

at der på længere sigt ikke er større effekt af manipulation end af andre behandlinger. Men er der ide i at manipulere ved opblussen af kroniske smerter grundet den korttidseffekt, man undertiden ser – også hos kronikere? Måske i udvalgte tilfælde, men næppe i almindelighed: End ikke i RCT'en med kortest opfølgningstid (en uge) [10] fandt man større smertelindring ved behandling med manipulation end ved kontrolbehandlingerne, og det tidligere review, hvor man også inddrog akutte smerter, tydede heller ikke på det.

KORRESPONDANCE: Tom Bendix, Videncenter for Rygsygdomme, Glostrup Hospital, Ndr. Ringvej 57, 2600 Glostrup. E-mail: tben0024@regionh.dk

ANTAGET: 8. september 2011

FØRST PÅ NETTET: 17. oktober 2011

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

1. Indahl A, Kaigle AM, Reikeras O et al. Interaction between the porcine lumbar intervertebral disc, zygapophysial joints, and paraspinal muscles. *Spine* 1997;22:2834-40.
2. Hansson TH, Hansson EK. The effects of common medical interventions on pain, back function, and work resumption in patients with chronic low back pain: a prospective 2-year cohort study in six countries. *Spine* 2000;25:3055-64.
3. Sørensen PH, Bendix T, Manniche C et al. An educational approach based on a non-injury model compared with individual symptom-based physical training in chronic LBP. *BMC Musculoskelet Disord* 2010;11:212.
4. Kalauokalani D, Cherkin DC, Sherman KJ et al. Lessons from a trial of acupuncture and massage for low back pain: patient expectations and treatment effects. *Spine (Phila Pa 1976)* 2001;26:1418-24.
5. Ghroubi S, Elleuch H, Baklouti S et al. Chronic low back pain and vertebral manipulation. *Ann Readapt Med Phys* 2007;50:570-6.
6. Licciardone JC, Stoll ST, Fulda KG et al. Osteopathic manipulative treatment for chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Spine (Phila Pa 1976)* 2003;28:1355-62.
7. UK BEAM Trial Team. United Kingdom back pain exercise and manipulation (UK BEAM) randomised trial: effectiveness of physical treatments for back pain in primary care. *BMJ* 2004;doi:10.1136/bmj.38282.669225.AE
8. Assendelft WJ, Morton SC, Yu EI et al. Spinal manipulative therapy for low back pain. *Ann Intern Med* 2003;138:871-81.
9. Evans DP, Burke MS, Lloyd KN et al. Lumbar spinal manipulation on trial. Part I – clinical assessment. *Rheumatol Rehabil* 1978;17:46-53.
10. Pope MH, Phillips RB, Haugh LD et al. A prospective randomized three-week trial of spinal manipulation, transcutaneous muscle stimulation, massage and corset in the treatment of subacute low back pain. *Spine* 1994;19:2571-7.

Personlig elektronisk medicinprofil medvirker til at undgå fejlmedicineringer ved sektorovergang

Simon Schytte-Hansen, Louise Lindved Karkov & Andreas Peter Balslev-Clausen

RESUME

INTRODUKTION: Det forekommer ofte, at der mangler medicinske oplysninger i anamneser og lægen mangler tit et fuldstændigt overblik over patientens aktuelle medicinstatus. Hvis der optages en ekstra anamnese, f.eks. i form af et interview, får man ekstra informationer i op til to ud af tre tilfælde. Personlig elektronisk medicinprofil (PEM) er en oversigt over patientens receptpligtige medicin (inklusive håndkøbslægemidler købt på recept), som er købt på apoteket inden for de seneste to år. Derfor ønskes det at sammenligne medicinanamnese optaget i skadestuen med oplysninger fra PEM.

MATERIALE OG METODER: Medicinanamneser optaget i skadestuen er sammenlignet med oplysninger fra PEM, hvis patienterne har givet samtykke. Lægemidler, som kun fremgår af PEM, blev vurderet klinisk af to læger og en farmaceut efter en skala af *Overhage*.

