


FIGUR 1

Magnetisk resonans-skanning af cerebrum inkl. kontrastindgift. Hypofysen ses tiltaget i størrelse og opadkonveks, dvs. at tumoren er beliggende i hypofysens venstre side.



og efter ca. to en halv måneds behandling var prolaktinniveauet normaliseret. Der blev ikke iværksat behandling på SK, og patientens afsluttende e-mail-bemærkning var:

»Alt fungerer, som det gjorde tidligere, jeg tror endda, jeg oplever en let forøget lyst til sex. Jeg ople-

ver ingen lyst-, rejsnings-, ejakulations- eller orgasme-problemer. Mit humør er også blevet væsentligt forbedret. Jeg fik taget en blodprøve i sidste uge, og har lige fået svar. Prolaktinniveau = 237.

Så livet er helt præcist herligt«.

KONKLUSION

I udredningsøjemed ved nedsat sexlyst hos mænd har man i algoritmer tidligere fokuseret primært på testosteronniveauet og dets rolle for nedsat seksuel lyst [4]. Hos raske mænd primersensitiverer testosteron hypothalamus og øger derved påvirkeligheden af seksuelle stimuli, og dopamin stimulerer opmærksomhed og lyst [5]. Hyperprolaktinæmi kan via hypotalamisk påvirkning medføre hypogonadisme og kan derved reducere libidoen [3]. Vigtigheden af prolaktins rolle i mandens seksualfunktion er anerkendt og bør inddrages i udredningen af nedsat sexlyst hos mænd, hvor mere gængse årsager kan udelukkes.

KORRESPONDANCE: Mette Thing Baltzar, Dag Hammarskjölds Allé 1B, 3., 2100 København Ø. E-mail: mettethingbaltzar@dadlnet.dk

ANTAGET: 4. januar 2012

FØRST PÅ NETTET: 5. marts 2012

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

1. WHO. ICD-10 Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. København: Munksgaard, 1994
2. Montorsi F, Adaikan G, Becher E et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in men. *J Sex Med* 2010;7:3572-88.
3. Buvat J, Maggi M, Gooran L et al. Endocrine aspects of male sexual dysfunctions. *J Sex Med* 2010;7:1627-56.
4. Bhasin S, Enzlin P, Coviello A et al. Sexual dysfunction in men and women with endocrine disorders. *Lancet* 2007;369:597-611.
5. Pfau JG. Pathways of sexual desire. *J Sex Med* 2009;6:1506-33.

Operativ behandling af thoracic outlet syndrome

Peter Birkeland¹ & Jerzy Stiasny²

KASUISTIK

1) Neurokirurgisk Afdeling U, Odense Universitetshospital
2) Håndkirurgisk Afsnit, Ortopædkirurgisk Afdeling, Odense Universitetshospital

Betegnelsen *thoracic outlet syndrome* (TOS) omfatter forskellige tilstande, hvor a. og v. subclavia eller plexus brachialis er klemt ved passagen gennem *thoracic outlet* [1, 2]. Kompressionen kan forårsages af en række anatomiske varianter, hvoraf et halsribben er en af dem. Vi har for nylig opereret tre patienter for TOS og har i alle tilfælde anvendt en supraklavikulær adgang. Der var i alle tre tilfælde tale om fremskredet nerve-tryk. Vi finder det derfor på sin plads at gøre opmærksom på lidelsen, selv om den tidligere har været omtalt i Ugeskrift for Læger [3, 4]. De tre sygehistorier har mange lighedspunkter, og her præsenteres den første.

SYGEHISTORIE

En 41-årig kvinde havde gennem mange år haft gener i sin højre arm. Som barn kaldte hun det at have kvalme i armen. Hun havde fortsat vage smerter i skulderen, armen samt ring- og lillefingeren.

Ved den objektive undersøgelse fandt vi en såkaldt Gilliatt-Summer-hånd med svær atrofi af m. abductor pollicis brevis og i mindre grad af m. interossei og m. abductor digiti minimi. Der sås hyper-ekstension i metakarpofalangealledene og hyper-fleksion i de proksimale interfalangealled i de ulnare fire fingre, således at hånden havde form som en klo

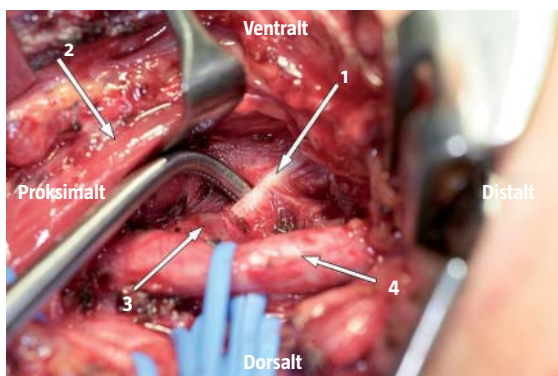
FIGUR 1

Atrofi af højre hånds thenar og hypothenar.



