

DISKUSSION

Myelosuppressiv behandling af AML uden patientens accept af understøttende transfusioner af blodprodukt er yderst risikabelt og vil vanligvis kontraindicere kurativt intenderet kemoterapi. Efter nøje overvejelse, hvori bl.a. patientens prognose vurderet ved de cytogenetiske forandringer, patientens performancescore og alder indgik, valgte man at indlede kurativt intenderet induktionskemoterapi i reduceret dosis, vel vidende, at behandlingen potentielt kunne forkorte patientens levetid.

Incidensen af AML hos 15-60-årige i Danmark i perioden 2000-2009 var 2,27/100.000 [1]. Hyppigheden af *good risk*-varianter (t(8;21) inv16 og t(15;17) er 25% i denne aldersgruppe [2].

Beslutningen om at behandle AML hos en patient, som af religiøse grunde modsætter sig transfu-

sion af blodprodukter, må bero på et skøn i hvert enkelt tilfælde [3, 4]. Hos yngre individer, der er i god almentilstand og har favorable risikofaktorer, kan intensiv kemoterapi undertiden retfærdiggøres.

KORRESPONDANCE: Christian Larsen, Hæmatologisk Afdeling L, Herlev Hospital, 2730 Herlev. E-mail: chrlar07@heh.regionh.dk

ANTAGET: 10. januar 2011

FØRST PÅ NETTET: 6. juni 2011

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

1. Årsrapport 2009. Den danske Akut Leukæmi Gruppe. <http://www.hematology.dk> (20. dec 2010).
2. Grimwade D, Hills RK, Moorman AV et al. Refinement of cytogenetic classification in acute myeloid leukemia: determination of prognostic significance of rare recurring chromosomal abnormalities among 5876 younger adult patients treated in the United Kingdom Medical Research Council trials. *Blood* 2010;116:354-65.
3. Brown N, Keck G, Ford P. Acute myeloid leukemia in Jehovah Witnesses. *Leukemia & Lymphoma* 2008;49:817-20.
4. Laszlo D, Agazzi A, Goldhirsh A et al. Tailored therapy of adult acute leukemia in Jehovah's Witnesses: unjustified reluctance to treat. *Eur J Haematol* 2004;72:264-7.

Perforation af duodenum efter banalt traume hos en 16 måneder gammel pige

Anna Sellmer¹, Lars Maagaard Andersen² & Sune Rubak¹

KASUISTIK

1) Børneafdelingen, Aarhus Universitets-hospital, Skejby
2) Kirurgisk Afdeling, Regionshospitalet Randers

Duodenal perforation efter traume er en sjælden diagnostisk udfordring. Debutsymptomerne i form af kvalme, opkastning og abdominalsmerter er uspecifikke. Anamnesen og tilstedeværelse af hudkontusioner på abdominalvæggen er afgørende for, om man får mistanke om, at det kan dreje sig om duodenal perforation. Senere tilkommer mere alvorlige symptomer i form af distenderet abdomen, feber og hæmodynamisk påvirkning [1].

Skader på duodenum skyldes en kraft, der har været rettet direkte mod epigastriet. Kompression af duodenum mod columna kan resultere i et hæmatom og eventuelt obstruktion eller i trykstigning med efterfølgende ruptur af duodenum [2]. Ruptur ses hyppigst i overgangen mellem andet og tredje segment af duodenum. Ulykker med motorkøretøjer er den hyppigste skademekanisme efterfulgt af faldtraumer og fysisk vold [3].

SYGEHISTORIE

En 16 måneder gammel pige, der indtil indlæggelsestidspunktet havde været sund og rask, blev indlagt akut efter et døgn's mavesmerter og opkastninger. Pigen var dagen forinden faldet over en sandkasse, men det blev først erkendt senere. Ved indlæggelsen

var hun akut påvirket, næsten somnolent, havde en gråbleg farve, påskyndet respiration (62 pr. minut), febrilia (38,4 °C) og et umåleligt blodtryk (puls 129 pr. minut). Ved stetoskopi fandt man krepitation basalt på venstre side, og abdomen var spændt og ømt, men peritoneum var upåvirket. Der var forhøjelse af C-reaktivt protein (1.827 mmol/l; normalværdi < 100), relativ leukocytopeni (5,1 × 10⁹/l) samt påvirkning af levortal (alkalisk fosfatase 3.641 U/l og alaninaminotransferase 163 U/l).

Ved en ultralydskanning sås der væske i abdomen, og den efterfølgende røntgenoversigt over abdomen viste fri luft. Der blev udført en eksplorativ laparotomi, hvorved man fandt diffus peritonitis og perforation af duodenum nær Treitz' ligament ved overgangen mellem duodenum og den proksimale del af jejunum. Læsionen blev sutureret, og abdomen blev lukket. Der blev givet antibiotika i form af cefuroxim 750 mg samt metronidazol 500 mg.

