

Ventrikelperforation forårsaget af en tandstik

Marlene Aagaard Hansen, Helle Ø. Kristensen & Lars Maagaard Andersen

KASUISTIK

Kirurgisk Afdeling,
Regionshospitalet
Randers

Ugeskr Læger
2016;178:V04160283

Vi beskriver en sygehistorie med ventrikelperforation forårsaget af en tandstik hos en 60-årig mand.

SYGEHISTORIE

En 60-årig mand blev indlagt akut med mavesmerter. Han havde otte dage forinden haft debut af mavesmerter, som var lokaliseret i epigastriet og under højre kurvatur. Smerterne var konstante af karakter og på indlæggelsesdagen kraftigt tiltagende i intensitet. Der var ingen kvalme, opkastninger eller afføringsændringer. Patienten var kendt med iskæmisk hjertesygdom, havde fået foretaget perkutan koronar-intervention grundet STEMI ni år tidligere samt havde CPAP-behandlet søvnapnø.

Paraklinisk fandtes en temperatur på 39,3 °C og en puls på 96 mmHg. Blodtryk, saturation og respirationsfrekvens var alle inden for normalområdet. Biokemiske analyser viste følgende værdier: C-reaktivt protein: 100 (normalværdi < 8) mg/l, let leukocytose på 15 (normalværdi 3,5-10,0) mia./l samt hæmoglobin på 8 (normalværdi 8,3-10,5) mmol/l. Øvrige biokemiske værdier var normale. Ved klinisk undersøgelse fandtes dagen efter indlæggelsen peritoneal reaktion, og der blev bestilt en CT-oversigt over abdomen på mistanke om perforeret hulorgan. CT'en viste fri luft under leveren og omkring duodenum's første og andet stykke, som også var vægfortykket, samt reaktion i det omkringliggende fedtvæv. På mistanke om perforeret ulcus blev der foretaget diagnostisk laparoskopi. Her fandt man i ventriklens antrum en perforation, som var forårsaget af en tandstik af træ (Figur 1). Tandstikken blev fjernet og man oversyede ventrikelperforationen fortløbende med V-loc-sutur. Patienten fik peroperativt antibiotisk behandling. Det postoperative forløb var ukompliceret,

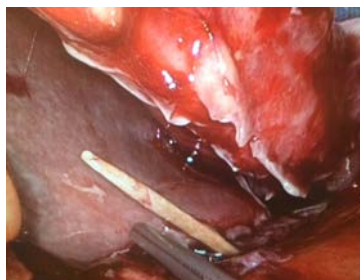
og han blev udskrevet på tredje postoperative dag. En retrospektiv gennemgang af CT'en viste, at tandstikken ikke var synlig i det koronale eller sagitale plan. Patienten mindedes ikke at have slugt en tandstik, men havde nogle dage før smerterne startede spist benløse fugle, hvorved tandstikken kunne have været indtaget.

DISKUSSION

Vi beskriver her et tilfælde af perforation af gastrointestinal (GI)-kanalen, hvor hverken anamnese eller billeddiagnostik gav mistanke om tilstedeværelse af et fremmedlegeme. Perforation af GI-kanalen forårsaget af en tandstik af træ er beskrevet i 109 publicerede kasuistikker siden 1980, og tilstanden er alvorlig med en mortalitet på 9,6% [1]. Herudover er bl.a. fiskeben samt andre knoglerester beskrevet som årsag til perforation [2]. **Figur 2** viser de hyppigste lokalisationer for perforation [1]. I 2014 foreslog *Steinbach et al* på baggrund af 136 rapporterede tilfælde en oversigt over klinisk præsentation samt en guideline til håndtering af GI-skade forårsaget af tandstikker. Patienterne havde hyppigst akut opståede mavesmerter (83%), feber (39%) og kvalme (31%) [1]. Ca. 46% kunne huske at have slugt en tandstik [1]. 80% af tandstikkerne perforerede GI-kanalen, hvorfor spontan passage ikke skal

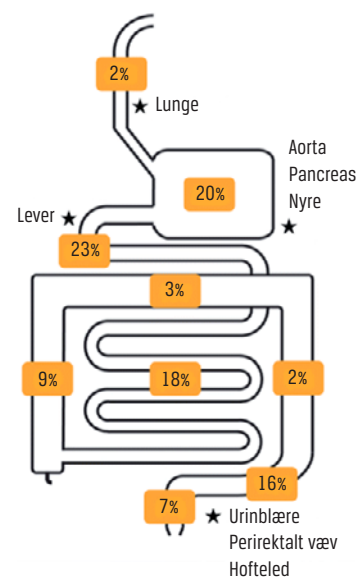
FIGUR 1

Laparoskopimonitoren, hvor tandstikken i ventriklens antrum kan ses.



FIGUR 2

Lokalisation af tandstikkerne efter indtag. Stjerner markerer steder, hvor tandstikker kan migrere til andre organer. Copyright: *Steinbach et al* [1].



forventes [3]. Med CT identificeredes tandstikken og dens beliggenhed med en sensitivitet på 43% [1]. Tidlig endoskopi med fjernelse af tandstikken anbefales som førstevalg, hvilket bl.a. bygger på en mortalitet på 0% hos patienter, der kunne færdigbehandles endoskopisk [1]. Den lave mortalitet kan dog skyldes selektionsbias, og endoskopisk ophentning af spidse genstande kan øge procedurens komplikationsrate.

Endoskopi er diagnostisk mest sensitiv og kan anvendes terapeutisk som minimalt invasiv teknik, men fordrer dog, at man på baggrund af anamnese eller objektiv undersøgelse finder indikation herfor. Ultralydskanning eller CT anbefales, hvis tilstanden herefter fortsat er uafklaret, eller anamnesen ikke har givet mistanke om fremmedlegeme [1].

SUMMARY

Marlene Aagaard Hansen, Helle Ø Kristensen &

Lars Maagaard Andersen:

Toothpick perforation in the ventricle

Ugeskr Læger 2016;178:Vo4160283

A 60-year-old male was admitted with acute abdominal pain and fever. Computed tomography (CT) of the abdomen revealed free air. Diagnostic laparoscopy showed a toothpick perforating the ventricle, and the toothpick was removed successfully. This condition is severe with a reported mortality of 9.6%. A practical guideline based on 136 cases was presented in 2014. Endoscopy was found to be superior to CT in identifying toothpicks as well as offering therapeutic intervention, rendering endoscopy the first choice in diagnostic and treatment. Subsequently CT or ultrasound is recommended in the unresolved patient.

KORRESPONDANCE: *Marlene Aagaard Hansen.*

E-MAIL: marlene.aa.hansen@gmail.com

ANTAGET: 4. august 2016

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 17. oktober 2016

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

LITTERATUR

1. Steinbach C, Stockmann M, Jara M et al. Accidentally ingested toothpicks causing severe gastrointestinal injury: a practical guideline for diagnosis and therapy based on 136 case reports. *World J Surg* 2014;38:371-7.
2. Goh BK, Chow PK, Quah HM et al. Perforation of the gastrointestinal tract secondary to ingestion of foreign bodies. *World J Surg* 2006; 30:372-7.
3. Lovece A, Asti E, Sironi A et al. Toothpick ingestion complicated by cecal perforation: case report and literature review. *World J Emerg Surg* 2014; 9:63.