

Otosyfilis

1. reservelæge Jens Højberg Wanscher & overlæge Christian E. Faber

Igennem de seneste ti år er antallet af nydiagnosticerede syfilistilfælde steget [1]. I sekundærstadiet, den latente fase og i tertiærstadiet kan der ses symptomer fra det indre øre, otosyfilis, med deraf følgende risiko for såvel auditive som vestibulære symptomer.

SYGEHISTORIE

En 45-årig hiv-positiv mand debuterede med fluktuerende bilateral om end mest højresidig hørenedsættelse, der opstod over uger, let tinnitus bilateralt, irritation i halsen samt rødlig eksantem specielt på ryggen og overekstremiteterne. Han konsulterede efter nogle uger med symptomer en øre-næse-hals-speciallæge, der ved høreprøve påviste nedsat hørelse uden kendt årsag.

Patienten blev henvist til en lokal høreklub. Desuden konsulterede han en hudlæge, der på baggrund af eksantemet ordinerede hudcreme, som indeholdt binyrebarkhormon.

Patienten kom efter nogle måneders forløb til vanlig hiv-kontrol på Infektionsmedicinsk Afdeling. Relevante hiv-blodprøver var i acceptabelt niveau, og der blev ikke fundet indikation for hiv-behandling. På mistanke om syfilis blev der foretaget relevante sero-

logiske undersøgelser, der var positive (Wassermanns reaktion = 12, *rapid plasma reagin*-test (RPR) = 128, antitilgagel immonoglobulin G = 12, antitilgagel immunoglobulin M = 8 og *fluorescent treponemal antibody*-absorptionstest immunoglobulin G = 4). Lumbalpunktur var negativ for syfilis. Han blev henvist til Øre-Næse-Halskirurgisk Afdeling.

Patienten havde som barn haft en del tilfælde af mellemørebetændelse. Ved otomikroskopi blev set let cikatricielle trommehinder.

Audiometri (se **Figur 1**) viste overvejende perceptiv hørenedsættelse, der var mest udtalt på højre side (*Pure Tone Average* (PTA)_{0,5, 1, 2, 4 kHz} = 55/46), og let påvirket skelneevne på højre side (DL = 24/4). Der kunne kun fremkaldes ipsilaterale stapediusreflekser ved en og to kHz på højre side. Kontralaterale reflekser kunne ikke fremkaldes. Kalorisk prøve og tympanometri var normale.

Magnetisk resonans-skanning af cerebrum samt forholdene omkring ottende kranienerve og det indre øre var ligeledes normale. Specielt blev der ikke set radiologiske tegn til labyrinthitis.

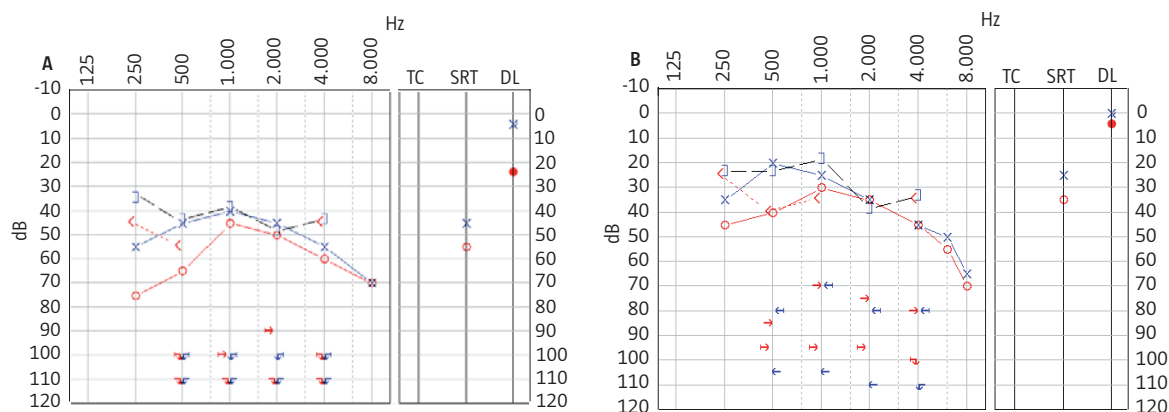
På baggrund af anamnese, klinik og parakliniske fund vurderedes patienten at være inficeret med syfi-

KASUISTIK

Odense Universitets-hospital, Øre-, Næse- og Halskirurgisk Afdeling F

FIGUR 1

Audiometri foretaget ved patientens første besøg (A) på Øre-, Næse- Halskirurgisk Afdeling samt efter ti dages behandling (B).



