

storiene illustrerer de potentielt fatale effekter af verapamil og understreger vigtigheden af omhyggelig evaluering af den kardielle status før administration af calciumantagonister og betablokkere generelt. Hos patienten i sygehistorien var hjertesvigtssymptomerne maskerede i form af abdominale symptomer og blev derfor overset. Netop de til tider ukarakteristiske symptomer ved svært hjertesvigt samt det faktum, at f.eks. atrieflimren netop kan være et symptom på hjertesvigt, understreger, at intravenøs administration af calciumantagonister eller betablokkere bør forudgås af ekkokardiografi og vurdering af hjertets pumpefunktion.

Vi vurderer, at intravenøs administration af calciumantagonister eller betablokkere almindeligvis ikke har nogen plads i behandlingen af SVT-tilstande. Den hæmodynamisk ustabile patient bør behandles akut, og den foretrukne behandling er akut DC-konvertering, alternativt akut behandling med amiodaron. Såfremt patienten ikke reagerer på behandlingen, bør der konfereres med et regionalt hjertecenter. Intravenøs behandling med calciumantagonister og beta-

blokkere er oplagt kontraindiceret hos disse patienter. Den hæmodynamisk stabile patient med SVT er fuldt sufficient behandlet ved peroral administration, og intravenøs behandling giver ikke øget behandlingsmæssig værdi. Administration af calciumantagonister eller betablokkere til disse patienter bør fortsat være forudgået af vurdering af venstre ventrikels funktion ved ekkokardiografi. I det danske endossement af de seneste europæiske *guidelines* for behandling af atrieflimren er dette således også specifikt angivet [3].

KORRESPONDANCE: Carsten Stengaard, Hjertemedicinsk Afdeling B, Aarhus Universitetshospital, Brendstrupgårdsvej 100, 8200 Aarhus N.
E-mail: carsten.stengaard@ki.au.dk

ANTAGET: 27. april 2012

FØRST PÅ NETTET: 25. juni 2012

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

- 1 Camm AJ, Kirchhof P, Lip GYH et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation. *Eur Heart J* 2010;31:2369-429.
- 2 Blomstrom-Lundqvist C, Scheinman MM, Aliot EM et al. ACC/AHA/ESC Guidelines for the management of patients with supraventricular Arrhythmias *Circulation* 2003;108:1871-909.
- 3 Dansk Cardiologisk Selskab. DCS endorsement: management of atrial fibrillation. <http://cardio.dk/rapporter/endorsed> (13. jan 2011).

Spytsten i glandula parotis med kutan fisteldannelse

Peymaneh Abadi¹, Stine Rosenkilde Larsen² & Christian Godballe³

Spytstensforekomst (sialolithiasis) er forkalkede elementer i spytkirtlernes udførselsgange, mest hyppigt i glandula submandibularis og sjældnere i glandula parotis. Sialolithiasis i parotis udgør således kun 5-20% af alle spytstensforekomster og findes hyppigst hos midaldrende mænd [1]. Sten i udførselsgangen fra glandula parotis kan obstruere spytflowet og resultere i retention med hævelse og infektion af kirtlen. Der ses obstruktion hos ca. 90% af patienter med spytsten [1]. Fistler, der udgår fra spytkirtlerne, er meget sjældne.

De fleste udgår fra glandula parotis [2]. En fistel er en abnorm forbindelse mellem huden og udførselsgangsystemet eller selve kirtlen, hvor spyttet udskilles [2, 3]. Det er beskrevet, at fistler kan udmunde i kinden, nakken, bag ved eller omkring øret og i sinus maxillaris [4]. De hyppigste årsager til fisteldannelse er traume, malignitet, operative komplikationer, sten og infektioner, men tilstanden kan også være medfødt [2, 3, 5]. Fisteldannelse er hyppigst hos yngre patienter, idet der er en højere risiko for traume i den aldersgruppe. Undersøgelser indikerer, at fistulering

hyppigere udgår fra udførselsgangen end fra selve kirtlen [5]. Der præsenteres her et tilfælde af sten i glandula parotis med kutan fisteldannelse.

SYGEHISTORIE

En 59-årig mand, der havde haft recidiverende, måltidsrelateret hævelse af venstre kindregion gennem mere end 18 måneder, blev indlagt på en lokal øre-næse-hals-kirurgisk afdeling med hævelse og smerter i venstre glandula parotis, objektivt fandt man et centralt fluktuerende område. Patienten blev på indikationen akut parotitis behandlet med intravenøst givet penicillin. Under forløbet skete der spontan perforation af huden på kinden, hvorfra der var pusflåd. Der blev institueret langvarig antibiotisk behandling og tæt ambulant opfølgning. Efter en periode på to måneder var der komplet opheling, og behandlingen blev afsluttet.

To måneder senere blev patienten genhenvist med fornyet hævelse og pusflåd fra en gendannet fistel i venstre kind. Han blev atter behandlet konservativt med antibiotika. Da der ikke var tegn på bedring

KASUISTIK

- 1) Audiologisk Afdeling, Odense Universitetshospital
- 2) Afdeling for Klinisk Patologi, Odense Universitetshospital
- 3) Øre-næse-hals-kirurgisk Afdeling F, Odense Universitetshospital


FIGUR 1

Makroskopisk præparat efter formalinfixering fra en patient med spytsten i glandula parotis som årsag til kutan fisteldannelse.

blev patienten henvist til Øre-næse-halskirurgisk Afdeling, Odense Universitetshospital, med henblik på eventuel kirurgisk behandling. En ultralydskanning viste et større konkrement i den nederste anteriore del af venstre glandula parotis, hvilket var foreneligt med spytsten. Der blev foretaget resektion af glandula parotis (superficiel parotidectomi) inklusive spytsten og tilstødende bløddel med fistelområdet, som var præget af svær inflammation (**Figur 1**). Patienten blev efterfølgende tilset ambulant, hvor man fandt god ophelelse og normal facialisfunktion. Histologien viste kronisk inflammation uden tegn på malignitet.

