

Usurering af osteosyntesemateriale gennem øsofagus efter anterior cervikalkirurgi

Julie Therese Wiis¹, Henrietta Carolina Nittby² & Anne Øberg Lauritsen¹

KASUISTIK

1) Anæstesiologisk Afdeling, Glostrup Hospital
2) Videnscenter for Reumatologi og Rygsygdomme, Glostrup Hospital

Ugeskr Læger
2014;176:V11120677

Anterior cervical interbody fusion (ACIF) indebærer, at man via anterior adgang udtømmer diskus til dura-sækken, hvorefter en *cage* (kunstig diskus/*spacer*), alternativt en graft, indsættes i diskusrummet. Man kan indsætte en skinne ventralt for den indsatte *cage* med henblik på stabilisering (**Figur 1**). ACIF er indiceret ved symptomgivende diskusherniering, spondylose eller ossifikation af lig. longitudinalis og ved fraktur med instabilitet [1].

Ifølge Sundhedsstyrelsen blev der i Danmark i 2011 udført 856 operationer med dekompression af columna cervicalis og indsættelse af et implantat. De komplikationer, der kan opstå i forbindelse med indgrebet, er skade på rygmarv/nervødder, hæmatom, hæshed, dysfagi, øsofagusperforation, skade på a. carotis/vertebralis, pseudoartrose og sårinfektion [1].

SYGEHISTORIE

En 74-årig ellers rask mand med svær myelopati pga. cervical spinalstenose fik foretaget ACIF med indsættelse af *cage* og vectraskinne på niveau C7/TH1 fæstnet med fire skruer og kontrolleret ved røntgen på operationsstuen. En postoperativ magnetisk resonans (MR)-skanning viste, at der fortsat var snævre pladsforhold, hvorfor der to dage senere blev foretaget la-

minektomi i niveau C7. Dette blev kompliceret af et hæmatom, der evakueredes ved fornyet operation. Herefter var der et fredeligt postoperativt forløb, og patienten blev udskrevet ti dage efter primæroperationen.

Tre uger efter udskrivelsen blev patienten indlagt akut på intensivafdeling pga. septisk shock forudgået af tre dages hoste og seks dages smerter i armene. Han var øm i nakken ved palpation. Paraklinisk fandt man svært forhøjet C-reaktivt protein-niveau, og der blev igangsat bredspektret antibiotisk behandling. En akut MR-skanning viste en 8 × 4 × 9 cm stor absces i forbindelse med det tidligere operationsfelt, og der blev foretaget operativ fjernelse. Den næste uge forværredes patientens tilstand, og der udvikledes pareser. En fornyet MR-skanning fire dage senere viste svær infektion, der var beliggende i den paravertebrale muskulatur og strakte sig ind til karskederne. Ved en computertomografi (CT) påviste man luft omkring den ventraltliggende skinne. Mikrobiologisk svar fra dyrkning af abscesmaterialet 14 dage efter indlæggelsen viste vækst af *Veillonella parvula* (VP) (findes normalt i svælgflora/gastrointestinalkanalen), der var fuldt følsomme for det givne antibiotikum, og mistanken om øsofagusperforation blev rejst. Gennemgang af tidligere røntgenoptagelser af thorax viste, at der manglede en af fire skruer i osteosyntesematerialet. Den formodede øsofagusperforation blev bekræftet ved CT med indhældning af kontrast. Man afstod primært fra øsofagoscopi, da man mente, at der var for store risici. Mhp. oprensning og dekompression af rygmarven blev patienten atter opereret med fjernelse af osteosyntesemateriale og udførelse af laminectomi i niveau C6. To uger senere foretog man stabiliserende operation med nyt osteosyntesemateriale. Øsofagusperforationen blev konservativt behandlet. Patienten blev udskrevet fra intensivafdelingen efter 59 dage med inkomplet tetraplegi til videre rehabilitering og blev næsten 11 måneder efter primæroperationen udskrevet til eget hjem i stand til at gå med to krykkestokke.

DISKUSSION

VP er en lille anaerob gramnegativ kok, der fermenterer organiske syrer og danner et meget endotoksisk

FIGUR 1

Primær magnetisk resonans-skanning (short T1 inversion recovery-sekvens).



lipopolysakkarid. VP er normalt ikke patogen, men den har i sjældne tilfælde været årsag til meningitis, osteomyelitis og periodentalinfektion [2].

Øsofagusperforation efter anterior cervikalkirurgi har en incidens på 0-3,4% og ses både tidligt (direkte skade på øsofagus) og sent (migration/disllokation af indsat materiale (usureringer)) i det postoperative forløb. Symptomerne er halssmerter, dysfagi, feber, subkutant emfysem, hæshed og synkesmerter. Billeddiagnostiske og endoskopiske undersøgelser kan give falskt negative resultater. Efter cervikale øsofagusperforationer, uanset årsag, rapporteres der om en mortalitet på 0-16% [3, 4]. Tidlig diagnostik er afgørende, da forsinkelse på > 24 timer er associeret med højere både mortalitet og morbiditet [5].

Fundet af en atypisk bakterie henledte mistanken på øsofagusperforation, og dette har formentlig reddet patientens førlighed og liv. Verificering ved retrospektiv gennemgang af røntgenoptagelser og fornyede billeddiagnostiske undersøgelser førte til formodningen om, at en løsnet skrue havde usureret gennem øsofagus og dermed skabt infektionsporten for den aktuelle absces. Vi henleder opmærksomheden på denne alvorlige komplikation, hvor en absces i et tidligere operationsfelt blev opfattet som en banal infektion, hvorfor tegn på sjældnere indgangsporte blev overset.

SUMMARY

Julie Therese Wiis, Henrietta Carolina Nittby & Anne Øberg Lauritsen:
Oesophageal perforation of osteosynthesis material
after anterior cervical surgery
Ugeskr Læger 2014;176:V11120677

The rare, potentially life-threatening complication to anterior cervical surgery, oesophageal perforation, occurs after surgical trauma or due to erosion by migrating hardware. Symptoms are hoarseness, dysphagia, neck/throat pain, subcutaneous emphysema and fever. Imaging and endoscopic diagnosis can give false negative results. We present a case of a 74-year-old male, who was readmitted with sepsis and abscess in the operation area three weeks after anterior cervical surgery. *Veillonella parvula* was found in the abscess material and computed tomography confirmed the diagnosis of oesophageal perforation.

KORRESPONDANCE: Julie Therese Wiis, Letlandsgade 7, 3. th., 1723 København V.
E-mail: juliewiis@hotmail.com

ANTAGET: 15. februar 2013

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 22. juli 2013

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

LITTERATUR

1. Lu DC, Foley KT, Mummaneni PV. Anterior cervical discectomy. I: Conerly K, red. Handbook of spine surgery. New York: Thieme Medical Publishers Inc, 2012:238-41.

2. Bhatti MA, Frank MO. *Veillonella parvula* meningitis: case report and review of *Veillonella* infections. Clin Infect Dis 2000;31:839-40.
3. Ardon H, van Calenberg F, van Raemdonck D et al. Oesophageal perforation after anterior cervical surgery: management in four patients. Acta Neurochir (Wien) 2009;151:297-302.
4. Gaudinez RF, English GM, Gebhard JS et al. Esophageal perforations after anterior cervical surgery. J Spinal Dis 2000;13:77-84.
5. Brinster CJ, Singhal S, Lee L et al. Evolving options in the management of esophageal perforation. Ann Thorac Surg 2004;77:1475-83.