

ser, at patienterne kan komme gennem længere udrædningsforløb med risiko for overbehandling. HI er vigtig at huske som differentialdiagnose, da den er nem at stille ved inspektion, og behandlingen er enkel.

Langt de fleste tilfælde af HI opdages først i teenageårene. Pga. det lukkede afløb fra vagina vil menstruationsmateriale ophobe sig i første omgang i vagina (hæmatokolpos), derefter i uterus (hæmatometra) og salpinges (hæmatosalpinges) og til sidst som retrograd menstruation (hæmatoperitoneum), som i værste fald kan give endometriose [3].

HI skal overvejes som differentialdiagnose hos piger, der er 11-16 år, har primær amenoré, normalt udviklede sekundære kønskaraktistika og nedre abdominale smerter særligt med cyklisk præg. Andre hyppige symptomer er akut urinretention (40-60%), nedre rygsmerter (40%) og forstoppelse (27%) [4].

Objektivt findes normale sekundære kønskaraktistika, og inspektion vil i de fleste tilfælde afsløre diagnosen, da der vil kunne ses en blåfarvet frembulning af hymen i introitus.

HI behandles operativt ved i hymen at lave en stellat incision, som går fra kl. 2 til kl. 8 og fra kl. 10 til kl. 4 (hvis hymen ses som en urskive). Denne teknik bruges for at undgå skade på urethra.

Efterfølgende sættes der suturer i kanten for at sikre, at hymen ikke vokser sammen.

I forhold til de kulturer, hvor blødning ved første samleje er vigtig, er der beskrevet teknikker, hvor der laves en mindre incision og anlægges et Foleykateter i 14 dage [1].

Prognosen i henhold til infertilitet og recidiv er god [2, 5]. HI er kun yderst sjældent relateret til andre anomalier i genitalierne [2]. Der er dog risiko for senere udvikling af dyspareuni (30%) og dysfunktionel uterinblødning (19%) [2].

KORRESPONDANCE: Vibeke Nielsen, Gynækologisk-obstetrisk Afdeling, Sygehus Sønderjylland, Kresten Philipsens Vej 15, 6200 Aabenraa. E-mail: vpowervibeke@gmail.com

ANTAGET: 6. september 2012

FØRST PÅ NETTET: 18. februar 2013

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

LITTERATUR

1. Acar A, Balci O, Karatayli R et al. The treatment of 65 women with imperforate hymen by a central incision and application of Foley catheter. *BJOG* 2007;114:1376-9.
2. Joki-Erkilä MM, Heinonen PK. Presenting and long-term clinical implications and fecundity in females with obstructing vaginal malformations. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2003;16:307-12.
3. Rock JA, Zucur HA, Dlugi AM et al. Pregnancy success following surgical correction of imperforate hymen and complete transverse vaginal septum. *Obstet Gynecol* 1982;59:448-51.
4. Mou JW, Tang PM, Chan KW et al. Imperforate hymen: cause of lower abdominal pain in teenage girls. *Singapore Med J* 2009;50:e378-9.
5. Liang CC, Chang SD, Soong YK. Long-term follow-up of women who underwent surgical correction for imperforate hymen. *Arch Gynecol Obstet* 2003;269:5-8.

Primært benigt schwannom i trachea

Søren Venø¹, Stevo Duvnjak² & Jens Eckardt¹

Schwannom er en neurogen tumor, der udgår fra de schwannske celler, som normalt udgør myalinskeden omkring nerver. Schwannomer kan være maligne eller benigne og er ofte associeret med neurofibromatosis Recklinghausen (NF1). De opstår typisk på hovedet, i nakken, på fleksoroverflader på ekstremiteterne samt sjældnere i mediastinum superius og retroperitonealt [1]. Denne sygehistorie omhandler et meget sjældent tilfælde af primært benigt schwannom i trachea hos en patient med øvre luftvejs-symptomer.

SYGEHISTORIE

En 78-årig ikkerygende og tidligere lungerask mand blev henvist til en thoraxkirurgisk afdeling fra en lunge- og internistisk afdeling med henblik på fjernelse af en

tumor i trachea. Han havde været langvarigt indlagt med svær bilateral pneumoni med behov for intensivterapi og respiratorbehandling. Under indlæggelsen blev der foretaget computertomografi (CT) af thorax, der viste en endoluminal stillet tumor, der sad i trachea og næsten okkluderede hele lumen, men uden indvækst i omgivende strukturer i mediastinum (Figur 1A).

Forud for indlæggelsen havde patienten i månedsvis haft hoste, åndenød og enkelte episoder af hæmoptyse.

