

Bilateral sarkoidose i glandula parotis

Pernille Hahn¹, Annelise Krogdah² & Christian Godballe¹

KASUISTIK

1) Øre-næse-halskirurgisk Afdeling F, Odense Universitets-hospital
2) Afdeling for Klinisk Patologi, Odense Universitetshospital

Hævelse i glandula parotis kan principielt være betinget af infektion, autoimmun sygdom eller neoplasi, men andre årsager skal også overvejes [1].

Vi beskriver et tilfælde af bilateral sarkoidose i glandula parotis, hvor patienten ud over hævelse af parotisregioner ikke havde andre symptomer.

SYGEHISTORIE

En 66-årig kvinde, der var tidligere sund og rask og ikkeryger, blev henvist fra egen otolog til Øre-næse-halskirurgisk Afdeling F, Odense Universitetshospital, med en symmetrisk angulær hævelse.

Hun havde i tre måneder været opmærksom på en uøm, langsomt voksende hævelse på højre side af halsen. Den seneste måned var der tilkommet en tilsvarende hævelse på den venstre side.

Kvinden havde tidligere i en periode lidt af nattevædd og havde også lette, højresidige øresmerter og nakke-hoved-pine. Der havde været et lille, men tilstet væggtab. Hun havde ingen hoste, tørre øjne, mundtørhed eller febrilia. En otolog havde foretaget finnålsaspiration (FNA) fra tumoren på højre side af halsen, men resultatet var inkonklusivt. Ved den objektive undersøgelse blev der set og palperet en fast, uøm udfyldning bilateralt i parotislogen. En efterfølgende ultralydskanning af halsen viste en multilobulær tumor i nedre pol af den højre glandula parotis og flere hypoekkoiske områder i den superficielle lap. På

venstre side fandt man ligeledes et mindre, hypoekkoisk område i nedre parotispol. Der blev ikke fundet kranienerveudfald.

Laboratorieprøver viste marginalt forhøjede calciumion- og alanin-aminotransferase-niveauer, men de øvrige væske- og levertal var alle inden for normalområdet.

Da malignitet ikke kunne udelukkes, indgik patienten i et kræftpakkeforløb, og blev udredt med magnetisk resonans (MR)-skanning af halsen samt helkrops-positronemissionstomografi (PET) og computertomografi (CT).

En ny FNA fra højre glandula parotis viste ikke-nekrotiserende, granulomatøs inflammation. FNA fra den venstre side var uden repræsentativt materiale.

MR-skanningen viste bilateral affektion i begge parotisregioner (**Figur 1**). Ved PET/CT'en fandt man øget optagelse i glandulae parotis, mediastinum omkring hilusregioner og i venstre overarmsknogle. CT'en viste forstørrede lymfeknuder i mediastinum og i begge hilusregioner. Lungeparenkymet var uden infiltrater.

For at få en endelig diagnose og for at udelukke lymfom blev der foretaget en kilebiopsi fra højre glandula parotis. Histologien kunne bekræfte den cytologiske diagnose: ikke-nekrotiserende granulomatøs inflammation, og patienten blev henvist til medicinsk afdeling med henblik på videre udredning og behandling.

DISKUSSION

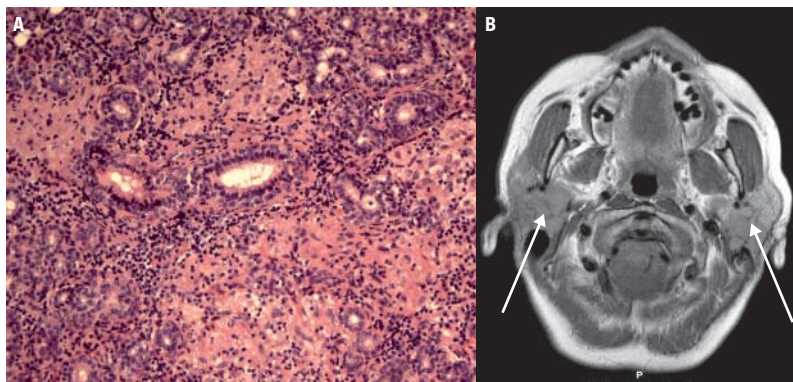
Sarkoidose er en kronisk systemsygdom af ukendt genese. Sygdommen ses hyppigst hos yngre voksne i alderen 20-40 år. Selv om sygdommen hyppigst rammer lungehilus og lungeparenkymet, kan stort set alle organer være involveret. Patienten har typisk hoste, dyspnø og brystmerter. Andre mere vage symptomer kan være nedsat appetit, træthed, feber og væggtab [2]. Dog er ca. halvdelen af patienterne asymptomatiske på diagnosetidspunktet [3].

Diagnosen er en eksklusionsdiagnose og baseres på kliniske og radiologiske fund samt histologisk verifikation af ikke-nekrotiserende granulomer.

