

# Kolorektale fremmedlegemer

Reservelæge Troels Thim & professor Søren Laurberg

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, Kirurgisk Afdeling L

Patienter med retinerede analt introducerede kolorektale fremmedlegemer eller komplikationer hertil har brug for relevant håndtering. Situationen kan være farlig og er i alle tilfælde ubehagelig for patienten. Problemstillingen forekommer sjældent, om end incidensen formentlig er stigende. Retningslinjer for håndtering af denne situation mangler i mange lærebøger. Her gives et forslag til håndtering af patienter med retineret kolorektalt fremmedlegeme og af komplikationerne hertil.

Kolorektale fremmedlegemer er helt overvejende introduceret transanalt, hvorfor der her fokuseres på denne problemstilling. For fuldstændighedens skyld kan det nævnes, at kolorektale fremmedlegemer også kan skyldes oral indtagelse eller penetrans fra andre væv. En del af betragtningerne nedenfor kan også appliceres til disse situationer.

Transanal introduktion af fremmedlegemer sker oftest i forbindelse med erotisk aktivitet, enten som led i autoerotisme eller ved samvær med en partner, men man bør være opmærksom på, at der også kan være tale om overgreb [1, 2]. Sjældnere findes andre motiver for introduktion af fremmedlegemer som f.eks. at afbryde diare [1] eller behandle obstipation [3].

Patienterne har inden kontakten til sundhedsvæsenet forsøgt at fjerne fremmedlegemet selv, og der går i gennemsnit ca. et døgn inden patienterne henvender sig til læge [3-6]. Denne latenstid skyldes formentlig, at patienterne ikke tager kontakt til sundhedsvæsenet, før de føler sig sikre på, at der ikke er anden udvej.

Patienterne er hyppigst mænd, og der er rapporteret om patienter i alderen 8-94 år med en medianalder på 40-50 år [1-10]. Årsagen til, at kvinder sjældnere end mænd henvender sig med kolorektalt fremmedlegeme, er usikker. Dog har kvinder mulighed for at manipulere et rektalt fremmedlegeme analt via vagina og derved selv fjerne fremmedlegemet. Kvinder har også mindre krumning af os sacrum, hvilket formentlig nedsætter sandsynligheden for, at fremmedlegemer kan sætte sig fast. Oftest er fremmedlegemet en dildo, men blandt andet flasker, dåser, værktøj eller grøntsager og frugt forekommer også [1-3, 5-8].

Ved kontakt til sundhedsvæsenet vil patienten oftest fortælle om fremmedlegemet, og op mod halvdelen af patienterne har mavesmerter på det tidspunkt, hvor de henvender sig [4]. Nogle patienter har rektale smerter eller rektal blødning [1]. Kun meget sjældent vil en patient henvende sig med mavesmerter og fortie sin viden om fremmedlegemet [7, 9].

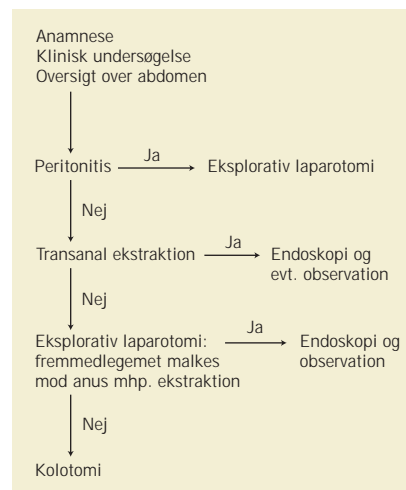
Komplikationer kan opstå som følge af fremmedlegemets introduktion eller som følge af ekstraktionen. Man skal være opmærksom på, at komplikationer ofte opstår hos personer, som selv har fjernet det kolorektale fremmedlegeme, og som således primært henvender sig med en komplikation [6, 7].

