

---

# Differentialdiagnostiske overvejelser i øre-, næse- og halsregionen

TROELS BUNDGAARD OG  
CHRISTIAN BRAHE PEDERSEN

## Indledning

Historisk set var infektioner med primært odontogent fokus en vanlig årsag til hospitalisering i såvel 1800- som 1900-tallet. Disse tidligere livstruende infektioner er nu relativt sjældne (men fortsat alvorlige). Patienter med symptomer, der giver anledning til differentialdiagnostiske overvejelser relateret til såvel det otorhino-laryngologiske som det odontologiske speciale, udgør stadig en stor gruppe.

Et af hovedsymptomerne, der giver anledning til en differentialdiagnostisk udredning i begge specialer, er smerter, herunder ikke mindst smerteudstråling til øret. Disse smerter kan være ledsaget af trismus, hvilket ofte yderligere forstærker en differentialdiagnostisk tankegang i grænseområdet, hvor specialerne overlapper hinanden.

Smerter er den hyppigste årsag til, at personer henvender sig til en behandler, 67 procent af alle konsultationer har smerter som årsag<sup>1</sup>. Af alle henvendelser til alment praktiserende læge har 40 procent af konsultationerne smerter som årsag.

Det vil ofte være en uforklarlig smerte, som giver anledning til differentialdiagnostiske overvejelser i øre-næse-hals/odontologiske område, og det er denne oversigts intention at belyse de lidelser i øre-næse-halsområdet, som kan give differentialdiagnostiske problemer for tandlægen.

Den nære anatomiske relation mellem fagområderne kræver en særdeles god detailviden om anatomi for at planlægge en rationel strategi i den differentialdiagnostiske udredning af patienter med symptomer i det otologiske/odontologiske grænseområde. Dette gælder såvel patienter med smerter som det primære symptom, som patienter med infektioner og tumorer i svælg og mundhule.

## Generelt om smerter

Smerte er en vigtig sans, som hos mennesket opleves bevidst, men som hos langt de fleste levende organismer er en ubevidst eller reflektorisk reaktion på en advarsel om, at der er en fare, som truer i omgivelserne.

Det bevidste menneske får gennem smerteoplevelsen besked om, at der er noget galt. Smerten kan skyldes infektioner, tumorer, traumer eller andet. Uden smertereaktion vil det være vanskeligt at opretholde livet, ligesom en fornuftig reaktion på smerte vil give mulighed for at bevare eller forlænge liv.

Tidligere var det en almindelig opfattelse, at smertesystemet var statisk, men nye erfaringer har udviklet teorier, som ser på smertesystemet som en neuroplastisk enhed med mulighed for forandringer i smerteopfattelsen over tid ved ens påvirkning.

Der er de senere år fremkommet megen ny viden om smertemekanismer. Bedst undersøgt er kutan smerte, hvor henholdsvis stikkende smerte og brændende smerte opfattes ved hjælp af nervefibre med forskellig nerveledningshastighed, 10-20 meter/sek. vs. 1-2 meter/sek. Også inden for smerter betinget af vævsskade eller nerveskade er vores viden udviklet, og der arbejdes på molekylærbiologisk niveau, hvilket giver mulighed for udvikling af nye analgetika.

Smerter fra dybe strukturer er et stort klinisk problem, da disse smerter er vanskelige at lokalisere. Begrebet *referred pain* eller meddelt smerte har stor praktisk betydning, idet smerter fra in-

**Tabel 1. Ørets sensoriske innervation.**

- 
1. Nervus auriculo-temporalis fra nervus trigeminus
  2. Ramus auricularis fra nervus vagus
  3. Nervus tympanicus (plexus tympanicus) fra nervus glossopharyngeus
  4. Nervus auricularis magnus fra plexus cervicalis C2+C3
  5. Nervus intermedius, del af nervus facialis
- 

dre organer giver smertefornemmelse i et afgrænset hudområde, innerveret fra samme medullære segment.

Som eksempel på fælles differentialdiagnostiske problemer for tandlæger og øre-næse-halslæger skal der i denne oversigt gives en grundig omtale af øresmerter (otalgi)

## Otalgi

Smerter i ørerne er et hyppigt forekommende symptom. Smerterne kan være udløst af sygdomme i øregangen og/eller trommehinden. Mellemøret er ligeledes ofte symptomgivende, herunder med smerter. Differentialdiagnostisk er det de meddelte smerter til øret, som har størst interesse, og disse smerter kan have mange forskellige årsager.

