

[3]. I litteraturen findes der ikke belæg for, at afklemningen skal være så tæt på hudniveau som muligt. Tværtimod anbefales det [3], at man holder en afstand på minimum fem centimeter og aldrig afklemmer på den koniske del.

Behandlingen af omfalocele er kirurgisk. Det er vigtigt, at behandlingen igangsættes umiddelbart efter fødslen for at mindske risikoen for ruptur og infektion. Afklaring af øvrige anomalier, hvoraf de kardiopulmonale er af størst betydning [4], skal ske inden det kirurgiske indgreb. Omfalocele lukkes primært i de fleste tilfælde, men ved større defekter lukkes bugvæggen gradvist over en periode på dage eller uger med beskyttelse af viscera ved hjælp af dækkende *mèche*. Kvinder, der venter børn med erkendt omfalocele intrauterint, bør tilrådes at føde på et sygehus med en tilknyttet børnekirurgisk afdeling [5].

KONKLUSION

Nyfødte bør afnavles mindst fem centimeter fra hudbeklædt navle.

KORRESPONDANCE: Anders Kirkegaard, Kirurgisk Afdeling, Odense Universitets-hospital, 5000 Odense C. E-mail: anderskirkegaard@hotmail.com

ANTAGET: 15. november 2010

FØRST PÅ NETTET: 4. april 2011

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

1. Robinson JN, Abuhamad AZ. Abdominal wall and umbilical cord anomalies. *Pediatr Dev Pathol* 2001;4:580-4.
2. Asabe K, Oka Y, Kai H et al. Iatrogenic ileal perforation: an accidental clamping of a hernia into the umbilical cord and a review of the published work. *J Obstet Gynaecol Res* 2008;34:619-22.
3. www.dsog.dk (15. jul 2010).
4. Donlon CR, Furdon SA, Clark DA. Look before you clamp: delivery room examination of the umbilical cord. *Adv Neonatal Care* 2002;2:19-26.
5. Mann S, Blinman TA, Douglas Wilson R. Prenatal and postnatal management of Omphalocele. *Prenat Diagn* 2008;28:626-32.

Nyfødte kan også have appendicitis

Pernille Pedersen¹ & Gert Fonnest²

Appendicitis hos nyfødte børn er sjældent. Præmature og drenge har størst risiko [1].

Vi rapporterer en case med et immaturt barn, som man havde mistanke om havde nekrotiserende enterokolitis (NEC), men som havde appendicitis.

SYGEHISTORIE

En andengangsgravid kvinde havde haft vandafgang gennem tre dage. Hun fik antibiotika og celeston to gange. En dreng med gestationsalder 26 + 4 og en fødselsvægt på 895 g blev grundet maternal blødning forløst ved akut kejsersnit.

Barnet fik apgarscore 8/1, 9/5, navlesnors-pH blev ikke analyseret. Han fik maske-*continuous positive airway pressure* (CPAP), blev intuberet, fik surfaktant og blev ekstuberet umiddelbart efter.

Barnet fik nasal-CPAP i tre uger og herefter Hollywoodkateter med mindre ilttilskud. Han fik enteral og parenteral ernæring og probiotika fra det første levedøgn.

Ti dage gammel fik barnet apnøtendens, stigende iltbehov, grønne, gammelblodige aspirater og distenderet abdomen. En oversigt over abdomen (OOA) viste ikke NEC. Maden blev pauseret, og man påbegyndte behandling med meropenem og gentamicin.

Bloddyrkning viste *Staphylococcus epidermidis*, der var følsomme for behandling, som blev givet i syv dage. Symptomerne aftog, og barnet fik fuld enteral ernæring, da han var tre uger gammel. Han blev flyttet til et lokalt sygehus og havde da en vægt på 1.049 g.

Fem uger gammel blev barnet ustabilt og havde grøngullige aspirater, distenderet ømt abdomen, sparsomme tarmlyde og blodige afføringer. En OOA gav mistanke om NEC med pneumatose, kalibervekslen og muligvis kollaberede tarme i højre side, der var ingen luft i rectum og ingen fri luft (**Figur 1**). Laktat var 1,4 mmol/l. Man pauserede igen med mad og påbegyndte behandling med cefuroxim, gentamicin og metronidazol samt parenteral ernæring. Barnet blev intuberet og overflyttet til en højt specialiseret enhed med henblik på operation for NEC.

En fornyet OOA viste ingen pneumatose, men dilaterede tyndtarmslynger og nedsat luft i højre fossa, der var ingen fri luft. Man fortsatte konservativ NEC-behandling i fem dage.

