

Sekvester med ukendt årsag

– et usædvanligt tilfælde

Henning Lehmann Bastian

Afstødning af større sekvester ses i dag næsten udelukkende ved osteoradionekrose, udviklet efter strålebehandling på hoved-hals-området. Her præsenteres et tilfælde, formodentlig forårsaget af et negligeret traume, som er uhyre sjældent i de nordiske lande. En 44-årig vagabond præsenterede sig på øre-næse-hals-afdelingen med blødning fra venstre næsebor. Inspektion i mundhulen afslørede et stort sekvester i regio 22-24, foruden en kraftig foetor ex ore. Tilfældet præsenteres med kliniske fotos, og behandlingen diskuteres.

I ældre lærebøger er beskrevet udbredte nekroser i maksil og mandibel ved brug af medikamenter som kviksølv, fosfor og arsenik (1). Disse anvendes praktisk taget ikke mere, men ved mumifisering af pulpa med paraformaldehyd er der i nogle tilfælde, når medikamentet har ligget for længe, set nekroser i knoglen. I dag ses tilfælde med udbredt knoglesekvestrering næsten udelukkende i forbindelse med udvikling af osteoradionekrose efter strålebehandling i hoved-hals-området samt ved kroniske osteomyelitter i kæben, specielt mandiblen.

Infektioner, som udvikler sekvesterdannelse, kan være tuberkuløse og syfilitiske osteomyelitter, den akutte neonatale maxillitis samt i sjældnere tilfælde den rareficerende og skleroserende osteomyelitis (2).

I forbindelse med strålebehandling på hoved og hals, er det især mandiblen, der er udsat, og specielt når der gives fuld stråledosis (fx 66 Gy over 33 fraktioner). Der angives en hyppighed på ca. 2-30%, men der er stor forskel fra center til center, afhængig af patientens præirradiative status og stråledosis (3,4). I forbindelse med større traumer og kæbefraktur ses knoglesekvester sjældent, idet patienterne behandles akut, og man er meget omhyggelig med at spare så meget væv som muligt.

Eget tilfælde

En 44-årig mand ses akut i Øre-næse-hals-ambulatoriet pga. ni dage varende, intermitterende næseblødning, hovedsagelig fra venstre side. Patienten har været på skadestuen flere gange og har fået næseblødningen stoppet, således også i dag, hvor patienten henvises til Øreafdelingen. Ved undersøgelsen finder man, svarende til venstre cavum nasi, en del knoglesekvester samt en irriteret slimhinde. Ved kig gennem venstre næsebor finder man blottet, nekrotisk knogle svarende til det ossøse septums overgang i præmaksillen. I cavum oris finder man et større parti med blottet, nekrotisk udseende knogle i regio 22-24. 21 er rokkeløs, og 25 er fastsiddende (Fig. 1A). Alveolerne af 22, 23 og 24 er synlige i den blottede knogle. På læbens indside findes et 1×1,5 cm stort fibrom. I den hårde gane ses lidt blålig misfarvning, men ingen væsentlig reaktion. På spørgsmål oplyser patienten, at der ikke på noget tidspunkt har været smerter. Der er ingen lymfeknudesvulst på halsen. Der foretages podning fra sekvestet. Podningen er uden vækst. Herefter ordineres ortopantomogram og CT-skanning af maksillen. Panorama-optagelsen viser en større destruktion i regio 22-24. CT-skanningen viser en mere udbredt destruktion, både omfattende processus alveolaris og strækkende sig et langt stykke ind i ganen (Fig. 1B). Patienten indlægges med henblik på fjernelse af de store sekvester og oprensning af området. Under anvendelse af generel anæstesi foretages sekvestrotomi

