

Kasuistik

Ventrikelvolvulus

Katrin Manzenreiter & Mette Astrup Tolver

Mave-Tarm-Kirurgisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Køge

Ugeskr Læger 2024;186:V03240233. doi: 10.61409/V03240233

Ventrikelvolvulus kan forekomme hos både voksne og børn med en ligelig fordeling imellem køn. Ved ventrikelvolvulus sker der en rotation af ventriklen på mindst 180° C. Ved rotation om den longitudinale akse (akse igennem cardia og pylorus) placerer *curvatura gastrica major* sig kranielt (organoaksial volvulustype) og er hyppigst i to tredjedel af tilfældene. Ved rotation om den transversale akse (akse igennem *curvatura gastrica major* og *minor*) placeres *antrum* kranielt for den gastroøsofageale overgang (mesenterioaksial volvulustype) [1]. Tilstanden kan forekomme som en akut eller en kronisk tilstand afhængigt af graden af rotation, og der kan ses alvorlige komplikationer i form af ventrikelstrangulation med nekrose, perforation og sepsis [1, 2].

Mortalitet ved akut ventrikelvolvulus er beskrevet op til 30%-50% [3]. Symptomerne kan variere fra vage symptomer til et hyperakut symptom billede. En patient med akut ventrikelvolvulus vil oftest have smerter i øvre abdomen og opkastninger, og det vil ikke være muligt at anlægge en ventrikelsonde (Borchardts triade), som det kan ses i op til 70% af tilfældene [2].

Ætiologien inddeles i primære og sekundære årsager. Primære årsager er abnormaliteter i forhold til ventriklens ligamenter med øget eftergivelse, så mobiliteten af ventriklen øges i bughulen [4]. Sekundære årsager til ventrikelvolvulus er anatomiske abnormaliteter, f.eks. diafragmahernie eller adhærencer [2]. Den hyppigste årsag er et paraøsofagealt hernie [1].

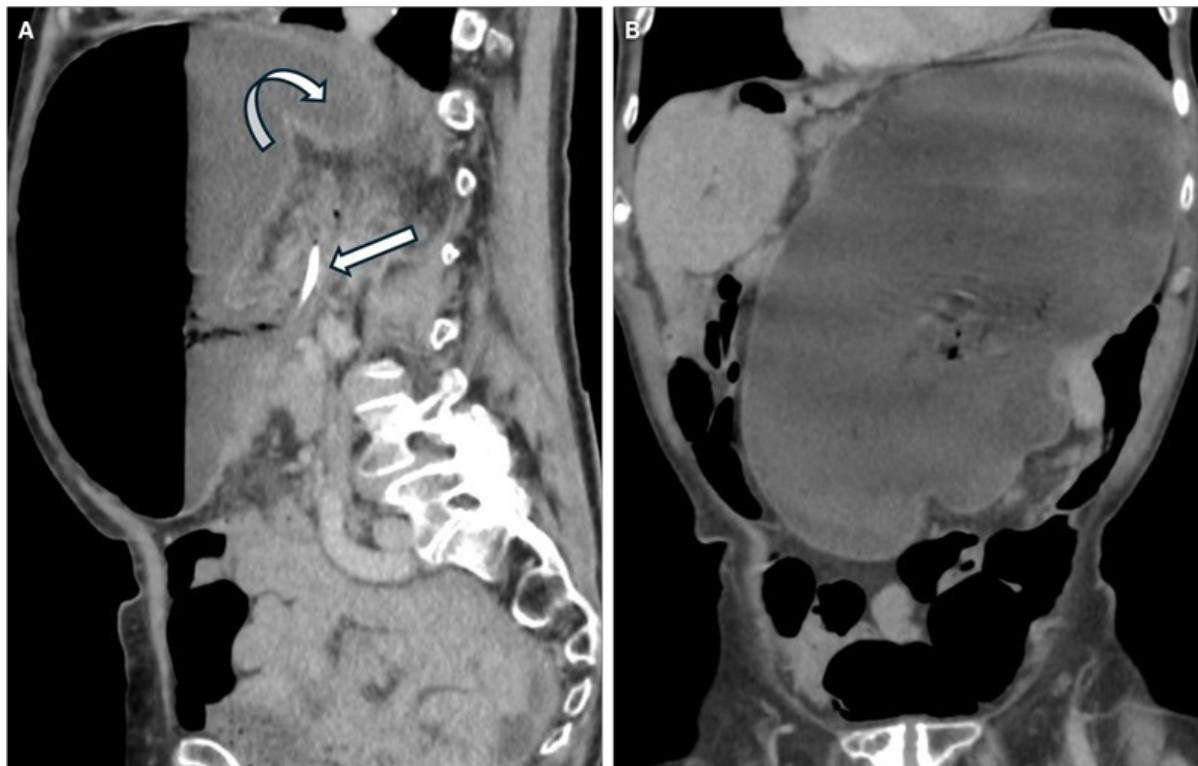
SYGEHISTORIE

En 69-årig kvinde diagnosticeret med dyspepsi blev indlagt med mistanke om ileus. Patienten blev set i akutmodtagelsen fem dage tidligere med abdominale smerter, som spontant remitterede, og patienten blev udskrevet.

