

Kasuistik

Obturatoriushernie med tyndtarmsileus debuteret som hoftesmerter hos ældre kvinde

Ugeskr Læger 2026;188:V01260054. doi: 10.61409/V01260054

Rannvá Winther¹, Nellie Bering Zinther², Erik Gadsbøll³ & Sanne Høj Christensen⁴

Lungesygdomme, Aarhus Universitetshospital, 2) Kirurgi, Regionshospitalet Horsens, 3) Plastikkirurgisk Klinik, Aarhus Universitetshospital, 4) Ortopædkirurgisk Klinik, Regionshospitalet Horsens

Obturatoriushernie er sjældent og udgør kun 0,05 til 1,4% af alle hernier. Tilstanden skyldes en defekt i foramen obturatum membranen, hvorigennem herniering af tyndtarm kan føre til ileus [1]. Slanke, ældre kvinder er prædisponerede, og tilstanden omtales også som »the little old ladies hernia« [1]. Diagnostikken er vanskelig, da symptomerne er uspecifikke og ofte forveksles med smerter fra bevægeapparatet [2].

Sygehistorie

En 99-årig spinkel kvinde (BMI 15,6 kg/m²) med tidligere højresidig hemialloplastik og recidiverende pneumonier udviklede pludselige venstresidige hoftesmerter uden forudgående traume. Smerterne aftog spontant, men få dage senere tilkom kaffegrums-lignende opkastninger, feber og venstresidige abdominalsmerter. På mistanke om øvre gastrointestinal blødning blev patienten indlagt akut. Patienten var hæmodynamisk stabil, og biokemisk fandtes kun let forhøjede infektionstal. Objektivt fandtes abdomen øm med let defence, men uden palpabelt hernie. En akut CT af abdomen blev beskrevet med let meteoristiske tyndtarmsslynger uden overgangszon, men ellers upåfaldende. Symptomerne blev tolket som pneumoni og smerter fra bevægeapparatet. I løbet af de næste to dage blev patienten tiltagende alment påvirket med tiltagende opkastninger, hoftesmerter og manglende afføring siden indlæggelse. Objektivt blev abdomen meteoristisk og spændt. En revurdering af CT på kirurgisk CT-konference identificerede et obturatoriushernie med indeklemt tyndtarm og tyndtarmsileus. Der blev udført akut laparoskopi med reponering af ikke afficeret tyndtarm. De dårlige oversigtsforhold gjorde, at man udskød endelig anlæggelse af præperitoneal mesh til nogle dage senere. Det postoperative forløb var ukompliceret, og patienten blev udskrevet til genoptræning tre dage senere.

Diskussion

Foramen obturatum dannes af os pubis og os ischii. Den er normalt dækket af musculus obturatorius internus og fascia obturatoria (tilsammen membrana obturatoria), fraset en naturlig åbning i membranen (canalis obturatorius), hvor nervus, vena og arteria obturatoria løber ned til underekstremiteten omgivet af fedtvæv. Obturatoriusmembranen kan normalt yde tilstrækkeligt modstand mod intraabdominalt tryk, hvorfor herniering og ileus er sjældent. Den dybe placering gør det vanskeligt at diagnosticere herniet ved den objektive