RESULTATER: I alt 52 kvinder og 11 mænd deltog i undersøgelsen, af disse gav 58 samtykke til, at der blev hentet oplysninger i PEM. Af oplysninger fra PEM fremgik det, at de 58 patienter var i behandling med i alt 323 lægemidler, hvoraf 99 ikke fremgik af den oprindelige anamnese. 55% af de 99 lægemidler blev vurderet at have en signifikant klinisk betydning for patientens videre behandling. To patienter kunne have været udsat for en potentielt letal hændelse, hvis oplysningerne fra PEM ikke var blevet anvendt. 33% af lægemidlerne tilhørte Anatomical Therapeutic Chemical-systemets gruppe N.

KONKLUSION: PEM bidrager i væsentlig grad til at forbedre den oprindelige medicinanamnese, men PEM skal så vidt muligt anvendes sammen med en anden kilde, f.eks. patientens praktiserende læge.

ORIGINALARTIKEL

Ortopædkirurgisk Afdeling, Amager Hospital

I 2004 blev den personlige elektroniske medicinprofil (PEM) oprettet af Lægemiddelstyrelsen.

PEM viser for hver enkelt borgers vedkommendes køb af receptpligtige lægemidler på et dansk apotek inden for de seneste to år. Patientens praktiserende læge har uden samtykke adgang til PEM via en digital signatur, mens en behandlende hospitalslæge kun må anvende adgang til PEM, mens patienten er indlagt. Farmaceuter på primærapoteket skal have patientens mundtlige samtykke for at anvende PEM. I efteråret 2010 fik farmaceuter, der var ansat på sygehuse, adgang til PEM som behandlende læges medhjælp. Adgang til PEM nås via Medicin-it.dk i Danmark [1] og sundhed.dk [2].

Den sidst behandlende læge har ansvaret for, at patientens samlede medicinstatus er korrekt, uanset om vedkommende er praktiserende læge, læge på et medicinsk ambulatorium eller læge på en kirurgisk afdeling. Ofte mangler lægen et fuldstændigt overblik

TABEL 1

Antal manglende lægemidler oplyst i medicinamneser sammenlignet med oplysningerne i den Personlige Elektroniske Medicinprofil opgjort på antal patienter.

Antal manglende lægemidler	Antal patienter, n (%)
0	19 (32,8)
1	13 (22,4)
2	13 (22,4)
3	6 (10,3)
4	3 (5,2)
5	1 (1,7)
6	1 (1,7)
7	1 (1,7)
8	1 (1,7)
12	1 (1,7)
I alt	58 (100)

TABEL 2

Inddeling af 99 manglende lægemidler oplyst fra den Personlige Elektroniske Medicinprofil fordelt efter kode i Anatomical Therapeutic Chemical (ATC)-systemet.

ATC-kode	Antal lægemidler, n (%)
A	10 (10)
B	11 (11)
C	23 (23)
N	33 (33)
R	10 (10)
ΣHLMP5	12 (13)
Antal lægemidler i alt	99 (100)

over patientens aktuelle medicinstatus [3-9]. Ved sektorovergang ses fejlmedicineringer, fordi medicinamnesen ofte er mangelfuld [10].

I tidligere undersøgelser er det påvist, at optagelse af en ekstra anamnese, f.eks. i form af et interview eller kontakt til patientens praktiserende læge, kan medføre ekstra informationer i op til to ud af tre tilfælde [11].

På en medicinsk afdeling i Viborg afslørede en ekstra medicinamnese optaget hos 67 patienter 73 fejl og 12 ekstraoplysninger ved kontrol af PEM [4].

Manglende ordination kan have betydning for den aktuelle behandling og føre til utilsigtede hændelser [11, 12].

