

Mediastinale abscesser forårsaget af fiskeben

Rói Knudsen & Maria Quisgaard Gaunsbæk

KASUISTIK

Øre-, Næse- og Halsafdelingen, Vejle Sygehus

Ugeskr Læger
2017;179:V10160761

Patienter med fremmedlegemer i svælg og øsofagus ses hyppigt på skadestuer. De fleste små fremmedlegemer passerer spontant og kan efterlade en lille lokal læsion. I andre tilfælde er det nødvendigt med endoskopiske procedurer for at fjerne fremmedlegemerne.

Et hyppigt fremmedlegeme i svælg og øsofagus er fiskeben, som dog sjældent er årsag til alvorlige komplikationer. Der er dog tilfælde, hvor livstruende komplikationer forårsaget af fiskeben opstår pga. øsofagusperforation med efterfølgende infektion og abscesdannelse [1, 2]. Formålet med denne kasuistik er en påmindelse om, at alvorlige komplikationer kan opstå fra denne hyppige tilstand med fiskeben i halsen.

SYGEHISTORIE

En 72-årig mand blev undersøgt i et øre-næse-hals-ambulatorium på mistanke om fiskeben i halsen. Patienten havde dagen inden spist dorade og havde efterfølgende en stikkende fornemmelse i halsen. Han havde sovet dårligt pga. tiltagende smerter i venstre side af halsen. Ved en fleksibel fiberlaryngoskopi fandt man ingen rifter eller fiskeben. Patienten var afebril og ikke akut smertepåvirket og blev derfor sendt hjem med en kontroltid to dage senere.

Ved næste besøg havde han feber, og smerterne i venstre side af halsen var uændrede. Han blev derfor akut indlagt. Biokemien viste bakteriel infektion med et trecifret C-reaktivt protein-niveau, og han blev sat i peroral behandling med penicillin. Der blev på indlæggelsesdagen udført direkte laryngoskopi og fleksibel øsofagoskopi i generel anæstesi (GA), hvor man fandt

intakte slimhinder og intet fremmedlegeme. Man fandt ligeledes ingen tegn til infektion i mund eller svælg. Infektionstillene var fortsat stigende, og behandlingen blev skiftet fra penicillin til intravenøst givet cefuroxim og metronidazol. En CT af hals og thorax med kontrast viste i venstre side af halsen et subkutant emfysem, der strakte sig fra glandula thyroidea ned til mediastinum. Kontrastvæsken passerede frit til ventriklen, så der var ingen perforation. Pga. tiltagende febrilia, stigende infektionsparametre og rødme på halsen og brystet blev cefuroxim erstattet med piperacillin/tazobactam. CT blev gentaget og viste fortsat emfysem og væskeholdige lommer, der formentlig udgik fra venstre forside af øsofagus ud for glandula thyroidea (**Figur 1**). Der blev derfor planlagt kirurgisk intervention i GA. Der blev incideret horisontalt midt imellem cricoidet og jugulum. Absceslommer blev opsøgt på begge sider af halsen og retrosternalt. Ved tryk på halsen og brystet fremkom der massive mængder af pus. Der blev lagt nøgendræn ned mod klaviklen bilateralt, og retrosternalt blev der pakket med *meche*. De efterfølgende dage blev der kvitteret store mængder pus fra dræneene. Der blev dagligt udført oprensning og *meche*-skift i GA. En CT af hals og thorax seks dage efter det første kirurgiske indgreb viste væsentlig regression af abscesserne. Der var dog tilkommet bilateral pleuravæske, og der blev udtømt en liter klar, strågul væske. Dyrkning var uden vækst. Der blev ligeledes podet fra pus i flere omgange, uden at der blev fundet vækst af patogene bakterier. Ni dage efter incidering blev dræneene fjernet og antibiotika seponeret. Patienten blev udskrevet og fulgt ambulantly yderligere en måned til såret på halsen var helt lukket.

DISKUSSION

Fremmedlegemer i den øvre del af mave-tarm-kanalen forekommer hyppigt. Af disse fremmedlegemer passerer 80-90% spontant [3]. Fiskeben er et af de hyppigste fremmedlegemer i svælg og øsofagus. Fiskeben sætter sig oftest fast i ganetonsillerne eller tungebasis, men de kan også sætte sig fast i valleculla, recessus piriformis, epiglottis, musculus cricofaryngeus og øsofagus [4]. Da de fleste fremmedlegemer passerer spontant, er kirurgisk intervention i de fleste tilfælde ikke indiceret. Symptomer er oftest forbigående stikkende halssmerter, odynofagi og dysfagi. Ved feber og persisterende/tiltagende symptomer inden for få dage er der klar indikation for yderligere udredning og behandling, da

FIGUR 1

CT-billede af hals og thorax. Der ses luft (pile) og væskeholdige lommer, der er suspekter for abscesser.



komplikationerne i værste fald kan være fatale. CT af hals og thorax skal altid overvejes ved mistanke om perforation.

Et vigtigt aspekt i denne sygehistorie er, at man ikke fandt noget fiskeben og ikke kunne påvise slimhinderift eller øsofagusperforation. Som beskrevet i tidligere kasuistikker er det oplagt, at fiskebenet har perforeret øsofagusslimhinden og medført mediastinale abscesser. Man så dog ikke fiskebenet på noget tidspunkt. Det har muligvis været for lille, til at kunne ses på en CT. Sandsynligvis er fremmedlegemet kvitteret ved pusdrænage.

SUMMARY

Rói Knudsen & Maria Quisgaard Gaunsbæk:

Mediastinal abscesses caused by a fish bone

Ugeskr Læger 2017;179:V10160761

A 72-year-old man presented with left-sided neck pain after eating fish. A flexible fiberoaryngoscopy showed no signs of fish bone or wounds. At the follow-up two days later the patient had developed fever. Direct laryngoscopy and oesophagoscopy revealed no abnormalities. A computed tomography of the neck and thorax showed subcutaneous emphysema and abscesses in the neck and mediastinum originating from the oesophagus. Treatment included incision of the neck, drainage tubes and broad-spectrum IV antibiotics. Although not found, the cause of perforation is strongly believed to have been a fish bone.

KORRESPONDANCE: Rói Knudsen. E-mail: roi.knudsen@rsyd.dk

ANTAGET: 10. januar 2017

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 6. marts 2017

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

TAKSIGELSE: Jakob Møller takkes for CT-billedet.

LITTERATUR

1. Ahmad R, Ishlah W, Shaharudin MH et al. Posterior mediastinal abscess secondary to esophageal perforation following fish bone ingestion. *Med J Malaysia* 2008;63:162-3.
2. Yang SW, Chen TM, Chen TA. Migrating fish bone complicating a deep neck abscess. *Chang Gung Med J* 2005;28:872-5.
3. Woo SH, Kim KH. Proposal for methods of diagnosis of fish bone foreign body in the esophagus. *Laryngoscope* 2015;125:2472-5.
4. Pang KP, Pang YT. A rare case of a foreign body migration from the upper digestive tract to the subcutaneous neck. *Ear Nose Throat J* 2002;81:730-2.