

Kasuistik

Perforeret duodenalulcus efter laparoskopisk Roux-en-Y-gastrisk bypass

Elisabeth Desirée Kjærsgaard & Kathrine Holte

Mave- og Tarmkirurgisk Afdeling, Regionshospital Nordjylland

Ugeskr Læger 2026;188:V10250812. doi: 10.61409/V10250812

Roux-en-Y-gastrisk bypass (RYGBP) er en af de mest udbredte kirurgiske behandlinger mod svær overvægt [1]. Operationen har til formål at skabe en ny mindre ventrikel. Ventriklen gøres mindre ved, at den deles i en lille øvre og en større nedre del. Jejunum deles ca. 75 cm fra Treitz' ligament og medfører to jejunale ben – ét galdeben og ét alimentært ben. Galdebenet består af duodenum og orale jejunum tilhørende den større del af ventriklen. Det alimentære ben består af distale del af jejunum. Det alimentære ben syes på den lille ny ventrikel og galdebenet syes på det alimentære ben. Dette medfører en udshuntet ventrikel med tilhørende duodenum og orale jejunum [2]. Forudsat patienten har normal anatomi, har CT af abdomen både høj sensitivitet og specificitet i diagnosticeringen af patienter med perforeret ulcus, men hos RYGBP-opererede patienter er tilstedeværelsen af friluft mindre forekommende, hvis ikke helt fraværende [1]. I et studie fra 1999 med ca. 4.300 RYGBP-opererede patienter fandt man perforeret ulcus i det aflukkede segment hos 0,26%. Det klassiske radiologiske tegn med fri luft intraperitonealt forekom hos ingen af disse patienter [3]. I nedenstående sygehistorie skitseres den diagnostiske udfordring ved perforation i det aflukkede segment hos en RYGBP-opereret patient.

Sygehistorie

En 55-årig kvinde blev indlagt på mave-tarm-kirurgisk afdeling med akut opståede mavesmerter. 15 år tidligere havde hun fået foretaget en RYGBP-operation grundet svær overvægt. Herudover blev hun i 2014 laparoskopoperet grundet intern herniering. I vinteren 2025 fik hun foretaget en højresidig hemikolektomi grundet coecum volvulus.

På indlæggelsesdagen havde hun fået akutte højresidige mavesmerter. Hun var direkte øm i hele højre side af abdomen med maksimum under højre kurvatur. Ved biokemiske tests sås der på indlæggelsesdagen et leukocytaltal på 11 og karbamidniveau på 10 mmol/l. Der blev foretaget en akut CT af abdomen på mistanke om intern herniering. CT'en viste en mindre mængde fri væske i abdomen, fedtvævsreaktion og indtryk af let peritonitis i højre side af abdomen, men ingen fri luft.

I løbet af de næste døgn sås stigende infektionstal og amylaseniveau, hvorfor man behandlede på mistanke om akut pankreatitis og foretog en MR af galdeveje og ductus pancreaticus. Denne viste hverken sten i galdevejene eller pankreatitis, men derimod tiltagende fri væske omkring leveren. Herefter blev der påbegyndt tyndtarmspassage på mistanke om intern herniering, hvilket blev afkræftet. Patienten havde fortsat stærke mavesmerter.

På tredje indlæggelsesdøgn var CRP-niveauet steget til over 500 mg/l, og patienten vurderedes havende

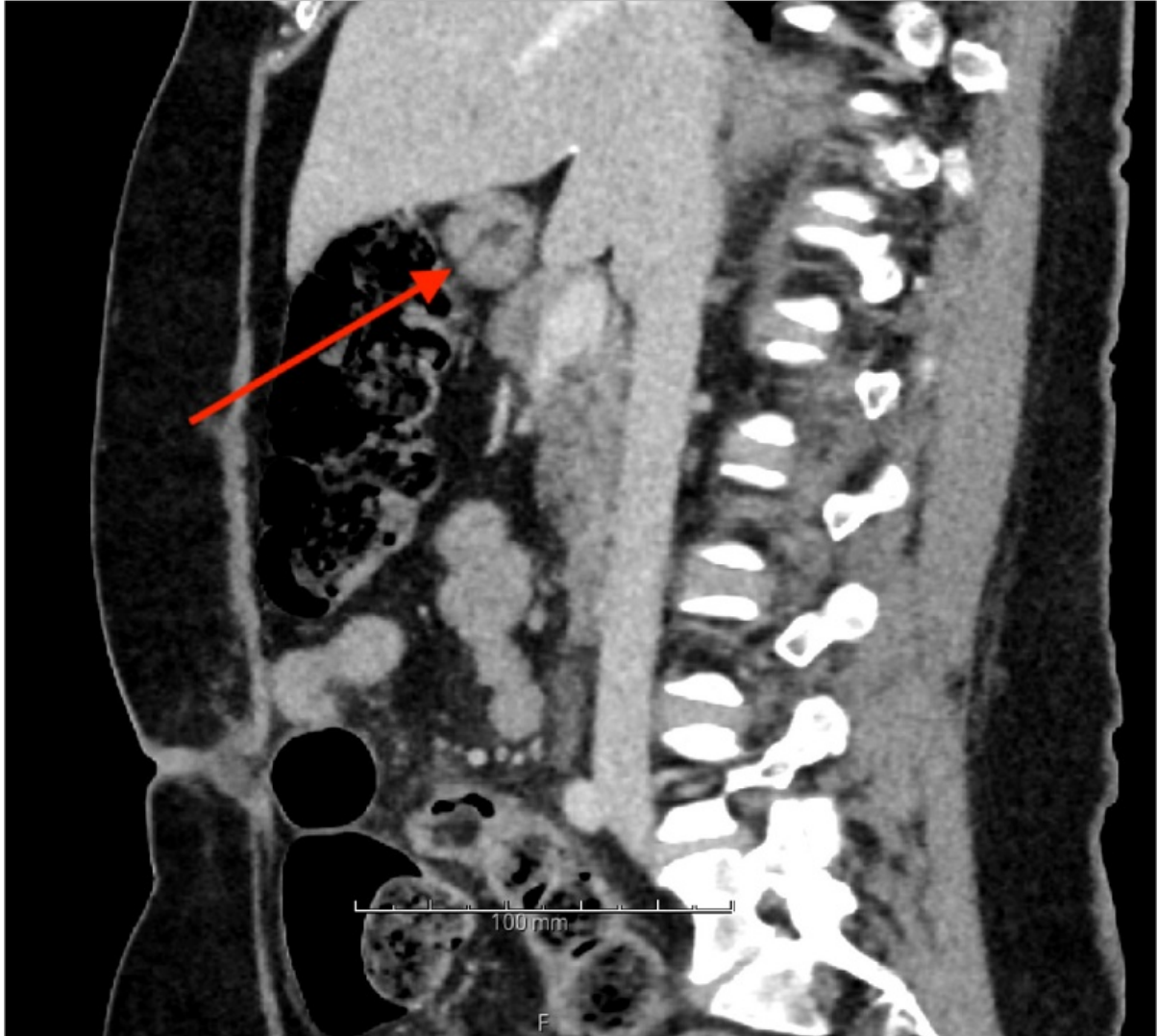
peritoneal reaktion, hvorfor der var indikation for diagnostisk laparoskopi på mistanke om perforeret ulcus. Man fandt svær peritonitis i øvre abdomen, særligt i øvre højre kvadrant, samt en perforation på 5 mm sv.t. bulbus duodeni. Man oversyede perforationen og fjernede store mængder fibrin fra øvre abdomen. Man anlagde desuden to dræn, hhv. ved perforationsstedet og leveren og opstartede behandling med antibiotika og pantoprazol.