Ved indlæggelse på ny havde patienten nu forværring af smerter igennem et døgn og kvalme og opkastning. Ved den objektive undersøgelse fandt man en meget udspilet og diffust øm abdomen.

På mistanke om ileus blev der lagt en ventrikelsonde til sug, og smerterne aftog. Akut CT viste en dilateret ventrikel med volvulus (mesenterioaksial type) med *antrum* placeret kranielt og uden perforation (Figur 1). Ventrikelsonden var velplaceret, og der blev aspireret 2 l.

FIGUR 1 Dilateret ventrikel med volvulus (mesenterioaksial type) på CT af abdomen i sagittal- (A) og koronalplan (B). Lige hvid pil markerer ventrikelsonden i cardia. Den kurvede hvide pil er placeret i antrum og peger i retning mod pylorus.



Der blev foretaget akut gastroskopi i universel anæstesi. Der sås en vital slimhinde i ventriklen. Det var ikke muligt at avancere til duodenum på grund af torkvering. Der blev fortsat med diagnostisk laparoskopi.

Intraoperativt sås ventriklen stor og slap. Antrum ventriculi var meget mobil og roteret kranielt i urets retning. Ventriklen blev detorkveret laparoskopisk og fikseret til forreste bugvæg med gastrostomisonde anlagt kaudalt via venstre øvre kvadrant og ballonen placeret i antrum ventriculi. Gastrostomisonden blev fikseret igennem en tobakspose sutur i ventriklen med absorberbar Vicryl 2-0. Derudover fikseredes antrum ventriculi til bugvæggen med to laparoskopiske placerede suturer (anterior gastropeksi) med nonabsorberbar Ti-Cron 2-0 og således en fiksering af ventriklen med tre punkter på bugvæggen. Denne fiksering af ventriklen til bugvæggen blev lavet med henblik på, at risikoen for fremtidig torkvering og dannelse af adhærencer blev mindsket. I followupperiodens første to måneder var der to tilfælde med eksplosive opkastninger, og en subakut CT viste ikke tegn til retorkvering. Den perkutane gastrostomisonde kunne fjernes uden komplikationer ved en tomåneders followup. Der blev 12 måneder efter primær operation dog foretaget diagnostisk relaparoskopi på mistanke om intermitterende retorkvering. Intraoperativt fandt man dog fredelige forhold og forventeligt adhærencer op mod forreste bugvæg.

Diskussion

Symptomerne ved akut ventrikelvolvulus minder om andre ileustilstande i gastrointestinalkanalene, og det er vigtigt med anlæggelse af en ventrikelsonde til sug og hurtig diagnostik i form af CT med i.v.-kontrast i venøs fase.

Guldstandarden for behandling er kirurgisk fiksering af ventriklen til bugvæggen med suturer (gastropeksi) og evt. gastrostomisonde [2].

Antrum ventriculi blev fikseret med to suturer på bugvæggen kombineret med fiksering med en gastrostomisonde. Der er dog tidligere beskrevet i en kasuistik, at 2-3 suturer i et mindre område af ventriklen kan føre til en retorkivering med suturerne som en ny akse [5]. I denne sygehistorie ville reoperation formentlig være undgået, hvis ventriklen var fikseret med yderligere punkter. Suturerne til gastropeksi skal være nonresorberbare for at reducere risikoen for recidiv [5].

Kirurgisk resektion er nødvendigt ved nekrose eller perforation af ventriklen. Et samtidigt diafragmahernie skal lukkes. Hos multimorbide patienter kan man overveje kun endoskopisk behandling med dekompression af ventriklen og placering af en perkutant endoskopisk gastrostomisonde (PEG) som fiksering [1].

Korrespondance *Katrin Manzenreiter*. E-mail: katrin.manzenreiter@gmail.com

Antaget 22. november 2024

Publiceret på ugeskriftet.dk 27. januar 2025

Interessekonflikter ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2024;186:V03240233

doi 10.61409/V03240233

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

SUMMARY

Gastric volvulus

Gastric volvulus is a condition that brings diagnostically difficulties due to various symptoms. It can be an easily missed diagnosis, which can have severe consequences in acute cases with gastric necrosis, perforation, and sepsis. The gold standard for diagnosis and treatment is a CT scan followed by surgical treatment with gastropexy.

REFERENCER

1. Lopez PP, Megha R. Gastric volvulus. StatPearls Publishing, 2024. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507886/> (05.12.2024)
2. Chau B, Dufel S. Gastric volvulus. Emerg Med J. 2007;24(6):446-7. <https://doi.org/10.1136/emj.2006.041947>
3. Cardile AP, Heppner DS. Gastric volvulus, Bochardt's triad, and endoscopy: a rare twist. Hawaii Med J. 2011;70(4):80-2
4. Smith RJ. Volvulus of the stomach. J Natl Med Assoc. 1983;75(4):393-7
5. Takahashi T, Yamoto M, Nomura A et al. Single-incision laparoscopic gastropexy for mesentero-axial gastric volvulus. Surg Case Rep. 2019;5(1):19. <https://doi.org/10.1186/s40792-019-0574-0>