Den 13. maj 2008 oplyste Lægemedelstyrelsen, at 3.744 læger, heraf 294 hospitalslæger, havde anvendt PEM. På Hoftekirurgisk Afdeling, Amager Hospital, antages det, at PEM kan bidrage med ekstra oplysninger til den medicinamnese, der er blevet optaget ved indlæggelsen, og som det oftest er svært at få fuldstændige oplysninger til, da patienterne er ældre, konfuse, demente eller akut påvirkede.

Hovedformålet med denne undersøgelse var at afdække: graden af uoverensstemmelse mellem PEM

og medicinamnesen, hvilke typer af lægemidler PEM bidrog med i forhold til medicinamnesen klassificeret efter Anatomical Therapeutic Chemical (ATC-kode) på første niveau og en klinisk vurdering af de eventuelt manglende oplysninger i medicinamnesen.

MATERIALE OG METODER

I denne tværsnitsundersøgelse indgik der patienter, som var indlagt med akutte hoftenære frakturer på Ortopædkirurgisk Afdeling, Amager Hospital. Alle patienter over 18 år blev i perioden fra den 1. marts til den 1. august 2008 spurgt, om de ønskede at deltage. Umyndige og suicidale patienter blev ekskluderet.

Kort efter indlæggelse blev der optaget journal, herunder medicinamnese, hvilket var almindelig procedure. 1-2 døgn efter indlæggelse blev patienterne, efter at de havde fået en introduktion til undersøgelsens formål, kontaktede af en farmaceut og spurgt, om de ville afgive mundtligt samtykke til, at der blev udtaget oplysninger fra PEM.

Oplysningerne til medicinamnesen stammede i undersøgelsen enten fra patienten, pårørende, patientens praktiserende læge, medicinlister fra hjemmepleje eller plejehjem eller godkendt medicin i Elektronisk Patient Medicinering (EPM) fra tidligere indlæggelser.

Hvis den indlæggende læge havde anført, at patientens praktiserende læge skulle kontaktes angående medicinstatus, kontaktede farmaceuten denne. Hver gang et lægemiddel fremgik af PEM, men ikke af medicinamnesen, blev patienten spurgt om aktualiteten af det pågældende lægemiddel.

Der er taget stilling til generisk og analog substitution, så dobbeltregistrering ikke vil forekomme.

Andre typer af medicineringsfejl indgik ikke i undersøgelsen. Den kliniske vurdering af manglende ordination af lægemidler fra PEM blev ikke sammenholdt med patientens kliniske tilstand.

Aktuel medicinstatus i Elektronisk Patient Medicinering

EPM anvendes til ordination, dispensering og administration af lægemidler under indlæggelse.

Effektområdet var at belyse uoverensstemmelser mellem medicinamnese og PEM samt at foretage en klinisk vurdering af konsekvensen af de ekstra eller manglende oplysninger. En førstereservelæge vurderede betydningen af uoverensstemmelserne i henhold til nævnte skala. I pilotforsøget havde samme førstereservelæge, en overlæge og en klinisk farmaceut vurderet 20 lægemidler, som patienter ikke havde oplyst i anamnesen, men som de alle var i aktuel behandling med. Her sås konsensus i 95% af tilfældene med hensyn til udfaldet af den kliniske vur-

dering, hvilket var acceptabelt i forhold til den videre anvendelse af metoden.

Fejlmedicinering er manglende ordination, dispensering eller administration af patientens vanlige medicin under indlæggelse, hvilket resulterer i en mangelfuld medicineringsplan.

Undersøgelsen blev anmeldt til den lokale videnskabetiske komite, som ikke fandt anledning til anmærkninger. Datatilsynet har givet tilladelse til registrering af brug af lægemidler (j.nr. 2008-54-0377).

Statistik

Der er kun anvendt deskriptiv statistik i SPSS 12.00.

RESULTATER

I alt 63 patienter, 52 kvinder og 11 mænd, med en medianalder på 80 år (spændvidde 49-97 år) blev indlagt i perioden fra den 1. marts til den 31. juli. Af de 63 patienter gav 58 samtykke til at deltage i undersøgelsen.