FIGUR 2

Eksploration af højre plexus brachialis. I midten ses den fibrøse streng (1), som forårsagede afklemningen af truncus inferior (3). M. scalenus anterior (2). A. brachialis (4).



(Figur 1). Der kunne udløses Tinel's tegn over plexus brachialis.

Der var foretaget en neurofysiologisk undersøgelse nogle år tidligere på et andet hospital, og man havde fundet forandringer, der var forenelige med aftektion af truncus inferior af plexus brachialis. En røntgenundersøgelse af columna cervicalis viste en næbdannelse på processus transversus af C7 på højre side. En magnetisk resonans (MR)-skanning af columna cervicalis viste ikke forandringer, der kunne forklare tilstanden. MR-skanning af halsen viste upåfaldende resultat.

Pga. smerte og da funktionen til stadighed forringedes, besluttede vi os for at operere. Operationen blev foretaget via en supraklavikulær adgang. Ved operationen fandtes a. subclavia og truncus inferior klemmet nedefra af en streng mellem processus trans-

versus af C7 og costa 1 (Figur 2). Strengen blev klippet over, hvorefter strukturerne faldt på plads. Ved klinisk kontrol fire måneder efter operationen havde patienten ikke længere smerter i armen, og finmotorikken var forbedret, men der var uændret atrofi af håndens muskulatur.

DISKUSSION

Afklemning af plexus brachialis kan som andre kompressionsneuropatier behandles kirurgisk. Tidligere har man foretaget mange operationer alene på smerteindikation. Det har drejet sig om patienter, hvor man ikke havde gjort nogen neurologiske fund, der kunne lokalisere læsionen til *thoracic outlet*. Man har enten anvendt en supraklavikulær eller transaksillær adgang, hvor sidstnævnte omfatter resektion af et eller raskt første ribben. Resultaterne har været vekslende, hvorfor mange kirurger er blevet utilbøjelige til at operere i dette område.

Imidlertid har det fjernet opmærksomheden fra en gruppe patienter, hvor der foruden smerter ses neurologiske udfald og karakteristiske neurofysiologiske fund [3]. Her er operationsindikationen klar, og man kan med fordel eksplorere plexus brachialis via en supraklavikulær adgang. Om der ved en røntgenundersøgelse kan påvises et halsribben eller ej, er i sig selv ikke afgørende for operationsindikationen, men det styrker den, hvis der kan. I to ud af tre tilfælde fandt vi rudimentære halsribben. Man skal heller ikke slå sig til tåls med, at en MR-skanning af halsen viser normale forhold. Vi har foreløbig i tre tilfælde fundet, at problemet kunne løses ved overskæring af en streng.

Er der alene smerter og paræstesier, men ingen motoriske udfald, mener vi, at behandlingen primært bør være konservativ i form af fysioterapi.

KORRESPONDANCE: Jerzy Stiasny, Håndkirurgisk Afsnit, Ortopædkirurgisk Afdeling O, Odense Universitetshospital, Sdr. Boulevard 29, 5000 Odense C. E-mail: jerzy.stiasny@ouh.regionsyddanmark.dk

ANTAGET: 24. januar 2012

FØRST PÅ NETTET: 12. marts 2012

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

LITTERATUR

1. Wilbourn AJ. 10 most commonly asked questions about thoracic outlet syndrome. *Neurologist* 2001;7:309-12.
2. Huang JH, Zager EL. Thoracic outlet syndrome. *Neurosurgery* 2004;55:897-903.
3. Smith T, Trojaborg W. Neurogen kompression ved thoracic outlet syndrom (TOS). *Ugeskr Læger* 1987;149:3095-7.
4. Cerazy S, Røder OC. Kirurgisk behandling af thoracic outlet-syndrom. *Ugeskr Læger* 2007;169:3665-7.