

Kasuistik

Meckels divertikel er en sjælden årsag til mekanisk ileus hos voksne

Katrine Folmann Finne & Aide Schucany

Kirurgisk Afdeling, Københavns Universitetshospital – Nordsjællands Hospital

Ugeskr Læger 2024;186:V10230632. doi: 10.61409/V10230632

Meckels divertikel er den hyppigste medfødte tarmmisdannelse og skyldes inkomplet obliteration af ductus omphalo-mesentericus. Tilstanden er godartet og findes hos omkring 2% af befolkningen. Divertiklet sidder mindre end 100 cm fra den ileocaekale overgang og er oftest asymptomatisk, men ca. 4% udvikler behandlingskrævende symptomer, oftest før 40-årsalderen og tre gange så hyppigt hos mænd.

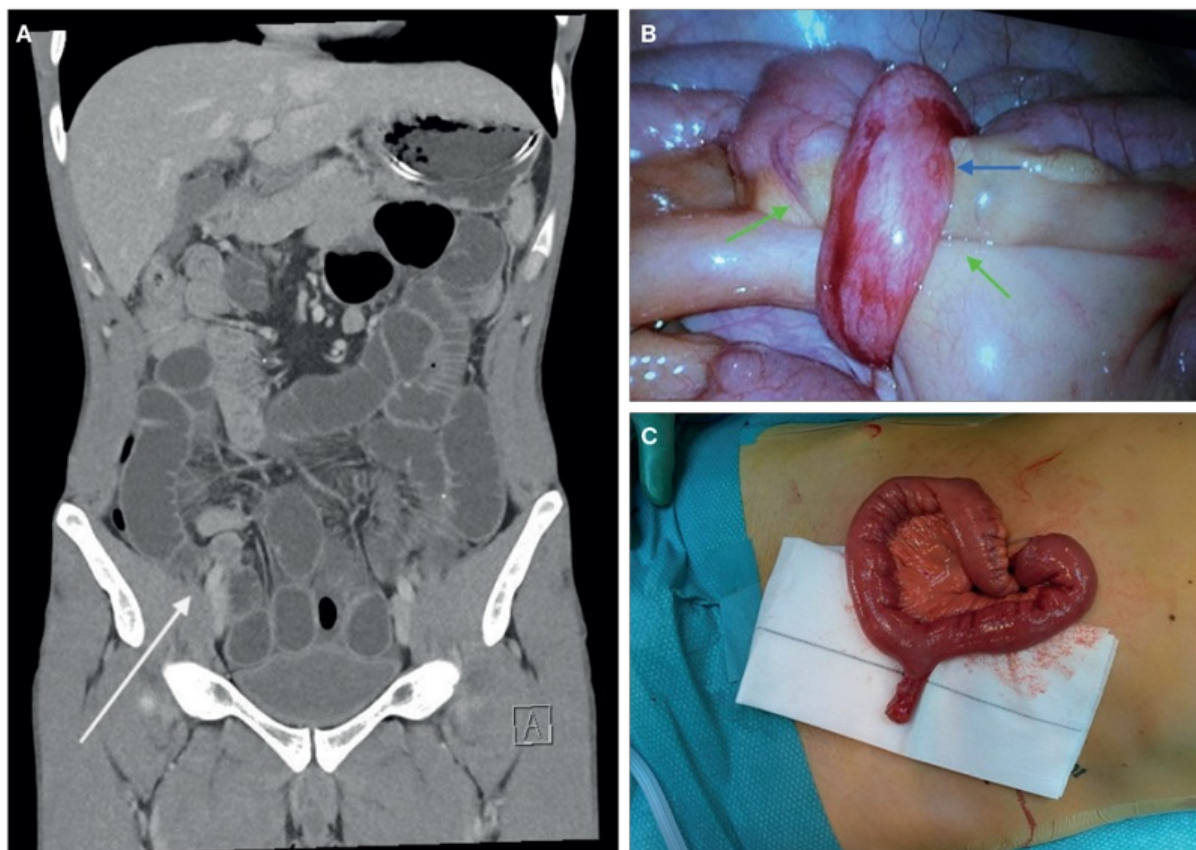
Komplikationer til Meckels divertikel udgøres af inflammation, blødning og obstruktion – hos spædbørn ses obstruktion og blødning oftest, mens risikoen for infektion og perforation stiger med alderen [1, 2]. Atypiske celler forekommer i 15-30% af Meckels divertikler [2], og især ektopisk ventrikelslimhinde giver symptomer lig ulcussygdom i form af blødning, smerter og perforation. Inflammation og perforation kan imitere appendicitis, hvorfor tilstanden oftest erkendes ved diagnostisk laparoskopi.

Obstruktion grundet Meckels divertikel kan skyldes *invagination*, hvor tarmen teleskoperer og ikke lader sig reponere, *inkarceration*, hvor divertiklet afklemmes, eller en *fibrøs streng* mellem divertikel og bugvæg. Delvis regression af navlebåndet og tildannelsen af det mesodivertikulære bånd ses hos op mod 15% med Meckels divertikel [2]. Vi præsenterer en case, hvor dette medfører mekanisk tyndtarmsileus med intern herniering.

SYGEHISTORIE

En 28-årig mand uden tidligere abdominalkirurgi ankom i akutmodtagelsen med pludseligt indsættende, konstante smerter i nedre abdomen med turevis forværring. Siden smertedebut havde patienten haft opkastninger flere gange i timen og normal afføring samme eftermiddag. Han fandtes akut påvirket med smerter, var takykard, havde forhøjet respirationsfrekvens og havde påvirket almentilstand. Blodprøver viste neutrofil leukocytose og normal CRP. Den venøse blodgasanalyse påviste metabolisk alkalose og en laktatkoncentration på 2,7 mmol/l. CT af abdomen med kontrast bekræftede ileus med dilaterede tyndtarmsslynger, væskespejl og indtryk af kaliberskift i højre fossa iliaca (Figur 1 A).