Behandlingen af et retineret kolorektalt fremmedlegeme kan være transanal ekstraktion eller operation. Prædiktorer for påkrævet operativ behandling er forsøgt afdækket [4]. Fremmedlegemets afstand fra anus synes at være prædiktativ. Tiden fra introduktion af fremmedlegemet til lægekontakten synes ikke at være prædiktativ for interventionsformen, og der synes ikke at være statistisk sammenhæng mellem størrelsen af fremmedlegemet (over eller under 10 cm) og interventionsformen. Manglen på statistisk signifikans for disse parametre kan skyldes lav statistisk *power*, idet den kliniske problemstilling er relativt sjælden. Specielt for størrelse af fremmedlegemer er statistikken vanskelig, da arten af fremmedlegemer er særdeles variabel. Intuitivt må fremmedlegemets art (form, materiale og overflade) have en betydning for tilgængelighed for transanal ekstraktion. Tarmperforation er en alvorlig komplikation, hvor operation er indiceret.

## Håndtering

En klinisk algoritme er vist i **Figur 1**.

Ved anamneseoptagelse spørges til fremmedlegemernes art, størrelse og antal, samt under hvilke forhold og på hvilket tidspunkt det/de blev introduceret. Den kliniske undersøgelse inbefatter palpation af abdomen og rektaleksploration med henblik på at lokalisere fremmedlegemet og bestemme dets orientering. Der bestilles en oversigt over abdomen med henblik på at lokalisere fri luft. Oversigt taget i to planer giver



Figur 1. Flowskema for håndtering af en patient med et kolorektalt fremmedlegeme. Modificeret efter [4].

**Faktaboks**

Kolorektale fremmedlegemer og komplikationer hertil kan være farlige og er ubehagelige for patienten

Patienter kan primært henvende sig med en komplikation

Taktfuld og professionel håndtering er essentiel

også vigtige informationer om fremmedlegemets art, størrelse, antal samt lokalisation og orientering [1].

Primært tages der stilling til, om patienten har tegn på tarmperforation. Her er de kliniske tegn på peritonitis vigtigst. Det rapporteres, at fri luft på oversigten ses hos mellem halvdelen og alle patienterne [6-8]. Er der tvivl om perforation, foretages der evt. indhældning med en vandig kontrast [2, 6].

Har man mistanke om perforation, foretages der en akut eksplorativ laparotomi med antibiotika og tromboseprofylakse efter vanlige retningslinjer. Hvis man ved laparotomi finder perforation af colon, foretages der kolotomi med fjernelse af fremmedlegemet og evt. et lille tarmsegment, hvor perforationen er sket. Mange patienter har selv foretaget udrensning forud for introduktionen af fremmedlegemet [7, 8], og nogle gange kan det være muligt at lave en primær anastomose. Er der forurening af bughulen, anbefales det at anlægge kolostomi med blindlukning af det anale tarmsegment. Hvis man ikke finder perforation, kan man forsøge at malke fremmedlegemet mod anus med henblik på transanal ekstraktion, således at en kolotomi undgås. Alternativt foretages en kolotomi med fjernelse af fremmedlegemet. Her kan det ligeledes være muligt at foretage primær anastomose.

Har man ikke mistanke om perforation, planlægges fjernelse af fremmedlegemet snarest muligt. Man forsøger primært transanal ekstraktion under sedation. Som anført falder sandsynligheden for succes, jo højere fremmedlegemet sidder. Ved manipulation af fremmedlegemet gennem abdominalvæggen på den sederede patient, kan det undertiden bringes mere analt, hvilket kan facilitere den transanale ekstraktion [2, 6, 9]. Sedation af patienten medfører også relaksation af sfinkteren, hvilket kan facilitere ekstraktionen. Det anbefales, at ekstraktionsforsøg foregår under synets vejledning via ano-, rekto- eller sigmoideoskop [1, 2]. Oftest kan fremmedlegemet fjernes uden brug af hjælpemidler, sjældnere må man anvende f.eks. tænger til at gribe fremmedlegemet med. Især bag større fremmedlegemer kan der under ekstraktionen opstå et undertryk, hvilket kan besværliggøre ekstraktionen. Dette kan evt. afhjælpes ved at lægge spidsen af et kateter (f.eks. Foleys kateter) op forbi fremmedlegemet, og herigenom udligne trykket [1, 2, 6, 10]. Ved større glatte fremmedlegemer (f.eks. glas eller flasker), som er svære at gribe, kan man skubbe spidsen et Foleys kateter forbi fremmedlegemet og

blæse kateterspidsens ballon op, hvorefter man ved et let træk i katetret kan trække fremmedlegemet mod anus [1-3, 5]. Ved ekstraktion af hule objekter (f.eks. et glas), som har kavitetten nedad, har man fyldt kavitetten med gips og støbt f.eks. gaze eller et instrument ind i dette, for at kunne trække i fremmedlegemet [1]. Kan man ikke med disse eller lignende håndgreb fjerne fremmedlegemet, anbefales laparotomi som ovenfor beskrevet. Initialt forsøger man at malke fremmedlegemet mod anus med henblik på transanal ekstraktion [2, 4, 6, 9]. Alternativt foretages der kolotomi med fjernelse af fremmedlegemet som ovenfor beskrevet [4, 6].

