

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

nemsnitlige overlevelse varierer fra 4-6 uger uden behandling til 3-6 måneder med behandling [1, 2, 4].

Sygehistorien understreger, at monosymptomatisk kranie-nervepåvirkning, herunder hørenedsættelse, kan være første og eneste symptom på cancerrecidiv, og at adskillige og eventuelt gentagne differentialdiagnostiske undersøgelser er påkrævet for at sikre den korrekte diagnose.

Korrespondance: *Sidse Bregendahl*, Gunilsskov 39, DK-8600 Silkeborg.  
E-mail: [sidse.bregendahl@get2net.dk](mailto:sidse.bregendahl@get2net.dk)

Antaget: 2. februar 2006  
Interessekonflikter: Ingen angivet

## Litteratur

1. Uppal HS, Ayshford CA, Wilson F. Sudden onset bilateral sensorineural hearing loss: a manifestation of occult breast carcinoma. *J Laryngol Otol* 2001; 115:907-10.
2. Grossman SA, Krabak MJ. Leptomeningeal carcinomatosis. *Cancer Treat Rev* 1999;25:103-19.
3. Zeller JA, Zunker P, Witt K et al. Unusual presentation of carcinomatous meningitis: case report and review of typical CSF findings. *Neurol Res* 2002;24: 652-4.
4. Morgan MK, Zammit-Maempel I, Hill J. Meningeal carcinomatosis: an unusual cause of deafness. *J R Coll Surg Edinb* 1998;43:119-21.
5. Alberts MC, Terrence CF. Hearing loss in carcinomatous meningitis. *J Laryngol Otol* 1978;92:233-41.

## Laparoskopisk operation af kæmpehernie efter bækkenknogleresektion

Reservelæge Kasper Aaboe, overlæge Bo Jacobsen & professor Jacob Rosenberg

Gentofte Hospital, Kirurgisk Afdeling D

Incisionalhernier efter abdominalkirurgi er en hyppig komplikation, der opstår hos mere end 10% af patienterne [1]. Derimod er der kun beskrevet få tilfælde af herniedannelse efter bækkenknogleresektion [2], og laparoskopisk reparation af dette er så vidt vides ikke tidligere beskrevet i litteraturen. Kæmpehernier er traditionelt blevet behandlet med åben kirurgi, men laparoskopisk operation ved kæmpehernier kan give nye behandlingsmuligheder med færre komplikationer. Vi beskriver her en kvinde som blev bækkenknogleresekeret gentagne gange på grund af et kondrosarkom. Hun fik efterfølgende et meget stort hernie i højre lyskeregion. Dette blev opereret laparoskopisk.

### Sygehistorie

En 31-årig kvinde fik i 1993 diagnosticeret kondrosarkom i ramus inferior ossis pubis dexter. Hun blev primært opereret med resektion af ramus superior et inferior ossis pubis dexter og blev i løbet af 1995-1998 reopereret fire gange på grund af recidiv. Efter fem års kontrol uden tegn på recidiv henvistes patienten til plastikkirurgisk afdeling med henblik på operation for et kæmpehernie, opstået som bugvægsdefekt på grund af den manglende knoglestruktur efter de tidligere operationer (**Figur 1**).

Objektivt så man i nederste del af abdomen et 10 cm bredt og 20 cm langt hernie, der prolaberede ned i højre labium

majus. Herniet var frit reponibelt og uømt. Fra plastikkirurgisk afdeling afstod man fra åben operation og henviste patienten til vurdering af muligheden for at foretage laparoskopisk herniotomi.

Ved laparoskopisk sås herniet udgående umiddelbart lateralt for højre symphyserest. Ved laparoskopisk operation blev der indført tre 10 mm trokarer, og peritonealflappen inklusive selve broksækken til blæreniveau blev nedtaget. Blæren blev herefter fyldt og refouleret 2-3 cm. På venstre side blev der frilagt til spidsen af symfysekanten af ramus inferior sinister. Herefter blev der indført et prolenenet, der målte 15 × 25 cm. Nettet blev fikseret med *tacks* på venstre side til venstre ramus inferior, nedadtil langs kanten af blæren, opadtil mod bugvæggen og på højre side til øverste rest af ramus inferior helt



**Figur 1.** Hernie efter bækkenknogleresektion på grund af kondrosarkom. Patienten blev opereret laparoskopisk med god effekt og havde ikke tegn på recidiv efter 24 måneder.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | AKADEMISKE AFHANDLINGER

ud til annulus profundus. Nettet blev herefter dækket af peritoneum.

Det postoperative forløb var ukompliceret. Patienten blev udskrevet efter to dage og havde kun brug for lettere analgetisk behandling med paracetamol og nonsteroid antiinflammatoriske stoffer. Ved 24-måneders-kontrol var der intet tegn på recidiv.

