

mistanke om ileus blev der foretaget CT. Denne viser overraskende caecumvolvulus. Patienten fik foretaget akut eksplorativ laparotomi, hvor man fandt, at caecum og colon ascendens var hernierende igennem foramen Winslowii. Der blev foretaget samme procedure som i sygehistorie I.

For begge patienter gjaldt det, at det postoperative forløb var ukompliceret, og begge kunne udskrives i velbefindende efter en uge.

## DISKUSSION

Anatomisk afgrænses foramen Winslowii af vena cava inferior, leverens lobus caudatus, duodenum og den frie kant af omentum minus (det hepatoduodenale ligament).

Oftest (75%) er det tyndtarmsslynger, der udgør brokindholdet, men sjældent ses også terminale ileum og caecum. Prædisponerende faktorer for kækal herniering i foramen Winslowii er en fri og mobil caecum og en forstørret højre leverlap.

Pga. den tætte relation til det hepatoduodenale ligament kan kompression af indholdet i denne resultere i helt andre symptomer, f.eks. obstruktiv ikterus, galdeblæreiskæmi og atrofi af leversegment (Zahns leverinfarkt) [4].

Diagnosticering af herniering til lille sæk sker bedst ved CT, som bør udføres tidligt ved ukarakteristiske øvre abdominalsmerter. Skanningen kan afsløre et luftfyldt tarmsegment mellem ventrikel og pancreas (Figur 1).

Behandlingen er operation, og med caecum involveret bør der reseceres som ved caecumvolvulus.

Der er for nylig beskrevet vellykkede behandlingsresultater ved hurtig laparoskopisk operation for herniering igennem foramen Winslowii [5].

**KORRESPONDANCE:** Anne Reiss Axelsen, Kirurgisk Afdeling A, Odense Universitetshospital, 5000 Odense C. E-mail: anne\_r\_axelsen@hotmail.com

**ANTAGET:** 10. marts 2011

**FØRST PÅ NETTET:** 27. juni 2011

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen

**TAKSIGELSER:** Troels Vestergaard Madsen takkes for computertomografibilledet.

## LITTERATUR

1. Akvildiza H, Artis T, Akcana A et al. Internal hernia, complex diagnostic and therapeutic problem. *Int J Surg* 2009;7:334-7.
2. Zissin R, Hertz M, Gayer G. Congenital internal hernia as a cause of small bowel obstruction. *Br J Radiol* 2005;78:796-802.
3. Martin LC, Merkl EM, Thomson WM. Review of internal hernias: radiographic and clinical findings. *AJR Am J Roentgenol* 2006;186:703-17.
4. Pernice LM, Bartolucci M, Mori V et al. Transverse colon herniation through the foramen of winslowii presenting with unusual CT findings. *J Gastrointest Surg* 2006;10:1180-3.
5. Daele EV, Poortmans M, Vierendeels T et al. Herniation through the foramen of Winslow: a laparoscopic approach. *Hernia* 2010, 14. maj (epub ahead of print).

# Miltabsces hos en 28-årig, tidligere rask mand

Nina Marie Birk Eriksen, Charlotte Duch Lynggaard & Gitte Kronborg

Miltabsces er en sjælden tilstand, der i de fleste tilfælde opstår hos patienter med velkendte risikofaktorer. Ca. to tredjedele opstår som resultat af bakterieæmi [1], oftest på grund af infektiøs endokarditis. Andre årsager er traumer, spredning og følger efter iskæmisk infarkt med sekundær infektion. Sjældnere årsager er: Feltys syndrom, amyloidose, tuberkulose, intravenøst stofmisbrug og hæmoglobinopati.

Immunsuppression er en betydelig disponerende faktor for udvikling af miltabsces. Immunsuppression kan skyldes hiv, immunsupprimerende behandling, diabetes mellitus, cancer, alkoholisme og steroidbehandling [1, 2]. Mikrobiologisk er *Streptococcus* spp., *Staphylococcus* spp., *Salmonella* spp. og *Escherichia coli* de mest fremherskende. De kliniske manifestationer er uspecifikke, men inkluderer som oftest mavesmerter, der er lokaliseret i øvre venstre kvadrant af

abdomen og eventuelt feber, kvalme, opkastninger og madlede. Paraklinisk findes der tegn på infektion, og den endelige diagnose stilles ved billedagnostik og isolering af agens fra abscessen.

## SYGEHISTORIE

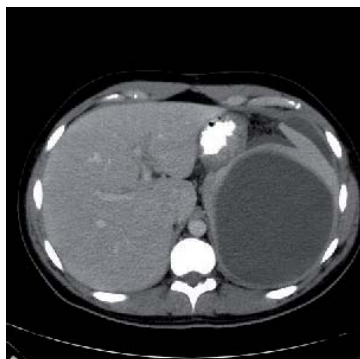
En 28-årig, tidligere rask, danskfødt mand med tyrkiske forældre blev set hos egen læge grundet intermitterende atraumatiske smerter i venstre skulder gennem flere måneder. Smerterne ændrede sig over tid til torakale smerter og siden til øvre abdominale smerter. Mere end et år efter symptomdebut fik patienten højfebrilia og blev indlagt akut. Ved indlæggelsen var patienten septisk, C-reaktivt protein var 241, der var leukocytose. En ultralydskanning af abdomen viste en cyste i milten. Behandling med alendazol, cefuroxim og metronidazol blev iværksat, og

