

Den positive side er, at hovedparten af børnene med en GA på < 32 uger udskrives i live før terminen, de fleste er ernæret med modermælk og vejer mellem 2,5 og 3 kg.

KORRESPONDANCE: Ester Garne, Børneafdelingen, Sygehus Lillebælt, DK-6000 Kolding. E-mail: ester.garne@fks.regionsyddanmark.dk

ANTAGET: 2. oktober 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Kamper J, Feilberg Jørgensen N, Jonsbo F, Pedersen-Bjergaard L et al. Danish ETOL Study Group. The Danish national study in infants with extremely low gestational age and birthweight (the ETOL study): respiratory morbidity and outcome. *Acta Paediatr* 2004;93:225-32.
2. Nødgaard H, Hansen H. Udvikling i neonatal mortalitet og morbiditet hos børn med meget lav fødselsvægt i Nordjyllands Amt. *Ugeskr Læger* 1995;157:5712-5.
3. Kroner J, Hjelt K, Nielsen JE et al. Den neonatale mortalitet, morbiditet og senfølger hos børn med fødselsvægt mindre end 1,501 g eller svangerskabslængde mindre end fulde 31 uger indlagt på et centralsygehus. *Ugeskr Læger* 1995;157:5707-11.
4. Verder H, Albertsen P, Ebbesen F et al. Nasal continuous positive airway pressure and early surfactant therapy for respiratory distress syndrome in newborns of less than 30 weeks' gestation. *Pediatrics* 1999;103:E24.
5. Westergaard T, Wohlfahrt J, Aaby P et al. Population based study of rates of multiple pregnancies in Denmark, 1980-94. *BMJ* 1997;314:775-9.
6. Field D, Petersen S, Clarke M et al. Extreme prematurity in the UK and Denmark: population differences in viability. *Arch Dis Child Neonatal Ed* 2002;87:F172-75.
7. Field D, Dorling JS, Manktelow BN et al. Survival of extremely premature babies in a geographically defined population: prospective cohort study of 1994-9 compared with 2000-5. *BMJ* 2008;336:1221-3.
8. Draper ES, Zeitlin J, Fenton AC et al. Investigating the variations in survival rates for very preterm infants in 10 European regions: the MOSAIC birth cohort. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2009;94:F158-63.
9. The EXPRESS Group. One-year survival of extremely preterm infants after active perinatal care in Sweden. *JAMA* 2009;301:2225-33.
10. Blickstein I, Reichman B, Luskay A et al. in collaboration with the Israel Neonatal Network. Plurality-dependant risk of severe intraventricular hemorrhage among very low birth weight infants and antepartum corticosteroid treatment. *AJOG* 2006;194:1329-33.
11. Fledelius HC, Göte H, Greisen G et al. Surveillance for retinopathy of prematurity in a Copenhagen high-risk sample 1999-2001. Has progress reached a plateau? *Acta Ophthalmol Scand* 2004;82:32-7.
12. Dawson JA, Karmlin CO, Wong C et al. Oxygen saturation and heart rate during delivery room resuscitation of infants < 30 weeks' gestation with air or 100% oxygen. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2009;94:F87-91.
13. Tin W, Milligan D, Pennfather P et al. Pulse oximetry, severe retinopathy, and outcome at one year in babies of less than 28 weeks gestation. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2001;84:F106-10.

Mallory-Weiss læsioner

Læge Jeppe Lange & ledende overlæge Lone S. Jensen

ORIGINALARTIKEL

Århus Universitets-hospital, Århus Sygehus, Kirurgisk Gastroentero-logisk Afdeling L

RESUME

INTRODUKTION: Mallory-Weiss læsion (MW) blev første gang beskrevet i 1929. MW er små, overfladiske slimhinderifter ved den gastrosofageale overgang og angives som årsagen til indlæggelse for øvre gastrointestinal blødninger hos 1-15%. Der er få studier med opfølgning på patienter med MW. Formålet med dette studie er at karakterisere patienter, der var indlagt med MW på en dansk kirurgisk afdeling samt at belyse prognosen for disse patienter.