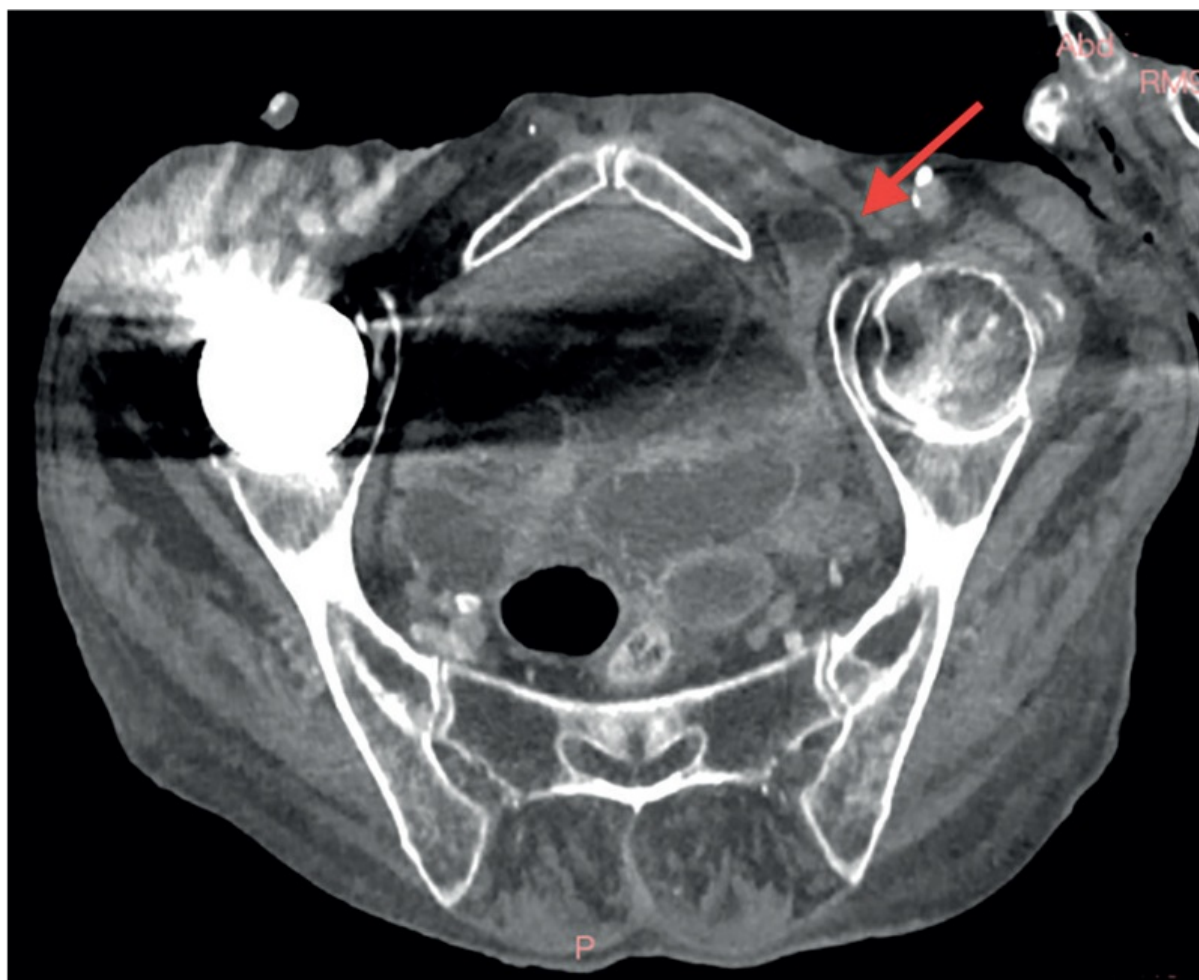
undersøgelse, hvorfor det ofte overses i den akutte vurdering [3].

Aldersbetinget tab af præperitonealt fedtvæv omkring canalis obturatorius øger risikoen for herniering, og sammenholdt med det bredere kvindelige bækken forklarer dette den markant øgede risiko (1:9) hos kvinder med lavt BMI [4].

Den kliniske præsentation er initielt ofte atypisk med smerter i hoftelår eller mediale lår (Howship–Rombergs tegn). Tegnet ses som patognomonisk, men forekommer kun hos en mindre andel af patienterne og mistolkes ofte som smerter fra bevægeapparatet. Forsinket diagnostik er veldokumenteret, og diagnosen stilles ofte først flere dage efter symptomdebut, ofte på grund af tiltagende abdominale symptomer eller ileus [1, 4].