### Diskussion

Incisionalhernier efter abdominalkirurgi opstår hos 10-20% af patienterne, og op mod 50% får recidiv efter primær herniotomi [1, 3]. I modsætning hertil er der kun beskrevet få tilfælde med herniedannelse efter et kondrosarkom og bækkenknogleresektion [2], og tilfælde med kæmpehernie og laparoskopisk operation synes ikke at være blevet beskrevet tidligere i litteraturen.

Behandlingsstrategien for store hernier har traditionelt været åben kirurgi med rekonstruktion af abdominalvæggen ved hjælp af enten en autogen vævsflap eller en syntetisk mesh, i komplicerede tilfælde eventuelt som en flerstadieoperation [5].

Rekonstruktion af store incisionalhernier stiller krav til både kirurgen og anæstesiologen, og risikoen for per- og postoperative komplikationer er mere end 10% ved laparotomi [4].

Efter et længerevarende stort incisionalhernie vil abdominalvæggenes anatomiske struktur være ødelagt, og abdominalkaviteten vil være kronisk formindsket, hvilket medfører risiko for respiratorisk eller intestinal påvirkning efter operationen. Ved åben kirurgi er der desuden større risiko for postoperativ sårinfektion og nedsat heling på grund af den tynde og dårligt vaskulariserede hud over herniet samt risiko for fisteldannelse [3, 5].

Indikationerne for herniotomi er derfor traditionelt stramme, men med laparoskopisk operation mindskes disse risici. I vores patients tilfælde afstod man fra åben operation. Patienten blev opereret laparoskopisk med implantation af et stort prolenenet og var i efterforløbet velbefindende. Udviklingen inden for laparoskopisk herniotomi giver mulighed for behandling af komplicerede og meget store hernier, som tidligere blev opereret åbent, eller hvor man på grund af risiko for operationsrelaterede komplikationer helt afstod fra operation.

Korrespondance: Kasper Aaboe, Helgesvej 3, st. th., DK-2000 Frederiksberg.  
E-mail: Kasper@dadlnet.dk

Antaget: 2. februar 2006  
Interessekonflikter: Ingen angivet

### Litteratur

1. Pio JRS, Damsgaard TE, Mømsen O et al. Repair of giant incisional hernias with polypropylene mesh: a retrospective study. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 2003;37:102-6.
2. Juan-García E, Canales V, Peguero A et al. Abdominal hernia through a defect in the iliac bone after resection of a chondrosarcoma of the pelvis. *Acta Orthopaedica Belgica* 2002;68:79-82.

3. Paajanen H, Laine H. Operative treatment of massive ventral hernia using polypropylene mesh: a challenge for surgeon and anesthesiologist. *Hernia* 2005; 9: 62-7.
4. Trivellini G, Bagni CM, Sollini A et al. Repair of giant hernias using more prosthesis. *Hernia* 2001;5:124-8.
5. Bebawi MA, Moqtaderi F, Vijay V. Giant incisional hernia: staged repair using pneumoperitoneum and expanded polytetrafluoroethylene. *Am Surgeon* 1997; 63:375-81.

### > AKADEMISKE AFHANDLINGER

*Overlæge Lars Simon Rasmussen:*

#### Postoperative cognitive dysfunction – incidence, risk factors and correlation with biochemical markers for brain damage Disputats

Forf.s adresse: Anæstesi- og operationsklinikken, Afsnit 4231, Rigshospitalet, Blegdamsvej 9, DK-2100 København Ø.  
E-mail: lars.rasmussen@rh.regionh.dk  
Forsvaret finder sted den 2. november 2007, kl. 14.00, Auditorium 1, Rigshospitalet, Blegdamsvej 9, København.  
Opponent: Gunhild Waldemar, Josef Parnas og cand.psych. Palle Møller Pedersen.

*Læge Vibeke Romming Sørensen:*

#### Diabetic patients with end-stage renal disease Incidence, survival and quality of life Ph.d.-afhandling

Forf.s adresse: Nyelandsvej 71, 3. th., DK-2000 Frederiksberg.  
E-mail: vr@dadlnet.dk  
Forsvaret finder sted den 28. september, kl.14.00, Auditoriet i Bygning 93, Juliane Maries Vej, Rigshospitalet, København.  
Bedømmere: Sten Madsbad, Svend Strandgaard og Hans-Henrik Parving.

*Læge Claudia Mau Kai:*

#### Growth and reproductive function of children conceived by intra-cytoplasmic sperm injection Ph.d.-afhandling

Forf.s adresse: Solbakken 7, DK-2830 Virum.  
E-mail: claudia\_mau@hotmail.com  
Forsvaret finder sted den 26. oktober 2007, kl.14.00, Auditorium 1, Rigshospitalet, Blegdamsvej 9, København.  
Bedømmere: Birthe Høgh, Thue Erik Bryndorf og Niels Thomas Hertel.  
Vejledere: Niels E. Skakkebæk, Anders Juul og Anne Loft.