MATERIALE OG METODER: Data fra 49 patienter, der var indlagt i en femårig periode med endoskopisk verificeret MW, blev registreret. Ved opfølgning var 35 patienter i live og blev kontak- tet. Niogtve responderede. Der var et gennemsnitligt tidsinter- val fra indlæggelse til opfølgende kontakt på 42,7 måneder.

RESULTATER: Hos alle 49 patienter blev der opnået hæmostase under indlæggelsen. Seksten patienter modtog aktiv behan- dling i forbindelse med endoskopi. Hæmoglobin ved indlæg- gelse var lavere ($p = 0,008$), tilstedeværelsen af blødningsstig- mata væsentlig højere ($p < 0,001$), og flere modtog blodtransfusion blandt de aktivt behandlede ($p = 0,01$). Ved op- følgning var 50% af de aktivt behandlede døde mod 18% blandt de konservativt behandlede ($p = 0,02$). I alt 10% af alle patien- ter, der havde været indlagt med MW, blev genindlagt i opføl- gningsperioden med ny gastrointestinal blødning.

KONKLUSION: Vore data indikerer nødvendigheden af en æn- dret holdning til opfølgning af patienter, der har været indlagt med blødningsstigmatiseret MV.

Mallory-Weiss læsion (MW) blev første gang beskrev- et i 1929 hos fire afdøde kronisk alkoholiske patien- ter, der var indlagt pga. hæmatemese [1].

MW angives som årsagen til indlæggelse for øvre gastrointestinal blødning hos 1-15% [2-11], og er anamnestic ofte forudgået af initial alimentær eme- sis [2, 10-14].

Læsionerne er længdegående, overfladiske slim- hinderifter, som varierer i størrelse op til et par centi- meter i længde og nogle millimeter i bredde. De kan indeholde blødningsstigmata i form af pågående blødning (arteriel/venøs), synligt kar eller være dæk- ket af koagel som tegn på nylig frisk blødning. Læsionerne er hyppigst beliggende omkring den gas- trosofageale overgang [4, 15, 16], og er hos op mod ni ud af ti solitære [3, 4, 16].

Histologisk ses ingen tegn på kronisk påvirkning [1].

Patofysiologisk er der beskrevet to mulige årsager. Læsionen kan forklares ud fra en gastroøsofageal dyskoordinering i forbindelse med gentagen opkastning, hvor de involverede muskler udtrættes. Dette medfører, at maveindholdet med stor kraft bliver presset mod en snæver gastroøsofagal åbning og derved lacererer tunica mucosa. En anden angivet årsag er, at det intraluminal tryk i ventriklen/øsofagus er væsentligt forhøjet under opkast. Dette medfører en øget transmural gradient, hvorved der skabes nok vægspænding til at forårsage en overfladisk læsion. Læsionen vil altid være længdegående, da denne bristning kræver den mindste øgning i vægspænding [1, 11, 17].

MW rammer hyppigere mænd end kvinder, og patienterne er oftest 40-50-årige (dog med udsving fra 18 år til 94 år) [2, 5, 8, 10, 12, 13, 15].

Der er beskrevet en klar association mellem MW og alkoholforbrug [1, 2, 11, 12, 14, 16-18], andre lidelser/tilstande der specifikt medfører opkastning, f.eks. migræne og graviditet [2], og iatrogen (pga. endoskopi) [3].

Af associerede medikamentelle risikofaktorer er der især beskrevet forbrug af nonsteroidale antiinflammatoriske midler [10, 12, 18].

Behandlingen er i dag endoskopisk terapi i tilfælde af blødningsstigmata. De hyppigst benyttede behandlingsmetoder udgør tryk mod blødningskilden, elkoagulation, injektion med saltvand tilsat vasokonstriktor, injektion af skleroserende middel, brug af metalclips (se **Figur 1**), banding vha. specielle elastikker eller en kombination af ovenstående. Der foreligger ikke international konsensus med henblik på hvilke af ovenstående terapier, der er at betragte som førstevalgsbehandling [5, 8, 13, 15, 19, 20].

