

8. Sanchez-Albisua I, Wolf J, Neu A et al. Coeliac disease in children with Type 1 diabetes mellitus: the effect of the gluten-free diet. *Diabet Med* 2005;22:1079-82.
9. Rami B, Sumnik Z, Schober E et al. Screening detected celiac disease in children with type 1 diabetes mellitus: effect on the clinical course (a case control study). *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2005;41:317-21.
10. Westman E, Ambler GR, Royle M et al. Children with coeliac disease and insulin dependent diabetes mellitus-growth, diabetes control and dietary intake. *J Pediatr Endocrinol Metab* 1999;12:433-442.

## Nyopstået dyspnø med fatal udgang hos en ung, rask kvinde

Professor Øjvind Lidegaard & læge Nikolaj Friis Hansen

Rigshospital, Gynækologisk Klinik, og Københavns Universitet, Retsmedicinsk Institut

Ved få sjældne sygdomme, som kan ramme yngre kvinder, er rettidig diagnostik og behandling afgørende for udfaldet mellem de to ekstremer: helbredelse med få eller ingen men, versus svære komplikationer og ultimativt død. Det gælder ikke blot for infektionssygdomme som f.eks. meningokokmeningitis, men også for sygdomme i det venøse system.

### Sygehistorie

En 18-årig, tidligere kredsløbsrask kvinde henvendte sig til egen læge med ønske om at få p-piller. Kvinden var sports-trænede og i god almentilstand. Der var ingen familiær disposition for venøs trombose. Hun fik ordineret fjerdegenerations-kombinations-p-piller med 30 µg ethinylestradiol og 3 mg drospirenon. Ved kontrol to måneder senere var hun velbefindende. Seks måneder senere skiftedes til tredjegenations-p-piller med 30 µg ethinylestradiol og 75 mg gestoden.

Halvandet år senere fik kvinden migræneanfald, som hun søgte hjælp for hos egen læge, der gav hende analgetika. To måneder senere henvendte hun sig igen til egen læge pga.

smarter i lænden og hofterne, og hun blev henvist til en fysioterapeut. Hun henvendte sig igen to måneder senere pga. vedvarende smerter i lænd, mest udtalt i hvile, hyppige anfald af migræne og funktionsdyspnø gennem et par uger. Hun blev anbefalet fortsat behandling hos fysioterapeuten.

En uge senere måtte hun gå hjem fra arbejde pga. almen utilpashed og smerter i lænden. Dagen efter henvendte hun sig atter til egen læge pga. åndenød og almen utilpashed. Hun oplyste, at hun havde haft intermitterende, men nu tiltagende uproduktiv hoste gennem tre uger. En lungestetoskopi viste normale forhold. Hendes *peakflow* var nedsat. Egen læge mente, at patienten led af nyopstået astma og ordinerede astmamedicin.

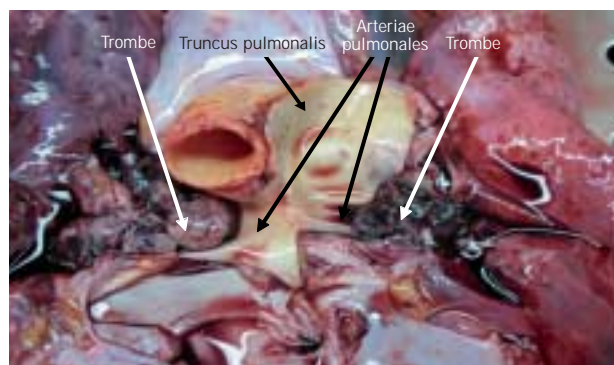
Der var de følgende to dage fortsat betydelig funktionsdyspnø, og den ordinerede astmamedicin havde ingen effekt. Hun søgte derfor igen egen læge, som fandt kompromitteret vejrtrækning, læbecyanose og fortsat uproduktiv hoste. Patientten var afebril. Egen læge ordinerede en røntgenundersøgelse af thorax på mistanke om pneumoni. Denne mistanke kunne dog afkræftes. Patientten blev sat i penicillinbehandling pga. stigning i C-reaktivt protein.

Om aftenen var hun hjemme alment dårlig med cyanotiske negle og læber, og hendes puls var 120. Ved konsultationen næste dag hos egen læge var hun meget afkræftet. Hun kunne kun med besvær bevæge sig de 50 m fra bilen til konsultationen. Egen læge indlagde hende nu på det lokale sygehus. Ved ankomsten havde hun ikke noget måleligt blodtryk og var betydelig alment påvirket. Hun blev kørt direkte til magnetisk resonans-skanning, men fik hjertestop på lejet. Herefter fulgte tyve minutters forgæves forsøg på genoplivning.

En medikolegal obduktion viste saddelemboli i arteriae pulmonales. Emboliens udgangspunkt kunne ikke identificeres (**Figur 1**).

### Diskussion

Hvis en ung rask kvinde får dyspnø og almen utilpashed, evt. med uproduktiv hoste, bør muligheden for lungeemboli have in mente, fordi rettidig intervention har afgørende betydning for prognosen. Tager kvinden p-piller, skal disse



Figur 1. Obduktionsfund med opklippede arteriae pulmonales, som begge rummer trombemasser.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

seponeres alene på mistanken, da man må antage, at de kan forstærke trombedannelsen. Patienten bør henvises akut til sygehuset med henblik på diagnostisk afklaring. I tilfælde af venøs trombose påbegyndes antikoagulansbehandling omgående, og kirurgisk trombektomi eller trombolyselbehandling overvejes. Forsømmes dette, kan det som i denne sygehistorie få fatale konsekvenser.