I den først optagede medicinanamnese oplyste 58 patienter at være i behandling med 224 receptpligtige lægemidler med en median på fire og en spændvidde på 0-19. PEM viste, at patienterne var i behandling med i alt 323 receptpligtige lægemidler, hvilket var en forskel på 99 lægemidler. Alle 99 ekstra lægemidler var aktuelle i patienternes nuværende medicinske behandling. 67% (n = 39) patienter havde ≥ 1 uoverensstemmelse mellem medicinanamnesen og PEM i forhold til antallet af de oplyste receptpligtige lægemidler (Tabel 1).

Hvis det antages, at alle 99 lægemidler var nødvendige for at patienternes almentilstand kunne opretholdes, svarer det til, at hver medicinanamnese manglede oplysninger om 1,7 lægemiddel. Når oplysninger fra PEM blev anvendt, steg medianen for antal købte lægemidler fra fire til 5,5.

Patienter med uoverensstemmelse får i gennemsnit adderet 2,5 lægemidler til deres oprindelige medicinanamnese, når oplysninger fra PEM anvendes.

De 99 ekstra lægemidler, som blev fundet i PEM, blev inddelt efter ATC-koder (Tabel 2). Hvert tredje lægemiddel, som PEM adderede, tilhørte gruppen N, som har nervesystemet, herunder smerter og depression som indikation. Ca. hvert fjerde ekstra lægemiddel tilhørte gruppen af kardiologiske lægemidler (gruppe C). Lægemidler fra gruppe A anvendes til gastrointestinale lidelser, mens lægemidler inden for gruppe B er trombocytfunctions hæmmere. Hvert tiende lægemiddel bruges til behandling af astma og kronisk obstruktiv lungesygdom. De sidste 12 lægemidler er summeret og fordeler sig inden for ATC-grupperne H, L, M, P og S, som er systemiske hormonpræparater (fraset kønshormoner), antineo-

plastiske og immunmodulerende midler samt lægemidler til behandling af inflammatoriske, reumatiske sygdomme. De to sidste grupper er antiparasitære midler, insekticider og repellenter. Den kliniske betydning for manglende behandling med de 99 lægemidler blev vurderet efter en skala af Overhage [13].

Konsekvensen af manglen på to lægemidler (2%), warfarin og insulin (ikke til samme patient) blev vurderet til at være »*potentially lethal*«. I den næste kategori, »*serious*«, blev heparinpræparatet tinzaparin placeret (1%).

I alt 54 lægemidler (55%), hvoraf de fleste var til behandling af forhøjet blodtryk, smerter, stofskifte og depression, blev vurderet at have en »*significant*« betydning.

I kategorien »*minor error*« sås 41% af de lægemidler, som var til behandling af forhøjet kolesterol, astma og KOL.

Et lægemiddel (1%) til behandling af allergi blev karakteriseret som »*no error*«. Tabel 3 indeholder eksempler på klinisk vurdering af uoverensstemmelser.

DISKUSSION

I undersøgelsen fandtes et betydeligt antal uoverensstemmelser mellem medicinanamnese og PEM. På et geriatrisk ambulatorium forekom der en lignende tendens [14].

I danske studier, hvor oplysninger fra PEM anvendtes til supplerende af medicinanamnesen, blev det påvist, at PEM i væsentlig grad bidrog med oplysninger om patientens aktuelle medicinske behandling [4-6, 14]. I andre studier er det blevet påvist, at optagelsen af en ekstra medicinanamnese gav uoverensstemmelser med den første anamnese [10, 11].

Det er kendt, at uoverensstemmelse mellem medicinanamnese og PEM forekommer [4-6].



TABEL 3

Eksempler på vurdering af hændelser.

