

Fremmedlegeme i rectum

Mohamed Ebrahim^{1,2} & Sharaf Karim Perdawood¹



STATUSARTIKEL

1) Mave-tarm Kirurgisk Afdeling, Slagelse Sygehus
2) Abdominalcenter K, Kirurgisk Sektion, Bispebjerg Hospital

Ugeskr Læger
2018;180:V11170866

Fremmedlegemer i rectum er en ikke sjældne årsag til skadestuehenvendelse og kan være en diagnostisk og behandlingsmæssig udfordring [1-6]. Tilstanden udløser ofte stor undren og humoristiske reaktioner blandt sundhedspersonale, men kan være alvorlig og potentielt livstruende [7-11]. Den nøjagtige incidens af tilstanden kendes ikke, da mange patienter først søger hjælp, når forsøg på selv at fjerne fremmedlegemet er mislykket [1, 2, 5, 11].

EPIDEMIOLOGI

I den beskrevne litteratur er der en overvægt af voksne mænd med en mand-kvinde-ratio på op til 37:1 [12]. Patienterne er hyppigst 20-40 år, dog figurerer ældre personer og børn også i litteraturen omend sjældnere [12-14]. Mulige årsager til, at kvinder henvender sig sjældnere end mænd med problemet, kan være det kvindelige bækkenes anatomi med mindre vinkling af os sacrum og bedre mulighed for selvmanipulation via vagina [6].

Materialerne, der indføres, varierer i samme omfang som motiverne bag indføring. De hyppigst forekommende fremmedlegemer er sexlegetøj, køkkenredskaber, grøntsager, glasflasker og narko (illegale *drug packers*) [1-5, 14-22]. I **Figur 1** ses et eksempel på et fremmedlegeme, der er indført igennem endetarmsåbningen. Størstedelen af fremmedlegemerne indføres i forbindelse med seksuel aktivitet af patienten selv eller partneren, primært som et forsøg på at opnå seksuel tilfredsstillelse gennem stimulering af sensitive områder i rectum [1-3, 18]. Sekundært kan indføring af fremmedlegemer i rectum skyldes underliggende psykiatrisk sygdom. I litteraturen rapporteres der om depression, misbrug af psykoaktive stoffer, særligt alkohol, psykotiske tilstande og personlighedsforstyrrelser som de hyppigste psykiatriske komorbiditeter [1, 2, 5, 7, 8, 11, 12, 20]. Ved personlighedsforstyrrelser, der medfører pro-

blemer med affektforvaltning og impuls kontrol, er der beskrevet tilfælde, hvor motivet har været at volde skade på den undersøgende læge [3]. I meget sjældne tilfælde er fremmedlegemeindførelse en manifestation af Münchhausens syndrom, suicidal adfærd og selvmutilerende adfærd [1, 9, 11, 12, 21]. Der er i litteraturen beskrevet tilfælde, hvor formålet har været lindring og selvbehandling af anorektale sygdomme og symptomer f.eks. rektalprolaps, forstoppelse, hæmorider og anal-kløe [3, 5, 12, 22]. Fremmedlegemer kan sluges og ende i rectum, hvilket er beskrevet hos børn, ældre svagtseende og personer med svær mental retardering [2]. Fremmedlegemer kan også være indført i forbindelse med seksuelle overgreb eller vold [1, 3, 6, 11, 12].

PRÆSENTATION OG DIAGNOSE

Patienten kan have nedre abdominalia, perianale smerter, afføringsstop (obstruktionssymptomer), blødning eller slimafgang per rectum (sidstnævnte som følge af ihærdig forsøg på at fjerne objektet inden ankomsten til sygehuset). I tilfælde hvor fremmedlegemet perforerer tarmen, kan patienten have sepsis og peritonitis [1, 3, 5, 7, 8, 10].

Patienter med selvindførte fremmedlegemer i rectum er ofte pinligt berørte over tilstanden, hvorfor de ofte fabrikerer en sygehistorie om, at objektet blev indført ved et uheld, mens de sov eller var i ebrieret tilstand [2, 3, 5]. Motivet bag indføringen bør afklares, og ved mistanke om underliggende kriminalitet eller psykopatologisk tilstand bør relevante tilsyn rekvireres [1-3, 6].

Ved anamnesen er det vigtigt at afklare antallet af indførte objekter, formen, konsistensen samt størrelsen på objektet(erne) og hvis muligt at se et billede af fremmedlegemet for at kunne danne sig et visuelt indtryk til hjælp ved håndtering af objektet(erne). Ved anamneseoptagelse bør der stilles åbne spørgsmål for at afdække evt. sexologiske problemer og seksuelle afvigelser/parafilier. Anamnesen bør inkludere medicinforbrug, misbrug af psykoaktive stoffer, alkoholmisbrug, tidligere psykiatriske sygdomme herunder tilknytningsforstyrrelser i barndommen, spiseforstyrrelser, depression, angst og somatoforme tilstand.

