

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

blevet opereret af religiøse årsager, havde ikke besvaret spørgsmål om eventuelle problemer med forhuden, men er med i besvarelsen om seksuelle problemer.

Spørgeskemaet berører formentlig et for mange følsomt område, hvilket nok har betydning for den lave besvarelsesprocent. Der er mulig bias ved den lave svarprocent, f.eks. overrepræsentation af besvarelser i de situationer, hvor der fortsat er forhudsproblemer. På trods af dette kan besvarelsene meget vel være repræsentative for hele populationen.

Det er overordentligt bemærkelsesværdigt, at de opererede havde flere problemer med at opnå sædudløsning og med at opnå orgasme end de ikkeopererede. Forskellen var statistisk signifikant. Forholdene vedrørende ejaculatio praecox er ikke undersøgt. Problemerne efter forhudsoperation kan sandsynligvis tilskrives nedsat sensibilitet på glans, pga. manglende præputiel dække. Dette bør tages i betragtning, når man skal stille indikationen for operation og er endnu en årsag til, at man, hvis det er muligt, skal vente med operation til efter puberteten, hvor patienten selv kan tage stilling til en evt. operation. Ellers var der ingen forskel på den seksuelle formåen. Det skal dog bemærkes, at 35% af alle havde skævhed af penis ved rejsning, men dog ikke mere end at kun 1% havde søgt læge herfor. Endvidere noteres det, at kun 80% var tilfredse med operationsresultatet.

Konklusion

På grund af den lave svarprocent på 38 må konklusionerne tages med et vist forbehold, men vi må ud fra vores undersø-

gelse kunne konkludere, at øget viden om forhudens normalfysiologi er relevant, at fysiologisk fimose er en hyppig og normalt forekommende tilstand, der ofte svinder af sig selv i præpuberteten/puberteten. Vores undersøgelse giver mulighed for en bedre information om operationen til patient og forældre. Man bør herunder være opmærksom på eventuelle seksuelle problemer efter operation på forhuden. Der opereres ifølge vores tal fortsat for mange drenge for forhudslidelser, og de opereres for tidligt. Operation og formentlig i første omgang steroidcreme bør forbeholdes de få, der får patologisk fimose formentlig på grund af infektioner. I langt de fleste tilfælde bør man nok vente med operation til efter puberteten, hvor patienten også selv kan tage stilling til en evt. operation, hvis der fortsat skulle være problemer.

Korrespondance: *Mette A. Thorvaldsen*, Geelsvænget 1, DK-2830 Virum.
E-mail: mette-andersen@dadlnet.dk

Antaget: 20. juni 2004

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Rickwood AM, Walker J. Is phimosis overdiagnosed in boys and are too many circumcisions performed in consequence? *Ann R Coll Surg Engl* 1989;71: 275-7.
2. Gairdner D. The fate of foreskin. *BMJ* 1949;2:1433-7.
3. Nasrallah PF. Circumcisio: pros and cons. *Prim Care* 1985;12:593-605.
4. Wright JE. Non-therapeutic circumcisio. *Med J Aust* 1967;1:1083-6.
5. Kayaba H, Tamura H, Kitajima S et al. Analysis of shape and retractability of the prepuce in 603 Japanese boys. *J Urol* 1996;156:1813-5.
6. Larsen GL, Williams SD. Postneonatal circumcisio: Population profile. *Pediatrics* 1990;85:808-12.

Bilateral peritonsillær absces ved mononukleose

Reservelæge Klaus Ulrik Koch, reservelæge Christian Lindhardt, overlæge Ole Østergaard Andersen & ledende overlæge Søren Kristensen

Sydvestjysk Sygehus, Øre-næse-hals-afdelingen

Peritonsillær absces (PA) som komplikation ved infektiøs mononukleose (IM) blev første gang beskrevet af *Goldstein* i 1978, bilateral peritonsillær absces (BPA) af *Johnsen* i 1981. BPA er sjældent forekommende og vanskelig at diagnosticere, da patienterne ofte ikke har asymmetri af svelget. Ydermere kan der hos et fåtal af patienterne ikke observeres trismus [1]. To sygehistorier omhandlende patienter med IM kompliceret af BPA uden trismus præsenteres.

Sygehistorier

I. En 17-årig mand blev overflyttet fra et andet sygehus med

stridor på mistanke om IM. Patienten havde en anamnese på en uge med tiltagende feber, synkesmerter og respirationsbesvær. Klinisk fandt man in- og ekspiratorisk stridor, bilateral tonsilhypertrofi, bilateral peritonsillær hævelse uden trismus og bevaret symmetri af svelget. Monospot var positiv. Grundet betydeligt respirationsbesvær og på mistanke om BPA fik patienten foretaget tonsillektomi à chaud med fund af BPA. Postoperativt blev forløbet kompliceret af sepsis. Patienten blev udskrevet i velbefindende ti dage efter operationen.

