

Kronisk ileus efter iatrogen reversering af tyndtarmen

Læge Mark Ellebæk Pedersen, overlæge Hans B. Rahr, overlæge Bassam Mahdi & professor Niels Qvist

Tyndtarmsresektion med primær anastomose tilsigter bevarelse af den antegrade propulsive peristaltik og dermed normal tarmfunktion. Ved operationer med flere samtidige resektioner er der risiko for utilstregt anastomosering af de forkerte tarmender. Vi beskriver en patient, hos hvem hele jejunum og ileum således var blevet reverseret efter en højresidig hemikolektomi med samtidig resektion af jejunum.

SYGEHISTORIE

En 74-årig kvinde blev henvist fra medicinsk-gastroenterologisk afdeling pga. kronisk ileus. Et år tidligere var hun andetsteds opereret for en 11 cm stor gastrointestinal stromal tumor (GIST) i tyndtarmskrøset med involvering af colon transversum og proksimale jejunum. Der var udført udvidet højresidig hemikolektomi og resektion af proksimale jejunum med primære anastomoser. Forløbet dengang var kompliceret: På sjette postoperative dag blev der udført reoperation med resektion af 10 cm nekrotisk ileum og primær anastomose. På 22. postoperative dag blev der gennemført suturering af anastomoselækage ved den primære jejunumanastomose. Derefter udvikledes en enterokutan fistel til såret. Fistlen blev først behandlet konservativt, men siden lukket ved operation fire måneder senere. På grund af persisterende ileussympotomer blev der yderligere en måned senere udført tyndtarmspassage, som viste betydeligt forsinket kontrastpassage. Vi foretog eksplorativ laparotomi og fandt fortykket og dilateret tyndtarm i svære adhærencer, men uden oplagt obstruktion. Patienten kunne udskrives, men blev siden genindlagt med kvalme og opkastning og måtte ernæres parenteralt. Som støtte for den kliniske mistanke om reversering af tyndtarmen blev der udført en magnetisk resonans (MR)-skanning af abdomen, hvor man ved gennemsyn af en serie koronale snit kunne følge og sammenligne forløbet af henholdsvis mesenterialkarrene og selve tyndtarmen (**Figur 1**), og diagnosen blev endeligt bekræftet ved en efterfølgende laparotomi. Begge anastomoser blev nu nedbrudt, og det reverserede tyndtarmssegment blev vendt rigtigt med anlæggelse af jejunum-jejunal anastomose og terminal ileostomi. To dage efter blev et blødende kar i såret ligeret, ellers var det postoperative forløb ukompliceret. Tre år senere er patienten ved godt helbred, har normal tarmfunktion, og er normalvægtig uden ernæringstil-

skud. Computertomografi af abdomen viser ingen tegn på recidiv af GIST.

DISKUSSION

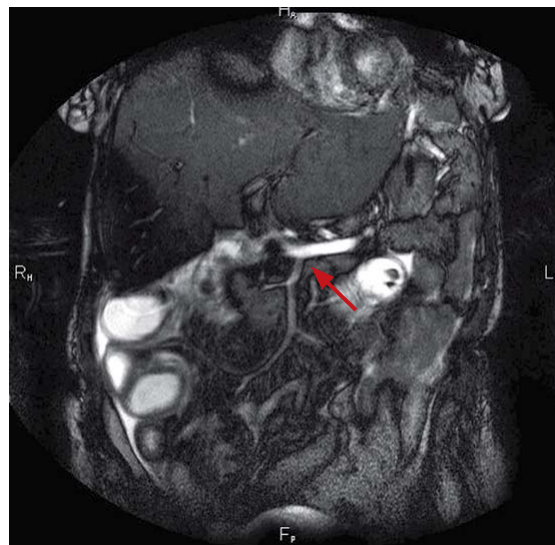
Normal antegrad peristaltik i tarmen sikres gennem reflektorisk kontrol i det enteriske nervesystem. Nervebanerne i de enkelte refleksbuer innoverer ganske korte segmenter af tarmen og står i indbyrdes forbindelse. Ved korrekt udført tarmresektion med anastomose genetableres normal tarmfunktion hurtigt, men ved reversering af et tarmsegment er der risiko for kompromitteret tarmfunktion pga. retrograd peristaltik. Risikoen afhænger af længden af det reverserede stykke i forhold til tarmens samlede længde [1, 2]. Hos denne patient blev hele tyndtarmsgebet ved en fejl reverseret under den primære operation, hvor man jo efter resektionen af tumor stod med tre tyndtarmsender og en colonende. Fejlen kunne formentlig have været undgået ved intraoperativ mærkning og dermed korrekt orientering af tarmsegmenterne forud for anastomoseringen.

