

# Accidental tandekstraktion i forbindelse med tonsillektomi

Reservelæge Nikolaj Bolsing Bak

Tonsillektomi hører til blandt de hyppigst udførte operationer i Danmark og på verdensplan. De risici, der er forbundet med operationen, er forholdsvis få med efterblødning og smerter som de hyppigste [1]. Tandskader i forbindelse med tonsillektomi er sjældent forekommende og ses stort set kun, når der er tale om løse mælketænder, kraftigt nedkarierede tænder eller paradentose, der medfører dårlig fiksering af tænderne til alveolen. Endvidere kan der opstå afsprængning af mindre emaljestykker på grund af brugen af metaludstyr i munden [2].

## SYGEHISTORIE

En i øvrigt sund seksårig dreng var blevet indstillet til tonsillektomi på grund af recidiverende tonsillitter. Patienten fandtes at have en generelt god tandstatus. Fortænderne 1+1 i overmunden var for nyligt brudt frem på samme tid. Mælketænderne 02+02 var faldet ud, og de blivende tænder 2+2 var endnu ikke brudt frem. Det sikredes, at patienten var relevant anæsteseret, og der blev foretaget mundopspærring med Boyle-Davis mundspærre. Påsætning og åbning af mundspærren foregik uproblematisk og uden afvigelse fra normal brug. Der opnåedes godt indblik til tonsillerne, og tonsillektomien blev begyndt. Fem minutter inde i operationen hoppede Boyle-Davis mundspærren af. Mundhulen inspiceredes for skader; der var en lille eskoriation over tanden +1 men i øvrigt normale forhold. Der blev foretaget fornyet mundopspærring.

Inden denne blev færdiggjort, hoppede mundspærren af igen, og de to fortænder blev fundet eksartikulerede, liggende i operationsfeltet. Tænderne blev genplaceret i alveolerne, og en tandlæge blev tilkaldt med henblik på fiksering. Inden tandlægen ankom, blev tonsillektomien gjort færdig med modificeret Boyle-Davis mundspærre med flytbare bøjler, som blev placeret direkte på gingiva, hvor 2+2 endnu ikke var frembrudt og uden at påvirke 1+1. Tandlægen fikserede fortænderne til de øvrige tænder i overmunden. Fiksationen sad i alt i tre uger. Patienten blev set i ambulatoriet fire uger efter operationen. Fortænderne var da fastsiddende, og røntgenbilleder gav indtryk af, at pulpa var begyndt at vokse ud i roden igen.

## DISKUSSION

For at få adgang til tonsillerne foretages i forbindelse med tonsillektomi mundopspærring. Til dette formål findes flere forskellige typer mundspærre. Den hyppigst benyttede i Danmark er Boyle-Davis mundspærre. Boyle-Davis mundspærre placeres dels på fortænderne i overmunden, og er her foret med en silikoneplade, dels mod tungen, hvorved denne holdes ned mod mundgulvet (**Figur 1**). Der findes andre mundspærre, for eksempel McIvors mundspærre, der primært anvendes, hvis patienten er uden tænder i overmunden – og altså kun sjældent bruges, når børn tonsillektomeres [2].

Tandfrembrud af blivende tænder fremkommer ved en kraftig remodellering af kæbeknoglen omkring tanden. Først resorberes en eventuelt ovenfor-siddende mælketands rod. Herefter sker en resorption af knoglemateriale omkring og over den blivende tand, hvorved der dannes en kanal. Tandens skubbes op gennem kanalen, idet der dannes ny knogle under tanden. Under denne proces er tanden forholdsvis ringe forankret i knoglen, da alveolen er væsentligt større end tandens rod. Efter tanden er brudt fuldt frem, sker der en gradvis indvækst af knogle, således at alveolen opnår sin blivende størrelse nøjagtigt tilpasset tandens rod. Inden denne tilpasning har fundet sted, er tanden derfor mere udsat for eksartikulering ved mekanisk påvirkning [3]. Hvis der samtidig er nabotænder under frembrud, må det forventes, at

## KASUISTIK

Gentofte Hospital,  
Øre-næse-hals-kirurgisk  
Afdeling

FIGUR 1

Boyle-Davis mundspærre korrekt placeret i forbindelse med tonsillektomi. Bemærk bøjlen med blå silikoneforing, der hviler på fortænderne i overmunden. Foto: forfatteren.



forankringen af den enkelte tand kan være yderligere forringet.