Tolv timer postoperativt fik pigen kortvarigt respirationsstop pga. morfin, og dette blev behandlet med naloxon. Hun fik endvidere en bakteriel pneumoni, der blev behandlet med antibiotika. Hun blev udskrevet i habitualtilstand efter tretten dage.

DISKUSSION

Der findes ingen sikker test for perforation af duodenum i det tidlige stadie, hvor symptomerne er beskedne, og der ikke nødvendigvis er fri luft i abdomen [1]. I den beskrevne sygehistorie gik der 20 timer fra traumet, til barnet blev indlagt på hospitalet, og heraf var hun i de første fem timer fuldstændig symptomfri. Efter indlæggelsen blev diagnosen hurtigt stillet, og barnet blev opereret umiddelbart herefter. Hurtig diagnose og behandling er afgørende for udfaldet [4], ligesom korrekt diagnose og behandling af eventuelle ledsagende intraabdominale skader er af afgørende betydning.

Denne sygehistorie viser, hvor afgørende det er at optage en grundig anamnese. Moderen fortalte, at barnet dagen forinden var faldet over kanten på sandkassen, og gav dermed oplysninger, der kunne foranledige, at muligheden for intraabdominal katastrofe blev overvejet som årsag til barnets livstruende tilstand.

Opgørelser viser, at ca. 17% af duodenalskader sker som følge af faldtraumer [3]. Det er dog vigtigt, at man optager en grundig anamnese og undersøger barnet grundigt for at udelukke, at skaderne er et resultat af overgreb [5].

Undersøgelse af akut syge børn, herunder børn, der har været udsat for traume, gøres efter principperne *airway, breathing og circulation (ABC)*. Abdomen er hos børn mindre beskyttet af ribben og abdominalfedt end hos voksne, og betydende indre skader kan ledsages af kun få ydre skader. Symptomdebut efter abdominalskader kan være forsinkede, hvorfor tæt observation og løbende revurdering er vigtig.



Oplysninger fra forældre om tilsyneladende harmløse fald på legepladsen kan være afgørende i vurderingen af det kritisk syge barn.

Denne sygehistorie viser vigtigheden af, at man i behandlingen af det kritisk syge barn vurderer differentialdiagnoser i relation til de anamnesticke oplysninger. Symptomer på perforation af duodenum efter stump traume er ofte forsinkede og initialt meget diskrete. Anamnesen er afgørende for, at mistanken opstår.

KORRESPONDANCE: Anna Sellmer, Børneafdelingen, Aarhus Universitetshospital, Skejby, Brendstrupgårdsvej 100, 8200 Aarhus N. E-mail: anna.sellmer@ki.au.dk

ANTAGET: 11. januar 2011

FØRST PÅ NETTET: 6. juni 2011

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

1. Bensard DD, Beaver BL, Besner GE et al. Small bowel injury in children after blunt abdominal trauma: is diagnostic delay important? *J Trauma* 1996;41:476-83.
2. Shilyansky J, Pearl RH, Kreller M et al. Diagnosis and management of duodenal injuries in children. *J Pediatr Surg* 1997;32:880-6.
3. Desai KM, Dorward IG, Minkes RK et al. Blunt duodenal injuries in children. *J Trauma* 2003;54:640-5.
4. Lucas CE, Ledgerwood AM. Factors influencing outcome after blunt duodenal injury. *J Trauma* 1975;15:839-46.
5. Champion MP, Richards CA, Boddy SA et al. Duodenal perforation: a diagnostic pitfall in non-accidental injury. *Arch Dis Child* 2002;87:432-3.

AKADEMISKE AFHANDLINGER



Hanne Bech Michelsen:

Faecal incontinence and sacral nerve stimulation

Disputats

E-MAIL: hanne.michelsen@dadnet.dk

UDGÅR FRA: Kirurgisk Forskningsafsnit, Kirurgisk Afdeling P, Aarhus Universitetshospital, Tage-Hansens Gade.

FORSVARET FINDER STED: den 18. november 2011, kl. 14.00, Auditorium 424, Anatomisk Institut, Aarhus Universitet, Aarhus.

OPPONENTER: Paul Lehur, Nante, Frankrig, Ronan O'Connell, Dublin, Irland, og Troels Munch Jørgensen.



Kristian Havmand Mortensen:

Arterial abnormalities in Turner syndrome: the interplay with congenital and acquired cardiovascular risk factors

Ph.d.-afhandling

E-MAIL: mortensen@doctors.org.uk

UDGÅR FRA: Medicinsk Endokrinologisk Afdeling og Medicinske Forskningslaboratorier, Aarhus Universitetshospital, Aarhus Sygehus.

FORSVARET FINDER STED: den 18. november 2011, kl. 14.00, Eduard Biermann Auditoriet, Søjauditierne, Aarhus Universitet, Vennelyst Boulevard 8, Aarhus.

BEDØMMERE: Kerstin Landin-Vilhelmsen, Sverige, Lars Sønndergaard og Vibeke Hjortdal.

VEJLEDERE: Niels Holmark Andersen og Claus Højbjerg Gravholt.