Kategori	Lægemiddel	Beskrivelse
A. <i>Potentially lethal</i>	Insulin Warfarin	Det vides ikke, at patienten har type 1-diabetes. Dette opdages først efter operation Patienten er i antikoagulationsbehandling. Dette opdages først 2 dage efter operation
B. <i>Serious</i>	Clopidogrel	Patienten oplyser ikke, at vedkommende er i behandling med clopidogrel
C. <i>Significant</i>	Diltiazem, depottabl. 120 mg	Patienten oplyser ikke, at vedkommende er i behandling med et blodtryksregulerende middel
D. <i>Minor</i>	Citalopram 20 mg	Patient oplyser ikke, at vedkommende er i depressionsbehandling
E. <i>No error</i>	Kalktilskud	Manglende kalktilskud betegnes ikke som værende klinisk relevant

Manglende overblik over egen medicin giver mulighed for fejlmedicinering ved akut indlæggelse.



Problemet med at få det fulde overblik over patientens aktuelle medicinstatus adskiller sig ikke fra problemerne i udlandet, hvor samme tendenser ses [15, 16]. Det var patienternes egne udsagn om indtagelse af alle lægemidler oplyst fra PEM, som dannede grundlag for estimeringen af de 99 ekstra lægemidler.

Af de 99 lægemidler, som ikke var oplyst i medicinanamnesen, blev det vurderet, at ca. halvdelen vil være af signifikant betydning. To hændelser vurderes til at kunne have været letale. Resultaterne adskiller sig ikke fra tidligere danske eller internationale studier [4, 5, 16].

Lægemidler, som patienterne ikke oplyste under optagelse af medicinanamnese, havde forskellig kritisk betydning for den videre behandling [12]. Det er et generelt problem at optage medicinanamnesen i forbindelse med indlæggelse af akutte patienter, og yngre læger anvender ofte ganske betydelig tid på at finde ud af, hvilken medicin patienterne er i behandling med. Det kan derfor virke lidt paradoksalt, at brugen af PEM ikke er mere systematisk på landets sygehuse set i lyset af resultaterne fra tidligere undersøgelser [4-6, 14].

Mønstret af manglende lægemidler i medicinanamnesen afviger ikke fra det, som man har fundet i andre undersøgelser [10-16]. De lægemidler, som det vurderes kunne være potentielt fatalt at undvære, var henholdsvis warfarin og insulin. I den kliniske vurdering indgik patientens almene tilstand ikke, hvilket også ses i andre lignende undersøgelser.

I undersøgelsen blev brugen af håndkøbsmedicin ikke kortlagt, hvilket var en svaghed, når to ud af tre kirurgiske patienter oplyste at anvende håndkøbsmedicin [17].

Der er forskel på, hvilke kilder som var til stede under optagelse af medicinanamneserne. Dette kan måske have haft indflydelse på antallet af uoverens-

stemmelser, men det afspejler virkeligheden for lægen i den akutte indlæggelsessituation.

Der er fordele og ulemper ved brug af oplysninger fra PEM. En af ulemperne ses specielt i forhold til oplyste eller manglende doseringer, som kan være ændret siden sidste konsultation. Doseringsregimer for f.eks. warfarin og insulin kan ikke vises, forkerte eller fejlagtige indikationer kan forekomme i forbindelse med indberetninger fra landets apoteker [18], hvilket kan resultere i under- og overdosering, og forsøgsmedicin eller udleveret medicin vises ikke i PEM.

Trods svagheder vurderes brugen af oplysninger fra PEM stadig at være en gevinst ved optagelse af medicinanamneser, men de må ikke stå alene [4-6, 14, 19]. Det skønnes, at en systematisk metode til indsamling af oplysninger vil minimere antallet af uoverensstemmelser, som kan udvikle sig til lægemiddelrelaterede problemer.

Kampagnen Operation LIFE var et forsøg på at mindske antallet af fejlmedicineringer ved hjælp af øget fokus på medicinafstemning [20]. Implementeringen af Det Fælles Medicinkort (FMK) skal gøre det lettere for den behandlende læge at se, hvilke lægemidler patienterne er i behandling med. Indtil videre vil det kun være læger som får adgang til FMK.

