

Carotis interna som pulserende udfyldning i pharynx

Stian Wærsted & Thomas Dethloff

KASUISTIK

Øre-næse-hals-afdelingen, Nord-sjællands Hospital

Ugeskr Læger
2016;178:V02160104

I denne sygehistorie beskrives et aberrant forløb af a. carotis interna som årsag til globulusfornemmelse, hoste og periodevis fejlsynkning. Fiberlaryngoskopi og CT var afgørende diagnostiske redskaber.

SYGEHISTORIE

En 69-årig kvinde søgte egen læge pga. globulusfornemmelse, kronisk ikkeproduktiv hoste og periodevis fejlsynkning. Symptomerne var mest udtalte i hvile og tydeligst om aftenen. Hun havde ingen smerter og ingen almen- eller B-symptomer i øvrigt. Stemme og vejrtrækning var upåvirket. Fraset medicinsk behandlet hypertension og syrepumpehæmmer (PPI)-behandlet reflux var hun rask. Hun blev henvist til en øre-næse-hals-læge.

Ved almindelig inspektion af cavum oris og oropharynx sås der upåfaldende forhold. Ved nasal fiberlaryngoskopi kunne der på oro-hypopharynx's bagvæg højresidigt ses en ca. 3 × 3 cm stor, tydeligt pulserende udfyldning, der strakte sig ind til midtlinjen (**Figur 1**). Den overliggende slimhinde var upåfaldende. Der sås normale forhold i endolarynx, og der var ingen tegn på reflux.

På mistanke om en arteriel malformation blev der udført CT med kontrast (**Figur 2**). Denne viste en slyngget, moderat dilateret a. carotis interna, beliggende posterioort for svælget. Der var ingen tegn til aneurisme.

Patienten blev henvist til en karkirurgisk afdeling, hvor man ved duplexskanning fandt en meget slyngget a. carotis interna, men ikke fandt indikation for yderligere tiltag. Patientens forløb i hospitalsregi blev afsluttet. Ved opfølgning efter 18 måneder var hendes symptomer uændrede. Der blev ikke foretaget yderligere udredning.

DISKUSSION

Et aberrant forløb af a. carotis interna er ikke i sig selv sjældent. Ved et anatomisk studie på 282 lig fandt man et lige forløb hos 67,7% og buede/*coil*'ede forløb hos 22,3%. Buede forløb med relation til den faryngeale væg – som hos patienten i sygehistorien – blev fundet hos 2,84% [1].

Et symptomgivende eller visuelt synligt aberrant forløb med frembulning i den faryngeale væg er til gengæld meget sjældent, omend ikke ukendt. Tilstanden findes primært kasuistisk beskrevet [2].

Årsagen til symptomerne hos patienten i sygehistorien kan diskuteres. En sandsynlig forklaring kan være, at aldersbetingede forandringer i karvæggen og hypopharynx' bagvæg har ladet udfyldningen vokse, og den derved blev symptomgivende.

Reflux er en særligt relevant differentialdiagnose, idet patienten var i PPI-behandling. Undersøgelsen viste dog ingen objektive tegn til insufficiet refluxsbe-

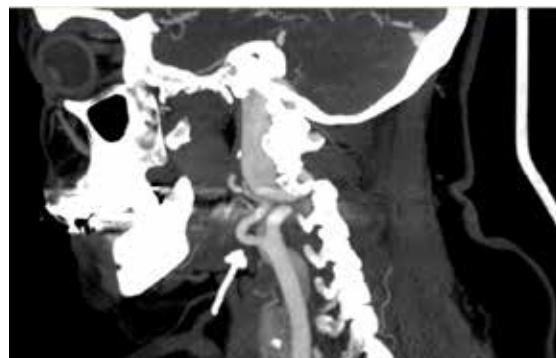
FIGUR 1

Indblik til pharynx via nasal fiberlaryngoskopi, hvor udfyldningen ses tydeligt.



FIGUR 2

CT med kontrast viser tydeligt den aberrant forløbende a. carotis interna.



handling, hvorfor dette næppe er forklaringen på patientens symptomer.

Ved globulusfornemmelse og dysfagi er det differentialdiagnostisk meget vigtigt at overveje malignitet, som f.eks. hypopharynxcancer eller øsofagus-cancer, hvor lignende symptomer ses [3].

Aneurisme er en anden relevant differentialdiagnose, hvor billeddiagnostisk udredning er vigtig. Der findes kasuistiske beskrivelser af carotis interna-aneurismer med f.eks. synkebesvær og cerebrale embolier til følge, hvor kirurgisk intervention i form af bl.a. bypass af a. carotis interna var en nødvendig og effektiv behandling [4].

Struma, Zenkers divertikel og myasthenia gravis er også relevante differentialdiagnoser ved dysfagi og globulusfornemmelse.

Ved kirurgiske indgreb i pharynx og c. oris, som f. eks. incision af peritonsillær absces, tonsillektomi og tumorresektion øger en aberrant carotis interna risikoen for alvorlige komplikationer i form af blødning [2]. Man bør som kirurg altid foretage palpation og inspektion af området for netop at udelukke disse sjældne, men potentielt fatale anomalier før udførelse af kirurgi.

Et vigtigt aspekt ved denne sygehistorie er, at den pulserende udfyldning ikke kunne visualiseres ved almindelig inspektion af cavum oris og oropharynx. Kun med fiberskop kunne udfyldningen ses.

Patienter med vedvarende globulusfornemmelse og/eller synkeproblemer med evt. ledsagende hoste eller smerter bør altid henvises til en øre-næse-hals-speciallæge med henblik på udredning, herunder fiberskopi og evt. skanning for at udelukke malignitet eller anden patologi. Almindelig klinisk undersøgelse vil ikke nødvendigvis afsløre den bagvedliggende patologi. Udfyldninger som hos patienten i sygehistorien bør medføre umiddelbar henvisning til skanning, f.eks. CT eller MR-angiografi.

SUMMARY

Stian Wærsted & Thomas Dethloff:

The internal carotid artery as a pulsating protrusion into the pharyngeal wall

Ugeskr Læger 2016;178:V02160104

This case report describes an aberrant course of the internal carotid artery (ICA) in a patient presenting with symptoms of globus sensation, mild chronic cough and occasional aspiration. Clinically, a pulsating oro-hypopharyngeal tumour could only be visualized by fiberlaryngoscopy. A CT-scan showed a tortuous ICA protruding into the lateral and posterior pharyngeal wall. This condition may need treatment in itself, and it can lead to co-morbidity and serious surgical complications in undiagnosed patients. Referral to an oto-rhino-laryngologist is highly recommended for diagnostics.

KORRESPONDANCE: Stian Wærsted. E-mail: stian.waersted@gmail.com

ANTAGET: 10. maj 2016

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 11. juli 2016

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

LITTERATUR

1. Paulsen F, Tillmann B, Christofides C et al. Curving and looping of the internal carotid artery in relation to the pharynx: frequency, embryology and clinical implications. *J Anat* 2000;197:373-81.
2. Galletti B, Bucolo S, Abbate G et al. Internal carotid artery transposition as risk factor in pharyngeal surgery. *Laryngoscope* 2002;112:1845-8.
3. Bull P, Clarke R. Oto-rhino-laryngologi. FADL's forlag, 2011.
4. Hanabusa K, Nonoyama Y, Taki W. Giant internal carotid artery aneurysm manifesting as difficulty in swallowing: case report. *Neurol Med Chir* 2010;50:917-20.