

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

sygehusene, hvorved flere skader bliver behandlet på et sygehus, selv om det ikke er på skadestuen. Dette kan medføre en overrapportering af skadestuekontakt.

Svarprocenten på 74 må anses for at være rimelig. Den var lavest for de 80+-årige kvinder (61%) og lå for de øvrige på 67-78%. Geografisk var variationen større, fra 64% i København/Frederiksberg til 85% i Sønderjyllands Amt. Årsagen til bortfaldet var altovervejende (85% af bortfald) manglende ønske om at deltage. Da aldersvariationen og den geografiske variation var begrænset, må respondenterne forventes at være repræsentative for undersøgelsespopulationen. Desuden var der ved vægtningen af data taget højde for forskelle mellem amternes besvarelsesprocenter.

Konklusion

Socialt dårligt stillede benytter sygehusvæsenet i højere grad end andre, hvilket kan medføre en bias, som der bør tages højde for, når analyser af ulykkesforekomst er baseret på syge-

husdata. En nærmere analyse af årsagerne til de sociale forskelle forudsætter dog supplerende undersøgelser af skademønstret blandt de tilskadekomne, idet det kan tænkes, at de socialt dårligt stillede kommer mere alvorligt til skade.

Korrespondance: *Bjarne Laursen*, Statens Institut for Folkesundhed, DK-1399 København K.
E-mail: bla@si-folkesundhed.dk

Antaget: 29. juli 2004
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Sundhedsstyrelsen. Skadestuernes virksomhed 2000. København: Sundhedsstyrelsen, 2002:6.
2. Lauritsen JM, Skov O, Laursen B et al. Ulykkesregistrering i skadestuer. Ugeskr Læger 2002;164:5152-3.
3. Lauritsen JM. Tilskadekomst og behandlingskontakter. Odense: Odense Universitet, 1987:9.
4. Buesching DP, Jablonowski A, Vesta E et al. Inappropriate emergency department visits. Ann Emerg Med 1985;14:672-6.
5. Davidsen M, Kjølner M. The Danish health and morbidity survey 2000 – design and analysis. Stat Transit 2002;5:927-42.

Patologisk eller fysiologisk fimose?

1. reservelæge Mette Andersen Thorvaldsen & overlæge Hans-Henrik Meyhoff

Hillerød Sygehus, Afdeling A, Urologisk Sektion

Resumé

Indledning: Resultaterne af større engelske undersøgelser indikerer, at kun en mindre del af børn, der bliver henvist for fimose har en egentlig/patologisk forhudsfor snævring, langt de fleste har en fysiologisk for snævring af præputiet.

Formål: Formålet med denne undersøgelse var at vurdere de normale fysiologiske forhold ved retraktion af præputiet i barnealderen.

Materiale og metoder: Ved undersøgelsen blev der sendt spørgeskema til i 4.000 unge mænd i Frederiksborg Amt.

Resultater: Hos spædbørn og i skolealderen kunne for huden ikke retraheres hos henholdsvis 22% og 21% mod kun hos 7% ved puberteten. Drengene angav første gang selv at kunne trække for huden tilbage i gennemsnitlig 10,4-års-alderen. 23% havde haft problemer med for huden, men hos de fleste svandt problemerne af sig selv i puberteten (gennemsnit 13,3 år). Samlet var 8% blevet opereret på for huden. Gennemsnitsalderen ved operation var 11,6 år, men 20% var ikke tilfredse med operationsresultatet. Yderligere angav signifikant flere af de opererede at have problemer med at opnå sædudløsning og orgasme $p < 0,0005$.

Diskussion: Med en svarprocent på 38 må resultaterne tages med forbehold. Dog synes undersøgelsen at vise, at fysiologisk fimose er en hyppigt forekommende tilstand, der ofte svinder af sig selv i

præpuberteten/puberteten. Viden om forhudens normalfysiologi er relevant, og oftest bør man nok vente med behandling/operation til efter puberteten.