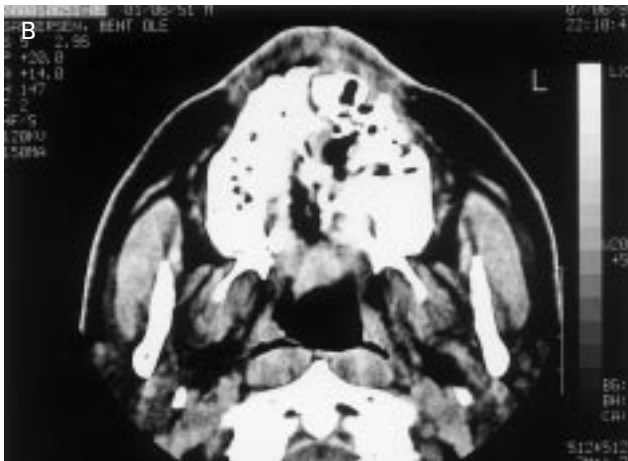


Fig. 1. A: den kliniske situation præoperativt. Der ses et fuldstændig demar-keret knoglesekvester omfattende alveolerne af 22, 23 og 24. Desuden ses et irritationsfibrom på læbens indside. 21 er løs af 2. grad. B: CT-skanning af maksillen. Der ses tydelig destruktions i venstre side med fuldstændig demar-keret processus alveolaris svarende til 22, 23 og 24. Destruktionen strækker sig langt ind i ganen. C: histologisk præparat fra regionen. Der ses nekrotisk knoglevæv. Marvrummene er fyldt med nekrotisk materiale.

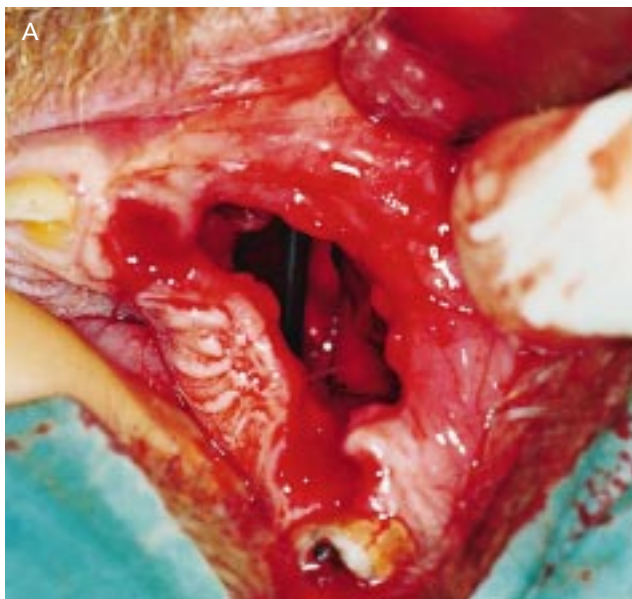
Fig. 1. A: the clinical preoperative situation. A completely loose splinter of bone comprised of the alveolar ridge of 22, 23 and 24 can be seen. Further, there is a fibroma caused by irritation on the inside of the lip. 21 is loose corresponding to the 2nd degree. B: CT-scanning of the maxilla. Obvious destruction is visible on the left side, with complete rejection of the alveolar process of 22, 23 and 24. The destruction extends far into the hard palate. C: histological specimen from the region. Necrotic bone tissue can be seen. The bone marrow space is filled with necrotic material.

Det fjernede væv sendes til histologisk undersøgelse og beskrives som: nekrotisk knoglevæv uden inflammation eller andet reaktivt. Marvrummene er fyldt med nekrotisk materiale. Histologisk diagnose: osteonecrosis (Fig. 1C). Situationen illustreres på Fig. 2A, hvor man ser et instrument placeret i venstre næsebor, og at der er fuldstændig gennemgang uden ossøst dække til både næsehule og sinus maxillaris. Peroperativt kunne man have lukket kaviteten med slimhindelap, hvilket der dog afstås fra, idet det ville efterlade en meget stor kavitet, som ville være vanskelig at renholde for patienten. Det besluttet derfor at fremstille en obturatorprotese til lukning af perforationen. Dette vil samtidig indebære, at patienten kan holde området rent, så man slipper for ildelugtende sekreter. Der blev under operationen sendt knoglestykker til podning, og disse viste en del hæmolytiske streptokokker. Patienten er præoperativt sat i behandling med pondocillin 500 mg \times 3 dgl. og metronidazol 500 mg \times 3 dgl. Den ordinerede behandling fortsættes i 10 dage. Efter afsluttet heling fremstilles en resektionsprotese, som dækker knogleperforationen (Fig. 2B og C).