De meddelte smerter til øret er hyppige på grund af ørets specielle innervationsmønster. Der er hele fem forskellige nerver involveret i ørets smerteregistrering (se Tabel 1), og da tre af disse nerver tillige innerverer andre anatomiske strukturer på hoved og hals, er mulighederne for referred pain store.

## Øregang og trommehinde

Smerter i øregangen vil ofte være forårsaget af infektioner. Hyppigst er øregangsbetændelse. En sådan betændelse opstår ikke sjældent som en forværring af et øregangseksem, eventuelt provokeret af kradsen med en tændstik eller hårnål. Disse smerter

kan være meget intense, hvilket tilskrives den tynde øregangshuds stramme binding til underliggende brus og knogle.

Øregangen kan være sæde for svampeinfektion, en lidelse der giver øresmerter. Lokaliseret infektion i form af en lille abces eller furunkel kan give intense øresmerter.

Ørevoks eller en okkluderende cerumenprop giver ikke egentlige smerter, men en ubehagelig trykken eller fornemmelse af afslukning. Næsten alle mennesker har oplevet ubehaget ved en voksprop.

Tumorer i øregangen kan, når der foreligger malignitet, give ubehagelige smerter.

Myringitis bullosa skyldes formentlig en virusinfektion i trommehinden. Der dannes en blære på trommehinden, og der kan være stærke smerter af kortere varighed.

Ovenfor nævnte lidelser er relativt lette at diagnosticere for ørelægen, som har det relevante instrumentarium.

Kuldepåvirkning giver hos nogle mennesker ubehagelige øresmerter, uden at der ved undersøgelse af øregangen kan påvises noget abnormt.

## Mellemøret

Næsten alle børn oplever en eller anden form for mellemørebetændelse (se Tabel 2). Hyppigst er sekretorisk otit, væske i mel-

**Tabel 2. Klassifikation af mellemørebetændelse med angivelse af årsag, hyppighed og varighed.**

Sygdom	Årsag	Hyppighed	Varighed
Tubaokklusion el. kataralsk otit	virus	alle	timer -> dage
Akut otitis media	bakterier	60%	dage -> uger
Sekretorisk otitis media	tuba auditiva dysfunktion	85%	uger -> mdr.
Kronisk otitis media	tuba auditiva dysfunktion m.m.	1-2%	mdr. -> år

lemøret. Symptomerne er hørenedsættelse, og nogle ørelæger mener, at der er ledsagende, ofte natlige smerter. Andre vil beskrive børnenes gener som trykken.

Akut bakteriel mellemørebetændelse ledsages af feber og ret udtalte smerter. Det er en børnesygdom, som rammer ca. halvdel af alle børn. Smerterne varer kun en eller få dage og skyldes udspilen af trommehinden. Hvis trommehinden brister, opstår der purulent øreflod, og smerterne ophører. Samme effekt kan opnås ved at gennemskære trommehinden (paracentese).

Kronisk mellemørebetændelse giver i den almindelige form ikke smerter. Hvis der er optræk til komplikationer, vil smerter være et tidligt symptom herpå.

Cancer i mellemøret er sjældent forekommende, ca. 10 nye tilfælde om året i Danmark. Forveksles ofte med kronisk mellemørebetændelse, men hen i forløbet optræder smerter, som indicerer biopsi.

## Referred pain

Tandlidelser kan være ledsaget af øresmerter. Det er specielt underkæbens molarer, som kan give øresmerter ved lidelser som caries, pulpitis og andre komplikationer samt tandretention. Ikke sjældent klager patienter over øresmerter efter tandbehandling eller tandekstraktion, specielt af visdomstænder i underkæben.

Malokklusion, manglende tænder eller dårligt tilpassede proteser kan give smerter i øreregionen. Det samme gælder bruksisme. Årsagen til øresmerterne er formentlig påvirkning af kæbeledet og myoser i tyggemusklene som led i det såkaldte kæbedysfunktionssyndrom.

Tonsillerne eller mandlerne er placeret på overgangen mellem mundhule og svælg. Tonsillae palatini er ofte sæde for infektion, alle mennesker har prøvet at have halsbetændelse. Cirka to tredjedele af halsbetændelserne er virusbetinget, den sidste tredjedel er forårsaget af bakterier. Ved tonsillit er der feber, synkesmerter

og ikke sjældent ørepine. Diagnosen stilles ved inspektion af pharynx.

