

# Gastric blow-out: komplikation efter fedmekirurgi

Reservelæge Ayoe Sabrina Torrens, reservelæge Pernille Wolder Born & overlæge Lars Naver

## KASUISTIK

Hvidovre Hospital,  
Gastroenheden,  
Kirurgisk Sektion

Forekomsten af fedme er stigende [1], og antallet af vægtreducerende kirurgiske indgreb stiger år for år. Der udføres nu over 1.000 indgreb om året i Danmark, hyppigst i form af laparoskopisk gastrisk bypass [2].

I denne artikel beskrives to tilfælde af *gastric blow out*, som er en komplikation, der er særegen for denne type kirurgi, og som bør kendes også på de kirurgiske afdelinger, der ikke udfører fedmekirurgi.

## SYGEHISTORIER

I. En 28-årig mand, som et år tidligere har fået foretaget laparoskopisk gastrisk bypass, blev indlagt akut. Han har i fire dage haft kvalme, opkastningsfølelser og intermitterende abdominale smerter. Ved indlæggelsen var der konstante smerter, som var lokaliseret til øvre abdomen. I hele perioden var der normal tarmfunktion. Abdomen var spændt og øm, men uden peritoneal reaktion. Oversigt over abdomen tolkedes primært som normalt (**Figur 1**). Kontrastindgift viste fri og hurtig passage af kontrasten. Patientens tilstand forværredes den følgende time med tiltagende smerter, takykardi og påskyndet respiration. Der var normalt blodtryk, og temperaturen målt til 35,1 °C (aksitemperatur). Der foretoges derefter akut operation med fund af svært dilateret ventrikel, flere liter blakket væske intraperitonealt, som kom fra den udshuntede del af ventriklen, hvor

der er opstået lækage ved *stapler*-rækken på grund af en stenose i det ileopankreatiske ben ved jejunojejunostomien. Der anlagdes en gastrostomi, og et stenotisk jejunumstykke på fem cm recesseredes, og afslutningsvis anlagdes der en ny jejunojejunostomi. Der blev givet firestof-antibiotika for sepsistilstanden, og de første dage var patienten på intensiv afdeling. Patienten rettede sig hurtigt, og det postoperative forløb herefter var ukompliceret. Gastrostomisonden seponeredes efter fire uger.

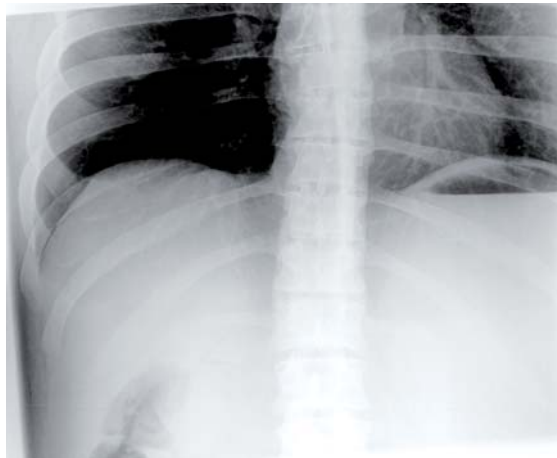
II. En 32-årig kvinde indlagdes akut to måneder efter laparoskopisk gastrisk bypass. Hun klagede over pludseligt opståede stærke abdominalsmerter især lokaliseret til øvre abdomen. Abdomen fandtes udspilet opadtil, ømt men uden *defence*. Der fandtes at være indikation for akut operation med fund af udspilet ventrikel, sparsom væske i abdomen fra utæt *stapler*-række i ventriklen på grund af stenose ved jejunojejunostomien. Der anlagdes en gastrostomi, og det stenotiske segment af det bileopankreatiske ben recesseredes, hvorefter der anlagdes en ny jejunojejunostomi. Det postoperative forløb var ukompliceret. Gastrostomisonden seponeredes efter otte uger, da kontrastindgift viste tæt *stapler*-række.

## DISKUSSION

Ved gastrisk bypass deles ventriklen i to. Den øverste del af ventriklen anastomoseres til jejunum, idet jejunum deles ca. 75 cm fra Treitz' ligament, og den anale del af jejunum føres op til *pouchen* antekolik og antegastrisk. Dette alimentære ben forenes med det bileopankreatiske ben ca. 100 cm nede. Resten af tyndtarmen ned til terminale ileum benævnes »fællesbenet« (*common limb*). Tidlige procedurespecifikke komplikationer er specielt anastomoselækage og blødning. Sene alvorlige kirurgiske komplikationer til gastrisk bypass er især ulcus svarende til gastrojejunostomien, interne hernier samt stenose svarende til gastrojejunostomien eller jejunojejunostomien. Stenose i det alimentære ben kan sædvanligvis behandles konservativt, men stenose i det bileopankreatiske ben udgør et særligt problem. Komplikationen opstår i 0,07-0,9% tilfælde [3, 4]. Tilstanden kan udvikles akut, men der vil typisk være en udvikling af symptomer over nogle dage med tiltagende ubehag, fornemmelse af kvalme og trang til opkast-

