

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIKKER

13. Harrison MR, Sydorak RM, Farrell JA et al. Fetoscopic temporary tracheal occlusion for congenital diaphragmatic hernia: prelude to a randomized, controlled trial. *J Pediatr Surg* 2003;38:1012-20.
14. Brøløs E, Cortes D, Thorup JM. En diagnose bør huskes. *Ugeskr Læger* 2005;17:1844-8.
15. Bagolan P, Casaccia G, Crescenzi F et al. Impact of a current treatment protocol on outcome of highrisk congenital diaphragmatic hernia. *J Pediatr Surg* 2004;39:313-8.
16. Mifliazza L, Bellan C, Alberti D et al. Retrospective study of 111 cases of congenital diaphragmatic hernia treated with early high-frequency oscillatory ventilation and presurgical stabilization. *J Pediatr Surg* 2007;42:1526-32.
17. Chiu PPL, Sauer C, Mihailovic A et al. The price of success in the management of congenital diaphragmatic hernia: is improved survival accompanied by an increase in longterm morbidity? *J Pediatr Surg* 2006;41:888-92.

Diafragmahernie – indlagt under diagnosen galdestensanfald

Reservelæge Anders Hejmdal,
konstitueret overlæge Akram Dakhil &
1. reservelæge Thomas Boel

Sygehus Øst, Køge, Organkirurgisk Afdeling

Resume

En 34-årig kvinde blev indlagt med smerter under højre ribbenskurvatur. Den tentative diagnose var galdesten, men de parakliniske undersøgelser støttede ikke diagnosen. Røntgen af thorax viste en helt hvid højre lunge. En senere computertomografi afslørede en colonslynge i thorax og hæmo-/pneumothorax. Almentilstanden blev akut forværret, og hun blev – i et billede af livstruende sepsis – flyttet til en operationsfacilitet, hvor man ved åben torakotomi fandt et inkarcereret kongenit diafragmahernie. Efter operationen blev patienten udskrevet i velbefindende med midlertidig stomi.

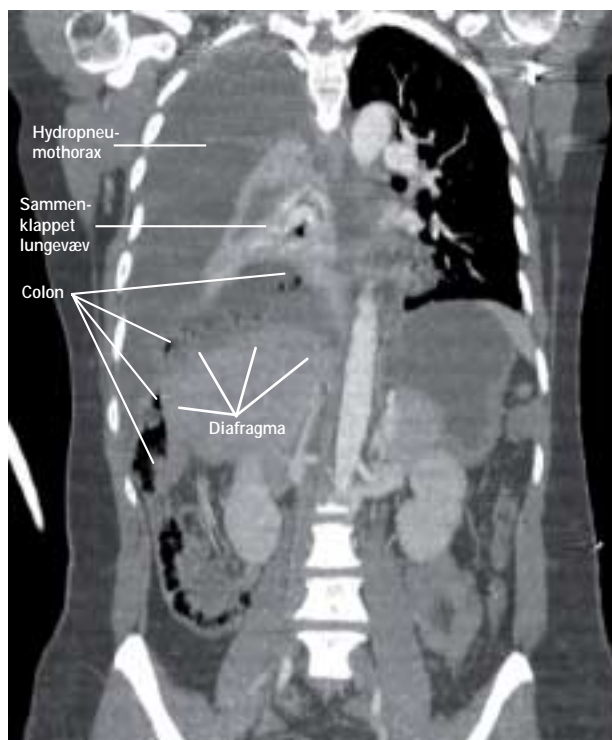
Patienter, som præsenterer sig med smerter omkring højre ribbenskurvatur, er særdeles almindelige i såvel den medicinske som den kirurgiske modtagelse. Differentialdiagnoserne er mange, og man vil ofte tænke i hyppige diagnoser, hvilket nedenstående sygehistorie er et eksempel på.

Sygehistorie

En 34-årig tidligere rask kvinde indlægges på kirurgisk afdeling efter fire dages anamnese med smerter under højre ribbenskurvatur. Smerterne var af konstant karakter med turevise forværringer og med udstråling til højre skulder. Smerterne var forsøgt behandlet med diclofenac uden nævneværdig effekt. Der var ingen opkastninger eller feber. Mistanken gik initialt på galdestenssygdom. Patienten havde normal biokemi. Natten til tredje indlæggelsesdøgn forværres patientens almentilstand, og hun blev klamtsvendende og bleg med tarkykardi. Smerterne var nu lokaliseret retrosternalt gående over i venstre thoraxhalvdel og var morfika-krævende. Man havde mistanke om en kardiopulmonal genese, og patienten blev overflyttet til Kardiologisk Afde-

ling. Elektrokardiogram viste iskæmi i laterale prækordialafledninger, men man fandt normale koronarenzymer og upåfaldende telemetri. Arteriepunktur viste tegn på let hyperventilation. Liggende røntgenoptagelse af thorax viste en hvid højre lunge og begge diafragmakupler fandtes upåfaldende.

Den efterfølgende morgen blev der foretaget ekkokardiografi, som var normal. Computertomografi afslørede højresidig hydro-/pneumothorax (**Figur 1**). Endvidere sås en 11 × 7,5 × 6 cm stor kavitet med væskespejl, som strakte sig paramediastinalt og ned til diafragma. Den tentative diagnose var lungeabsces. Der anlagdes pleuradræn, hvori der udtømtes 1.000 ml tyndtflydende, rødbrun og ildelugtende væske. Patienten overflyttedes til Thoraxkirurgisk Afdeling.