Tidligere var mortaliteten på omkring 10% [6, 11, 14, 18], men prognosen regnes nu for god. Der er påvist spontan primær regression i 90-100% af patienter med endoskopisk påvist MW [2, 4, 16] og en primær mortalitet på 0-5% [5, 8, 19].

Der er dog kun få studier, i hvilke man reelt har undersøgt prognosen [6, 20], og der eksisterer ingen danske data vedrørende MW.

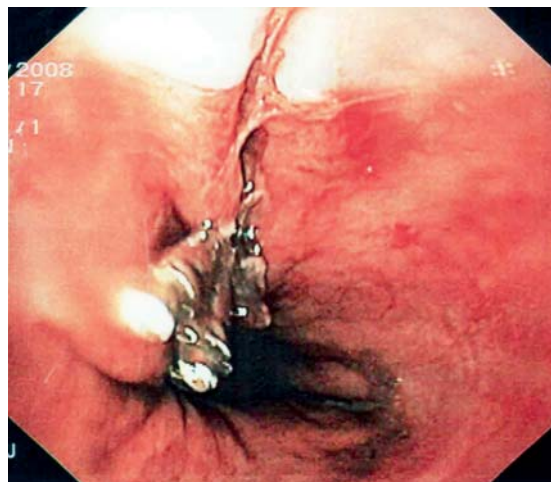
Formålet med dette studie er at karakterisere patienter, der var indlagt med diagnosen MW på en dansk kirurgisk afdeling i en femårig periode, samt at belyse prognose for disse patienter.

MATERIALE OG METODER

Journaler på 73 patienter, der havde været indlagt på Kirurgisk Afdeling L, Århus Sygehus, i perioden 1.5.1998-30.4.2003 med diagnosen *Mallory-Weiss syndrom* og/eller procedurekoden *endoskopisk kontaktkoagulation i øsofagus* blev gennemgået. Af disse

FIGUR 1

Mallory-Weiss læsion, der begynder over Z-linjen og går ned i cardia. Blødningen ophørte efter påsættelse af to clips. Venligst udlånt af overlæge Aksel Kruse.



blev 24 ekskluderet, idet der ikke blev beskrevet MW-forandringer med længdegående lacerationer af tunica mucosa ved den endoskopiske undersøgelse. Dette efterlod 49 patienter, hos hvem demografiske og kliniske data blev registreret (**Tabel 1** og **Tabel 2**). Ved journalgennemgang i efteråret 2003 kunne i alt 35 patienter efter samkøring med Det Centrale Personregister registreres som værende i live. Ingen patienter var døde under indeksindlæggelsen. Disse 35 patienter fik tilsendt et spørgeskema, der indeholdt spørgsmål om alkoholforbrug, medicinforbrug, eksisterende gastrointestinale (GI)-symptomer samt øvre GI-blødning efter indeksindlæggelsen. Niogtyve patienter responderede på spørgeskemaet eller på opfølgende telefonisk kontakt. Hos seks patienter blev der ikke opnået respons.

Der var et gennemsnitligt tidsinterval fra indlæggelse til opfølgende kontakt på 42,7 måneder (spændvidde: 10,1-77,1 måneder).

Undersøgelsen blev udført som en prægraduat forskningsopgave ved det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet, og manuskriptet blev færdiggjort postgraduat. På tidspunktet for manuskriptets færdiggørelse blev det vurderet, at videre opfølgning ikke ville bidrage yderligere til at belyse de beskrevne problemstillinger.

Data blev analyseret ved hjælp af students t-test, eller χ^2 -test. Statistisk signifikans blev accepteret ved en p-værdi på $< 0,05$.

RESULTATER

Hos 26 (53%) patienter var anamnesen ved indlæg-



TABEL 1

Demografiske data hos patienter med Mallory-Weiss læsioner, der havde været indlagt på en kirurgisk afdeling i en femårig periode.

