

Tyndtarmsinvagination hos voksen med ektopisk ventrikelslimhinde

Turnuslæge Tanja Linde Kristiansen &
reservelæge Anders Husted Madsen

Regionshospitalet Herning, Kirurgisk Afdeling A

Resume

Tyndtarmsinvagination er sjælden og identificeres oftest først kirurgisk. Vi rapporterer om et forløb, hvor en 59-årig kvinde blev indlagt på organkirurgisk afdeling med symptomer på ileus. Computertomografi påviste intestinal tyndtarmsobstruktion på baggrund af invagination af terminale ileum. Eksplorativ laparotomi påviste tyndtarmsinvagination 30 cm fra ileocækalstedet. Et polyplignende vævsområde på 6 × 2 cm var årsag til invaginationen. Histologisvar konkluderede ektopisk ventrikelslimhinde og intet tegn på malignitet.

Tarminvagination (*intussusception*) (TI) er hos voksne en sjælden hændelse i forhold til incidensen hos børn, og TI blandt voksne udgør kun 5% af alle tilfælde af TI [1]. Symptombilledet er varierende, og diagnosen stilles derfor sjældent præoperativt. Histologisk og patoanatomisk er der stor variation i årsager til TI. Der foreligger flere enkeltcases i litteraturen, hvorimod større serier kun findes i beskedent omfang. Med udgangspunkt i en aktuell sygehistorie redegør denne kasuistik for nogle væsentlige forhold vedr. TI hos voksne.

Sygehistorie

En 59-årig tidligere rask kvinde blev tilset på medicinsk afdeling, hvor hun i fem dage havde været under observation for gastroenteritis. Abdomen var tiltagende opdrevet, og hun havde voldsomme opkastninger med et aspirat på fem liter efter anlæggelse af ventrikelsonde. Objektivt fandt man et let meteoristisk, ømt men ikke peritonealt abdomen uden palpable udfyldninger samt få metallisk klingende tarmlyde.

I henhold til afdelingens vanlige standard blev der foretaget computertomografi af abdomen, som viste komplet me-

kanisk tyndtarmsileus med sammenfalden colon og rectum. Ydermere blev der rejst mistanke om TI af terminale ileum (**Figur 1**). Der blev foretaget akut eksplorativ laparotomi, hvor der fandtes et ikkereponibelt tyndtarmsinvaginat (TTI) 30 cm fra ileocækalstedet. Krøset, svarende til det invaginerede segment, var påvirket med ødem og suggillationer, og man foretog resektion af 25 cm tyndtarm. I resektatet fandt man et 6 × 2 cm stort polyplignende væv i tyndtarmen, som var årsag til TI (**Figur 1**).

Den histologiske undersøgelse af resektatet viste væv med heterotop ventrikelslimhinde uden tegn på malignitet.

Diskussion

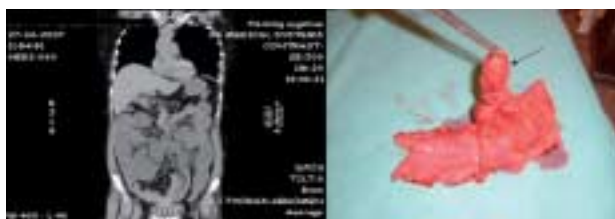
TI hos voksne udgør 1% af alle tarmobstruktioner. Definitivt set er der tale om TI, når et ledende tarmsegment af peristaltikken føres ind i lumen af efterfølgende tarmsegment. Man har fundet overrepræsentation blandt mænd på 1,8:1 med en gennemsnitsalder på 54,4 år [1]. TI hos voksne er inddeelt efter lokalisation [2]. I **Tabel 1** er hyppigheden af forskellige former for TI angivet.

Symptomerne opstår oftest på baggrund af ileus – mavesmerter, kvalme, opkast, obstipation/diarre, abdominal udfyldning, blodig afføring eller peritonitis [3]. Da symptomerne ikke er specifikke for TI, stilles diagnosen derfor vanskeligt og sjældent præoperativt.

Der har indtil nu været sparsom evaluering af diverse radiologiske metoder. Computertomografi har vist en varierende diagnostisk sensitivitet på mellem 78% og 58%. [1, 3] I den aktuelle sygehistorie havde man præoperativt på computertomografi påvist TTI, men længden af invaginatet kunne ikke fastslås.

Patogenesen er varierende, og hyppighederne af den underliggende patologi varierer fra opførelse til opførelse. 70-90% har baggrund i den tarmluminale patologi, som ændrer den normale tarmpéristaltik og dermed danner baggrund for TI. I alt 52% af alle TTI'er skyldes benigne årsager som f.eks. postoperative adhærencer, men der er også få tilfælde med Meckels divertikulum, lipom, Peutz-Jeghers syndrom, neurofibrom samt idiopatiske tilfælde. Metastatisk malignt melanom er den hyppigste maligne årsag til TTI [1]. Ektopisk ventrikelvæv i tyndtarmen er ikke beskrevet tidligere, og det har ikke været muligt at finde omtaler heraf i den gennemgæede litteratur.

