

trospektive serier. Ved bypass-operationen tildannes en lille ny mavesæk på ca. 30 ml med klipseinstrumenter, og der etableres en gastrojejunostomi ca. 75 cm nede på tyndtarmen. Afløbet fra ventriklen, galdeveje og pankreas sikres ved at lave en anastomose 100-150 cm nede på tyndtarmen, hvorved der dannes lommer mellem tarme og mesenteriet. Interne hernier kan der ved opstå forskellige steder afhængigt af, hvorledes bypassproceduren udføres. Lukning af interne lommer ved bypassproceduren synes at nedsætte incidensen [4], og aktuelt afventes resultaterne af en igangværende randomiseret undersøgelse fra Sverige. Det diagnostiske problem ved interne hernier er, at symptomerne samt de objektive og radiologiske fund kan være uspecifikke og vage. Den mest præcise billeddiagnostiske undersøgelse er en akut computertomografi med enteral kontrast, ved hvilken man vil se efter dilatation af tyndtarmen og den udshuntede del af ventriklen. Man bør have mistanke om intern herniering, når der indlægges gastrisk bypass-opererede patienter med svære akutte abdominalsmerter. Differentialdiag-

noser hos disse patienter er galdestensanfald og anastomoseulcera, der hurtigt kan afklares med ultralyd og gastroskopi. Ved klinisk mistanke bør der foretages akut computertomografi eller laparoscopi/laparotomi med henblik på verificering af diagnosen. Er ventriklen dilateret, anlægges en gastrostomi, og samtlige defekter lukkes, efter at tarmen er reponeret med henblik på, at der ikke forekommer recidiv.

KORRESPONDANCE: Thorbjørn Sommer, Kirurgisk Afdeling, Regionshospitalet Randers, 8900 Randers. E-mail: thorbjorn.sommer@randers.rm.dk

ANTAGET: 23. juli 2010

FØRST PÅ NETTET: 6. december 2010

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

TAKSIGELSE: Røntgenafdelingen, Regionshospitalet Randers, takkes for at have stillet computertomografien til rådighed.

LITTERATUR

1. Podnos YD, Jimenez JC, Wilson SE et al. Complications after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: a review of 3464 cases. *Arch Surg* 2003;138:957-61.
2. Higa KD, Ho T, Boone KB. Internal hernias after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: incidence, treatment and prevention. *Obes Surg* 2003;13:350-4.
3. Champion JK, Williams K. Small bowel obstruction and internal hernias after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. *Obes Surg* 2003;13:596-600.
4. Paroz A, Calmes JM, Giusti V et al. Internal hernia after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass for morbid obesity: a continuous challenge. *Obes Surg* 2010;16:1482-7.

Cerebrale infarkter ved primær hjertetumor

Bjørn Bay & Jørgen Byg

Kardielle neoplasmer er oftest sekundære i form af metastaser til perikardiet [1]. Primære neoplasier er sjældne, de kan være livstruende, og de fleste har en meget god prognose efter kirurgisk behandling. Vi beskriver en sygehistorie og giver efterfølgende en kort gennemgang af epidemiologi, klinik, diagnose og behandling med fokus på hele gruppen af primære kardielle neoplasier, såvel benigne som maligne.

SYGEHISTORIE

En 40-årig kvinde med kostbehandlet diabetes mellitus type 2 blev indlagt med hjertebanken og åndenød, der blev forværret ved fysisk aktivitet. Symptomerne havde været til stede igennem et år som anfaldsvis, kortvarig følelse af uregelmæssig puls. Patienten havde haft tilfælde af svimmelhed, uprovokerede nærlipotymier og venstresidige brystmerter uden relation til fysisk aktivitet. Dette var undersøgt med arbejdstest et år tidligere uden positive fund.

Patienten var tidligere hjerte- og lungerask, havde ikke hypertension eller hyperkolesterolemie,

var ikke familiært disponeret til hjerte-kar-sygdomme og var ikkeryger.

Den objektive undersøgelse viste en regelmæssig puls på 88, et blodtryk på 120/80, og hjertestetoskopi afslørede en fikseret spaltning af anden hjertelyd.

Elektrokardiografi (ekg) viste sinusrytme med enkelte supraventrikulære ekstrasystoler, normale P-takker, ingen grenblok, hypertrofi eller iskæmimønstre. Biokemisk fandt man et normalt hæmoglobin-niveau, samt normale thyroidea-, infektions- og væsketal. Ekkokardiografi viste en hæmodynamisk betydende venstresidigt atrial tumor på septum, der prolaberede ned gennem mitralen (**Figur 1**).

To dage efter indlæggelse fik patienten foretaget en normal præoperativ koronararteriografi. Der blev operativt fjernet en 5 × 3 cm stillet tumor, der frysemikroskopisk var et myksom, og i samme anæstesi blev der udført mitralplastik pga. hæmodynamisk betydende mitralinsufficiens, der var betinget af forreste mitralfligprolaps.