Indtil FMK er fuldt implementeret på landets sygehuse i løbet af 2011, anbefales det at anvende PEM til at få supplerende oplysninger til optagelse af medicinanamnese. Diskrepansen mellem antallet af oplyste lægemidler i medicinanamnesen og PEM giver anledning til at være kritisk over for oplysningerne i medicinanamnesen. Uoverensstemmelser om medicin skal løses, inden de udvikler sig til kritiske, medicinrelaterede, utilsigtede hændelser.

KONKLUSION

Undersøgelsen viste, at 39 ud af 58 patienter, der var i behandling med i alt 323 lægemidler, fik adderet minimum et lægemiddel til den oprindelige medicinanamnese ved et opslag i PEM. I alt sås 99 manglende ordinationer, hvoraf konsekvensen af manglen af to specifikke lægemidler klinisk blev vurderet til at kunne være letal. 55% af hændelserne havde karakter af »significant«. Mellem en tredjedel og en fjerdedel af lægemidlerne tilhørte ATC-grupperne N og C.

Anvendelse af oplysninger fra PEM til medicinanamnesen forbedrer overblikket over patientens medicinske behandling og kan forebygge medicineringsfejl. Oplysninger fra PEM skal anvendes sammen med en anden kilde, f.eks. patientens egen praktiserende læge.

KORRESPONDANCE: Simon Schytte-Hansen, Ortopædkirurgisk Afdeling, Amager Hospital, 2300 København S. E-mail: simon.schytte.hansen@regionh.dk

ANTAGET: 5. august 2011

FØRST PÅ NETTET: 10. oktober 2011

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

TAKSIGELSER: Tak til alt personale på Ortopædkirurgisk Afdeling, Amager Hospital, som har bistået med oplysninger til undersøgelsen.

Denne artikel er indsendt, før vi gik over til at bringe originalartikler på engelsk i Danish Medical Bulletin med dansk resume i Ugeskrift for Læger. Den bringes derfor på dansk (red.).

LITTERATUR

1. www.medicin-it.dk (2. jan 2009).
2. www.sundhed.dk (2. jan 2009).
3. Rabøl R, Arrøe GR, Folke F et al. Uoverensstemmelse mellem medicinoplysninger fra patienter og egen læge. Ugeskr Læger 2006;168:1307-10.
4. Larsen MD, Nielsen LP, Linda J et al. Medicineringsfejl ved indlæggelse på sygehus. Ugeskr Læger 2006;168:2887-90.
5. Glinthborg B, Poulsen HE, Dalhoff KP. The use of nationwide online prescription records improves the drug history in hospitalized patients. Br J Clin Pharmacol 2007;65:265-9.
6. Karkov LL, Schytte-Hansen S, Haugbølle LS. Discrepancies between sources providing the medication histories of acutely hospitalised patients. Pharm World Sci 2010;32:449-54.
7. Foss S, Schmidt JR, Andersen T et al. Congruence on medication between patients and physicians involved in patient course. Eur J Clin Pharmacol 2004;59:841-7.
8. Bedell SE, Jabbar S, Goldberg R et al. Discrepancies in the use of medications. Arch Intern Med 2000;160:2129-34.
9. Caskie GIL, Willis SH. Congruence of self-reported medication with pharmacy prescription records in low-income older adults. Gerontologist 2004;44:176-85.
10. Lau HS, Florax C, Porsius JA et al. The completeness of medication histories in hospital medical records of patients admitted to general internal medicine wards. Br J Clin Pharmacol, 2000;49:597-603.
11. Andersen SE, Pedersen AB, Bach KF. Medication history on internal medicine wards. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2003;12:491-8.
12. Bates DW, Boyle DL, Vander Vliet MB et al. Relationship between medication errors and adverse drug events. J Gen Intern Med 1995;10:199-205.
13. Overhage JM, Lukes A. Practical, reliable, comprehensive method for characterizing pharmacists' clinical activities. Am J Health Syst Pharm 1999;56:1.
14. Reuther LØ, List SB, Christensen HR. Anvendelse af den personlige elektroniske medicinprofil i et ambulatorium. Ugeskr Læger 2008;170:2427-32.
15. Midlöv P, Bergkvist A, Bondesson Å et al. Medication errors when transferring patients between primary health care and hospital care. Pharm World Sci 2005;27:116-20.
16. Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. Arch Intern Med 2005;165:424-9.
17. Glinthborg B, Andersen SE, Spang-Hanssen E et al. The use of over-the-counter among surgical and medical patients. Eur J Clin Pharmacol 2004;60:431-7.
18. Nielsen F, Olesen C. Medicinoplysningers troværdighed. Ugeskr Læger 2006;168:2587-8.
19. Hallas J. Medicinoplysningernes troværdig. Ugeskr Læger 2006;168:1305.
20. <http://www.operationlife.dk> (14. maj 2008).

