

føringen, kan indtagelse af lange spidse objekter som tandstikker medføre perforation og skabe uforudsigelige komplikationer. Ifølge vores litteraturgennemgang er denne kasuistik den første, der rapporterer om subkutan absces forårsaget af tyndtarmsperforerende tandstik. Tidligere har man set perforation med tandstikker til bl.a. lever, vena cava, blære og pleura med komplikationer som ileus, abscesser, sepsis og i værste fald død [2].

De hyppigste fremmedlegemer, som uagtet indtages af voksne, er fiske-/kyllingben og tandstikker. Anvendelse af tandprotese kan øge risikoen for at indtage fremmedlegemer, idet tandprotesen kan hindre følesansen i ganen [3, 4].

I op til 90% af de rapporterede tilfælde har patienterne ingen erindring om indtagelse af det komplikationsgivende fremmedlegeme [2, 4]. På trods af dette er grundig kendskab til anamnesen og symptomudvikling vigtig. Vores patient udviklede symptomer over cirka to uger, hvilket ikke understøttede mistanken om malign sygdom, som den objektive undersøgelse og ultralydsskanning ellers gav anledning til. Mistanken om fremmedlegeme som årsag til de to subkutane abscesser fik vi først ved computertomografien, og den blev endeligt bekræftet via den diagnostiske laparoskopi. Fjernelse af fremmedlegemet og behandling af abscessen og perforationerne var også muligt laparoskopisk, hvilket understreger vigtigheden af at tænke i minimalinvasiv adgang, når diagnosen er usikker. Alternativet er en eksplorativ laparotomi, som er den hyppigst beskrevne kirurgiske behandlingsmetode til fjernelse af fremmedlegemer [4, 5]. Laparotomi er en væsentlig større belastning for patienten og resulterer i større morbiditet postoperativt, hvorfor laparoskopisk procedure efter vores mening klart er at foretrække.

Denne kasuistik er således med til at understrege vigtigheden af at overveje fremmedlegemer som årsag til intraabdominal sygdom også selv om anamnesen ikke giver mistanke. Computertomografi er en god diagnostisk undersøgelse, og laparoskopisk procedure kan være afgørende såvel diagnostisk som terapeutisk.

Denne kasuistik er således med til at understrege vigtigheden af at overveje fremmedlegemer som årsag til intraabdominal sygdom også selv om anamnesen ikke giver mistanke. Computertomografi er en god diagnostisk undersøgelse, og laparoskopisk procedure kan være afgørende såvel diagnostisk som terapeutisk.

KORRESPONDANCE: Rune Erichsen, Regionshospitalet Randers, DK-8930 Randers NØ. E-mail: re@dce.au.dk

ANTAGET: 8. december 2008

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Rasmussen H, Dons AM. Vejledning om behandling af børn, der har slugt magnetlegetøj. Ugeskr Læger 2007;169:3701.
2. Li SF, Ender K. Toothpick injury mimicking renal colic: case report and systematic review. J Emerg Med 2002;23:35-8.
3. Goh BK, Chow PK, Quah HM et al. Perforation of the gastrointestinal tract secondary to ingestion of foreign bodies. World J Surg 2006 Mar;30:372-7.
4. Rodriguez-Hermosa JJ, Codina-Cazador A, Sirvent JM et al. Surgically treated perforations of the gastrointestinal tract caused by ingested foreign bodies. Colorectal Dis 2007;10:701-7.
5. Perko Z, Bilan K, Pogorelec Z et al. Acute appendicitis and ileal perforation with a toothpick treated by laparoscopy. Coll Antropol 2008;32:307-9.

Abort på grund af nonkapsulær *Haemophilus influenzae*

Læge Katrine Fuglsang, 1. reservelæge Marianne Kragh Thomsen & overlæge Anni Holmskov

KASUISTIK

Regionshospitalet
Viborg, Klinisk Mikrobiologisk Afdeling og
Kvindeafdelingen

Septisk abort forårsaget af *Haemophilus influenzae* af nonkapsulær type er beskrevet kasuistisk siden 1970'erne [1]. I 1991 er bærerhyppigheden af *H. influenzae* i vagina hos 544 gravide ved terminen opgjort til 0,18% [2].

Hos 3% er infektion årsag til gentagen abort i andet trimester [3]. Der findes ingen opgørelser over hyppigheden af septisk abort forårsaget af *H. influenzae*.

Ved graviditet er der risiko for ascenderende infektion fra genitalkanalen til amnionhulen samt transplacentaer smitte, der kan medføre amnionitis, for tidlig vandafgang, septisk abort og udvikling af neonatal sepsis [4, 5].

SYGEHISTORIE

En 31 årig gravida 3, para 2 i uge 20 + 2 blev set til rutineundersøgelse i ambulatoriet. Patientens første graviditet var ukompliceret. Anden graviditet var kompliceret med placenta prævia og præterm fødsel af en dreng i uge 24, der døde efter få timer. Patienten havde trykken ned over symfyen, influenzalignende symptomer, rektaltemperatur på 37,7 °C og svag frisk blødning vaginalt. Ved ultralydundersøgelse sås et levende foster med størrelse svarende til gestationsalderen og normal mængde fostervand. Cervix uteri var afkortet til 16 mm mod 33 mm to uger tidligere. Der blev podet fra cervix uteri. Urinstiks var blank.

