



det er måske godt det samme, for set i lyset af de konstante besparelser på plejehjem og hjemmepleje er løftet om et længere liv vel nærmest at betegne som en trussel!?

Så konklusivt kan man sige, at hverken løftepædagogikken eller trusselskorstoget virker særlig godt. Og hvis vi nu alligevel stædigt fastholder, at vi vil forebygge livsstilssygdomme og altruistisk vil løbe den risiko, at vi på længere sigt bliver arbejdsløse, må

andre midler tages i brug. Her kunne man overveje følgende: Hvis man vil skabe lydhørhed for sit projekt, må man sige noget, folk forstår. Og allerhelst noget provokerende, som giver anledning til umiddelbar reaktion. Jeg har derfor overvejet følgende: Ved min næste kontakt med en patient, der er ramt af selvforskyldt livsstilslidelse, vil jeg derfor medbringe et billede af en prangende lystbåd. (Naturligvis rækker min beskedne hyre ikke til den slags ekstravagance, men det behøver min patient jo ikke at vide ...). Så vil jeg fremvise båden for patienten og ydmygt takke ham for, at han gennem sit enorme cigarforbrug og tilhørende lungelidelse har givet mig en indtægtsmulighed, der på denne måde har muliggjort mine drømme.

Og med dette lille katalog i lommen med billeder af diverse luksuriøse sommerhuse, biler og bade-strande på eventyrlige destinationer (sakset fra forskellige livsstilsblade) vil jeg dagligt takke mine patienter for cigaretrykning, overforbrug af alkohol, umådeholdent fedtindtag og deslige. For det ville jo dybest set være så rart, hvis folk forstod, at en advarsel er en advarsel. »No entry beyond this point«. Ikke for min, for lægestandens eller for samfundets skyld. Men for dem, der ønsker at undgå et frit fald mellem himmel og hav.

KORRESPONDANCE: Mette Marklund. E-mail: mettemarklund@hotmail.com

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

TAKSIGELSE: Henrik Lumholdt takkes for fotografierne.

En usædvanlig historie om en skruetrækker i rectum

Lene Spanager^{1,2} & Marlene Mohr¹

KASUISTIK

1) Gastroenheden,
Kirurgisk Sektion,
Herlev Hospital

2) Dansk Institut for
Medicinsk Simulation,
Herlev Hospital

Skadestuelæger tager ikke helt sjældent imod patienter med fremmedlegemer i gastrointestinalkanalen. Ofte er fremmedlegemet indtaget oralt. Indførelse via rectum er knap så hyppigt, men dog også et velkendt og velbeskrevet fænomen. I det følgende præsenteres en usædvanlig sygehistorie om en absces på nates forårsaget af et fremmedlegeme i rectum, hvilket patienten ikke kendte til eksistensen af.

SYGEHISTORIE

En 58-årig mand, der havde afasi efter tidligere apopleksi, søgte skadestue, da han var generet af en byld på nates. I to uger op til henvendelsen havde patienten

lidt af feber og havde haft vekslende afføringsmønster, men ingen lokale symptomer. Hans egen læge havde netop iværksat antibiotisk behandling. Da hustruen kom hjem fra arbejde overraskedes hun over, at spidsen af et fremmedlegeme var på vej ud af mandens nates.

På skadestuen blev patienten underkastet en objektiv undersøgelse liggende i bugleje, idet han var ude af stand til at sidde eller ligge på ryggen. Ved denne undersøgelse så man en 10 × 7 cm stor absces på højre nates, hvorudfra der stak de yderste 4 cm af et fremmedlegeme, som til forveksling lignede en skruetrækker. Hverken patienten eller hustruen

havde nogen erindring om, hvordan den placering var kommet i stand. Patientens ægtefælle mente, at fremmedlegemet kunne have siddet der i årevis, idet patienten i al den tid, hun havde kendt ham, havde haft en lille bule der. Patienten var subfebril og havde blødt og uømt abdomen. Der blev foretaget en røntgenundersøgelse og en efterfølgende computertomografi af abdomen, og begge bekræftede mistanken om en skruetrækker beliggende i rektosigmoideum med perforation af rectum under omslagsfolden (**Figur 1**).