Biliær papillomatose er en sjælden årsag til intermitterende obstruktiv ikterus

Simon Veedfald¹, Ben Vainer² & André Wettergren¹

Biliær papillomatose (BP) er en sjælden tilstand, der er karakteriseret ved udtalt proliferation af galdegangsepiteler, hvilket resulterer i karakteristiske papillomatøse formationer [1]. Vi rapporterer om et tilfælde af BP med udtalt mucinproduktion, der involverede såvel de ekstrahepatiske som de intrahepatiske galdekanaler, hvilket klinisk manifesterede sig ved intermitterende, obstruktiv ikterus.

SYGEHISTORIE

En 71-årig mand blev i 2007 henvist fra et lokalsygehus med henblik på *second opinion*. I sommeren 2004 blev patienten indlagt grundet udtalt træthed, utilpashed og produktion af mørkfarvet urin. Tilstanden bedredes spontant. Man havde på daværende tidspunkt ikke kendskab til lever- eller galdevejssygdom hos patienten. I efteråret 2005 fik han på ny symptomer, idet tilstanden dog nu tog form af svær klinisk, obstruktiv ikterus med træthed, akolisk fæces, mørkfarvet urin, abdominal utilpashed og appetitløshed. Efter nogle uger remitterede tilstanden spontant. Mønsteret fortsatte, hvilket foranledigede flere årlige indlæggelser, mange gange kompliceret med kolangitis. Ved gentagne endoskopisk retrograd kolangiopankreatikografi (ERCP) er fandt man ikke årsagen

til de tilbagevendende obstruktionstilfælde. Reevaluering af allerede gennemført billeddiagnostik, inklusive magnetisk resonans-skanning af galdevejene (**Figur 1**) og computertomografi viste udtalt dilatation af det intrahepatiske galdetræ i venstre leverlap helt ned til papilla Vateri. Først i efteråret 2007 blev der ved fornyet ERCP foretaget på lokalsygehuset påvist store mængder hyperviskøs, mucinøs galde og uregelmæssige fyldningsdefekter i ductus hepaticus sinister.

I vort regi gav ERCP anledning til mistanke om en intraduktal neoplasi, idet der blev påvist fyldningsdefekter i ductus choledochus og ductus hepaticus sinister. En koledokoskopi afslørede eksofytisk væv i galdegangens mucosa med lave, papillomatøse læsioner. I biopsierne sås der alene tegn på kronisk inflammation med eosinofili. I 2009 gennemførtes pga. tilbagevendende, svært invaliderende symptomer en venstresidig hemihepatektomi med samtidig resektion af ductus choledochus og rekonstruktion med hepatico-jejunostomi til højre ductus hepaticus, der ligesom choledochus frem til delingsstedet over pancreas var makroskopisk normal. Det postoperative forløb var ukompliceret. Den histopatologiske diagnose var BP uden tegn på malignitet. Pga. det lange sygdomsforløb og den benigne histologi valgte

KASUISTIK

- 1) Kirurgisk Gastroenterologisk Klinik C, Rigshospitalet, og
- 2) Patologiafdelingen, Rigshospitalet