I forskellige opgørelser rapporteres det, at transanal ekstraktion kan gennemføres hos 75-100% af patienterne [1, 3, 4].

**Komplikationer**

Perforation forekommer hos op mod 10% af patienterne og kan principielt inddeles i perforationer over peritonealfolden med peritonitis og perforationer nedenfor peritonealfolden med perirektal forurening og eventuel abscesdannelse [7].

Rektal blødning skyldes lacerationer i mucosa, som sjældent er behandlingskrævende, dog kan hæmostasering ved sigmoideoskopi og evt. blodtransfusion en sjælden gang være nødvendig [6, 8]. Anorektal smerte kan skyldes submukøse hæmatomer eller lokal infektion. Lokale infektioner er ikke hyppige, men der er rapporteret om iskiorektale abscesser [3] eller sjældnere om perirektal absces [4] og Fourniers gangræn [8].

Sfinkterskader ses sjældent, og generelt anbefales primær reparation af disse [1, 6, 8]. Sjældnere ses tendens til obstipation på længere sigt [3]. Komplikationer kan opstå som følge af fremmedlegemets introduktion eller som følge af ekstraktionen. Man skal være opmærksom på, at personer, som selv har fjernet et kolorektalt fremmedlegeme, kan have en af ovennævnte komplikationer [7].

**Kontrol**

Generelt anbefales det, at man i forlængelse af ekstraktion foretager skopi af de relevante tarmafsnit [1-10]. Patienter med intakt mucosa eller mindre mucosalæsioner uden igangværende blødning har ubetydelig risiko for betydende komplikationer og kan udskrives, når de er kommet sig efter anæstesi [1, 2, 6, 8]. Der bør tilbydes tetanusvaccine til alle som har mucosalæsioner og ikke i forvejen er dækkede [1].

Patienter med pågående blødning, lav hæmoglobin, kredsløbspåvirkning, feber eller andre symptomer på komplikation må forblive indlagt til observation.

Ved udskrivelsen instrueres i genhenvendelse ved symptomer på komplikationer. Ligesom patienterne er tilbageholdende med at henvende sig primært, kan man have mistanke om, at der er en særlig risiko for, at disse patienter vil være sene til at henvende sig ved symptomer på komplikationer. En professionel håndtering af patienterne kan formentlig nedsætte denne risiko.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

Korrespondance: Troels Thim, Kirurgisk Afdeling L, Århus Sygehus, Århus Universitetshospital, DK-8000 Århus C. E-mail: troels.thim@ki.au.dk

Antaget: 16. januar 2006  
Interessekonflikter: Ingen angivet

## Litteratur

1. Cohen JS, Sackier JM. Management of colorectal foreign bodies. J R Coll Surg Edinb 1996;41:312-5.
2. Nehme KA, Abcarian H. Colorectal foreign bodies. Dis Colon Rectum 1985; 28:941-4.
3. Couch CJ, Tan EG, Watt AG. Rectal foreign bodies. Med J Aust 1986;144: 512-5.
4. Lake JP, Essani R, Petrone P et al. Management of retained colorectal foreign bodies: predictors of operative intervention. Dis Colon Rectum 2004;47: 1694-8.
5. Yaman M, Deitel M, Burul CJ et al. Foreign bodies in the rectum. Can J Surg 1993;36:173-7.
6. Crass RA, Tranbaugh RF, Kudsk KA et al. Colorectal foreign bodies and perforation. Am J Surg 1981;142:85-8.
7. Barone JE, Sohn N, Nealon TF, Jr. Perforations and foreign bodies of the rectum: report of 28 cases. Ann Surg 1976;184:601-4.
8. Barone JE, Yee J, Nealon TF, Jr. Management of foreign bodies and trauma of the rectum. Surg Gynecol Obstet 1983;156:453-7.
9. Ooi BS, Ho YH, Eu KW et al. Management of anorectal foreign bodies: a cause of obscure anal pain. Aust N Z J Surg 1998;68:852-5.
10. Eftaiha M, Hambrick E, Abcarian H. Principles of management of colorectal foreign bodies. Arch Surg 1977;112:691-5.