Diskussion

Det præsenterede tilfælde er helt usædvanligt i vor kulturkreds af flere årsager. Patienten har oplyst, at han ofte har været i slagsmål og er blevet ramt på kæberne, hvorfor man må formode, at et sådant ubehandlet traume med fraktur af processus alveolaris til følge er årsag til problemerne. Patienten har ikke søgt behandling i forbindelse med traumet, og den manglende indheling af det affrakterede stykke af processus alveolaris har ført til nekrose og sekvestrering af tænder og knogle samt udvikling af kronisk ostit. Patienten har udvist manglende egenomsorg vedr. det orale gebet i et helt usædvanligt omfang, idet han ikke har taget nogen notits af, at ►

og eksklokation samt ekstraktion af 21 og 25. Der fjernes en del store knoglesekvester, og ligeledes fjernes fibromet på læbens indside. Da der er fuld kontakt til de to nabotænder 21 og 25, så hele rodooverfladen ligger blottet, foretages ekstraktion af disse tænder. Det bemærkes, at den apikale halvdel af roden på 21 har befundet sig oppe i det nekrotiske område. Efter oprensningen, der omfatter fjernelse af alle sekvestrene, ses, at det meste af ganen op mod næsehulen er forsvundet samt en stor del af knogledækket op til venstre sinus maxillaris.



tænderne efterhånden løsnede sig og faldt ud. End ikke den kraftige foetor ex ore gav anledning til, at patienten søgte behandling, ligesom de store nekrotiske knoglestykker, der stak frem i mundhulen, ikke gav anledning til nogen reaktion. Først da patienten oplevede en gentagen og profus næseblød-

Fig. 2. A: den peroperative situation. Efter oprensningen ses perforation såvel til næsehulen som til sinus maxillaris. I bunden af kaviteten ses et instrument stukket gennem venstre næsebor. Desuden ses concha inferior i venstre side og til højre herfor åbningen til sinus maxillaris. B: kaviteten efter heling og inden fremstilling af resektionsprotese. C: den fremstillede resektionsprotese med en labial flange til lukning af kaviteten.

Fig. 2. A: preoperatively it can be seen that after debridement there is a perforation, both to the nasal cavity and to the maxillary sinus. An instrument can be seen in the bottom of the cavity inserted into the left nostril. In addition the inferior concha on the left side is seen, and to the right of this the opening to the maxillary sinus. B: the cavity after healing and prior to the manufacturing of the resection prosthesis. C: the resection prosthesis manufactured with a labial flange for closure of the cavity.

ning, gav dette anledning til bekymring i et omgang, så patienten søgte behandler. Patientens totale mangel på interesse i egen sundhed medførte da også, at man måtte tage hensyn til dette i behandlingen af defekten og fremstille en obturatorprotese, som kan rengøres på enkel vis. Vi kunne ikke tillade os at lukke kaviteten, da patienten næppe vil søge behandler med henblik på professionel rengøring af den derved fremkomne kavitet på overgangen mellem næsehulen og kæbehulen. ■

English summary

Sequestrum of unknown etiology – an unusual case

An unusual sequestration of unknown cause is reported. A 44-year-old tramp sought treatment for repeated nasal haemorrhages where the cause was presumed to be a fracture of the alveolar process that had been completely neglected. Several splinters of necrotic bone, together with two teeth had to be removed, leaving a large cavity. Due to the patient's rather haphazard attitude to oral hygiene, the cavity could not be closed but required the fitting of an obturator prosthesis.

Litteratur

1. Preiswerk G. Zahnheilkunde. Lehmanns medicinische Handat-lanten. Band XXX. München: J.F. Lehmanns Verlag, 1919.
2. Pindborg JJ, Hjørting-Hansen E. Atlas of diseases of the jaws. Copenhagen: Munksgård, 1974.
3. Widmark G, Sagne S, Heikel P. Osteoradionecrosis of the jaws. Int J Oral Maxillofac Surg 1989; 18: 302-6.
4. Morrish RB, Chan E, Silverman S, Meyer J, Fu KK, Greenspan D. Osteonecrosis in patients irradiated for head and neck carcinoma. Cancer 1981; 47: 1980-3.

Forfatter

Henning Lehmann Bastian, overtlæge, klinisk lektor
Odontologisk Afdeling, Odense Universitetshospital.