Behandlingen af TI hos voksne er altovervejende kirurgisk, fordi tilstanden oftest debuterer som en ileustilstand. Det er dog beskrevet i nyere litteratur, at voksne med TTI kortere end 3,5 cm på computertomografi højst sandsynligt er selv-



Figur 1. Til venstre computertomografisk fremstilling af tarminvagination af terminale ileum. Til højre fotografi af resektat af tyndtarm med et 6 × 2 cm stort stillet tyndtarmspolyplignende væv som årsag til tarminvagination.

Tabel 1. Hyppighed af forskellige tarminvaginationer hos voksne ifølge Wang et al [2].

Lokalisation	Hyppighed, %
Tyndtarm-tyndtarm	66,7
Ileokolisk	8,3
Appendicokal	12,5
Kolokolisk	12,5

limiterende [4]. Idiopatisk selvlimiterende TI, især TTI, hos voksne findes i 50% af alle tilfælde på computertomografi – eller MR-skanning, og disse kan (måske?) behandles konservativt [5].

Der er ikke konsensus om den kirurgiske behandling, idet nogle foretrækker primær resektion uden forudgående reposition af TI på grund af risikoen for kontaminering i tilfælde af malign årsag. TI, der er opstået postoperativt, bør primært behandles med reposition alene uden resektion [1]. Kolokolisk TI opstår primært af maligne årsager, og her foretages der resektion eller hemikolektomi. I tilfælde af ileokolisk TI kan intraoperativ koloskopi forsøges for at vurdere, om der foreligger benign årsag. I så fald udføres reduktion først, og dermed begrænses evt. resektion. TTI har som oftest benigne årsager. Trods dette anbefales primært resektion på grund af en lille sandsynlighed for malignitet [2]. Dette betyder, at i alle tilfælde af TI, fraset TI opstået postoperativt, anbefales primært resektion pga. dissemineringsrisikoen – en risiko, som kun er til stede, hvis der går hul på tarmen, eksempelvis under reponering.

Konklusion

TI hos voksne er svær at diagnosticere ud fra symptomerne alene. Computertomografi af abdomen kan muligvis påvise TI og dennes længde, men kan ikke afgøre, om TI skyldes maligne eller benigne årsager. Tarminvagination hos voksne erkendes oftest som led i en ileustilstand, hvorfor den primære behandling er kirurgisk. Der bør i alle tilfælde, benigne som maligne, foretages resektion uden forsøg på reposition bortset fra de tilfælde, hvor TI opstået postoperativt, og som kan behandles med reposition.

Summary

Tanja Linde Kristiansen & Anders Husted Madsen:
Adult intussusception in small bowel due to tissue containing ectopic ventricular mucosa
 Ugeskr Læger 2008;170(48):3967

Adult intussusception is rare and most often not identified until surgery. We report a case involving a 59-year-old woman admitted to the surgical ward. Computed tomography identified intestinal obstruction caused by intussusception of the terminal ileum. Exploratory laparotomy was performed – an intussusception was identified 30 cm from the ileocolic valve. The intussusception was caused by what looked like a 6 × 2 cm tumour. Histology revealed no tumour but ectopic

ventricular mucosa and no indication of malignancy. The case and literature on the subject are discussed.

Korrespondance: *Tanja Linde Kristiansen*, Bogensegade 1.1 tv, DK-8000 Århus C. E-mail: Tanjalk@hotmail.com

Antaget: 13. marts 2008

Interessekonflikter: Ingen

Taksigelse: Tak til Røntgenafdelingen, Regionshospitalet Herning for fremskaffelse af CT-billede. Tak til patolog *Ingemar Glibberg*, Patologisk Institut, Regionshospitalet Holstebro for mikroskopisvar af resektat.

Litteratur

1. Azar T, Berger DL. Adult Intussusception. *Annals of Surgery* 1997;226:134-8.
2. Wang LT, Wu CC, Yu JC et al. Clinical Entity and Treatment Strategies for Adult Intussusceptions: 20 Years' Experience. *Diseases of the Colon & Rectum* 2007;50:1941-9.
3. Barussaud M, Regenet N, Briennon X et al. Clinical spectrum and surgical approach of adult intussusceptions: a multicentric study. *International Journal of Colorectal Disease* 2006;21: 834-9.
4. Lvoff N, MD, Breiman RS, MD, Coakley F MD et al. Gastrointestinal Imaging Distinguishing Features of Self-limiting Adult Small-Bowel Intussusception Identified at CT1. *Radiology* 2003; 227:68-72.
5. Sheth A, Jordan PA. Does Small Bowel Intussusception In Adults Always Require Surgery? *Digestive Diseases and Sciences* 2007;52:1764-6.