

Tyndtarmsileus forårsaget af guld tand

Læge og klinisk assistent Troels Munk Jensen,
reservelæge Bülent Küçükakin &
1. reservelæge Charlotte Bülow

Gentofte Hospital, Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling D.

Resume

68-årig mand blev indlagt med symptomer på ileus. Computertomografi viste mekanisk tyndtarmsileus med et fremmedlegeme. Ved laparotomi fandtes tarmen at være dilateret og nekrotisk og endvidere fandtes et bezoar, som indeholdt en guld tand. Guld tand som årsag til tyndtarmsobstruktion er ikke tidligere beskrevet i litteraturen.

Et bezoar (BZ) er et fremmedlegeme i ventriklen og/eller tarmen, der består af ufordøjet organiseret materiale [1, 2]. BZ inddeles i dels phytobezoar, der består af ufordøjede plantedele såsom tørret frugt, fibre og frugtstens dels trichobezoar, der består af hår. Sidstnævnte ses især hos børn, unge, retarderede og patienter med psykiatriske lidelser (trichotillomani). Andre rapporterede BZ-typer er bomuld-, mælk-, toiletpapir-, medicin-, fødebolle-, tjære- og sandbezoarer [3].

Afhængigt af placeringen i gastrointestinkanalen kan klinikken variere fra gastritis og ileus til ulceration og perforation. Den hyppigste placering er ventrikel. Isoleret BZ i tyndtarmen er sjældent. Behandlingen er fjernelse af BZ'et enten ved kirurgi, endoskopi eller lavage [2].

Vi præsenterer her en sygehistorie, hvor en patient indlægges med mekanisk tyndtarmsileus forårsaget af guld tand, der er slugt ca. 7 år tilbage.

Sygehistorie

En 68-årig mand blev indlagt akut med pludseligt indsættende, konstante abdominale smerter med turevis forværring, som strakte sig fra epigastriet ned til det periumbilikale område. Patienten oplyste, at han igennem flere år ugentligt var plaget af turevise smerter samt oppustethed, der oftest var ledsaget af 2-3 alimentære opkastninger, og at han typisk oplevede bedring af smerterne ved lejeskift.

En computertomografisk oversigt over abdomen viste et fremmedlegeme i tyndtarmen med mekanisk tyndtarmsileus oralt herfor (**Figur 1A**). Grundet kraftige artefakter fra fremmedlegemet blev det tolket som metal. De øvrige organer var normale, og der sås ingen sten i galdegangene. Ved laparotomi fandtes tyndtarmen dilateret oralt for en striktur cirka 200 cm fra Treitz' ligament. Cirka 10 cm tyndtarm fand-



Figur 1A. Computertomografi af abdomen, som viser et fremmedlegeme i en væskefyldt og dilateret tyndtarm. **B.** Tyndtarmsresektat. **C.** Bezoar. **D.** Guld tand.

tes her udtalt dilateret, tyndvægget og nekrotisk sortfarvet. Patienten fik foretaget akut tyndtarmsresektion med temporær ileostomi. Ved opklipping af resektatet blev der fundet et hårdt brunligt/grønt BZ, der målte cirka $3 \times 3 \times 3$ cm (Figur 1B og Figur 1C). Resektatet var eroderet, og ved den patologiske

undersøgelse blev der fundet strikturering i begge ender af resektatet samt ulceration af mucosa og iskæmisk nekrose som følge af en indkiling af et bezoar. Ved efterfølgende oprensning/knusning af BZ viste det sig at indeholde en guld tand (Figur 1D). Patienten kunne efterfølgende erindre at have slugt denne ca. syv år tilbage. Patienten blev udskrevet fire dage efter laparatomien. Ileostomien er planlagt tilbagelagt om cirka tre måneder.

