Glostrup Hospital, Neurologisk Afdeling, og  
Speciallægepraksis i Neurologi, København

## Resume

En 60-årig kvinde konsulterede en neurologisk speciallæge for følelseshed på hagen. Objektivt blev der fundet en bilateral nervus mentalis-afektion. En positronemissionstomografi med fluorodeoxyglukose viste en lokaliseret proces i højre thyroidealap. Hun blev opereret for en lokaliseret thyroideacancer. Seks år senere var hun fortsat følelsesløs på hagen, men var ellers symptomfri. Den bilaterale n. mentalis-neurit var et såkaldt »vagtpostsymptom«.

Termen paraneoplasi refererer til den situation, at der optræder symptomer fjernt fra en malign tumor eller dens metastaser [1]. Man mener, at patogenesen ved neurologiske paraneoplastiske syndromer er dannelse af antistoffer, der reagerer både mod canceren og mod nervevævet.

Påvirkning af nervus mentalis er beskrevet i forbindelse med cancer [2-4]. Det kan dreje sig om lokal indvækst af cancer omkring nerven eller en metastase til mandiblen. Der er dog også beskrevet tilfælde hvor n. mentalis-afektionen optræder, før symptomer på en cancer er til stede andetsteds [2]. I denne situation kan der være mulighed for at behandle en lokaliseret, malign tumor.

Formålet med denne meddelelse er at gøre opmærksom på denne tilsyneladende benigne tilstand, n. mentalis-neurit, som et paraneoplastisk symptom.

## Sygehistorie

En 60-årig kvinde henvendte sig i en speciallægepraksis med problemer med tungen og hagen. Hun var nogle måneder forinden faldet dog uden at slå hovedet. Hun syntes, at hun derefter havde svært ved at styre tungen. De seneste to uger havde hun haft en bedøvet fornemmelse af hagen. Objektivt var der hypæstesi og analgesi i n. mentalis' innervationsområde bilateralt. Den øvrige neurologiske undersøgelse viste normale forhold. Der blev ikke undersøgt for paraneoplastiske antistoffer, som anti-Yo og anti-Hu, da patienten primært blev undersøgt i speciallægepraksis. Hun blev ikke lumbalpunkteret.

En cerebral computertomografi (CT) viste normale forhold. Patienten blev henvist til tumorudredning på Rigshospitalet. Ved en positronemissionstomografi (PET) med fluorodexotyglukose blev der påvist øget aktivitet i højre thyroidealap (**Figur 1**).

Hun blev opereret for en indkapslet thyroideacancer. Den mikroskopiske undersøgelse viste et højt differentieret follikulært karcinom af onkocytær/føtal type.

Patienten var seks år senere i god almentilstand og havde uændret sensoriske udfald i hagen.

## Diskussion

Paraneoplastisk påvirkning af nervesystemet er sjælden. Det er angivet, at kun 0,01% af patienter med cancer får disse syndromer [1]. I Storbritannien blev der således på et år kun fundet 63 patienter med paraneoplastiske syndromer, som blev set af neurologer [5]. De hyppigste syndromer er cerebellar degeneration med ataksi, limbisk encefalitis, encefalomyelitis, mononeuritis multiplex og ren sensorisk neuropati med degeneration af ganglieceller i spinalganglierne.

Det paraneoplastiske neurologiske syndrom optræder ofte, før en tumor er diagnosticeret. I mange tilfælde kan det være svært at diagnosticere den tilgrundliggende cancer. Diagnosen stilles i nogle tilfælde måneder til år efter påvirkning af nervesystemet.

Hjælp til diagnosen af et neurologisk symptom som en neurologisk paraneoplasi kan være påvisningen af antistofferne anti-Hu (specielt småcellet lungekarcinom) og anti-Yo (specielt ovarie- og mammacancer) [1]. Disse antistoffer påvises for tiden på et laboratorium i Tyskland via Statens Serum Institut.

Neuropati af n. mentalis som en paraneoplasi er ikke nævnt i en nyligt publiceret omfattende oversigtartikel om paraneoplasier i nervesystemet [1] og heller ikke i det store arbejde med 63 patienter fra Storbritannien [2], hvorfor denne paraneoplasi må være relativt sjælden. Der er dog gennem årene publiceret flere serier med 5-19 tilfælde af neuropati i hagen [3-5], og hvis man søger på PubMed med søgeordene



Figur 1. Positronemissionstomografi med fluorodeoxyglukose viser opladning i højre thyroidealap.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

*numb chin*, får man 52 hit. Hos ni ud af 19 patienter var hagesymptomet det første tegn på maligniteten [3].

Nogle gange indtræder mental neuropati ved progression eller recidiv af kendt neoplastisk sygdom efter et gennemsnitligt tidsrum på fire år fra diagnostik af neoplasie til debut af hagesymptomet [4]. N. mentalis-neuropati af paraneoplastisk karakter ses især unilateralt, men bilateral affektion forekommer i ca. 10% af tilfældene [4]. Neuropati af n. mentalis ses klinisk som dysæstesi eller føleforstyrrelser fra hagen og op til underlæben med en abnorm følelse af, at læben er hævet [4].