DISKUSSION

Ved traumatisk betingede fistler er årsagen som regel oplagt, men ved mere kroniske forløb med purulent sekretion er differentialdiagnostiske overvejelser såsom infektion med *Actinomyces* eller mykobakterier

væsentlige [3-5]. Også malign lidelse bør overvejes og om muligt hurtigt udelukkes. Spytkestelsten i glandula parotis som årsag til kutan fistulering er yderst sjælden [3]. Det recidiverende forløb og den typiske anamnese med måltidsrelaterede smerter (spytkolik) indikerer, at en spytsten kan være en diagnostisk mulighed. Diagnosen kan som regel bekræftes ved ultralydskanning, eventuelt magnetisk resonansskanning. For at opnå permanent heling og bedring skal stenen fjernes [3, 5]. I dette tilfælde ved en partiel resektion af glandula parotis med sten og omkringliggende inflammatorisk væv.

Sygehistorien bekræfter, at sten i glandula parotis kan medføre kutan fistulering, og derfor bør dette indgå i de differentialdiagnostiske overvejelser hos patienter med kutan fistulering i området over glandula parotis.

KORRESPONDANCE: Peymaneh Abadi, Hvedemarken 9, 5492 Vissenbjerg. E-mail: pey.abadi@gmail.com

ANTAGET: 17. april 2012

FØRST PÅ NETTET: 2. juli 2012

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

- Oteri G, Procopio RM, Ciccio M. Giant salivary gland calculi: report of two cases. *Open Dent J* 2011;5:90-5.
- Gadodia A, Seith A, Sharma R et al. Congenital salivary fistula of accessory parotid gland. *J Laryngol Otol* 2008;122:e11.
- Ananthakrishnan N, Parkash S. Parotid fistula: a review. *Br J Surg* 1982;69:641-3.
- Chadwick SJ, Davis WE, Templar JW. Parotid fistula: current management. *South Med* 1979;72:922-6.
- Naragund A, Halli BV, Mudhol SR et al. Parotid fistula secondary to suppurative parotitis in a 13-year-old girl: a case report. *J Med Case Reports* 2010;4:249.

Sundhedsstyrelsen

PENSIONISTERS AUTOMATISKE RET TIL TILSKUD TIL TILSKUDSBERETTIGEDE HÅNDKØBSLÆGEMIDLER BORTFALDER 1. JANUAR 2013

Fra den 1. januar 2013 bortfalder pensionisters automatiske ret til at få tilskud til tilskudsberettigede håndkøbslægemidler, der ordineres på recept.

Fra denne dato kan pensionister – ligesom andre – kun få tilskud til receptordinerede, tilskudsberettigede håndkøbslægemidler, hvis lægen vurderer, at de opfylder de lægefaglige tilskudsklausuler, Sundhedsstyrelsen har opstillet, og recepten er påtegnet »tilskud«.

Lægens rolle

Det er vigtigt, at lægen ved receptordination af tilskudsberettigede håndkøbslægemidler tager stilling til, om den »pensionerede« patient opfylder tilskudsklausulen. Hvis det er tilfældet, skal lægen skrive »tilskud« på recepten, og så får patienten tilskud også efter 1. januar 2013.

Hvis en pensionist allerede har en recept på et tilskudsberettiget håndkøbslægemiddel, og recepten er påtegnet med »tilskud«, vil patienten også få tilskud efter den 1. januar 2013.

Hvis der ikke står »tilskud« på recepten efter den 1. januar 2013, får patienten ikke tilskud til sit receptordinerede håndkøbslægemiddel.

Baggrunden for ændringen

Regeringen ønsker at målrette tilskuddet til de pensionister, der opfylder de lægefaglige klausuler for medicintilskud opstillet af Sundhedsstyrelsen, og som alle andre borgere skal opfylde.

Lovændringen betyder, at pensionister ikke længere kan få tilskud til tilskudsberettigede håndkøbslægemidler, med mindre de opfylder tilskudsklausulen for det pågældende lægemiddel. På denne måde sidestilles pensionisters ret til medicintilskud med alle andre borgeres ret til tilskud til tilskudsberettigede håndkøbslægemidler.

Information

Vi sender et brev til landets alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger om tilskudsændringen, vedlagt en liste over tilskudsberettigede håndkøbslægemidler og de tilhørende lægefaglige tilskudsklausuler, som alle personer efter 1. januar 2013 skal opfylde for at få tilskud.

Vi beder også apotekerne orientere deres berørte pensionister og opfordre de pensionister, som køber et tilskudsberettiget håndkøbslægemiddel på recept, og hvor recepten *ikke* er påtegnet »tilskud« til at rette henvendelse til lægen for at få afklaret, om de opfylder de lægefaglige klausuler for at få tilskud og i givet fald få påtegnet recepten med »tilskud«. Apotekerne får tilsendt informationsark til uddeling til de berørte pensionister.

Ældre Sagen og Det Danske Ældreråd er orienteret. Vi har information om ændringen på vores hjemmeside www.lmst.dk se nyhed af 7. december 2012.

*) Omfattet af tilskudsprissystemet.