	Alle med endoskopisk verificeret MW	Gruppen som modtog aktiv endoskopisk terapi	Gruppen som ikke modtog aktiv endoskopisk terapi	p-værdi
Alder, år, median (spændvidde)	45 (20-94)	58 (26-94)	42 (20-84)	0,03
Mand/kvinde, n	33/16	9/7	24/9	0,33
Indlæggelsesårsag, n (%)				> 0,1
Hæmatemese	42 (86)	14 (88)	28 (85)	
Melaena	5 (10)	1 (6)	4 (12)	
Andet	5 (10)	2 (13)	3 (9)	
Hæmoglobin ved indlæggelse, mmol/l, gennemsnit (SD)	7,6 (1,6)	6,7 (1,4)	8,0 (1,6)	0,008
Gennemsnitlig antal dage indlagt (spændvidde)	3,20 (1-9)	3,88 (1-6)	2,88 (1-9)	0,03
Antal transfusioner pr. patient, median (spændvidde)	0 (0-6)	0 (0-6)	0 (0-4)	0,06
Antal patienter der modtog transfusion (%)	11 (22)	7 (44)	4 (12)	0,013

MW = Mallory-Weiss læsion; SD = standardafvigelse.

gelsen initial alimentær emesis efterfulgt af hæmatemese.

Fem (10%) patienter havde været på »druktur« op til indlæggelsen, og 15 (31%) angav et kronisk alkoholforbrug.

Blandt alle patienter var der hos 13 (27%) blødningsstigmatiserede læsioner ved endoskopien (Tabel 2). Heraf modtog 12 patienter (92%) aktiv endoskopisk terapi. Fire patienter (8%) modtog aktiv endoskopisk terapi uden tilstedeværelse af blødningsstigmata.

Treogtredive patienter (67%) blev behandlet konservativt med monitorering efter endoskopi. Hos alle 49 patienter blev der opnået primær hæmostase, og alle kunne udskrives i live. Hver tredje patient havde hiatushernie, og halvdelen af MW i den gastroøsofageale (GE)-overgang var associeret med hiatushernie mod en tredjedel af cardialæsionerne (Tabel 2).

Hos patienterne, som modtog aktiv endoskopisk terapi, var tilstedeværelsen af blødningsstigmata signifikant højere ($p < 0,001$) (Tabel 2), flere modtog blodtransfusion ($p = 0,01$) (Tabel 1), indlæggelsestiden var længere ($p = 0,03$) (Tabel 1), og gennemsnitsalderen var højere ($p = 0,03$) (Tabel 1).

Endvidere fandtes ved opfølgning at otte (50%) af de aktivt behandlede patienter var døde mod seks (18%) af de konservativt behandlede ($p = 0,02$).

Desuden angav fem patienter ved opfølgningen at have været indlagt siden indeksindlæggelsen; to med hæmatemese, en med blodig diarre, en pga. anlæggelse af transjugulær intrahepatisk portosystemisk shunt og en med hiatushernie og opkastning. De tre sidstnævnte var konservativt behandlet under indeksindlæggelsen. Ingen af de fem led dagligt af halsbrand eller synkebesvær. Alle angav et alkoholforbrug på under fem genstande dagligt. En patient

indtog fast syrepumpehæmmer. Ingen af de fem modtog antikoagulerende behandling, anden tromboseprofylakse eller behandling med nonsteroid antiinflammatoriske midler.

DISKUSSION

Dette studie udmærker sig ved den til dato længste opfølgingsperiode på gennemsnitligt 42 måneder. Vi fandt her, at 10% af alle patienter blev genindlagt med ny GI-blødning. Hos 20 patienter, hvoraf 18 var konservativt behandlede, fandt *Harris* to tilfælde af reblødning efter en gennemsnitlig opfølgning på 27,5 måneder [6]. Hos 36 patienter, der alle var behandlet med aktiv endoskopisk terapi, fandt *Higuchi et al* ingen nye blødningstilfælde eller blødningsrelaterede dødsfald efter en gennemsnitlig opfølgning på seks måneder [20]. Hos 26 patienter, der var behandlet med aktiv endoskopisk terapi, fandt *Yamaguchi et al* ingen komplikationer i perioden og opheling af MW ved kontrolendoskopi efter to måneder [8]. Ligeledes fandt *Park et al* hos 34 patienter og *Huang et al* hos 35 patienter ingen recidiv inden for en måned med aktiv endoskopisk terapi [15, 19]. Det er her værd at bemærke, at begge de studier, der har længst opfølgningstid, påviser recidiv af blødningsepisode, som ligger omkring 10%, hvilket må betragtes som væsentligt. Dette berører et aspekt ved MW, der ikke tidligere har været fokus på. Både studiet af *Harris* og det aktuelle studie blev dog udført med retrospektiv dataindsamling og efterfølgende kontakt til patienterne, hvilket indebærer åbenlyse risici for både selektions- og informationsbias.

