

Megaduodenum og obstipation efter operation for kongenit tyndtarmsatresi

John Karstensen¹, Dennis Raahave² & Preben Kirkegaard³

KASUISTIK

1) Klinik for Øvre Kirurgi, Kirurgisk Afdeling, Helsingør Hospital,
2) Tarmlaboratoriet, Helsingør Hospital, og
3) Kirurgisk Afdeling C, Rigshospitalet

Megaduodenum er et sjældent fund. Det ses ofte i forbindelse med gastrointestinal malrotation, eller hvor duodenum er udvidet som en præstenotisk dilatation. Megaduodenum blev beskrevet første gang i 1937 [1]. Symptomerne spænder vidt, men er typisk epigastrielle smerter, opkastninger og halsbrand. Fundet gøres ved duodenoskopi eller røntgenundersøgelse, men bør følges op af en fuld gastrointestinal udredning for at klarlægge årsagen. Behandlingen er kirurgisk. I denne sygehistorie præsenterer vi en kvinde i 30'erne med obstipation, hos hvem megaduodenum var en medvirkende årsag.

SYGEHISTORIE

En 33-årig kvinde blev henvist på grund af mavesmerter og forstoppelse. Hun havde tidligere været overvægtig, og var efter et vægttab på 50 kg blevet opereret for abdomen pendens. Hun havde vandtynde afføringer 1-2 gange ugentligt og trykken i epigastriet. Ved klinisk undersøgelse af abdomen fandtes cikatricen fra operationen for abdomen pendens og en tværcikatrice, der stammede fra en ileusoperation som spæd. Patienten havde desuden en stor udfyldning i højre hypokondrium, der strakte sig ned i højre fossa.

Anoskopi, analfysiologiske undersøgelser og blodprøver var normale. Colonsittiden (CTT) [2] var forlænget (76 timer), hvilket fandtes at være i overensstemmelse med patientens kroniske obstipa-

tion. De røntgenfaste markører befandt sig alle i venstre side af abdomen. Ultralyd og computertomografi af abdomen viste en luftfyldt struktur i højre side. Røntgen af colon viste, at alle colonslynger lå til venstre for columna, men derudover fandtes der ingen patologi. Der blev foretaget tarmpassage, som viste udtalt dilatation af duodenum's andet og tredje stykke (Figur 1).

Dette blev genfundet ved duodenoskopi, hvor der fandtes retention og voldsom dilatation af duodenum.

Den originale beskrivelse af patientens ileusoperation viste, at hun blev opereret på sin første levnedag, hvor der blev fundet en blindlukket, dilateret og fritliggende duodenum. I jejunum sås desuden flere atresier, og der var malrotation. Ved operationen blev krøset roteret på plads, hvorefter der blev udført en duodenojejunal og en jejunojenunal anastomose. Efter to måneder blev patienten reopereret på grund af stenose af den distale anastomose.

Ved duodenoskopien kunne bunden af duodenum ikke nås, hvorfor patienten fik foretaget dobbeltballonenteroskopi, der bekræftede diagnosen megaduodenum. Desuden fandtes der ved den anale ende af duodenum en stenose, som kunne passeres med skopet, og 50 cm nede i jejunum fandtes yderligere en passabel stenose.

Ved operationen på Rigshospitalet fandt man en stenose svarende til den jejunojenunale anastomose. Oralt for dette var der 30 cm dilateret og hypertrofisk tarm på overgangen mellem duodenum og jejunum. Dette stykke tarm blev komplet reseceret, og der blev anlagt en *side-to-side*-anastomose. Det postoperative forløb var ukompliceret.

Et halvt år postoperativt var mavesmerterne forsvundet, og hun havde afføring næsten dagligt. En peroral kontrastundersøgelse var normal, og CTT målt til 28 timer (normal) mod 76 timer præoperativt [2].

DISKUSSION

Ved den kliniske undersøgelse fandt man en udfyldning i højre side af abdomen. Da patientens hovedklage var obstipation, arbejdede vi ud fra, at det var en dilateret caecum. Det viste sig imidlertid at være

FIGUR 1

Tyndtarmspassage viser megaduodenum hos en 33-årig kvinde. Denne megaduodenum var opstået efter tidligere operationer umiddelbart efter fødslen for jejunale atresier.



en megaduodenum, som ikke havde givet øvre gastrointestinale gener. Udredningen tog først fart, da den oprindelige patologi blev slået fast ved hjælp af den pædiatriske journal. *Kokkonen et al* beskriver i en opgørelse over 41 patienter, der var opereret for varierende grader af duodenal atresi, at ni (22%) i voksenalderen havde asymptomatisk forstørret duodenum [3]. Duodenal dilatation er således ikke en usædvanlig senfølge.

