

Endobronkialt leiomyom er en sjælden årsag til recidiverende pneumoni

Laurits Frøssing & Pia Holland Gjørup

KASUISTIK

Lungemedicinsk
Afdeling, Regions-
hospitalet Holstebro

Ugeskr Læger
2015;177:V05150440

Primært pulmonalt leiomyom er en sjælden, benign neoplasie, der udgår fra glatmuskelceller og udgør mindre end 2% af alle benigne neoplasier i lungerne. Leiomyom indeles i parenkymatøse, endobronkiale og endotracheale tumorer [1]. Symptomatologien afhænger af lokalisationen og graden af obstruktion.

De parenkymatøse tumorer bliver oftest fundet tilfældigt og er asymptomatiske. De tracheale opdages oftest ved astmalignende dyspnø og øvre luftvejsobstruktion, mens de endobronkiale oftest opdages ved obstruktiv pneumoni og atelektase [2].

I en retrospektiv opgørelse fra 2009 rapporterede man om 108 tilfælde af endobronkialt leiomyom, hvor patienterne havde en medianalder på 35 år og ligelig kønsfordeling [2].

Man har i studier foreslået bronkoskopisk intervention til polypøse tumorer, der alene er lokaliseret intraluminært. Ved store bredbaserede tumorer er der risiko for inkomplet resektion, hvorfor der klassisk anbefales kirurgi, f.eks. lobektomi [1, 2].

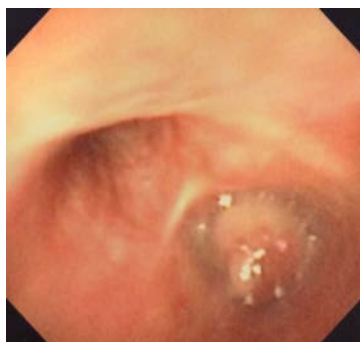
SYGEHISTORIE

En 17-årig kvinde, der var af tamilsk oprindelse, ikke-ryger og behandlet for astma gennem et år, blev indlagt med hoste, febrilia, klart ekspektorat og turevise anfald af svær dyspnø. Ved stetoskopi var der højresidig dæmpning, men ingen bronkospasme. Der var ingen effekt af inhalationsbehandling med β_2 -agonist.

Biokemisk fandt man forhøjede infektionsparametre, og en konventionel røntgenoptagelse (CXR) af thorax viste højresidig pneumoni og atelektase.

FIGUR 1

Højre hovedbronkie med en ikke-passabel tumor.



Pneumonien blev initialt behandlet med G-penicillin. Da det ikke gav klinisk respons, blev der behandlet med et cefalosporin og slutteligt med piperacillin/tazobactam. Atelektasen blev behandlet med *continuous positive airway pressure*, hvilket resulterede i voldsom hoste og forværring af dyspnøen.

Det var den fjerde gang i løbet af halvandet år, at patienten blev indlagt med højresidig røntgenverificeret pneumoni. Der blev foretaget mikrobiologisk undersøgelse af blod og ekspektorat, herunder undersøgelse for atypisk pneumoni og tuberkulose. Som ved de foregående indlæggelser gav alle undersøgelser negative resultater.

Ved nærmere gennemgang af anamnesen beskrev patienten, at hun i de seneste to år havde haft vedvarende hoste og ledsagende svær dyspnø, intermitterende febrilia samt et vægttab på 15 kg. Seneste udlandsrejse var to måneder til Indien halvandet år tidligere. Hun var ikke blevet eksponeret for fugle eller husdyr i øvrigt.

På grund af de recidiverende pneumonier, udtalte almensymptomer og manglende klinisk respons på antibiotika blev der foretaget en lavdosis CT (LDCT) af thorax. Denne viste en opladende bløddelsforandring i højre hoved- og underlapsbronkie, infiltrative forandringer samt partiel atelektase af under- og mellemlemlap. På denne baggrund blev der udført fleksibel bronkoskopi, og man fandt en stor, pendulerende og ikkepassabel tumor i højre hovedbronkus (**Figur 1**). Histologien viste leiomyom. Patienten blev overflyttet til en øre-næse-hals-kirurgisk afdeling, hvor man ved en rigid bronkoskopi foretog kirurgisk excision af tumoren samt elektro- og laserkoagulation. Efter seks måneder var hun bronkoskopisk recidivfri og havde næsten normal lungefunktion.