Den kirurgiske behandling af de fleste tonsillidelser er fjernelse af mandlerne, tonsillektomi. Dette indgreb udføres hyppigt og, hvis indikationerne er i orden, med god effekt. Tonsillektomerede patienter har næsten altid øresmerter i nogle dage efter operationen.

Smerter omkring øret i forbindelse med parese af nervus facialis ses ofte. Øresmerterne optræder gerne flere dage, før paresen præsenterer sig. Det gælder såvel den idiopatiske parese, Bells parese, som paresen der ses ved zoster oticus, hvor øresmerterne kan være særdeles udtalte.

Strubekræft eller larynxcancer præsenterer sig med symptomerne hæshed og hoste, men også symptomer som trykken i halsregionen, globulus eller lokale smerter kan dominere det kliniske billede afhængigt af, hvor tumor er lokaliseret i larynx. Det er oftest ældre mænd med et stort tobak- og alkoholforbrug, som rammes af denne lidelse. Diagnosen stilles ved laryngoskopi med biopsi. Behandlingen er strålebehandling og ved recidiv fjernelse af struben, helt eller delvis. Det er typisk for larynxcancer, såvel den primære som et recidiv, at der forekommer ledsagende øresmerter.

De her nævnte lidelser er veldefinerede sygdomme, hvor meddelte smerter i øret eller øreregionen indgår i det kliniske billede. Men det må ikke glemmes, at alle lidelser med relation til de omtalte nerver: trigeminus, glossopharyngeus, vagus og øverste cervikale nerver kan være årsag til øresmerter. Lidelser i næsesvelget, bihulerne eller spytkirtler såvel som lidelser i cervikale del af columna og muskellidelser i samme region kan medføre øresmerter.

Endelig skal det nævnes, at der kan ses neuralgier i nervus trigeminus, glossopharyngeus og nervus intermedius, som kan medføre øresmerter, eventuelt efter stimulation af en triggerzone.

Det kan være vanskeligt at udrede årsagen til øresmerter. Ge-

nerelt kan det siges, at øresmerter, som skyldes lidelser i selve øret, ikke er kroniske, men at de som regel består i kortere tid.

## Infektioner

### **Peritonsillær absces**

Patienten med infektion i pharynx er dagligt forekommende, såvel i den primære sektor som i hospitalsvæsenet. Den klassiske tonsillitis acuta er en overordentlig hyppig lidelse, der sjældent giver anledning til differentialdiagnostisk besvær. En abscedering ud i det løse bindevæv mellem tonsilkapslen og svælgmuskulaturen – den peritonsillære absces – giver mere udtalte symptomer og som oftest ensidige symptomer. Der er typisk udtalt trismus pga. ødem samt smertebetinget kontraktion af musculus pterygoideus internus. Ved inspektion i oropharynx ses typisk asymmetri med medial forskydning af den afficerede tonsil og hævelse typisk omkring øvre tonsilpol. En prøvepunktur svarende til det mest prominente område vil afsløre, om der findes absces, men jo ikke umiddelbart årsagen til abscederingen. En vigtig differentialdiagnose er den odontogene infektion udgået fra bageste molarer i underkæben. Ikke sjældent er årsagen en perikoronit omkring en retineret/semiretineret visdomstand i underkæben. Ved tvivlstilfælde suppleres derfor ofte hos dette patientklientel med billeddiagnostisk udredning af de dentogene forhold i underkæbens molarregion. Den peritonsillære absces behandles med akut tonsillektomi, såfremt anamnesen afslører recidiverende tilfælde med akut tonsillit eller tidligere tilfælde med peritonsillær absces. Der er naturligvis altid indikation for drænage af abscessen. Hos voksne kan der foretages incision og abscesdrænage i lokalanæstesi. Det er vigtigt at erindre, at én af de vigtigste differentialdiagnoser til den akutte tonsillit er mononukleose. Også denne tilstand kan give anledning til abscedering peritonsillært, og i disse tilfælde må den medicinske lidelse altså

suppleres med kirurgisk intervention. Bilaterale peritonsillære abscesser er relativt sjældne, men kan være lumske rent diagnostisk pga. af den manglende asymmetri ved klinisk undersøgelse.