Megaduodenum beskrives oftest ved fund af duodenale atresier og manglende rotation af colon, der som i vores sygehistorie udelukkende var beliggende i venstre side af abdomen. Lidelsen er desuden beskrevet i en arvelig udgave, som viser sig ved viscerale myopati [4]. Der foreslås i litteraturen flere kirurgiske løsninger [5]; i vores tilfælde valgtes en komplet resektion af det hypertrofiske og dilaterede stykke med *side-to-side*-anastomose.

Patienten fik samtidig ophævet sin obstipation, således at megaduodenum (med retention) i dette til-

fælde har været en forsinkende faktor for tarmpassagen.

Generelt er der, i tilfælde hvor patienter har funktionelle abdominale klager efter kirurgi for kongenit misdannelse, selv efter en længere årrække indikation for fuld gastrointestinal udredning for at udelukke behandlingskrævende komplikationer.

KORRESPONDANCE: John Karstensen, Kirurgisk Afdeling, Helsingør Hospital, 3000 Helsingør. E-mail: johngkarstensen@hotmail.com

ANTAGET: 16. august 2010

FØRST PÅ NETTET: 3. januar 2011

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

1. Williams TP. Megaduodenum (Specimen). *Proc Roy Soc Med* 1937;30:875-6.
2. Raahave D, Christensen E, Loud FB et al. Correlation of bowel symptoms with colonic transit, length, and faecal load in functional faecal retention. *Dan Med Bull* 2009;56:83-8.
3. Kokkonen ML, Kalima T, Jaaskelainen J et al. Duodenal atresia: late follow-up. *J Pediatr Surg* 1988;23:216-20.
4. Basilisco G. Hereditary megaduodenum. *Am J Gastroenterol* 1997;92:150-3.
5. Nichol PF, Stoddard E, Lund DP et al. Tapering duodenoplasty and Roux-en-Y duodenojejunostomy in the management of adult megaduodenum. *Surgery* 2004;135:222-4.

Laparoskopisk rectumresektion med salpingo-ooforektomi gennem en enkelt incision

Orhan Bulut & Claus Buhl Nielsen

En reduktion af antallet af porte samt en reduktion af incisionens størrelse mindsker det kirurgiske stressrespons samt risikoen for hernie og medfører desuden et bedre kosmetisk resultat. Single-Incision Laparoscopic Surgery (SILS) og Natural Orifice Transluminal Surgery (NOTES) har efterhånden udviklet alternativer til konventionel laparoskopisk kirurgi [1, 2]. Anvendelse af SILS medfører kun et ar, som afhængig af den enkelte operationstype oftest gemmes dybt i umbilicus. Aktuelt er der i Skandinavien ikke rapporter om, at SILS har været anvendt til kirurgiske indgreb i det lille bækken. Derfor præsenterer vi hermed vores erfaring i brug af laparoskopisk enportsteknik.

SYGEHISTORIE

En 83-årig kvinde, der tidligere var hysterektomeret, havde en malign proces i rectum ti cm fra anus og en syv cm stor multicystisk proces i venstre ovarie. En SILS-port (Covidien) blev placeret i en 2,5 cm lang incision svarende til stomimarkeringen i højre fossa.

Patienten blev herefter placeret i Trendelenburgs leje, ovariecysten blev fridissekeret, reseceret sammen med venstre adnex og fjernet i en pose. Efterfølgende blev rectum reseceret med laparoskopisk total mesorektal excision (lap. TME), som vi tidligere har beskrevet [3]. Sigmoidum og rectum blev ophængt til forreste bugvæg ved hjælp af transparietale suturer. Der anvendtes medial adgang til dissektionen af vasa mesenterica inferior og visualisering af venstre ureter. Efter deling af vasa rectalis superior udførtes dissektion med lap. Efter deling af vasa rectalis superior udførtes dissektion med lap. TME-teknik, indtil mesorectum var helt frilagt til bækkenbunden. Lige proksimalt for levatorpladen blev rectum delt med EndoGIA-stapler. Rectosigmoidum blev herefter ført ekstrakorporealt gennem SILS-åbningen, hvori der forinden var placeret sårbeskytter. Den orale del af resektatet blev delt med lineær stapler, og efterfølgende udførtes en konventionel *end-to-end*-intrakorporel kolorektal anastomose med cirkulær transanal

KASUISTIK

Gastroenheden,
Kirurgisk Sektion,
Hvidovre Hospital