

Kasuistik

Kraftig blødning efter biopsi fra nasofaryngealt juvenil angiofibrom

Mikael Njai Leite¹, Peter Bill Juul Ladegaard² & Peter Darling¹

1) Øre-Næse-Hals/Hørelinik Afdeling, Odense Universitetshospital, 2) Øre, Næse og Halsafdelingen, Esbjerg og Grindsted Sygehus

Ugeskr Læger 2025;187:V11240797. doi: 10.61409/V11240797

Juvenilt nasofaryngealt angiofibrom (JNA) er en godartet, men lokalt aggressiv vaskulær neoplas, som forekommer i nasofarynx. Tilstanden ses udelukkende hos unge mænd, typisk i alderen 9-19 år [1]. JNA er en sjælden tilstand, og incidensraten i Danmark er omkring 0,4 tilfælde pr. mio. indbyggere pr. år [2]. Etiologien til JNA er ikke godt defineret. Det er foreslået, at JNA kan være en vaskulær malformation, der opstår som følge af utilstrækkelig regression af arterierne fra den første brankialbue. Desuden er testosteronfølsomhed blevet identificeret som en mulig årsag, der kan forklare den eksklusive forekomst af tilstanden hos yngre mænd [3].

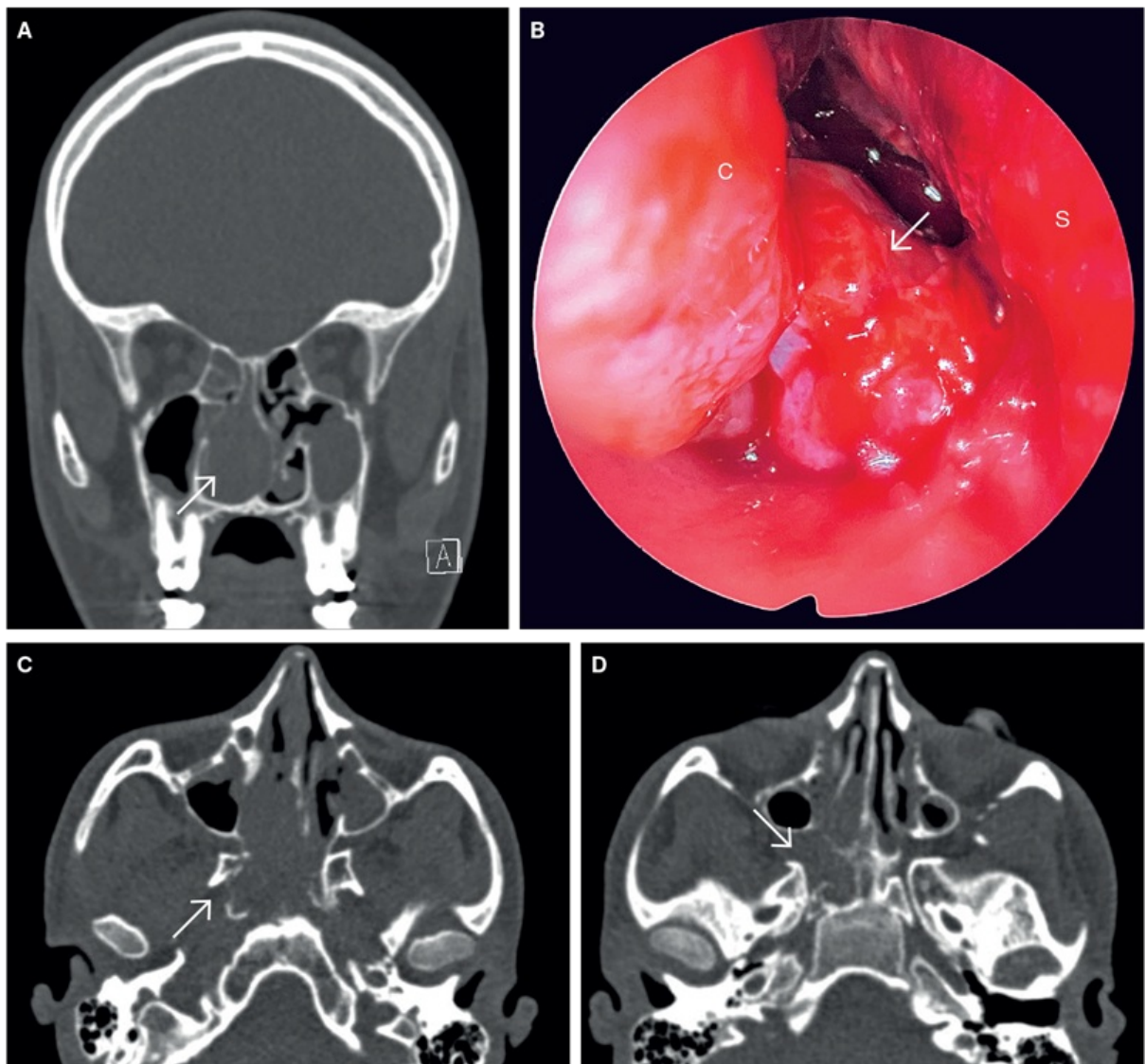
Med denne kasuistik præsenterer vi en sygehistorie, der illustrerer den betydelige blødningsrisiko, som er forbundet med den udtalte vaskularisering af JNA. Samtidig understreges, at biopsi bør undgås, samt vigtigheden af at differentiere JNA fra andre tilstande med lignende symptomer, såsom rinitis, antrochoanale polyper og sinuitis.