DISKUSSION

Endobronkialt leiomyom er en sjælden lungetumor, som oftest viser sig med pneumoni og atelektase. Normalt resultat af CXR udelukker ikke leiomyom, og selv ved LDCT kan processen ikke altid visualiseres, men mistanken kan forstærkes. Vigtigst for diagnosen er direkte visualisering og bioptering ved hjælp af fleksibel bronkoskopi.

Histologisk differentierer man primært pulmonalt leiomyom fra ekstrapulmonalt benignt metastaserende

leiomyom og *low-grade*-leiomyosarkom, ved at der er lav grad af mitotisk aktivitet, negative hormonreceptorer og benign cytoskeletstruktur [2].

Ved radiologiske undersøgelser er den effektive strålebelastning individuel. Gennemsnitligt angives for thoraxundersøgelser 1-1,5 mSv ved LDCT og 0,1 mSv ved CXR [3]. Således modsvarer en LDCT ca. ti CXR eller baggrundsstrålingen i Danmark i godt seks måneder og giver derfor mulighed for også hos yngre patienter at gå videre i udredningen af et vedvarende infiltrat, uden væsentligt forøget strålebelastning. Som foreslået af *Saghir et al* diskuteres sågar muligheden for at bruge LDCT som primært profylaktisk tiltag i Danmark hos patienter, der er i risiko for at have lungecancer [4].

Formålet med denne kasuistik var at belyse en sjælden årsag til recidiverende pneumoni og opfordre til opfølgning med CXR af thorax seks uger efter påvist pneumoni som anbefalet af Dansk Lungemedicinsk Selskab [5]. Ved mistanke om bagvedliggende patologi kan den relativt strålefattige LDCT vælges som næste skridt, og sygehistorien illustrerer, at dette ikke blot er relevant hos ældre rygere.

SUMMARY

Laurits Frøssing & Pia Holland Gjørup:

Endobronchial leiomyoma is a rare cause of recidivating pneumonia

Ugeskr Læger 2015;177:V05150440

Leiomyomas arise from the smooth muscle cells of the lung and account for less than 2% of all benign tumours of the lung. Symptomatology is based on the degree of bronchial obstruction. Endobronchial leiomyomas often present with obstructive pneumonia and atelectasis. We present a case report of a 17-year-old woman who had pneumonia of the right lower lobe. The anamnesis revealed three previous hospitalizations over the last one and a half years due to pneumonia of the right lung. A diagnosis of primary endobronchial leiomyoma was made on the basis of histopathology and immunohistochemistry obtained during bronchoscopy.

KORRESPONDANCE: Laurits Frøssing. E-mail: lauritsfrossing@hotmail.com

ANTAGET: 30. september 2015

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 30. november 2015

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

LITTERATUR

1. Park JS, Lee M, Kim HK et al. Primary leiomyoma of the trachea, bronchus, and pulmonary parenchyma – a single-institutional experience. *Eur J Cardio Thoracic Surg* 2012;41:41-5.
2. Dmello D, Javed A, Espiritu J et al. Endobronchial Leiomyoma. *J Bronchology Interv Pulmonol* 2009;16:49-51.
3. National Cancer Institute. Computed tomography (CT) scans and cancer. National Institutes of Health 2013. www.cancer.gov/about-cancer/diagnosis-staging/ct-scans-fact-sheet. (12. okt 2015).
4. Saghir Z, Dirksen A, Ashraf H et al. Screening for lungecancer med lavdosis-CT kræver grundige overvejelser. *Ugeskr Læger* 2015;177:V06140341.
5. Frandsen JL, Nielsen TL, Weinreich UM. Pneumoni – initial undersøgelse og behandling. København: Dansk Lungemedicinsk Selskab, 2010.