

behandling sammenlignet med åben operation [1]. I et review af kasuistiske meddelelser fra 2007 med i alt 74 cases inklusive forfatterens egne 28 cases foreslås dog, at den laparoskopiske tilgang bør vælges til små og moderate defekter og åben kirurgi til store defekter og ved recidiv [2].

Det faktum, at lumbale hernier er retroperitonealt beliggende, sammenholdt med en nedsat risiko for organlæsioner, adhærencer og muligvis lavere pris, taler imidlertid for åben kirurgi, da man ved åben teknik undgår intraperitoneal adgang med incision indefra gennem peritoneum for at få adgang til herniet og dermed muligvis udsætter patienten for større risiko for komplikationer ved laparoskopisk tilgang end ved åben kirurgi. Fordelene ved laparoskopisk kirurgi er imidlertid, at man nedsætter risikoen for

sårinfektioner, undgår at udsætte patienten for bloddelstraumer og har mulighed for korrekt identifikation af herniedefekten.

**KORRESPONDANCE:** Sandra Sofie Teiblum, Lisevej 5, DK-3060 Espergærde.  
E-mail: teiblum@hotmail.com

**ANTAGET:** 8. oktober 2009

**FØRST PÅ NETTET:** 21. december 2009

**INTERESSEKONFLIKTER:** Ingen

#### LITTERATUR

1. Moreno-Egea A, Torralba-Martinez JA, Morales G et al. Open vs laparoscopic repair of secondary lumbar hernias. *Surg Endosc* 2005;19:184-7.
2. Moreno-Egea A, Baena EG, Calle MC et al. Controversies in the current management of lumbar hernias. *Arch Surg* 2007;142:82-8.
3. Salameh JR. Primary and unusual abdominal wall hernias. *Surg Clin N Am* 2008;88:45-60.
4. Armstrong O, Hamel A, Grignon B et al. Lumbar hernia: anatomical basis and clinical aspects. *Surg Radiol Anat* 2008;30:533-7.
5. Sakarya A, Aydede H, Erhan MY et al. Laparoscopic repair of acquired lumbar hernia. *Surg Endosc* 2003;17:1494-500.

## Nodulær hyperplasi af Bartholins kirtel

Reservelæge Sverre Pelle Hjortø, reservelæge Caroline Pehrson & overlæge Anne Gernow

De Bartholinske kirtler (glandulae vestibulares majores) er to mukøse kirtler af 0,5-1 centimeters størrelse, som ligger bagtil i labia majora, og hvis udførselsgange måler 2-2,5 cm og munder ud bagtil i vestibulum vaginae. Efter 30-års-alderen atrofierer kirtlerne gradvist.

Hævelse, smerte og dyspareuni er de hyppigste symptomer ved sygdom i kirtlen og dens udførselsgang, og årsagen er langt oftest cystedannelse og inflammation. Derimod er solide forandringer sjældne, og i disse tilfælde drejer det sig hyppigst om et karcinom og kun meget sjældent om en benign forandring i form af nodulær hyperplasi eller adenom [1].

Vi beskriver her en patient, der havde en udfyldning i venstre labium majus, og som viste sig at have nodulær hyperplasi af Bartholins kirtel (Figur 1).

#### SYGEHISTORIE

En 29-årig rask kvinde blev henvist til gynækologisk ambulatorium grundet en udfyldning i venstre labium majus, der havde varet i to måneder. Der var ingen smerter, dyspareuni, dysuri eller udflåd.

Objektivt fandtes en 3 × 3 centimeter stor, uøm hævelse på labium majus uden rødme af den ovenliggende hud, og vulvaområdet i øvrigt var normalt. Den kliniske diagnose var Bartholincyste. Ved marsupiali-

satio fandtes en 3 cm stor cyste med slimet indhold og et fast/cystisk område i bunden, som blev excideret.

Patologisk undersøgelse viste et 9 × 5 × 5 mm stort vævsstykke, der mikroskopisk ikke indeholdt væv fra Bartholins kirtel, men mucinøst stroma med inflammatoriske celler og spindelformede og stellate celler samt cystiske hulrum. Diagnosen kunne ikke kommes nærmere, end at det kunne dreje sig om en rumperet cyste med reaktive forandringer, men at et aggressivt angiomyksom ikke kunne udelukkes, hvorfor man tilrådede reexcision i sundt væv.

Ved reoperation fandtes igen hævelse af labium majus. Der var gendannet en cyste med slimet indhold. Kaviteten sonderedes til 5 cm. I bunden af den cystiske proces fandtes en 2 × 3 cm stor lobuleret, kirtelligende, hvidlig tumor. Cysten og tumoren excideredes.