DL = discrimination loss; SRT = speech reception threshold (SRT); TC = threshold carhart.

o/x = højre/venstresidig umaskeret luftledningstærskel; < = højresidig maskeret benledningstærskel;] = venstresidig umaskeret benledningstærskel; ↗ / ↖ = højre/venstresidig ipsilateral stapediusreflekse; ↘ / ↙ = højre/venstresidig kontralateral stapediusrefleks; ↗ / ↖ = manglende højre/venstresidig ipsilateral stapediusreflekse; ↘ / ↙ = manglende højre/venstresidig kontralateral stapediusrefleks.

lis og at befinde sig i sekundærstadiet eller tidlig latent fase. Hørenedsættelsen blev vurderet betinget af syfilissygdommen. Patienten blev indlagt på Infektionsmedicinsk Afdeling og behandlet med peroralt binyrebarkhormon i syv dage og højdosis intravenøst penicillin i 14 dage efterfulgt af doxycyclinbehandling peroralt i fire uger.

Efter ti dages behandling blev patienten på ny set på Øre-Næse-Halskirurgisk Afdeling, hvor fornyet audiometri (se Figur 1) viste klar bedring i hørenedsættelsen ($PTA_{0,5-4\text{ kHz}} = 38/31$), mens tinnitus var i aftagende.

DISKUSSION

Der er to patoanatomiske forklaringer på otosyfilis. Enten skyldes sygdommen en meningo-neuro-labyrinthitis eller en regelret osteitis, der er forårsaget af *treponema pallidum* i os temporale med sekundær affektion af den membranøse labyrinth. I det indre øre ses en blanding af leukocytinfiltration og obliterativ endarteritis, hvilket fører til endolymfatisk hydroks og progressiv degeneration af den membranøse labyrinth. Fluktuationen i de kokleære og vestibulære symptomer skyldes formentligt episodiske rupturer af den membranøse labyrinth, der er forårsaget af det endolymfatiske hydroks [2, 3].

Vi har her præsenteret et sjældent om end velkendt symptom på syfilis. Fluktuerende hørenedsættelse hos en kendt hiv-positiv patient bør henlede tanker på mulig otosyfilis, der efter relevant behandling fremstår som en af de få reversible ætiologier til sensorineural hørenedsættelse. Det bør erindres, at hiv-infektionen i sig selv omend sjældent kan inducere sensorineural hørenedsættelse [2], men på grund af patientens positive behandlingsrespons antages dette ikke at have været tilfældet hos den beskrevne patient.

Bedring af hørelsen kunne observeres allerede få uger inde i behandlingsforløbet, hvilket enten kan tolkes som værende betinget af selve behandlingen eller af sygdommens velkendte fluktuerende forløb. Dog fører ubehandlet otosyfilis ofte til døvhed, og jo hurtigere man opstarter relevant behandling, des større sandsynlighed er der for bedring af hørelsen [4].

KORRESPONDANCE: Jens Højberg Wanscher, Øre-, Næse- og Halskirurgisk Afdeling F, Odense Universitetshospital, 5000 Odense C. E-mail: wanscher@gmail.com

ANTAGET: 17. december 2009

FØRST PÅ NETTET: 29. marts 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. St-Martin G, Cowan S et al. Syfilis 2008. Epi-nyt 2009; uge 23. København, Statens Serum Institut.
2. Merchant SN, Nadol JB. Otolgic Manifestations of Systemic Disease. I: Cummings CW, Haughey BH et al, eds. Otolaryngology: Head & Neck Surgery. Philadelphia: Mosby, 2005: Kapitel 127.

3. Garcia-Berrocal JR, Gorriz C et al. Otosyphilis mimics immune disorders of the inner ear. Acta Otolaryngol 2006;126:679-84.
4. Dobbin JM, Perkins JH. Otosyphilis and hearing loss: response to penicillin and steroid therapy. Laryngoscope 1983;93:1540-3.