

Kolesteatom skal udelukkes i tilfælde af længerevarende øreflåd

Alexander Fjaeldstad, Therese Ovesen & Anders Britze

KASUISTIK

Øre, Næse, Hals-
afdelingen,
Aarhus
Universitetshospital

Ugeskr Læger
2014;176:V08140453

Kolesteatom er en knogledestruerende cystisk vækst af keratiniserende pladeepitel i mellemøret. De fleste tilfælde opstår fra trommehinden med kronisk/recidiverende otitis media som primær risikofaktor [1]. Der er ca. 400 nye tilfælde om året i Danmark, og incidensen er markant højere hos børn end hos voksne [2]. I samtlige tilfælde opereres patienterne kort efter diagnostidspunktet for at begrænse omfanget af alvorlige komplikationer såsom irreversibel beskadigelse af hørelse og balance samt potentielt livstruende intrakranielle infektioner og otolitikvorré.

Kardinalsymptomet er øreflåd, som kan være ildelugtende og blodigt. Typisk responderer sekretionen kun kortvarigt på behandling med steroid-/antibiotikaholdige øredråber. Som sygdommen skrider fremad, kan der forekomme smerter, alle grader af konduktivt høretab, svimmelhed, smagsforstyrrelser og i fremskredne tilfælde påvirkning af n. facialis.

Formålet med denne kasuistik er at beskrive konsekvenserne af udbredt kolesteatom og dermed nødvendigheden af tidlig diagnostik hos patienter med øreflåd.

SYGGEHISTORIE

En seksårig dreng, som flere gange tidligere var blevet behandlet for akut otitis media og sekretorisk otitis media, bl.a. med drænanlæggelse, havde i fire år

haft intermitterende højresidigt øreflåd. Patienten blev henvist til vurdering på Øre, Næse, Halsafdelingen på Aarhus Universitetshospital. Ved anamneseoptagelsen var der ingen beretning om svimmelhed, men ved nærmere uddybning af drengens leg og opførsel viste det sig, at han aldrig ville køre på karrusel eller gyng og aldrig havde lært at cykle. Deltagelse i fodboldspil og anden leg med løbeaktiviteter var sparsom, og drengen tog indimellem små korrigerende skridt til siden under løb.

Ved otomikroskopi fandtes højresidigt flåd og detritus. Audiometri afslørede et maksimalt konduktivt høretab på højre side. Der blev foretaget operativ eksploration af højre mellemøre og mastoidektomi, hvorved der afslørede et monstrøst kolesteatom, der udfyldte hele mellemøret og mastoidet. Der var blotning af hele sinus sigmoideus, en 3 × 3 cm stor blotning af dura i fossa posterior samt fistler til både superiore og laterale buegang. Endvidere fandtes n. facialis blottet, og bagerste øregang var borteroderet.

Kolesteatomet blev fjernet operativt sammen med incus, stapes' suprastrukturer og chorda tympani (Figur 1). Temporalisfascie blev lejret henover den blottede dura, sinus sigmoideus og fistlerne til buegangene, hvorefter øregangsvæggen blev rekonstrueret med kortikal knogle. Peroperativt blev der i.v. indgivet cefuroxim 1.000 mg, hvorefter der blev givet en uges amoxicillin-clavulansyre-behandling.

Af hensyn til infektionsrisiko blev pneumokokantistofniveauet bestemt og fundet sufficient.

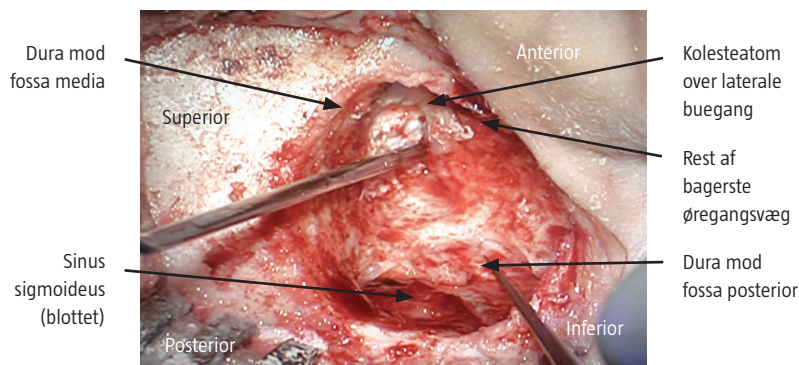
I efterforløbet havde patienten uændret balance, men var dog begyndt at cykle. Han blev henvist til yderligere rehabilitering i afdelingens vestibulære klinik. Hørelsen fandtes udslukt på det opererede øre, hvilket tilsyneladende ikke voldte problemer i det daglige. Der blev planlagt diffusionsvægtet MR-skanning et år postoperativt samt CT af ossa temporalia for dels at erkende evt. recidivkolesteatom, dels planlægge operation, der involverede komplet petrosektomi og blindlukning af øregangen.