På tredje postoperative døgn observeredes der galde i drænet ved perforationsstedet, og man mistænkte reperforation. Dog var patienten upåvirket, og derfor valgte man at fortsætte den konservative behandling med forventning om spontan lukning eller kontrolleret fisteldannelse. Drænet blev trukket ud lidt for lidt og til sidst seponeret helt. 17 dage postoperativt blev patienten udskrevet i velbefindende tilstand og har ikke været genindlagt siden. Tre måneder efter operationen er der foretaget en CT af abdomen, og den viste normale forhold.

Diskussion

CT af abdomen er udbredt i diagnostikken af akut abdomen, særligt hos RYGBP-opererede. Ulcus er en hyppig tilstand hos denne patientgruppe og kan opstå flere år efter operationen [4]. Ved perforeret ulcus i den udshuntede ventrikel kompliceres diagnostikken dog af, at fri luft i abdomen sjældent ses, da luften i det aflukkede segment med tiden absorberes. CT'en på ovenstående patient er gennemgået af en radiolog retrospektivt med henblik på, om der var fund, som kunne have givet mistanken om perforeret ulcus tidligere i forløbet. Der fandtes på sagittalsnit tegn på perforation (**Figur 1**). Resterende fund var uspecifikke, og inflammationen omkring perforationsstedet var beskeden. Derfor kan diagnosen ikke udelukkes på baggrund af billeddiagnostik alene. Øget opmærksomhed og kendskab til denne sjældne, men alvorlige tilstand er derfor afgørende for rettidig diagnose og intervention, og en lav tærskel for diagnostisk laparoskopi kan være nødvendig hos denne patientgruppe [5].

FIGUR 1 Sagittalsnit på CT'en viser perforationen i bulbus duodeni (rød pil).



Korrespondance *Kathrine Holte*. E-mail: k.holte@rn.dk

Antaget 12. januar 2026

Publiceret på ugeskriftet.dk 23. marts 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:V10250812

doi 10.61409/V10250812

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

SUMMARY

Perforated duodenal ulcer after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass

In this case report, we present a 55-year-old woman with a history of Roux-en-Y gastric bypass who developed a perforated duodenal ulcer in the gastric remnant. Diagnosing this condition was challenging, as CT showed no free air in the abdomen – a typical limitation in this patient group because air in the gastric remnant is absorbed over time. Therefore, this case report highlights the need for increased awareness of this rare but serious condition and emphasises maintaining a low threshold for intervention.

REFERENCER

1. Plitzko G, Schmutz G, Kröll D et al. Ulcer disease in the excluded segments after Roux-en-Y gastric bypass: a current review of the literature. *Obes Surg.* 2021;31(3):1280-1289. <https://doi.org/10.1007/s11695-020-05123-w>
2. Morales-Maza J, Rodriguez-Quintero JH, Sanchez-Morales GE et al. Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass in the treatment of obesity: evidence-based update through randomized clinical trials and meta-analyses. *G Chir.* 2020;41(1):5-17
3. MacGregor AMC, Pickens NE, Thoburn EK. Perforated peptic ulcer following gastric bypass for obesity. *Am Surg.* 1999;65(3):222-5. <https://doi.org/10.1177/000313489906500307>
4. Lim R, Beekley A, Johnson DC, Davis KA. Early and late complications of bariatric operation. *Trauma Surg Acute Care Open.* 2018;3(1):e000219 <https://doi.org/10.1136/tsaco-2018-000219>
5. Chen-Goodspeed A, Jonas N, Merola S, Sample J. Perforated duodenal ulcer 24 years after Roux-en-Y gastric bypass: a rare presentation with pneumoperitoneum. *Cureus.* 2025;17(4):e82107. <https://doi.org/10.7759/cureus.82107>