Væsentlige somatiske sygdomme og organiske psykiske lidelser, som kan påvirke orienteringsgrad og adfærd, herunder demens, delirium og mental retardering bør have in mente. Herudover bør der spørges om

HOVEDBUDSKABER

- ▶ Fremmedlegemer i rectum er oftest indført med henblik på seksuel stimulation.
- ▶ Fremmedlegemer i rectum kan have fatale konsekvenser og skal derfor tages alvorligt.
- ▶ Patienter med fremmedlegeme i rectum skal håndteres efter standardiserede retningslinjer. Tilgangen til tilstanden bør være multidisciplinær, og patienten bør ved indikation tilbydes psykiatrisk vurdering og opfølgning.

tidligere/nuværende suicidal tanker, suicidaladfærd og selvmutilerende adfærd. Det er vigtigt at spørge om vrangforestillinger, illusioner, hallucinationer, tankeoplevelser og legemlige påvirkningsoplevelser for at afdekke eventuelle psykotiske symptomer. Indføringen kan også være sket på baggrund af en ikkepatologisk seksuel præference.

Den hyppigste og mest frygtede komplikation er tarmperforation [7-9, 22, 23]. Fourniers gangræn, bakteriel endokarditis, analsfinkterinsufficiens, anal stenosing og fistulering er beskrevet som sjældne komplikationer [2, 6, 24, 25].

BEHANDLING

Et forslag til vurdering og håndtering af patienter med fremmedlegemer i rectum er vist i **Figur 2**. Initialt skal abdomen vurderes for peritonealreaktion. Hvis patienten er peritoneal initieres, der væskeresuscitation og bredspektret antibiotikabehandling, og der foretages akut diagnostisk laparoskopi eller eksplorativ laparotomi [1-5, 7-9, 12, 18, 19].

Diagnostisk laparoskopi bør overvejes først som en mindre invasiv procedure, før der foretages laparotomi [24]. Ved fund af tarmperforation må det vurderes, om læsionen kan oversys med eller uden aflastende stomi, og om der er behov for tarmresektion. Hvis der findes diffus peritonitis, skal der anlægges en kolostomi [3, 5, 12]. De fleste stomier er midlertidige og kan tilbagelægges efter nogle måneder, men i litteraturen er der også beskrevet permanente stomier [3, 7-10]. Henvisning til et center med kolorektal ekspertise bør overvejes initialt, specielt hvis det vurderes at være besværligt at fjerne fremmedlegemet.

Fremmedlegemeindføring gennem rectum og forsøg på fjernelse af disse er ikke risikofrit. Fremmedlegemer skal søges fjernet transanal og ved brug af mindst mulig invasiv teknik [1-4]. 70-92% af fremmedlegemerne kan håndteres konservativt [7-9, 12].

I litteraturen skelnes der mellem højt placerede fremmedlegemer, som er over den rektosigmoidale overgang, og lavt placerede fremmedlegemer, som er under den rektosigmoidale overgang [1, 10, 18]. Ifølge *Lake et al* kan flere faktorer med signifikans prædiktere mislykket transanal ekstraktion: Objekter, der er længere end 10 cm, hårde eller skarpe objekter, objekter, som har bevæget sig oralt i colon, og objekter, der har været i tarmen i over 48 timer [10]. Hos ikkeperitoneale patienter med et lavt placeret fremmedlegeme kan undersøgeren – hvis objektet ikke er skarpt – forsøge at fjerne det digitalt ved rektaleksploration med patienten anbragt i et gynækologisk leje og grundigt smertedækket med f.eks. perianalt blok. Fjernelse af objektet kan foregå ved brug af en tang eller inflation af et Foleykateter oralt for objektet [1, 2, 5]. I enkelte studier anbefaler man at foretage billeddiagnostik i form af

røntgenoversigt over abdomen (OOA) eller CT før rektaleksploration, da der er risiko for at denne kan bewirke placering af objektet [3, 8].

