

Viden om CNC som den beskrevne association mellem lentiginos og myksomer er vigtig af flere grunde. I modsætning til isolerede kardielle myksomer, der oftest kureres ved komplet kirurgisk resektion, er der ved CNC stor recidivrisiko til trods for fuldstændig fjernelse af myksomet. Recidiv ses i det samme eller i et andet hjertekammer [4]. Livslang opfølgning med ekkokardiografier er derfor indiceret. Patienter med centrofasciale lentiginos bør undersøges for kardielle myksomer, og samtidig skal der udvises skærpet opmærksomhed på andre alvorlige familiære syndromer med denne sjældne kutane manifestation [3].

Patienterne skal undersøges og ved behov behandles for endokrinologisk hyperaktivitet og for tumorer i hypofysen, binyrerne og glandula thyroidea. Hos mænd er det ligeledes nødvendigt at undersøge for tumorer i testes. Genetisk rådgivning er indiceret på grund af arvegangen og tilstedeværelsen af familiespecifikke mutationer, som ses ved, at 70%

af patienterne har en afficeret forælder, og 50% af patienternes børn bærer mutationen [5]. Derudover er genetisk testning værdifuld i forhold til at afgøre, hvilke slægtninge der har øget risiko for at få myksomer og endokrine tumorer som illustreret i denne sygehistorie.

KORRESPONDANCE: *Carin van Doorn*, Thoraxkirurgisk Afdeling T, Aarhus Universitetshospital, Skejby, Brendstrupgårdsvej 100, 8000 Aarhus N. E-mail: catvando@rm.dk

ANTAGET: 20. december 2011

FØRST PÅ NETTET: 20. februar 2012

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

1. Carney JA. Carney Complex: the complex of myxomas, spotty pigmentation, endocrine overactivity and schwannomas. *Semin Dermatol* 1995;14:90-8.
2. Casey M, Mah C, Merliss AC et al. Identification of a novel genetic locus for familial myxomas and Carney complex. *Circulation* 1998;98:2560-6.
3. Lodish MB, Stratakis CA. The differential diagnosis of familial lentiginosis syndromes. *Fam Cancer* 2011;10:481-90.
4. Bireta C, Popov AF, Schotola H et al. Carney-complex: multiple resections of recurrent cardiac myxoma. *J Cardiothorac Surg* 2011;6:12.
5. Stratakis CA, Horvath A. Carney Complex. I: Pagon RA, Bird TD, Dolan CR, red. *GeneReviews* (internet). Seattle, WA: University of Washington, 1993-2003.

Uventet komplikation ved gastroskopi hos patient med stort hiatushernie

Ditte Louise Egeskov Munkedal & John Gade

KASUISTIK

Kirurgisk Afdeling K,
Regionshospitalet Viborg

Der udføres ca. 60.000 gastroskopier i Danmark om året, og det er et godt redskab til visualisering af øsofagus, ventrikel og duodenum. Proceduren kan have både diagnostiske og terapeutiske formål, og den anses som værende sikker [1]. Komplikationer i forbindelse med gastroskopi er sjældne, men kan ses ved sedation og komorbiditet samt ved terapeutiske procedurer, hvor der kan opstå blødning og perforation. I den følgende sygehistorie beskrives en mindre kendt komplikation i forbindelse med gastroskopi.

SYGEHISTORIE

En 65-årig mand blev indlagt akut pga. to døgn anamnese med stærke smerter i epigastriet. Ved symptomdebuten var der samtidig kaffegrums-lignende opkastninger og manglende afgang af luft og afføring. Ved indlæggelsen var patienten voldsomt forpint, og abdomen var spændt ved palpation. Der var ingen peritoneal reaktion.

En akut udført computertomografi (CT) af abdo-

men uden indgift af kontrastvæske viste en stor dilateret ventrikel, der var beliggende i thorax. Der var sammenfald af tarmene neden for ventriklen som tegn på en høj ileustilstand. På den baggrund fik patienten foretaget gastroskopi i generel anæstesi. Indikationen var dels diagnostiske formål, dels anlæggelse af ventrikelsonde. Ved undersøgelsen fandt man den orale del af ventriklen beliggende i thorax med flere små erosioner i slimhinden. Der blev ikke fundet nogen nekroser. I den anale del af ventriklen og duodenum blev der fundet normale forhold.

Ved anlæggelsen af ventrikelsonden begyndte patienten at hoste og forsøgte at rejse sig fra lejet. Herved afbøjede gastroskopet fra hiatusherniet ind i øsofagus. Ved fremføring af gastroskopet blev slyngen i ventriklen større, mens forsøg på tilbagetrækning fik spidsen af gastroskopet til at glide oralt, og denne var til sidst beliggende ved larynx. Der blev tilkaldt assistance af en kollega og ved hjælp af endnu et gastroskop samt gennemlysning lykkedes det at

skubbe det første gastroskop ned i ventriklen, hvorefter det kunne fjernes (Figur 1).

