

Kasuistik

Væv fra tuba uterina i anastomoselinje efter sigmoideumresektion

Tina Prangsgaard Møller¹, Anne-Marie Skau¹, Anna Arday¹ & Rolf Holving Nielsen²

1) Patologifdelingen, Københavns Universitetshospital – Hvidovre Hospital, 2) Speciallæge Rolf Nielsen, Hellerup

Ugeskr Læger 2026;188:V12251052. doi: 10.61409/V12251052

Vi beskriver en sygehistorie, hvor biopsier fra en malignitetssuspekt, abnormt udseende anastomoselinje efter sigmoideumresektion viste fimbriavæv fra tuba uterina.

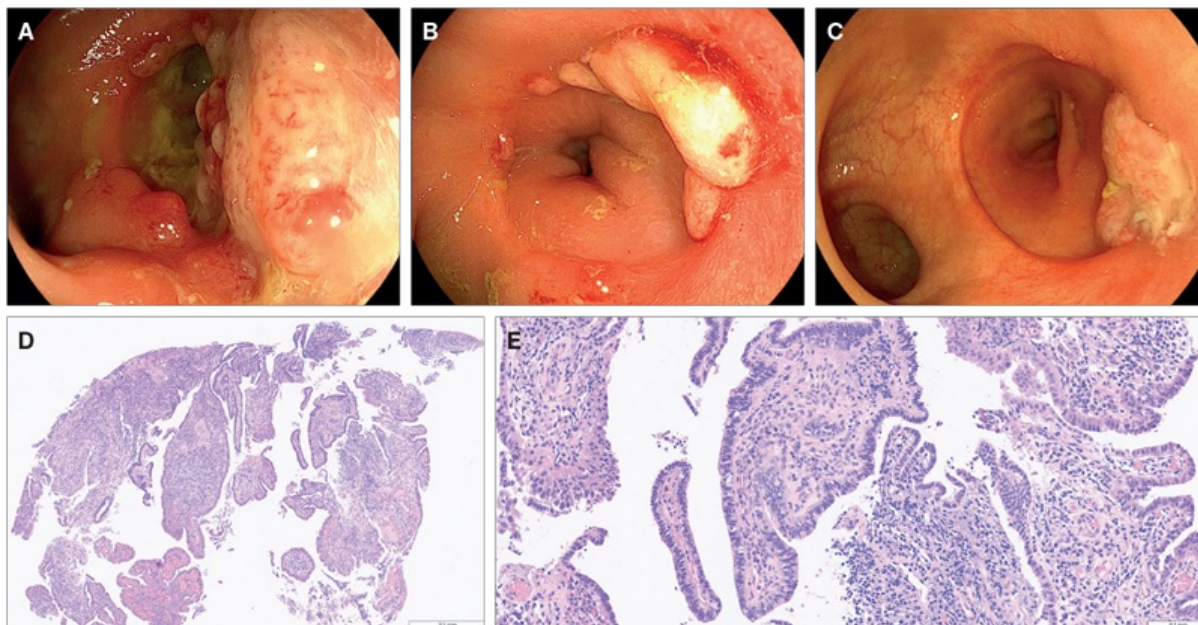
Sygehistorie

En 67-årig kvinde blev akut indlagt med fire dages varende stærke abdominalsmerter og febrilia. Hun var ikke tidligere opereret i abdomen eller det lille bækken og led ikke af endometriose. Ti år tidligere havde hun ved koloskopi fået fjernet to tubulære adenomer med low grade-neoplasi i colon sigmoideum. Hun var derudover opereret radikalt for pulmonalt adenokarcinom i hhv. højre lunges underlap ca. 20 år tidligere og i venstre lunges underlap knap ti år tidligere.

En CT af abdomen viste divertikulitis med absces, som initialt blev forsøgt behandlet med UL-vejledt drænage. Drænsekretet blev fækulent, og en ny CT viste fri luft som tegn på perforation. Ved laparotomi påviste man perforeret divertikulitis med en stor absceskavitet involverende genitalia interna og tyndtarm samt purulent peritonitis. Der blev foretaget sigmoideumresektion med anlæggelse af primær anastomose ca. 20 cm oralt for anokutane overgang. Anastomosen blev foretaget som end-to-end anastomose med cirkulær stapler. Den makro- og mikroskopiske undersøgelse af resektatet var uden malignitet. Det postoperative forløb var kompliceret af sårinfektion og yderligere abscesdannelse, som blev behandlet med drænanlæggelse og antibiotika.

Fem måneder efter udskrivelsen blev patienten via egen læge henvist til privatpraktiserende kirurg grundet vedvarende ukarakteristiske, diffuse nedre abdominalsmerter og afføringsproblemer. En koloskopi viste svært fortykket og misfarvet anastomoselinje med vulnerable tumorlignende polypøse forandringer (**Figur 1**). Forandringerne var malignitetssuspekter og blev biopteret. Mikroskopiundersøgelsen viste kolorektalslimhinde med ulcus.