FIGUR 1 A. CT-billede af abdomen med kontrast, der viste tyndtarmsileus hos patienten i sygehistorien. Hvid pil viser område med transitionszone. B og C. Peroperative fotos af samme patient. Blå pil viser Meckels divertikel, og grønne pile viser tyndtarmen (B). Meckels divertikel in situ (C).



Der blev udført akut laparoskopi på mistanke om mekanisk ileus. Peroperativt blev der fundet et reaktionsløst Meckels divertikel, adhærent til højre fossa iliaca med intern herniering af 25 cm tyndtarm under det mesodivertikulære bånd (Figur 1 B). Strengen blev delt, og ileustilstanden blev ophævet. Divertiklet blev reseceret in toto (Figur 1 C) med end-to-end-tyndtarmsanastomose gennem en 7-cm-midtlinjeincision. Det postoperative forløb var ukompliceret, og patienten kunne udskrives på andendagen. Patologisvaret viste tyndtarmsdivertikel med normohistologisk opbygning.

DISKUSSION

Risikoen for udvikling af sygdom i et asymptomatisk Meckels divertikel er lille, hvorfor rutinemæssig resektion ikke anbefales [2]. For det symptomatiske Meckels divertikel foreligger der ikke konsensus om den kirurgiske strategi. Der skelnes mellem *afstapling*, hvor tarmkontinuiteten lades urørt, eller *tyndtarmsresektion* med anastomose enten laparoskopisk eller ved åben operation.

Inflammerede divertikler perforerer oftest i apex, hvorfor afstapling kan være sufficient, mens resektion af ektopiske foci i basis kræver tyndtarmsresektion. Den kliniske betydning heraf er usikker, da patogenesen ved de to præsentationer er vidt forskellig. Risikoen for at udvikle symptomer fra efterladte atypiske celler må betragtes som minimal og skal sammenholdes med den risiko, som laparotomi og anastomose udgør relativt til laparoskopi.

I et australsk multicenterstudie [3] med 160 patienter med symptomatisk Meckels divertikel fandt man ingen evidens for, at tyndtarmsresektion er et bedre kirurgisk tilbud end simpel divertikelresektion, ej heller når patienten opereres for perforation. Samtidig sås ikke overraskende en overvægt af postoperative komplikationer hos patienter med tyndtarmsresektion.

Et amerikansk studie [4] med 500 patienter fordelt på operativ strategi fandt ingen forskel i postoperative outcomes. Afstapling blev vurderet sikker til blødning såvel som inflammation. Resultaterne understøtter den nuværende praksis, hvor den kirurgiske strategi afhænger af de kliniske fund. I studiet konkluderes det, at operationsmetoderne er ligeværdige til symptomatisk Meckels divertikel, når de tager afsæt i kirurgens faglige skøn.

Meckels divertikel er en sjælden årsag til ileus og beskrives i litteraturen på kasuistisk basis [5]. Man bør have mistanke om typiske årsager til mekanisk ileus hos patienter med naivt abdomen og relevante symptomer. Litteraturen peger på laparoskopi som sikker kirurgisk strategi til det symptomatiske Meckels divertikel.

Korrespondance *Katrine Folmann Finne*. E-mail: Katrine.Folmann.Finne@regionh.dk

Antaget 22. februar 2024

Publiceret på ugeskriftet.dk 22. april 2024

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:V10230632

doi [10.61409/V10230632](https://doi.org/10.61409/V10230632)

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

SUMMARY

Meckel's diverticulum is a rare cause of mechanical ileus in adults

Meckel's diverticulum is the most common congenital gastrointestinal defect with a prevalence of 2%. It is mostly asymptomatic and it rarely causes acute abdomen in adults. In this case report, a 28-year-old male with no previous abdominal surgery presented with clinical symptoms of small bowel obstruction. Surgery revealed a Meckel's diverticulum adherent to the abdominal wall, causing internal herniation with small bowel obstruction. The diverticulum was openly resected and no post-operative complications occurred. Laparoscopy seems safe, and surgical removal of the symptomatic Meckel's diverticulum is recommended.

REFERENCER

1. Huang CC, Lai MW, Hwang FM et al. Diverse presentations in pediatric Meckel's diverticulum: a review of 100 cases. *Pediatr Neonatol*. 2014;55(5):369-75. <https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2013.12.005>
2. Lequet J, Menahem B, Alves A et al. Meckel's diverticulum in the adult. *J Visc Surg*. 2017;154(4):253-259. <https://doi.org/10.1016/j.jvisurg.2017.06.006>
3. Tree K, Kotecha K, Reeves J et al. Meckel's diverticulectomy: a multi-centre 19-year retrospective study. *ANZ J Surg*. 2023;93(5):1280-1286. <https://doi.org/10.1111/ans.18351>
4. Brungardt JG, Cummiskey BR, Schropp KP. Meckel's diverticulum: a national surgical quality improvement program survey in adults comparing diverticulectomy and small bowel resection. *Am Surg*. 2021;87(6):892-896. <https://doi.org/10.1177/0003134820954820>
5. Zhang X, Ping H, Zhang J et al. Intestinal obstruction caused by mesodiverticular band in children: a cohort study. *Pediatr Surg Int*.

2023;39(1):163. <https://doi.org/10.1007/s00383-023-05443-9>