II. En 21-årig mand med diagnosen IM blev indlagt. Patienten havde en anamnese på seks dage med tiltagende feber og synkesmerter. Klinisk fandt man tonsilhypertrofi og beskedent venstresidigt peritonsillært ødem uden trismus. Monospot var positiv. Grundet mistanke om BPA fik patienten foretaget tonsillektomi à chaud med fund af BPA. Det postoperative forløb var ukompliceret, og patienten blev udskrevet tre dage efter operationen.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

Diskussion

IM ses hos 20-60 pr. 100.000 pr. år. 5-10% af patienterne har respiratoriske komplikationer, og 2-3,5% har livstruende respiratoriske komplikationer og/eller BPA. Dødsfald ved IM er sjældent forekommende. BPA ses hos 0-6,7% af alle patienter med PA [2]. Hyppigt er der tale om et tilfældigt fund ved tonsillektomi à chaud.

BPA hos patienter med IM er en interessant klinisk problemstilling, idet disse sygdomme er hinandens differentialdiagnoser, hvilket gør diagnosen særlig vanskelig [3]. De orofaryngeale symptomer og kliniske fund ved IM er hyppigst feber, synkesmerter og bilateral tonsillhypertrofi med belægninger. Svælget er symmetrisk, og der findes peritonsillært ødem, men ingen trismus. PA viser sig klassisk med feber, synkesmerter, trismus, unilateral peritonsillært ødem og derfor asymmetri af svælget. BPA viser sig ved feber, synkesmerter, hyppigst trismus og bilateralt peritonsillært ødem. Patogenesen ved trismus er uklar, men skyldes formodentlig øget tonus i tyggemuskulaturen som følge af flegmonøs inflammation i den bløde gane og det peritonsillære væv [4]. Fravær af trismus ved PA og BPA er tidligere blevet beskrevet i litteraturen [1, 5]. Årsagen til den manglende trismus kendes ikke, men er formodentlig abscessens placering i forhold til tyggemuskulaturen. Det er således kendt, at trismus er fraværende, når abscessen ligger dybt bag tonsillen [5].

Uafhængigt af, om patienten har IM eller ej, er behandlingen af BPA tonsillektomi à chaud. Ved IM med alvorlige respi-

ratoriske komplikationer kan tonsillektomi à chaud være livreddende [1, 2].

Konklusion

Diagnosen BPA er overordentlig vanskelig at stille, da tilstanden til forveksling ligner IM. Imidlertid kan begge tilstande ses simultant hos samme patient. Fraværet af asymmetri og trismus kan, såfremt de orofaryngeale gener progredierer, foranledige diagnosen alvorlig IM, hvorved der er risiko for at BPA overses.

Konklusionen er, at patienter med IM, som har udtalte eller forværrede orofaryngeale symptomer, bør ses af en speciallæge i øre-næse-halssygdomme.

Korrespondance: *Klaus Ulrik Koch*, Oluf Bagers Gade 25, 1. tv., DK-5000 Odense C.

Antaget: 22. juli 2004

Interessekonflikter: Ingen angivet

Ovenstående artikel bygger på en større litteraturgennemgang end litteraturlistens fem numre. En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatterne.

Litteratur

1. Johnsen T. Infectious mononucleosis and peritonsillar abscess. *J Laryngol Otol* 1981;95:873-6.
2. Burstin PP, Marshall CL. Infectious mononucleosis and bilateral peritonsillar abscesses resulting in airway obstruction. *J Laryngol Otol* 1998;112:1186-8.
3. Portman M, Ingall D, Westenfelder G et al. Peritonsillar abscess complicating infectious mononucleosis. *J Pediatr* 1984;104:742-4.
4. Kristensen S, Tveterås K. Trismus. *Ugeskr Læger* 1986;148:700-4.
5. Bonding P. Tonsillectomy à chaud. *J Laryngol Otol* 1973;87:1171-82.

Perifer facialisparesse ved adenokarcinom i mellemøret

Reservelæge Rikke Skovsted Schnack-Petersen,
speciallæge Henrik Orkild & reservelæge Kim Werther

Sygehus Vestsjælland, Slagelse Sygehus, Otologisk Funktion, og
H:S Rigshospitalet, Øre-næse-halskirurgisk Klinik

Perifer facialisparesse er et hyppigt forekommende symptom. Incidensen af idiopatisk perifer facialisparesse (Bells paresse) er opgjort til cirka 32 pr. 100.000 [1]. Bells paresse udgør omkring 66% af tilfælde med ensidig perifer facialisparesse [1], og symptomerne svinder uden behandling. Ætiologisk udgør virale og bakterielle infektioner mellem 5,9% [1] og 15% [2] af pareserne, mens neoplasmer udgør mellem 2,7% [1] og 13,5% [2]. Perifer facialisparesse kan således være et symptom på sygdomme, hvor prognosen afhænger af tidlig diagnose og behandling.

Det er derfor vigtigt at erindre, at forløb, der er atypiske for Bells paresse, bør henlede opmærksomheden på mere alvorlige tilstande.

Sygehistorie

En 46-årig mand opsøgte egen læge pga. højresidige ansigts- og øresmerter. Tre måneder senere opstod der en højresidig partiel perifer facialisparesse med hængende mundvig, og umiddelbart efter udvikledes et erytema migranslignende udslæt på højre ankel, og der blev påbegyndt standardpenicillinbehandling. Patienten havde flere natlige episoder med kortvarig forværring af facialisparsen forudgået af kraftige øresmerter. I de følgende måneder progredierede facialisparsen langsomt.

Ved udredning hos en praktiserende otolog blev der fundet let påvirkning af balancenerven på højre side. Ni