

Kasuistik

Vandring af p-stav til lungen

Laura Vang Sparsø¹, Christine Laamanen Sommer², Arne Hørlyck³ & Sverre Barfod⁴

1) Institut for Biomedicin, Aarhus Universitet, 2) Thoraxkirurgisk Afdeling, Københavns Universitetshospital – Rigshospitalet, 3) Røntgen og Skanning, Aarhus Universitetshospital, 4) Ilulissat Regionssygehus, Grønland

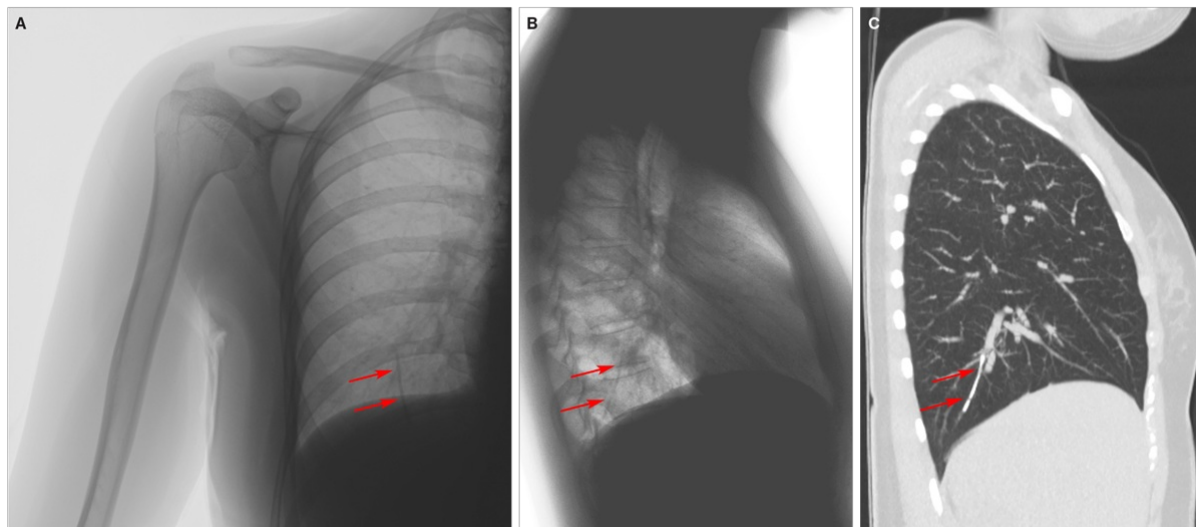
Ugeskr Læger 2024;186:V03240203. doi: 10.61409/V03240203

En p-stav er et subdermalt implantat til antikonception, som er hyppigt anvendt i Grønland, men mindre udbredt i Danmark. P-staven indsættes typisk på indersiden af den nondominante arm. Komplikationer ved proceduren er sjældne og består primært af lokale gener. Herudover er der rapporteret meget få tilfælde af migration af implantatet til lungen [1]. I disse tilfælde henvender patienter sig ofte med pulmonale symptomer såsom dyspnø eller bryst smerter, men det sker også, at de ingen symptomer har som patienten i denne sygehistorie.

Sygehistorie

En ung kvinde henvendte sig i ambulatoriet på et regionssygehus i Grønland til rutinemæssigt skift af p-stav. P-staven var blevet anlagt ukompliceret i højre overarm tre år forinden. Patienten vejede 42 kg og havde et BMI på 18 kg/m² året før anlæggelsen. Et mindre ar ved indstiksstedet blev lokaliseret på indersiden af patientens højre overarm, men p-staven kunne ikke palperes under huden. Hele patientens overarm blev skannet med ultralyd, men det lykkedes ikke at lokalisere p-staven. På mistanke om, at p-staven var vandret, fik patienten foretaget et røntgenbillede af højre overarm og højre thoraxhalvdel i anteriort-posteriort plan (**Figur 1A**). Her blev et lineært fremmedlegeme af dimensionerne 40 × 2 mm svarende til en p-stav lokaliseret. Da røntgenbillederne kun var taget i ét plan, kunne den præcise anatomiske placering af fremmedlegemet ikke vurderes. Det blev først antaget, at p-staven var vandret i det subkutane rum og nu lå i subcutis nær brystet. Derfor blev der foretaget et røntgenbillede i sideplan, og her sås et fremmedlegeme i højre lunges underlap (**Figur 1B**).

FIGUR 1 A. Røntgenbillede i anterior-posterior projektion med p-stav (pile). B. Røntgenbillede i sideplan med p-stav (pile). C. Fra CT med p-stav (pile) beliggende i en pulmonal arterie i højre lunges underlap.