CT har forbedret den diagnostiske sikkerhed markant, idet diagnosen kun stilles i 20-30% af tilfældene ved objektiv undersøgelse [4]. I denne case var herniet synligt på den initiale CT, hvilket understreger vigtigheden af systematisk gennemgang af CT hos ældre patienter med ileus eller uforklarede abdominalsymptomer (Figur 1).

FIGUR 1 CT-abdomen med synligt obturatoriushernie (rød pil).



Kirurgisk behandling er afgørende, og forsinkelse har betydelige konsekvenser for prognosen. Mortaliteten er generelt høj (12-70%) og relaterer sig til både forsinket kirurgisk intervention og patientgruppens høje alder, komorbiditet og skrøbelighed [1, 4]. Ifølge nationale og internationale anbefalinger er minimalt invasiv tilgang førstevalg ved behandling af lyske-/lyskenære hernier. Under operationen åbnes peritoneum i lyskeområdet. Det

er vigtigt at fridissekere til minimum 2 cm forbi midtlinien og 2 cm kaudalt for nedre kant af symfyisen for at sikre, at der ikke foreligger et overset femoral- og/eller et obturatoriushernie. Det præperitoneale rum fridissekeres herefter, så der ubesværet kan placeres en mesh [5].

Casen understreger, at obturatoriushernie bør overvejes hos ældre kvinder med lavt BMI, der præsenterer sig med hoftesmerter og/eller ileus. Tidlig tværfaglig sparring og lav tærskel for billeddiagnostik er afgørende for at reducere forsinkelse i diagnostik og dermed forbedre patienternes prognose.

Korrespondance *Rannvá Winther*. E-mail: ranwin@rm.dk

Antaget 17. marts 2026

Publiceret på ugeskriftet.dk 22. juni 2026

Interessekonflikter ingen. Alle forfattere har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Disse er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2026;188:V01260054

doi 10.61409/V01260054

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

SUMMARY

Obturator hernia with small bowel ileus presenting as hip pain in an elderly woman

A 99-year-old frail woman presented with hip pain, vomiting and abdominal pain. Initial CT was interpreted as normal, and symptoms were attributed to pneumonia. Re-evaluation due to clinical deterioration revealed an obturator hernia with small bowel ileus. The patient was treated laparoscopically with a good outcome. Obturator hernia most often affects elderly, thin women and is difficult to diagnose due to nonspecific symptoms. It is a rare cause of small bowel obstruction, and the case highlights the need for increased awareness and systematic CT review in this patient group to reduce mortality.

REFERENCER

1. Li Z, Gu C, Wei M, et al. Diagnosis and treatment of obturator hernia: retrospective analysis of 86 clinical cases at a single institution. *BMC Surg*. 2021;21(1):124. <https://doi.org/10.1186/s12893-021-01125-2>
2. Holm MA, Baker JJ, Andresen K, et al. Epidemiology and surgical management of 184 obturator hernias: a nationwide registry-based cohort study. *Hernia*. 2023;27(6):1451-1459. <https://doi.org/10.1007/s10029-023-02891-z>
3. Lasanoff JE, Richman BW, Jones JW. Obturator hernia. *J Am Coll Surg*. 2002;194(5):657-663. [https://doi.org/10.1016/S1072-7515\(02\)01137-7](https://doi.org/10.1016/S1072-7515(02)01137-7)
4. Yokoyama Y, Yamaguchi A, Isogai M, et al. Thirty-six cases of obturator hernia: does computed tomography contribute to postoperative outcome? *World J Surg*. 1999;23(2):214-217. <https://doi.org/10.1007/PL00013176>
5. Claus C, Furtado M, Malcher F, et al. Ten golden rules for a safe MIS inguinal hernia repair using a new anatomical concept as guide. *Surg Endosc*. 2020;34(4):1458-1464. <https://doi.org/10.1007/s00464-020-07449-z>