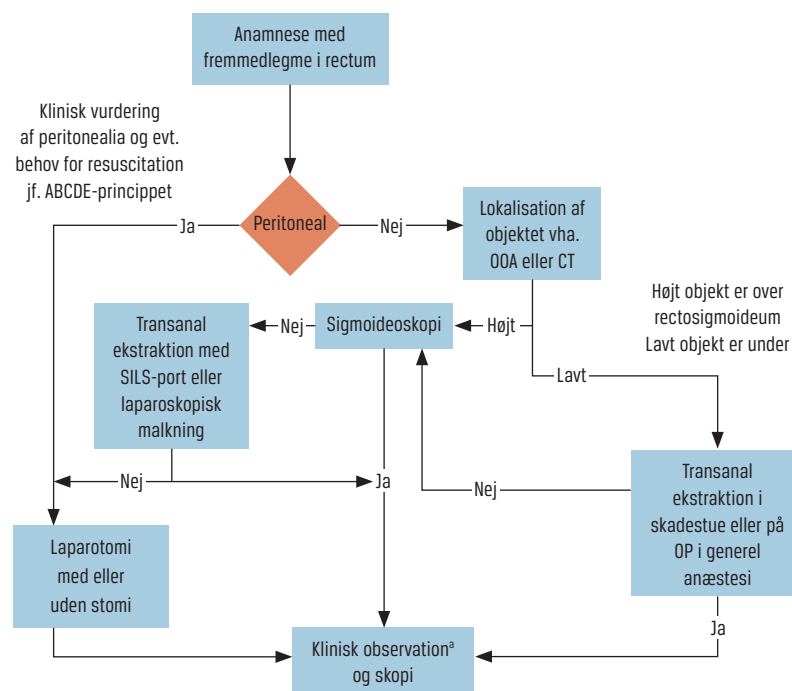
FIGUR 1



Sagittalsnit af abdomen (CT) viser sexlegtøj (dildo) i rectosigmoideum. (Billedet er venligst udlånt af Mave-tarm Kirurgisk Afdeling, Slagelse Sygehus).

FIGUR 2

Forslag til håndtering af rektale fremmedlegemer.



a) Relevante tilsyn bør rekvireres ved mistanke om psykopatologiske tilstande, i alle tilfælde hvor patienten er et barn, ved mistanke om vold eller kriminalitet (voldtægt). Ved den kliniske observation skal man være opmærksom på tarmperforation og analinkontinens.

Fremmedlegemer som består af narkotikaposer skal hos den kliniske stabile patient håndteres konservativt med observation og peroral laksans. Såfremt patienten bliver ustabil, er operation indiceret, og behandling bør konfereres med Giftlinjen.

ABCDE = *airway, breathing, circulation, disability, exposure*; OOA = *oversigt over abdomen*; SILS = *single-incision laparoscopic surgery*; OP = *operationsstue*.

Håndtering af body packers

Rectum bliver ofte brugt af *body packers* til smugling af narkotika. De hyppigste stoffer, der smugles på den måde, er heroin og kokain, men ecstasy og hash er også beskrevet i litteraturen [1, 2, 15]. Disse kan smugles ved, at smugleren indtager stofferne i poser eller kondomer oralt, hvorefter de ender i rectum, eller ved manuel anbringelse i rectum. Patienterne kan indlægges med intoksikation, der i international litteratur benævnes *body packer syndrome*, som følge af perforation af narkoposerne.

Forgiftningssymptomerne er stofafhængige, men de hyppigste symptomer er arytmier, hypertension, agitation, krampesamt respirationspåvirkning, og de skal behandles symptomatisk [1, 2, 15]. Systemisk forgiftning med heroin er oftest mindre fatal end forgiftning med kokain, idet man her har naloxon, der fungerer som opioidantidot, hvorimod man ingen antidot har mod kokain [15]. Ved forgiftningssymptomer bør der konfereres med Giftlinjen. Dette skal dog ikke forsinke den kirurgiske behandling, som består af eksplorativ laparotomi med fjernelse af narkoposerne [11, 15-17].

Hos patienter uden symptomer på mekanisk ileus, gastrointestinal perforation eller forgiftning behandles tilstanden konservativt med peroralt givet laksans, og man afventer spontan passage [15]. Patienterne bør under hele indlæggelsen overvåges med telemetri og monitorering af vitale værdier frem til sikker kvittering af fremmedlegemerne [15]. Udskrivelse bør først ske, når der har været tre afføringer uden fremmedlegemer og negativ resultat af CT [15]. Det er nødvendigt at kende til antallet af fremmedlegemer, og en ny CT må foretages, hvis man har mistanke om fortsat resterende fremmedlegemer. Urinstiks for narkotika anvendes ikke rutinemæssigt [15].

Gastrointestinal dekontaminering med indgift af aktivt kul og tarmskylning er beskrevet i litteraturen, men bør ske efter konference med Giftlinjen [15]. Oliedrik må ikke anvendes, idet kondomer med narkotika kan rumpere [11, 15, 17]. Instrumentel ekstraktion inkl. endoskopisk retraktion øger risikoen for perforation og dermed risikoen for intoksikation og har derfor ingen plads i behandlingen [11, 15-17].

