

5. World Health Organization. Report on the Review of Primary Health Care in the African Region. Brazzaville, World Health Organization Regional Office for Africa, 2003.
6. Mills A, Vaughan J, Smith D. District health planning and management: developments required to support primary health care. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1984.
7. Baum F. Health for all now! Reviving the spirit of Alma Ata in the twenty-first century: An introduction to the Alma Ata Declaration. Soc Med 2007;2:34-41.
8. Maciocco G. From Alma Ata to the Global Fund: The history of international health policy. Soc Med 2008;3:36-48.
9. Stopping tuberculosis proves hard to do. Lancet 2007;369:965.
10. Kekki P. Primary health care and the millennium development goals: issues for discussion. World Health Organization. The Global Meeting on Future Strategic Directions for Primary Health Care October 2003.

## Bilateral planocellulær tonsilcancer

Jonas Elmose Mønsted

Denne kasuistik præsenterer et eksempel på synkront bilateralt og planocellulært karcinom i tonsillerne.

### SYGEHISTORIE

En 47-årig mand gik til øre-næse-halslægen, fordi han gennem de foregående fire måneder havde haft en kildrende fornemmelse i højre side af halsen. Det føltes, som om der sad noget i halsen, og det gav ham en trang til at rømme sig og hoste, dog uden at det lindrede. Patienten tilføjede, at der de sidste par uger tilmed var kommet lette smerter ved synkebevægelser. Patienten var ellers upåvirket og angav at være sund og rask, fraset type 1-diabetes og let hypertension. Han havde ikke røget gennem de seneste syv år og havde intet alkoholmisbrug. Ved den objektive undersøgelse fandt man den højre tonsilla pallatina forstørret, fast og med struttende kartegning på overfladen. Den modsatte tonsil syntes helt normal og atrofisk uden tegn til sygdom. Der var ingen forstørrede lymfeknuder på halsen, ligesom resten af øre-næse-hals-undersøgelsen var normal. Patienten blev tonsillektomeret. Under operationen bemærkede man de omdannede forhold på den forstørrede højre tonsil, hvor der var blødningstendens og fibrøse strøg. Den venstre tonsil fjernedes uproblematisk og fremstod helt upåfaldende. Patologisvaret viste ikke uventet, at det var planocellulært karcinom uden frie resektionsrande i den højre ganetonsil, men så kom overraskelsen: Der var også maligne celler i den venstre tonsil, og det drejede sig ligeledes om et planocellulært karcinom (**Figur 1**). Patienten viderehenvistes til Onkologisk Afdeling med henblik på kurativ stråleterapi. Der er i skrivende stund ikke recidiv af tonsilcanceren.

### DISKUSSION

Planocellulært karcinom i oropharynx er en relativ sjælden diagnose med en incidens på fire ud af 100.000 i Danmark. Heraf er i størrelsesordenen 45%

relateret til tonsillerne. Begge køn bliver ramt, men dog med en klar overvægt hos mændene. Aldersdebuten er normalfordelt, og 60-årige har den højeste frekvens. Klassisk er sygdommen relateret til stort alkohol- og tobaksforbrug. I den senere tid er man blevet opmærksom på humant papillomvirus som ætiologisk faktor. Diagnosen stilles ved histologisk undersøgelse af det maligne væv.

Inden for cancerregistreringen opererer man med begreberne synkron og metakrone cancer. Synkron karcinom er en sekundær primærtumor, der identificeres inden for seks måneder fra den primære cancerdiagnose. Metakron cancer er en læsion, der identificeres mere end seks måneder efter, at den primære cancer opdages. En retrospektiv undersøgelse af mere end 1.100 planocellulære karcinomer i hoved- og halsområdet har vist, at op imod 7% udvikler synkron og 9% metakron karcinomer [1]. Dykker man yderligere ind i tallene, finder man, at af de 7% med synkron karcinomer, er 70% registreret med primær tumor i oropharynx. Synkron planocellulære karcinomer i hoved og hals er med andre ord

### KASUISTIK

Øre-næse-hals-afdelingen, Slagelse Sygehus

FIGUR 1

Computertomografi af patient efter tonsillektomi.



noget, man mest ser hos patienter, hvis primære læsion var i oropharynx. Den samme undersøgelse viser endvidere, at de synkrone karcinomer kun i 35% af tilfældene findes i oropharynx. Det vil sige, at halvdel af patienterne med planocellulær oropharynxcancer får deres synkrone tumor i et helt andet område på hoved- og halsslimhinden.