Sygehistorie

En 16-årig dreng henvendte sig hos en privatpraktiserende øre-næse-hals-læge med kronisk næsetæthed, nedsat lugtesans og nasal sekretion gennem et år. Han havde ikke recidiverende næseblødninger. Han blev henvist til den lokale øre-næse-hals-afdeling på mistanke om nasal polypose. Her fandt man en forandring, der blev beskrevet som en polyp med tydelig kartegning, udgående fra højre concha inferior. CT af bihulerne blev beskrevet med en stor højresidig nasalpolyp med masseeffekt og obstruktion. Behandling med nasalsteroid i en måned var uden effekt.

Der blev fundet indikation for bihulekirurgi i fuld narkose på mistanke om en choanalpolyp. Under operation blev der taget biopsier, hvilket resulterede i kraftig blødning, og man afstod fra resektion. Man opnåede hæmostase efter detumescerende tamponade og infusion med tranexamsyre og tamponade med dobbeltballon Rapid Rhino. Den totale blødningsmængde var 1.250 ml. Patienten blev ekstuberet og, på mistanke om JNA, overflyttet til Odense Universitetshospital (OUH) for observation og videre behandling. I stabil fase fik patienten foretaget MR med angiografi og embolisering efterfulgt af endoskopisk resektion af JNA (Figur 1). Det samlede blodtab var her på 700 ml.

FIGUR 1 **A.** CT-snit af bihuler, koronalplan. Juvenilt nasofaryngealt angiofibrom (JNA) (pil) viser ekspansiv vækst, der udtamponerer højre cavum nasi og displacerer septum nasi mod venstre. **B.** Endoskopisk billede fra operationsindledning ved Odense Universitetshospital. JNA (pil) udgår fra foramen sphenopalatinum og vokser ind i cavum nasi, medalt for concha inferior (C) og lateralt for septum nasi (S). **C.** CT-snit af bihuler, aksialplan. JNA med vækst, der medfører erosion af lamina medialis processus pterygoideus (pil), et patognomonisk fund ved JNA [3]. **D.** CT-snit af bihuler, aksialplan. Udvidelse af foramen sphenopalatinum (pil) som følge af den ekspansive vækst af JNA.



Diskussion

JNA præsenterer sig typisk med recidiverende, profuse, spontane, unilaterale episoder af epistaxis (60%) og unilateral nasal obstruktion (80%) med nasal sekretion [3]. Ved mere fremskredne tilfælde kan der opstå symptomer som otitis, eksoftalmus og smerte [4].

Makroskopisk kan JNA beskrives som velafgrænsede, adhærente, karrige tumorer i rødgrå farvenuancer, der kan være affladede eller stilkede [3, 4]. JNA opstår typisk nær foramen sphenopalatinum og kan ekspandere destruktivt ind i næsekavitet, nasofarynx, orbita, paranasale sini og kraniebasis [3]. På grund af vækst og lokalisation er JNA en behandlingsmæssig udfordring med høj blødningsrisiko, hvorfor biopsi frarådes; diagnosen, udbredelsen og karforsyning kan i stedet bekræftes med CT og MR-skanning med angiosekvenser.