FIGUR 1

Oversigt over abdomen fra sygehistorie I.



ning, som dog på grund af den ændrede anatomi ikke kan lade sig gøre. Ved tiltagende udspiling af ventrikel på grund af det hæmmede afløb kommer der manglende gennemblødning og efterhånden iskæmi i ventrikelvæggen, ventrikelindholdet bliver purulent, der kan udvikles pankreatitis og intrahepatisk stase med kolangitis og sepsis. Ved røntgenoversigt over abdomen kan der ses en udspilet ventrikel, en diagnose som i Sygehistorie I blev overset. Bedste diagnostiske tiltag er akut computertomografi. I sygehistorie I forekom der en drastisk forværring af patientens tilstand på mindre end en time, hvilket understreger vigtigheden af akut undersøgelse og behandling. Hvis diagnosen stilles tidligt i forløbet, kan der anlægges en ultralydsvejledt gastrostomisonde. Herefter kan man i rolig fase recessere stenosen og anlægge en ny jejunojejunostomi. Hvis patienten når at få *gastric blow-out*, er behandlingen laparotomi eller laparo-

skopi med anlæggelse af gastrostomi og udførelse af en ny jejunojejunostomi. De septiske komplikationer er potentielt livstruende, og dødsfald til denne komplikation er beskrevet [4].

**KORRESPONDANCE:** *Ayoe Sabrina Torrens*, Godthåbsvej 101, st. tv., DK-2000 Frederiksberg. E-mail: s\_torrens@hotmail.com

**ANTAGET:** 8. marts 2009

**INTERESSEKONFLIKTER:** Ingen

#### LITTERATUR

1. Kirurgisk behandling af svær overvægt – en medicinsk teknologivurdering. Medicinsk Teknologivurdering 2007;9(3). København: Sundhedsstyrelsen, Enhed for Medicinsk Teknologivurdering, 2007.
2. Hvolris LE, Naver L. Moderne laparoskopisk adipositas kirurgi. Månedsskrift Prakt Lægegerm 2007;85:143-50.
3. Blachar A, Federle MP. Gastrointestinal complications of laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass surgery in patients who are morbidly obese: Findings on radiography and CT. AJR 2002;19:1437-1442.
4. Cho M, Carrodegua L, Ointo D et al. Diagnosis and management of partial small bowel obstruction after laparoscopic antecolic antegastric Roux-en-Y gastric bypass for morbid obesity. J Am Coll Surg 2006;202:262-8.
5. Olbers T, Lönnroth H, Fagevik-Olsen M et al. Laparoscopic gastric bypass: Development of technique, respiratory function, and long-term outcome. Obes Surg 2003;13:364-70.

## AKADEMISKE AFHANDLINGER



REFERATERNE FINDES I FULD VERSION PÅ WWW.UGESKRIFTET.DK UNDER > SENESTE NUMMER > AKADEMISKE AFHANDLINGER

Læge Ismail Gögenur:

### Postoperative circadian disturbances

Disputats

**FORF.S ADRESSE:** Engrøjel 42, DK-2670 Greve.

**E-MAIL:** ig@dadlnet.dk

**FORSVARET FINDER STED:** den 4. december 2009, kl. 14.00, Store Auditorium, Herlev Hospital, Herlev.

**OPPONENTER:** *Niels Qvist og Morten Møller.*



Læge Theis Muncholm Thillemann:

### Medication use and risk of revision after primary total hip arthroplasty

Ph.d.-afhandling

**FORF.S ADRESSE:** Elverdalsvej 129, DK-8270 Højbjerg.

**E-MAIL:** tt@dce.au.dk

**FORSVARET FINDER STED:** den 4. december 2009, kl. 14.00, Auditorium A, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, Århus.

**BEDØMMERE:** *Torben Bæk Hansen, Søren Friis og Ove Furnes,* Norge.

**VEJLEDERE:** *Kjeld Søballe, Alma Becic Pedersen og Søren Paaske Johnsen.*



Cand.scient. Morten Skøtt Thomsen:

### Alfa7-nikotinreceptorens rolle i kognitiv funktion

Ph.d.-afhandling

**FORF.S ADRESSE:** Neurobiologisk Forskningsenhed, Rigshospitalet, Juliane Maries Vej 24, DK-2100 København Ø.

**E-MAIL:** morten.s.thomsen@nru.dk

**FORSVARET FINDER STED:** den 4. december 2009, kl. 14.00, Dam Auditoriet, Panum Institutet, København.

**BEDØMMERE:** *Niels Vrang, Gary Gilmour* og lektor *David Woldbye.*

**VEJLEDERE:** *Henrik Hansen, lektor Anders Hay-Schmidt og Jens D. Mikkelsen.*