

- Burke EC, Jarnagin WR, Hochwald SN et al. Hilar cholangiocarcinoma. *Ann Surg* 1998;228:385-94.
- Pichlmayr R, Weimann A, Klempnauer J et al. Surgical treatment in proximal bile duct cancer. *Ann Surg* 1996;224:628-38.
- Weber SM, DeMatteo RP, Fong Y et al. Staging laparoscopy in patients with extrahepatic biliary carcinoma. *Ann Surg* 2002;235:392-9.
- Byrnes V, Afdhal N. Cholangiocarcinoma of the hepatic hilum (Klatskin tumor). *Curr Treat Option Gastroenterol* 2002;5:87-94.
- Miyazaki M, Ito H, Nakagawa K et al. Aggressive surgical approaches to hilar cholangiocarcinoma: hepatic or local resection. *Surgery* 1998;123:131-6.
- Capussotti L, Muratore A, Polastri R et al. Liver resection for hilar cholangiocarcinoma: in-hospital mortality and long-term survival. *J Am Coll Surg* 2002;195:641-7.
- Parc Y, Frileux P, Balladur P et al. Surgical strategy for the management of hilar bile duct cancer. *Br J Surg* 1997;84:1675-9.
- Launois B, Reding R, Lebeau G et al. Surgery for hilar cholangiocarcinoma: French experience in a collective survey of 552 extrahepatic bile duct cancers. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2000;7:128-34.
- Launois B, Terblanche J, Lakehal M et al. Proximal bile duct cancer: high respectability rate and 5-year survival. *Ann Surg* 1999;230:266-75.
- Nimura Y, Kamiya J, Kondo S et al. Aggressive preoperative management and extended surgery for hilar cholangiocarcinoma: Nagoya experience. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2000;7:155-62.
- Iwatsuki S, Todo S, Marsh JW et al. Treatment of hilar cholangiocarcinoma (Klatskin Tumors) with hepatic resection or transplantation. *J Am Coll Surg* 1998;187:358-64.
- Seyama Y, Kubota K, Sano K et al. Long-term outcome of extended hemihepatectomy for hilar bile duct cancer with no mortality and high survival rate. *Ann Surg* 2003;238:73-83.
- Kosuge T, Yamamoto J, Shimada K et al. Improved surgical results for hilar cholangiocarcinoma with procedures including major hepatic resection. *Ann Surg* 1999;230:663-71.
- Kawasaki S, Imamura H, Kobayashi A et al. Results of surgical resection for patients with hilar bile duct cancer: application of extended hepatectomy after biliary drainage and hemihepatic portal vein embolization. *Ann Surg* 2003;238:84-92.
- Lee SG, Lee YJ, Park KW et al. One hundred and eleven resections for hilar bile duct cancer. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2000;7:135-41.
- Tabata M, Kawarada Y, Yokoi H et al. Surgical treatment for hilar cholangiocarcinoma. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2000;7:148-54.
- Gerhards MF, van Gulik TM, de Wit LT et al. Evaluation of morbidity and mortality after resection for hilar cholangiocarcinoma - a single center experience. *Surgery* 2000;127:395-404.

Facialisschwannom – en sjælden sygdom, hvor valg af billeddiagnostik er af største vigtighed

Reservelæge Lotte Rosenvinge &
afdelingslæge Eva Charlotte Jung Johansen

Odense Universitetshospital,
Øre-, Næse-, Halskirurgisk Afdeling F

Facialisschwannom (FS) en sjælden, men ikke ukendt sygdom. Her beskrives et forløb for en patient med et FS. Den diagnostiske udredning af patienter med facialispårese (FP) diskuteres, specielt de billeddiagnostiske undersøgelser. På trods af at FS er en sjælden tilstand, bør den indgå som differentialdiagnose ved mistanke om neoplasie inddragende facialiskanalen og ved ikke spontant restituerende FP – Bells pårese.

Sygehistorie

En 56-årig kvinde blev henvist på mistanke om acusticusneurinom. Hun havde progredierende højresidig FP af perifer type. Symptomerne var begyndt seks måneder tidligere med let tinnitus af konstant type på højre side, men uden høretab.

Ved den objektive undersøgelse fandtes normale forhold ved otomikroskopi.

Ved en otoneurologisk undersøgelse påvist højresidig perifer FP, og ved audiometri fandtes et mindre konduktivt høretab. Stapediusreflekserne på højre side kunne ikke fremkaldes. Hjernestammeaudiometri var stærkt suspekt for en retrokokleær affektion.

På mistanken om acusticusneurinom blev patienten skannet med magnetisk resonans-skanning (3D Turbo spin Echo Sequence MRI-scan). MR-skanningen viste imidlertid normale forhold.

Ved klinisk kontrol fire måneder senere var facialispåvirkningen forværret, og otomikroskopi af højre øre gav nu mistanke om en rumopfyldende proces i mellemøret.