Resultaterne af større engelske undersøgelser viser, at kun en mindre del af børn, der bliver henvist for fimose har egentlig forhudsfor snævring (13%) [1]. *Gairdner* påviste i 1949, at 10% af de uomskårne drenge i treårsalderen havde ikke fuld retraktil forhud, hvorimod fuld tilbagetrækning af for huden kunne ske hos næsten alle ved pubertetens begyndelse [2]. Denne fysiologiske fimose er i senere undersøgelser fundet at være til stede hos mere end 90% af de nyfødte drenge [3-5]. *Nasrallah et al* fandt også, at 10% ved treårsalderen fortsat havde inkomplet retraktil præputium, mens dette kun var tilfældet hos 1% ved 17-års-alderen [3, 4]. Diagnosen fimose er yderst sjælden i førskolealderen [1]. Ingen drenge under fem år, der var henvist for fimose til et engelsk universitetshospital, havde egentlig patologisk fimose, og operation var således formentlig unødvendig. 47% af fimoseoperationerne udført på et lokalsygehus på drenge under 15 år blev derimod foretaget før femårsalderen [1].

Den store spredning i operationsraten kan skyldes overdiagnosticering af fimose på grund af ukendskab til præputiums naturlige udvikling [6].

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Definitionen på fimose (patologisk fimose WHO-diagnosenummer: DN479D) er:

Forsnævring af præputium resulterende i manglende evne til at trække det tilbage over glans. Præputialranden er præget af fibrøs/indureret ardannelse (hypertrofi) på grund af en langsomt progredierende, tilsyneladende inflammationsprovokeret skrumpningsproces, der breder sig over indre og ydre blad. Histopatologisk billede: balanitis xerotica obliterans (balanoposthitis scleroticans).

Definitionen på nonretraktil præputium (fysiologisk fimose WHO-diagnosenummer: intet) er:

Præputium helt eller delvist nonretraktil på grund af mere eller mindre persisterende udviklingsmæssig adhærens mellem indre blad og glans (agglutinatio præputii: WHO diagnosenummer: DN479A). Præputialåbningen, der udviklingsbettinget kan være noget forsnævret, er altid blød/eftergivende, og præputialranden er ikke hypertrofisk eller arret. Tilstanden er normalfysiologisk forekommende og asymptomatisk, bortset fra lejlighedsvis balloneret af præputium under miktion, hvilket er et harmløst og forbigående fænomen.

Formål

Formålet med undersøgelsen var primært at vurdere de normale fysiologiske forhold ved retraktion af præputiet i barnealderen for bedre at kunne informere og rådgive patienter og forældre. Ligeledes at vurdere i hvilket omfang medfødt forhudsfor snævring er en normal fysiologisk tilstand, der ophæves spontant med alderen.

Desuden var formålet at undersøge, om patologisk fimose i barnealderen måske bliver overdiagnosticeret, og om der, som en konsekvens heraf, udføres unødige behandlinger med steroidcreme eller operationer.

Desuden var en vurdering af, om fimoseoperation kan have indflydelse på seksualfunktionen, ønsket.

Materiale

Der blev foretaget en spørgeskemaundersøgelse i to omgange. Spørgsmålene er angivet i **Figur 1**. Spørgeskemaet er designet til denne undersøgelse, således at resultaterne kunne indføres direkte i en database. Der er ikke foretaget nogen formel validering af spørgeskemaet.

Spørgeskemaet er først udsendt i 1995 til 2.000 mænd.

Personerne blev tilfældigt udvalgt fra Det Centrale Personregister efter følgende kriterier: mand 18-25 år, bosiddende i Frederiksborg Amt, dansk statsborger og født i Danmark.

Samme spørgeskema blev udsendt igen i 2002 til yderligere 2.000 mænd udvalgt efter samme kriterier (for at undgå sammenfald mellem de to grupper blev der brugt forskellige fødselsdage). Der blev senere udsendt rykkere til denne gruppe ved manglende besvarelse.

De modtagne besvarelser er dels opgjort hver for sig, dels samlet.

Etik

Patienterne blev oplyst om, at deltagelsen var frivillig, at oplysningerne blev behandlet anonymt, og at de til enhver tid kunne trække sig ud af undersøgelsen. Studiet bliver udført i overensstemmelse med Helsinki II-Deklarationen og godkendt af Den Videnskabetiske Komité for Bornholms, Frederiksborg, Roskilde, Storstrøms og Vestsjællands Amter.

Statistik

Der er anvendt χ^2 -test.

Resultater

Svarprocenten var i 1995 på 30 og i 2002 på 47 efter rykkerbreve. Resultaterne i de to opgørelser var ikke signifikant forskellige, hvorfor de er opgjort fælles.

