

Symptomerne, særligt ved spredning til pars petrosa ossis temporalis, er høretab, svimmelhed, hovedpine, tinnitus og nervus facialis-påvirkning [4]. Symptom på metastaser til den indre øregang er oftest perifer facialisparesse [3]. Der er kasuistiske beskrivelser af symptomer fra metastaser i os temporalis som debutsymptom på cancersygdom, om end det er sjældent [5]. Ved både CT og MR-skanninger kan man finde disse læsioner i os temporale. CT vil kunne udelukke metastaser i pars petrosa, hvorimod MR-skanning vil være mere følsom for forandringer i den indre øregang [3, 4]. Ved revision af MR-skanningen i vores sygehistorie fandt man på den T1-vægtede sekvens, specielt før kontrastindgift, sklerotiske metastaser svarende til de beskrevne forandringer på CT'en.

Den onkologiske behandling af disse metastaser og prognosen vil afhænge af primærtumoren. Strålebehandling kan overvejes med henblik på lokal kontrol og smertepalliation, kirurgi kommer oftest kun

på tale ved behov for biotisk verificering eller massepåvirkning af hjernestammen [2, 3].

### KONKLUSION

En patient, der har kendt cancersygdom og som første symptom har akut med indre øre-deficit, uden at der er konstateret indre øre-sygdom, og uden fund på MR-skanning, bør udredes med CT.

**KORRESPONDANCE:** Kristine Grubbe Gregersen, Øre- næse- og halsafdelingen, Slagelse Sygehus, Ingemannsvej 18, 4200 Slagelse.

E-mail: kristinegrubbe@hotmail.com

**ANTAGET:** 3. august 2012

**FØRST PÅ NETTET:** 25. februar 2013

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

### LITTERATUR

1. Gloria-Cruz TI, Schachern PA, Paparella MM et al. Metastasis to temporal bones from primary nonsystemic malignant neoplasms. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2000;126:209-14.
2. Belal A. Metastatic tumours of the temporal bone. J Laryngol Otol 1985;99:839-46.
3. Streitmann MJ, Sismanis A. Metastatic carcinoma of the temporal bone. Am J Otol 1996;17:780-3.

## Eosinofil ascites er en sjælden præsentation af eosinofil gastroenteritis

Peter Thielsen<sup>1</sup>, Shaista Rashid<sup>1</sup> & Louise Laurberg Klarskov<sup>2</sup>

Ascites er en hyppigt forekommende gastromedicinsk problemstilling. I Danmark opstår ascites overvejende på grund af dekompenseret levercirrose eller malign dissemineret sygdom. Sjældnere ses ascites ved højresidigt hjertesvigt, svær kronisk pankreatitis, tuberkulose, vena porta-trombose eller Budd-Chiaris syndrom. I denne sygehistorie beskrives en sjælden ætiologi til ascites, eosinofil gastroenteritis (EGE).

### SYGEHISTORIE

En tidligere rask, 49-årig mand henvendte sig afebril, med ømt abdomen, der var blevet tiltagende udspilet igennem tre uger. I samme periode havde han haft obstipation og en vægtøgning på seks kilo. Han havde ingen kendt allergi, havde ikke for nylig været på udlandsrejse og brugte ikke fast medicin eller kosttilskud. Han havde intet alkoholoverforbrug eller andet misbrug. På mistanke om ileus udførte man en computertomografi, der viste ascites og fortykkede tynd-

tarmsslynger. Der blev udtømt 5 l skyet ascitesvæske med svært forhøjet polynukleært celledtal på  $4,4 \times 10^9/l$ . Patienten fik empirisk piperacillin/tazobactam 4/0,5 g  $\times$  3 dagl.

På mistanke om malign årsag blev der udført eksplorativ laparoskopi, hvor man fandt normale forhold, fraset et benignt udseende plaque på diafragma. Biopsier herfra viste bindevævsinfiltration med eosinofile granulocytter (**Figur 1**). Ascitesvæske, der var udtaget under laparoskopi, var ligeledes domineret af eosinofile granulocytter og uden maligne celler.

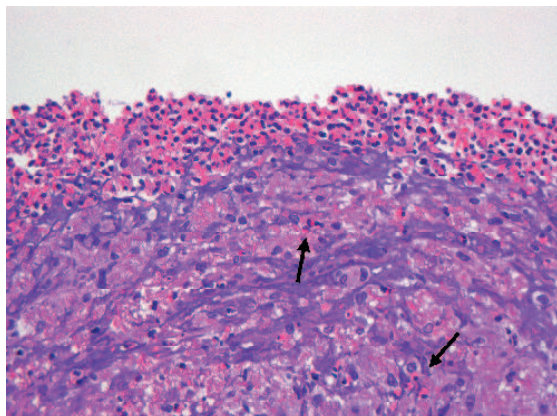
Biokemisk var der normale levertal inkl. *international normalized ratio*. Koncentrationen af C-reaktivt protein var 27 mg/l. Leukocytallet var  $16,4 \times 10^9/l$  med eosinofile granulocytter på  $10,4 \times 10^9/l$  (normalområde:  $< 0,45 \times 10^9/l$ ). Koncentrationerne af hæmoglobin og trombocytter var normale. Under søgelse af afføringsprøver for patogene bakterier og