P-leukocytter var $10 \times 10^9/l$ (ref. 3-10) og C-reaktivt protein (CRP) var 108 mg/l (ref. 0-9). Blodtrykket var 110/80 og pulsen 112. Symptomerne blev tolket som influenza, og patienten blev indlagt til sengeleje med toilettilladelse på grund af afkortet cervix. Om aftenen blev der taget bloddyrkning, da temperaturen steg til 39,1 °C.

Dagen efter var patienten afebril, influenzasymptomerne var aftaget og trykken over symfyse var forsvundet. CRP var steget til 160 mg/l. P-leukocytterne var uændret $10 \times 10^9/l$.

Tredje dag blev cervix scannet til 34 mm. Patientten var afebril, men havde et blodtryk på 85/50 og en puls på 100-110. CRP var uændret 160 mg/l, og p-leukocytter var $9 \times 10^9/l$. Klinisk mikrobiologisk afdeling ringede om vækst i bloddyrkningen af små gramnegative stave samt vækst af *H. influenzae* i podningen fra cervix uteri. Der blev startet behandling med cefuroxim 1,5 g $\times$ 3 intravenøst.

Samme dag fik patienten kontraktioner. Der var sven af fostervand og en fosterarm i vagina. Temperaturen steg til 38,8 °C. Fire timer senere fødte hun et dødfødt pigefoster. Der blev suppleret med peroral metronidazol 1 g $\times$ 2. Patienten var afebril efter to døgn. Der var nonkapsulær *H. influenzae* biotype 1 i blod, cervix uteri og overfladepodninger fra fosteret. Stammen var ampicillin- og cefuroximresistent, men følsom for bl.a. ceftriaxon og trimethoprim. Patienten blev udskrevet fire dage post partum med trimethoprim 200 mg $\times$ 2 i tolv dage.

DISKUSSION

Chorioamnionitis giver ikke altid bakteriæmi, og moderen kan være relativt upåvirket ved infektion med *H. influenzae* [1, 5]. Det kan diskuteres, om vor patient kunne have været behandlet med antibiotika tidligere på mistanke om chorioamnionitis. Det havde muligvis haft betydning for udfaldet, men forholdene var i det aktuelle tilfælde kompliceret af, at *H. influenzae*-isolatet var resistent overfor såvel ampicillin som cefuroxim, som ofte anvendes i den initiale behandling. En opgørelse på baggrund af udtræk fra Klinisk Mikrobiologisk Afdelings datasystem over tre år af 1.478 isolater viser, at 18% af *H. influenzae* stammer er rapporteret ampicillinresistente, og i løbet af 2007 er ca. 2% *H. influenzae* fundet resistente over for cefuroxim. Ved dyrkning af cervixpodninger er det vigtigt at være opmærksom på, at detektion af *H. influenzae* kræver nikotinamidadenindinukleotid (NAD)-holdigt vækstmedium som f.eks. chokoladeagar og/eller stafylokokstribes med NAD på 5% blodagar (Figur 1) [2], hvilket ikke anvendes rutinemæssigt alle steder. *H. influenzae* er derfor muligvis en overset patogen bakterie i denne sammenhæng.

FIGUR 1

Vækst af kolonier af *Haemophilus influenzae* på henholdsvis blodagarplade påsat stafylokokstribes, hvor *H. influenzae* vokser i symbiose omkring stafylokokkerne, der leverer nikotinamidadenindinukleotid (NAD) (baggrunden er en forstørrelse af øverste plade) og NAD-holdig chokoladeagarplade (nederst). Fotograf: Lisbeth H. Justesen, Klinisk Foto, Regionshospitalet Viborg.



Det er vigtigt ikke at undervurdere febrilia og andre infektionstegn i forbindelse med graviditet, især hvis patienten har andre symptomer, der er relaterede til abdomen og/eller genitalier. Vi mener, at cervixpodninger fra gravide også bør undersøges for *H. influenzae*, da bakterien kan forårsage sen abort.

KORRESPONDANCE: Katrine Fuglsang, Kvindeafdelingen, Regionshospitalet Viborg, DK-8800 Viborg. E-mail: katfugl@hotmail.com

ANTAGET: 28. november 2008

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

TAKSIGELSE: Overlæge Jørgen Prag takkes for revision af manuskriptet.

LITTERATUR

1. Berczy J, Fernlund K, Kamme C. *Haemophilus influenzae* in septic abortion. Lancet 1973;1:1197.
2. Schönheyder H, Ebbesen F, Grønnet N et al. Non-capsulated *Haemophilus influenzae* in the genital flora of pregnant and post-puerperal women. Scand J Infect Dis 1991;23:183-7.
3. Drakeley AJ, Quenby S, Farquharson RG. Mid-trimester loss – appraisal of screening protocol. Hum Reprod 1998;13:1975-80.
4. Cherpes TL, Kusne S, Hillier SL. *Haemophilus influenzae* septic abortion. Infect Dis Obstet Gynecol 2002;10:161-4.
5. Rusin P, Adam R, Petersen E et al. *Haemophilus influenzae*: An important cause of maternal and neonatal infections Obstet Gynecol 1991;77:92-6.