

gennemgang er præget af livlig diskussion om de valgte artiklers styrker og svagheder.

PERSPEKTIVERING

En oplagt fordel ved it-støttede kursusformer er den fleksibilitet, det giver, når man reducerer den tid, hvor kursisterne skal samles på samme tid og sted. Samtidig kan it-støttede undervisningsformer danne ramme om aktiviteter, der meget direkte leder hen mod bestemte læringsmål. Det virker f.eks. oplagt, at dette kursus' øvelser i at skrive og vurdere fokuserede spørgsmål netop kan styrke kursisters evne til at formulere forskningsspørgsmål klart og præcist.

For mange kursister er it-baserede undervisningsformer imidlertid stadig en relativt ny oplevelse. En forudsætning for, at undervisningsformen kan lykkes, er, at kursisters eventuelle skepsis ikke står i vejen for deres aktive deltagelse i kurset. Derfor er brugertilfredshedsundersøgelser en relevant evalueringsform, særligt når det drejer sig om et (delvist) it-baseret kursusforløb som dette [4].

Den nuværende kursusevaluering viser ikke, om grundkurset i forskningstræning forbedrer kursisters evne til at omsætte kliniske problemstillinger til søgbare spørgsmål, søge svar på spørgsmålene via

sundhedsvidenskabelige databaser og vurdere kvaliteten og anvendeligheden af de fundne svar. Vi ved heller ikke, om kurset påvirker kursisterne til hyppigere og mere kvalificeret end før deres kursusdeltagelse at anvende disse evner i det kliniske arbejde. Disse spørgsmål søges derfor besvaret via en grundigere kursusevaluering, som i sommeren 2009 er igangsat med et pilotprojekt, hvor der bl.a. testes anvendelsen af før- og eftertest med en tillempet udgave af en valideret test til evaluering af kompetencer inden for evidensbaseret medicin [5].

KORRESPONDANCE: Jakob Ousager, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet, 5000 Odense C. E-mail: jousager@health.sdu.dk

ANTAGET: 16. januar 2010

FØRST PÅ NETTET: 26. april 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Sundhedsstyrelsen. Den obligatoriske forskningstræning i Speciallægeuddannelsen. København, Sundhedsstyrelsen, 2005.
2. Speciallægekommisionen. Fremtidens Speciallæge. København: Sundhedsministeriet, 2000.
3. Andersen IB, Matzen P. Evidensbaseret Medicin. 2 ed. København: Gads Forlag, 2007.
4. Horton W. So how is e-learning different? I: Kirkpatrick DL, Kirkpatrick JD (eds.) Evaluating training programs. 3 ed. San Francisco: Berrett-Koehler, 2006.
5. Ramos KD, Schafer S, Tracz SM. Validation of the Fresno test of competence in evidence based medicine. *BMJ* 2003;326::3.

Vena cava inferior-agenesi som retroperitoneal udfyldning

Michael Brun Andersen¹ & Hanne Sommer^{1,2}

Patienter med en retroperitoneal udfyldning (RU) giver ofte differentialdiagnostiske problemer.

Vi gengiver her forløbet med en patient med en meget sjælden årsag til RU i form af medfødt vena cava inferior-agenesi. Vena cava inferior anlægges i 6.-8. fosteruge, og forskellige udviklingsanomalier kan forekomme, hvoraf nogle er asymptomatiske. Vena cava inferior-agenesi kan forårsage dyb venøs trombose og lungeemboli hos yngre, men i øvrigt raske personer som vores patient [1].

Drænage af underekstremiteterne og nyrerne får vena azygos til at dilatere, hvorefter den tømmer sig i vena cava superior. Vores patient havde yderligere en ektatisk kavitet på den tilbageværende del af vena cava inferior [2].

SYGEHISTORIE

Sygehistorien omhandler en 33-årig mand, der havde været rask, indtil han som 27-årig fik store bilaterale lungeembolier. Han var familiært disponeret for tromboembolisk sygdom, men man fandt ingen forklaring ved trombofiliscreening. Han blev sat i livslang antikoagulerende (AK)-behandling.