Ved ensidig n. mentalis-neuropati uden oplagt årsag, som for eksempel forudgående blokade af n. lingualis i forbindelse med tandbehandling, bør der gennemføres røntgen af mandibula og eventuel knogleskintigrafi med henblik på at afdække en eventuel lokal årsag til symptomet. Det næste trin i diagnostik er magnetisk resonans (MR)-skanning med gadolinium, der er en sensitiv metode til diagnostik af n. mentalis-involvering [4]. Hvis disse undersøgelser er negative, bør man gå videre med en systemisk undersøgelse for cancer. Mistanken om paraneoplasie styrkes ved påvisningen af anti-Ho- og anti-Yu-antistoffer, men efter vores erfaring kan man ofte ikke påvise disse antistoffer ved klare paraneoplastiske syndromer som for eksempel cerebellar degeneration. Den systematiske

undersøgelse bør inkludere røntgen af thorax og ultralydundersøgelse af abdomen, og hvis disse er negative, bør der udføres en helkrops-PET med fluorodeoxyglukose.

Ved bilateral n. mentalis-afektion bør helkrops-PET med fluorodeoxyglukose udføres, hvis rutineundersøgelserne, røntgen af thorax og ultralydundersøgelse af abdomen viser normale forhold.

I det her beskrevne tilfælde var den bilaterale n. mentalis neurit et såkaldt »vagtpostsymptom«, der ledte til opsporing af en cancer, der var operabel.

Korrespondance: Peer Tfelt-Hansen, Neurologisk Afdeling, Glostrup Hospital, DK-2600 Glostrup. E-mail: tfelt@int.uni2.dk

Antaget: 20 marts 2006  
Interessekonflikter: Ingen

#### Litteratur

1. Darnell RB, Posner JB. Paraneoplastic syndromes involving the nervous system. *N Eng J Med* 2003;349:1543-54.
2. Candler PM, Hart PE, Barnett M et al. A follow up study of patients with paraneoplastic neurologic disease in the United Kingdom. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004;75:1411-5.
3. Gastaut JL, Michel B. Mental neuropathy. *Presse Med* 1984;13:1071-4.
4. Laurencet FM, Anchisi S, Tullen E et al. Mental neuropathy: report of five cases and review of the literature. *Crit Rev Oncol Hematol* 2000;34:71-9.
5. Massey EW, Moore J, Schold SC Jr. Mental neuropathy from systemic cancer. *Neurology* 1981;31:277-81.

## Sentinel node ved lokalrecidiv af mammacancer efter brystbevarende operation

Overlæge Dorthe Teilum, overlæge Niels Kroman & klinikchef Esbern Friis

Rigshospitalet, Brystkirurgisk Klinik

#### Resume

Behandlingen af lokalrecidiv efter brystbevarende operation for mammacancer er simpel mastektomi. Der fremlægges to sygehistorier, hvor man ved recidiv har fundet *sentinel node* (SN). I den første sygehistorie, hvor aksillen tidligere var rømmet, blev der fundet en rask SN. I den anden sygehistorie, hvor der to år tidligere kun var fjernet en SN, blev der fundet en ny SN med mikrometastaser og i aksilfedtet 11 raske lymfeknuder. Det anbefales at anvende SN-teknik med aksilbackup ved recidiv.

Behandlingen af lokalrecidiv af mammacancer (RMC) efter brystbevarende operation (BCS) er mastektomi. Hvis aksillen ved primæroperationen er rømmet for mindst ti lymfeknuder, lades den urørt ved recidivoperationen. I øvrige tilfælde røm-

mes aksillen uden forudgående forsøg på *sentinel node* (SN)-identifikation. Der foreligger ikke systematiske data om lymfedrænen fra mamma efter operation i aksillen i lyset af den viden, SN-identifikation har givet os.

#### Sygehistorier

I. En 52-årig kvinde havde biopsiverificeret RMC profund for cikatricen i højre mammas øvre laterale kvadrant. Der var ingen palpable eller ultrasonisk suspekter lymfeknuder i aksillen, og røntgen af thorax og leverenzym gav ikke mistanke om dissimineret. Elleve år tidligere var der foretaget BCS, hvor aksillen var rømmet for 18 raske lymfeknuder. Postoperativt var der givet adjuverende strålebehandling og fem års endokrin terapi.

Ved reoperationen blev der efter præoperativ information og accept anvendt SN-procedure. Der blev fjernet en SN, og patienten blev mastektomeret. SN var mærket med <sup>99m</sup>Tc-Nanocoll i alt 118Mebq injiceret i fire depoter periareolært dagen før operationen. En lymfesintigrafi efter to timer viste en lymfeknude i højre aksil. Under anæstesen blev der ti minut-