For at sikre det bedst mulige behandlingsresultat ved JNA anbefales multidisciplinær tilgang på hospitaler med særlig kompetence inden for skull base-kirurgi. Endoskopisk resektion betragtes som hjørnestenen i behandlingen, og i de fleste tilfælde anbefales præoperativ angiografi og embolisering. Præoperativ embolisering har vist en reduktion i peroperativt blodtab på omkring 70% og mindsker også behovet for blodtransfusion. Embolisering er ikke uden risiko og kan medføre synstab i tilfælde af okklusion af arteria centralis retinae [3]. På trods af foranstaltningerne med præoperativ embolisering vil der ofte være et betydeligt peroperativt blodtab, hvilket understreger behovet for tidlig identifikation af JNA samt en korrekt tilgang og omhyggelig præoperativ planlægning.

Der er rapporteret recidivrater mellem 15,3% og 37,0%. Tidlig diagnose øger sandsynligheden for radikalitet ved kirurgisk behandling [5]. Patienter følges med MR-skanninger indtil 25-årsalderen og femårs recidivfrihed [4].

Denne kasuistik fremhæver, at unge mænd med nasal stenose, recidiverende epistaxis eller begge dele, bør vurderes af en øre-næse-hals-læge for at udelukke JNA. Mistænkes JNA ved endoskopi, bør biopsi undgås, og patienten henvises til MR-angiografi til verificering før henvisning til specialcenter for JNA. Desuden bør øre-næse-hals-læger overveje JNA hos denne patientgruppe, hvis en CT viser en nasofaryngeal tumor med displacering eller udtynding af knoglestrukturer [4].

Korrespondance *Mikael Njai Leite*. E-mail: mikael.hnl@gmail.com

Antaget 1.april 2025

Publiceret på ugeskriftet.dk 14. juli 2025

Interessekonflikter ingen. Alle forfattere har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Disse er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk.

Taksigelser *Nina Nguyen*, Radiologisk Afdeling, Odense Universitetshospital konsulteret for uddybende beskrivelse af CT.

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2025;187:V11240797

doi 10.61409/V11240797

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

SUMMARY

Heavy bleeding after biopsy of nasopharyngeal juvenile angiofibroma

Juvenile nasopharyngeal angiofibroma (JNA) is a benign but locally aggressive vascular tumor that affects young males. Biopsy of this highly vascularized lesion is inadvisable. This case illustrates a patient with JNA who underwent a biopsy, resulting in severe bleeding, highlighting the importance of differentiating

JNA from more common conditions with similar symptoms. A multidisciplinary approach is essential, and endoscopic resection is the cornerstone of treatment, often involving preoperative MRI with angiography and embolisation to minimise blood loss and improve outcomes.

REFERENCER

1. Diaz A, Wang E, Bujnowski D, et al. Embolization in juvenile nasopharyngeal angiofibroma surgery: a systematic review and meta-analysis. *Laryngoscope*. 2023;133(7):1529-1539. <https://doi.org/10.1002/lary.30616>
2. Glad H, Vainer B, Buchwald C, et al. Juvenile nasopharyngeal angiofibromas in Denmark 1981–2003: diagnosis, incidence, and treatment. *Acta Otolaryngol*. 2007;127(3):292-9. <https://doi.org/10.1080/00016480600818138>
3. López F, Triantafyllou A, Snyderman CH, et al. Nasal juvenile angiofibroma: current perspectives with emphasis on management. *Head Neck*. 2017;39(5):1033-1045. <https://doi.org/10.1002/hed.24696>
4. Thuesen AD, Jakobsen J, Rasmussen JN. Juvenile angiofibromer. *Ugeskr Læger*. 2005;167(34):3163-6. <https://ugeskriftet.dk/videnskab/juvenile-angiofibromer>
5. Chan KH, Gao D, Fernandez PG, Kingdom TT, Kumpe DA. Juvenile nasopharyngeal angiofibroma: vascular determinates for operative complications and tumor recurrence. *Laryngoscope*. 2014;124(3):672-677. <https://doi.org/10.1002/lary.24337>