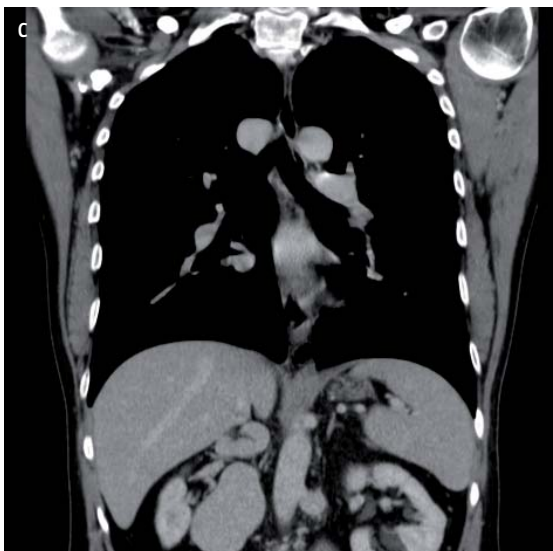
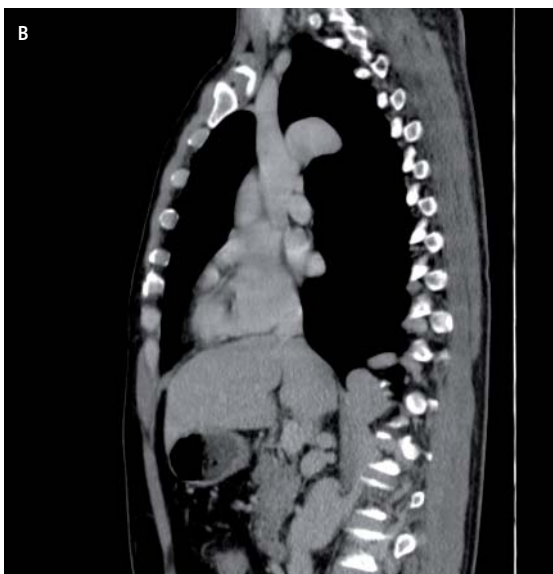
I 2009 fik han jagende fornemmelser i brystet, og han havde en fornemmelse af ikke at kunne få luft. Desuden angav patienten en intermitterende følelse af »lufttomhed« af sekunders varighed. Patienten blev udredt hos kardiologerne, som ikke fandt noget abnormt, hvorefter han blev viderehenvist til Lungemedicinsk Afdeling. Han havde ingen hoste, havde aldrig røget og var i øvrigt i god almentilstand. Der var

KASUISTIK

1) Radiologisk Afdeling, Holbæk Sygehus, Sygehus Nord, og
2) Lungemedicinsk Afdeling, Holbæk Sygehus, Sygehus Nord


FIGUR 1

Figuren viser på et aksialt snit en udfyldning perirenalt på højre side (A), på det sagittale billede ses kommunikationen mellem den tilbageværende del af vena cava inferior, ektasien og vena azygos (B). På det koronale billede vises relationerne til de store kar på bageste bugvæg, og hvordan det nemt kan overses, at der er kommunikation mellem karrene (C).



normale fund ved objektiv undersøgelse. Biokemisk var der normale forhold og normalt alfafetoprotein, humant choriongonadotropin og karcinoembryonalt antigen. En udvidet lungefunktionsundersøgelse viste helt normale forhold. Computertomografi (CT) af thorax og abdomen viste overraskende en større RU, der var skarpt afgrænset fra de omkringliggende strukturer (**Figur 1**). Denne tolkedes som et muligt lymfom, idet der i mediastinum også sås flere afrundede strukturer, som kunne minde om glandelkonglomerater. Efterfølgende blev der foretaget CT-vejledt biopsi af området. Med grov nål fik man kun en anelse blod ved biopsi med 1,2 mm-nål uden vævspølse, hvorefter man aspirerede venøst blod fra punkturnålen. Ved et efterfølgende nærstudie af CT'en fandt man fravær af vena cava inferioris hepatiske stykke med fortsættelse af vena cava inferior i vena azygos. RU'en fandtes på overgangen mellem vena cava inferior og vena azygos og måtte betragtes som en større ektatisk kavitet, da den udgjorde kommunikationen mellem de to vener. På baggrund af dette blev karkirurgerne kontaktet. Desværre havde de ingen behandlingstilbud til ham udover fortsættelse af den livslange AK-behandling.

DISKUSSION

Vena cava inferior-anomalier er ikke ualmindelige. Teoretisk findes der 14 forskellige kongenitte udviklingsanomalier, og fraværet af det hepatiske stykke med afløb til vena azygos er en af anomaliene. Prævalensen af denne anomali er 0,6%. I litteraturen er der ikke tidligere beskrevet ektasi i forbindelse med den omtalte anomali [1].

Hos mænd i patientens alder vil RU ved CT-undersøgelse føre til mistanke om testiscancer, lymfom eller evt. adenokarcinom i nyrene eller gastrointestinalkanalen. Ved malignt lymfom ses forstørrede glandler langs karrene i mediastinum og RU hos ca. 80% af patienterne. Hodgkins lymfom i stadie I-II præsenterer sig alene med RU hos op mod 5% af patienterne. Ved dissemineret malignt lymfom findes ofte tryksymptomer i form af bryst smerter, hoste og dyspnø, og vores patient havde da også nogle af disse symptomer. Almensymptomer i form af nattesved, feber og vægttab ses hos ca. 30% af patienterne [3].

Metastasing til de retroperitoneale glandler er almindelig ved cancer testis, og patienten kan præsenteres sig uden nogen følelig tumor i testes. Tumormarkører var i dette tilfælde negative, der havde ikke været gener fra genitalområdet, og begge testes var i scrotum og var uden palpable tumores. Ved tvivl om diagnosen eller positive tumormarkører måtte man have udredt nærmere med ultralydskanning og bilaterale testesbiopsier [4].

