

Metastase til os temporale som årsag til akut vestibulært syndrom og hørenedsættelse

Kristine Grubbe Gregersen¹ & Søren Hansen²

KASUISTIK

1) Øre-næse-halsafdelingen, Slagelse Sygehus
2) Øre-næse-halskirurgisk Klinik, Rigshospitalet

Metastaser til os temporale er en sjælden, men velbeskrevet årsag til vestibulært syndrom og hørenedsættelse. Beskrivelserne er dog primært kasuistiske rapporter og ældre opgørelser fra udlandet.

Det kan være en differentialdiagnostisk overvejelse til langt hyppigere årsager som morbus Meniere og *sudden deafness* hos patienter med kendt cancersygdom.

SYGEHISTORIE

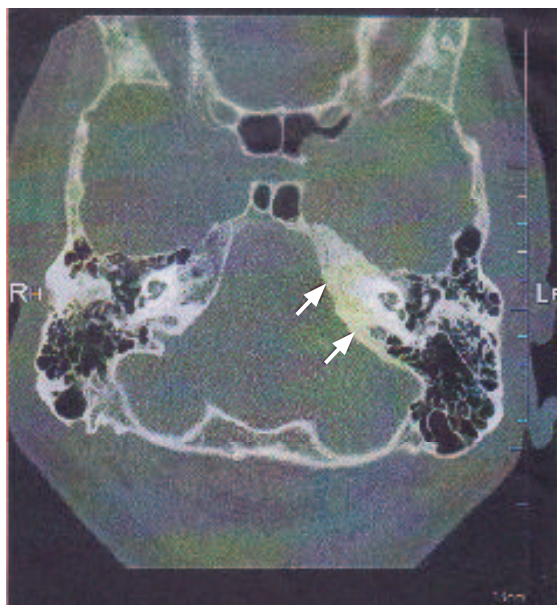
En 61-årig mand med kastraktionsrefraktær prostatacancer og scintigrafiverificerede knoglemetastaser i det aksiale skelet samt en koncentration af prostata-specifikt antigen (PSA) på 234 mikrogram/l blev indlagt på en urologisk afdeling efter pludseligt opstået rotatorisk svimmelhed og kvalme. Efter to dage tilstødte der venstresidig hovedpine, trykkende øresmerter og intermitterende kraftig tinnitus på venstre side. Hørelsen forsvandt herefter fuldstændigt på venstre øre. En magnetisk resonans (MR)-skanning af cerebrum, hjernestamme og cerebellum viste ingen tegn til metastaser. Ved otoneurologisk tilsyn fandt man normal funktion af kranienerven bortset fra n. vestibulocochlearis, hvor der var tydeligt deficit på venstre side. En otomikroskopi viste normale forhold

bilateralt fraset ikkeobstruerende øregangseksostoser. Rombergs test var tydeligt positiv mod venstre, og der var blikretningsnystagmus mod højre. *Head-shake*-test gav mange kompensatoriske nystagmus-slag mod højre, men impulstesten var usikker på grund af spændinger i nakken. Dix-Hallpikes undersøgelse og lateral buegangstest for benign paroxys-tisk positionel vertigo kunne ikke fremprovokere nystagmus eller subjektiv svimmelhed. En audiometri viste funktionel anakusi på venstre side og ingen stapediusreflekser på venstre side, hverken kontra- eller ipsilateralt. Der blev ikke foretaget yderligere vestibulærdiagnostik.

Da MR-skanning var uden resultater, og de fleste undersøgelser var forenelige med destruktion af cochlea og det vestibulære apparat på venstre side, blev patienten skannet med computertomografi (CT). Pars petrosa ossis temporalis på venstre side og tilstødende os occipitale viste øget sklerosering, som er foreneligt med knoglemetastaser. I øvrigt var der normale skanningsfund omkring indre øre. Patientens svimmelhed aftog efter vestibulær rehabiliterings-øvelser. Hørelsen blev subjektivt en smule bedre, hvilket dog ikke var forventeligt. Patienten blev via en onkologisk afdeling tilbudt behandling med docetaxel, standard kemoterapi til metastaserende prostatacancer og fik også palliativ strålebehandling mod basis cranii samt ¹⁵³samarium på grund af tiltagende symptomer. Patienten døde fire måneder senere, kort efter udvikling af et medullært tværsnitssyndrom.

DISKUSSION

Metastaser til os temporale kan være asymptomatiske, og den sande prævalens kendes ikke. En autopsiundersøgelse har vist spredning til os temporale hos mere end 20% med kendt dissemineret cancer, hvoraf en tredjedel var asymptomatiske [1]. I en tidligere opgørelse angives incidensen til 3% hos patienter med metastaserende cancersygdom [2]. De hyppigste cancerformer med spredning hertil er adenokarcinomer fra mammacancer, cancer i lunger/bronkier, i nyrer, gastrointestinalkanalen og prostata med aftagende hyppighed [2, 3]. Spredning foregår oftest hæmatogent, og temporalbenet vil sjældent være det eneste sted for metastaser.



Computertomografi af os temporale. Metastase i pars petrosa sin. (pile).

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 facialisparese [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 Thielsen¹, Shaista Rashid¹ & Louise Laurberg Klarskov²

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 celledetal 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