Dagen efter episoden havde patienten ondt i halsen og var hæs. En kontrol-CT viste ingen tegn på læsion af øsofagus. Patienten blev udskrevet i velbefindende efter en uge.

DISKUSSION

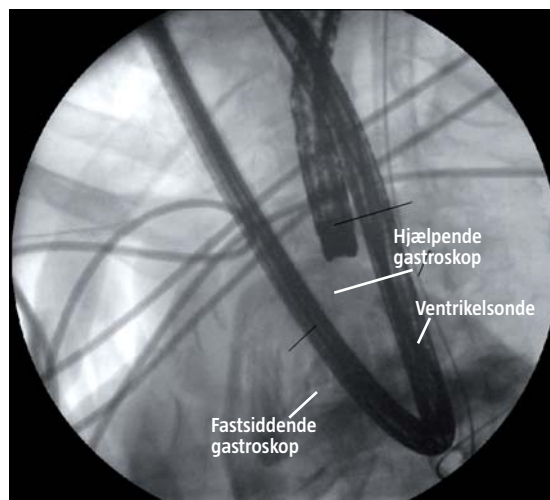
Gastroskopi er en god undersøgelse med stor diagnostisk værdi, og proceduren betragtes overordnet som værende sikker. Man har påvist, at risikoen for komplikationer i forbindelse med gastroskopi ligger under 1%, mens mortaliteten er forsvindende lille og i nogle studier ligger helt nede på 0,0009% [1]. Størstedelen af alle komplikationer opstår i forbindelse med terapeutiske procedurer såsom dilatation af stenoser og behandling af blødende ulcus [2]. De mest frygtede, heldigvis sjældne, komplikationer er perforation eller blødning, hvilket medfører betydelig morbiditet.

I denne sygehistorie havde patienten et meget stort hiatushernie med ventriklen beliggende i thorax. Under gastroskopian blev gastroskopet afbøjet, således at spidsen lå fast i øsofagus. Årsagen har formentlig været det øgede intraabdominale tryk under episoden med hosteanfaldet i kombination med den intratorakale ventrikel. Dette er ikke en ukendt komplikation, da der findes 40 år gammel litteratur, som beskriver lignende episoder, fortrinsvist hos patienter med hiatushernier, men også hos patienter uden denne tilstand. Der er ikke ny litteratur på området, men det er muligvis ikke så sjældent en komplikation, som man kunne tro ud fra litteraturmængden.

Risikoen for, at gastroskopet kommer på afveje, forøges, når patienten har hiatushernie, idet gastroskopet så kan sidde fast i både herniet og øsofagus [3]. Holdes der god afstand til cardia ved inspektion af fundus, kan man mindske risikoen, for at gastroskopet indeklemmes. Man skal desuden sørge for, at gastroskopet er rettet helt ud ved tilbageføring til øsofagus [4]. Ved et fastsiddende gastroskop er den første handling at fremføre gastroskopet, så spidsen igen falder ind i ventriklen. Er dette ikke muligt, kan man som beskrevet i sygehistorien benytte endnu et gastroskop samt gennemlysning, når spidsen skal skubbes ned i ventriklen. En løsning, hvor gastroskopet trækkes op gennem øsofagus, mens det ligger dobbelt [5], kan ikke anbefales på grund af risikoen for perforation af øsofagus.

Et afbøjet gastroskop med spidsen siddende fast i øsofagus er en alvorlig komplikation netop på grund af risikoen for perforation. Skønt gastroskopi fortsat må betragtes som værende en meget sikker procedure, bør man være særligt opmærksom på risikoen

FIGUR 1



Et afbøjet gastroskop skubbes ned i ventriklen ved hjælp af endnu et gastroskop.

for denne komplikation i forbindelse med gastroskopi af patienter med hiatushernie.

KORRESPONDANCE: Ditte Louise Egeskov Munkedal, Kirurgisk Afdeling K, Regionshospitalet Viborg, Heibergs Allé 4, 8800 Viborg.

E-mail: Ditte.Munkedal@viborg.rm.dk

ANTAGET: 29. november 2011

FØRST PÅ NETTET: 6. februar 2012

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

1. Sieg A, Hachmoeller-Eisenbach U, Eisenbach T. Prospective evaluation of complications in outpatient GI endoscopy: a survey among German gastroenterologists. *Gastrointest Endosc* 2001;53:620-7.
2. Denis B, Ben Abdelghani M, Peter A et al. Two years of mortality and morbidity conferences in a hospital gastrointestinal endoscopy unit. *Gastroenterol Clin Biol* 2003;27:1100-4.
3. Cotton PB, Williams CB. *Practical gastrointestinal endoscopy*. Third ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1990.
4. Barrett B. New instruments, new horizons, new hazards. *Gastrointest Endosc* 1970;16:142.
5. Kalvin H, Schmeider J. Impaction of a fiberoptic gastroscope in the oesophagus. *S Afr Med J* 1970;44:478.