

# Fistel fra tarm til femur med massiv luftudvikling hos en kronisk syg mand

Melek Inal & Leif Broeng

## KASUISTIK

Ortopædkirurgisk  
Afdeling, Sjællands  
Universitetshospital,  
Køge

Ugeskr Læger  
2016;178:V05160323

En sjælden komplikation i forbindelse med kolorektalcancer er perforation af tarmen med spredning til en underekstremitet (UE), ofte med et fatalt forløb.

## SYGEHISTORIE

En 75-årig multimorbid mand, der tidligere havde fået strålebehandling pga. prostatacancer samt rectumamputation og kolostomi pga. rectumcancer, blev indlagt med smerter fra højre lår og lænderyg efter et fald i hjemmet. Tre år forinden havde han haft recidiv af rectumcancer med metastaser til prostata, bækken og lunger. Der blev dengang foretaget bækkenrømning, lavet ileumblære og givet postoperativ kemobehandling.

Den objektive undersøgelse gav ingen mistanke om infektion eller dyb venetrombose af hele højre UE. Han var alment upåvirket og havde normale vitalparametre.

En røntgenoptagelse af columna lumbalis, pelvis og højre femur afkræftede mistanken om fraktur. Blodprøver nogle uger inden viste stigende niveauer af hhv. leukocytter på  $19 \times 10^9/l$  og C-reaktivt protein på 145 mg/l.

På andendagen fik han feber og sepsis med ukendt infektionsfokus. Bloddyrkninger fra prøver foretaget ved indlæggelsen viste vækst af streptokokker i en ud af tre kolber, og urindyrkning viste vækst af tre forskellige

tarmbakterier. Der blev påbegyndt antibiotisk behandling med piperacillin/tazobactam og vancomycin efter mikrobiologers anbefaling. På tiendedagen var patienten fortsat septisk og havde stærke opioidresistente smerter i højre UE. Objektivt sås en massiv hævelse og rødme af hele højre femur samt muligt subkutant emfysem.

På ortopædkirurgisk anbefaling udførtes en akut CT af højre femur, hvorved man fandt en præsakral absces med fri intraabdominal luft og massiv luftudvikling i højre UE (**Figur 1**). På mistanke om gasgangræn blev patienten akut opereret, og en absces med massivt fækulent indhold samt nekrose af subcutis, fascier og muskulatur i højre UE lokaliseredes. Der blev foretaget *débridement*, åben proksimal femuramputation og skylning med  $H_2O_2$ . I samme seance viste en akut laparotomi en colonlækage, der resulterede i en partiel colonresektion. Årsagen viste sig at være en defekt i højre side af bækkenbunden over acetabulum med en colofistel, der strakte sig bag om trochanter major til femur.

Få timer efter operationen fik patienten septisk shock og gik ad mortem. Patologisvar fra vævsbiopsierne fra femur viste vækst af fem forskellige tarmbakterier.

## DISKUSSION

Tarmperforation er en alvorlig komplikation i forbindelse med kolorektalcancer og forekommer hos 2,6-9% af patienterne [1]. Abscesser opstår sekundært til kolorektalcancerperforation hos 0,3-4% [1, 2] og er oftest lokaliseret intraabdominalt. Abscesdannelse i UE sekundært til kolorektalcancerperforation er en sjælden tilstand, der er forbundet med øget morbiditet og mortalitet [2].

*Rotstein et al* har beskrevet 46 cases med abdominalperforation og infektionsspredning til UE. Hos de 39 cases var årsagen colonperforation, hyppigst pga. divertikulitis og cancer [3]. Andre årsager kan være perforeret appendicitis og morbus Crohn [1, 3, 4].

Diagnosen er vanskelig at stille pga. fravær af abdominalstatus [1, 3, 5]. Det kliniske billede viser sig med sepsissymptomer, ekstremitetshævelse, smerter og eventuelt subkutant emfysem. Røntgenoptagelse samt UL- og MR-skanning kan afsløre luft i bløddelene i UE, dog stilles den endelige diagnose typisk ved CT i den

 **FIGUR 1**

CT viser luftudvikling i højre femur. (Patientens pårørende har givet samtykke til anvendelse af billedet).



akutte fase, da denne undersøgelse er lettest tilgængelig døgnet rundt på de fleste af landets sygehuse.

Ved subkutan emfysem skal mistanken om gasgangræn altid overvejes og behandles akut [4]. Det er i tidligere litteratur blevet diskuteret, om emfysem i bløddele kan opstå direkte som følge af abdominalperforation, eller om det er sekundært til infektion [4].

Patienten i sygehistorien blev opereret på mistanke om gasgangræn, hvilket viste sig at være abscesdannelse med luftudvikling subfascielt i UE sekundært til colonperforation uden tegn til gasudvikling. En plausibel spredningsvej var defekten i højre bækkenbund med colonfistulering til UE pga. tidligere bækkenrømning.

Hyppigst spredes abdominale infektioner fra retroperitoneum til femur via: 1) femoralkanalen, 2) langs psoasmuskulaturen, 3) gennem foramen obturatorius eller 4) via foramen ischiadicus langs piriformismuskulaturen [1-5]. I ovenstående sygehistorie med uafklarede ekstremitetssmerter og sepsis, ville en CT tidlig i forløbet muligvis have resulteret i tidligere diagnostik og behandling.

Med denne kasuistik ønsker vi at gøre opmærksom på, at infektiøse tilstande i UE kan være sekundære til abdominalperforation uden kliniske tegn til abdominalia.

## SUMMARY

Melek Inal & Leif Broeng:

Deep infection from colorectum to femur with a massive gas development in a chronic multimorbid male

Ugeskr Læger 2016;178:V05160323

A serious complication to colorectal carcinoma is perforation and abscess. In this case report of a 75-year-old male an unusual case of deep infection in the femur secondary to colorectal perforation is described. Sepsis, leg pain and swelling may be the only symptom of intraabdominal disease without abdominalia.

**KORRESPONDANCE:** Melek Inal. E-mail: melekinal1@hotmail.com

**ANTAGET:** 4. oktober 2016

**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK:** 19. december 2016

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

## LITTERATUR

1. Shallesh KM, Felix M, Rob B. Right gluteal abscess: an unusual presentation of perforated caecal adenocarcinoma. *J Gastrointest Canc* 2010;41:285-7.
2. Mann GN, Scoggins CR, Adkins B. Perforated caecal adenocarcinoma presenting as a thigh abscess. *South Med J* 1997;90:949-51.
3. Rotstein OD, Pruett TL, Simmons RL. Thigh abscess. *Am J Surg* 1986;15:414-8.
4. Gutknecht DR. Retroperitoneal abscess presenting as emphysema of the thigh. *J Clin Gastroenterol* 1997;25:685-7.
5. Jager JG, Rijssen VH, Lamers JHJ. Subcutaneous emphysema of the lower extremity and abdominal origin. *Gastrointest Radiol* 1990;15:253-8.