

Internt hernie som komplikation efter laparoskopisk gastrisk bypass

Thorbjørn Sommer

KASUISTIK

Kirurgisk Afdeling,
Regionshospitalet
Randers

Antallet af laparoskopisk gastrisk bypass-operationer er øget de senere år, og på kirurgiske afdelinger vil man derfor møde flere patienter med komplikationer efter bypass-kirurgi. Kendskab til og hurtig håndtering af komplikationerne kan nedsætte morbiditeten betydeligt. Tidlige komplikationer er lækage fra en af de to anastomoser, der dannes ved operationen, blødninger eller tarmobstruktion. Sene komplikationer er mavesår, interne hernier eller stenose ved anastomoserne [1]. Ved gastrisk bypass-operationen medfører indgrebet en ændret lejring af tarmene med risiko for senere at udvikle interne hernier som følge af nye lommer i tarmsystemet. Hvis det ikke håndteres hurtigt, kan et indeklemmt hernie kan være livsfarligt på grund af risiko for strangulationsiskæmi. Følgende to sygehistorier illustrerer forskellige udgange hos to patienter, som blev akut indlagt med interne hernier efter tidligere gastrisk bypass-operation.

SYGEHISTORIER

I. En 56-årig mand, der havde fået foretaget laparoskopisk gastrisk bypass to år tidligere, blev indlagt efter et døgn med tiltagende kraftige venstresidige ma-

vesmerter, opkastninger, afføringsstop og en temperatur på 37,9 °C. Ved objektiv undersøgelse fandtes abdomen at være spændt overalt med anstrengte tarmlyde. Der blev udført akut computertomografi med kontrast, der viste ukomplet tyndtarmsileus med dilatation af proksimale jejunum på 5 cm (Figur 1). Klinisk overvejede man herniering, men havde ikke mistanke om tarmiskæmi. Tre timer senere fik patienten det alment dårligere med blodtingerede opkastninger, og ved fornyet klinisk undersøgelse var han peritoneal. Han blev herefter overflyttet til en specialafdeling, hvor man ved akut operation fandt ca. en meter iskæmisk tyndtarm, der var hernieret ind under jejunojejunostomien. Der blev foretaget tyndtarmsresektion med lukning af defekterne i abdomen, og herefter havde patienten et ukompliceret efterforløb.

II. En 35-årig kvinde, der havde gennemgået en gastrisk bypass-operation to år tidligere, blev indlagt afebril på mistanke om galdestensanfald efter to timers svære kolikagtige smerter i øvre abdomen. Ved objektiv undersøgelse lå patienten sammenkrummet i sengen på grund af smerter, abdomen var blød, og der var særdeles livlige tarmlyde. På oversigt over abdomen fandtes tyndtarmsmeteorisme midtabdominalt. Man mistænkte intern herniering, og derfor blev der foretaget akut laparoskopi. Her fandtes en lang tyndtarmslynge, der var hernieret ind under jejunojejunostomien. Tarmen blev reponeret, og defekten blev lukket med suturer laparoskopisk, hvorefter patienten kunne udskrives efter to dage i velbefindende. Siden har hun været indlagt et par gange på grund af abdominalsmerter. I forbindelse med indlæggelserne har computertomografi, magnetisk resonans-kolangiopankreatografi og gastroskopi været normale, og man har ikke kunnet finde nogen oplagt årsag til smerterne ud over en stresset social situation.

FIGUR 1

Computertomografi viser dilateret og drejet jejunum som udtryk for et internt hernie.



DISKUSSION

Risikoen for intern herniering og forebyggelsen heraf diskuteres hyppigt mellem fedmekirurger. I de største opgørelser er incidensen af interne hernier 3-5% [2, 3]. Der foreligger ingen regelrette prospektive opgørelser med sufficient langtidssfollowup, men primært re-

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