

# Spontan hæmothorax fra en fibrøs pleural tumor hos en vordende far

## Er fødestuer farlige for mænd?

Reservelæge Peter Lommer Kristensen,  
afdelingslæge René Horsleben Petersen &  
overlæge Per Boye Hansen

Nordsjællands Hospital – Hillerød, Medicinsk Enhed 1, og  
Gentofte Hospital, Thoraxkirurgisk afdeling R

Solitære fibrøse neoplasmer, der udgår fra pleura, er sjældne og i reglen benigne mesenkymale tumorer. Cirka 12% af tumorerne er imidlertid maligne og kan recidivere [1]. Sygdomsdebutten er sædvanligvis i 60-70-års-alderen, men tumorerne kan forekomme i alle aldersklasser og er uden kønsvariation [1]. I meget sjældne tilfælde kan tumoren debutere med livstruende hæmothorax [2]. Denne alvorlige tilstand er ikke tidligere beskrevet i Danmark. Vi har derfor fundet det af interesse at belyse et tilfælde og påpege, at også mænd skal tages alvorligt, når de får ondt på fødegangen.

### Sygehistorie

En 34-årig, tidligere rask mand fik på barselsgangen akut indsættende smerte i venstre hemithorax, efter at ægtefællen kort forinden havde født deres andet barn. Vagthavende på medicinsk afdeling blev tilkaldt, og lungeemboli, akut myokardieinfarkt og pleuritis blev afkræftet. Der var normalt elektrokardiogram (EKG), blodtryk og puls. Konklusionen var, at der var tale om interkostalmyoser og fastlåsning af columna vertebralis, og patienten blev tilbudt behandling med nonsteroid antiinflammatoriske midler og oxazepam.

Tre dage senere blev manden indlagt akut på medicinsk afdeling af egen læge pga. forværring af dyspnø, respirations-synkroner smerter og en temperatur på 38,5 °C. Der var hæmoglobin på 7,0 mmol pr. l og C-reaktivt protein på 379 nmol pr. l (øverste normalværdi er 78 nmol pr. l) og en puls på 104 slag pr. minut. Elektrokardiogrammet var normalt. Ved lunge-stetoskopi fandtes der ophævet respirationslyd halvt op på venstre bagflade. En røntgenundersøgelse af thorax viste en stor bløddeltumor i venstre side af mediastinum. Processen gik i et med en massiv underlapsatektase, og på samme side var der en stor pleuraansamling. På grund af røntgenfundet fik man mistanke om, at patienten havde en kongenit aortamisdannelse eller et aortaaneurisme, hvorfor der blev foretaget computertomografi af thorax og abdomen samme dag. Der fandtes ved denne undersøgelse normal aorta. Tumoren lå lige

lateralt for arcus aortae, og der genfandtes store mængder væske i venstre pleurahule. Der var ingen metastasesuspekter fund under diafragma. Dagen efter blev der foretaget pleuracentese, hvor der udtømtes veneblod. Den patologiske undersøgelse af pleuravæsken viste reaktive forandringer og intet malignitets-suspekt. Patienten blev herefter overflyttet til Thoraxkirurgisk Afdeling, Gentofte Hospital, hvor der blev anlagt pleuradræn og udtømt 1,5 l blodig væske. Efter en supplerende aortografi, der viste, at tumoren var karrig med blodforsyning fra arteria mammaria interna sinister og arteria thyroidea inferior sinister, blev der foretaget venstresidig anterolateral muskelbesparende thorakotomi via IC5 (**Figur 1**). Her fandtes en 11 × 7,5 × 5,5 cm stor, særdeles karrig tumor med en bred base i det aortopulmonale vindue. Tumoren kunne excideres in toto under gennemstikning af blodforsyningen. Makroskopisk var det en radikal operation, og det postoperative forløb var komplikationsfrit. Ved den histologiske undersøgelse blev der påvist en bredbaset, solitær fibrøs tumor udgående fra pleura. Tumoren var uden tegn på malignitet.

### Diskussion

Solitære fibrøse pleurale tumorer er sjældne, og der er kun rapporteret om ca. 800 tilfælde på verdensplan [1]. Disse tumorer er ofte asymptomatiske, men kan give symptomer i form af hoste, brystsmerte, dyspnø og sjældnere *clubbing*, feber, hypertrofisk pulmonal osteoartropati og hypoglykæmi



Figur 1. Den karrige, fibrøse, pleurale tumor ses gennem venstresidig thorakotomi.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

[1-5]. Sidstnævnte skyldes sekretion af insulinlignende vækstfaktor II [3]. Ekstrapulmonal manifestation ses bl.a. i orbita, pericardium, nasopharynx og glandula thyroidea [1]. Størrelsen varierer meget, men tumorer op til 40 cm i diameter er beskrevet [4]. I vores sygehistorie fik patienten initialt akut indsættende, kraftige smerter i brystet, givetvis som følge af et blødende kar i tumoren, hvilket medførte hæmothorax. Denne komplikation er yderst sjælden og er kasuistisk kun beskrevet i meget få tilfælde [2].