RU ses også ved den sjældne Castleman's sygdom, som er en lymfoproliferativ sygdom, der er associeret med herpes virus 8, der findes i en lokal og en multicentrisk form. Den lokale form kan behandles kirurgisk, mens den multicentriske form behandles med kemoterapi, steroid og/eller antistoffer. Castleman's sygdom disponerer hos 10-20% til det endnu sjældnere follikulære dendritcellesarkom [5].

Der findes også godartede årsager til RU – eksempelvis fibrose, som f.eks. menes at kunne udløses af ergolinpræparater.

CT'er bør gennemses nøje, da en mistolkning af billederne kan få alvorlige konsekvenser for den enkelte patient – ikke kun i form af unødvendig videudredning, men også i form af sygeliggørelse og ubehag for patienten.

KORRESPONDANCE: Michael Brun Andersen, Hasselvænget 16, 4300 Holbæk.

E-mail: mbae@regionsjaelland.dk

ANTAGET: 14. april 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

FØRST PÅ NETTET: 24. maj 2010

TAKSIGELSE: Hans Henrik Salmonsens og Torben Palner takkes for gennemlæsning af manuskriptet samt for forslag til ændringer.

LITTERATUR

1. Pilgaard SP, Madsen MS. Vena cava inferior atresia as the cause of deep venous thrombosis. *Ugeskr Læger* 2003;165:1880-1.
2. Bass JE, Redwine MD, Kramer LA et al. Spectrum of congenital anomalies of the inferior vena cava: cross sectional imaging findings. *Radiographics* 2000;20:639-52.
3. Tsang RW, Hodgson DC, Crump M. Hodgkin's lymphoma. *Curr Probl Cancer* 2006;30:107-58.
4. Daugaard KG, von der Maase H. Testicular cancer. *Ugeskr Læger* 2002;164:3063-7.
5. Bucher P, Chassot G, Zufferey G et al. Surgical management of abdominal and retroperitoneal Castleman's disease. *World J Surg Oncol* 2005;3:33.

Toksisk hepatitis udløst af grøn te

Johan Rohde¹, Claire Jacobsen² & Hans Kromann-Andersen²

Efter vand er te den mest konsumerede drik i verden, og man har drukket te gennem årtusinder [1]. Grøn te anses for at have helbredsgavnige egenskaber, men der har været præsenteret flere tilfælde med hepatotoksiske bivirkninger. I det følgende præsenteres det første danske tilfælde af toksisk hepatitis efter indtagelse af grøn te.

SYGEHISTORIE

En 55-årig kvinde blev indlagt i juni måned 2009 grundet forhøjede levertal. Henvendelsen til egen læge skyldtes træthed og almen utilpashed igennem et par uger. Kvinden havde tidligere fået konstateret hypothyroidisme og indtog dagligt levothyroxin foruden kalk med D-vitamin. Patienten havde intet alkohol- eller intravenøst misbrug. Patienten havde tidligere rejst flere gange i Thailand og var vaccineret mod hepatitis A.

Ved indlæggelsen var patienten upåvirket og uden cirrosetigmata. Biokemisk fandtes aspartataminotransferase 671 E/l (15-35), alaninaminotransferase 941 E/l (10-45), basisk fosfatase 186 E/l (35-105), ferritin 1409 mikrogram/l (12-300) og laktatdehydrogenase 503 E/l (105-205), hvilket var foreneligt med parenkymatøs leverpåvirkning og celledød. Koagulationsfaktorer, bilirubin, albumin og

infektionstal var normale. Virushepatitisprøver bekræftede kun den tidligere vaccination. Der fandtes let forhøjet immunglobulin (Ig)-M, normal IgA og IgG. Antinukleære antistoffer, glat muskelcelle-antistof, anti-dsDNA-antistoffer samt undersøgelse for cytomegalovirus og toksoplasmose var alle normale. Ultralyd af abdomen viste normale forhold. Fundene ved leverbiopsi var forenelige med toksisk/medikamentel hepatitis: betændelsescelleinfiltrater med lymfocytter og eosinofile granulocytter, let fibrose, enkeltcellenekroser og Kupffercelleproliferation. Der fandtes ikke steatose, mallorylegemer, cirrose eller malignitet.

Ved uddybning af anamnesen fremkom det, at patienten gennem det seneste halve år dagligt havde indtaget 4-6 kopper grøn te med citron købt i et dansk supermarked. Under indlæggelsen modtog patienten kun symptomatisk behandling og blev rådet til totalt ophør med indtagelse af grøn te – også fremover. Ved udskrivelse efter to uger var biokemien næsten normaliseret. Blodprøverne blev kontrolleret tre måneder senere og fandtes normale.

DISKUSSION

Polyfenoler og koffein m.fl. er aktive bestanddele af grøn te (*Camellia sinensis*). Polyfenoler underind-

KASUISTIK

- 1) Medicinsk Afdeling, Glostrup Hospital, og
- 2) Medicinsk Afdeling, Køge Sygehus