## Selen og sundhed

Seniorforsker Lone Banke Rasmussen,  
lic. agro. Heddie Mejborn,  
seniorrådgiver Niels Lyhne Andersen,  
forskningsprofessor Lars Ove Dragsted, cand. scient. Kirstine  
Struntze Krogholm,  
forskningsprofessor Erik Huusfeldt Larsen,  
sundhedschef Lars F. Ovesen & overlæge Anne Marie Tjønneland

Danmarks Fødevarerforskning, Søborg

Selen er et essentielt mikronæringsstof med vigtige funktioner i en række metaboliske processer. Således indgår selen, som selenocystein, i mange enzymer; omkring 30 er hidtil identificeret.

Den gennemsnitlige selenindtagelse i Danmark er 38 (25-53) µg/dag for kvinder og 48 (30-66) µg/dag for mænd [1], hvilket er tæt på de anbefalede værdier på henholdsvis 40 og 50 µg/dag.

Serum- eller plasmaselen er et almindeligt brugt mål for selenstatus. I Danmark findes ingen nyere undersøgelser af selenstatus i den generelle danske befolkning, men data fra to mindre studier samt et større med 3.387 mænd på 55-74 år viste gennemsnitlige serumselenniveauer mellem 75 og 94 µg/l [2].

Selen er en nødvendig byggesten i flere antioxidative enzymer, som glutathionperoxidase (GPx) og thioredoxinreduktase, hvorfor mangel på selen vil medføre et fald i organismens antioxidative forsvar. Denne funktion kan have betydning for udviklingen af visse sygdomme.

Artiklen er skrevet på basis af rapporten »Selen og sundhed«, som kan ses på Danmarks Fødevarerforsknings hjemmeside [www.dfvf.dk](http://www.dfvf.dk)

### Selen og cancer

I en række, men ikke alle, prospektive kohortestudier og case-kontrol-undersøgelser har man påvist en øget risiko for nogle cancerformer, specielt prostatacancer, cancer i mave-tarmkanalen og lungecancer ved lav selenstatus.

Der er til dato kun udført en placebokontrolleret interventionsundersøgelse med tilskud af selen [3]. I dette studie, hvor der blev givet 200 µg gærsele gennem 4,5 år, blev der påvist en signifikant reduceret risiko for prostatacancer, *hazard ratio* (HR): 0,35 (95% konfidensinterval (KI): 0,18-0,65) sammenlignet med placebo. Også risikoen for coloncancer blev signifikant reduceret. Endvidere blev der fundet en signifikant reduceret risiko for prævalente adenomer, stærkest hos rygere og hos de deltagere, der havde plasmaselen <106 µg/l ved starten af undersøgelsen. Effekten af selentilskud på risiko for lungecancer og hudcancer blev også opgjort. For lungecancer fandtes HR: 0,56 (95% KI: 0,31-1,01), mens der fandtes en signifikant øget risiko for hudcancer hos de deltagere, der havde en plasmaselenkoncentration >105 µg/l ved starten af undersøgelsen.

Ud over ovennævnte interventionsundersøgelse er der gennemført store interventionsstudier, hvor der blev givet en kombination af flere antioxidanter inklusive selen. Et af disse studier, som blev foretaget i et område af Kina med høj incidens af mavekræft, viste signifikant lavere dødelighed og hyppighed af cancer i mavesækken [4]. I dette studie blev der givet 50 µg selengær i kombinationspræparat pr. dag. I et andet studie, det franske SUVIMAX-interventionsstudie, blev der givet 100 µg selengær pr. dag [5]. Dette studie viste en signifikant lavere samlet mortalitet og total cancerincidens hos mænd, mens der ikke var nogen effekt hos kvinder.

Samlet set er der ikke tilstrækkelig videnskabelig doku-