KASUISTIK

Odense Universitets-hospital, Kirurgisk Afdeling A og Radiologisk Afdeling, og Vejle Sygehus, Organkirurgisk Afdeling

FIGUR 1

Magnetisk resonans-skanning af abdomen i koronalplan. Midt i billedet ses tyndtarmens krøskar og sammenløbet af vena mesenterica superior og vena lienalis (pil). Selve tarmens forløb kunne følges ved gennemsyn af en række andre koronale snit (ikke vist). En sammenstilling af tarmens og karrenes forløb sandsynliggjorde diagnosen.



Diagnosen blev mistænkt ud fra sygehistorie og klinik og bekræftet ved MR-skanning og eksplorativ laparotomi. Intraluminal manometri distalt for den proximale tyndtarmsanastomose kunne formentlig have demonstreret retrograd peristaltik [3], men blev ikke udført hos denne patient. Tilstanden blev kureret ved vending af det reverserede tarmsegment, idet der dog blev anlagt ileostomi for at minimere risikoen for komplikationer. Teoretisk kunne man derfor overveje colondysmotilitet som forklaring på ileustilstanden, men det vurderes at være usandsynligt, da patienten forud for sygdomsforløbet havde normal tarmfunktion.

KONKLUSION

Ved flere samtidige tarmresektioner er der risiko for anastomosering af de forkerte ender og dermed re-

versering af tarmsegmenter, hvilket kan føre til ileus. MR-skanning med fokus på tarmens og karrenes forløb kan bidrage til diagnosen. Behandlingen er kirurgisk korrektion.

KORRESPONDANCE: Mark Ellebæk Pedersen, Kirurgisk Afdeling A, Odense Universitetshospital, 5000 Odense C. E-mail: markep01@gmail.com

ANTAGET: 8. oktober 2009

FØRST PÅ NETTET: 12. april 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Lloyd DA. Antiperistaltic colonic interposition following massive small bowel resection in rats. *J Pediatr Surg* 1981;16:64-9.
2. Cuschieri A. Surgical management of severe intractable postvagotomy diarrhoea. *Br J Surg* 1986;73:981-4.
3. Uchiyama M, Iwafuchi M, Matsuda Y et al. [Changes in intestinal motility after massive small bowel resection with a reversed jejunal segment]. *J Smooth Muscle Res* 1996;32:17-26.

Debut af fæokromocytom med vasokonstriktion og gangræn

Reservelæge Kristina Galsgaard, overlæge Ole Hilberg & overlæge Karin Hjorthaug

KASUISTIK

Århus Sygehus,
Lunge-medicinsk
Afdeling B6

Fæokromocytom (FK) er en katekolaminproducerende tumor af neuroektodermal oprindelse, hvor ca. 90% af tumorerne er lokaliseret til binyrerne. Symptombilledet kan være yderst varierende [2]. De hyppigste manifestationer skyldes en direkte effekt af det høje katekolaminniveau, herunder hypertension, takykardi, hovedpine, svedudbrud, palpitationer og angst eller uro. Derudover kan der forekomme: polycytæmi, feber, flushing, kvalme, dyspnø og torakoabdominale smerter [3]. Incidensen af FK er lav, ca. to pr. million pr. år = ca. ti pr. år i Danmark, hvoraf ca. 10% er maligne.

SYGEHISTORIE

Patienten blev indlagt med febrilia, kulderystelser, dyspnø og hoste samt thoraxsmerter. Hun var kendt med kronisk obstruktiv lungesygdom, men var ellers rask og tog ingen fast medicin. Der blev opstartet intravenøs penicillinbehandling under pneumonimistanke.

Kort efter indlæggelsen fik patienten pludseligt indsættende smerter i alle ekstremiteter, som fandtes kolde, blåligt marmorerede og med svag puls. C-reaktivt protein (CRP) var knap 6.000 nmol/l, men uden

initial leukocytose, bloddyrkningen viste vækst af streptokokker. Trods sepsisbehandling udviklede patienten tegn på dissemineret intravaskulær koagulation med faldende fibrinogen og trombocytal samt forlænget aktiveret partiel tromboplastintid. Patienten udviklede gangræn og fik foretaget akut amputation af crurae, samt flere fingre.

Et halvt år senere blev patienten indlagt med pneumokoksepsis. Der sås episoder med pludselig blodtryksstigning, hovedpine, hjertebanken og varmfornemmelse. Det kom yderligere frem, at patienten i de seneste to år havde haft anfald med palpitationer, hovedpine, trykkende fornemmelse i brystet og svedeture. Anfaldene varede ca. 4-7 minutter.

Computertomografi viste en 4 × 3,7 × 4 cm stor proces svarende til venstre binyre uden tegn på metastaser. Der blev iværksat 2 × 2 døgns urinopsamling af katekolaminer, og man fandt adrenalin på 1.068 nmol/døgn (normalt < 125 nmol/døgn). ¹²³I-metaiodbenzylguanidin (MIBG)-skintigrafi viste opladning svarende til venstre binyre (**Figur 1**).

Patienten blev sat i fenoxylbenzmin- og propanololbehandling og fik foretaget laparoskopisk venstresidig adrenalectomi.