Ved peritonsillær absces hos ældre mennesker bør man altid have malignitetsmistanken in mente: mikroskopi af en evt. fjernet tonsil samt efterfølgende klinisk kontrol.

Trismus og/eller asymmetri hos øre-næse-halspatienten ses langt hyppigst ved infektiøse tilstande, men det er vigtigt at erindre, at disse fund også ses hos patienter med tumorer i det retromaksillære eller parafaryngeale rum, samt ved tumorer i den dybe del af glandula parotis. Disse patienter kræver alle en eksakt billeddiagnostisk udredning med CT- og/eller MR-scanning.

### **Parafaryngeal/retrofaryngeal absces**

En infektion i det peritonsillære rum kan gennembryde musculus constrictor pharyngis og brede sig parafaryngealt, som en parafaryngeal absces. Ligeledes kan en infektion i oropharynx eller rhinopharynx afficere de retrofaryngeale lymfeknuder, og disse vil ved suppuration udvikle den retrofaryngeale absces. Begge tilstande er livstruende akutte tilstande, der kræver akut intervention.

Den retrofaryngeale absces er sjælden. Den ses i en akut form hos børn. Barnet er typisk klinisk svært påvirket, ofte med respirationspåvirkning og nakkestivhed. Der er frembuling af bagvæggen i oropharynx, hvor abscessen er beliggende i bindevævsrummet mellem fascia prævertebralis og svælgvæggen. Der er fluktuerende modstand ved palpation og den definitive diagnose sikres billeddiagnostisk. Behandlingen er incision og antibiotisk behandling.

Retrofaryngeale abscesser hos ældre er ofte med mere langstrakte forløb og ofte udgået fra en tuberkuløs spondylitis i columna cervicalis.

Den parafaryngeale absces giver ofte anledning til en differentialdiagnostisk udredning. Det er velkendt, at de fleste af de svæ-



re, livstruende komplikationer sekundært til odontogene infektioner udgår fra molarerne i underkæben<sup>2</sup>. Det typiske udgangspunkt for en parafaryngeal absces er da også enten samsidige tonsil eller samsidige underkæbemolar(er).

### Case 1:

22-årig mand henvises til øre- næse- halsafdelingen, obs. peritonsillær absces sin.

Objektivt findes patienten let påvirket med febrilia. Fri respiration. Trismus. Let asymmetri i hypopharynx. Pusflåd fra poche ved semiretineret -8. Ses af kæbekirurg: antibiotisk behandling med penicillin samt metronidazol. CT-scanning viser parafaryngeal abscedering med adskillige absceslommer (Fig. 1). Operativ intervention med højresidig tonsillektomi samt parafaryngeal incision af abscessen, der går til larynxniveau. Podning: gram-negative stave, gram-positive stave samt gram-positive kokker i hobe.

Kan grundet hævelse til larynxniveau ikke ekstubereres postoperativt. Fortsat hævelse. Fornyet revision samt amotio -8. Langva-



**Figur 1.** CT-scanning af hals. Parafaryngeal abscedering i venstre side af pharynx fra tonsil til larynxniveau.



**Figur 2.** Ortopantomografi. Osteolytiske opklaringer ved venstre angulus mandibulae.

rigt forløb. Respiratorbehandling to uger med massivt antibiotikadække. Udvikler absceskavitet medially for halskarrene og progression ved CT-scanning. Incision eksternt fra med gennembrud til pharynx. Ekstuberer efter tre uger. Antipsykotisk medikamentel behandling. Psykiatrisk tilsyn. Udskrives velbefindende. Henvender sig efter en uge med smerteubehag svarende til -7. Ses af odontolog: minus infektionspatologi i området. Indlægges akut efter yderligere to måneder. Hævelse i venstre mandibelregion. Intraoralt ses fisteldannelse regio -6,7. Ortopantomografi viser ostitis (Fig. 2).

Der foretages decorticatio på kæbekirurgisk afdeling. Herefter længerevarende penicillinbehandling og regression.