Dette studie præsenterer de første publicerede data fra en dansk patientgruppe med endoskopisk verificeret MW. De kliniske og demografiske data er

sammenlignelige med tidligere beskrevne fund både i henseende til hele populationen samt de indbyrdes forskelle mellem de aktivt og konservativt behandlede [2-5, 10-14, 16-18]. Der er dog tidligere i enkelte studier beskrevet en klar association på mellem 76 og 100% for tilstedeværelsen af hiatushernie ved MW [11, 14]. Dette kan imidlertid ikke genfindes i det aktuelle studie, hvor kun hver tredje patient beskrives at have hiatushernie. Som i tidligere studier [8, 16] bemærkes også i dette et lavt transfusionsbehov, der er højest hos patienter med aktiv blødning på endoskopitidspunktet. Endvidere var patienter, som blev aktivt behandlet, indlagt i længere tid, havde lavere hæmoglobin ved indlæggelse, og flere i denne gruppe modtog blodtransfusion, hvilket også er fundet i tidligere studiepopulationer [2, 5, 10]. Blødningsstigmatiserede MW, som undergår aktiv endoskopisk terapi, er således klinisk væsentligt påvirkede i forhold til de patienter, som ikke har behov for endoskopisk terapi.

Dog opnåede 100% af patienterne i dette studie primær hæmostase, uanset tilstedeværelsen af blødningsstigmata, og alle blev udskrevet i live, hvilket også er et niveau, der genfindes i litteraturen [2, 5, 8, 9, 12, 19].

Det bemærkes derfor, at blandt de patienter, som

modtog aktiv endoskopisk terapi, døde 50% i observationsperioden sammenlignet med 18% blandt de, som ikke modtog aktiv endoskopisk terapi. Dette er aldrig tidligere beskrevet, og på grund af fraværet af langtidsopfølgende studier foreligger der ingen studier, som omhandler dette aspekt. Trods en signifikant aldersforskel mellem de to grupper er dette formodentlig ikke hele forklaringen, idet medianalderen for de aktivt behandlede var 58 år, og den gennemsnitlige opfølgningstid var fire år.

Hvad mekanismen måtte være bag den tilsyneladende øgede morbiditet og mortalitet hos patienter med MW, som har aktiv blødning ved tidspunktet for endoskopi, er ikke klart.

Studiets størrelse og retrospektive karakter er i den forbindelse en klar svaghed og udelukker korrektion for og hensyntagen til for eksempel komorbiditet. Således kunne faktorer som alkoholforbrug, rygning, medicinforbrug, hjerte-kar-sygdomme, lever-sygdom, diabetes og andet være åbenlyse betydende forhold, som dette studie ikke kan belyse.

Ved et retrospektivt studie kan man altid diskutere pålideligheden af de indsamlede data. Vi har valgt at ekskludere patienter uden beskrevne læsioner i endoskopinotatet. Operatørerne har på tidspunktet ikke haft fokus på tilstedeværelsen af MW, og den reelle



TABEL 2

Endoskopiske fund hos patienter med Mallory-Weiss læsioner, der havde været indlagt på en kirurgisk afdeling i en femårig periode.