Dyb venøs trombose og/eller lungeemboli (tilsammen venøs trombose (VTE)) opstår hos en ud af 10.000 yngre kvinder pr. år. Hvis de anvender p-piller, er risikoen 3-4 pr. 10.000 pr. år [1, 2]. Lungeembolier udgør ca. en tredjedel af tilfældene af VTE. Dødeligheden ved VTE i denne aldersgruppe er omkring 1% [2].

Faktor  $V_{Leiden}$ -mutation, som findes hos ca. 5% af befolkningen, øger risikoen for venøs trombose ca. otte gange [3]. Derfor er den familiemæssige anamnese vedrørende VTE væsentlig, når der ordineres p-piller. Hvis der findes en positiv familieanamnese (førstegradsslægtninge), anbefales en ko-

gulationsudredning før der ved negativ udredning ordineres p-piller. Faktor  $V_{Leiden}$ -positive kvinder bør ikke anvende kombinations-p-piller [3].

Kvinder, som får migræne, specielt migræne med aura, efter de er startet på p-piller, bør have seponeret deres p-piller pga. øget risiko for udvikling af cerebral trombose.

Disse forhold er den væsentligste årsag til, at p-piller er og bør være receptpligtige.

Korrespondance: Øjvind Lidegaard, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet, DK-2100 København Ø. E-mail: lidegaard@rh.regionh.dk

Antaget: 24. april 2007  
Interessekonflikter: Ingen

## Litteratur

1. Lidegaard Ø. Thrombotic diseases in young women and the influence of oral contraceptives. *Am J Obstet Gynecol* 1998;179:S62-7.
2. Lidegaard Ø, Schiødt AV, Poulsen EF. P-piller og trombose. *Ugeskr Læger* 2001;163:4549-53.
3. Lidegaard Ø, Poulsen EF, Schiødt AV. P-piller til kvinder med særlige risici. *Ugeskr Læger* 2001;163:4546-8.

## Nekrotiserende granulomatøs inflammation i mellemøret som eneste manifestation

Reservelæge Lars Gano, overlæge Kristian Otto Nielsen & overlæge Jens Petri

Sønderborg Sygehus, Øre-, Næse-, Halsafdelingen, Patologisk Institut

Sarkoidose er en kronisk granulomatøs systemsygdom af ukendt genese. Der er kun beskrevet ganske få tilfælde i mellemøret [1-3]. Efter forfatternes kendskab aldrig med dette som eneste focus. Her refereres en sygehistorie og differentialdiagnostiske overvejelser diskuteres.

### Sygehistorie

En 11-årig dreng fra en gård med svinedrift fik foretaget højresidig mastoidektomi og partiel mellemøresektion på kolesteatommistanke. Fra tomånedersalderen havde han haft mange tilfælde med bilaterale øresmerter og flåd, der var blevet behandlet med tubulation, antibiotika- og steroidholdige øredråber. Da han var 11 år og ni måneder gammel, fik han foretaget venstresidig partiel mellemøresektion. Han havde fortsat konstante bilaterale trykkende smerter med intermitterende stærke jag, der i perioder forhindrede skolegang. Da drengen var 12 år gammel, blev der lagt venstresidigt tympanomealt dræn, og da han var 12,5 år gammel, blev der fore-

taget venstresidig mastoidektomi og partiel mellemøresektion. Øret var herefter tørt.

Ved operationerne, der blev udført af samme operatør, fandtes mellemøret opfyldt af ekstremt adhærent fortykket, flæsket, grårodlig granulerende slimhinde med andre karakteristika end ved uspecifik inflammation. I de to tilfælde, hvor der også blev foretaget mastoidektomi, blev der fundet samme forhold her. I biopsierne fra de to første operationer var overfladen dækket af pladeepitel og respirationsvejsepitel, det underliggende bindevæv var betændelsesinfiltreret og indeholdt adskillige små, helt runde epitelcellegranulomer (**Figur 1**), nogle med en enkelt multinukleær kæmpecelle. Der var ingen nekroser eller syrefaste stave i granulomerne. Der blev fundet negativ Ziehl-Nielsen-farvning. Ved sidste operation blev der fundet ossøs destruktion i øregang og mastoid. En histologisk undersøgelse viste granulomatøs inflammation med nekrose i granulomerne og multinukleære kæmpeceller, nogle med randstillede kerner. Der var ingen vaskulitis. Ved revurdering af præparaterne kunne man udelukke Langerhanscelle-histiocytose. Dyrkning af væv fra mellemøret viste ikke vækst af mykobakterier. Der blev ikke fundet nogen *Aspergillus*, som det tidligere sås ved en podning. Væsketal, ioniseret calcium og infektionstal inkl. sænkingsreaktionen var normal. Perinukleær fluorescens antineutrofile cytoplasmatiske antistoffer (P-ANCA)-immunglobulin G (IgG),