

Perilymfatisk fistel opstået spontant efter kolesteatomkirurgi

Patrick Rønde Møller & Bjarki Ditlev Djurhuus

KASUISTIK

Øre-, Næse-, Hals- og Kæbekirurgisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Køge

Ugeskr Læger
2020;182:V03190188

Perilymfatisk fistel (PLF) er en tilstand, hvor en perforation mellem det indre øre og mellemøret tillader sivning af perilymfe ud af det indre øre, hvilket medfører både vestibulære og kokleære symptomer i form af perifer vertigo, tinnitus, høretab og klapfornemmelse for det afficerede øre [1]. De udløsende årsager er bl.a. barotraumer, kirurgiske procedurer og infektioner i mellemøre og indre øre. PLF, der er opstået i det runde og ovale vindue, udløses især af de to førstnævnte årsager, mens PLF i buegangssystemet som oftest stammer fra langvarige betændelsestilstande, f.eks. ved kolesteatom [1]. Vi præsenterer her en sygehistorie, hvor der udvikles en PLF fra den laterale buegang ud i radikalkaviteten 12 år efter, at der var foretaget kolesteatomkirurgi.

SYGEHISTORIE

En 53-årig kvinde, der pga. kolesteatom 12 år forinden havde fået foretaget venstresidig mastoidektomi med radikalkaviteten, beskrev ved sin halvårlige kontrol, at hun i de seneste uger havde oplevet tiltagende svimmelhed. Svimmelheden tiltog, når hun nøs eller foretog tunge løft. Hun havde været i velbefindende i de forudgående 12 år og havde ikke bemærket svimmelhed før. Desuden var der i løbet af de seneste uger tilkommet venstresidig tinnitus og hørenedsættelse.

Objektivt fandt man irritationsnystagmus med hurtig fase mod venstre ved manipulation af venstre øre og ved Valsalvas manøvre. Ved otomikroskopi fandt man

en pæn og ren radikalkaviteten, men med skorpedannelse over sporen ved den laterale buegang (Figur 1).

En audiometri viste et nyttilkommet perceptivt høretab på venstre øre sammenlignet med den seneste tilgængelige høreprøve, som dog var 15 år gammel. En video head impulse-test viste nedsat funktion i venstre laterale buegang. Øvrige objektive øre-næse-halsundersøgelser viste normale forhold.

På mistanke om venstresidig PLF blev der foretaget en CT af os temporale, hvorved man påviste dehiscens (og dermed PLF) af den laterale buegang på venstre øre.

Patienten blev opereret subakut med tildækning af den laterale buegang med bruske og fascie. Trommehinden blev ved operationen fundet fastvokset til en blottet n. facialis. Da der kun var moderat høretab, lod man tidligere tympanoplastik være urørt. Patienten forblev indlagt til observation og antibiotikabehandling i tre dage og blev derefter udskrevet med betydelig bedring i symptomerne. Ved en treugerskontrol efter operationen var svimmelheden ophørt.

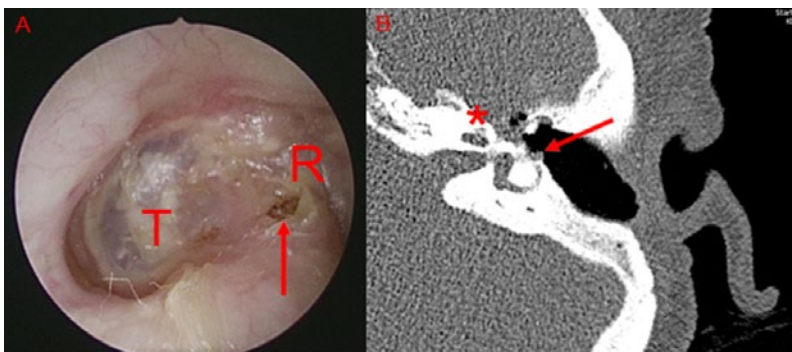
DISKUSSION

PLF er en kendt komplikation i forbindelse med både kolesteatomsygdom og -kirurgi. Hos patienten i sygehistorien opstod fistlen 12 år efter det seneste indgreb. Diagnosen var ligetil pga. en synlig skorpe i radikalkaviteten over den laterale buegang, hvor der på CT-billedet manglede knogledække. Vanskeligere er det at diagnosticere PLF i mindre oplagte tilfælde.