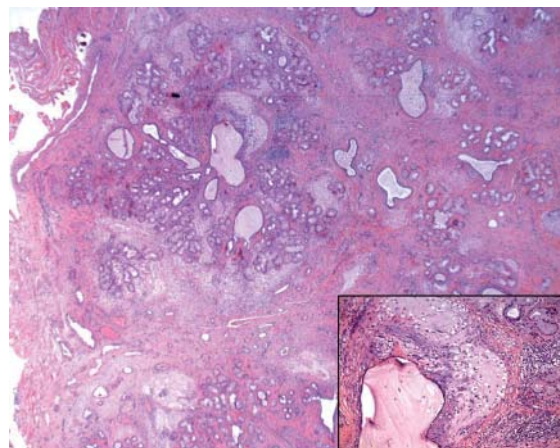
Patologisk undersøgelse viste to vævsstykker, der målte 20 × 10 × 5 mm og 42 × 22 × 18 mm, det største indeholdt en 30 mm stor, afrundet tumor med hvid/lysgul, småcystisk snitflade. Mikroskopisk sås væv fra Bartholins kirtel med lobuleret opbygning og uden kapsel. Der var øget mængde acini omkring dilaterede udførselsgange, nogle med ruptur, og i stromaet sås flere mucinsøer og uspecifik inflammation. Diagnosen var nodulær hyperplasi og cyste med ruptur og inflammation.

#### KASUISTIK

Hvidovre Hospital,  
Patologisk Afdeling og  
Gynækologisk Afdeling


**FIGUR 1**

Nodulær hyperplasi af Bartholins kirtel. Der er lobuleret opbygning med bevaret forhold mellem acini og udførselsgange, og der er ingen kapsel. Indsat forstørrelse viser mucinsø og inflammation i stromaet.



Ved opfølgende kontrol tre måneder postoperativt var patienten symptomfri, og der var ingen palpabel resttumor. Den højre Bartholinske kirtel var også uden tumor.

## DISKUSSION

Solide benigne forandringer i Bartholins kirtel er meget sjældne og generelt slet ikke eller kun meget sparsomt beskrevet i lærebøger i gynækologisk patologi, og der er kun få beskrevne tilfælde i litteraturen. Der er enten tale om et adenom eller om nodulær hyperplasi.

En generelt accepteret og ofte citeret måde at skelne mellem nodulær hyperplasi og adenom er ved hjælp af de kriterier, som er foreslået af *Koenig & Tavassoli* [2]. Ifølge disse kriterier er nodulær hyperplasi karakteriseret ved, at der er proliferation af de mucinøse acini, men med bevaret forhold mellem acini og udførselsgange, at konturen er enten lobuleret eller irregulær, og at der ikke er nogen kapsel. Adenom derimod er karakteriseret ved at have en kapsel, og ved at der er diffus eller tilfældig proliferation af acini og tubuli med tab af det normale forhold mellem acini og udførselsgange. Med disse kriterier er nodulær hyperplasi hyppigere end adenom.

Nodulær hyperplasi er beskrevet hos kvinder mellem 19 og 56 år (gennemsnit 35 år), de er makroskopisk solide og måler op til 45 mm (gennemsnit 23 mm). Ud over ovennævnte mikroskopiske fund findes ved nodulær hyperplasi også ofte let kronisk inflammation, fokal pladeepitelmetaplasi i udførselsgangene og dilaterede udførselsgange/cyster, som eventuelt er rumperede med mucinsøer i stromaet [1-3]. Ved samtidig nodulær hyperplasi og cyste af en vis størrelse vil processen makroskopisk være dels solid, dels cystisk [2]; dette var tilfældet med vores patient.

Ved hævelse i labium majus er årsagen ofte en patologisk forandring i Bartholins kirtel. Den hyppigste lidelse i Bartholins kirtel er cyste og/eller inflammation, men solide forandringer af såvel malign som benign karakter forekommer også. Denne viden er af vigtighed for såvel klinikere som patologer, der beskæftiger sig med behandling og diagnostik af gynækologiske lidelser.

**KORRESPONDANCE:** Sverre Pelle Hjortø, Skotvej 2, 3. th., DK-2920 Charlottenlund. E-mail: sverrehjortoe@yahoo.dk

**ANTAGET:** 24. august 2009

**FØRST PÅ NETTET:** 4. januar 2010

**INTERESSEKONFLIKTER:** Ingen

## LITTERATUR

1. Santos LD, Kennerson AR, Killingsworth MC. Nodular hyperplasia of Bartholin's gland. *Pathology* 2006;38:223-8.
2. Koenig C, Tavassoli FA. Nodular hyperplasia, adenoma, and adenomyoma of Bartholin's gland. *Int J Gynecol Pathol* 1998;17:289-94.
3. Kazakov DV, Curik R, Vanecek T et al. Nodular hyperplasia of the Bartholin gland: a clinicopathological study of two cases, including detection of clonality by humara. *Am J Dermatopathol* 2007;29:385-7.



## DANISH MEDICAL BULLETIN

Det nye nummer af Danish Medical Bulletin er nu tilgængeligt på nettet: [www.danmedbul.dk](http://www.danmedbul.dk)

Vi modtager gerne manuskripter fra danske forfattere, både originalartikler og oversigtsartikler.

## Original article

The effect of transcatheter arterial embolisation for nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Stevó Duvnjak & Poul Erik Andersen.*