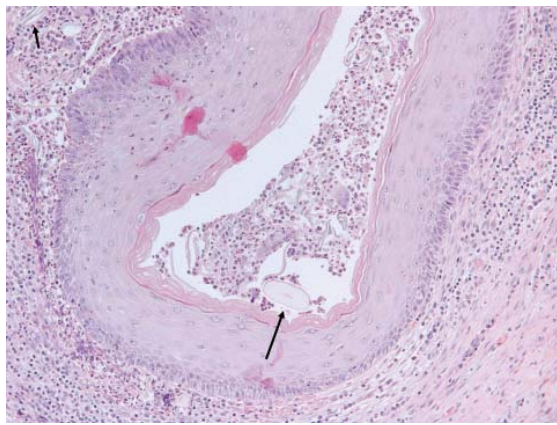



**FIGUR 1**

Mikrofoto af pilonidalcyste, som er udført af veldifferentieret pladeepitel. I lumen ses hårstrukturer (lang pil). I det omgivende stroma ses akut og kronisk inflammation med keratinlameller (kort pil) (hæmatoxylin-eosin-farvning).

Foto: Ban Abdulzahra Abdulwahab.



vægt, dyb navle, dårlig hygiejne og øget svedsekretion til pilonidalcyste omend i mindre grad end hirsutisme [3]. Symptomerne ved umbilikal pilonidalcyste er oftest smerter, blodtilblandet eller purulent sekret fra navlen, ømhed og hudrødme. Hos en del patienter forekommer en akut abscederende form [2, 3].

Differentialdiagnoserne er umbilikal hernie, hos kvinder endometriose, metastase, medfødte anomalier som urachus persistens, umbilikal polyp og benign tumor f.eks. naevus [2, 4].

Behandling af umbilikal pilonidalcyste er afhæn-

gig af, om der foreligger en absces eller en kronisk cyste/fistel og er ved kroniske fistler afhængig af størrelsen og antallet af fistelåbninger.

Standardbehandling af ikkeabscederede pilonidalcyste har i mange år været bred, simpel excision af cystevævet med enten primær suturering (lukket) under antibiotikadække eller sekundær opheling af såret (åben). Pilonidalcyste med absces behandles med hudincision, oprensning af abscesområdet og sekundær opheling af såret. *Vacuum-assisted closure* (VAC)-behandling kan eventuelt anvendes efter ekstensiv excision. Ved VAC forstås en sugende, tætsiddende forbindelse, der er tilsluttet undertryk [5].

Laserbehandling har været forsøgt til behandling af de almindelige pilonidalcyster som et alternativ eller supplement til den almindelige kirurgiske excision.

## KONKLUSION

Umbilikal pilonidalcyste er sjælden, men må indgå i de differentialdiagnostiske overvejelser ved periumbilikale, absceslignende symptomer hos yngre mænd.

**KORRESPONDANCE:** Ban Abdulzahra Abdulwahab, Klinisk Patologi, Næstved Sygehus, 4700 Næstved. E-mail: banjafar2000@yahoo.com

**ANTAGET:** 17. december 2009

**FØRST PÅ NETTET:** 5. april 2010

**INTERESSEKONFLIKTER:** Ingen

## LITTERATUR

1. Gupta S, Sikora S, Singh M et al. Pilonidal disease of the umbilicus – a report of two cases. *J Pn J Surg* 1990;20:590-2.
2. McClenathan JH. Umbilical pilonidal sinus. *Can J Surg* 2000;43:225.
3. Eryilmaz R, Sahin M, Okan I et al. Umbilical pilonidal disease: predisposing factors and treatment. *World J Surg* 2005;29:1158-60.
4. Sroujeh AS, Dawoud A. Umbilical sepsis. *Br J Surg* 1989;76:687-8.
5. Poulsen IM, Bisgaard T. Behandling af pilonidal sygdom. *Ugeskr Læger* 2008;170:2963.

# Herpes zoster oticus med kranienerveaffektion

Anita Guldager Lauridsen<sup>1</sup> & Frank Mirz<sup>2</sup>

Herpes zoster oticus (HZO), også kendt som Ramsay Hunts syndrom, er en tilstand med herpetiske vesikler på ydre øre og/eller i øregangen, med perifer parese af nervus facialis (N. VII).

Sygdommen forårsages af varicella zoster-virus (VZV), som reaktiveres i ganglion geniculi. I sjældne tilfælde ses affektion af flere kranienerver. Man mener, at spredningen fra N. VII til andre kranienerver sker gennem vasa nervorum [1]. Lokaliserede smerter er ofte første tegn, mens der i andre tilfælde først

ses infektion i området omkring den afficerede nerve. Vi beskriver en sygehistorie med HZO med kranienervepolyneuropati.

