

Akut abdomen med afklemning af caecum igennem foramen Winslowii

Anne Reiss Axelsen¹ & Jens Christian Riis Jørgensen²

KASUISTIK

1) Kirurgisk Afdeling A, Odense Universitets-hospital

2) Organkirurgisk Afdeling, Vejle Sygehus, Sygehus Lillebælt

Der skelnes imellem interne og eksterne hernier, hvor et eksternt hernie defineres som protrusion af abdominalt indhold igennem abdominalvæggen f.eks. umbilikal eller ingvinalt. Et internt hernie (IH) defineres som protrusion af abdominalt indhold igennem en peritoneal eller mesenteriel åbning intraabdominalt. Ved autopsi ses IH med en incidens på 0,2-2%.

IH kan forekomme i medfødte anatomiske forandringer eller normalanatomiske strukturer, f.eks. diafragma, paraduodenalt eller i postoperative forandringer, f.eks. hul i mesenteriet eller efter Roux' operation.

Ved symptomerne ses alt fra konstante til intermitterende smerter, både kronisk og akut. Ved afklemt tarm forekommer der ileussympotomer med opkastninger og manglende afføring/flatus, og der er risiko for tarmperforation pga. iskæmi, hvis blodtilførslen til det pågældende tarmsegment afklemmes [1].

5,8% af alle tyndtarmsobstruktioner skyldes IH, hvoraf de paraduodenale udgør 50% [2]. Herniering igennem foramen Winslowii udgør 8% af alle IH og har en mortalitet på knap 50% [3]. Det er beskrevet ca. 200 gange i kasuistikker i international litteratur, men blot to gange i dansk litteratur.

På grund af den høje mortalitet og sjældne fore-

komst er det vigtigt at have kendskab til denne type IH.

SYGEHISTORIER

I. En 65-årig kvinde blev indlagt med pludseligt indsettende øvre abdominalsmerter. Der var ikke forinden gastrointestinale gener. Smerterne blev beskrevet som konstante og bælteformede med udstråling til ryggen. Der var let forhøjet γ -glutamyltransferase-niveau, men ellers normale biokemiske forhold.

På mistanke om galdestenssmerter blev der den følgende dag foretaget ultralyd (UL)-undersøgelse af den øvre abdomen, hvor man fandt let dilateret ductus choledochus og mistanke om ileus. Patienten havde fortsat de samme smerter og havde ingen afføring haft siden indlæggelsen. UL-undersøgelsen blev suppleret med en computertomografi (CT) af abdomen, hvilket overraskende viste at, caecum var dilateret til 9 cm og beliggende foran pancreas, bag ved ventriklens lille sæk (Figur 1).

En akut eksplorativ laparotomi viste, at de peroperative fund svarede til CT-beskrivelsen. Det var ikke muligt at reponere caecum via foramen Winslowii. Der blev åbnet til lille sæk og ved hjælp af en tobakspoesutur og et hul i caecum kunne denne desuffleres og retraheres. Caecum var flere steder perforationstruet, og der blev lavet en højresidig hemikolektomi med primær anastomose.

II. En 50-årig kvinde blev indlagt med halvandet døgn anamnese med konstante smerter med turevis forværring i den øvre del af abdomen. Patienten var en måned forud for indlæggelsen blevet grundigt udredt på en medicinsk afdeling pga. øvre abdominale smerter. Der var foretaget en UL-skanning, der ikke viste sten i galdeblæren, samt en gastroskopi, der viste normale forhold, og derudover var patienten blevet kardiologisk udredt. Der havde i det halvandet døgn, hvor smerterne stod på, hverken været afføring eller flatus. Patienten var objektivt palpationsømt i øvre del af abdomen med maksimum under højre kurvatur. Der var ingen paraklinisk påvirkning.

Der blev planlagt koloskopi i diagnostisk øjemed. Efter udtømmningstiltag blev abdomen tiltagende meteoristisk med spændt udfyldning i epigastriet, og på

FIGUR 1

Dilateret caecum (pil) beliggende i lille sæk foran pancreas og bag ventriklens.



mistanke om ileus blev der foretaget CT. Denne viser overraskende caecumvolvulus. Patienten fik foretaget akut eksplorativ laparotomi, hvor man fandt, at caecum og colon ascendens var hernierende igennem foramen Winslowii. Der blev foretaget samme procedure som i sygehistorie I.

For begge patienter gjaldt det, at det postoperative forløb var ukompliceret, og begge kunne udskrives i velbefindende efter en uge.