	Alle med endoskopisk verificeret MW, n (%)	Gruppen som modtog aktiv endoskopisk terapi, n (%)	Gruppen som ikke modtog aktiv endoskopisk terapi, n (%)	p-værdi
<i>Antal MW</i>				> 0,1
1	43 (88)	13 (81)	30 (91)	
2	5 (10)	2 (13)	3 (9)	
> 2	1 (2)	1 (6)	0 (0)	
<i>Øvrige fund ved endoskopi</i>				> 0,1
Hiatushernia	19 (39)	7 (44)	12 (36)	
Gastritis	6 (12)	2 (13)	4 (12)	
Øsofagitis	4 (8)	0 (0)	4 (12)	
Øsofagus varicer	2 (4)	1 (6)	1 (3)	
Ulcus (duodeni/ventriculi)	5 (10)	2 (13)	3 (9)	
<i>Lokalisation af MW</i>				> 0,1
Øsofagus	2 (4)	0 (0) ^a	2 (6) ^a	
Gastroøsofageale overgang	24 (49)	10 (63)	14 (42)	
Cardia	21 (43)	5 (31)	16 (48)	
<i>Blødningsstigmata fra MW</i>				< 0,0001
Frisk blødning	10 (20) ^b	9 (53) ^b	1 (3)	
Synligt kar	2 (4)	2 (12)	0 (0)	
Koagel	4 (8)	4 (23)	0 (0)	
Ingen blødningsstigmata	36 (72)	4 (23)	32 (97)	

MW = Mallory-Weiss læsion. a) En lokalisation var ikke beskrevet i operationsnotat; b) Samme patient kan have flere stigmata.

forekomst af MW kunne således være underrapporteret. Forholdende mellem de to grupper og recedivfrekvensen kunne endvidere være anderledes.

Dette er ydermere et retrospektivt studie, der bestod af en lille patientpopulation med mange beskrevne parametre og dertil hørende risiko for masse-signifikans, hvorfor tolkning af signifikante fund skal ske med omtanke.

Besvarelsen ved opfølgningen på 80% er acceptabel, men det primære frafald pga. død er stort. 25% af patienterne, som indgik i journalmaterialet, var døde på opfølgningstidspunktet, hvilket er problematisk.

Imidlertid anbefaler vi alligevel, at retningslinjerne for opfølgning af patienter, der har været indlagt med blødningsstigmatiseret MW, diskuteres med henblik på ændring til en mere aktiv holdning. I den forbindelse påpeges tillige nødvendigheden af en prospektivt designet protokol med kontrol for komorbiditet, livsstilsfaktorer, endoskopiske fund, behandling og langtidsopfølgning. Med tanke for lidelsens incidens kunne dette udføres som et prospektivt nationalt multicenter- og caseserie-studie med protokolerede behandlingsparametre og patientopfølgning med fastlagt ambulans kontrol efter et, to og fem år.

KORRESPONDANCE: Jeppe Lange, Birkevænget 2, DK-8382 Hinnerup.
E-mail: jeppe.lange@hotmail.com

ANTAGET: 17. juli 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Mallory GK, Weiss S. Hemorrhages from lacerations of the cardiac orifice of the stomach due to vomiting. *Am J Med Sci* 1929;178:506-12.