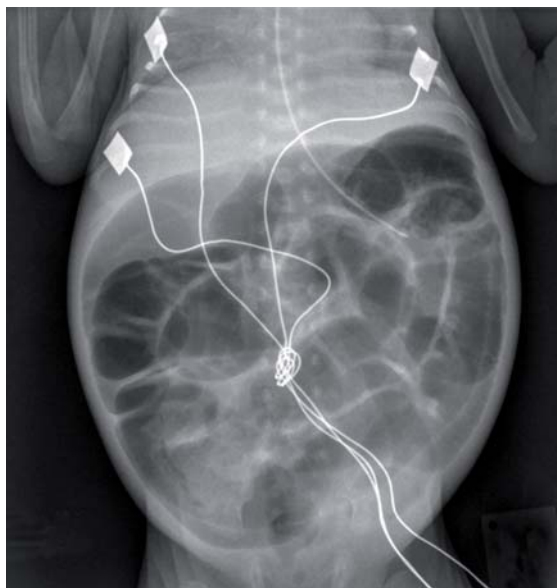
Seks uger gammelt fik barnet foretaget ultralydskanning af abdomen, hvor man ikke fandt pneumatose eller absces. Tyndtarmspassage gav mistanke om striktur ved den terminale ileum. Der blev foretaget operation, hvor man fandt dilaterede, men upåvir-

KASUISTIK

- 1) Neonatalafdeling 527, Hvidovre Hospital, og
- 2) Børnekirurgisk Klinik, Rigshospitalet


 FIGUR 1

Oversigt over abdomenet med meteoristiske tarme, vekslede tarmkaliber, kollaberede tarme i højre kvadrant og pneumatose i højre kvadrant, hvilket er foreneligt med nekrotiserende enterokolitis. Barnet er lagt i rygleje.



kede tyndtarme til caecum, hvor der var en periappendikulær absces. Appendix og tarmvæggen var uigenkendelige. Resten af colon, ventrikel og lever med galdeblære var normale. Absceskaviteten med tarmender blev mobiliseret og eksstirperet. Der blev foretaget ileokolisk anastomose.

Patologisvar viste akut appendicitis med snit fra en akut inflammatorisk appendix med transmural nekrose og serosainflammation.

Postoperativt lå barnet i respirator i fem dage. Han fik meropenem og metronidazol i syv døgn, hvorefter C-reaktivt protein normaliseredes efter at have været 100 mg/l.

Syv uger gammelt blev barnet flyttet til et lokalt sygehus. Hans vægt var da 1.585 g.

Fjorten uger gammel blev barnet udskrevet. Han var da på fuld selvregulering på flaske. Han fik laktulose og havde normal afføring. Vægten var 2.790 g.

DISKUSSION

Appendicitis er sjælden hos nyfødte. Mindre end 0,2% af tilfældene ses hos børn under et år og færre hos neonatale [1]. De fleste tilfælde hos nyfødte er associeret med NEC og anden abdominal lidelse [2].

Hos neonatale er risikoen for perforation højere, med en incidens på 85%, end hos andre aldersgrupper, hvilket muligvis skyldes den forsinkede diagnosticering grundet de ukarakteristiske symptomer [1].

Mortalitetsraten ved neonatal appendicitis er 80% og højere ved perforation [2].

Diagnosen neonatal appendicitis stilles oftest

post mortem eller i forbindelse med kirurgi ved mistanke om anden abdominal lidelse.

Symptomerne hos neonatale med appendicitis er opkast, gylp, aspirater (80%) og abdominal distension (60%) [2]. Andre symptomer kan være slaphed, irritabilitet, temperaturinstabilitet, feber og abdominal ømhed.

Ved OOA kan man påvise unormal luftfordeling i højre nedre kvadrant, eventuelt med kollaberede tarme, fri væske eller luft i peritoneum [1].

Akut appendicitis er sjældent en differentialdiagnose, der overvejes hos ustabile nyfødte. Hos præmature vil en klinisk tilstand, hvor man har mistanke om NEC føre til kirurgisk intervention og diagnosen. Hos mature med distenderet abdomen bør man være opmærksom på appendicitis, som kan få fatal udgang, såfremt diagnosen stilles for sent.

KORRESPONDANCE: Pernille Pedersen, Neonatalafdeling 527, Hvidovre Hospital, 2650 Hvidovre. E-mail: pernillep@dadlnet.dk

ANTAGET: 26. november 2010

FØRST PÅ NETTET: 4. april 2011

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

1. Karunakara BP, Babu AMN, Mayiya PP et al. Appendicitis with perforation in a neonate. *Indian J Pediatr* 2004;71:355-6.
2. Managoli S, Chaturvedi P, Vilhekar KY et al. Perforated acute appendicitis in a term neonate. *Indian J Pediatr* 2004;71:357-8.