

# Kompliceret forløb efter konservativ behandling af indeklemt lyskebrok

Introduktionslæge Arnas Ugianskis & overlæge Svend Erik Borup Christensen

Sygehus Vendsyssel, Kirurgisk Afdeling

## Resume

Vi beskriver et tilfælde af tyndtarmsperforation efter en manuel reposition af et indeklemt lyskebrok. Eksplorativ laparotomi var forsinket og blev først udført 21 timer efter. Patienten døde af komplikationer i forbindelse med peritonitis. Overvejer man at behandle inkarcurationen konservativt, bør repositionen gøres med forsigtighed. Lykkes dette, skal man udelukke, at et ikkevitalt organ er reponeret. Patienten bør informeres om eventuelle symptomer og konsekvenser eller indlægges til observation.

Det angives i litteraturen, at 2-3% af alle patienter med lyskebrok opereres akut pga. inkarcuration [1]. Det svarer til 210-320 patienter pr. år i Danmark. Den sande forekomst af inkarcureret brok kan være større, da en del sandsynligvis behandles konservativt. Omfanget af dette er ikke kendt.

I denne kasuistik beskriver vi et kompliceret forløb hos en patient, der var blevet behandlet konservativt med reposition af et indeklemt lyskebrok.

## Sygehistorie

Patienten var en 75-årig mand med kendt hjerteklapssygdom og en medicinsk behandlet Parkinsons sygdom. Han var tidligere blevet opereret flere gange for dobbeltsidigt lyskebrok. Han havde i nogle måneder haft et recidiv i venstre lyske, og brokken havde nogle gange haft tendens til at blive indeklemt. Han havde dog altid selv kunnet reponere det.

En aften lykkedes det ham dog ikke at reponere herniet. Han fik efterfølgende smerter i lysken, og efter nogle timer blev vagtlægen tilkaldt. Denne kom til patientens hjem ca. halvanden time senere. Efter en del manipulation i lysken lykkedes det lægen med besvær at reponere brokket. I løbet af natten og næste dag fik patienten tiltagende mavesmerter. Falck blev tilkaldt, og patienten blev bragt til nærmeste sygehus, hvortil han ankom ca. 15 timer efter repositionen. Ved ankomsten var patienten diffus peritoneal, men cirkulatorisk stabil. Efter præoperativ optimering blev der foretaget akut laparotomi, hvor man fandt en diffus peritonitis med fibrinbelægninger forårsaget af en stor tyndtarmsperforation mesenterielt. Der var ikke beskrevet tyndtarmsgangræn. Patienten fik foretaget en tyndtarmsresektion på 8 cm med primær anastomose. Postoperativt var der tarmfunktion efter nogle

dage, men pga. kardiopulmonalt svigt døde patienten efter ti døgn.

## Diskussion

Da patientens indeklemte hernie blev reponeret, havde det siddet fast i nogle timer, dog mindre end et døgn, hvorfor det naturligvis ikke kan udelukkes, at tarmen i brokket var delvis stranguleret og dermed skørere end frisk tarm. Reponering af brokket blev beskrevet som vanskelig, og det formodes, at perforationen opstod i en tyndtarmsslyng med nedsat vægstyrke. Der gik 21 timer fra repositionen, til perforationen blev diagnosticeret ved laparotomi. Denne forsinkelse har uden tvivl medført en forværring af patientens peritonitis og kunne dermed have medvirket til dødsfaldet.

Hos børn anses det for at være lege artes med manuel reposition af indeklemte lyskebrok, forudsat at barnet opereres kort tid efter [2]. Konservative forsøg på reposition af inkarcureret brok hos voksne er mere kontroversielt. I to patientstudier fra Afrika har man konsekvent forsøgt konservativ behandling for indeklemt lyskebrok. I det ene studie benyttede man sig kun af optimal lejring af patienten (Trendelenburgs leje), smertestillende midler, sedativa og kolde omslag i lyske-regionen. Hos 34 (72%) af i alt 47 patienter reponeredes herniet med denne metode. Der var ingen mortalitet i materialet [3]. I det andet studie benyttede man sig foruden af optimal lejring etc. også af forsigtig manipulation. Hos 34 (6,8%) patienter reponeredes brokket ved lejring etc., og hos yderligere 264 patienter (52,8%) reponeredes brokket med manipulation. Der var syv patienter, som døde efter behandlingen, men ingen døde pga. tarmkomplikationer [4]. I begge studier var patienterne indlagt i forbindelse med reposition. I en lærebog [5] anføres det, at repositionsforsøg kan forsvares, forudsat at der

I dag udføres størstedelen af lyskebrokoperationer a.m. Lichtenstein. Operationsmetoden har lav recidivhyppighed.



ikke er åbenbare holdepunkter for strangulation, og at kirurgisk behandling udføres snart efter repositionen. Er der behov for mere end forsigtig manipulation, tilrådes afbrydelse af forsøget [5].

I dette patientforløb beskrives en tarmperforation i forbindelse med en manuel reposition af et indeklemt lyskebrok. Perforationen blev først behandlet efter knap et døgn, og patienten døde blandt andet pga. komplikationer til den peritonitis, der udviklede sig hos ham. Dette maner naturligvis til forsigtighed, når ikkekirurgisk reposition af indeklemt brok anvendes. Hvis man vil forsøge at reponere et indeklemt brok, bør det ske med yderste forsigtighed. Hvis den konservative behandling lykkes, skal patienten informeres om de symptomer, en utilsigtet tarmlæsion kan medføre, og straks søge hjælp efter symptomdebut. Alternativt kan observation på sygehuset komme på tale.

### Summary

Arnas Ugianskis & Svend Erik Borup Christensen:

#### **Complicated course after conservative treatment of incarcerated inguinal hernia**

Ugeskr Læger 2008;170(35):2708

We report a case of intestinal perforation due to manual reduction of incarcerated inguinal hernia. Explorative laparotomy was delayed and first attempted after 21 hours. The patient died as a result of peritonitis. If conservative treatment of incarcerated inguinal hernia is considered, this should be done with caution; When successful, possibility of reduction of non-vital organ should be eliminated. Patient must be informed about symptoms and risks, otherwise hospitalisation can be considered.

---

Korrespondance: *Arnas Ugianskis*, Kirurgisk Afdeling, Sygehus Vendsyssel, DK-9800 Hjørring. E-mail: [arnas\\_ugianskis@yahoo.com](mailto:arnas_ugianskis@yahoo.com)

Antaget: 25. maj 2006

Interesskonflikter: Ingen

### Litteratur

1. [www.herniedatabasen.dk/praesentationer/HDB280206.pdf](http://www.herniedatabasen.dk/praesentationer/HDB280206.pdf) /juni 2006.
2. Fitzgibbons RJ, Greenburg AG. Nyhus and Condon's hernia 5th edition. Philadelphia: Lippincott W&W, 2002:439-40.
3. Bowesman Ch. Reduction of strangulated inguinal hernia. *Lancet* 1951;1: 1396-7.
4. Requarth W, Theis FV. Incarcerated and strangulated inguinal hernia. *Archives of surgery* 1948;57:267-75.
5. Bendavid R. Abdominal Wall Hernias. New York: Springer-Verlag, 2001:560-7.