## SYGHESTORIE

En 56-årig mand debuterede med smerter svarende til vertex cranii, der spredte sig til venstre ydre øre og halsen. På anden dag påbegyndtes penicillinbehandling på mistanke om otitis media acuta. På fjerde sygdomsdag blev der konstateret N. VII-parese. Smer-

## KASUISTIK

1) Århus Sygehus, Øre-, næse- og halsafdelingen, og  
2) Regionshospitalet Holstebro, Øre-, næse-, halsafdeling



Hudaffektion ved Ramsay Hunts syndrom.

terne var resistente over for paracetamol og non-steroid antiinflammatoriske stoffer (NSAID), hvorfor patienten blev henvist til øre-næse-hals-afdelingen. Siden symptomdebut havde patienten udviklet synkeproblemer, kvalme, opkastninger, hovedpine og hæshed. Den objektive undersøgelse afslørede inflammation svarende til og omkring venstre aurikel. Otomikroskopien viste en inflammatorisk øregang med et sår på trommehinden. Mellemøret var uden tegn på inflammation.

Ved den otoneurologiske undersøgelse fandtes total venstresidig perifer facialispærese (House-Brackman grad VI) med Bells fænomen. Stemmegaffelprøverne var normale. Der fandtes venstresidig ganesjælpærese (N. IX), stemmebåndspærese (N. X) og tungedeviation mod venstre (N. XII). Funktionen af nervus accessorius kunne ikke vurderes. Paraklinisk fandtes normale infektionstal. Computertomografi af cerebrum og hals samt magnetisk resonans (MR)-skanning af halsen viste tegn til inflammation. Skanningsbillederne viste også enkelte forstørrede lymfeknuder.

Der blev foretaget lumbalpunktur, og i cerebrospinalvæsken (CSV) blev der påvist VZV. På sjattedagen udvikledes der vesikler anterior for venstre aurikel og punktformede erosioner svarende til cavum concha, sensibilitetsændringer svarende til venstre ansigtshalvdel (N. V) og nedsat hørelse (N. VIII). Audiometri viste venstresidigt konduktivt og perceptivt høretab. Patienten fik sløret syn pga. ophævet tåresekretion.

Ved indlæggelsen blev der startet behandling med intravenøst aciclovir 750 mg  $\times$  3 og den analgetiske behandling med paracetamol og tramadol blev suppleret med gabapentin, hvilket havde god effekt.

## DISKUSSION

Ved Ramsay Hunts syndrom kan der ud over en involvering af N. VII forekomme involvering af kranienerven N. VIII, IX, V, X, og VI med aftagende hyppig-

FIGUR 1

Objektive fund og symptomer ved kranienervpolyneuropati, Ramsay Hunts syndrom.

Facialisparese <sup>a</sup>
Otalgia <sup>a</sup>
Varicelliformt udslæt på auris externa og svarende til meatus acusticus externus <sup>a</sup>
<i>Orofaryngeale symptomer</i>
Dysgeusia eller ageusia
Pharyngitis
Vesiculae og ulcera i munden
<i>Okulære symptomer</i>
Nedsat tåreflåd, conjunctivitis, epiphora, pupilkonstriktion, uveitis, synsforstyrrelser og ptosis
<i>Auditive/vestibulære symptomer</i>
Phonophobia og hyperacusis
Sensorineuralt høretab
Tinnitus
Vertigo og nystagmus
<i>Øvrige symptomer</i>
Feber og utilpashed
Udslæt svarende til ansigtet og kroppen
Paræstesier svarende til nervus trigeminus
Regional lymphadenopathias <sup>a</sup>
Anhidrosis af den ipsilaterale del af ansigtet
Encephalitis
Inddragelse af sympatisk ganglion, herunder Horners syndrom
Paræstesier svarende til cervikale dermatomer
Motorisk påvirkning af ekstremiteter

a) Klassisk triade for Ramsay Hunts syndrom.

hed [2]. Ud over polyneuropatien ses også andre symptomer. Et udvalg af disse symptomer findes i **Figur 1** [2].

Idet HZO kan udvikle sig til meningitis, encephalitis og i værste fald være fatal, er det af stor vigtighed at skelne tilstanden fra simpel Bells parese. Man bør differentialdiagnostisk i øvrigt tænke på andre infektioner, traumer, vaskulære malformationer og neoplasier. For udredning af dette bør der foretages CT, evt. MR-skanning.

Mistanken om HZO opstod især pga. patientens jagende smerter, polyneuropatien og sår dannelsen i øregangen. Diagnosen blev dog først sikker ved frembrud af de herpetiforme vesikler og endelig, da CSV fandtes positiv for VZV.