FIGUR 1 A-C. Endoskopiske fotografier af fortykket, polypøs og vulnerabel anastomoselinje ved koloskopi hhv. fem, syv og 16 måneder efter sigmoideumresektion. **D-E.** Mikroskopiske billeder af hæmatoxylin-eosin-farvede snit, hvor der ses fimbriae beklædt med tubart cylinderepitel i hhv. $\times 5$ - og $\times 20$ -forstørrelse.



Forandringerne blev rebiopereret to måneder senere med følgende kliniske oplæg: »Tidligere sigmoideumresektion på grund af divertikulitis august 2024. Biopsier fra anastomoselinje obs. polyp, suspekter forandringer. Tidligere påvist inflammation«. I biopsimaterialet påviste man fortsat delvist ulcereret kolorektalslimhinde, fraset i to af biopsierne, hvor der var villøs/papillomatøs arkitektur og en overflade delvist beklædt med tubart cylinderepitel; relativt ensartede ciliebeklædte celler med smalle hyperkromatiske, basalt stillede kerner samt få spredte stiftceller. Der blev ikke påvist omgivende cytogenet stroma eller blødning og således ingen tegn på endometriose. Ved immunhistokemisk undersøgelse var der kraftig positiv reaktion i det tubare epitel for CK7, PAX8 og WT1, positiv reaktion for ER samt svag fokal reaktion for CK20. Der var negativ reaktion for CDX2 og TTF-1.

Der var således tale om biopsier fra colonslimhinde med ulcus samt forandringer bedst forenelige med fragmenter af fimbriae fra tuba uterina. Der var ingen dysplasi eller tegn på malignitet. Formentlig har tuba uterina/fimbriae været adhærent i det svært inflammære område med abscesdannelse og derfor trukket med ind i anastomosen efter tarmresektionen.

Diskussion

Prolaps af tuba uterina i vagina er en sjælden, men kendt komplikation efter hysterektomi [1]. Vi har fundet en enkelt kasuistik med prolaps af tuba uterina i colon sigmoideum efter colonresektion på grund af endometriose [2]. Mere kendte og alvorlige risici ved sigmoideumresektion med primær anastomose på grund af perforeret divertikulitis inkluderer død, septisk shock, anastomoselækage og multiple reoperationer [3, 4].

Vores sygehistorie repræsenterer et sjældent fund med påvisning af væv fra tuba uterina svarende til lumenale side af anastomoselinjen i colon sigmoideum. Ved anastomoseanlæggelse vil man forvente, at eventuelle adhærente fimbriae ville afklemmes og nekrotisere. I vores sygehistorie må der være bevaret en karforsyning,

der har muliggjort vækst af det afklemte væv, så det præsenterede sig som en fortykket og polypøs anastomoselinje, der prolaberede ind i tarmlumen.

Sygehistorien understreger vigtigheden af, at de kliniske oplysninger på mikroskopirekvisitionen er fyldestgørende, når patologen skal afdække diagnosen bag et atypisk fund.

Derudover understreger sygehistorien, at det i relevante tilfælde er vigtigt at være vedholdende og tage gentagne biopsier, hvis mikroskopibesvarelsen ikke giver en god forklaring på et atypisk klinisk billede med malignitetssuspicio.

Korrespondance *Tina Prangsgaard Møller*. E-mail: tinaprangsgaard@gmail.com

Antaget 20. marts 2026

Publiceret på ugeskriftet.dk 1. 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:V12251052

doi [10.61409/V12251052](https://doi.org/10.61409/V12251052)

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

SUMMARY

Fallopian tube in colonic anastomosis after sigmoid resection

In this case report, we present a rare case in which biopsies from a malignancy-suspect anastomosis after sigmoid resection revealed fimbrial tissue from the fallopian tube. The patient had severe diverticulitis with abscess and underwent resection with primary anastomosis. Persistent atypical endoscopic findings led to repeated biopsies, eventually showing tubal epithelium without malignancy, likely due to fimbrial adherence and incorporation into the anastomosis.

REFERENCER

1. Ouldamer L, Caille A, Body G. Fallopian tube prolapse after hysterectomy: a systematic review. *PLoS One*. 2013;8(10):e76543. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0076543>
2. Cleemput V, Bafort C, Van Rompuy AS. Fallopian tube prolapse in the sigmoid colon: a case report of a peculiar surgical complication. *Int J Surg Pathol*. 2023;31(5):576-578. <https://doi.org/10.1177/10668969221113484>
3. Hall J, Hardiman K, Lee S et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons clinical practice guidelines for the treatment of left-sided colonic diverticulitis. *Dis Colon Rectum*. 2020;63(6):728-747. <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000001679>
4. Dreifuss NH, Casas MA, Angeramo CA et al. Sigmoid resection and primary anastomosis for perforated diverticulitis with peritonitis: to divert or not to divert—a systematic review and meta-analysis. *Surgery*. 2023;174(2):180-188. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2023.04.035>