Ved sarkoidose er klinisk manifest involvering af glandula parotis ikke sjælden [4]. En frekvens på ca. 4% er angivet i litteraturen [5]. I sjældne tilfælde er bilateral forstørrelse af glandula parotis det eneste symptom som hos patienten i det foreliggende til-

FIGUR 1

A. Spytktælvæv med ikke-nekrotiserende granulomatøs inflammation. B. Magnetisk resonansskanning (T1-vægtet). Begge parotiskirtler har nedsat struktur i den posteriore del. Der ses ingen patologisk kontrastopladdning (pile).



fælde. Spytktirlerne er faste, sædvanligvis uømme og uden måltidsrelateret ændring i størrelse. Hos patienten i sygehistorien fik man mistanke om malignt lymfom, og hun blev udredt i et kræftpakkeforløb, hvilket er forklaringen på den anvendte billeddiagnostik og på, at der blev taget biopsi fra parotis.

Hævelse af glandula parotis hos en i øvrigt rask person kan være det første tegn på sarkoidose. Denne sygehistorie understreger vigtigheden af at inkludere sarkoidose som en differentialdiagnose ved bilateral parotishævelse.

KORRESPONDANCE: Pernille Hahn, Tietgens Alle 1, 5230 Odense M.

E-mail: dr_hahn@yahoo.com

ANTAGET: 18. august 2011

FØRST PÅ NETTET: 24. oktober 2011

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Mandel L, Surattanont F. Bilateral parotid swelling: a review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002;93:221-37.
2. Baughman RP, Lower EE, du Bois RM. Sarcoidosis. *Lancet* 2003;361:1111-8.
3. Dash GI, Kimmelman CP. Head and neck manifestations of sarcoidosis. *Arch Otolaryngol* 1983;109:832-5.
4. James DG, Sharma OP. Parotid gland sarcoidosis. *Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis* 2000;17:27-32.
5. Breyne H, James DG. A tale of two cities. *Sarcoidosis* 1985;2:122-3.

Ekstravasation af kontrast efter koronarangiografi kan forveksles med subaraknoidalblødning på CT

Laura Katrine Buskov¹, Nicolai Kaltoft¹ & Carsten Toftager Larsen²

Cerebral ekstravasation af røntgenkontrast og forbigående neurologiske udfald er tidligere beskrevne komplikationer i forbindelse med brug af større mængder intravasalt administreret kontrastmedium [1-3]. I det følgende beskrives en sygehistorie, hvor cerebral kontrastekstravasation (CKE) efter koronararteriografi (KAG) og perkutan koronarintervention (PCI) blev tolket som subaraknoidalblødning (SAH). Vi diskuterer efterfølgende, hvilken betydning det forventes at have for patienten, og hvordan man i praksis kan afklare denne differentialdiagnostiske problemstilling.

SYGEHISTORIE

En 79-årig mand blev indlagt til subakut KAG pga. ustabil angina pectoris. Patienten havde hypertension og hyperkolesterolemie, men ingen kendt nyresygdom trods forhøjet S-kreatinin (142 mikromol/l) ved indlæggelsen. Der blev udført en teknisk vanskelig PCI med implantation af stent med et forbrug på 500 ml intraarterielt administreret jodholdigt røntgenkontrast (iomeprol 350 mg/ml).

Under og efter proceduren fik patienten motorisk uro, konfusion og nedsat kraft af venstre overekstremitet og forhøjet blodtryk på 210/110 mmHg. Fire timer efter proceduren blev der på mistanke om intracerebral blødning udført akut computertomografi (CT) af cerebrum (CTC) uden brug af intravenøst (i.v.) givet kontraststof (**Figur 1**). Skanningen viste lokaliserede hyperdense forandringer i hjernens over-

fladefurer i begge hemisfærer samt universelt ødem og blev derfor tolket som en stor SAH. På trods af at det var tale om en tom skanning, var der tydelig kontrastopladning i hjernens kar, hvilket dog ikke blev identificeret primært. Acetylsalicylsyre og clopidogrel blev pauseret, og patienten blev observeret tæt. Inden for samme døgn aftog symptomerne, og der blev udført fornyet CTC uden i.v. kontrast 26 timer efter KAG/PCI. Denne skanning viste ingen tegn på SAH, ødem eller iskæmi, og der blev ikke fundet noget abnormt ud over kroniske forandringer i form af atrofi og leukoariose. Patienten blev udskrevet to døgn senere i habituel tilstand.

DISKUSSION

CKE er kasuistisk beskrevet flere steder i litteraturen, men der er kun foretaget begrænset forskning på området. I et enkelt mindre studie fra Tyskland fandt man cerebral ekstravasation hos tre ud af 30 svært syge intensivpatienter [1].

Der er flere teorier om årsagerne til CKE efter infusion af større mængder røntgenkontraststof. Øget permeabilitet af blod-hjerne-barrieren kan ses ved f.eks. hypoksi eller toksisk påvirkning af hjernen. Den heraf følgende ekstravasation af kontrastvæske tænkes at udløse de neurologiske symptomer. Høj alder og nyrepåvirkning anses også for at være risikofaktorer for CKE [2].

Store koncentrationer af ekstravaseret kontrast-

KASUISTIK

- 1) Billeddiagnostisk Afdeling, Gentofte Hospital
- 2) Kardiologisk Afdeling, Roskilde Sygehus