2. Bataller R, Lach J, Salmoron JM et al. Endoscopic sclerotherapy in upper gastrointestinal bleeding due to the Mallory-Weiss syndrome. *Am J Gastroenterol* 1994;89:2147-50.
3. Dwivedi M, Misra SP. Mallory-Weiss syndrome: clinical features and management. *Journal Ass Phys India* 1999;47:397-9.
4. Sugawa C, Benishek D, Walt AJ. Mallory-Weiss syndrome. A study of 224 patients. *Am J surgery* 1983;145:30-3.
5. Peng Y, Tung C, Chow W et al. Efficacy of endoscopic isotonic saline-epinephrine injection for the management of active Mallory-Weiss tears. *J Clin Gastroenterol* 2001;32:119-22.
6. Harris JM, DiPalma JA. Clinical significance of Mallory-Weiss tears. *Am J Gastroenterol* 1993;88:2056-8.
7. Saowaros V, Udayachalerm W, Wee-sakul B. Causes of upper gastrointestinal bleeding in Thai patients: Review of 5000 upper gastrointestinal endoscopy. *J Med Assoc Thai* 1994;77:561-5.
8. Yamaguchi Y, Yamato T, Katsumi N et al. Endoscopic hemoclippping for upper GI bleeding due to Mallory-Weiss syndrome. *Gastrointest Endosc* 2001;53:427-30.
9. Kim JW, Kim HS, Byun JW et al. Predictive factors of recurrent bleeding in Mallory-weiss syndrome. *Korean J Gastroenterol* 2005;46:447-54.
10. Bharucha AE, Gostout CJ, Balm RK. Clinical and endoscopic risk factors in the Mallory-Weiss syndrome. *Am J Gastroenterol* 1997;92:805-8.
11. Graham DY, Schwartz JT. The spectrum of the Mallory-Weiss tear. *Medicine* 1977;57:307-18.
12. Chung IK, Kim EJ, Hwang KY et al. Evaluation of endoscopic hemostasis in upper gastrointestinal bleeding related to Mallory-Weiss syndrome. *Endoscopy* 2002;34:474-9.
13. Llach J, Elizade JI, Guevara C et al. Endoscopic injection therapy in bleeding Mallory-Weiss syndrome: a randomized controlled trial. *Gastrointest Endosc* 2001;54:679-81.
14. Dagradi AE, Broderick JT, Juler G et al. The Mallory-Weiss syndrome and lesion. a study of 30 cases. *Am J Digest Dis* 1966;11:710-21.
15. Huang S, Wang H, Lee Y et al. Endoscopic hemoclip placement and epinephrine injection for Mallory-Weiss syndrome with active bleeding. *Gastrointest Endosc* 2002;55:842-6.
16. Knauer CM Mallory-Weiss syndrome. Characterization of 75 Mallory-Weiss lacerations in 528 patients with upper gastrointestinal hemorrhage. *Gastroenterology* 1976;71:5-8.
17. Watts HD. Lesions brought on by vomiting: the effect of hiatus hernia on the site of injury. *Gastroenterology* 1976;71:683-8.
18. Kortas DY, Haas LS, Simpson WG et al. Mallory-Weiss tear: Predisposing factors and predictors of a complicated course. *Am J Gastroenterol* 2001;96:2863-5.
19. Park CH, Min SW, Sohn YH et al. A prospective, randomized trial of endoscopic band ligation vs. epinephrine injection for actively bleeding Mallory-Weiss syndrome. *Gastrointest Endosc* 2004;60:22-7.
20. Higuchi N, Akahoshi K, Sumida Y et al. Endoscopic band ligation therapy for upper gastrointestinal bleeding related to Mallory-Weiss syndrome. *Surg endosc* 2006;20:1431-4.

Post partum-urinretention

Klinisk assistent Jeanett Østergaard, overlæge Jens Langhoff-Roos & klinikchef Lars Mikael Alling Møller

OVERSIGTSARTIKEL

Rigshospitalet,
Gynækologisk og
Obstetriske Afdeling, og
Frederiksberg Hospital,
Gynækologisk og
Obstetriske Afdeling

RESUME

Post partum-urinretention forekommer hos 0,1-14,1% af barselskvinder. Forskellige forhold under graviditet og fødsel disponerer til postpartum urinretention, og uerkendt kan det medføre besværet blæretømning og mulige urologiske senfølger. Baseret på en gennemgang af litteratur publiceret i perioden 1980-2008 foreslås en algoritme til håndtering af postpartum urinretention.

Der er stor variation i den rapporterede forekomst af post partum-urinretention (PUR) (0,1-14,1%), hvilket kan skyldes anvendelsen af forskellige definitio-

ner samt uens populationer. Forskellige obstetriske risikofaktorer – specielt et lang fødselsforløb – synes at disponere til PUR [1-6]. Der mangler evidens for behandling af tilstanden og eventuelle langtidsfølger. I praksis håndteres tilstanden forskelligt fra hospital til hospital. Hvis PUR ikke erkendes og behandles i tide, kan der opstå problemer med blæretømningen og eventuelt urologiske senfølger. Ved at øge opmærksomheden på PUR f.eks. ved anvendelsen af en eksplicit algoritme for diagnostik og behandling, kan de fleste komplikationer til PUR formentlig forebygges. Formålet med denne artikel er med baggrund i