## KASUISTIK

Infektionsmedicinsk Afdeling, Hvidovre Hospital

 FIGUR 1

Computertomografi af thorax viser stor miltabsces med sparsom bræmme af omkringliggende normalt væv.



patienten blev overflyttet til en infektionsmedicinsk afdeling. Ved en computertomografi af abdomen fandt man en cyste/absces på 11 cm i diameter med en smal bræmme af normalt miltvæv omkring (Figur 1). En røntgenundersøgelse af thorax viste venstresidig pleural effusion med behov for drænage. Efter udelukkelse af amøbeabsces og ekinokokcyste med negativ *indirect haemagglutination antibody* (IHA)-titer og negative ekinokoktitre blev abscessen dræneret, og dyrkning viste *Streptococcus anginosus*. Abscessen blev initialt behandlet med antibiotika og drænage. Abscessen gendannedes, og nye kaviteter i milten tilkom. Disse blev også dræneret, men uden kurativ effekt. Patienten blev slutteligt splenektomeret efter forudgående pneumokokvaccination.

## DISKUSSION

Miltabsces er en sjælden tilstand, specielt i de vestlige lande, hvor incidensen af parasitinfektioner er lav [1, 3, 4]; desuden er det en diagnostisk udfordring grundet den uspecifikke symptomatologi. Bemærkelsesværdigt fandt vi ingen udløsende faktorer eller risikofaktorer hos patienten. Patienten besøgte Tyrkiet hvert andet år, men opholdt sig aldrig i landlige områder. Han blev undersøgt for hiv, diabetes mellitus, hæmoglobinopati og kronisk granulomatøs sygdom, men der var ingen positive fund. Yderligere viste en ekkokardiografi og en sigmoideoskopi normale forhold. *Streptococcus anginosus* er en del af den menneskelige bakterieflora, men kan være anledning til sygdom i form af f.eks. hjerne- og leverabsces. Ofte ses grundliggende sygdom som mundhuleinfektion eller mavetarminfektion, men vi fandt ingen tegn på dette. På grund af patientens etnicitet var der initielt mistanke om ekinokokcyste, hvorfor der blev behandlet med albendazol ud over antibiotika. Dyrkning viste *Streptococcus anginosus*, og patienten overgik til behandling med penicillin 2 mio. internationale enheder (MIE)  $\times$  3. Man kunne have valgt at foretage en

polymerasekædereaktionundersøgelse af aspiratet efter manglende effekt af antibiotika med tanke på polymikrobiel genese. Komplikationerne i forbindelse med miltabsces er perforation af peritoneum eller et andet hulorgan og er vist at udgøre 6,6% [5].

Behandlingen af miltabscesser hos voksne er kontroversiel og står mellem splenektomi eller drænage samt antibiotika. Ved behandling i form af drænage er der succesrater på 50-90% [5]. Komplikationerne er hæmragi, pleuralt empyem, pneumothorax og fisteldannelse [1]. Risikoen ved splenektomi er, ud over risici forbundet med selve operationen, en øget risiko for septikæmi, specielt øges risikoen for pneumokoksepsis. Patienten, der er beskrevet i sygehistorien, blev initialt behandlet med drænage samt antibiotika givet i.v. Abscessen blev gendannet i tre nye kaviteter og man behandlede med redrænage under dække af penicillin 4 MIE  $\times$  4 i.v. På grund af manglende effekt blev patienten slutteligt splenektomeret. Perkutan drænage og miltbevarende behandling er mindre invasiv end splenektomi og er vist at have kortere behandlingsforløb [1, 2]. Sygehistorien illustrerer, at denne metode ikke var kurativ, hvorfor der blev udført splenektomi. Varigheden af indlæggelse øges ved behov for sekundær splenektomi versus initial splenektomi (32,6 vs. 17,5 dage) [1], dog er mortaliteten den samme. Dette bekræfter, at initial behandling med drænage er rimelig, og at splenektomi bør overvejes hos voksne, hvis den første drænage ikke er kurativ.

**KORRESPONDANCE:** Nina Marie Birk Eriksen, Børneafdelingen, Hillerød Sygehus, 3400 Hillerød. E-mail: ninabirk@gmail.com

**ANTAGET:** 10. marts 2011

**FØRST PÅ NETTET:** 4. juli 2011

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen

## LITTERATUR

1. Kogo H, Yoshida H, Mamada Y et al. Successful percutaneous ultrasound-guided drainage for treatment of a splenic abscess. *J Nippon Med Sch* 2007;74:257-60.
2. Fotiadis C, Lavranos G, Patapis P et al. Abscesses of the spleen. *World J Gastroenterol* 2008;14:3088-91.
3. Culhaci N, Meteoglu I, Kacar F et al. Abscess of the spleen. *Pathol Oncol Res* 2004;10:234-6.
4. Chiang IS, Lin TJ, Chiang IC et al. Splenic abscesses: review of 29 cases. *Kaohsiung J Med Sci* 2003;19:510-4.
5. Zerem E, Bergsland J. Ultrasound guided percutaneous treatment for splenic abscesses: the significance in treatment of critically ill patients. *World J Gastroenterol* 2006;12;:7341-5.