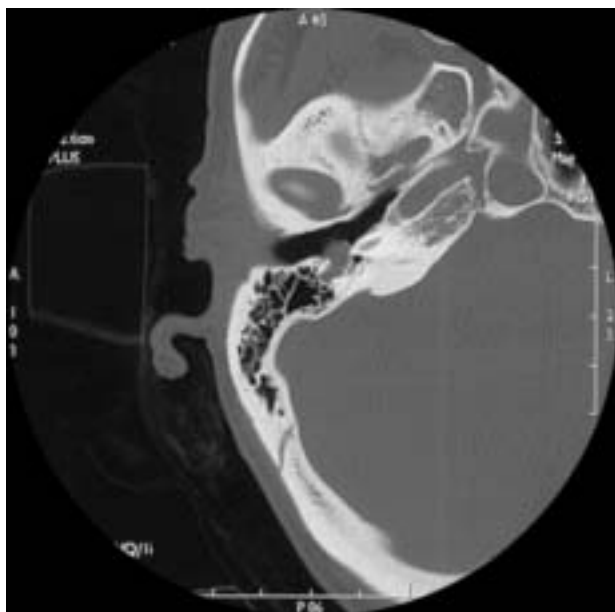
Ved computertomografi (CT) af højre os temporale, skannet transverselt uden kontrast, sås en relativt velafgrænset, ikke destruktiv udfyldning (**Figur 1**).

Ud fra CT'en kunne det ikke afgøres, om det var en glomustumor eller et FS.

Ved paracentese sås dog et gulligt fast væv foreneligt med schwannom. En ny høreprøve viste tiltagende konduktiv høretab på højre øre, og man fandt indikation for fjernelse af tumor.

Operationen, der udførtes via øregangen og retroaurikulært afslørede en større tumor end først antaget (1,5 × 1,0 × 0,4 cm), og der blev foretaget tympanoplastik, mastoidektomi

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK



Figur 1. Computertomografi af højre os temporale, skannet transversalt uden kontrast. I bageste del af mellemøret ses en velafgrænset udfyldning, målende 5 mm på bredeste sted.

med frilægning af n. facialis og interposition af n. auricularis magnus. Den histologiske undersøgelse viste schwannom uden tegn på malignitet. Postoperativt havde patienten total facialparalyse.

Diskussion

Et schwannom er en mesenkymalt deriveteret tumor. Trods dens pleomorfe cellekerner er den sjældent malign. Således er det tumors tryk på de omliggende strukturer, der giver symptomer.

Patienterne har variable symptomkomplekser afhængigt af tumors placering og udbredelse, men FP er næsten altid til stede på diagnose tidspunktet [3].

Oftest ses kombinationer af: 1) nervus facialis-påvirkning, 2) hørenedsættelse og 3) otalgi [1, 2].

På baggrund af tindingebensstudier må man formode, at man ved bedre billeddiagnostik vil finde flere tilfælde af FS med få eller ingen symptomer [4]. Det bliver nu klinikerens opgave i samarbejde med patienten at tilrettelægge det videre behandlingsforløb, kontroller og/eller kirurgisk intervention.

Ikke sjældent debuterer patienterne med en pludselig total PF, som initialt kan forveksles med Bells parese.

Det er således vanskeligt at udpege, hvilke patienter der bør udredes yderligere. Tre tilstande bør føre til, at man får mistanke om neoplasme og dermed udløse relevant billeddiagnostik. Findes således en af nedenstående: 1) FP med ipsilateralt høretab, 2) mistanke om tumor i mellemøret eller 3) monosymptomatiske FP, der ikke bedres inden for tre måneder, bør patienten skannes [2].

CT af os temporale har været anset som den bedste radio-

logiske metode til udredning af forholdene ved pars petrosa ossis temporalis.

I senere studier anbefales MR-skanning, T1-vægtet med gadolinium kontrast givet intravenøst, for undersøgelser af forholdene omkring n. facialis [5].

I vores tilfælde mistænkte primært et acusticusneurinom. Derfor blev patienten initialt undersøgt med MR-skanning T2-vægtet, hvilket er førstevalg ved mistanke om acusticusneurinom, men undersøgelsen viste normale forhold. Den efterfølgende CT muliggjorde visuel erkendelse af tumoren. Havde patienten fået lavet en T1-vægtet MR-skanning med gadolinium kontrast, havde vi uden tvivl have kunnet erkende tumoren primært.

Det er derfor vigtigt, at klinikerne kender til de forskellige billeddiagnostiske metoder og deres stærke og svage sider, så man i samarbejde med den radiologiske afdeling kan få gennemført de mest velegnede billeddiagnostiske undersøgelser og huske, at man får svar, som man spørger.

Nyeste anbefalinger til diagnosticering af neoplasier mistænkt på n. facialis er MR, T1-vægtet med gadolinium. Hvor der påtænkes operation, anbefales at der suppleres med CT for tumors udbredelse [5].

Korrespondance: Lotte Rosenvinge, Broløkkevej 70, DK-5250 Odense SV.
E-mail: lotte.rosenvinge@dadlnet.dk

Antaget: 11. august 2004

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Lipkin AF, Coker NJ, Jenkins HA et al. Intracranial and intratemporal facial neuroma. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1987;96:71-9.
2. Lee KS, Britton BH, Kelly DL. Schwannoma of the facial-nerve in the cerebellopontine angle presenting with hearing-loss. *Surgical Neurology* 1989;32:231-4.
3. Isamat F, Bartumeus F, Miranda AM et al. Neurinomas of the facial nerve. *J Neurosurg* 1975;43:608-13.
4. Saito H, Baxter A. Undiagnosed intratemporal facial nerve neurilemmomas. *Arch Otolaryngol* 1972;95:415-9.
5. Girard N, Poncet M, Chays A et al. MRI exploration of the intrapetrous facial nerve. *J Neuroradiol* 1993;20:226-38.