DISKUSSION

Anatomisk afgrænses foramen Winslowii af vena cava inferior, leverens lobus caudatus, duodenum og den frie kant af omentum minus (det hepatoduodenale ligament).

Oftest (75%) er det tyndtarmsslynger, der udgør brokindholdet, men sjældent ses også terminale ileum og caecum. Prædisponerende faktorer for kækal herniering i foramen Winslowii er en fri og mobil caecum og en forstørret højre leverlap.

Pga. den tætte relation til det hepatoduodenale ligament kan kompression af indholdet i denne resultere i helt andre symptomer, f.eks. obstruktiv ikterus, galdeblæreiskæmi og atrofi af leversegment (Zahns leverinfarkt) [4].

Diagnosticering af herniering til lille sæk sker bedst ved CT, som bør udføres tidligt ved ukarakteristiske øvre abdominalsmerter. Skanningen kan afsløre et luftfyldt tarmsegment mellem ventrikel og pancreas (Figur 1).

Behandlingen er operation, og med caecum involveret bør der reseceres som ved caecumvolvulus.

Der er for nylig beskrevet vellykkede behandlingsresultater ved hurtig laparoskopisk operation for herniering igennem foramen Winslowii [5].

KORRESPONDANCE: Anne Reiss Axelsen, Kirurgisk Afdeling A, Odense Universitetshospital, 5000 Odense C. E-mail: anne_r_axelsen@hotmail.com

ANTAGET: 10. marts 2011

FØRST PÅ NETTET: 27. juni 2011

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

TAKSIGELSER: Troels Vestergaard Madsen takkes for computertomografibilledet.

LITTERATUR

1. Akvildiza H, Artis T, Akcana A et al. Internal hernia, complex diagnostic and therapeutic problem. *Int J Surg* 2009;7:334-7.
2. Zissin R, Hertz M, Gayer G. Congenital internal hernia as a cause of small bowel obstruction. *Br J Radiol* 2005;78:796-802.
3. Martin LC, Merkl EM, Thomson WM. Review of internal hernias: radiographic and clinical findings. *AJR Am J Roentgenol* 2006;186:703-17.
4. Pernice LM, Bartolucci M, Mori V et al. Transverse colon herniation through the foramen of winslowii presenting with unusual CT findings. *J Gastrointest Surg* 2006;10:1180-3.
5. Daele EV, Poortmans M, Vierendeels T et al. Herniation through the foramen of Winslow: a laparoscopic approach. *Hernia* 2010, 14. maj (epub ahead of print).

Miltabsces hos en 28-årig, tidligere rask mand

Nina Marie Birk Eriksen, Charlotte Duch Lynggard & Gitte Kronborg

Miltabsces er en sjælden tilstand, der i de fleste tilfælde opstår hos patienter med velkendte risikofaktorer. Ca. to tredjedele opstår som resultat af bakterieæmi [1], oftest på grund af infektiøs endokarditis. Andre årsager er traumer, spredning og følger efter iskæmisk infarkt med sekundær infektion. Sjældnere årsager er: Feltys syndrom, amyloidose, tuberkulose, intravenøst stofmisbrug og hæmoglobinopati.

Immunsuppression er en betydelig disponerende faktor for udvikling af miltabsces. Immunsuppression kan skyldes hiv, immunsupprimerende behandling, diabetes mellitus, cancer, alkoholisme og steroidbehandling [1, 2]. Mikrobiologisk er *Streptococcus* spp., *Staphylococcus* spp., *Salmonella* spp. og *Escherichia coli* de mest fremherskende. De kliniske manifestationer er uspecifikke, men inkluderer som oftest mavesmerter, der er lokaliseret i øvre venstre kvadrant af

abdomen og eventuelt feber, kvalme, opkastninger og madlede. Paraklinisk findes der tegn på infektion, og den endelig diagnose stilles ved billediagnostik og isolering af agens fra abscessen.

SYGEHISTORIE

En 28-årig, tidligere rask, danskfødt mand med tyrkiske forældre blev set hos egen læge grundet intermitterende atraumatiske smerter i venstre skulder gennem flere måneder. Smerterne ændrede sig over tid til torakale smerter og siden til øvre abdominale smerter. Mere end et år efter symptomdebut fik patienten højfebrilia og blev indlagt akut. Ved indlæggelsen var patienten septisk, C-reaktivt protein var 241, der var leukocytose. En ultralydskanning af abdomen viste en cyste i milten. Behandling med alendazol, cefuroxim og metronidazol blev iværksat, og

KASUISTIK

Infektionsmedicinsk Afdeling, Hvidovre Hospital