Det blev oplyst, at hos 22% kunne forhuden ikke trækkes tilbage i spædbarnsalderen, hos 21% ved skolealderen mod kun hos 7% ved puberteten (**Figur 2**).

Drengene kunne selv første gang trække forhuden tilbage i gennemsnitlig 10,4-årsalderen.

Hos 35% var der stramning ved forhudsåbningen, første gang den blev trukket tilbage, og 5% havde fortsat stramning i 18-25-årsalderen.

I alt 23% havde haft problemer med forhuden. Blandt disse startede problemerne hos 37%, da de var 0-5 år, hos 43%, da de var 6-14 år, og hos 19% efter 14-årsalderen. Problemerne bestod for 83% s vedkommende af besvær med at trække forhuden tilbage, mens kun 18% havde betændelsesepisoder.

Hos 59% svandt problemerne spontant med alderen, gennemsnitlig ved 13,3-årsalderen (**Figur 3**). Af dem med problemer havde 51% søgt læge, og 34% blev henvist til operation, hvoraf næsten alle, eller i alt 31%, blev opereret. Gennemsnitsalderen ved operation var 11,5 år (**Figur 4**). 18% blev opereret som femårige eller tidligere, og 6% blev opereret to gange. Hos 78% var operationsindikationen smerte/stramning ved tilbagetrækning af forhuden, og kun hos 25% var operationsindikationen betændelse. Hos ca. halvdelen blev forhuden helt fjernet ved første operation. Kun 80% var tilfredse med resultatet, 20% var ikke tilfredse med fimoseoperationen, overvejende pga. kosmetiske problemer.

Samlet var 8% blevet opereret på forhuden, 84% pga. forhudsproblemer og 7% af religiøse årsager.

Hvad angår seksualfunktionen kunne i alt 2% ikke opnå tilfredsstillende rejsning, og der var på dette punkt ingen forskel på opererede og ikkeopererede (**Figur 5**).

Af de ikkeopererede havde 3% problemer med at opnå sædudløsning mod 9% af de opererede ($p < 0,0005$, χ^2 -test).

Af de ikkeopererede havde 4% problemer med at opnå orgasme mod 10% af de opererede ($p < 0,0005$, χ^2 -test).

I alt 2% havde problemer med at gennemføre samleje, og der var ingen forskel på opererede og ikkeopererede.

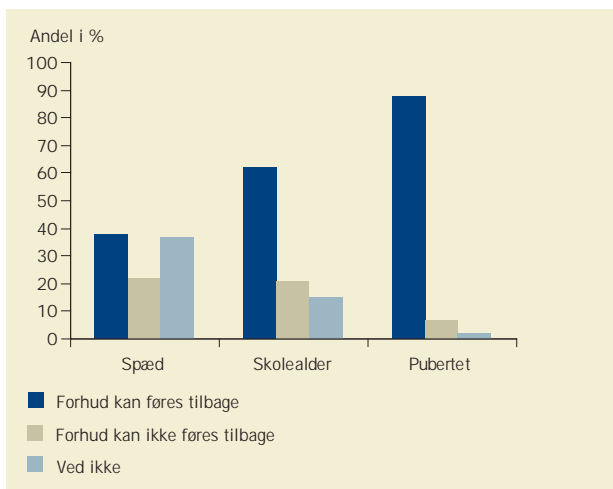
Af de ikkeopererede havde 3% smerter i penis ved rejsning/samleje mod 4% af de opererede.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

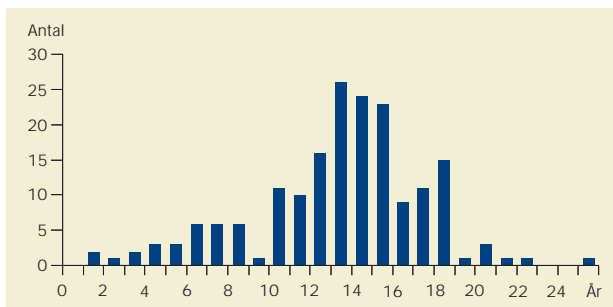
Figur 1. Spørgsmålene fra det udsendte spørgeskema.