DISKUSSION

Øreflåd hos børn er relativt almindeligt forekommende, hvorfor der er stor risiko for at overse et til grundliggende kolesteatom i denne aldersgruppe,

FIGUR 1

På dette stadium af operationen er størstedelen af kolesteatomet fjernet. Der ses blotning af fossa posterior samt sinus sigmoideus på billedet.



Dura mod fossa media

Superior

Anterior

Kolesteatom over laterale buegang

Rest af bagerste øregangsvæg

Sinus sigmoideus (blottet)

Posterior

Dura mod fossa posterior

Inferior



TABEL 1

Komplikationer i forbindelse med et kolesteatom kan forekomme både intrateporalt og intrakranielt [4]. Sen diagnostik øger risikoen for komplikationer.

Intrateporalt	Intrakranielt
Nervus facialis-paralyse	Meningitis
Fistler til buegange	Lateral sinustrombose
Suppurativ labyrinthitis	Ekstradural absces
Subperiostal mastoid absces	Intracerebral absces

hvor incidensen af kolesteatom netop er højest. Særligt ved purulente og kroniske/recidiverende flådtildælde skal kolesteatom overvejes differentialdiagnostisk, og generelt disponerer kroniske øreproblemer til sygdommen, idet der ses en mere end femdobling af kolesteatomincidensen hos børn med flere end fire drænanlægninger end hos børn med én drænanlægning [1].

Formålet med den kirurgiske behandling af kolesteatom er at fjerne alt patologisk væv, sekundært at forhindre høretab. Sidstnævnte opnås bedst ved bevarelse af meatus acusticus externus, men i tilfælde af utilstrækkelig eksponering af kolesteatomet eller ved udbredt destruktion af strukturer i mellemøret og det indre øre bliver mere ekstensiv kirurgi nødvendig – på bekostning af hørelsen [3]. Ved store forsinkelser i diagnosticeringen stiger risikoen for alvorlige intrateporale og intrakranielle komplikationer, som hos patienten i sygehistorien (Tabel 1) [4].

Alle patienter med mere end to måneders konstant eller intermitterende øreflåd, som ikke ophører permanent efter behandling med steroid-/antibiotikaholdige øredråber, skal undersøges for kolesteatom. Svimmelhed fra småbørnsalderen viser sig ved valg af leg, og der skal spørges specifikt til aktiviteter, der kræver balance, samt observeres gang og løb.

Hvis ikke en praktiserende øre-næse-hals-læge med sikkerhed kan udelukke kolesteatom som årsag til øreflåd, bør der henvises til en ørekirurg mhp. endelig diagnostik ved eksplorativ tympanotomi evt. forudgået af *non-echo planar imaging*-diffusionsvægtet MR-skanning [5].

SUMMARY

Alexander Fjaeldstad, Therese Ovesen & Anders Britze:

Cholesteatoma must be considered in case of recurrent ear discharge

Ugeskr Læger 2014;176:V08140453

This case report describes delayed cholesteatoma detection in a six-year-old boy with recurrent ear discharge since the age of two with no history of vertigo. Removal of the cholesteatoma disclosed facial nerve dehiscence, exposure of the sigmoid sinus and the dura covering the posterior fossa, as well as two fistulas to the semicircular canals. Erosive breaches of extra- to intracranial barriers entail a risk of developing severe intracranial infections, cerebrospinal fluid leakage, irreversible deafness, and loss of vestibular function. Therefore, early diagnosis of cholesteatoma is of utmost importance.

KORRESPONDANCE: Alexander Fjaeldstad, Øre, Næse, Halsafdelingen, Aarhus Universitetshospital, Nørrebrogade 44, 8000 Aarhus C. E-mail: Alefja@rm.dk

ANTAGET: 9. oktober 2014

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 15. december 2014

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

LITTERATUR

- Spilsbury K, Miller I, Semmens JB et al. Factors associated with developing cholesteatoma: a study of 45,980 children with middle ear disease. *Laryngoscope* 2010;120:625-30.
- Djurhuus BD, Faber CE, Skyttke A. Decreasing incidence rate for surgically treated middle ear cholesteatoma in Denmark 1977-2007. *Dan Med Bull* 2010;57(10): A4186.
- Osborn AJ, Papsin BC, James AL. Clinical indications for canal wall-down mastoidectomy in a pediatric population. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2012;147:316-22.
- Youngs R. Discharge from the ear. *BMJ* 2014;348:g150.
- Dornhoffer JL, Friedman AB, Gluth MB. Management of acquired cholesteatoma in the pediatric population. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2013;21: 440-5.