

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 klinikeren 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, Bjornland 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, pericøkal, 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-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIKKER

lig kan en fortykket broksæk udvikle sig med tiden og erkendes på CT.

Sygehistorie

En 62-årig mand blev indlagt akut efter et døgn med kraftige smerter i venstre side af abdomen. Patienten var fire uger forud for aktuelle indlæggelse blevet laparoskopisk nefrektomeret på venstre side for en fire centimeter stor tumor ved nedre nyrepol. Der blev foretaget transperitoneal adgang med mobilisation af venstre colonfleksur og colon descendens. Indgrebet blev beskrevet som ukompliceret. I efterforløbet udviklede patienten urinvejsinfektion, som blev behandlet med antibiotika. Mikroskopi viste renalcellekarcinom af papillifer type pT1 med frie resektionsrande, N0, M0.

Ved den aktuelle indlæggelse fandtes patienten tydeligt smertepåvirket og klamtsvedende, blodtryk 187/106 mmHg, puls 60, temperatur 35,7 °C. Abdomen var direkte øm svarende til venstre nyreloge. Akut computertomografi af abdomen med intravenøs og peroral kontrast viste sequelae efter venstresidig nefrektomi i form af koagler eller hæmatom og fri væske intraabdominalt samt tegn på intern herniering af en stor del af tyndtarmen med ødematøst mesenterium til venstre flanke. Tyndtarmskonglomeratet skubbede venstre colonfleksur og colon descendens mod højre (**Figur 1**). Patienten blev akut laparotomeret, der fandtes blodtingeret væske intraabdominalt og 125 cm dilateret, men vitalt tyndtarmskonglomerat som havde hernieret sig igennem en 5 cm stor defekt i mesenteriet af venstre colonfleksur. Tyndtarmskonglomeratet blev reponeret, resektion fandtes ikke indiceret, og defekten blev lukket uden brug af mesh. Det postoperative forløb var ukompliceret, og patienten kunne udskrives efter syv dage.

Diskussion

Transmesenterielle hernier forekommer hyppigst hos børn og hos voksne efter operation [1]. Det er den type hernie, som

hyppigst udvikler inkarceration. Det sker ved 30-40% af alle interne hernier [1]. Diagnosen transmesenterielt hernie stilles bedst ved computertomografi med peroral kontrast, men sensitiviteten er ofte lav på grund af en varieret lokalisation af herniet og mangel på fortykket broksæk. Der bør hurtigt foretages laparoskopi eller laparotomi ved mistanke om internt hernie. Et internt hernie er forbundet med en morbiditet på 12-15% og en mortalitet på 0,5-2% [3, 4], men ved udvikling af inkarceration er beskrevet en mortalitet på op til 50% trods operation [1].

Denne sygehistorie viser, at man bør overveje diagnosen internt hernie hos patienter med uspecifikke subileussympotomer, især hos patienter som nylig har gennemgået kirurgi med manipulation af mesenterium for eksempel tarmresektion med anastomose (ikke alle kirurger suturerer defekt i mesenterium) eller efter bariatriske operationer. Vi finder det vigtigt, at kirurger og radiologer har kendskab til tegnene for et internt hernie ved CT.

Korrespondance: Lars Ulrich Hansen, Urologisk Afdeling L, Odense Universitetshospital, DK-5000 Odense C. E-mail: luhsansen@hotmail.com

Antaget: 21. februar 2008
Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Martin LC, Merkle EM, Thompson WM. Review of internal hernias: radiographic and clinical findings. *Am J Roentgenol* 2006;186:703-17.
2. Reddy SA, Yang C, McGinnis LA et al. Diagnosis of transmesocolic internal hernia as a complication of retrocolic gastric bypass: CT imaging criteria. *AJR Am J Roentgenol* 2007;189:52-5.
3. Ghiassi S, Nguyen SQ, Divino CM et al. Internal hernias: clinical findings, management, and outcomes in 49 nonbariatric cases. *J Gastrointest Surg* 2007;11:291-5.
4. Higa KD, Ho T, Boone KB. Internal hernias after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: incidence, treatment and prevention. *Obes Surg* 2003;13:350-4.



Figur 1. Computertomografi af abdomen, som viser en stor del af tyndtarmen med et ødematøst mesenterium beliggende i venstre flanke, som skubber venstre colonfleksur og colon descendens mod højre.