Gennemgår man litteraturen, finder man, at der publiceres flere og flere eksempler på bilateral synkron tonsilcancer [2-5]. Således er det flere gange rapporteret, at man i jagten på en ukendt primærtumor med metastase på halsen har fundet synkron bilateral tonsilcancer i ellers benignt udseende tonsiller. Fælles for alle rapporterede tilfælde er imidlertid, at de også præsenterer mindst en halsmetastase. På baggrund af dette anbefaler Danish Head and Neck Cancer Group da også, at man ved udredning af ukendt primærtumor med metastase på halsen foretager en bilateral tonsillektomi.

### KONKLUSION

Bilateralt planocellulært karcinom i tonsillerne eksisterer i højeste grad, og som denne kasuistik beskriver, findes de også selv om der ikke er metastaser på halsen. Ved en grundig granskning af litteraturen har

man ikke kunnet finde andre eksempler på bilateral synkron tonsilcancer uden metastaser, men vi ved, at synkrone karcinomer i oropharynx forekommer hos ca. hver 14. Derfor kunne man overveje, om en bilateral tonsillektomi burde være rutine i forbindelse med udredning af tonsilcancer. I al fald bør denne historie minde os om, at man, selv om der præsenterer sig en oplagt ensidig tonsilcancer, alligevel skal lede efter den synkrone cancer.

**KORRESPONDANCE:** Jonas Elmose Mønsted, Rødengvej 17, 4180 Sorø.

E-mail: jonas.moensted@dadlnet.dk

**ANTAGET:** 29. september 2009

**FØRST PÅ NETTET:** 10. maj 2010

**INTERESSEKONFLIKTER:** Ingen

### LITTERATUR

1. Erkal HS, Mendenhall WM, Haldun S et al. Synchronous and metachronous squamous cell carcinomas of the head and neck mucosal sites. *J Clin Oncol.* 2001;19:1358-62.
2. Rajenderkumar D, Chan KK, Hayward KA et al. Bilateral synchronous tonsillar carcinoma. *J Laryngol Otol* 1999;113:255-7.
3. Koch WM, Bhatti N, Williams MF et al. Oncologic rationale for bilateral tonsillectomy in head and neck squamous cell carcinoma of unknown origin. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2001;124:331-3
4. Kothari P, Randhawa PS, Farrell R et al. Role of tonsillectomy in the search for squamous cell carcinoma from an unknown primary in the head and neck. *J Oral Maxillo Surg* 2008;46:283-7.
5. Kazak I, Haisch A, Jovanovic S et al. Bilateral synchronous tonsillar carcinoma in cervical cancer of unknown origin primary site (CUPS). *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2003;260:490-3.

## Metforminbehandling giver vedvarende laktatacidose efter hjertestop

Jacob Gamst, Lars Kjærsgaard Hansen & Bodil Steen Rasmussen

### KASUISTIK

Anæstesen, 3. Afdeling,  
Aalborg Sygehus, Århus  
Universitetshospital

Metformin er et biguanid, der blev introduceret i behandlingen af type 2-diabetes i 1950'erne. Metformin har siden vundet stor udbredelse, og det benyttes som førstevalgspræparat ved behandling af overvægtige type 2-diabetikere. Kontraindikationer er nedsat nyre- og leverfunktion samt tilstande med vævshypoksi og *chirurgia major*, idet disse tilstande øger risikoen for laktatacidose. Forekomsten af laktatacidose er dog sjælden; i størrelsesordenen tre per 100.000 patientbehandlingsår [1]. I det følgende beskrives et tilfælde af metforminassocieret laktatacidose (MALA) udløst af cirkulatorisk svigt.

### SYGEHISTORIE

En 61-årig mand faldt uvarslet livløs om. Han havde kendt komorbiditet i form af diabetes mellitus type 2,

der var tabletbehandlet med glimepirid og metformin, og svær adipositas (vægt 140 kg). Lægmænd påbegyndte straks basal hjerte-lunge-redning og alarmerede 112. Ambulance med paramediciner ankom efter cirka ti minutter og fandt patienten livløs med ventrikelflimmer og uden egen respiration. Avanceret hjerte-lunge-redning blev straks påbegyndt med i alt 11 jævnstrømsstød og intravenøs indgift af i alt 450 mg amiodaron og 7 mg adrenalin. Under transporten til det nærliggende lokalsygehus havde patienten alternerende ventrikelflimmer og ventrikulær takykardi. Ved ankomst gjorde man orotrakeal intubation og yderligere to defibrilleringsforsøg, hvorpå patienten opnåede sinusrytme. Der forløb skønsmæssigt 50 minutter, fra patienten faldt om, til stabil egen cirkulation var etableret. Der blev