PLF har været genstand for diskussion igennem de seneste 60 år. I 1962 blev PLF kirurgisk påvist første gang af *Farrior et al*, der beskrev det såkaldte slipped strut-problem efter stapedektomi. Man fandt, at den indsatte protese (strut) var gledet igennem det ovale vindue og lod perilymfe løbe ud i mellemøret, dvs. en iatrogen PLF [2]. Senere er PLF beskrevet som konsekvens af infektioner samt baro- og hovedtraumer. Meget kontroversielt blev spontant opstået PLF beskrevet i 1970 af *Stroud et al*, hvilket siden er blevet både be- og afkræftet og i dag er genstand for større diskussioner blandt ørekirurger [2].

Der findes fortsat ingen undersøgelser, hvormed man kan skelne PLF fra lignende tilstande. En positiv fisteltest er påvist at være prædiktiv for PLF, om end kun 33% af patienterne, der kirurgisk havde PLF, havde po-

FIGUR 1 / A. En trommehinde med følger efter tidligere kirurgi (T), forreste del af radikalkaviteten (R) og skorpedannelse over den laterale buegang (pil). **B.** Manglende knogledække over den laterale buegang (pil), cochlea (*).



sitivt resultat af en fisteltest, mens 8% af de patienter, der ikke havde PLF, havde et positivt resultat af fisteltesten [1]. I andre studier har man påvist, at en positiv fisteltest ikke er prædiktiv for tilstedeværelse af PLF [1].

PLF behandles primært med sengeleje med eleveret hovedgærde [1, 3]. Hvis der ikke ses bedring, eller hvis en PLF kan påvises klinisk, kan fistlen operativt dækkes med brusk eller fedt og fascie. Såfremt der operativt ikke påvises PLF, anbefales det alligevel, at det runde og det ovale vindue tildækkes [1, 2, 4]. Prognosen for bedring af de vestibulære symptomer er helt op til 90% ved kirurgi. Prognosen for bedring af de kokleære symptomer er op til 50% [1].

Sammenfattende kan det siges, at patienter, der har gennemgået større ørekirurgi, også mange år senere kan udvikle komplikationer, selvom de passer deres kontroller. Patienten i sygehistorien havde i årene efter seneste operation ikke været generet af tegn til infektion, men udviklede alligevel PLF.

SUMMARY

Patrick Rønde Møller, Bjarki Ditlev Djurhuus:

Perilymphatic fistula occurring spontaneously after cholesteatoma surgery

Ugeskr Læger 2020;182:V03190188

This case report describes a 53-year-old woman, who presented with symptoms of a perilymphatic fistula (PLF), developed 12 years after most recent surgery. The diagnosis was confirmed by a combination of clinical observations, temporal computed tomography, audiometry and video head impulse test. PLF normally occurs after traumatic lesions or substantial infections of the middle ear, often including cholesteatomas, and should be suspected when patients with the relevant clinical history present with sudden onset of unilateral hearing loss, dizziness, tinnitus and aural fullness.

KORRESPONDANCE: Patrick Rønde Møller. E-mail: drprmoeller@gmail.com

ANTAGET: 3. december 2019

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 13. januar 2020

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

LITTERATUR

1. Maitland CG. Perilymphatic fistula. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2001;1:486-91.
2. Hornibrook J. Perilymph fistula: fifty years of controversy. *Otolaryngol* 2012;2012:281248.
3. Friedland DR, Wackym PA. A critical appraisal of spontaneous perilymphatic fistulas of the inner ear. *Am J Otol* 1999;20:261-76.
4. Deveze A, Matsuda H, Elziere M et al. Diagnosis and treatment of perilymphatic fistula. *Adv Otorhinolaryngol* 2018;81:133-45.