

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-

eratoriske 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 Baggers 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, Tvetérås K. Trismus. *Ugeskr Læger* 1986;148:700-4.
5. Bonding P. Tonsillectomy à chaud. *J Laryngol Otol* 1973;87:1171-82.

Perifer facialispårese 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

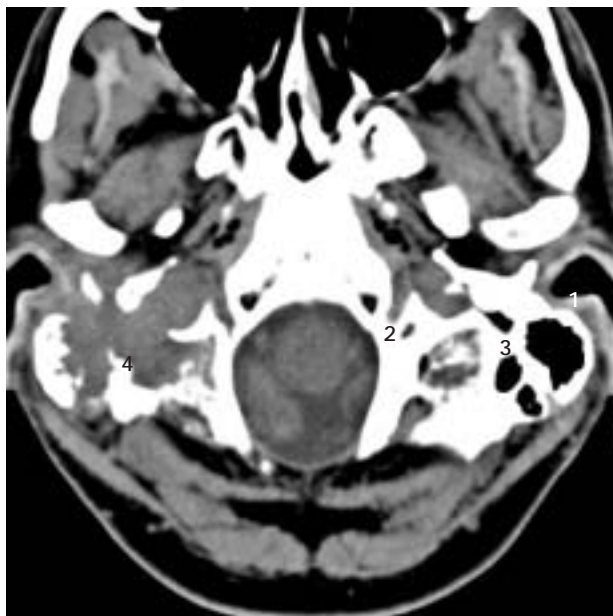
Perifer facialispårese er et hyppigt forekommende symptom. Incidensen af idiopatisk perifer facialispårese (Bells pårese) er opgjort til cirka 32 pr. 100.000 [1]. Bells pårese udgør omkring 66% af tilfælde med ensidig perifer facialispårese [1], og symptomerne svinder uden behandling. Ætiologisk udgør virale og bakterielle infektioner mellem 5,9% [1] og 15% [2] af påreserne, mens neoplasmer udgør mellem 2,7% [1] og 13,5% [2]. Perifer facialispårese 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 pårese, 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 facialispårese 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 facialispåresen forudgået af kraftige øresmerter. I de følgende måneder progredierede facialispåresen langsomt.

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



Figur 1. Computertomografi af cerebrum. Aksialt snit visende en rumopfyldende proces i højre pars petrosa med knogledstruktion. 1) Meatus acusticus externus sin., 2) meatus acusticus internus sin., 3) canalis facialis sin. og 4) adenocarcinom i pars petrosa dxt.

måneder efter symptomdebuten indlagdes patienten med komplet højresidig perifer facialisparese og tiltagende smerter i højre ansigtshalvdel og øre ledsaget af våd knitren ved tygning. De øvrige kranienerver var upåvirkede. En lumbalpunktur afkræftede neuroborreliose. Ved en objektiv undersøgelse blev der fundet palpationsømheden over højre processus mastoideus. Ved otoskopi fandtes let rødme og hævelse af øregangens loft og bagvæg samt let inflammeret trommehinde med frembulning over flaccidaregionen. En audiometri viste mindre asymmetrisk høretab med overvægt i diskanten på højre side og *speech reception threshold* (SRT) på 5/0 dB. Ved en magnetisk resonans-skanning blev der påvist væskesignal i højre mastoid med opladning i pars petrosa. Ved en computertomografi blev der påvist en bløddelstumor i højre pars petrosa med knogledstruktion (Figur 1). En biopsi fra tumor viste middelhøjt differentieret adenocarcinom. Ved en positronemissionstomografi blev der påvist en 4 × 4 cm stor tumor i højre pars petrosa med relation til og mulig indvækst i cerebellum, og der var mistanke om højresidig angulær glandelmetastase. En helkropsskanning gav ikke mistanke om en primær tumor uden for pars petrosa. Tumoren fandtes inoperabel og patienten blev henvist til stråleterapi.

Diskussion

I det beskrevne forløb gik der syv måneder fra debut af facialisparesen, til patienten fik stillet diagnosen. Facialisparesen var fra starten fluktuerende og langsomt progredierende. Bells parese er typisk akut indsættende, og progression ud over de første 2-3 uger, fluktuation og/eller manglende bedring inden for tre måneder bør lede til differentialdiagnostiske overvejel-

ser [1-4]. Mistanken om *Borrelia*-infektion kunne ikke verificeres serologisk, og der skete ingen ændring i symptomerne ved relevant antibiotisk behandling [5]. Patienten havde en let påvirkning af balancenerven på højre side, hvilket er atypisk for Bells parese [1, 2, 4]. Smerter bag øret forekommer ved omkring 52% af tilfældene af Bells parese [1], men bør ved atypisk lokalisation eller ved tiltagende eller fluktuerende karakter føre til skærpet opmærksomhed [2, 3]. Endelig bør man ved recidiv eller dobbeltsidig parese overveje diabetes eller en anden systemisk eller neurologisk sygdom [1].

Hvis forløbet af en facialisparese er atypisk for en Bells parese skal differentialdiagnostiske muligheder overvejes, således at mere alvorlige tilgrundliggende tilstande ikke overses.

Korrespondance: Rikke Skovsted Schnack-Petersen, Holbergsvej 143, DK-4700 Næstved. E-mail: hsnack@stofanet.dk

Antaget: 26. maj 2004

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

- Peitersen E. Bell's palsy: the spontaneous course of 2,500 peripheral facial nerve palsies of different etiologies. *Acta Otolaryngol* 2002;(suppl 549):4-30.
- Brach JS, van Swearingen JM. Not all facial paralysis is Bell's palsy: a case report. *Arch Phys Med Rehabil* 1999;80:857-9.
- Breadon GE, Cody DT, Weiland LH. Facial palsy: unusual etiology. *Laryngoscope* 1977;87:26-34.
- Ma KH, Fagan PA. Facial nerve tumours or "all that palsies is not Bell's". *Aust NZJ Med* 1988;18:613-6.
- Karkkonen K, Stiernstedt SH, Karlsson M. Follow-up of patients treated with oral doxycycline for Lyme neuroborreliosis. *Scand J Infect Dis* 2001;33:259-62.