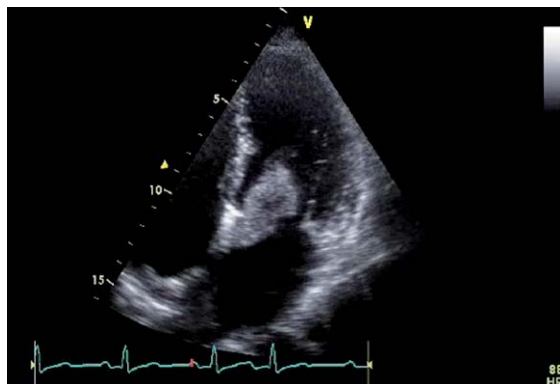
Fjorten dage efter operationen blev patienten

KASUISTIK

Kardiologisk Sektion,
Medicinsk Afdeling,
Haderslev Sygehus


FIGUR 1

Ekkokardiografisk fire-kammerbillede, der viser en venstresidig hjerteturmor, som udgår fra det atriale septum og prolaberer ned gennem mitralostiet.



genindlagt med uændret svimmelhed. Computertomografi af cerebrum viste to små ældre frontale infarkter.

Patienten var ved 18-måneders-kontrol velbefindende og uden recidiv.

DISKUSSION

Primære kardielle neoplasier er sjældne med en incidens på 5-10 om året i Danmark. I autopsistudier er prævalensen 0,001-0,03% [1]. Ca. 85% af primære hjerteturmorer er benigne, og de består primært af myksomer [2], men der ses også rabdomyomer, lipomer, fibromer og fibroelastomer [1]. De maligne tumorer, som udgør de resterende 15%, er primært rabdomyosarkomer [2].

De forekommer hyppigere hos kvinder end hos mænd (i forholdet 3:2) [2], og gennemsnitsalderen er på ca. 44 år, men tumorerne ses i alle aldersgrupper [3].

Den typiske lokalisation er i venstre atrium [2]. Ofte prolaberer det ned gennem mitralen (40%), og hos 10% er der mitralstenose – dog fortrinsvis ved tumorer over 5 cm [4]. Generelt er de benigne tumorer hyppigst venstresidige (85%), mens de maligne er mere ligeligt fordelt med 50% på hver side [2]. Multiple tumorer er sjældnere og kan repræsentere Carneys syndrom.

Symptomatologien er en klassisk triade af kardielle (90-95%) [1], emboliske (15-30%) [3] og almene symptomer (35-70%) [3, 5].

De kardielle symptomer består af åndenød ved fysisk aktivitet, hjertebanken, synkoper eller pludselig død [4]. Embolier ses hyppigst ved de venstresidige tumorer, ved myksomer og ved stilkede tumorer [3]. De ses fortrinsvis som cerebrale embolier (80%), og den overvejende kliniske manifestation er transitorisk cerebral iskæmi (TCI) [5]. De almene symptomer menes at være forårsaget af bl.a. interleukin (IL)-

6 [3] og præsenterer sig som feber, vægttab, træthed og almen utilpashed. De ses hyppigst ved større eller multiple tumorer [3].

Ca. 65% af patienterne har en mislyd ved hjertestetoskopi (mitralinsufficiens/mitralstenose).

Ekg er oftest normalt, men ved større tumorer (> 16 g) kan der ses bred P-II eller bred negativ P-V1 [3] som tegn på stor atriummasse. IL6 og C-reaktivt protein kan være forhøjede [3]. Diagnosen stilles ved ekkokardiografi.

De benigne tumorer behandles altovervejende kirurgisk med en meget god prognose og en lille recidivrisiko på omkring 5% [3]. Hvis en malign tumor har spredt sig eller ikke kan fjernes kirurgisk, kan der behandles med kemoterapi, men prognosen er generelt dårlig, og gennemsnitslevetiden er på 3-12 mdr. [1].

KONKLUSION

Primære kardielle neoplasier er sjældne tilstande, der kan præsentere sig med ukarakteristiske symptomer. Sygehistorien oven for illustrerer ekg's centrale rolle ved kardielle mislyde og ved udredning af embolikilder hos patienter med cerebrale symptomer, og hos hvem man har mistanke om TCI eller apopleksi. Primære tumorer i hjertet er hyppigst benigne myksomer, men det er vigtigt at kende til de øvrige i sygdomsgruppen, da de kan adskille sig væsentligt prognostisk.

KORRESPONDANCE: Bjørn Bay, Ildervej 7c, 8270 Højbjerg.
E-mail: bjornbay@hotmail.com

ANTAGET: 20. juli 2010

FØRST PÅ NETTET: 6. december 2010

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

1. Butany J, Nair V, Naseemuddin A et al. Cardiac tumours: diagnosis and management. *Lancet Oncol* 2005;6:219-28.
2. Endo A, Ohtahara A, Kinugawa T et al. Clinical incidence of primary cardiac tumors. *J Cardiol* 1996;28:227-34.
3. Pinede L, Duhaut P, Loire R. Clinical presentation of left atrial cardiac myxoma. *Medicine (Baltimore)* 2001;80:159-72.
4. Loire R. Left atrial myxoma: clinical outcome of 100 operated patients. *Arch Mal Coeur Vaiss* 1996;89:1119-25.
5. Alvarez-Sabin J, Lozano M, Sastre-Garriga J et al. Transient ischaemic attack: a common initial manifestation of cardiac myxomas. *Eur Neurol* 2001;45:165-70.