Blivende tænder, der eksartikuleres, kan normalt replanteres. Succesraten ved replantation er angivet til 20-80% primært afhængigt af, hvor længe tanden har været eksartikuleret, om den er blevet opbevaret i relevant miljø, samt om tanden er beskadiget for eksempel i form af rodfraktur [4, 5]. På længere sigt er der risiko for tandrodsnekrose, rodabsces samt blåmisfarvning som følge af manglede nerve/karforsyning gennem roden [4]. De fleste tidligere eksartikulerede tænder skal rodbehandles inden for en femårsperiode [5].

Ved nyligt frembrudte fortænder med dårlig side-

støtte bør det overvejes at anvende en mundspærre, der ikke støtter på fortænderne.

**KORRESPONDANCE:** Nikolaj Bolsing Bak, Amsgade 12, 5. tv., 1764 København V.  
E-mail: nbb@dadlnet.dk

**ANTAGET:** 27. september 2009

**FØRST PÅ NETTET:** 25. januar 2010

**INTERESSEKONFLIKTER:** Ingen

#### LITTERATUR

1. Pedersen C B. Efterblødninger ved fjernelse af mandler i Danmark i 1900-tallet. Dansk Medicinsk Historisk Årbog 2005. København: Dansk Medicinsk Historisk Selskab, 2005:145.
2. Fine J. Trauma in Tonsilektomy. S Afr Med J 1952;26:470-2.
3. Nanci A, Cate ART, eds. Ten Cate's Oral Histology: Development, structure and function. Philadelphia: Mosby, 2008:271-2.
4. Kinoshita S, Kojima R, Taguchi Y et al. Tooth replantation after traumatic avulsion: a report of 10 cases. Dent Traumatol 2002;18:153-6.
5. Pohl Y, Filippi A, Kirschner H. Results after replantation of avulsed permanent teeth. Dent Traumatol 2005;21:80-92.

## Knudedannelse på femoraliskateter

Reservelæge Hannah Malthe Møllerup, reservelæge Mette Helene Toft & overlæge Kenneth Jensen

### KASUISTIK

Bispebjerg Hospital,  
Anæstesiologisk  
Afdeling Z

Ved ønske om kontinuerlig regional anæstesi kan der anlægges et kateter til indgift af lokalanalgetika. Denne sygehistorie beskriver et tilfælde med knudedannelse på et femoraliskateter.

### SYGEHISTORIE

En 89-årig tidligere rask kvinde blev indlagt på Ortopædkirurgisk Afdeling med venstresidig hoftetraktur.

Ved indlæggelsen i skadestuen blev der anlagt et femoraliskateter (20G Braun Contiplex D). Katetret blev anlagt med brug af nervestimulatur med stimulation via indføringsnålen. Anlæggelsen forløb ukompliceret. Der foreligger ikke oplysninger om, hvor langt katetret blev ført ind, eller hvorvidt katetret

blev indført før eller efter indgift af væske gennem indføringsnålen. Normalt dokumenteres proceduren ved afkrydsning på et flowskema for patienter med hoftenære frakturer. Der noteres tidspunkt, og om anlæggelsen er ukompliceret. Kun i tilfælde af kompliceret eller vanskelig anlæggelse føres dokumentation med beskrivelse i patientens journal. Knap et døgn efter indlæggelsen blev patienten opereret i generel anæstesi med indsættelse af hemialloplastik. Operationen forløb ukompliceret. På fjerdedagen efter operationen forsøgte man i overensstemmelse med afdelingens retningslinjer at seponere katetret. Der var fjedrende modstand ved træk i katetret, og forsøg på seponering udløste smerter, der strålede ned mod knæet. Efter injektion af kontrastvæske i katetret kunne det ved røntgenundersøgelse ses, at katetret var krøllet. Da der var mistanke om, at det kunne være placeret omkring nervus femoralis, valgte man at fjerne det ved kirurgisk eksploration. Katetret blev fjernet i generel anæstesi, hvor man fandt, at katetret blot 4 cm i dybden havde slået en knude omkring noget bindevæv, men ikke omkring kar eller nerver. Knuden kunne nemt løses af kirurgen, og katetret blev fjernet (**Figur 1**).

**FIGUR 1**

Femoraliskateteret efter kirurgisk fjernelse. Katetret er størrelse 20G.



### DISKUSSION

Alle patienter, der indlægges på Bispebjerg Hospital med hoftenære frakturer, tilbydes i skadestuen anlæggelse af femoraliskateter som grundlæggende præ- og postoperativ smertebehandling. Der gives bo-