Figur 1. Computertomografi viste colonslynge i thorax samt hydro-/pneumothorax.

På Thoraxkirurgisk Afdeling blev der foretaget åben torakotomi. Her fandt man en perforeret caecum/colon ascendens, som hernierede op gennem en defekt på ca. 2 × 2 cm lateralt i den højre diafragma-kuppel (centrum tendineum). Herniet reponeredes intraabdominalt, der foretoges ileo-caecal resektion med terminal ileostomi. Den endelige diagnose var således kongenit diafragmahernie med inkarceret colonindhold.

Patienten kom sig og blev udskrivet velbefindende med henblik på tilbagelægning af stomien i rolig fase.

Diskussion

I denne sygehistorie rapporteres om en yngre kvinde, som først relativt sent i et deteriorerende sygdomsforløb fik stillet den rette diagnose. Først efter computertomografi samles interessen om et intratorakalt kirurgisk problem. Patienten blev herefter overflyttet til den relevante afdeling, hvor den endelige diagnose stilles.

Cirka 3,30 pr. 10.000 børn fødes med kongenit diafragmahernie [1]. Tilstandens alvor afspejles i en mortalitet (inklusive »skjult dødelighed») på op mod 60% [2, 3]. De hernier, som giver symptomer, afslører sig oftest som respiratorisk distress hos den nyfødte. Dog ses recidiverende lungeinfektioner og gastrointestinale symptomer hos en undergruppe af udiagnosticerede patienter med hernier [1]. Disse kan i nogle tilfælde lede tanken i retning af diagnosen, men vil formentlig oftest vildlede klinikerne til at tænke i andre diagnostiske baner. Hos 10% stilles diagnosen først senere i livet [2].

Røntgenoptagelse af thorax vil ofte ikke afsløre diagnosen.

Derfor fremhæves vigtigheden af at supplere med computertomografi i tilfælde, hvor der ikke foreligger en klar patologi.

Der er tidligere rapporteret enkelte eksempler, hvor ikke-perforerede hernier har simuleret pleuraeffusion, og hvor blind drænage af pleura ville medføre en iatrogen perforation af colon intratorakalt [4].

I vores tilfælde havde patienten ikke haft symptomer eller været ude for relevante traumer gennem sine 34 leveår. Først da herniet inkarcererede og perforerede til pleurahulen, udviklede hun sepsis med hurtig forværring af almentilstanden. Der forelå ingen traumer i anamnesen, som kunne lede tankerne i retning af et diafragmahernie.

Trods sygdommens udtalte sjældenhed illustrerer denne sygehistorie, hvor vigtigt det er at tænke differentialdiagnostisk, når anamnese, kliniske og parakliniske resultater ikke stemmer samt gøre brug af computertomografi eller anden avanceret modalitet tidligt ved et uafklaret sygdomsbillede.

Korrespondance. *Anders Hejmdal*, Organkirurgisk Afdeling, Sygehus Øst – Køge, DK-4600 Køge. E-mail: hejmdal@dadlnet.dk

Antaget: 5. juni 2008
Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Torfs CP, Curry CJ, Bateson TF et al. A population-based study of congenital diaphragmatic hernia. *Teratology* 1992;46:555-65.
2. Robinson PD, Fitzgerald DA. Congenital diaphragmatic hernia. *Pediatr Respir Rev* 2007;8:323-35.
3. Skari H, Bjørnland K, Haugen G et al. Congenital diaphragmatic hernia: A meta-analysis of mortality factors. *J Pediatr Surg* 2000;35:1187-97.
4. Kumar RV, Ramana DV, Gopal PR. Giant Morgagnian hernia masquerading as pleural effusion. *J Indian Med Assoc* 2004;102:98-9.

Diagnostik af et internt hernie ved computertomografi

Overlæge Bassam Mahdi, overlæge Lars Ulrich Hansen & 1. reservelæge Erik Zimmermann-Nielsen

Odense Universitetshospital, Røntgendiagnostisk Afdeling, Urologisk Afdeling og Kirurgisk Afdeling

Resume

Der præsenteres en sygehistorie, hvor der er udviklet et transmesenterielt hernie fire uger efter venstresidig laparoskopisk nefrektomi, foretaget via transperitoneal adgang pga. nyretumor. Diagnostisering af et internt hernie gøres bedst ved computertomografi, om end der ved denne metode er lav sensitivitet. Hvis der er mistanke om, at der forekommer et internt hernie, tilrådes hurtig kirurgisk indgriben.

Et internt hernie defineres som en protrusion af tarm igennem en normal eller abnorm peritoneal/mesenterial åbning intraabdominalt. De hyppigst forekommende interne hernier er paraduodenale, pericøkale, ved foramen Winslowii, transmesenterielle eller intersigmoidale [1]. Diagnosen internt hernie er vigtig at stille hurtigt, men det kan besværliggøres af, at symptomer og radiologiske tegn ofte vil være slørede på grund af en nylig overstået operation. Diagnosen stilles bedst ved computertomografi (CT) med peroral kontrast, hvor sensitiviteten angives til 16-48% [2-3]. De tegn, der bør lede opmærksomheden mod muligheden for et internt hernie, er dilaterede tarmslynger proksimalt for en peritoneal/mesenterial åbning, et tæt forløb af mesenteriale blodkar, og en abnorm placering af anastomose, identificeret ved staplerclips. Ende-