

# Intern herniering under graviditet efter gastrisk bypass-operation

Christina Hjørnet Kamper, Christina Elisabeth Kruse & Per Glud Ovesen

I Danmark er antallet af fedmeoperationer steget eksplosivt inden for de seneste år. Således blev der i 2005 foretaget 279 fedmeoperationer og 4.355 i 2010. Kvinder udgjorde 78% af det totale antal opererede, og ca. halvdelen heraf var i den fertile alder. I perioden 2005-2010 blev der således opereret 4.325 kvinder i den fertile alder. Det er ukendt, hvor mange af disse kvinder der bliver gravide. Diagnosekoden DZ980C »Tilstand med gastrisk bypass« er indført af Sundhedsstyrelsen pr. 1. januar 2011, og man vil i opgørelser fremover kunne koble registreringer af graviditet hertil. Andelen af gastrisk bypass-operationer i forhold til gastrisk banding-operationer er ligeledes steget, således at 98,7% af alle operationer i 2010 var gastrisk bypass-operationer.

En kendt alvorlig komplikation i forbindelse med gastrisk bypass-operation er intern herniering af tarmsegmentet gennem de lommer, der opstår i tarmsystemet som følge af den ændrede anatomi. Incidensen af intern herniering angives til at være 1-9% hos ikkegravide [1] og er ukendt hos gravide. Nogle mener, at risikoen stiger ved graviditet pga. det øgede intraabdominale tryk og den af uterus fremkaldte forskydning af tarmen opad i abdomen [2]. Der er i litteraturen beskrevet flere tilfælde af både maternel og føtal død som følge heraf [3].

## SYGEHISTORIER

I. En 27-årig rask andengangsgravid blev indlagt i graviditetsuge 16 + 3 pga. pludseligt opståede øvre mavesmerter med udstråling til ryggen. Hun var gastrisk bypass-opereret 17 mdr. forinden. Smerterne tiltog gradvist og vekslede i intensitet, afhængigt af patientens lejrning. Patienten beskrev let forstoppelse, men ingen kvalme eller opkastninger. Ved objektiv undersøgelse fandt man, at patienten var afebril, forpint samt direkte og indirekte øm i hele øvre abdomen, men ikke peritonealt. Tarmlydene var normale. En obstetrisk ultralydskanning (UL) viste normale forhold, og UL af abdomen gav indtryk af rotation af de mesenterielle kar omkring egen akse, men ingen tarmdilatation. Man foretog ikke computertomografi (CT), da man ville undgå at bestråle fosteret. Man foretog akut diagnostisk laparoskopi, hvor mistanken om intern herniering blev bekræftet. Det postoperative forløb var ukompliceret.

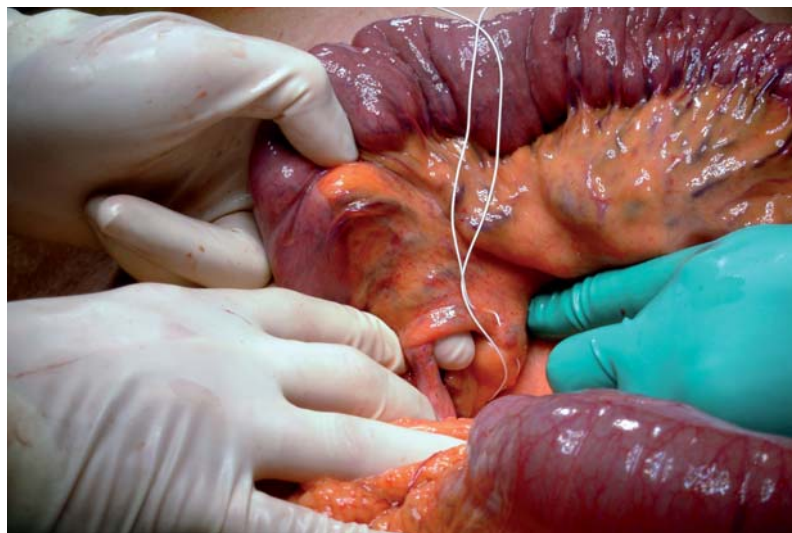
II. En 20-årig rask førstegangsgavid blev indlagt i graviditetsuge 36 + 6 pga. to dages kraftige mavesmerter af vekslende lokalisering ledsaget af kvalme, opkastninger og let diare. Hun var blevet gastrisk bypass-opereret 13 mdr. forinden. Smerterne var værst, når hun lå ned. Ved objektiv undersøgelse fandt man diffus ømhed i hele abdomen, ikke slipømhed, normale tarmlyde, men ingen feber. Den obstetriske UL viste normale forhold. Man foretog CT af abdomen, som var normal, fraset galdesten. Dagen efter foretog man på mistanke om appendicitis akut kejsersnit med fødsel af levende barn i velbefindende. Appendix var normal. På grund af uændrede morfikkkrævende mavesmerter foretog man den efterfølgende dag akut CT efter indgivet kontrastvæske. CT'en var uden sikre abnorme fund, hvorfor man herefter foretog akut diagnostisk laparoskopi, hvorved man to steder fandt intern herniering af tyndtarmen. På fjerdedagen efter kejsersnittet fik patienten igen voldsomme smerter i epigastriet og øvre venstresidige abdomen, hvorfor der blev foretaget eksplorativ laparotomi med fund af fornyet intern herniering. Tre måneder senere blev patienten igen laparoskopisk opereret for strengileus.