### Lemierres syndrom

Tonsillit og orofaryngeal infektion er som hovedregel en banal tilstand med tydeligt klinisk respons på sufficient antibiotisk behandling, men tilstanden kan i sjældne tilfælde føre til livstruende komplikationer, som udvikles meget voldsomt, såfremt der ikke foretages sufficient behandling på et tidligt tidspunkt. Lemierres syndrom er den alvorligste af disse tilstande. Lemierre beskrev i 1936 sepsis efter oropharyngitis<sup>3</sup>. Han identificerede den ansvarlige mikroorganisme som bacillus funduliformis, nu kendt som fusobacterium necroforum, en gram-negativ anaerob stav. Han beskrev de karakteristiske symptomer og fund. Syndro-

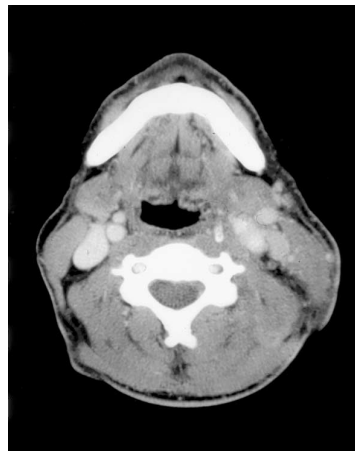
met ses sædvanligvis i tidligere raske, relativt unge personer. Symptomerne starter med halssmerter, evt. dysfagi, dentale smerter samt hævelse på halsen. Klinisk progression med påvirket almentilstand og symptomer forenelige med sepsis. Der er typisk venetrombose og manifestationerne kan inkludere metastatiske septiske emboli til lungerne og i øvrigt også til cerebrum. Behandlingen er penicillin i høj dosering suppleret med metronidazol.

Til illustration af syndromets alvorlighed og kompleksitet skal her kort refereres en aktuel sygehistorie.

### Case 2:

54-årig mand indlægges akut, obs. venstresidig peritonsillær absces. Ganske let trismus. Beskeden asymmetri i oropharynx. Venstresidig adenitis på collum. Pænt klinisk respons på antibiotisk behandling. Udskrives efter få dage.

Genindlægges efter en uge fra medicinsk afdeling. Tiltagende nakkesmerter og torticollis. Store ømme glandler langs hele venstre side af collum. Tiltagende respirationssynkroner smerter. CT-scanning viser multiple abscesser på venstre side af halsen i den dybe muskulatur samt trombose af vena jugularis interna (Fig.



**Figur 3.** CT-scanning af hals. Flegmonøse forandringer i venstre musculus sternocleidomastoideus med omgivende område med mikroabscesser.

3). CT-scanning af thorax viser multiple mikroabscesser i lungevævet samt væske i pleurahulen.

Der intervereres med tonsillektomi samt eksterne incisioner med drænage. Højdosis penicillin 5 MIE x 4 samt metronidazol. Langvarig respiratorbehandling. Kontrol-CT-scanning viser efter en uge absces opadtil i karskeden samt i nakkeregionen. Drænes via bred adgang på halsen. Bliver tiltagende respiratorisk påvirket. Tiltagende mængde væske i pleurahulen. Overflyttes til thoraxkirurgisk afdeling til drænbehandling på mistanke om empyem i pleurahulen. Udskrives efter fem uger i velbefindende. Podning har ikke kunnet verificere fusobacterium necroforum, men tilfældet er klinisk oplagt Lemierres syndrom.

Det er vigtigt at erindre, at de faryngeale og parafaryngeale abscesser – uden hensyn til primære fokus i øvrigt – kan sprede sig deklivt på collum mellem fascielagene, såvel superficielt som profundt for fascia cervicalis, langs den prætrakeale eller dybe fascie og give anledning til abscedering i brystskillevæggen – mediastinit. Denne tilstand udvikler sig hurtigt livstruende ved manglende sufficient intervention.

### **Sinuitis**

Den hyppigste infektion i øre-næse-halsområdet, der giver anledning til fagligt samarbejde med odontologen, er uden tvivl patienter med bihulebetændelse. Den anatomiske baggrund for de differentialdiagnostiske overvejelser er den meget nære relation mellem specielt overkæbens molarer og sinus maxillaris. Patientens symptomer er ofte smerter og/eller retronasal sekretion. Det diagnostiske problem for terapeuten er ofte at afgøre, om det primære fokus er odontogent, eller om tandsmerterne er sekundære til den infektiøse proces i én eller (oftest) flere af bihulerne.