### KASUISTIK

- 1) Gastroenheden, Herlev Hospital
- 2) Patologisk Afdeling, Herlev Hospital


**FIGUR 1**

I en biopsi fra diafragma ses en kappe af eosinofile granulocytter i den peritoneale overflade (øverst) og infiltration med eosinofile i det underliggende bindevæv (pile) (hæmatoxylin-eosin-farvning  $\times 400$ ).



parasitter gav negativt resultat. Røntgen af thorax viste normale forhold. Gastroskopi og ileokoloskopi viste makroskopisk normale forhold, og biopsier herfra viste et øget antal eosinofile granulocytter i både duodenal- og colonslimhinde, dog ikke i en tilstrækkelig mængde til at være diagnostisk for EGE.

Analyse af knoglemarv og perifert udstryg viste reaktive forandringer med et svært forhøjet antal eosinofile granulocytter. Udvidede molekylærbiologiske og cytogenetiske undersøgelser gav ikke holdpunkter for hæmatologisk sygdom. Efter ascitesdrænage og antibiotisk behandling bedredes patientens tilstand væsentligt.

En ultralydundersøgelse fire uger senere viste fuld regression af ascitesvæske og et fald i koncentrationen af eosinofile granulocytter til  $0,67 \times 10^6/l$  i perifert blod.

## DISKUSSION

EGE blev første gang beskrevet i 1937 [1]. Det er en sjælden tilstand, der er karakteriseret ved eosinofili i gastrointestinalt væv og perifert blod uden en udløsende årsag i form af infektion, allergi eller malign sygdom. I gastrointestinalkanalen ses segmentær eller diffus infiltration med eosinofile granulocytter med mulig involvering af alle afsnit; affektion af lever og pancreas ses sjældent. Ifølge *Klein* kan EGE subclassificeres afhængigt af den primære eosinofili i tarmvæggen: mucosa, muscularis eller subserosa [2].

Eosinofil ascites (EA) er en manifestation af EGE med primær subserosal involvering, hvor eosinofili i tarmmucosa kan være fraværende.

Differentialdiagnostisk skal man udelukke hypereosinofilt syndrom (HES), der kan begynde med EGE. Ved HES er der også infiltration i andre organsystemer, og HES kan transformere til en malign hæmatologisk tilstand.

Incidensen af EGE er meget lav med en let øget forekomst hos midaldrende mænd. EGE er associeret til atopi hos 80%, fødevarerallergi hos 62%, og der ses en tendens til familiær disposition [3].

Som i dette tilfælde er EGE i få andre kasuistikker beskrevet med et godartet forløb med spontan remission i løbet af uger [4]. Særligt er forløbet af EA ofte favorabelt. Ved behov for behandling er prednisolon 20-40 mg dagl. i 14 dage med efterfølgende hurtig nedtrapning meget effektivt og giver høj remissionsrate [5]. Forløbet er sjældent kronisk-relapserende med beskrevet steroidbesparende effekt af montelukast.

Denne sygehistorie understreger vigtigheden af en differentiering af ascitesvæsken, inkl. eosinofile granulocytter, ved uafklaret ascites med højt polynukleært celledetal.

**KORRESPONDANCE:** Peter Thielens, Gastroenheden, Herlev Hospital, Herlev Ringvej 75, 2730 Herlev. E-mail: peterthielens@dadlnet.dk

**ANTAGET:** 26. september 2012

**FØRST PÅ NETTET:** 25. marts 2013

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen

## LITTERATUR

1. Kaijser R. Zur Kenntnis der allergischen Affektionen des Verdauungskanal von Standpunkt des Chirurgen aus. Arch Klin Chir 1937;1888:36-64.
2. Klein NC, Hargrove R, Sleichenger M et al. Eosinophilic gastroenteritis. Medicine 1970;49:299-319.
3. Hepburn I, Sridhar S, Schade R. Eosinophilic ascites, an unusual presentation of eosinophilic gastroenteritis: a case report and review. World J Gastrointest Pathophysiol 2010;1:166-70.
4. Liao WH, Wei KL, PO-Yen-Lin et al. A rare case of spontaneous resolution of eosinophilic ascites in a patient with primary eosinophilic gastroenteritis. Chang Gung Med J 2012;35:354-8.
5. Bleibel F, Fragoza K, Faller G. Acute eosinophilic ascites in a middle-aged man. Case Rep Gastrointest Med 2012;2012:896523.