## DISKUSSION

Vi har her præsenteret to sygehistorier, der tilsammen med et tredje lignende forløb er set på vores af-

## KASUISTIK

Gynækologisk-Obstetrisk  
Afdeling Y, Aarhus  
Universitetshospital,  
Skejby



Suturering af defekt efter reponering af internt hernieret tyndtarm.

deling inden for seks måneder. De viser, hvor svær diagnosen intern herniering kan være at stille, og at den kliniske mistanke alene bør føre til diagnostisk operation, idet fund ved CT kan være uspecifikke. Risikoen for progression til tarmnekrose og heraf følgende alvorlig morbiditet og mortalitet bør have i mente.

Det diskuteres fortsat, hvorvidt man for at forebygge interne hernier bør lukke de lommer, hvori de opstår. Der er til vores viden endnu ikke opnået konsensus om dette pga. varierende resultater [4]. Det er derfor uvist, om man bør tilbyde fertile/gravide laparoskopisk suturering af defekterne. Den operative risiko ved et sådant indgreb skal nøje overvejes i forhold til risikoen for opståen af intern herniering under graviditet og mulige komplikationer herved.

Alle gravide, der tidligere har fået foretaget gastrisk bypass-operation, bør tilbydes samtale med en obstetriker tidligt i graviditeten med henblik på infor-

mation om denne mulige komplikation. Da symptomerne på intern herniering kan være ret uspecifikke og let kan mistolkes, bør den gravide have mulighed for at henvende sig direkte til en specialafdeling ved symptomer herpå.

**KORRESPONDANCE:** *Christina Hjørnet Kamper*, Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling Y, Aarhus Universitetshospital, Skejby, Brendstrupgårdsvej 100, 8200 Aarhus N.  
E-mail: christina.h.kamper@skejby.rm.dk

**ANTAGET:** 24. november 2011

**FØRST PÅ NETTET:** 6. februar 2012

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen

#### LITTERATUR

- Greenstein AJ, O'Rourke RW. Abdominal pain after gastric bypass: suspects and solutions. *Am J Surg* 2011;201:819-27.
- Baker MT, Kothari SN. Successful surgical treatment of a pregnancy-induced Petersen's hernia after laparoscopic gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis* 2005;1:506-8.
- Gagné DJ, DeVoogd K, Rutkoski JD et al. Laparoscopic repair of internal hernia during pregnancy after Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis* 2010;6:88-92.
- De la Cruz-Muñoz N, Cabrera JC, Cuesta M et al. Closure of mesenteric defect can lead to decrease in internal hernias after Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis* 2011;7:176-80.

## Sundhedspersonales holdninger til sene provokerede aborter varierer

Anne Vinggaard Christensen & Birgit H. Petersson

### OVERSIGTSARTIKEL

Enhed for Medicinsk Kvinde- og Kønsforskning, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet

### RESUME

Internationale undersøgelser viser, at sene provokerede aborter skaber en større bekymring hos sundhedspersonale end tidlige aborter. Den største bekymring er risikoen for, at det aborterede foster udviser livstegn efter fødslen. Undersøgelser peger desuden på, at indikationen for abort, religiøs tilknytning og fagligt tilhørsforhold påvirker holdningerne. Antallet af sene provokerede aborter stiger i takt med, at fosterdiagnostikken udvikles, og der er derfor behov for forskning, der kan kaste lys over, hvordan det danske sundhedspersonale forholder sig til sene provokerede aborter.

Definitionerne på henholdsvis aborterede fostre og dødfødte børn har ændret sig i dansk lovgivning [1]. Som konsekvens heraf har det tidspunkt i graviditeten, hvor man udfører sene provokerede aborter, passeret det tidspunkt, hvor et foster betegnes som et barn. Hermed er der opstået et spændingsfelt for sundhedspersonalet, der kan stå i en situation, hvor et foster skal aborteres i en gestationsalder, hvor det

under andre omstændigheder var et barn, der skulle hjælpes.

Retten til legal abort blev indført i Danmark i 1973 og herunder også muligheden for tilladelse til sen provokeret abort efter 12. svangerskabsuge [2]. I 2002 satte WHO anbefalingerne for, hvornår fostre juridisk bør betegnes som dødfødte børn, ned til 22 uger. Dette skete efter en erkendelse af, at den teknologiske udvikling har gjort det muligt at holde liv i stadig yngre og meget små fostre.

I 2004 ændrede man de danske definitioner på dødfødte børn og aborter. Grænsen for, hvornår et foster blev betegnet som et dødfødt barn, var før på 28 uger, men blev ændret til 22 uger, dels på grund af den teknologiske udvikling, dels for at anerkende forældrenes følelse af at have mistet et barn, også tidligt i graviditeten. Der gives i praksis tilladelse til sene provokerede aborter op til 24. svangerskabsuge, og det kan derfor forekomme, at en sen provokeret abort kategoriseres som et dødfødt barn [1].

Antallet af sene provokerede aborter, der udføres