VZV reaktiveres ved fysisk, emotionel stress eller ved nedsat cellemedieret immunitet, som ses ved f.eks. cancer, efter radio- og kemoterapi eller ved HIV-infektion. Ingen af de ovennævnte risikofaktorer var dog til stede hos patienten. I 14% af tilfældene udvikler patienterne først vesikler efter dage, og 3% udvikler aldrig vesikler (herpes zoster sine herpette) [1].

Ud over øre-næse-hals- og otoneurologisk undersøgelse anbefales audiometri, lumbalpunktur (undersøgelse for leukocytter, glukose, protein, borreliose, VZV, syfilis, enterovirus), podning fra bristede hud-elementer, blodtryk, blodprøver i form af blodsukker, væsketal, hæmoglobin, leukocytter med differentialtælling og koagulationstal. Desuden er øjenlægetilsyn nødvendigt.

I to Cochrane-reviews har man vurderet behandlingen af Ramsay Hunts syndrom. Der fandtes kun en randomiseret, kontrolleret undersøgelse af behandling med antivirale midler. Resultaterne af denne viste ingen signifikant positiv effekt af behandlingen. Der kunne ikke findes randomiserede kontrollerede kliniske undersøgelser med effekt af kortikosteroid-behandlingen [3, 4]. På baggrund af patofysiologiske

principper synes det dog at være rationelt at give antiviral behandling [4]. Viskøse øjendråber og øjenklap bør anvendes til forebyggelse af skader på øjet.

**KORRESPONDANCE:** Anita Guldager Lauridsen, Elverhøjens 28, 8370 Hadsten

E-mail: anitalauridsen@webspeed.dk

**ANTAGET:** 21. februar 2010

**FØRST PÅ NETTET:** 3. maj 2010

**INTERESSEKONFLIKTER:** Ingen

#### LITTERATUR

1. Carney S. The ear, hearing and balance, I: Gleeson M. (ed) Scott Brown's Otorhinolaryngology, head and neck surgery. USA: Oxford University Press, 2008: 3379-81.
2. Myall RW, Smith MJ. The Ramsay Hunt syndrome: a dynamic demonstration of applied anatomy. J Oral Surg 1977;35:663-6.
3. Uscategui T, Doree C, Chamberlain IJ et al. Corticosteroids as adjuvant to antiviral treatment in Ramsay Hunt syndrome (herpes zoster oticus with facial palsy) in adults. Cochrane Database Syst Rev 2008;(3):CD006852.
4. Uscategui T, Doree C, Chamberlain IJ et al. Antiviral therapy for Ramsay Hunt syndrome (herpes zoster oticus with facial palsy) in adults. Cochrane Database Syst Rev CD006851;(4):2008.

## AKADEMISKE AFHANDLINGER

Linda Basse:

### Multimodal rehabilitation after colonic resection

A clinical pathway to improve outcome

Disputats

**E-MAIL:** l.basse@dadlnet.dk

**UDGÅR FRA:** Hvidovre Hospital, Kirurgisk Sektion, Gastroenheden.

**FORSVARET FINDER STED:** den 22. oktober 2010, kl. 14.00, Dam Auditoriet, Panum Institutet, København.

**OPPONENTER:** Søren Laurberg og Ole Haagen Nielsen.



Sune Haahr-Pedersen:

### ST-segment elevation myocardial infarction treated with routine primary percutaneous coronary intervention in Eastern Denmark

From clinical trial to real-life experience  
Logistics, treatment strategies, and long-term clinical outcome

Ph.d.-afhandling

**E-MAIL:** sunpedo1@geh.regionh.dk

**UDGÅR FRA:** Gentofte Hospital, Kardiologisk Afdeling.

**FORSVARET FINDER STED:** den 15. oktober 2010, kl. 14.00, Store auditorium, Gentofte Hospital, Gentofte.

**BEDØMMERE:** Dan Atar, Jan Ravkilde og Gorm Jensen.

**VEJLEDER:** Jan Skov Jensen.

Henrik Gutte:

### Neuroendocrine activation and diagnostics in pulmonary embolism

Translational studies

Ph.d.-afhandling

**E-MAIL:** henrikgb@gmail.com

**UDGÅR FRA:** Københavns Universitet, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Biomedicinsk Institut, Cluster for Molecular Imaging, Klinik for Klinisk Fysiologi, Nuklear Medicin og PET.

**FORSVARET FINDER STED:** den 25. oktober 2010, kl. 14.30, Hannover Auditoriet, Panum Institutet, København.

**BEDØMMERE:** Per Hildebrand, Inge Lise Kanstrup og Marika Bajc, Sverige.

**VEJLEDERE:** Andreas Kjær og Jann Mortensen.