På regionspsygehuset var røntgenundersøgelser og UL-skanning de eneste billeddiagnostiske muligheder, og patienten blev henvist til Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk, hvor p-stavens beliggenhed i en mindre pulmonal arterie i højre lunges underlap blev bekræftet med CT (Figur 1C). Der var ingen tegn på blødning eller lokale reaktive forandringer.

Patienten blev nu konfereret med Thoraxkirurgisk Afdeling på Rigshospitalet. Pga. manglende erfaring med behandling af vandrende p-stave blev der diskuteret forskellige metoder, hvormed p-staven kunne fjernes. Først blev der foreslået radiologisk endovaskulær behandling, hvor p-staven hentes ud via en vene i armen, og herefter blev muligheden for at udføre en kileresektion som kikkertoperation overvejet. Denne procedure er en kameraassisteret operation gennem tre små porte i thorax, hvor det afficerede område manøvreres frem og fjernes.

Anamnestisk havde patienten ingen pulmonale gener såsom smerter, dyspnø eller hoste. Fordele og ulemper ved behandling blev afvejnet, og i sidste ende valgte man ikke at tilbyde fjernelse af p-staven med det samme, men opfordrede i stedet til genhenvielse ved symptomfrembrud.

Diskussion

Migration af p-stave til lungen er tidligere beskrevet i litteraturen med mindst 11 cases samt ni indrapporteringer til de amerikanske lægemiddelmyndigheder om migration til lungen [1]. Der er til dato ingen rapporterede cases fra rigsfællesskabet. Den mest sandsynlige årsag til migration til lungen er, at p-staven ved anlæggelse blev lagt direkte ind i v. basilica i sulcus bicipitalis medialis. Det har resulteret i, at p-staven er emboliseret via overarmens vener til hjertet og herfra er endt i en pulmonal arterie. I Grønland er størstedelen af lægerne korttidsansatte (< 3 mdr.) og med meget varierende klinisk baggrund, hvilket kan øge risikoen for fejl. Migration af p-stave til lungen er en ekstremt sjælden bivirkning med en estimeret incidensrate på 3,17 pr. 100.000 anlæggelser [2]. Derfor er denne komplikation formentlig ukendt for de fleste.

I litteraturen beskrives primært to metoder til fjernelse af p-stave, som er migreret til lungen: ved interventionsradiologi eller ved thoraxkirurgi med enten en minitorakotomi eller en torakoskopi [3]. Hos patienten i sygehistorien var det ukendt, hvor længe p-staven havde været migreret til lungen, og pga. mulig

endotelisering vil endovaskulær behandling indebære betydelig øget risiko og yderligere give risiko for konvertering til en segmentresektion under en ellers planlagt minitorakotomi med arteriotomi [4]. Alt i alt vurderede man hos denne patient, at risikoen for ovennævnte sammenlagt med risici ved kirurgi talte imod kirurgisk intervention for nuværende.

Præventivt bør patienter instrueres i selvundersøgelse af p-staven og i at kontakte læge, hvis de ikke længere kan mærke p-staven under huden, således at hurtig lokalisering og eventuel fjernelse kan iværksættes.

Korrespondance *Laura Vang Sparsø*. E-mail: lv@biomed.au.dk

Antaget 14. maj 2024

Publiceret på ugeskriftet.dk 15. juli 2024

Interessekonflikter ingen. Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2024;186:V03240203.

doi 10.61409/V03240203

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

SUMMARY

Migration of a contraceptive implant to the lung

This case report details a rare case of contraceptive implant migration in a young woman. The migration was discovered three years post-insertion during a routine replacement visit. Despite the absence of pulmonary symptoms, a CT scan revealed the implant in the inferior lobe of the right lung. The patient was referred for further evaluation, but immediate surgical removal was deferred. This case report highlights the importance of healthcare providers recognising migration as a rare complication during implantation and suggests self-examination as a potential preventive strategy.

REFERENCER

1. Hindy JR, Souaid T, Larus CT, Glanville J. Nexplanon migration into a subsegmental branch of the pulmonary artery: a case report and review of the literature. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(4):e18881. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000018881>
2. Rocca ML, Palumbo AR, Visconti F, Di Carlo C. Safety and benefits of contraceptives implants: a systematic review. *Pharmaceuticals (Basel)*. 2021;14(6):548. <https://doi.org/10.3390/ph14060548>
3. Clermidy H, Fabre D, Hugues JN et al. Management of etonogestrel implant migration into the pulmonary artery. *Contraception*. 2022;113:62-67. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2022.03.017>
4. Wali A, Bilkhu R, Rizzo V, Bille A. Contraceptive implant migration to the lung. *BJR Case Rep*. 2021;7(4):20200216. <https://doi.org/10.1259/bjrcr.20200216>