Makroskopisk kan tumoren være stilet eller bredbaset. Ved immunhistokemiske farvninger påvises en specifik profil, idet tumoren er positiv over for vimentin, CD34, onkogenet bcl-2 og negativ over for keratin [1, 4]. Stadienddeling, der kan gennemføres efter de Perrot *et al's* kriterier fra 2002, baseres på, om der indgår mikroskopiske malignitetstegn, og om tumoren er stilet eller bredbaset [1]. Den almindelige behandling af solitære, fibrøse, pleurale tumorer er excision, som enten kan gennemføres ved almindelig thorakotomi eller thorakoskopisk, evt. forudgået af magnetisk resonans-skanning og angiografi [5]. Da både de benigne og de maligne tumorer kan recidivere, bør patienterne efter operation tilbydes

ambulant opfølgning [1, 4, 5]. Kontrollen kan bestå af halvårslige røntgenundersøgelser af thorax i de første to år, og herefter årlig kontrol [1]. Kun ved recidiv af malign solitær fibrøs tumor efter operation bør man overveje adjuverende terapi [1]. Rapporterede erfaringer med brug af kemoterapi og stråleterapi er yderst sparsomme, og der foreligger ikke nogen retningslinjer herfor [1, 4, 5].

Korrespondance: Peter Lommer Kristensen, Folevang 11, st., DK-3400 Hillerød.  
E-mail: lommer@dadlnet.dk

Antaget: 11. december 2005  
Interessekonflikter: Ingen angivet

**Litteratur**

1. De Perrot M, Fischer S, Brundler MA et al. Solitary fibrous tumors of the pleura. *Ann Thorac Surg* 2002;74:285-93.
2. Asai K, Suzuki K, Shimota H et al. Solitary fibrous tumor of the pleura with hemothorax at the thoracic apex. *Jpn J Thorac Cardiovasc Surg* 2003;51:434-7.
3. Kim JH, Kim JO, Kim SY et al. Two cases of large solitary fibrous tumors of the pleura associated with fasting hypoglycemia. *Eur Radiol* 2001;11:819-24.
4. England DM, Hochholzer L, McCarthy MJ. Localized benign and malignant fibrous tumors of the pleura. *Am J Surg Pathol* 1989;13:640-58.
5. Magdeleinat P, Alifano M, Petino A et al. Solitary fibrous tumors of the pleura: clinical characteristics, surgical treatment and outcome. *Eur J Cardiothorac Surg* 2002;21:1087-93.

## Autolog rekonstruktion med dybe vener ved infektion i syntetiske karproteser

Stud.med. Jacob B. Laursen & overlæge Jesper Laustsen

Århus Universitetshospital, Skejby,  
Hjerte-, lunge-, karkirurgisk Afdeling T

Proteseinfektion er en alvorlig komplikation i forbindelse med karkirurgiske rekonstruktioner. Behandling af infektionen er afgørende, da den ubehandlet vil medføre sepsis, blødning og i værste fald død. Incidensen af proteseinfektioner anslås at være 1-6% [1].

Infektion, der involverer syntetiske proteser, kan debutere fra ganske kort tid efter implantationen til adskillige år senere [1]. Autolog rekonstruktion med anvendelse af patientens egne dybe vener som protesemateriale er ikke tidligere beskrevet i den danske medicinske litteratur.

**Sygehistorier**

I. En 66-årig kvinde blev henvist pga. recidiverende absces og fisteldannelse i højre lyske samt pseudoaneurisme i venstre lyske. Hun havde syv år tidligere fået indopereret en syntetisk bukseprotese pga. svær claudicatio intermittens. Der var kli-

nisk mistanke om, at infektionen involverede protesen, og dette blev verificeret ved hjælp af magnetisk resonans (MR)-skanning og leukocytskintigrafi. Patienten afslog i første omgang udskiftningsoperation. Efter et år tilkom der atter abscessdannelse, og patienten var nu indstillet på operation.

Patientens vv. femorales blev høstet fra lysken til vena poplitea. Den inficerede bukseprotese blev fjernet, og en ny bukseprotese blev konstrueret af patientens egne femoralvener. Bortset fra overfladisk hudnekrose på venehøstområdet på venstre femur var det postoperative forløb ukompliceret. Der blev foretaget kontrol med computertomografi (CT) tre måneder og 12 måneder efter indgrebet. Patienten blev sidst set til klinisk kontrol 24 måneder postoperativt (**Figur 1**).

II. En 53-årig mand med kritisk iskæmi af begge underekstremiteter fik isat en aksillobifemoral dacronprotese. Efter gentagne kirurgiske revisioner blev protesen fem uger efter den primære implantation konstateret panificeret med *Pseudomonas aeruginosa*. Ved en ny operation blev den isatte syntetiske graft fjernet og en patientens vv. femorales blev anvendt til konstruktion af en artobifemoral bukseprotese. Det postoperative forløb var ukompliceret og patienten blev udskre-