

I denne spalten ønsker vi å trykke kasuistikker som har gjort spesielt inntrykk og som bidragsyterne har opplevd som spesielt lærerike. For har vi selv lært noe i slike situasjoner, vil det som oftest også være av interesse for andre. Og vi vil gjerne ha en kommentar til slutt om hvilke tanker du har gjort deg rundt denne opplevelsen. Bidrag sendes Ivar Skeie (red.) [ivskeie@online.no](mailto:ivskeie@online.no). Kast dere fram på, folkens!

## Lærerike kasuistikker

# En uvanlig variant av en vanlig sykdom

**Skeie:** En 18 år gammel gutt oppsøkte meg med en kul under haka. Tidligere stort sett frisk. Det var en fast, velavgrenset, kul, ca. en cm i diameter, fritt bevegelig i forhold til hud og dypere vev, lokalisert om lag ved glandula submandibularis på høyre side og den var lett øm ved palpasjon. Den hadde kommet i løpet av noen få dager. Han hadde vært forkjølet og litt febril og «viral» et par uker tidligere, og følte seg fremdeles i lett redusert form. Ved undersøkelse fant jeg ikke annen patologi, det var ikke lokal eller generell glandelsvulst og det var ikke palpatorisk forstørret lever eller milt. CRP var <8. Andre blodprøver: : LPK 4,5, lymfocytter 1,0, monocytter 0,4

Min vurdering var følgende: Dette virket infeksjøst, men litt «rart». Lokaliseringen svarte til gl. submandibularis, jeg oppfattet det som en infeksjon i spyttkjertelen, kanskje relatert til en spyttstein. Han fikk penicillin en uke, så avtalt ny kontroll.

**Modalsli:** «Kul under haka» hos barn og unge voksne gir mistanke om median halscyste, lymfadenitt eller dermoidcyste. Median halscyste sitter som regel i eller nær midtlinjen inn mot tungebenet. Litt ut mot siden må man tenke neoplastisk prosess i lymfeknute når det er betydelig asymmetri uten lokalt infeksjonsfokus. Spyttkjertelpatologi presenteres «aldri» som «kul under haka». Hevelse i spyttkjertel uten smerte skyldes ikke spyttsten. Malignt lymfom forekommer ikke helt sjelden hos unge mennesker, og er det asymmetrisk lymfadenopati med én dominerende knute og normale infeksjonstall bør henvisning til et miljø som kan gjøre punksjonscytologisk undersøkelse, (helst også med mulighet for flowcytometri), gjøres uten for lang observasjonsperiode.

**Skeie:** En uke gikk, pasienten kom tilbake, kulen hadde ikke endret seg vesentlig. Jeg finpalperte halsen, det var nå en del mindre, myke glandler på begge sider, men ingen symmetrisk til den store kulen. Det var en palpabel glandel i hø axille, ellers ikke generell glandelsvulst, lever og milt klinisk ikke forstørret. Allmenntilstanden fremdeles lett nedsatt.



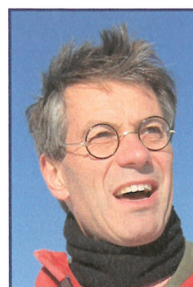
**Ivar Skeie**

født 1952. Cand. med., Oslo 1978. Spes. i allmenntilmedisin Åslundmarka legesenter, Gjøvik.



**Bjørn Modalsli**

født 1944. Cand. med. Oslo 1969. Spes. ØNH 1978 etter tjeneste ØNH Tromsø, Nevrokir. og kir. Ullevål, Kir. Ringerike sykehus og ØNH RH. Ulike overlegetitler ØNH Gjøvik siden 1982.



**Even Reinertsen**

Født 1954. Cand. med fra Ulm i Tyskland 1982. Overlege på med.avd. på Gjøvik fra 1994 og spesialist i infeksjonssykdommer fra 2000.

Min vurdering: Fremdeles mest sannsynlig infeksjøs, men stadig litt «rart». På tide å vurdere neoplasme, derfor henvisning til ØNH-avdeling som halvøyeblikkelig hjelp.

Der ble han vurdert neste dag, det ble tatt punksjonscytologi og han fikk en ny antibiotikakur, denne gangen cefalexin ei uke.