Patienten blev bragt på operationsbordet, hvor man i fuld bedøvelse forgæves forsøgte at manipulere skruetrækkeren tilbage i rectum via absceskaviteten. Herefter gik man videre med eksplorativ laparotomi med deling af sigmoideum 30 cm over omslagsfolden og fjernelse af skruetrækkeren. Den orale del af sigmoideum blev lagt ud som stomi. Absceskaviteten på nates blev skyllet og udstyret med bølgedræn. Patienten blev sat i antibiotikabehandling. Det postoperative forløb var ukompliceret, og patienten blev udskrevet i velbefindende på femtedagen stadig uden erindring om, hvordan skruetrækkeren var havnet der, hvor den var.

Tre måneder postoperativt blev der foretaget en sigmoideoskopi, som viste normale forhold, hvorefter patienten ventede på at få lagt stomien tilbage.

DISKUSSION

Forklaringerne på fremmedlegemets vej til rectum kan være mangeartede. De (nok) mere ærlige af slagset handler om analsex. Derudover findes der forklaringer om forsøg på manuel afhjælpning af svær obstipation med et kosteskaf, og forklaringer om at man i forsøg på at afhjælpe pruritus ani er faldet over håndtaget til en primusovn [1]. Kendetegnen er dog, at de fleste er sig meget bevidste om fremmedlegemets eksistens, hvad enten det er indført accidentielt eller intenderet. De indførte fremmedlegemer er mangfoldige af type fra vibratorer, håndtag og have-slangetil jernstænger, lys og deodoranter samt frugter og grøntsager.

Komplikationer er sjældne (< 1%) og består oftest af intraabdominal perforation med diffus peritonitis. Der er sjældent rapporteret om absces i huden, fraset vulvaabsces [2] og et tilfælde af kombineret perirektal og skrotal absces, der var forårsaget af et peroralt indtaget kyllingebein [3]. Intramuralt hæmatom i rectum efter masturbation med et fremmedlegeme er ligeledes en sjælden komplikation [4].

Behandlingen er i første omgang forsøg på ekstraktion med eller uden sedation. Hvis det ikke lykkes eller ved tegn på peritonitis, må patienten opereres. Oftest vælges eksplorativ laparotomi med malkning af fremmedlegemet til anus eller fjernelse

FIGUR 1



Computertomografi med sagittalsnit, der viser en skruetrækker beliggende i rectum med perforation af rectum til venstre for os coccygis.

ved åbning af tarmen evt. med anlæggelse af en aflastende stomi. Se [1] for forslag til behandlingsalgoritme og mere detaljeret beskrivelse. Der er også rapporteret om succesfuld laparoskopisk assisteret transanal fjernelse [5].

Vigtigheden af at indhente en grundig anamnese, der afklarer baggrunden for handlingen, må understreges, først og fremmest for at man kan tilrettelægge den efterfølgende rådgivning med henblik på at undgå recidiv. Tilgrundliggende obstipation eller pruritus ani er problemer, der befinder sig inden for kirurgers erfaringsområde, og rådgivningen kan dermed formentlig forestås problemfrit. Men der mangler sandsynligvis viden om og erfaring med henvisningsmuligheder i tilfælde af behov for psykologisk eller sexologisk opfølgning. Samtalen kan være vanskeliggjort af tabuer hos både læge og patient, og klinikere bør derfor, for at varetage den bedste behandling, være bevidste om egne barrierer.

KORRESPONDANCE: Lene Spanager, Gastroenheden, Kirurgisk Sektion, Herlev Hospital, Herlev Ringvej 75, 2730 Herlev. E-mail: lenspa02@heh.regionh.dk

ANTAGET: 15. marts 2011

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

TAKSIGELSE: Henrik Nørgaard takkes for hjælp til fremskaffelse og bearbejdning af billede.

LITTERATUR

1. Clarke DL, Buccimazza I, Anderson FA et al. Colorectal foreign bodies. *Colorec Dis* 2004;7:98-103.
2. Aletor GA. A foreign body in the rectum presenting as a vulval abscess. *Br J Obstet Gynaecol* 1975;82:1005-6.
3. Moreira CA, Wongpakdee S, Gennaro AR. A foreign body (chicken bone) in the rectum causing extensive perirectal and scrotal abscess. *Dis Colon Rectum* 1975;18:407-9.
4. Battal B, Kocaoglu M, Ors F et al. Obstructive rectal intramural hematoma caused by a foreign body. *Emerg Radiol* 2009;16:75-7.
5. Berghoff KR, Franklin ME. Laparoscopic-assisted rectal foreign body removal: report of a case. *Dis Colon Rectum* 2005;48:1975-7.