Langt de fleste sinuittilfælde er non-odontogene og opstår i tilslutning til en akut kataralsk infektion. Konventionel røntgen-diagnostik er ikke af synderlig diagnostisk værdi, men kan afsløre væskespejl i specielt sinus maxillaris. Ensidige maksillære sinuit-

ter med væskespejl giver mistanke om odontogen genese og skal udredningsmæssigt suppleres med relevant odontogen radiologi. Dette for at afsløre periapikal patologi.

Ensidigt recidiverende sinuittilfælde uden odontogen årsag giver mistanke om bagvedliggende malignitet. Maligne tumorer relateret til bihulerne er sjældne, men det er vigtigt at få disse tumorer diagnosticeret tidligt. Den optimale billeddiagnostiske udredning består af en CT- og ofte også MR-scanning.

Det er vigtigt at erindre sig, at akut sinusitis også ses hos børn. Det er klinisk afgørende med relevant billeddiagnostik for at bestemme infektionens afgrænsning mod vigtige naboregioner: Øjet (ethmoiditis). Cerebrum (specielt ved infektion i sinus frontalis).

Følgende aktuelle sygehistorie illustrerer den ofte komplekse differentialdiagnostiske udredning.

### Case 3:

9-årig pige henvises akut til øre-næse-halsafdelingen under diagnosen obs. sublaksation højre kæbeled.



**Figur 4.** MR-scanning af hals og ansigt. Total sløring af højresidige bihuler.

Objektivt: Febril, 39,4 grader. Ødem og rødme foran højre øre. Normal otoskopi. Trismus. Let protrusion af underkæben til lige bid. Forsøg på at føre underkæben til habitualokklusion giver smerter i højre kæbeledsregion. Tilses af odontolog. Klinisk og røntgenologisk (ortopan) ingen sikre tegn med relation til patientens symptomer. På mistanke om synovitis articulationes temperomandibularis institueres penicillinbehandling. MR-scanning (Fig. 4) viser massiv sløring af højresidige bihuler og reaktive forandringer i højresidige kæbemuskulatur. Ingen knoglegenembrud. Der foretages drænindlæggelse transnasalt i højre kæbehule, herefter komplikationsfrit forløb med regression ved kæbehuleskylninger og antibiotisk behandling.

### **Tumorer**

Stort set alle tumorformer er repræsenteret i mundhulen. Blandt de maligne tumorer er det planocellulære karcinom langt det hyppigste.

Også spytkirteltumorerne er repræsenteret i mundhulen, og denne tumorform giver ofte differentialdiagnostiske vanskeligheder såvel klinisk som histopatologisk, da spytkirteltumorerne, såvel med hensyn til anatomisk lokalisation som histologisk fremtoning, viser særdeles stor heterogenitet.

### **Oral cancer**

Kræft i mundhulen er næsten synonymt med pladeepitelcellekarcinom, omend alle typer kan forefindes i mundhulen. Det er påfaldende, at en stor fraktion af mundhulekræfttilfældene diagnosticeres i et fremskredent stadie, på trods af at det drejer sig om tumorer, der er tilgængelige for direkte inspektion, dels af patienten selv, dels af de professionelle terapeuter. Prognosen for oral cancer er stærkt relateret til sygdomsstadium på diagnose-tidspunktet.

I Danmark vil ca. 45% af patienter med oral cancer primært henvende sig hos egen læge med debutsymptomerne: Smerter og/eller slimhindeforandringer. Cirka en tredjedel af patientklientellet vil primært søge egen tandlæge, og resterende patienter henvender sig hos privat praktiserende øre-næse-halslæge (8%), tandtekniker etc.<sup>4</sup>

Den diagnostiske forsinkelse fra patientens første symptom til behandlingens iværksættelse udgøres dels af patientens egen tøven med at henvende sig til læge eller tandlæge, dels af den professionelle terapeuts forsinkelse med at stille den rette diagnose (professional delay).

I en serie på 167 patienter fandtes en middelværdi for den totale forsinkelse på 162 dage (!), medens middelværdien for professional delay var 45 dage. Der fandtes dog meget stor spændvidde i professional delay (1-384 dage (!)). Der fandtes ingen forskel i professional delay mellem læger og tandlæger<sup>5</sup>.

Det er således fortsat aktuelt at påpege, at slimhindeaffektio-  
ner eller sår i mundhulen af ikke sikker diagnostisk natur bør biopseseres efter senest 2-3 uger.