**Modalsli:** Ved ØNH-us ble det funnet en kul under haka litt til siden for midtlinjen. En rekke små lymfeknuter bilat. på halsen. Punksjonscytologi med materiale på RPMI-rør sendt til Oslo. Ny antibioticakur og valg av antibiotica er vanskelig å forsvare ut fra de foreliggende data.

**Skeie:** Nok en uke gikk, han kom tilbake til kontroll på ØNH, og kulen var stadig ikke vesentlig endret. Den ble nå ekstirpert, og man avventet histologi.

**Modalsli:** Flowcytometrisk og vanlig cytopatologisk vurdering av materiale analysert i Oslo viste polyklonal cellepopulasjon av lymfocytter og et bilde av reaktiv lymfadenitt. Det er vanskelig i ettertid å se nødvendigheten av kirurgi så raskt. Før kulen ble ekstirpert burde det også fra ØNH-hold vært tenkt på inflammatoriske årsaker til lymfadenopati. Flowcytometri av punksjonsmateriale er meget pålitelig når suspekt malignt B-celle lymfom skal utelukkes. Hodkinlymfom tas ofte på cellemorfologi når punktatet er teknisk vellykket, men man skal være forsiktig med å utelukke malignitet på grunnlag av punksjonsmateriale

**Skeie:** Mens vi ventet på dette, tenkte jeg: Det kan vel ikke være en mononukleose, selv om den er svært atypisk med den asymmetriske kulen under haka, og ingen tonsillit/halsbetennelse, men han hadde tross alt fått litt glandel-svulst ellers etter hvert. Vi får sjekke dette, slik at vi vet dette før jeg får histologien... Som tenkt så gjort, og serologien var pang positiv og alat på 193!

Histologien viste lymfadenitt med preg av virusinflamasjon. Ved in situ hybridisering ble det funnet positivitet for EB-virus, men man kunne ikke si sikkert om dette skyldtes «gammel eller ny» infeksjon, laboratoriet etterspurte serologisvar på EB-virus!

Så var det altså en mononukleose, men det hadde jeg ikke tenkt på i første runde!

**Reinertsen:** Sykehistorien med forkjølelse, litt feber og slapphet et par uker før han oppdager en liten kul ved submandibularis, taler for viral genese. Og det understøttes av blodprøvene. Bare EN forstørret glandel er jo ikke typisk for EBV, men alder og at han har hanglet i 2–3 uker, kunne henledet den differensialdiagnostiske tanke i den retning.

Jeg synes historien viser en lege og et helsevesen som er på hugget, både med å gi antibiotika raskt (på et spinkelt grunnlag), og med å henvise og utrede raskt med spørsmål om tumor. Det vanlige er vanligst, og han er ung med kort sykehistorie og nylig «viral» episode.

At ØNH gir ny antibiotikakur, kan ikke forsvares.

**Skeie:** Jeg informerte pasienten, og vi var begge lettet. Han er aktiv idrettsmann. Jeg ga treningsforbud og forbud mot gym. på skolen «til leverprøvene er normale, du føler deg frisk og så litt til. Og du får ikke drikke alkohol på noen måneder...». Transaminasene normaliserte seg i løpet av 3–4 uker, og han ble helt bra i løpet av en måneds tid.

**Reinertsen:** Miltruptur er en fryktet, men sjelden komplikasjon til mononukleose, ca 1–2 pr 1000 og størst risiko 2. til 3. sykdomsuke. Ca halvparten kommer i forbindelse med slag/traume. Driver man med kampsport (håndball, fotball e.l) bør pasienten gjøres oppmerksom på økt fare for miltruptur de første ukene etter diagnose, også ved å unngå tunge løft.

Det er meget stor variasjon i det kliniske forløp av sykdommen, og de fleste barn, men også ungdommer, har et helt eller nesten asymptomatisk forløp. Når man bør og kan begynne å trene igjen, vil være individuelt En rimelig tommelfingerregel er å begynne å trene når man føler seg i form til det, og kan gjøre det med noe overskudd («comfortably»). Ved alvorlige forløp kan kanskje transaminasene være til hjelp: Er de normalisert, kan pasienten forsøke å presse seg gradvis.

Generelt er mitt inntrykk at pasienter med mononukleose, men også vi leger, overdriver farene ved å starte aktivisering i rekonvalesensperioden.

Nytten av totalt alkoholforbud ved en slik akutt, lett hepatitt, er uten dokumentasjon, og trolig tuftet på overtro og moralisme!

Her er  
UTPOSTEN  
– føl deg hjemme!