Analekstraktion og efterbehandling

Der er beskrevet forskellige metoder til transanal fjernelse, afhængigt af fremmedlegemets karakter. Fremmedlegemer, der ikke kan fjernes digitalt ved rektaleksploration, skal forsøges fjernet ved sigmoideoskopi, hvor objektet, afhængigt af dets størrelse, kan forsøges fjernet med en polypektomislynge, ved ballonretraktion eller med en biopsitang [1, 2, 5]. Hvis denne strategi ikke har effekt, og objektet ikke er skarpt, er der i litteraturen beskrevet gode resultater med laparoskopisk

assisteret teknik, hvor objektet malkes til rectum, hvorefter det kan fjernes transanalt [26, 27].

Der er i de seneste år beskrevet minimalt invasive transanale indgreb, hvor fremmedlegemer fjernes ved brug af *single-port* laparoskopisk, som også kaldes *single-incision laparoscopic surgery*. Ved denne metode etableres der »pneumoperitoneum« transanalt igennem én port, hvorved fremmedlegemet fjernes med laparoskopisk udstyr f.eks. grasper igennem porten [28, 29]. Observation efter en ekstraktion er anbefalet pga. risiko for perforation i forbindelse med ekstraktionen. Denne observation bør inkludere sigmoideoskopi med henblik på vurdering af tarmslimhinden inden udskrivelse [2, 8]. Rektal eksploration er essentiel til vurdering af sfinkterskader før og efter ekstraktion og bør derfor foretages hos alle patienter, når fremmedlegemet er lokaliseret ved hjælp af OOA eller CT [2, 7]. I flere studier fraråder man brug af rektallavement pga. en teoretisk øget risiko for tarmperforation eller displacering af objektet proksimalt i colon [2, 5].

Professionel håndtering i forløbet med respekt, emotionel støtte og omsorg for patienten er vigtig for at minimere den psykiske belastning for patienten, der som oftest er pinligt berørt [2, 3, 5, 6]. Antallet af involverede personaler i behandlingsforløbet bør minimeres, og man bør sørge for en vis grad af diskretion [2, 6]. Ved mistanke om eller erkendt psykiatrisk sygdom bør patienten tilbydes psykiatrisk konsultation [3, 6, 7, 9, 15]. Ofrene for seksuelle overgreb er i øget risiko for at udvikle psykisk sygdom som depression, angst og posttraumatisk stresslidelse. Disse patienter bør konfereres med centre, hvor man har specialfunktion i seksuelle overgreb, med henblik på retsmedicinsk undersøgelse, videre opfølgning og eventuel behandling [30]. I tilfælde, hvor patienten er et barn, er rekvirition af pædiatrisk tilsyn obligat. Ved svageste mistanke om vold eller et seksuelt motiv hos børn, skal de relevante sociale myndigheder underrettes [3].

KONKLUSION

Fremmedlegemer indført i rectum er ikke sjældne, som tidligere antaget. Indføringen kan være forbundet med seksuel tilfredsstillelse, underliggende psykiatrisk sygdom, forsøg på seksuelt overgreb og som led i narkosmugling.

Fremmedlegemer fjernes med mindst mulig invasiv teknik. Fremmedlegemer, der består af narkotika, fjernes udelukkende operativt ved tegn på perforation, obstruktion eller forgiftning.

Tidlig diagnostik og erkendelse af potentielle komplikationer er altafgørende for en optimal behandling.

SUMMARY

Mohamed Ebrahim & Sharaf Karim Perdawood:

Rectal foreign bodies

Ugeskr Læger 2018;180:V11170866

Rectal foreign bodies are not uncommon as previously thought and should be recognised as a potentially serious condition. The diagnosis is often delayed due to patient embarrassment and reluctance to seek medical help, which may increase the likelihood of complications. Clinicians should be aware of this condition, as it may be a manifestation of underlying psychiatric conditions, drug trafficking or due to sexual assault.