Det er vigtigt at få stillet diagnosen tidligt i sygdomsforløbet, og den bedste sikring af dette opnås formentlig ved en regelmæssig inspektion af mundhulen i forbindelse med tandlægebesøg, idet der forventes en større fraktion af betandede individer i den voksne befolkning i de kommende årtier.

Behandlingen af mundhulekræft er enten stråleterapi eller kirurgi. I de senere år bliver en større procentdel af det samlede patientklientel behandlet med kirurgi, som primær intenderet kurativ behandling. Der er således sket yderligere koordineret indsats mellem hoved-halskirurger og tandlæger, såvel i den diagnostiske strategi som i den kurative kirurgiske terapi, idet denne terapi stiller optimale krav til en rekonstruktion, der ofte udføres i et samarbejde mellem hoved-halskirurger, maxillofacialkirurger samt plastikkirurger.

## Spytkirteltumorer

Epiteliale spytkirteltumorer er lokaliseret i parotis, submandibularis/sublingualis eller de små spytkirtler intraoralt samt i sjældne tilfælde i cavum nasi og næsens bihuler. Hyppigste lokalisation er i parotis. Tumorer i parotis er hyppigst af benign karakter. Oftest ses blandingstumoren, det pleomorfe adenom.

Det er vigtigt at fokusere på, at ca. halvdelen af tumorerne opstående i de små spytkirtler er maligne. I modsætning til det intraorale pladeepitelcellekarcinom findes den intraorale spytkirteltumor oftest i en ikke-ulcererende form. Prædilektionsstedet for den intraorale spytkirteltumor er ganen, specielt overgangen mellem hårde og bløde gane. Tumorerne kan også findes sublingvalt, lokaliseret til læberne, kindslimhinden samt tungen. Differentialdiagnostisk findes jo stort set alle tumorformer i mundhulen, og også virusinducerede papilomer forekommer på de anførte destinationer. Malign udvikling i disse ses praktisk talt aldrig.

Generelt set er enhver intraoral spytkirteltumor malignitetssuspekt. Ved tumorer lokaliseret ved overgangen mellem hårde og bløde gane samt retromolært i overkæben, bør der altid foretages præoperativ udredning med CT- og/eller MR-scanning. Finnålsdiagnostik kan være vejledende, men finnåls cytologisk undersøgelse af spytkirtel-patologi er en endog overordentligt svær histopatologisk opgave, og man bør aldrig lade et ikke-malignt svar få konsekvenser i form af professional delay.

Spytkirteltumorer – såvel benigne som maligne – behandles kirurgisk.

En stor fraktion af de små maligne intraorale spytkirteltumorer udgøres af det adenoidcystiske karcinom<sup>6</sup>. Denne tumorform har ofte en større udbredning end primært antaget ved den objektive undersøgelse. Det er ofte ikke muligt at foretage radikalkirurgisk eksstirpation uden et endog meget stort og ofte mutilerende indgreb, som ikke står mål med behandlingsgevinsten. Tumorer med stor mikroskopisk udbredning og specielt nerveinvasion recidive-



rer ofte. Sent i forløbet (ofte 10-20 år) ses stor frekvens af fjernmetastaser.

Der er derfor ved denne tumorform indikation for postoperativ stråleterapi, med mindre det drejer sig om en lille tumor med sikre mikroskopiske resektionskanter og uden tegn på perineural invasion.

#### LITTERATUR

- 1 Arendt-Nielsen L. Ny viden om smertesystemets mekanismer. *Ugeskr Læger* 2002;164: 1796-1803.
- 2 Meurman JH, Lindquist C. Livshotanda odontogena infektioner. *Tandlægebladet* 2002;106:10-4.
- 3 Lemierre A. On certain septicaemias due to anaerobic organisms. *Lancet* 1936; 701-3.
- 4 Bundgaard T, Wildt J. Tandforhold, tandlægevaner og oral hygiejne hos patienter med karcinom i mundhulen. *Tandlægebladet* 1993;97:707-12.
- 5 Wildt J, Bundgaard T, Bentzen SM. Delay in the diagnosis of oral squamous cell carcinoma. *Clin Otolaryngol* 1995;20:21-5.
- 6 Andersen LJ, Therkildsen MH, Ockelmann HH, Bentzen JD, Schiødt T, Hansen HS. Malignant epithelial tumors in the minor salivary glands, the submandibular gland, and the sublingual gland. *Cancer* 1991;68 2431-37.