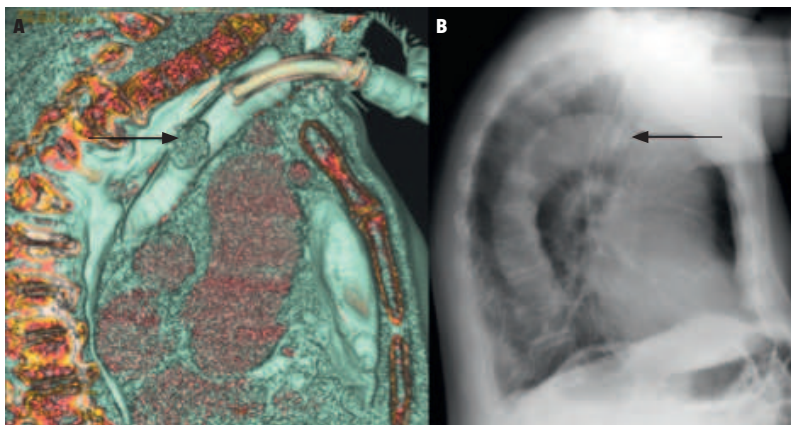
Efter endt behov for intensivterapi blev der foretaget bronkoskopi i generel anæstesi, hvorved man bekræftede fundet af en stillet tumor med næsten fuldstændig okklusion af trachea. Tumoren var ikke passabel med skop, men ved indføring af en varm

KASUISTIK

1) Hjerter-, Lunge- og Karkirurgisk Afdeling, Odense Universitetshospital
2) Radiologisk Afdeling, Odense Universitetshospital

FIGUR 1

A. Sagittal tredimensional rekonstruktion viser stilket tumor med en diameter på 28 mm i trachea (pil) beliggende distalt for den anlagte trakeostomikanyle.
 B. Røntgenoptagelse af thorax (sideoptagelse) viser rund fortætning i projektion af trachea (pil).



slynge gennem arbejdskanalen på bronkoskopet blev stilken af tumor delt ved basis, og tumoren blev fjernet fuldstændigt. Patienten blev udskrevet i velbefindende tilstand, og patologi af tumoren viste senere benign schwannom. Patienten var ikke diagnosticeret med NF1.

DISKUSSION

Primære tumorer i trachea udgør 0-1% af alle tumorer og kan være maligne eller benigne. Hos voksne er 90% af alle tumorer i trachea maligne og udgøres primært af pladecellekarcinomer og adenoide cystekarcinomer [2].

Schwannom i trachea er meget sjældent. *Righini et al* opgjorde 23 tilfælde i perioden 1950-2003, hvoraf 19 tilfælde blev fundet hos voksne og flertallet hos kvinder. I ingen af de beskrevne tilfælde havde patienterne NF1 [3].

De benigne trakealtumorer er en diagnostisk udfordring, idet de typisk bliver fejldiagnosticeret som astma eller anden obstruktiv lungesygdom [2, 4].

Symptomerne på trakealtumor er typisk tegn på øvre luftvejs-obstruktion (dyspnø, hvæsen og stridor), bronkial irritation og ulceration (hoste og hæmoptyse) med dårligt respons på konventionel bronkodilaterende behandling [2]. På grund af den store reservekapacitet i det trakeale lumen opdages trakealtumorer typisk sent, da de først giver symptomer, når 50-75% af lumen i trachea er obstrueret [2]. Trakealtumorer er svære at se på konventionelle røntgenoptagelser, som typisk bruges til primær billeddiagnostik ved udredning af lungesygdom [2]. Billeddiagnostik til bestemmelse af tumorstørrelse,

-lokalisering og -udbredelse findes bedst med CT eller magnetisk resonans-skanning, mens patologisk diagnose opnås bedst ved bronkoskopi med biopsi [2].

Behandlingsstrategien afhænger af udbredelse og patologi. De tre anvendte behandlingsmodaliteter er: 1) åben kirurgi med resektion af trachea med rekonstruktion, 2) endoskopisk fjernelse af tumoren og 3) stråleterapi [2, 3].

Vi valgte endoskopisk behandling, idet billeddiagnostik viste en stilket tumor uden indvækst i ekstratrakealt væv. Tumorens stilk blev delt ved basis med en varm slynge, hvilket erfaringsmæssigt reducerer risikoen for blødning, og tumoren blev fjernet, ved at slyngen blev snøret rundt om midten af resekteret for at minimere risikoen for at tabe det i luftvejene.

Indgrebet blev foretaget i generel anæstesi på en thoraxkirurgisk operationsgang med de heraf følgende muligheder for at afhjælpe eventuelle komplikationer.

I denne sygehistorie havde patienten haft symptomer på øvre luftvejs-sygdom gennem længere tid. Der blev først foretaget CT sent i forløbet pga. svær pneumoni, men med den efterfølgende viden var det muligt at se en mindre tumor i trachea på en røntgenoptagelse af thorax seks måneder tidligere (Figur 1B).

Vi har beskrevet et meget sjældent tilfælde med et benignt schwannom i trachea. Trakealtumor bør overvejes hos patienter med symptomer på øvre luftvejs-obstruktion og manglende respons på konventionel terapi, specielt hvis der samtidig er hæmoptyse.

KORRESPONDANCE: Søren Venø, Baagøes Allé 8A, Penthouse, 5700 Svendborg. E-mail: sveno@dadlnet.dk

ANTAGET: 4. september 2012

FØRST PÅ NETTET: 18. februar 2013

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

LITTERATUR

1. Baandrup U, Fenger C, Clausen PP et al. Klinisk Patologi. København: Fadl's Forlag, 2002.
2. Macchiarini P. Primary tracheal tumours. *Lancet Oncol* 2006;7:83-91.
3. Righini Ca, Lequeux T, Laverrière MH et al. Primary tracheal schwannoma: one case report and a literature review. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2005;262:157-60.
4. Thomas R, Christopher DJ, Thangakunam B et al. Tracheal schwannoma as a mimic of bronchial asthma. *Singapore Med J* 2012;53:e95-6.