Diskussion

Ordet BZ stammer fra arabisk badzehr eller det persiske padzahr og betyder modgift. Indtil det 18. århundrede mente man, at BZ'er havde magiske kræfter og BZ'er fra dyr blev anvendt til behandling af eksempelvis svimmelhed, slangebid og depressioner [1]. BZ dannes primært på baggrund af indtagelse af ufordøjelige bestanddele. Ændret motilitet i mave-tarm-kanalen som følge af tidligere kirurgi, dårlig tandstatus/tyggefunktion samt psykiatriske lidelser (trikotillomani) er kendte risikofaktorer [3]. De hyppigste symptomer på BZ er mavesmerter, oppustethed, kvalme, synkebesvær, madlede, feber og opkastninger [2, 4]. Ved BZ i tyndtarmen er den hyppigste manifestation mekanisk tyndtarmsileus. Oversigt over abdomen, tyndtarmspassage, gastroskopi, ultralydsskanning og computertomografi anvendes i diagnostikken af BZ. Behandlingen er primært kirurgi i form af enten entero-/gastrotomi eller ventrikel-/tyndtarmsresektion. Uanset hvilken kirurgisk procedure, der vælges, er det af betydning at gennemgå tarmen for synkron BZ'er. Alternativerne til kirurgi er endoskopi og lavage med enten opløsningsmidler eller saltvand.

Patienten i denne kasuistik havde et atypisk BZ. En guld tand, der i cirka 7 år havde ligget i gastrointestinalkanalen og derfor havde dannet et organiseret BZ. Hvor længe fremmedlegemet var placeret i ventriklen er uvist, men guldanden/bezoaret blev opfanget på et snævert sted i tyndtarmen. Årsagen til forsnævringen er ukendt. Tyndtarmsresektatet blev fundet med erosion og iskæmisk nekrose, der var forårsaget af BZ. Således bør man ved mistanke om et slugt metallisk fremmedlegeme sikre sig, at dette passerer mave-tarm-kanalen; ellers må relevant billeddiagnostik gennemføres, og fremmedlegemet fjernes. Guldstands-bezoarer er ikke tidligere beskrevet i litteraturen, hvorfor der med denne kasuistik tilføjes endnu et fremmedlegeme til listen af BZ'er i gastrointestinalkanalen.

Summary

Troels Munk Jensen, Büilent Küçükakin & Charlotte Bülow:
Small-bowel ileus caused by a gold filling
 Ugeskr Læger 2009;171:59

A 68-years-old man was admitted to hospital with signs of intestinal obstruction.

Computed tomography showed a foreign body, and the patient underwent laparotomy which revealed a gold filling in

the jejunum. To our knowledge, this is the first documented case of a gold filling causing intestinal obstruction.

Korrespondance: *Troels Munk Jensen*, Gentofte Hospital, Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling D, DK-2900 Hellerup. E-mail: trmuje01@geh.regionh.dk.

Interessekonflikter: Ingen
 Antaget: 20. oktober 2007

Taksigelse: Særlig tak til læge *Ismail Gögenur* fra Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling D, Gentofte Hospital, for kritisk gennemlæsning af manuskriptet og læge *Dorte Linnemann* fra Patologisk Afdeling, Gentofte Hospital, for billedmaterialet.

Litteratur

1. Ortiz-Hidalgo C, Cuesta-Mejinas T, Cervantes-Castro J. Dry fruit bezoar causing acute small intestinal obstruction. *Int J Surg Pathol* 2007;15:66-7.
2. Erzurumlu K, Malazgirt Z, Bektas A et al. Gastrointestinal bezoars: A retrospective analysis of 34 cases. *World J Gastroenterol* 2005;11:1813-7.
3. Ayantunde AA, Oke T. A review of gastrointestinal foreign bodies. *Int J Clin Pract* 2006;60:735-9.
4. Yau KK, Siu WT, Law BKB et al. Laparoscopic approach compared with conventional open approach for bezoar-induced small-bowel obstruction. *Arch Surg* 2005;40:972-5.