1.	Hvor gammel er du?
2.1	Er du opereret på forhuden?
2.2	Hvis ja, er operationen da foretaget pga.:
	A forhudsfor snævring/forhuds betændelse?
	B religiøse årsager? hvis B gå da til spørgsmål nr. 8.
3.	Kunne din forhud føres tilbage, da du var spæd? (Spørg evt. dine forældre)
4.	Kunne din forhud føres tilbage, da du begyndte at gå i skole?
5.	Kunne din forhud trækkes tilbage ved puberteten?
6.1	Hvor gammel var du, da du selv første gang kunne trække din forhud tilbage?
6.2	Har du aldrig kunnet trække din forhud tilbage?
7.	Var der stramning af din forhudsåbning ved de første gange, du trak forhuden tilbage?
8.	Er der på nuværende tidspunkt problemer med at føre din forhud tilbage og/eller frem igen?
9.	Har du nogen sinde haft problemer med din forhud?
10.	Hvornår begyndte dine forhudsproblemer?
11.	Bestod dine forhudsproblemer i (her må der gerne sættes flere cirkler):
	A svært ved at trække forhuden tilbage? 0-5 år
	B svært ved at føre forhuden frem (igen)? 6-14 år
	C forhuds betændelser? efter 14 år
	D vandladningsbesvær?
	E ballon-tisning (udspilling af forhud under vandladning)?
12.1	Blev forhudsproblemerne løst af sig selv med alderen?
12.2	Hvis ja, ca. hvor gammel var du, da problemerne svandt?
13.	Blev der søgt læge pga. forhudsproblemerne?
14.	Blev du henvist til operation pga. forhudsproblemer?
15.	Blev du opereret?
16.	Hvis opereret, din alder på operationstidspunktet?
17.1	Er du opereret flere gange pga. forhudsproblemer?
17.2	Hvis ja, hvor mange gange?
18.	Hvorfor blev du opereret første gang? (Her må der gerne sættes flere cirkler)
	A pga. betændelse under og/eller i din forhud
	B pga. smerter og/eller stramning ved tilbagetrækning af forhuden
	C pga. smerter og/eller stramning, når forhuden skulle føres frem igen hvis ja, hvor mange gange?
	D af religiøse grunde
	E ved ikke
19.	Hvor blev operationen foretaget (første gang)?
	A på sygehus Navn _____
	B hos praktiserende speciallæge
20.	Blev hele forhuden fjernet ved (første) operation?
21.	Er du tilfreds med resultatet af operationen?
	Hvis nej, pga.: A fortsatte forhudsproblemer?
	B udseende af forhuden (kosmetisk dårligt resultat)?
	Hvis A: C pga. betændelse under og/eller i forhuden?
	D pga. smerter og/eller stramning ved tilbagetrækning af forhuden?
	E pga. smerter og/eller stramning, når forhuden skulle føres frem igen?
22.	Hvordan er din samlivssituation for øjeblikket? (Der må kun sættes en cirkel)
	A jeg er enlig uden fast seksualpartner
	B jeg er enlig med fast seksualpartner
	C jeg er gift/samlevende
23.	Kan du opnå tilfredsstillende rejsning?
24.	Har du et problem med at opnå sædudløsning?
25.	Har du et problem med at opnå orgasme?
26.	Kan du gennemføre samleje uden problemer?
27.	Ved rejsning/samleje kommer der (der må kun sættes en cirkel):
	A ingen smerter i penis
	B smerter i penis
28.	Kommer der skævhed af penis ved rejsning? Hvis ja, har du da søgt læge herfor?
29.	Ved rejsning kommer der skævhed af penis (der må kun sættes en cirkel):
	A men så lidt, at samleje er muligt
	B så meget, at det generer, men samleje kan gennemføres
	C så meget, at samleje er umuligt/skønnes umuligt at gennemføre

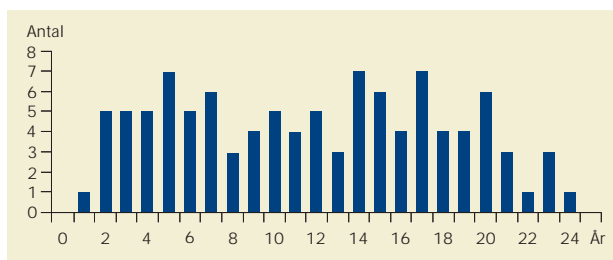
VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE



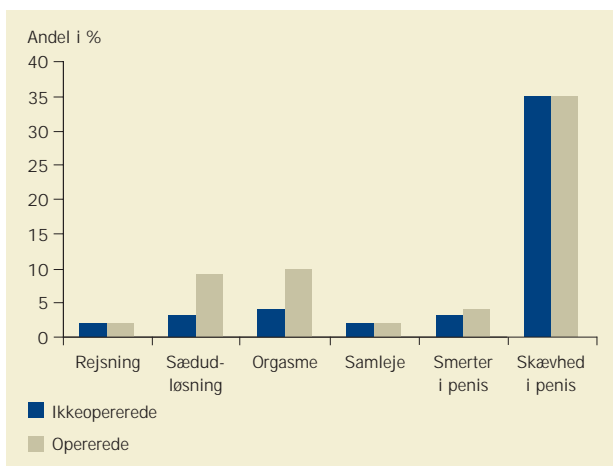
Figur 2. Forhudens mobilitet i forskellige aldersgrupper.



Figur 3. Alder hvor forhudsproblemer svinder spontant.



Figur 4. Alder for operationstidspunktet.



Figur 5. Problemer med samlivet.

I alt 35% observerede skævhed af penis ved rejsning, og der var ingen forskel på opererede og ikkeopererede.

Diskussion

Der var ikke stor forskel på, andelen af dem, hvis forhud ikke kunne trækkes tilbage som spæd og i skolealderen, henholdsvis 22% og 21%. Derimod var det kun 7%, der ikke kunne retrahere forhuden ved puberteten. Man kunne derfor formode, at fysiologisk fimose ofte er årsag til, at forhuden ikke kan trækkes tilbage før puberteten, og at forhuden her bliver mere eftergivelig pga. de hormonale forandringer og den vækst af genitalia, som sker i puberteten. Dette understøttes også af, at 35% havde stramning ved forhuden, første gang den blev trukket tilbage, mod 5% ved 18-25-års alderen. Dette er også i overensstemmelse med resultaterne af tidligere undersøgelser, hvor 10% ikke havde fuld retraktil præputium ved treårsalderen mod 1% ved 17-årsalderen [2, 3, 4]. Reduktionen i det antal, der havde problemer med forhuden, fra 21% i skolealderen til 7% ved puberteten indikerer, at forhudsproblemerne i langt de fleste tilfælde løses af sig selv. Kun 2% blev opereret for forhudsproblemer i denne periode.

Man kan indvende, at det kan være svært at huske som 18-25-årig, om ens forhud kunne trækkes tilbage, da man var spæd. I spørgeskemaet er deltagerne blevet opfordret til at bede forældrene om hjælp til besvarelsen af dette spørgsmål, men ellers må man formode, at der så er afkruset i rubrikken »ved ikke«. Der er således 37%, der ikke ved, om forhuden kunne trækkes tilbage, da de var spæde og 15% ved begyndelse af skolen mod kun 2% ved puberteten.

Næsten en fjerdedel (23%) havde haft problemer med forhuden. Hos 80% startede problemerne før 14-årsalderen, hvor 83% havde problemer med at trække forhuden tilbage, mens kun 18% havde betændelsesepisoder. Hos godt halvdelen svandt problemerne spontant med alderen. Kun 31% af dem med problemer blev opereret, og kun 25% af de opererede blev opereret pga. betændelse. Man kunne derfor formode, at nogle af de opererede er blevet opereret pga. fysiologisk fimose, og at problemerne nok havde løst sig selv, hvis man havde afventet puberteten. Når man sammenligner gennemsnitsalderen for, hvornår man selv kan trække forhuden tilbage, operationstidspunkt og hvornår, problemerne svandt spontant, ses det da også, at operationstidspunktet ligger knap to år før, problemerne gennemsnitlig svandt spontant.

Vores spørgeskema blev udsendt til unge mænd på 18-25 år og omhandler mest deres barndom, hvorfor undersøgelsen beskriver forholdene før steroidcremens indførelse i behandlingen af fimose. Dog må de samme retningslinjer gælde: Hvis man må formode, at problemerne med forhuden løser sig selv med alderen, er der hverken indikation for operation eller behandling med steroidcreme.

Spørgeskemaet blev udsendt til unge mænd, som var født i Danmark og var danske statsborgere, hvilket forklarer det lille antal, der var opererede af religiøse årsager. De 7%, der var

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 formentligt 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 besvarelsenerne meget vel være repræsentative for hele populationen.

Det er overordentlig 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 formentligt i første omgang steroidcreme bør forbeholdes de få, der får patologisk fimose formentligt 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 svælget. 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 svælget. 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.