KORRESPONDANCE: Mohamed Ebrahim. E-mail: ebrahim627@gmail.com

ANTAGET: 13. juni 2018

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 3. september 2018

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

LITTERATUR

- Anderson KL, Dean AJ. Foreign bodies in the gastrointestinal tract and anorectal emergencies. *Emerg Med Clin North Am* 2011;29:369-400.
- Goldberg JE, Steele SR. Rectal foreign bodies. *Surg Clin North Am* 2010;90:173-84.
- Ayantunde AA. Approach to the diagnosis and management of retained rectal foreign bodies: clinical update. *Tech Coloproctol* 2013;17:13-20.
- Ostrowski K, Edwards G, Maruno K. Removal of retained rectal foreign bodies in the emergency department. *Emerg Med Australas* 2016;28:459-61.
- Cologne KG, Ault GT. Rectal foreign bodies: what is the current standard? *Clin Colon Rectal Surg* 2012;25:214-8.
- Turner B. Management of retained foreign bodies and rectal sexual trauma. *Nurs Times* 2004;100:30-2.
- Yildiz S, Kendirci M, Akbulut S et al. Colorectal emergencies associated with penetrating or retained foreign bodies. *World J Emerg Surg* 2013;8:25.
- Coskun A, Erkan N, Yakan S et al. Management of rectal foreign bodies. *World J Emerg Surg* 2013;8:11.
- Rodríguez-Hermosa JI, Codina-Cazador A, Ruiz B et al. Management of foreign bodies in the rectum. *Colorectal Dis* 2007;9:543-8.
- Lake JP, Essani R, Petrone P et al. Management of retained colorectal foreign bodies: predictors of operative intervention. *Dis Colon Rectum* 2004;47:1694-8.
- Ayantunde AA, Oke T. A review of gastrointestinal foreign bodies. *Int J Clin Pract* 2006;60:735-9.
- Kurer MA, Davey C, Khan S et al. Colorectal foreign bodies: a systematic review. *Colorectal Dis* 2010;12:851-61.
- Öztürk H, Onen A, Dokucu AI et al. Management of anorectal injuries in children: an eighteen-year experience. *Eur J Pediatr Surg* 2003;13:249-55.
- Hamid R, Bhat NA, Wani SA et al. Unusual rectal foreign body in a child. *J Pediatr Surg Case Reports* 2014;2:391-3.
- Traub SJ, Hoffman RS, Nelson LS et al. Body packing – The internal concealment of illicit drugs. *N Engl J Med* 2003;349:2519-26.
- Glovinski PV, Lauritsen ML, Bay-Nielsen M et al. Asymptomatic body packers should be treated conservatively. *Dan Med J* 2013;60(11):A4723.
- Álvarez Llano L, Rey Valcalcel C, Al-lal YM et al. The role of surgery in the management of "body packers". *Eur J Trauma Emerg Surg* 2014;40:351-5.
- Cawich SO, Thomas DA, Mohammed F et al. A management algorithm for retained rectal foreign bodies. *Am J Mens Health* 2017;11:684-92.
- Kokemohr P, Haeder L, Frömling FJ et al. Surgical management of rectal foreign bodies: a 10-year single-center experience. *Innov Surg Sci* 2017;2:89-95.
- Lazzari V, Siboni S, Asti E et al. Transanal removal of a broken drinking glass self-inserted and retained in the rectum. *BMJ Case Rep* 2017;2017:bcr-2017-220268.
- Khan SA, Davey CA, Khan SA et al. Munchausen's syndrome presenting as rectal foreign body insertion: a case report. *Cases J* 2008;1:243.
- Olaoye IO, Adensina MD. Retained rectal foreign body with rectal perforation; a complication of the traditional management of haemorrhoids: a case report. *Trop Doct* 2013;43:158-60.
- Najah H, Pocard M. Laparoscopic repair of rectal foreign body perforation without protective colostomy (with video). *J Visc Surg* 2015;152:69-70.
- Abate G, Shirin M, Kandanati V. Fournier gangrene from a thirty-two-centimeter rectosigmoid foreign body. *J Emerg Med* 2013;44:247-9.
- Pandey BB, Dang TC, Healy JF. Embolic stroke complicating Staphylococcus aureus endocarditis circumstantially linked to rectal trauma from foreign body: a first case report. *BMC Infect Dis* 2005;5:42.
- Rispoli G, Esposito C, Monachese TD et al. Removal of a foreign body from the distal colon using a combined laparoscopic and endoanal approach: report of a case. *Dis Colon Rectum* 2000;43:1632-4.
- Berghoff KR, Franklin ME. Laparoscopic-assisted rectal foreign body removal: report of a case. *Dis Colon Rectum* 2005;48:1975-7.
- Bak Y, Merriam M, Neff M et al. Novel approach to rectal foreign body extraction. *JSL* 2013;17:342-5.
- Han HJ, Joung SY, Park S-H et al. Transanal rectal foreign body removal using a SILS port. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2012;22:e157-e158.
- Larsen AMJØ, Hilden M. Voldtægt – undersøgelse og behandling. *Månedsskr Almen Praks* 2012;9:734-42.